



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

---


**PROGRAMME**

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

**Validé par le Collège le 20 novembre 2024**

---

Mis à jour en mars 2026

Ce document ainsi que sa référence bibliographique sont téléchargeables sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr) 

Haute Autorité de santé – Service communication et information

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

© Haute Autorité de santé – novembre 2024 – ISBN : 978-2-11-179631-7

# Sommaire

---

<b>Introduction</b>	<b>6</b>
<b>Préparation du programme « santé mentale et psychiatrie » 2025-2030</b>	<b>10</b>
<b>Travaux inscrits au programme pluriannuel « santé mentale et psychiatrie » 2025-2030</b>	<b>11</b>
Thème 1. Troubles schizophréniques, troubles bipolaires et troubles de la personnalité limite (borderline)	15
1. Repérage et prise en charge des personnes présentant un premier épisode psychotique ou un risque d'évolution vers une psychose	15
2. Diagnostic, évaluation, prise en charge et parcours de soins (incluant les soins de réhabilitation psychosociale) et d'accompagnement des troubles schizophréniques	16
3. Diagnostic, évaluation, prise en charge et parcours de soins des troubles bipolaires	18
4. Repérage, évaluation, diagnostic et prise en charge du trouble de la personnalité limite (borderline)	18
5. Prévention, repérage et prise en charge des comorbidités somatiques	19
Thème 2. Santé mentale et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	22
1. Hospitalisation à temps plein des enfants et des adolescents en psychiatrie : indications, modalités de prise en charge, place dans le parcours et droits des patients	23
2. Prévention et prise en charge des moments de violence dans l'évolution clinique des enfants et des adolescents lors des hospitalisations en psychiatrie	23
3. Continuité de la prise en charge entre services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et services de psychiatrie de l'adulte	24
4. Évaluation et prise en charge des troubles de stress post-traumatique, volet enfants	25
Thème 3. Droits des patients et des personnes accompagnées, pair-aidance et alliance thérapeutique	27
1. Mesures d'anticipation en psychiatrie	27
2. Pair-aidance en santé mentale et psychiatrie	28
3. Accompagnement de la vie intime, affective et sexuelle en ESSMS	29
4. Construction et étayage de l'alliance thérapeutique en psychiatrie dans le parcours de soins et d'accompagnement de la personne	29
5. Accompagnement de la personne nécessitant une mesure de protection juridique dans l'exercice de ses droits et vers un parcours inclusif	31
Thème 4. Accompagnement et soutien des familles et des proches	33
1. Information, réponses et soutien dédiés aux familles/proches de personnes ayant des troubles psychiques	33
2. Accompagnement et soutien des familles/proches lors de l'hospitalisation d'un patient en psychiatrie (en amont, pendant et en aval)	34
Thème 5. Santé mentale et psychiatrie de la personne âgée	36

1. État dépressif de la personne âgée : prévention, diagnostic, diagnostic différentiel et prise en charge	36
2. Idées et conduites suicidaires chez la personne âgée : prévention, repérage, évaluation et prise en charge	36
3. Autonomie et parcours de soins et d'accompagnement en santé mentale et psychiatrie de la personne âgée	37
4. Troubles psychiques et troubles cognitifs de la personne âgée : coordination entre médecine générale, psychiatrie, neurologie et gériatrie	37
<b>Thème 6. Soins en psychiatrie aux personnes détenues et soins pénalement ordonnés</b>	<b>40</b>
<b>Thème 7. Santé mentale, psychiatrie et addictions</b>	<b>42</b>
1. Pathologies duelles : repérage et prise en charge des comorbidités addictives chez les personnes avec troubles schizophréniques ou bipolaires	42
2. Repérage de tous les usages et accompagnement de chaque personne dès le premier recours pour diminuer le risque alcool pour tous	42
3. Prise en charge des consommateurs de cocaïne (label HAS)	43
<b>Thème 8. Troubles du neurodéveloppement (TND)</b>	<b>46</b>
1. Trouble du spectre de l'autisme (TSA) : interventions et parcours de vie du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent	46
2. Accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel (TDI) – Volet 2	47
3. Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) : repérage, diagnostic et prise en charge des adultes	47
4. Repérage, évaluation, diagnostic et prise en charge des troubles dys	48
5. Traitements médicamenteux chez les adultes, enfants et adolescents ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) et/ou un trouble du développement intellectuel (TDI), notamment en situation complexe ou très complexe	48
<b>Thème 9. Certification des établissements de santé autorisés en psychiatrie pour la qualité des soins</b>	<b>50</b>
Le 6 <sup>e</sup> cycle de certification des établissements de santé (2025-2029)	50
Suivi et analyse des résultats de certification	51
Evolutions du référentiel	53
<b>10. Autres thèmes</b>	<b>54</b>
1. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles psychiques – actualisation	54
2. Prévention, repérage, évaluation et prise en charge des idées et conduites suicidaires chez les exploitants et salariés agricoles	54
3. Santé mentale des réfugiés et des migrants	55
<b>Autres travaux portant sur la qualité et la sécurité des soins et des accompagnements, les outils numériques, les médicaments, les dispositifs médicaux et les actes professionnels</b>	<b>58</b>
Indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) et événements indésirables graves associés aux soins (EIGS)	58
Évaluation des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS)	59
Outils numériques	59

Fiches de bon usage du médicament (BUM)	60
Évaluation des produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux et actes professionnels)	61
Ratios de soignants, par lit ouvert ou par nombre de passages pour les activités ambulatoires en psychiatrie	61
Actes et prestations pour les affections de longue durée	62
Avis de la HAS sur des projets de référentiels élaborés par la CNAM	62

**Références bibliographiques** **63**

# Introduction

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

En France en 2023, plus de 8,6 millions de personnes ont été prises en charge pour des maladies psychiatriques<sup>2</sup> ou ont bénéficié d'un remboursement pour des traitements chroniques par psychotropes<sup>3</sup> (4).

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

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

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

---

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

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

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

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

Dans la plupart des pays à revenu élevé, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15 à 25 ans (8). En France, une forte progression des pensées suicidaires chez les lycéennes et lycéens entre 2018 et 2022 a été mise en évidence par l'enquête EnCLASS (de 24,2 % à 30,9 % chez les filles et de 13,3 % à 17,4 % chez les garçons) (9), de même qu'une très forte hausse des taux d'hospitalisation pour gestes auto-infligés chez les adolescentes et jeunes femmes en 2021 et 2022 (par rapport à la moyenne de 2010 à 2019) (10) :

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

La réduction de l'espérance de vie à 15 ans des personnes vivant avec un trouble psychique sévère a été estimée comme étant réduite en moyenne de 16 ans chez les hommes et de 13 ans chez les femmes, avec des variations en fonction des troubles considérés. Ces personnes ont des taux de mortalité « deux à cinq fois supérieurs à ceux de la population générale, quelle que soit la cause de décès, et un taux de mortalité prématurée quadruplé » (11). La surmortalité observée chez les personnes ayant des troubles psychiques sévères est pour partie attribuable à des troubles somatiques, qui sont plus prévalents qu'en population générale et interagissent avec les troubles psychiques, aggravant leurs pronostics respectifs (12-14). En France, un moindre recours aux soins de prévention et aux soins de spécialistes courants (particulièrement marqué pour les soins gynécologiques et ophtalmologiques) a été identifié chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère, de même qu'une fréquence plus importante des hospitalisations évitables (telles que celles pour asthme ou complications du diabète à court terme) (15).

Le coût pour la société française est également considérable : avec 27,8 milliards d'euros en 2023, les dépenses remboursées au titre de la santé mentale (si l'on regroupe les maladies psychiatriques et les traitements chroniques par psychotropes) étaient le troisième poste de dépenses de l'Assurance maladie (13,7 % des dépenses totales), après les hospitalisations hors pathologies repérées 5 (44,9 milliards d'euros) et la prise en charge des maladies cardiovasculaires (29,0 milliards d'euros) et devant la prise en charge des cancers (27,1 milliards d'euros) (4, 16). En 2018, son coût global a été estimé à 163 milliards d'euros, en incluant les coûts de perte de productivité et de compensation de revenus ainsi que les coûts associés à la perte de qualité de vie (17).

Mais au-delà de ces données chiffrées relatives aux troubles proprement dits, il est nécessaire de resituer l'importance de la santé mentale, qui « occupe un large périmètre incluant le bien-être, les troubles et le fonctionnement des individus sur leurs versants aussi bien positifs que négatifs » (18) et ne se définit pas seulement par l'absence de trouble mental<sup>6</sup>. « Considérer ces différentes dimensions est nécessaire pour appréhender de façon complète la santé mentale d'un individu ou d'une population, mais également pour comprendre et orienter les logiques d'intervention des politiques publiques consacrées à la santé mentale : prévention et promotion de la santé, offre de soins et cohésion sociale (solidarité, inclusion sociale et accès aux droits fondamentaux pour les personnes atteintes de troubles psychiques) » (18). « Cette transformation suppose un changement d'orientation : au lieu de simplement considérer la maladie chez les individus, ce qui n'est ni suffisant ni viable, on doit aussi considérer la distribution populationnelle de la santé mentale comme une ressource positive, un atout et une

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

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

force » (19). Ce virage sort la santé mentale de sa position isolée au sein des services cliniques et la replace dans la sphère plus large de la santé publique, en la présentant comme un sujet d'intérêt pour tous (20).

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

La mise en cohérence des soins et accompagnements avec les différents besoins des personnes est aujourd'hui essentielle dans le système de soins psychiatriques, avec le projet pour la Haute Autorité de santé (HAS) de proposer à terme des parcours de soins. La notion de parcours en psychiatrie correspond en effet à un besoin majeur des personnes concernées par la maladie mentale, mais aussi de leur entourage. « Certes, il s'agit de « soigner » et donc de prendre en charge la pathologie, la souffrance, la crise, l'urgence. Mais, comme pour toute pathologie qui est souvent chronique, il s'agit de « prendre soin » et donc de se préoccuper de la vie des personnes, en les accompagnant au long d'un parcours » (21), parcours potentiellement sujet à des risques de ruptures à différents moments : accès au diagnostic et aux soins, hospitalisations, accompagnement social et médico-social, accès aux soins somatiques, situations de crises, etc. Cette notion de parcours implique les personnes elles-mêmes, mais aussi, en fonction de leurs souhaits respectifs, le soutien des proches.

