

**NOTE DE
CADRAGE****Mesures d'anticipation en psychiatrie - Des démarches pour soutenir l'autodétermination des patients et la qualité des soins**

Adoptée par le Collège le 16 juillet 2025

Date de la saisine : 14 février 2025 **Demandeur** : Autosaisine
Service(s) : Service des bonnes pratiques

1. Présentation et périmètre

1.1. Demande

Au sein du programme pluriannuel « santé mentale et psychiatrie » 2025-2030, l'élaboration d'une recommandation sur les mesures d'anticipation en psychiatrie est identifiée comme prioritaire avec un lancement des travaux en 2025. Les mesures d'anticipation en psychiatrie désignent un ensemble de démarches (accompagnées d'outils de type formulaires) permettant à une personne présentant des troubles psychiques d'exprimer par avance ses préférences quant à son accompagnement dans le cas d'un épisode entraînant une aggravation de sa santé mentale, qui ne lui permettrait plus de faire valoir ses souhaits. Outils simples et concrets, ils sont à la fois le levier de l'effectivité des droits et celui de la qualité et de la sécurité des interventions en situation de crise.

La Haute Autorité de Santé a soutenu cette approche qui permet de prendre en compte le point de vue du patient en psychiatrie et de mettre en œuvre ses droits même lorsque celui-ci n'est plus en état d'exprimer ses souhaits au travers du « plan de prévention partagé » promu dans deux guides (1, 2) puis dans le cadre de la certification des établissements de santé¹ (3).

1.2. Contexte

L'idée de mesures anticipées en psychiatrie trouve sa source dans les mouvements usagers des années 1980 et 1990 (4). Depuis une dizaine d'années, ces démarches se sont rapidement développées dans de nombreux pays avec des appellations et des cadres législatifs très variés.

Ce mouvement a été porté par la Convention internationale des droits des personnes handicapées (CIDPH) (5) adoptée en 2006, signée par la France et par les textes des organisations internationales la déclinant dans le champ de la santé mentale (6) (7), recommandant aux Etats d'adopter des

¹ Critère 2.1-10 « En santé mentale et psychiatrie, l'accès aux soins est organisé et suivi », Certification des établissements de santé pour la qualité des soins • Version 2025

démarches permettant aux personnes d'exprimer de manière anticipée leurs souhaits pour leur prise en charge en psychiatrie et de désigner une personne de confiance (trusted person) et/ou des mandataires (lasting power of attorney). Il s'agit de promouvoir les droits des personnes en s'écartant d'un modèle où les décisions sont prises « à leur place » (substitutive decision-making) pour adopter une approche où la personne est accompagnée dans la construction de ses propres choix (supported decision making).

Des législations encadrant les « directives anticipées en psychiatrie » ont été adoptées dans des pays aussi variés que l'Allemagne (8, 9), les Pays-Bas (10), l'Inde (11), les Philippines (12), la Nouvelle Zélande (13). Le cadre législatif peut varier au sein d'un même pays : ainsi, en Espagne la législation varie entre les sept communautés autonomes, en Australie entre les différents Etats et territoires (4 Etats ou territoires sur 8 ont adopté une législation spécifique) (14) de même qu'aux Etats-Unis (26 Etats sur 50 (15)). Au sein du Royaume Uni, la législation est variable selon les pays (16).

Un premier bilan des expériences internationales et de la littérature synthétisant les résultats des expériences internationales permet de tirer les enseignements suivants :