**La HAS s'est engagée, en 2013, dans l'élaboration d'un programme de travail pluriannuel dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale**<sup>7</sup>. Les exigences autour de la construction de ce programme étaient :

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

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

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

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

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

---

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

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

Ce programme « santé mentale et psychiatrie » 2025-2030 est un **programme de travail pluriannuel évolutif** ayant pour objectifs de proposer une approche transversale aux besoins de santé de la population confrontée, ou susceptible de l'être, aux problématiques de santé mentale et de mobiliser l'ensemble des activités de la HAS pour apporter une réponse positive et cohérente aux défis de la santé mentale, déterminant essentiel de la santé globale des populations.



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

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

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

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

Par ailleurs, dans chacun de ces thèmes :

- les questions liées aux apports potentiels du numérique et aux jalons à mettre en place dans les usages du numérique, spécifiquement dans les parcours de santé liés à la santé mentale et à la psychiatrie, seront prises en compte ;
- la pertinence d'élaborer des documents à destination des usagers sera évaluée, au regard des besoins d'information identifiés et des canaux de diffusion existants.

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

Certains des travaux présentés dans le cadre de ce programme « santé mentale et psychiatrie » font déjà partie des **travaux programmés dans l'activité de la HAS**, définis chaque année. Il est possible de s'y référer pour connaître les échéanciers actualisés des travaux du programme pluriannuel « santé mentale et psychiatrie<sup>9</sup> ». D'autres travaux constituent des perspectives de travail à échéance plus lointaine et nécessitent des études préalables de cadrage et de faisabilité.

- Étant donné le large champ de ce programme « santé mentale et psychiatrie », son avancement dépendra des moyens qui pourront lui être affectés. Les axes définis comme prioritaires seront publiés chaque année dans le cadre d'une feuille de route.
- [La feuille de route pour l'année 2026](#) est consultable sur le site internet de la HAS

<sup>9</sup> [Haute Autorité de santé - Productions programmées](#)

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

### Thème 1

Troubles schizophréniques, troubles bipolaires et troubles de la personnalité limite (borderline)

### Thème 2

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

### Thème 3

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

### Thème 4

Accompagnement et soutien des familles et des proches

### Thème 5

Santé mentale et psychiatrie de la personne âgée

### Thème 6

Soins en psychiatrie aux patients détenus et soins pénalement ordonnés

### Thème 7

Santé mentale, psychiatrie et addictions

### Thème 8

Troubles du neurodéveloppement (TND)

### Thème 9

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

10. Autres thèmes

## Travaux envisagés dans chaque thème

### Thème 1 - Troubles schizophréniques, troubles bipolaires et troubles de la personnalité limite (borderline)

- Repérage et prise en charge des personnes présentant un premier épisode psychotique ou un risque d'évolution vers une psychose
- Diagnostic, évaluation, prise en charge et parcours de soins/d'accompagnement des troubles schizophréniques
- Diagnostic, évaluation, prise en charge et parcours de soins des troubles bipolaires
- Repérage, évaluation, diagnostic et prise en charge du trouble de la personnalité limite (borderline)
- Prévention, repérage et prise en charge des comorbidités somatiques

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

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

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

- Mesures d'anticipation en psychiatrie
- Pair-aidance en santé mentale et psychiatrie
- Accompagnement de la vie intime, affective et sexuelle en ESSMS
- Construction et étayage de l'alliance thérapeutique en psychiatrie dans le parcours de soins et d'accompagnement de la personne
- Accompagnement de la personne nécessitant une mesure de protection juridique dans l'exercice de ses droits et vers un parcours inclusif

### Thème 4 - Accompagnement et soutien des familles et des proches

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

### Thème 5 - Santé mentale et psychiatrie de la personne âgée

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

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

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

### Thème 7 - Santé mentale, psychiatrie et addictions

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

### Thème 8 - Troubles du neurodéveloppement (TND)

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

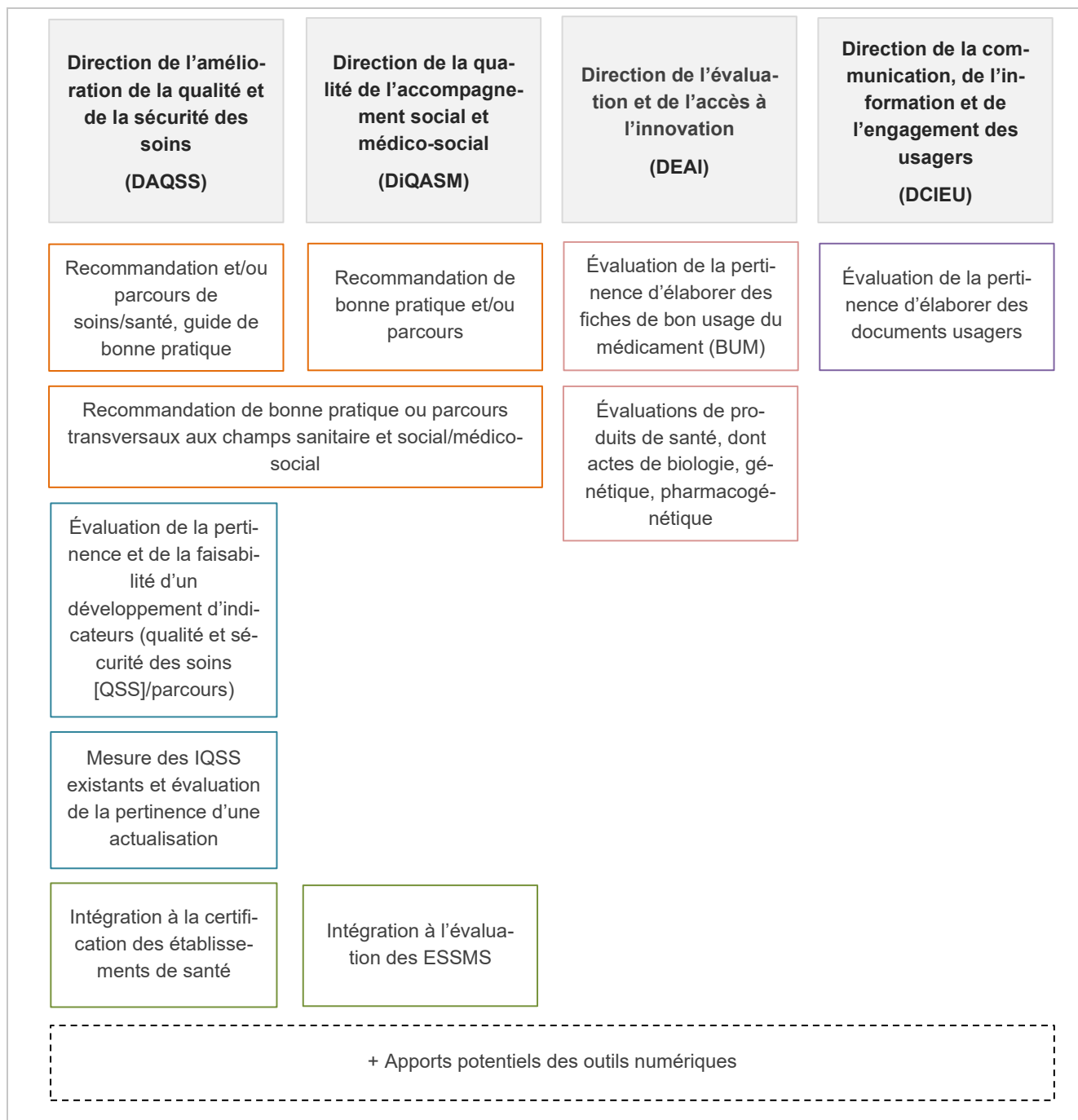
### Thème 9 - Certification des établissements de santé autorisés en psychiatrie pour la qualité des soins

- Suivi et analyse des résultats de certification
- Évolutions du référentiel

### 10. Autres thèmes

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

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



# Thème 1. Troubles schizophréniques, troubles bipolaires et troubles de la personnalité limite (borderline)

- Face au poids de ces pathologies, les troubles schizophréniques, les troubles bipolaires et les troubles de la personnalité limite figurent dans les axes prioritaires de ce nouveau programme et feront respectivement l'objet d'une série de recommandations de bonne pratique, en vue d'améliorer leur repérage, leur diagnostic, leur évaluation et leur prise en charge.
- Les recommandations portant sur les troubles schizophréniques et bipolaires seront suivies de travaux visant à définir des parcours de soins et à améliorer la coordination du parcours de soins et d'accompagnement.
- Elles viendront compléter le protocole national de diagnostic et de soins (PNDS) relatif à la [schizophrénie à début précoce](#) publié en 2022, dont l'objectif est de « guider le circuit de diagnostic et de soins des enfants et adolescents de moins de 15 ans qui présentent des symptômes psychotiques » ([22](#)).

## 1. Repérage et prise en charge des personnes présentant un premier épisode psychotique ou un risque d'évolution vers une psychose

Un premier épisode psychotique (PEP) ou état à haut risque d'évolution vers une psychose (HRP) concernent essentiellement l'adolescent et le jeune adulte mais peuvent survenir à tout âge ([23](#), [24](#)).

Durant un état HRP (ou une période dite prodromique lorsqu'elle évolue vers un PEP), qui peut durer des mois voire des années, la personne présente des symptômes non spécifiques (tels que des troubles du sommeil, des symptômes anxieux et/ou dépressifs), souvent une altération du fonctionnement, ainsi que des symptômes psychotiques atténués ou transitoires ([23](#), [25](#), [26](#)).

Un PEP peut survenir au décours d'une période prodromique ou plus brutalement. Une association statistiquement significative a été identifiée entre une plus longue durée de psychose non traitée (définie comme le délai entre le début d'un PEP et la mise en place d'un traitement) et une plus grande sévérité des symptômes positifs et négatifs, un moindre niveau de fonctionnement social et une moindre amélioration des symptômes (sur une durée de suivi moyenne de 8 ans) ([27](#)).

La délimitation, parfois délicate, entre ces deux entités repose, entre autres, sur la sévérité et la durée des symptômes psychotiques, les troubles du comportement associés ainsi que sur le niveau d'altération du fonctionnement (notamment dans le domaine de l'adaptation sociale, scolaire, universitaire ou professionnelle).

Une hétérogénéité est également observée en termes d'évolution :

- un PEP peut évoluer vers une rémission complète ou être annonciateur d'une affection psychiatrique, comme un trouble schizophrénique ou un trouble bipolaire ;
- un état HRP peut évoluer vers un PEP (lors d'une transition psychotique) et suivre alors la même trajectoire que celui-ci ; il peut également évoluer vers un trouble psychiatrique tel qu'un trouble de la personnalité, un trouble anxieux ou dépressif notamment, ou vers une rémission complète.

**La recommandation de bonne pratique en cours d'élaboration par la HAS ([note de cadrage](#)) aura pour objectif d'améliorer :**

- le repérage des personnes présentant un PEP ou un état HRP, l'orientation vers les soins et le recours aux soins ;
- l'évaluation des situations ;
- la prise en charge et son suivi ;
- ainsi que la mise en place d'un relai de la prise en charge en cas d'évolution des symptômes vers un trouble psychiatrique.

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

La schizophrénie est associée :

- à un risque élevé de tentatives de suicide : « 1 patient sur 2 fera au moins une tentative de suicide, 10 % en décèdent » ([28](#)) ;
- à une comorbidité addictive (hors tabac) chez près de la moitié des patients ([29](#)) ;
- à un faible taux d'emploi en Europe : entre 80 et 90 % des patients seraient sans emploi ([30](#), [31](#)) ;
- à de fortes prévalences au sein de la population sans domicile dans les pays à revenus élevés : 12,4 % si l'on élargit à l'ensemble du spectre (intervalle de confiance à 95 % : 9,5 %-15,7 %) ([32](#)).

En France :

- elle est le motif de recours aux prises en charge à temps complet ou partiel en psychiatrie le plus fréquent chez les hommes (26 % ; 16 % chez les femmes en 2020) ([33](#)) ;
- et représentait 52 % des hospitalisations au long cours en psychiatrie en 2011 ([34](#)).

La dernière conférence de consensus dans le domaine de la schizophrénie date de 2003 ([35](#)). Depuis, de nombreux progrès ont été réalisés dans sa prise en charge mais la diffusion de ces progrès thérapeutiques et leur mise à disposition pour les patients ont été décrites comme n'étant pas homogènes sur le territoire français ([36](#)).

### **2.1. Recommandations de bonne pratique**

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

- **le diagnostic et l'évaluation des troubles schizophréniques ;**
- **l'usage des psychotropes dans la prise en charge des troubles schizophréniques** (incluant les indications, le suivi, y compris des effets secondaires, l'adaptation, la réduction et la perspective de l'arrêt des psychotropes) ;
- **les prises en charge non médicamenteuses** (incluant les soins de réhabilitation psychosociale ainsi que l'évaluation cognitive sur laquelle ils s'appuient [cf. encadré ci-après]).

Ces travaux aborderont également la recherche de comorbidités psychiatriques et leur prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse, ainsi que la recherche de TND éventuellement associés et de maladies rares en lien avec les symptômes psychotiques.

## Soins de réhabilitation psychosociale

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

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

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

Un certain nombre d'événements indésirables associés aux soins (EIAS) ayant été signalés avec les neuroleptiques à action prolongée (NAP), susceptibles d'entraîner des surdosages ou des sous-dosages, eux-mêmes à l'origine, entre autres, de recrudescence de symptômes psychiatriques ou d'hospitalisation, un **flash sécurité patient (FSP)**<sup>10</sup> « [Neuroleptiques à action prolongée \(NAP\). Les NAP parfois ça dérape](#) » a été publié en avril 2025 (label porté par les observatoires du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique [OMédITs]<sup>11</sup>) (39).

### 2.1. Parcours de soins et d'accompagnement

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

<sup>10</sup> L'analyse des EIAS déclarés par les professionnels permet de comprendre leurs causes profondes et de proposer des solutions pour éviter leur survenue ou en atténuer les conséquences. Les FSP sont des publications courtes qui décrivent plusieurs EIAS sélectionnés selon leur intérêt pédagogique et leur qualité d'analyse. Les objectifs sont de :

- sensibiliser et alerter les professionnels de santé sur un risque particulier récurrent, en décrivant la situation à risque, pour faire prendre conscience des contextes de survenue.
- rappeler les outils, les publications et les recommandations de bonne pratique mises à la disposition des professionnels de santé lorsqu'elles existent.
- montrer que déclarer des EIGS doit se faire dans une démarche constructive qui passe par une dédramatisation de la déclaration.

<sup>11</sup> Ce label signifie que le document a été élaboré selon les procédures et règles méthodologiques et déontologiques préconisées par la HAS.

compris au tout début du parcours et par le repérage, la prévention et la gestion des situations de crise susceptibles de survenir dans le cadre de la maladie et pouvant être à l'origine de ruptures (40, 41).

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

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

Les troubles bipolaires sont potentiellement chroniques, invalidants et souvent associés à des comorbidités telles que des troubles anxieux, addictions, troubles de la personnalité et troubles déficits de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) ainsi qu'à un taux annuel de tentatives de suicide plus important qu'en population générale (42-44).

Il s'agit de troubles de l'humeur alternant épisode(s) maniaque(s) ou hypomaniaque(s) (exaltation de l'humeur, agitation psychomotrice) et épisode(s) dépressif(s) avec des intervalles de rémission (45). L'âge de début des troubles bipolaires se situe entre 15 et 25 ans (44, 45).

Chez les adultes, la prévalence de ces troubles sur la vie entière a été estimée à environ 1 % pour les troubles bipolaires de type I (épisodes maniaques et dépressifs) et à environ 0,4 % pour les troubles bipolaires de type II (épisode(s) hypomaniaque(s) et dépressifs). Les troubles bipolaires sont très rares chez les enfants de moins de 12 ans (42).

- **Des recommandations de bonne pratique seront élaborées dans le but d'améliorer le diagnostic, l'évaluation et la prise en charge des troubles bipolaires. L'opportunité d'actualiser la fiche Mémo « [Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours](#) » (43) sera notamment évaluée dans ce cadre.**
- **Ces recommandations seront suivies d'un parcours de soins.**

### 4. Repérage, évaluation, diagnostic et prise en charge du trouble de la personnalité limite (borderline)

Le trouble de la personnalité limite est un trouble sévère, qui se caractérise notamment par des difficultés dans la régulation des émotions, une instabilité dans les relations interpersonnelles, l'estime de soi et l'humeur, de l'impulsivité ainsi que par une forte tendance aux pensées suicidaires et à l'auto-mutilation (46-48). Ce trouble est ainsi associé à un fort risque suicidaire, à une atteinte importante en termes de fonctionnement social, psychosocial et professionnel (47) mais également à une forte stigmatisation et auto-stigmatisation (46, 49).

En France, le trouble de la personnalité limite a été décrit comme majoritairement diagnostiqué chez l'adulte alors qu'il est également présent à l'adolescence, ce diagnostic tardif étant pour partie lié à des représentations soignantes sur la maladie (46). Contrairement à ce qui était énoncé par le passé, le diagnostic de ce trouble sévère et complexe n'est pas définitif, des rémissions sont possibles (49, 50) et les symptômes peuvent être réduits et pris en charge, principalement par le biais d'approches non médicamenteuses (49).

Les fréquentes comorbidités auxquelles le trouble de la personnalité limite est associé (troubles dépressifs, anxieux, du comportement alimentaire, troubles de stress post-traumatique, mésusage de toxiques, troubles déficits de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), troubles bipolaires et autres troubles de la personnalité) ([47](#), [49](#)) peuvent par ailleurs être à l'origine d'une errance diagnostique.

Une association a été identifiée entre le trouble de la personnalité limite et des expériences de vie défavorables dans l'enfance (définies dans la référence citée comme des violences, des négligences, le fait d'avoir été victime de harcèlement ou d'avoir perdu ses parents avant l'âge de 19 ans) ([51](#)).

→ **Les travaux conduits par la HAS auront pour objectif d'améliorer le repérage, l'évaluation, le diagnostic et la prise en charge des troubles de la personnalité limite, chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte.**

## 5. Prévention, repérage et prise en charge des comorbidités somatiques

Comme évoqué précédemment, en France, l'espérance de vie à 15 ans des personnes vivant avec un trouble psychique a été estimée comme étant réduite en moyenne de 16 ans pour les hommes et de 13 ans pour les femmes, avec des taux de mortalité prématurée quatre fois plus élevés qu'en population générale ([11](#)). La surmortalité observée chez les personnes ayant des pathologies psychiatriques sévères a par ailleurs été estimée comme étant à environ 60 % attribuable à des maladies somatiques, plus prévalentes qu'en population générale et à l'origine de conséquences plus graves ([12](#)).

Des inégalités dans le parcours de soins pour cancer du sein ont également été mises en évidence en France pour les femmes vivant avec un trouble psychique sévère et persistant, avec notamment : un moindre accès aux examens diagnostiques, un premier traitement reçu moins souvent dans des délais considérés comme « adéquats », un plus grand recours à des traitements plus invasifs et une surmortalité par cancer, par comparaison aux témoins indemnes de troubles psychiques ([52](#)).