- ➔ Il existe une tendance au développement accéléré et à l'extension géographique de ces mesures d'anticipation de la crise en psychiatrie, guidées par les préférences du patient ;
- ➔ Un mouvement se dessine vers le renforcement de leur caractère contraignant (inscription dans la loi) avec une grande variété des dispositions réglementaires (conditions pour en bénéficier, signatures, opposabilité, voies de recours, coexistence et/ou transversalité ou non avec des dispositions sur les directives anticipées dans d'autres champs de la santé...) ; lorsque des cadres législatifs existent, on note la complexité de l'articulation avec les corpus législatifs et réglementaires sur les soins sans consentement et sur les mesures de protection des majeurs ;
- ➔ On note une variété de la terminologie et des intitulés des outils² (« psychiatric advance directive(s) », « joint crisis plan », etc., en français, « plan de crise conjoint » « directives anticipées en psychiatrie », mais aussi « mon GPS », etc.) certains termes différents désignant des documents équivalents, mais certaines différences reflétant celles des contextes et des philosophies ayant présidé à leur élaboration. Très schématiquement, on distingue des outils élaborés dans une perspective « soignante » (avec des appellations comme « plan de crise conjoint ») et des outils qui visent prioritairement l'effectivité des droits des patients (4, 17). Le caractère éclaté de la terminologie est considéré comme un obstacle à la lisibilité des dispositifs.
- Malgré ces différences, les travaux tendent à mettre en lumière :
 - une convergence des démarches autour de quelques rubriques « incontournables » que l'on retrouve dans tous les outils quelle que soit leur appellation³ (18) ;

² En anglais « mental health advance directive(s) » « psychiatric advance directive(s) », « joint crisis plan », « advance statement(s) », « advance agreement », « advance decisions », « preference plan », « consent-in-advance instruments », « advance treatment authorization(s) », « advance decisions », « future treatment plan », « crisis card », « crisis plan », « Ulysse's contract » etc. En France : « directives anticipées en psychiatrie » « directives anticipées incitatives en psychiatrie », « plan de crise conjoint » « plan anticipé de crise » (Villeurbanne), « plan SOS » (Plan souhaité d'organisation des soins) – (CHU de Lille), « mon « GPS guide prévention santé » (PRISM, PSYCOM), etc.

³ signes précurseurs de crise identifiées par le patient, l'approche générale souhaitée : respect, empathie, etc. préférences pour des lieux de soins et en matière de traitements, souhaits par rapport aux mesures de contrainte, instructions sociales (qui prévenir, etc.) et désignation de la personne de confiance

- la coexistence ou l'hybridation possible de plusieurs types d'outils, des outils contraignants sur le plan juridique et des outils non opposables, plus souples d'utilisation comme c'est le cas aux Pays-Bas (10, 17, 18) ;
 - un consensus sur les modalités de mise en œuvre en particulier le nécessaire dialogue entre patients, entourage et équipes autour de ces moments de prises en charge (19) avec des méthodologies souples, le patient guidant la démarche qui peut être faite en autonomie ou accompagnée (de manière usuelle, la démarche combine des temps d'auto-réflexion, des possibilités de dialogue avec un membre de l'équipe, professionnel de santé ou pair-aidant, etc.) ainsi que des stratégies pour lever les barrières à l'utilisation (20).
- ➔ les bénéfices de ces démarches sont mis en lumière dans la littérature internationale :
- la réduction de la fréquence des hospitalisations sans consentement est montrée :
 - par plusieurs revues systématiques et méta-analyses (21), (22) (23). La revue systématique et méta-analyse de Emma Molyneaux et al. parue en 2019 montre une réduction de 25% des hospitalisations sans consentement lorsque des mesures d'anticipation sont mises en place ;
 - En France cet effet est rapporté par l'étude randomisée contrôlée multi-site parue dans le JAMA psychiatry en 2022 (24). L'étude DAiP (Directives anticipées incitatives en psychiatrie) fait apparaître une diminution de 30% des hospitalisations sans consentement du groupe expérimental (patients ayant pu bénéficier de mesures d'anticipation accompagnées par un pair-aidant) par rapport au groupe contrôle (soins habituels et information sur les directives anticipées).
 - En 2022, 285 947 personnes majeures ont été hospitalisées à temps plein en psychiatrie en France, 27 % d'entre elles (n=75 817) l'ont été au moins une fois sans leur consentement (25). Dans une comparaison entre 22 pays européens, l'Australie et la Nouvelle Zélande entre 2008 et 2017, la France fait partie des pays qui hospitalisent le plus fréquemment sous contrainte (26). En France, une hausse sensible du recours à ces modalités de soin est constatée entre 2012 et 2021 (27).
 - Par ailleurs, ces hospitalisations sont souvent associées à des mesures coercitives. En 2022 37 % des personnes hospitalisées sans consentement sont concernées par un recours à l'isolement, soit 28 000 personnes, et 11 % par un recours à la contention mécanique, soit 8 000 personnes (en soins libres ces taux sont de 0,9 % des hospitalisations à temps plein pour l'isolement et 0,2 % pour la contention correspondant à des mesures d'urgence transitoires) (27).
 - Les effets délétères de ces mesures coercitives sur la santé, sur la santé mentale et sur l'adhésion aux soins ont été montrés (28).
 - un corpus grandissant d'études montre les autres bénéfices des mesures d'anticipation :
 - en particulier la revue systématique d'Esther Braun et al. (29) sur le point de vue et les expériences des patients (12 pays, 53 publications). Les patients expriment très majoritairement leur intérêt pour ces démarches et leur adhésion. Ils y voient un levier pragmatique pour :
 - développer leur pouvoir d'agir et reprendre le contrôle de leur vie ;
 - améliorer la communication avec les proches et mieux identifier la portée et les limites de leur implication ;