→ **En 2015, la Fédération française de psychiatrie (FFP) a publié, dans le cadre d'un label HAS, des recommandations relatives à la [prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique](#) ([53](#)).**

→ **La HAS évaluera l'opportunité d'actualiser et/ou de compléter ces recommandations.**

## Mesures d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) sur la prise en charge somatique en établissements de santé autorisés en psychiatrie

La HAS mesure la qualité et la sécurité des soins en psychiatrie depuis 2010 à partir d'audits du dossier patient. Elle a développé de nouveaux indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IQSS) dans la cadre de son programme « santé mentale et psychiatrie » 2018-2023. Ces IQSS concernent l'hospitalisation à temps plein et le périmètre de l'ambulatoire (centres médico-psychologiques [CMP]). La HAS mesure chaque année une partie des indicateurs validés afin de permettre un suivi des actions menées pour améliorer les pratiques, plusieurs d'entre eux concernant la santé somatique des personnes ayant des troubles psychiques :

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

Les [derniers résultats disponibles](#) ont été publiés en février 2026.

La HAS va également évaluer l'opportunité d'une actualisation des IQSS existants en centres médico-psychologiques (CMP) et/ou du développement de nouveaux IQSS en psychiatrie.

Un **flash sécurité patient (FSP)** portant sur l'analyse d'EIAS relatifs à **un manque d'évaluation somatique en unité de soins psychiatriques** a également été inscrit au programme de travail 2026 de la HAS. Il sera élaboré dans le cadre d'un label HAS porté par le centre hospitalier sud francilien.

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

## Programme prévisionnel d'actions HAS : troubles schizophréniques, troubles bipolaires et troubles de la personnalité limite (borderline)

DAQSS	DiQASM	DEAI	DCIEU
Repérage et prise en charge des personnes présentant un premier épisode psychotique ou un risque d'évolution vers une psychose		Évaluation de la pertinence d'élaborer des fiches BUM	Évaluation de la pertinence d'élaborer des documents usagers
Diagnostic, évaluation, prise en charge et parcours de soins et d'accompagnement des troubles schizophréniques		Évaluations de produits de santé, dont actes de biologie, génétique, pharmacogénétique ?	
Diagnostic, évaluation, prise en charge et parcours de soins des troubles bipolaires			
Repérage, évaluation, diagnostic et prise en charge du trouble de la personnalité limite (borderline)			
Prévention, repérage et prise en charge des comorbidités somatiques (évaluation de la pertinence d'une actualisation et/ou compléments)			
Évaluation de la pertinence et de la faisabilité d'un développement d'indicateurs (QSS/parcours)			
Mesure des IQSS existants sur le somatique et évaluation de la pertinence d'une actualisation			
Flash sécurité patient (FSP) sur l'analyse d'événements indésirables relatifs à un manque d'évaluation somatique en unité de soins psychiatriques (label)			
Intégration à la certification des établissements de santé	Intégration à l'évaluation des ESSMS		

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

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

De nombreux rapports documentent depuis plusieurs années les difficultés auxquelles est confrontée la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent en France (délais d'attente importants, hétérogénéité de l'offre de soins, etc.) et ont mis l'accent sur la nécessité d'améliorer la prise en charge des enfants et adolescents ayant des troubles psychiques, mais également de mieux prévenir la survenue de ces troubles ([54-57](#)).

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

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

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

- [Coordination entre protection de l'enfance et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent](#) (2025) ;
- [Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation et prise en charge](#) (2021) ;
- [Boulimie et hyperphagie boulimique : repérage et éléments généraux de prise en charge](#) (2019) ;
- [Prévention de la violence entre les mineurs adolescents au sein des établissements d'accueil](#) (2019) ;
- [Prendre en compte la santé des mineurs/jeunes majeurs dans le cadre des établissements/services de la protection de l'enfance et/ou mettant en œuvre des mesures éducatives](#) (2018) ;
- [Accompagnement des mineurs non accompagnés dits « Mineurs isolés étrangers \(MNA\) »](#) (2018) ;
- [Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours](#) (2015) ;
- [Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours](#) (2014).

Une recommandation de bonne pratique « [Santé et troubles psychiques en période périnatale, influence du contexte sur le développement : repérer, évaluer, orienter et prendre en charge](#) » est en cours d'élaboration dans le cadre du précédent programme « psychiatrie et santé mentale ».

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

Plusieurs rapports ont alerté sur l'absence de lits d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent sur certains territoires (huit départements en étaient dépourvus en 2021 selon la Cour des comptes) et souligné la nécessité de poursuivre le renfort de l'offre d'hospitalisation dans les endroits où cela est nécessaire (54, 56). Par ailleurs, depuis septembre 2022, l'activité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent concerne les enfants et adolescents jusqu'à l'âge de 18 ans<sup>12</sup> (16 ans auparavant), dans un contexte où les taux d'occupation élevés dans les services d'hospitalisation à temps plein en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent rendent difficile l'accueil de ces nouveaux patients (54).

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

Cette situation voit certains enfants nécessitant une hospitalisation à temps plein laissés à la charge des familles, des structures de protection de l'enfance ou hospitalisés en services de psychiatrie de l'adulte, dans une promiscuité avec des patients adultes qui n'est pas sans risques (58, 59). Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) a en effet signalé plusieurs situations d'enfants hospitalisés dans des services de psychiatrie de l'adulte, en chambre individuelle et régulièrement en chambre d'isolement, ainsi que d'autres situations non respectueuses des droits des mineurs hospitalisés, telles que celles d'enfants hospitalisés en psychiatrie alors qu'ils relèvent de structures sociales ou médico-sociales (58).

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

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

Dans le cadre de son programme « psychiatrie et santé mentale » 2013-2017, la HAS a produit un guide, des programmes et des outils visant à « [Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie](#) » (60). Ces productions avaient notamment pour objectif de contribuer à une évolution des pratiques qui permette de prévenir et de limiter le recours à l'isolement et à la contention, ceux-ci devant être mobilisés exclusivement en dernier recours.

<sup>12</sup> [Article R. 6123-175](#) du Code de la santé publique.

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

Dans son rapport « Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale », le CGLPL fait état de pratiques d'isolement chez les mineurs et rapporte une faible remise en cause de l'utilité d'une chambre d'isolement par les soignants, qui, pour certains, considèrent la mise à l'isolement comme une réponse « à la violence du patient, contre lui-même ou contre autrui, au risque de fugue ou à la nécessité de rassurer un patient submergé par une angoisse majeure (hypothèses non directement prévues par la loi) » (61).

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

Si le guide, les programmes et les outils produits par la HAS en vue de mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors d'hospitalisations en service de psychiatrie sont pour partie applicables en service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, une prise en considération de certaines spécificités attachées à une population d'enfants et d'adolescents est nécessaire (place des représentants légaux, spécificités attachées à la nature des troubles et des prises en charge, etc.).

→ **La HAS évaluera l'opportunité de proposer des programmes et outils complémentaires à l'existant et spécifiques à la prévention et à la prise en charge des moments de violence dans l'évolution clinique des enfants et adolescents hospitalisés en psychiatrie.**

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

Pour un adolescent ayant des troubles psychiques, le passage de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à la psychiatrie de l'adulte est une étape importante qui, si elle est insuffisamment préparée et coordonnée, peut conduire à un désengagement des soins, à une perte d'informations, voire à une rupture de soins (62). Selon une enquête réalisée au centre hospitalier de Montpellier, 48 % des adolescents pour lesquels un relais des services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent aux services de psychiatrie de l'adulte a été mis en place ont expérimenté une période de trois mois sans suivi entre les deux types de prise en charge (63). Les chiffres sont similaires au Royaume-Uni, près de 50 % des adolescents atteignant l'âge de cette période de relais, aussi appelée période de transition, n'étaient pas pris en charge par les services de psychiatrie de l'adulte dans les suites de leur parcours (64).

Plusieurs barrières potentielles à une transition optimale peuvent être identifiées : manque d'évaluation des projets et des besoins des personnes, échanges et partages d'informations insuffisants, différences entre les organisations des services de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et de psychiatrie de l'adulte et méconnaissance réciproque de ces organisations, manque de protocoles partagés pour organiser la transition, degré de maturité des adolescents, résistance des familles à la transition, etc. (64).

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

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

Les situations traumatogènes, quelle qu'en soit l'origine (violences volontaires physiques, sexuelles et psychiques, morts violentes, catastrophes, attentats, accidents graves, guerres, expositions traumatiques dans le cadre de l'exercice professionnel, etc.), ont de multiples conséquences sur la santé psychique et physique des personnes. Elles peuvent notamment être à l'origine de multiples troubles psychiques, regroupés sous le titre des psychotraumatismes ou syndromes psychotraumatiques, incluant les troubles de stress post-traumatique (65).

La prévalence vie entière des syndromes psychotraumatiques, complets ou partiels, est estimée à 4,6 % de la population générale en France (66) et les troubles de stress post-traumatique concerneraient entre 1 et 2 % de la population (67).

Les bébés, les enfants et les adolescents sont particulièrement vulnérables vis-à-vis des syndromes psychotraumatiques et l'impact des événements traumatogènes est d'autant plus néfaste qu'ils surviennent tôt dans la vie de la personne. Il est estimé que plus de deux tiers des enfants et des adolescents ont vécu au moins un événement traumatogène au cours de leur vie, qu'un tiers d'entre eux en a vécu de façon répétée et qu'au moins 20 % d'entre eux ont développé par la suite un syndrome psychotraumatique (68-70).

La direction générale de la Santé (DGS) et la direction générale de l'Offre de soins (DGOS) ont conjointement saisi la HAS pour la production d'une recommandation de bonne pratique favorisant un diagnostic, une évaluation et une prise en charge du psychotraumatisme qui soient les plus précoces possibles et prennent en compte les dimensions psychologique et somatique des troubles.

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

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

La pertinence d'élaborer **une fiche BUM** ou un **document d'information sur les thérapeutiques** sera également évaluée dans ce thème, en lien avec les constats formulés dans le cadre du rapport « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – propositions de l'Assurance maladie pour 2025 » (6), mettant en évidence :

- une forte progression des effectifs de jeunes traités par antidépresseurs (+ 60 %) ou antipsychotiques (+ 38 %) entre 2019 et 2023 ;
- que 79% des épisodes de traitement par antidépresseurs des jeunes de 12 à 25 ans durent moins de 6 mois et que 9 % d'entre eux durent plus d'un an (la durée totale préconisée du traitement antidépresseur d'un épisode dépressif caractérisé se situant entre 6 mois et un an pour un épisode dépressif caractérisé chez l'adolescent, une psychothérapie étant recommandée en première intention (71)).