- améliorer le dialogue avec l'équipe soignante, avec le ressenti d'un plus grand respect de leur point de vue et l'espoir d'une meilleure prise en charge.
 - en France l'étude DAiP (Directives anticipées incitatives en psychiatrie) fait apparaître des résultats similaires, en particulier dans son volet qualitatif qui montre que l'exercice même de rédaction de ces directives, accompagnée par un pair, favorise l'introspection et renforce le sentiment d'efficacité personnelle.
 - l'efficacité de la démarche a été mise en lumière dans le volet médico-économique de l'étude DAiP (30).
- ➔ L'étude du contenu des formulaires fait apparaître leur caractère « raisonnable ». La revue systématique de Anne-Sophie Gaillard et al. montre que les souhaits exprimés dans les documents soutenant les mesures d'anticipation sont majoritairement compatibles avec les recommandations en psychiatrie, clairs et pertinents cliniquement. Très peu de personnes refusent entièrement les soins (18).
- ➔ Même si la législation des pays étrangers dans ce domaine ne concerne que les adultes et que les outils ont d'abord été conçus pour les patients adultes, des équipes en France (31) et à l'étranger (32) ont fait valoir l'intérêt de ces démarches pour les adolescents et les jeunes en fragilité psychique, dans une perspective d'intervention précoce en santé mentale et d'une amélioration de la participation des jeunes aux décisions sur leur prise en charge. Ces démarches paraissent particulièrement pertinentes dans un contexte où il est estimé que près de la moitié des troubles psychiatriques (si l'on prend en compte les troubles du neurodéveloppement) se manifestent avant 18 ans (33). Les recommandations de la HAS « Coordination entre protection de l'enfance et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent » préconisent ce type de démarche dans le cadre de la prévention du recours aux urgences (38) ;
- ➔ Malgré cela, une insuffisante diffusion des démarches dans tous les pays est déplorée, y compris ceux qui ont adopté des législations favorables. Par exemple, une étude menée dans 5 villes des Etats-Unis, premier pays à avoir adopté une législation favorable, montre que seuls 3.9% à 12.9% des patients pris en charge dans des structures ambulatoires psychiatriques avaient rempli un plan de crise/ des directives anticipées (34). En France, au cours du 5ème cycle de certification déployé dans les établissements de santé, le critère sur « le plan de prévention partagé » est le critère recueillant les scores les plus bas parmi les critères spécifiques "psychiatrie et santé mentale".
- Les freins à la mise en œuvre de ces démarches sont multiples et complexes. Ils concernent tout autant le niveau systémique, le niveau organisationnel, les représentations des professionnels et celles des patients. Une revue systématique a fait le point sur les principaux freins (35) recensés dans la littérature. Elle met en lumière :
 - du côté des professionnels : les craintes de judiciarisation et d'interférence avec la pratique clinique, la méconnaissance des outils, le manque de temps pour accompagner la rédaction, des inquiétudes sur les éventuels refus de traitement, etc.
 - du côté des organisations : l'absence d'intégration aux systèmes d'information en santé posant de manière forte le problème d'accessibilité en temps opportun aux informations ;
 - du côté des patients : la méconnaissance des outils, la difficulté d'identifier une personne de confiance, la crainte de ne pas voir leurs souhaits respectés voire de faire l'objet de jugements négatifs de la part des professionnels de santé, etc.

→ En France :

- il existe un mouvement assurant la promotion des différentes initiatives existantes (au-delà des nuances d'approches et différences terminologiques) au travers d'un collectif informel d'associations, d'établissements de santé, d'experts, etc. Une journée d'étude en 2022 (36) et un ouvrage en émanent posant les bases du développement des mesures d'anticipation en France (20) ;
- la promotion des mesures anticipées en psychiatrie est inscrite au programme de travail de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), en complémentarité avec les travaux de la HAS ;
- le plan « Plan psychiatrie : repérer, soigner, reconstruire » présenté par M. Yannick Neuder, ministre chargé de la Santé et de l'Accès aux soins le 12 juin 2025 fait des mesures d'anticipation une priorité de politique publique dans le champ de la psychiatrie (37) dans la continuité des travaux de la Délégation ministérielle à la santé mentale et à la psychiatrie.

1.3. Enjeux

Les mesures d'anticipation en psychiatrie constituent un levier fondamental pour :

- favoriser le consentement aux soins des patients, réduire le recours aux mesures coercitives, et au-delà, développer leur pouvoir d'agir ;
- assurer une gestion apaisée des situations de crise psychiatrique (avec ou sans hospitalisation), en s'appuyant sur les ressources identifiées par le patient lui-même ; l'anticipation permet une sécurisation des personnes de leur entourage et des équipes ;
- améliorer le dialogue entre le patient, l'entourage et les équipes de soin pour une mise en pratique de la prise de décision partagée dans les soins en santé mentale.

Ces démarches, très pragmatiques, incarnent de manière simple des idéaux dont l'énoncé peut paraître abstraits : l'ambition d'effectivité des droits des patients en psychiatrie, d'engagement et de participation ainsi que des principes du rétablissement qui visent à permettre à chacun de mieux se connaître, de prendre le contrôle de sa vie et de la mener de manière satisfaisante même lorsque la maladie s'invite à nouveau dans son parcours

L'enjeu des recommandations de la Haute Autorité de santé sera de contribuer à diffuser le plus largement possible et à intégrer aux pratiques ces mesures d'anticipation en psychiatrie dont l'intérêt a été montré mais dont la mise en œuvre est encore trop limitée et expérimentale.

1.4. Cibles

Personnes vivant avec un trouble psychique

L'entourage de ces personnes

Professionnels de la santé mentale et de la psychiatrie

Professionnels des secteurs social et médico-social accompagnant des personnes vivant avec des troubles psychiques

Tout professionnel amené à intervenir lors d'une situation de crise psychiatrique

Responsables au niveau national, territorial et des établissements appelés à soutenir la mise en œuvre effective des mesures d'anticipation en psychiatrie

1.5. Objectifs

- ➔ Réaliser un état des lieux et une revue critique :
 - des connaissances scientifiques dans ce champ ;
 - des principales expériences étrangères et françaises ; les leviers et freins à la mise en œuvre des démarches seront explorés, en prenant en compte le contexte actuel de tension sur les moyens en psychiatrie ;
 - des outils existants pour le recueil et le partage des mesures d'anticipation en psychiatrie. Les expériences d'applications numériques, notamment en direction de la cible « jeunes » seront repérées.
- ➔ Définir un cadre de référence commun. Ce cadre comprendra :
 - Des propositions pour une sémantique précise et une terminologie resserrée afin de limiter les confusions, et assurer la lisibilité pour les usagers et les professionnels, dans la continuité des travaux déjà réalisés au niveau national ;
 - Des recommandations de bonne pratique sur :
 - les principes des démarches et leurs enjeux éthiques et juridiques ;
 - le contenu des outils (rubriques indispensables, rubriques optionnelles) avec un focus particulier sur le rôle de la personne de confiance ; les outils de facilitation (pictogramme, etc.) seront explorés ;
 - les spécificités de la démarche chez les adultes et chez les mineurs (12-18 ans) ;
 - les modalités d'accompagnement de la démarche au niveau individuel (pour chaque personne concernée) intégrant l'actualisation des mesures ;
 - les modalités de mise en œuvre de la démarche en situation de crise, puis après la crise pour une véritable inscription de ces mesures dans le parcours de la personne ;
 - les modalités de promotion et de « portage » de la démarche (actions de communication visant à changer les représentations « limitantes », politique de ressources humaines, formation, etc.) pour lever les freins à la mise en œuvre.
 - L'identification des diverses solutions, en particulier des caractéristiques du ou des outils numériques intégrés dans le parcours de soins qui permettraient la mise à disposition de la bonne information aux bonnes personnes dans le respect de la confidentialité.
- ➔ Définir et créer des supports (document d'information, aide à la décision, etc.) adaptés aux besoins des usagers, patients et proches ;
- ➔ En fonction des attentes de l'environnement, proposer un modèle de rubriques standardisées cohérentes avec les démarches existantes, compatibles avec les systèmes d'information en santé et permettant l'accessibilité à l'information au bon moment.