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

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

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

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

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

### 1. Mesures d'anticipation en psychiatrie

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'une aggravation de sa santé mentale. Outils simples et concrets, ils sont à la fois un levier de l'effectivité des droits et de la qualité et de la sécurité des interventions en situation de crise.

La HAS a soutenu cette approche au travers du « plan de prévention partagé » promu dans deux guides ([60](#), [72](#)) puis dans le cadre de la certification des établissements de santé ([73](#)).

En France comme à l'étranger, on recense une pluralité d'outils similaires et d'appellations différentes (plan de crise conjoint, directives anticipées en psychiatrie, etc.). Certains pays ont adopté des cadres législatifs, eux aussi très variés.

**L'élaboration d'une fiche mémo sur les mesures d'anticipation en psychiatrie permettra notamment de définir un cadre de référence commun qui comprendra des propositions pour une sémantique précise et une terminologie resserrée ainsi que des recommandations de bonne pratique sur :**

- les principes des démarches et leurs enjeux éthiques et juridiques ;
- le contenu des outils ;
- les spécificités de la démarche chez les adultes et chez les mineurs (12-18 ans) ;
- les modalités d'accompagnement de la démarche et les modalités d'actualisation ;
- la mise en œuvre de la démarche en situation de crise ;
- la promotion et le « portage » de la démarche pour lever les freins à la mise en œuvre.

**Il s'agira également de définir et de créer des supports (document d'information, aide à la décision, etc.) adaptés aux besoins des usagers, patients et proches ainsi que d'identifier les solutions qui permettraient la mise à disposition de la bonne information aux bonnes personnes dans le respect de la confidentialité.**

Ce travail a fait l'objet d'une [note de cadrage](#).

## 2. Pair-aidance en santé mentale et psychiatrie

La pair-aidance « regroupe un ensemble de pratiques qui procède de formes d'accompagnement ou encore d'entraide et de soutien, par lesquelles une personne s'appuie sur son savoir expérientiel vécu, c'est-à-dire le savoir qu'elle a retiré de sa propre expérience d'une situation vécue, habituellement considérée comme difficile et/ou stigmatisante ou négative (exemple : expérience de vie à la rue, précarité, conduite addictive, troubles psychiatriques, etc.), pour aider d'autres personnes vivant des parcours similaires, des situations comparables. [...]. La démarche de pair-aidance s'appuie ainsi sur la transformation de l'expérience en savoir expérientiel, c'est-à-dire en connaissances et compétences construites à partir d'un vécu, permettant d'accompagner comme de soutenir des personnes confrontées à des réalités semblables » (74).

« La pair-aidance peut prendre différentes formes : participation à des groupes de parole au sein d'associations d'usagers, rencontre dans des groupes d'entraide mutuelle (GEM), entraide par l'acquisition de compétences et la construction d'une trajectoire professionnelle dans des collectifs ou encore intégration de pair-aidants bénévoles ou professionnels dans les services de soins et d'accompagnement » (75).

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

L'intervention de ces pair-aidants dans le champ de la santé mentale et de la psychiatrie est un métier émergent (75), non encore officiellement reconnu en France. Les savoir-faire du pair-aidant, ses missions dans les différentes structures sanitaires, mais aussi médico-sociales et sociales, ses interactions avec les autres professionnels varient selon les lieux d'exercice et sont toujours en construction.

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

### 3. Accompagnement de la vie intime, affective et sexuelle en ESSMS

La vie intime, affective et sexuelle (VIAS) relève de la dignité humaine et des libertés fondamentales. Elle constitue une dimension essentielle du bien-être et de l'existence, bien au-delà des seules questions de reproduction ou de pratiques sexuelles.

La VIAS englobe les relations affectives, la sexualité, mais aussi l'empathie, la communication et la compréhension de l'autre. À ce titre, elle peut être une source de plaisir, de partage et d'épanouissement, contribuer positivement aux relations interpersonnelles, à la santé physique et mentale, à la qualité de vie et à l'espérance de vie, en favorisant des liens sociaux et émotionnels essentiels<sup>13</sup>.

Toutefois, les acteurs du secteur social et médico-social rapportent des difficultés persistantes dans la prise en compte et l'accompagnement de la VIAS des personnes accompagnées (76).

**Ces recommandations de bonne pratique élaborées par la HAS ont pour objectif de proposer des pistes de travail pour porter collectivement les souhaits, désirs et aspirations des personnes accompagnées en ESSMS en matière de VIAS.**

- Le [premier volet](#) publié en 2025 (77) propose un socle commun de repères transversaux pour l'ensemble des ESSMS (secteurs du handicap, de la protection de l'enfance, de l'inclusion, des personnes âgées). Il présente des ressources éthiques et juridiques, promeut l'importance du portage institutionnel concernant la VIAS, ainsi que la nécessité de travailler cette thématique à travers la formation, la sensibilisation des professionnels comme des personnes accompagnées et de leurs proches.
- Le second volet, en cours d'élaboration, déclinera les étapes d'intégration de la VIAS dans le projet personnalisé de la personne, de l'évaluation de ses besoins et attentes à l'ajustement de ce projet en passant par les modalités individuelles et/ou collectives de l'accompagnement.

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

L'alliance thérapeutique couvre l'ensemble des processus interpersonnels sous-tendant l'établissement d'une relation collaborative de décision partagée en vue d'atteindre un objectif thérapeutique (78).

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

Le guide HAS « [Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie](#) » (60) soulignait que « l'alliance thérapeutique représente en quelque sorte la « colonne vertébrale » du projet thérapeutique individualisé, en psychiatrie tout particulièrement » et précisait que « même pour les personnes en soins sans consentement, la prise en charge doit s'appuyer sur la recherche de cette alliance thérapeutique ».

<sup>13</sup> Circulaire du 5 juillet 2021 relative au respect de l'intimité, des droits sexuels et reproductifs des personnes accompagnées dans les établissements et services médico sociaux relevant du champ du handicap et de la lutte contre les violences.

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

- Quelle écoute de la personne ; de l’expression de ses ressentis et vécus, qu’elle peut avoir des difficultés à se représenter et donc à décrire ; des questions qu’elle n’ose parfois pas poser par peur d’être ridicule ?
- Quel travail relationnel possible sur les attitudes et contre-attitudes des soignants, sur leur démarche d’empathie bienveillante et non jugeante ?
- Comment partager avec la personne les informations sur le diagnostic, sur ce qui justifie les soins, sur les soins en eux-mêmes et sur ce en quoi ils peuvent être utiles<sup>14</sup> ?
- Comment lui permettre d’exprimer ses préférences, d’éclairer ses choix, l’associer aux évaluations et décisions qui la concernent et parvenir à une représentation partagée sur des objectifs thérapeutiques ?
- Comment entretenir cette alliance thérapeutique et que faire lorsqu’elle est mise à mal ?
- Quelles particularités de la construction de cette alliance en fonction des situations cliniques : lors d’une première consultation, en situation d’urgence, lors d’une visite à domicile, lorsque la personne est en soins sans consentement ?
- Quel travail auprès de l’environnement familial et social peut-il contribuer à la construction de l’alliance thérapeutique avec la personne ?

### **Mesure de l’expérience rapportée par les patients hospitalisés à temps plein en psychiatrie de l’adulte**

La HAS mesure la qualité rapportée par les patients depuis 2016. Un questionnaire spécifique a été développé de 2022 à 2024 pour l’hospitalisation en temps plein en psychiatrie. Depuis 2025, [cette mesure en continu est déployée dans l’ensemble des établissements autorisés en psychiatrie](#) de l’adulte et exerçant une activité d’hospitalisation à temps plein.

Les [premiers résultats de participation](#) ont été publiés en février 2026.

<sup>14</sup> Dans le prolongement du guide « [Processus d’annonce d’un diagnostic psychiatrique sévère à un patient adulte : enjeux, principes et place de l’entourage](#) » (2022) ([72](#)).