1.6. Délimitation du thème / questions à traiter

Le travail concernera les majeurs et les mineurs (12-18 ans).

Le champ des pathologies concernées est large et une liste finie de diagnostics ne sera pas établie. Cependant, par hypothèse, les démarches d'anticipation en psychiatrie concernent plus particulièrement les personnes vivant avec des troubles psychiques ou des troubles du neurodéveloppement susceptibles de comporter des moments de recrudescence symptomatologique entraînant une difficulté à prendre des décisions et un risque accru d'hospitalisation. Les situations des personnes ayant des vulnérabilités particulières (troubles du développement intellectuel, situation de précarité, etc.) seront prises en compte.

Les démarches envisagées concerneront spécifiquement l'anticipation des situations de crise et se distinguent ainsi :

- des plans de traitement ou « plans de rétablissement » qui englobent les autres aspects de la prise en charge et de la gestion de la vie quotidienne.
- des « plans de sécurité » (« safety plans ») qui visent spécifiquement à prévenir les crises suicidaires.

Ces expériences seront néanmoins prises en compte.

Ce travail interviendra dans le cadre du droit français existant. La HAS sera attentive à toute évolution législative ou réglementaire qui interviendrait pendant le temps des travaux.

2. Modalités de réalisation

- HAS
- Label
- Partenariat

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

Fiche mémo avec groupe de travail

2.2. Composition qualitative des groupes

Le groupe de travail sera constitué de :

- personnes vivant avec des troubles psychiques et des représentants de l'entourage des patients dont des personnes ayant le rôle de personne de confiance ; membres d'associations d'usagers de la santé (5 à 6 membres) ;
- professionnels de santé mentale et de la psychiatrie avec une représentation de la psychiatrie publique de la psychiatrie hospitalière privée (unités d'hospitalisation et structures ambulatoires) et de l'exercice libéral (5 à 6 membres) ; on veillera en particulier à une représentation :
 - des pairs-aidants collaborant avec les équipes de santé mentale et psychiatrie ;
 - des professionnels de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.
- professionnels des soins primaires et de l'addictologie, en particulier médecin généraliste (2 membres) ;
- professionnels des secteurs social et médico-social appelés à travailler avec des personnes présentant des troubles psychiques (2 membres) ;
- tout autre professionnel appelé à entrer en contact avec des personnes traversant une situation de crise liée à des troubles psychiques (1 à 2 membres) ;
- responsables administratifs au niveau des structures (établissements de santé en particulier) et au niveau territorial (Agence régionale de santé) (2 membres) ;
- chercheurs ayant publié sur ce sujet (2 membres)
- un juriste.

Les membres de ce groupe devront être familiers des mesures d'anticipation en psychiatrie et une attention particulière sera portée à l'équilibre des différents courants de pensées.

Les parties prenantes concernées par le thème seront sollicitées lors de la phase de relecture :

- associations d'usagers et de personnes concernées ;
- sociétés savantes et organisations professionnelles dans le champ de la psychiatrie, de la santé mentale, de l'addictologie et en soins primaires ;
- organisations représentatives dans le champ hospitalier (Fédérations et Conférences en particulier) ;
- organisations représentatives dans le champ social et médico-social.