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

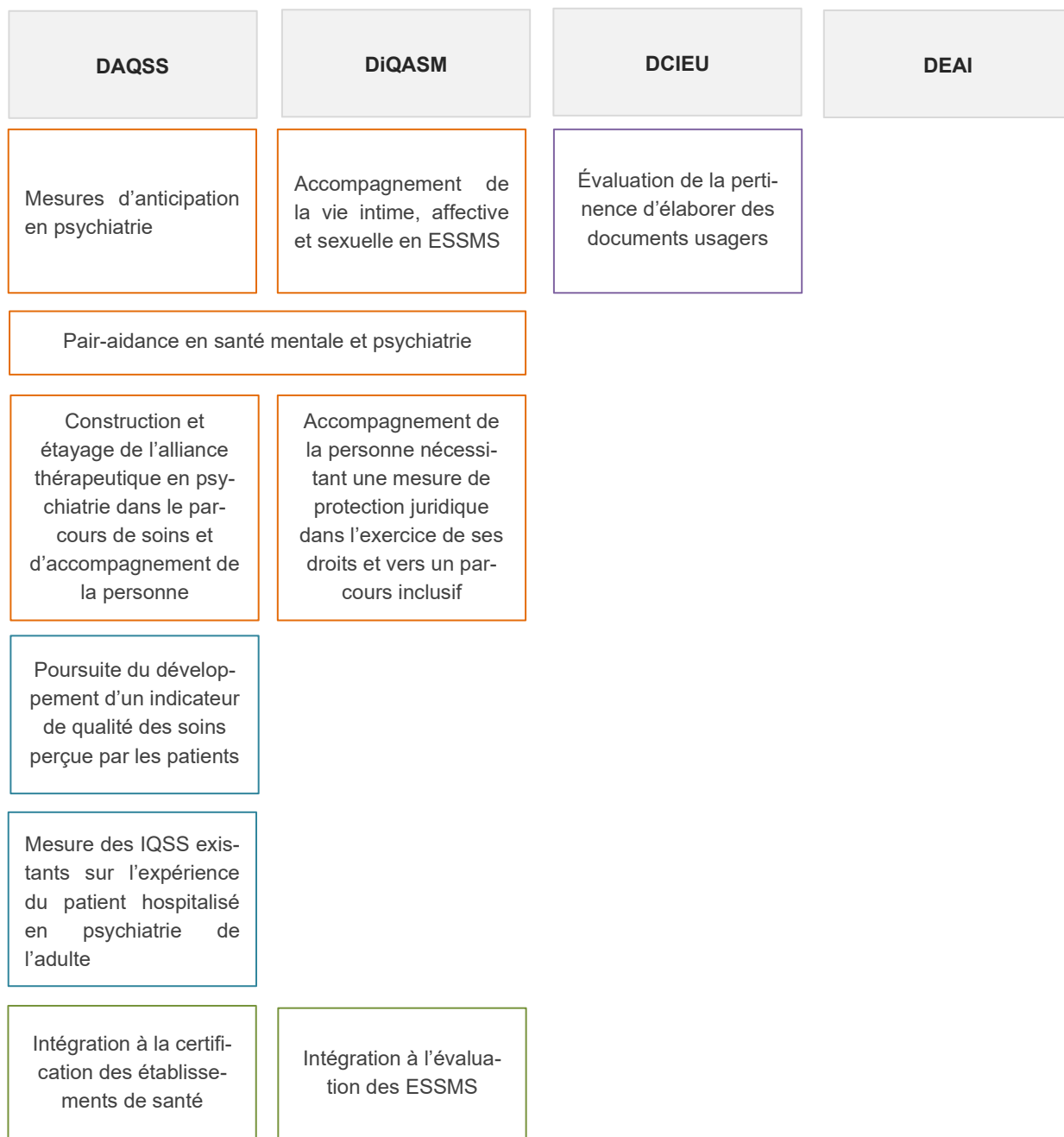
L'exercice d'une mesure de protection juridique est complexe et se traduit par une tension éthique constante dans la prise de décision entre : « sécurité et liberté », « respect des choix de la personne et intérêt du majeur protégé », « autonomie et prise de risque ». De plus, l'exercice du mandat judiciaire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

Parmi les mesures gérées uniquement par les professionnels en 2016, une étude a montré que 44 % des personnes protégées étaient en situation de handicap psychique et que 11 % connaissaient ou avaient connu un suivi ou une hospitalisation psychiatrique sans bénéficier pour autant d'une reconnaissance d'un handicap ou d'une dépendance liée à l'avancée en âge (79).

La [recommandation publiée en 2025](#) par la HAS (80) fournit des repères et des outils pour :

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

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



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

## Thème 4. Accompagnement et soutien des familles et des proches

« Les aidants jouent un rôle majeur et croissant dans la société par leur engagement et leur implication auprès de leurs proches affectés par la maladie, le handicap, le manque ou la perte d'autonomie » (81).

Par leur rôle de soutien et d'accompagnement, les familles/proches peuvent être de réels partenaires dans le processus de rétablissement des personnes ayant un trouble psychique (82).

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

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

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

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

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

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

## Répit des aidants

Ce travail sera complémentaire à la recommandation relative au [répit des aidants \(81\)](#), qui aborde différentes situations d'aide dont celle des aidants de personnes ayant des troubles psychiques. Elle rappelle notamment les conséquences de la situation d'aide sur les aidants (épuisement physique et psychique, risque d'isolement, perturbation des vies sociales, scolaires, professionnelles, etc.), incluant les jeunes aidants, et s'articule autour de plusieurs axes dont un préalable portant sur le repérage des situations et leur évaluation avant la mise en place de l'accompagnement vers les solutions de répit. Elle évoque également les compétences à renforcer chez les professionnels concernés (professionnels sociaux et médico-sociaux, professionnels de santé, professionnels de l'Éducation nationale, etc.) au regard de la diversité des situations d'aide et des profils d'aidants (jeunes aidants, aidants vieillissants, aidants actifs, etc.).

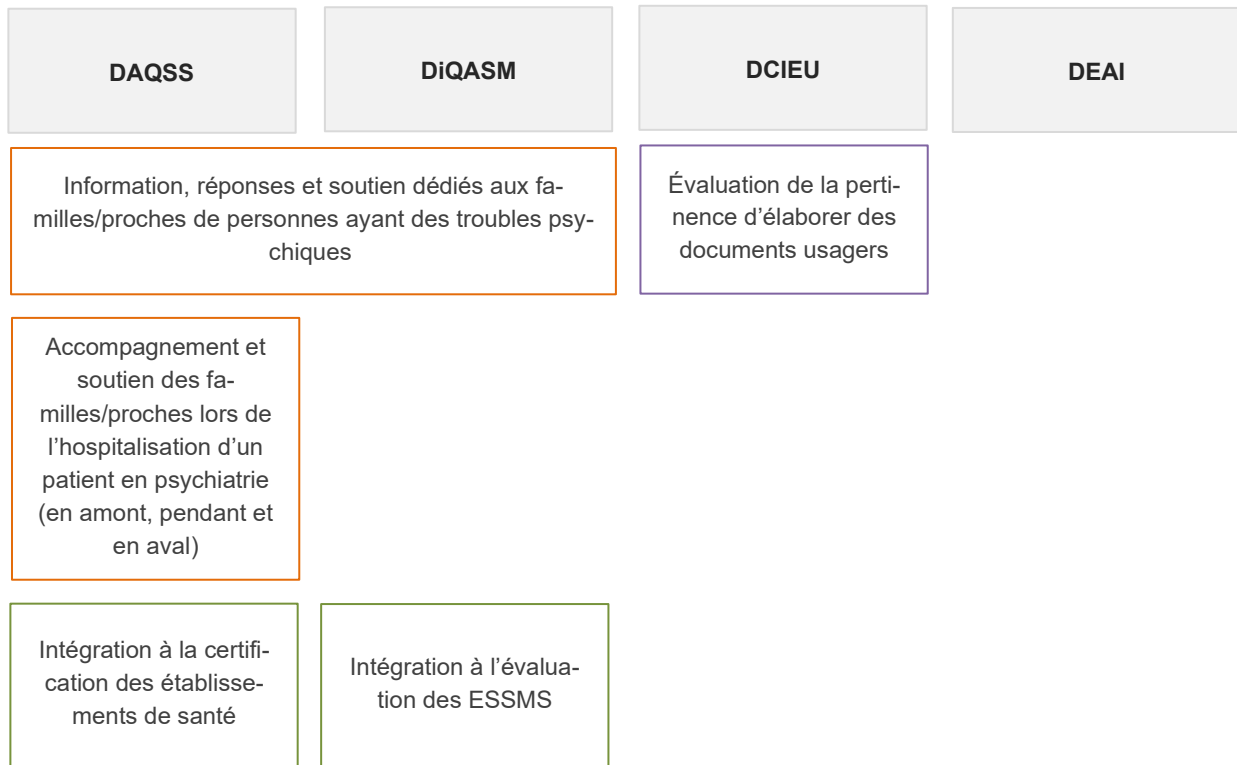
## 2. Accompagnement et soutien des familles/proches lors de l'hospitalisation d'un patient en psychiatrie (en amont, pendant et en aval)

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

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

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

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



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

## Thème 5. Santé mentale et psychiatrie de la personne âgée

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

En lien avec cet enjeu, la formation en psychiatrie de la personne âgée a été reconnue depuis 2017 comme une surspécialisation à part entière (au même titre que la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent)<sup>15</sup>. Le rapport de la Défenseure des droits sur « Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) » (83), publié en 2021, a également « contribué à une prise de conscience collective de notre société à l'égard du traitement des aînés au sein de ces établissements et du respect de leurs droits et de leur dignité »<sup>16</sup>.

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

« L'avancée en âge peut être à l'origine de questionnements (sur son passé, son avenir, le sens de la vie, etc.), voire d'une souffrance existentielle » (84). Selon l'OMS, la dépression unipolaire toucherait 7 % des personnes de 60 ans et plus (85) et le *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) indique qu'en population générale, 20 % des personnes de 65 ans et plus souffriraient de dépression (86).

En premier recours, le diagnostic d'un épisode dépressif caractérisé est souvent difficile chez le sujet âgé, en raison de plaintes somatiques ou de troubles cognitifs au premier plan (87). Par ailleurs, la souffrance psychique des personnes âgées est encore souvent banalisée et mise sur le compte du seul vieillissement (84), alors que la dépression de la personne âgée constitue une pathologie qui ne peut être considérée comme la conséquence d'un vieillissement normal (88).

La dépression, pourtant fréquente chez les personnes âgées, est ainsi très souvent non diagnostiquée et insuffisamment ou non traitée (85, 89).

→ **Le travail envisagé par la HAS viendra compléter les recommandations « [Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage, accompagnement](#) » (84) et « [Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours](#) » (87) dans le but d'améliorer la prévention, le diagnostic, le diagnostic différentiel et la prise en charge de la dépression chez la personne âgée.**

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

Le taux de décès par suicide augmente fortement avec l'âge, en particulier chez les hommes. Il était en 2017 de 5,9 pour 100 000 hommes de 15 à 24 ans et de 49,5 pour 100 000 hommes de 75 ans ou plus (8).

<sup>15</sup> [Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des diplômes d'études spécialisées et fixant la liste de ces diplômes et des options et formations spécialisées transversales du troisième cycle des études de médecine](#)

<sup>16</sup> [Suivi des recommandations du rapport sur les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD, 2023.](#)

Dans le cadre de la conférence de consensus « La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge », elle a été décrite comme souvent peu apparente et difficile à reconnaître chez la personne âgée. La détermination à se donner la mort a également été identifiée comme augmentant avec l'âge (90), un ratio de l'ordre de quatre tentatives de suicide pour un suicide étant rapporté pour les personnes de plus de 65 ans contre un ratio de 200 tentatives pour un suicide pour les personnes de moins de 25 ans (89, 91).