Les institutions (pouvoirs publics, agences sanitaires, contrôleur général des lieux de privation de liberté et Assurance Maladie, etc.) seront sollicitées selon les modalités habituelles.

2.3. Productions prévues

- ➔ Un rapport d'élaboration
- ➔ Une fiche mémo dont les principaux destinataires seront les professionnels de la santé mentale et de la psychiatrie (si besoin, un livrable type fiche recto-verso sur les démarches destinées aux mineurs sera associé au livrable principal)
- ➔ Des livrables destinés aux usagers dont les objectifs, les circuits de diffusion et le contenu seront discutés avec des membres du groupe de travail en lien avec les équipes de la HAS
- ➔ En fonction des attentes de l'environnement : un modèle harmonisé de recueil des mesures d'anticipation en psychiatrie interopérable avec les systèmes d'information en santé

A l'issue de ces travaux, un développement d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) sera étudié par la HAS afin d'aider au déploiement des recommandations sur le terrain.

3. Calendrier prévisionnel des productions

- Date de passage en commission : T4 2026
- Date de validation du collège : T4 20226

Références bibliographiques

1. Haute Autorité de santé. Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016.
2. Haute Autorité de santé. Programme de soins psychiatriques sans consentement Mise en œuvre. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.
3. Haute Autorité de santé. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Version 2025. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.
4. Maitre E, Debien C, Nicaise P, Wyngaerden F, Le Galudec M, Genest P, et al. Les directives anticipées en psychiatrie : revue de la littérature qualitative, état des lieux et perspectives. *Encephale*. 2013;39(4):244-51.
5. Nations Unies. Convention relative aux droits des personnes handicapées. Genève: HCDH; 2007.
6. Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme. Santé mentale et droits de l'homme. Rapport du Haut-Commissaire des Nations Unies aux droits de l'homme. Genève: HCNH; 2017.
7. World Health Organization, United Nations, Office of the High Commissioner for Human Rights. Mental health, human rights and legislation: guidance and practice. Geneva: WHO; 2023.
8. Wiesing U, Jox RJ, Hessler HJ, Borasio GD. A new law on advance directives in Germany. *J Med Ethics*. 2010;36(12):779-83.
9. Scholten M, Efke SA, Faissner M, Finke M, Gather J, Gergel T, et al. Opportunities and challenges of self-binding directives: a comparison of empirical research with stakeholders in three European countries. *Eur Psychiatry*. 2023;66(1):e48.