Plusieurs facteurs de risque spécifiques ont été identifiés : « âge supérieur à 75 ans, le sexe masculin, la perte du conjoint, les maladies somatiques (notamment celles sources de handicap ou de douleur), les changements d'environnement (comme l'entrée en maison de retraite ou une admission à l'hôpital), la perte des rôles, l'isolement, les conflits et la maltraitance, la dépression (quasiment constante même si ses manifestations ne sont pas toujours typiques), l'existence de moyens de suicide par mort violente [...] » (90).

Les EIGS en lien avec des suicides et tentatives de suicide de patients font par ailleurs partie des EIGS les plus déclarés (92). Ils continueront à faire l'objet d'un suivi dont les résultats seront exploités pour en tirer des enseignements pour la sécurité du patient.

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

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

Les troubles psychiques, fréquents chez les personnes âgées, le sont encore davantage chez celles résidant en institutions, notamment en établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) (41).

Ces troubles peuvent se déclarer avec l'avancée en âge (en lien direct avec le vieillissement, avec une maladie somatique ou intriqués avec un trouble neurocognitif) ou peuvent être préexistants. Ils sont associés à un risque de diminution de l'autonomie, nécessitant d'améliorer leur repérage et leur prise en charge, mais également leur prévention, notamment via un accompagnement adapté veillant à limiter la stigmatisation liée à la vieillesse et une entrée trop rapide en institution (86, 93, 94).

→ **Dans un contexte d'hétérogénéité de l'offre de soins et d'accompagnement (41), le travail envisagé par la HAS visera à améliorer la lisibilité et la structuration des parcours de soins et d'accompagnement, avec le souci constant de leur adaptation, pour préserver au mieux l'autonomie des personnes âgées ayant des troubles psychiques en fonction de leur état de santé, dans une approche inclusive. Ce travail prendra en compte la coordination avec les professionnels du secteur médico-social, que la personne âgée soit accompagnée en établissement (EHPAD) ou à domicile (services à domicile).**

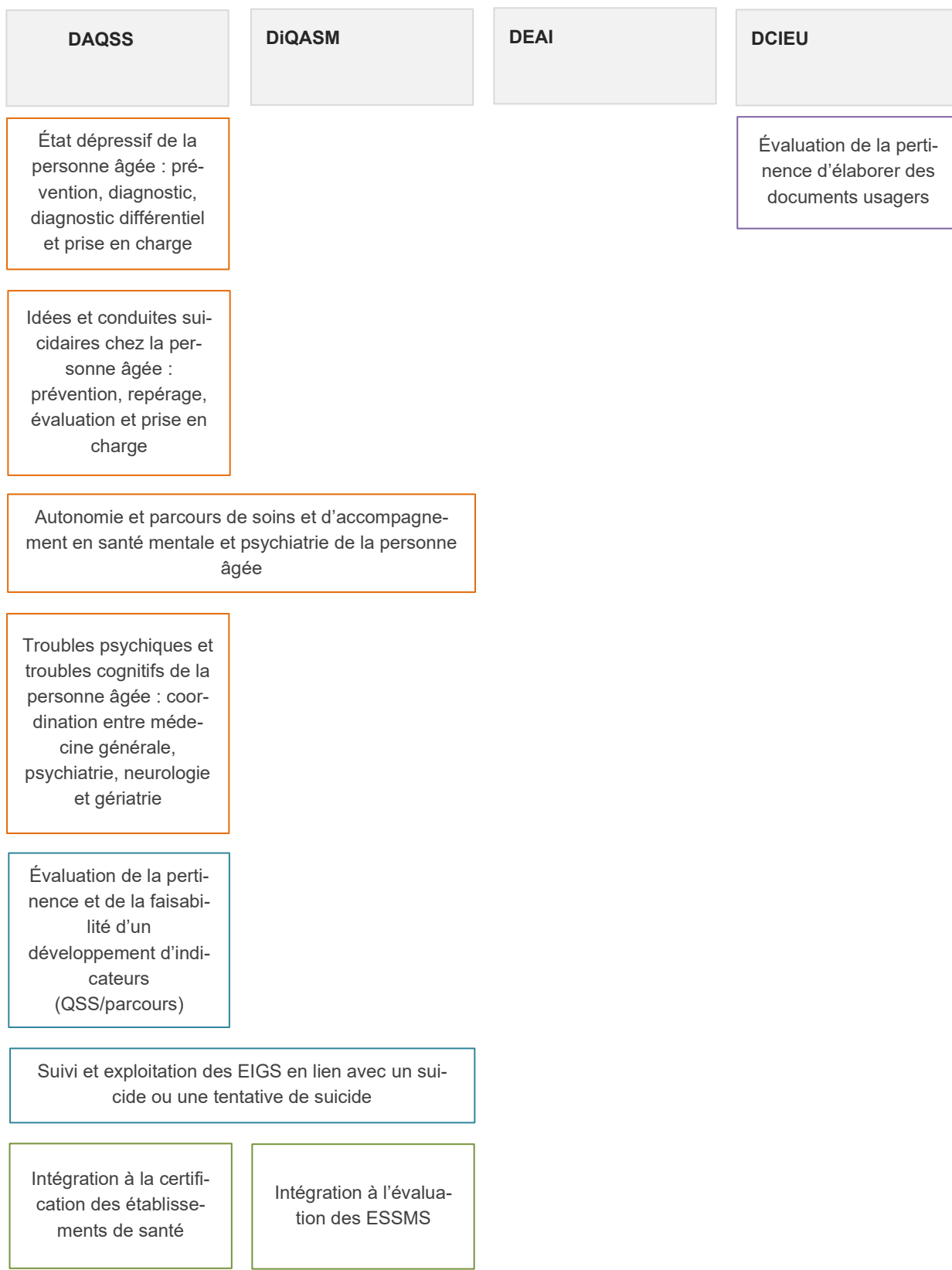
### **4. Troubles psychiques et troubles cognitifs de la personne âgée : coordination entre médecine générale, psychiatrie, neurologie et gériatrie**

Les difficultés rencontrées par les personnes âgées sont encore trop souvent abordées à partir du seul prisme des troubles cognitifs, sans que soient suffisamment pris en compte les troubles psychiques, qui doivent pourtant aussi constituer une porte d'entrée dans le repérage des pathologies de cet âge (87).

En effet, avant que la surspécialisation en psychiatrie de la personne âgée ne soit reconnue en France, « l'offre de soins à destination des personnes âgées s'est développée de façon hétérogène, parfois à l'initiative de la gériatrie, parfois à celle de la psychiatrie », ce qui a pu conduire à des prises en charge plus ou moins centrées sur les démences et maladies neurodégénératives ou sur les troubles psychiques (41).

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

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



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

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

Plusieurs études réalisées en France et à l'étranger font état d'une forte prévalence des troubles psychiques en prison par rapport à la population générale (95-99).

Ces troubles peuvent être présents avant l'incarcération, peuvent être révélés par le stress de la détention chez des personnes ayant un terrain vulnérable ou peuvent être réactionnels à la détention (100, 101). Le milieu pénitentiaire constitue en effet un concentré de facteurs de stress, dont font partie la surpopulation carcérale, la promiscuité, l'isolement physique et affectif, l'inactivité contrainte, l'insalubrité, les relations parfois de mauvaise qualité entre surveillants et détenus et le harcèlement et les menaces entre détenus (102-104). Le taux de mortalité par suicide y serait au minimum multiplié par 3,5 par rapport à la population générale (103).

En France, les soins psychiatriques en milieu pénitentiaire sont organisés en trois niveaux (41, 105) :

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

Que les troubles psychiques soient antérieurs à la détention ou se soient déclarés pendant l'incarcération, la continuité des soins psychiatriques entre l'amont de la détention le cas échéant, le temps de la détention et son aval (incluant les soins pénalement ordonnés) est un enjeu important, au regard notamment de la prévalence de ces troubles chez les personnes écrouées et de la période à risque de rupture que constitue la période suivant immédiatement la fin de la détention. Dans son avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux (106), le CGLPL faisait état d'une prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles psychiques inégale et incomplète et soulignait notamment des ruptures pouvant intervenir dans la prise en charge à la fin de la détention.

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

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

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

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

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

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



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

## Thème 7. Santé mentale, psychiatrie et addictions

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

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

- les personnes avec troubles schizophréniques présenteraient un risque plus élevé d'abus ou de dépendance à l'alcool (*odds ratio* [OR] estimé à 3,3) et un risque plus élevé d'abus ou de dépendance aux drogues (OR estimé à 6,2) par rapport à la population générale ([29](#), [107](#), [108](#)) ;
- 40 à 60 % des personnes avec troubles bipolaires auraient une comorbidité addictive et ces personnes auraient 5 fois plus de risque de présenter un trouble lié à l'usage de substances que la population générale ([107-109](#)).

L'association de troubles psychiatriques et de conduites addictives, pathologies duelles, a des conséquences pronostiques : aggravation des symptômes pour les deux troubles, plus grand risque de suicide et moins bonne observance thérapeutique notamment. Elle peut avoir des conséquences psychosociales, avec une augmentation des difficultés financières, des taux de chômage et de sans-abrisme plus élevés, ainsi que des comportements violents et criminels. Enfin, elle a des conséquences sur le parcours des personnes et en termes de coûts : augmentation des recours aux urgences et taux d'hospitalisation plus importants notamment ([109-111](#)).

**La HAS travaillera, dans un premier temps, sur les sujets suivants relatifs aux comorbidités psychiatriques et addictives chez les personnes avec troubles schizophréniques ou bipolaires (saisine conjointe de la DGS et de la DGOS)<sup>17</sup> :**

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

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

Dans le classement selon la gravité, l'alcool est dans l'ensemble des substances psychoactives celle qui cause le plus de dommages individuels et collectifs, avant même l'héroïne, le crack, la cocaïne, le tabac ([114](#), [115](#)). Les niveaux de consommation et la morbi-mortalité liée à l'alcool sont, en France, parmi les plus élevés en Europe et au monde avec 85 % de consommateurs parmi les 18-75 ans ([116](#), [117](#)) et 40 à 50 000 décès annuels ([118](#)) qui résultent, par ordre de fréquence, de cancers (dont le côlon et le sein), de maladies cardiovasculaires, d'affections digestives, de causes externes (accidents, suicides) et de troubles psychiques ([118](#), [119](#)). L'alcool affecte toutes les dimensions de la vie des personnes et de leur entourage (physique, psychique, relationnelle, affective, familiale, socioprofessionnelle, économique, juridique) ([120](#), [121](#)) mais la majorité de ces dommages concerne des

<sup>17</sup> Ces travaux seront conduits en complémentarité des recommandations « [Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages \(RdRD\) dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux \(ESSMS\)](#) » ([112](#)) et « [Grande précarité et troubles psychiques](#) » ([113](#)).

personnes sans critères de trouble de l'usage d'alcool (TUA), c'est-à-dire sans conduite addictive<sup>18</sup> ([122-124](#)).