10. Scholten M, van Melle L, Widdershoven G. Self-binding directives under the new Dutch Law on Compulsory Mental Health Care: an analysis of the legal framework and a proposal for reform. *Int J Law Psychiatry*. 2021;76:101699.
11. Philip S, Chandran D, Stezin A, Viswanathaiah GC, Gowda GS, Moirangthem S, et al. EAT-PAD: educating about psychiatric advance directives in India. *Int J Soc Psychiatry*. 2019;65(3):207-16.
12. De Castro L, Manaloto R, Lopez A. Advance directives in the Philippines. In: Cheung D, Dunn M, editors. *Advance directives across Asia: a comparative socio-legal analysis*. Cambridge: Cambridge University Press; 2023. p. 191-206.
13. Lenagh-Glue J, Dawson J, Potiki J, O'Brien AJ, Thom K, Casey H, et al. Use of advance directives to promote supported decision-making in mental health care: Implications of international trends for reform in New Zealand. *Aust N Z J Psychiatry*. 2023;57(5):636-41.
14. Ouliaris C, Kealy-Bateman W. Psychiatric advance directives in Australian mental-health legislation. *Australas Psychiatry*. 2017;25(6):574-7.
15. American Psychiatric Association. *Psychiatric advance directives*. Approved by the Joint Reference Committee. Washington: APA; 2009.
16. Owen GS, Gergel T, Stephenson LA, Hussain O, Rifkin L, Keene AR. Advance decision-making in mental health - Suggestions for legal reform in England and Wales. *Int J Law Psychiatry*. 2019;64:162-77.
17. Henderson C, Swanson JW, Szmukler G, Thornicroft G, Zinkler M. A typology of advance statements in mental health care. *Psychiatr Serv*. 2008;59:63-71.
18. Gaillard AS, Braun E, Vollmann J, Gather J, Scholten M. The content of psychiatric advance directives: a systematic review. *Psychiatr Serv*. 2023;74(1):44-55.
19. Bee P, Price O, Baker J, Lovell K. Systematic synthesis of barriers and facilitators to service user-led care planning. *Br J Psychiatry*. 2015;207(2):104-14.
20. Tinland A, Eyraud B, Ferrari P, Goulet M-H, Grard J, Harrison A, et al. *Le guide des directives anticipées psychiatriques. Mettre en pratique les soins centrés sur le patient, la décision partagée et l'empowerment*. Paris: Doin; 2025.
21. de Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M, Priebe S, Bramer W, van de Sande R, et al. Interventions to reduce compulsory psychiatric admissions: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(7):657-64.
22. Bone JK, McCloud T, Scott HR, Machin K, Markham S, Persaud K, et al. Psychosocial interventions to reduce compulsory psychiatric admissions: a rapid evidence synthesis. *EClinicalMedicine*. 2019;10:58-67.
23. Molyneaux E, Turner A, Candy B, Landau S, Johnson S, Lloyd-Evans B. Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder: systematic review and meta-analyses. *BJPsych Open*. 2019;5(4):e53.
24. Tinland A, Loubiere S, Mougeot F, Jouet E, Pontier M, Baumstarck K, et al. Effect of psychiatric advance directives facilitated by peer workers on compulsory admission among people with mental illness: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. 2022;79(8):752-9.
25. Touitou-Burckard E, Gandre C, Coldefy M. Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements. *Questions d'économie de la santé*. 2024(286).
26. Sheridan Rains L, Zenina T, Dias MC, Jones R, Jeffreys S, Branthonne-Foster S, et al. Variations in patterns of involuntary hospitalisation and in legal frameworks: an international comparative study. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(5):403-17.
27. Coldefy M, Gandre C, collab RS. Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre. *Questions d'économie de la santé*. 2022(269).
28. Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. Effects of seclusion and restraint in adult psychiatry: a systematic review. *Front Psychiatry*. 2019;10:491.
29. Braun E, Gaillard AS, Vollmann J, Gather J, Scholten M. Mental health service users' perspectives on psychiatric advance directives: a systematic review. *Psychiatr Serv*. 2023;74(4):381-92.
30. Loubiere S, Loundou A, Auquier P, Tinland A. Psychiatric advance directives facilitated by peer workers among people with mental illness: economic evaluation of a randomized controlled trial (DAiP study). *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2023;32:e27.
31. Psycom. *Directives anticipées en psychiatrie - mon GPS 2025*
32. Youth MOVE National Peer Center, The Copeland Center for Wellness and Recovery, On Our Own of Maryland Inc. *Psychiatric advanced directives: youth and young adults. Implementation guide*. Washington: HHS; 2024.
33. Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry*. 2022;27(1):281-95.

34. Swanson J, Swartz M, Ferron J, Elbogen E, Van Dorn R. Psychiatric advance directives among public mental health consumers in five U.S. cities: prevalence, demand, and correlates. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2006;34(1):43-57.
35. Shields LS, Pathare S, van der Ham AJ, Bunders J. A review of barriers to using psychiatric advance directives in clinical practice. *Adm Policy Ment Health*. 2014;41(6):753-66.
36. Advocacy-France, AP-HM, CHU Saint-Etienne, GHU Paris psychiatrie et neurosciences, PRISM, PSYCOM, et al. Colloque : "Mesures d'anticipation en psychiatrie : outils de droits, outils de soins ?" Journée d'étude au ministère de la santé et de la prévention. Débat ouvert à tous les publics de la psychiatrie pour déterminer la place à accorder aux MAP en France 2022
37. Ministère du travail de la santé des solidarités et des familles. Plan psychiatrie : repérer, soigner, reconstruire 2025
38. Haute Autorité de santé. Coordination entre protection de l'enfance et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.