Le TUA n'en demeure pas moins une complication très grave et difficile à prendre en charge ([125](#)), notamment par son impact sur la santé mentale, parfois dans le cadre d'une pathologie duelle ([126](#), [127](#)). Il est associé à des représentations sociales très péjoratives, à de la discrimination et à un défaut d'accès aux soins ([121](#), [128](#), [129](#)). Mais l'absence de TUA (sur la base des critères du DSM-5 ([122](#))) ne protège les personnes ni des risques et nombreuses complications de l'alcool, ni de pratiquer des usages problématiques d'alcool ([117](#), [120](#)). C'est ainsi que la chronicité de l'usage (par exemple quotidien) et les rituels (par exemple d'horaire, de circonstance, d'ambiance, de type de boisson) constituent des facteurs non seulement d'habitude, d'automatisme, de perte de contrôle (*in fine* de TUA) ([120](#), [130](#)), mais aussi de toxicité viscérale cumulative (effet cancérigène, y compris pour de faibles doses quotidiennes ([131](#))). Or, un tel ancrage dans les habitudes de vie est très difficile à modifier d'autant qu'il trouve un écho favorable dans la tradition culturelle ([132](#)). Quant à l'alcoolisation ponctuelle importante (API) ou *binge drinking*, elle est à très haut risque<sup>19</sup> alors qu'elle est peu repérée, banalisée, voire socialement valorisée, du fait de son occurrence le plus souvent festive ([121](#)). Les personnes s'y adonnant, notamment les plus jeunes<sup>20</sup> qui payent le plus lourd tribut à l'alcool<sup>21</sup> ([120](#), [133](#)) et de plus en plus de femmes ([117](#))<sup>22</sup> ([124](#)), prennent parfois bien plus de risques ([134](#), [135](#)) que des personnes souffrant d'un TUA inapparent, sous la forme d'un usage chronique excessif.

Les représentations erronées et le tabou sociétal sur le sujet affectent les professionnels ([129](#)). Couplés à l'insuffisance de notre système de santé en la matière ([120](#), [128](#), [136](#)), cela freine l'information et l'accompagnement des personnes quant aux risques liés à l'alcool et aux possibilités (pourtant nombreuses et diversifiées) de les diminuer, voire de les éviter sans pour autant contraindre à l'abstinence ([120](#), [128](#), [137](#)).

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

- Le premier volet de ces travaux portait sur la population générale et a été publié en octobre 2023 sous le titre « [Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool : repérer tous les usages et accompagner chaque personne](#) » ([138](#)).
- Le deuxième volet dédié aux femmes « [Accompagner dès le premier recours pour diminuer le risque alcool des femmes](#) » ([139](#)) a été publié en février 2025.
- Un troisième volet dédié aux jeunes (enfants et adolescents mineurs ainsi que jeunes adultes) est en cours de production en vue d'une publication au 3e trimestre 2026.

### 3. Prise en charge des consommateurs de cocaïne (label HAS)

Si on additionne cocaïne et crack (l'un et l'autre ne devant pas être dissociés puisqu'il s'agit souvent des mêmes usagers), l'ensemble est en tête en matière de dommages ([114](#), [115](#)). Désormais très

<sup>18</sup> L'emploi du terme générique TUA est une évolution car il englobe les notions antérieures de dépendance, addiction, abus, alcoolisme (sources de confusion et de stigmatisation). Le TUA et sa sévérité sont définis sur la base des critères du DSM-5.

<sup>19</sup> Le *binge drinking* consiste à boire beaucoup et vite (au moins 6 verres standards en moins de 2 heures). Il est à risque immédiat de coma, d'accidents, de violences (y compris sexuelles), voire de décès, et à long terme de toxicité neurologique et de TUA.

<sup>20</sup> Selon l'enquête ESCAPAD 2017, 44 % des jeunes de 17 ans déclarent au moins un épisode mensuel d'API (50 % des garçons, 38 % des filles).

<sup>21</sup> L'alcool constitue la première cause de mortalité prématurée et d'incapacité chez les personnes âgées de 15 à 49 ans.

<sup>22</sup> L'évolution à la hausse des usages féminins d'alcool (mimant ceux des hommes en prévalence et modalités) couplée à une morbi-mortalité accélérée et des effets psychosociaux aggravés chez les femmes constitue une sérieuse préoccupation sanitaire.

facilement accessible, la prévalence d'usage de la cocaïne ne cesse de croître. En France, le niveau d'expérimentation de la cocaïne (au moins une fois au cours de la vie) est passé de 5,6 % en 2017 à 9,4 % en 2023 (soit près d'un adulte sur dix). Elle concerne 1,4 % des jeunes de 17 ans en 2022, sans différence de genre (140). Il s'agit de « la plus forte hausse en nombre de points (+3,8) mesurée parmi toutes les substances illicites dans la période récente » (141). S'agissant de l'usage dans l'année, la France se situe au 6e rang à l'échelle européenne (142). Chez les personnes de 18 à 64 ans, la prévalence d'usage sur les 12 derniers mois a été multipliée par dix entre 1992 et 2023, passant de 0,3 % à 2,7 % (3,9 % chez les hommes et 1,6 % chez les femmes). Il s'agit pour l'essentiel de personnes jeunes (moins de 45 ans) avec un pic de prévalence chez les 25-34 ans (143). En 2024, 5 067 passages aux urgences en lien avec l'usage de cocaïne et 1 619 hospitalisations après passage aux urgences ont été enregistrés. Entre 2012 et 2022, le taux de passages aux urgences en lien avec la cocaïne est passé de 9,6 pour 100 000 passages toutes causes en 2012 à 20,9 en 2022 (+118 %) (144). Par ailleurs, 14 000 personnes ont été prises en charge en centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en 2022 (143). Les populations concernées se sont diversifiées, au profit de la grande précarité (sans-abrisme), de personnes avec un passé traumatique (avec ou sans trouble de stress post-traumatique) et/ou souffrant de comorbidités psychiatriques (TDAH, troubles de la personnalité avec impulsivité) pour lesquelles la cocaïne peut constituer un auto-soulagement (145, 146). Si tous les usagers n'ont pas les critères DSM du trouble de l'usage, l'usage est globalement toujours problématique d'un point de vue sanitaire, loin donc du mythe de l'usage récréatif. Toute forme de cocaïne, et quelles qu'en soient les modalités d'usage (même sans trouble de l'usage), peut générer des dommages graves pour la santé jusqu'au décès (147). La mortalité est quatre fois plus importante que dans la population générale. Outre la morbidité somatique (complications cardio-vasculaires telles que l'infarctus du myocarde ou l'accident vasculaire cérébral ; digestives ; infectieuses dont les infections sexuellement transmissibles), ses impacts addictologiques (trouble de l'usage rapide et insidieux, craving très puissant, poly-usage fréquent de substances psychoactives dont l'alcool et les opioïdes) et psychiatriques sont considérables et s'aggravent. Les usages de cocaïne/crack agissant comme révélateur et amplificateur de vulnérabilité jusqu'à conduire à d'authentiques pathologies duelles (dont des troubles psychotiques) (148), leur prise en charge globale constitue un enjeu majeur de santé mentale. Ils sont aussi un puissant facteur de précarité sociale. Le sujet constitue ainsi un enjeu important de santé publique et de réduction des risques et des inégalités. Il implique de surmonter les difficultés de prise en charge des personnes concernées du fait de : défaut et retard d'accès aux soins ; formation insuffisante des acteurs sanitaires ; absence de traitement de substitution ; complexité des tableaux cliniques (fort niveau de dépendance, mauvais état de santé somatique et psychique, isolement affectif, conditions sociales défavorables aux soins, contexte judiciaire associé).

- La HAS a publié en 2010 des recommandations visant à améliorer la [prise en charge sanitaire des consommateurs de cocaïne](#) en facilitant leur repérage et en décrivant les stratégies de prise en charge médico-psycho-sociale (149).
- Au regard des données épidémiologiques et sanitaires, de l'évolution sociologique des populations concernées, des nouvelles organisations sanitaires et pratiques d'accompagnement médico-psycho-social (particulièrement via la réduction des risques et des dommages et le renforcement des compétences psycho-sociales), **l'actualisation de ces recommandations est inscrite au programme 2026 de la HAS, sous la forme d'un label porté par le Collège professionnel des acteurs de l'addictologie hospitalière (COPAAH)**. Elle pourra s'appuyer sur l'expertise collective ciblée cocaïne publiée par l'INSERM en janvier 2026 (147).

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

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

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

## Thème 8. Troubles du neurodéveloppement (TND)

« Les TND sont un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement. Ils sont responsables d'une déviation plus ou moins précoce de la trajectoire développementale typique et entraînent des difficultés significatives dans l'acquisition et l'exécution de fonctions spécifiques intellectuelles, motrices, sensorielles, comportementales ou sociales. Les TND sont des affections complexes dont les facteurs de risque sont multiples et diversement associés : génétiques, épigénétiques et environnementaux, survenant en préconceptionnel, ante, péri ou postnatal » (150). Les troubles neurodéveloppementaux sont caractérisés par des difficultés significatives dans le développement de plusieurs fonctions cognitives telles que la socialisation, la communication, la motricité, l'attention, l'intelligence ou encore les apprentissages scolaires (151).

Dans les classifications internationales, ces troubles regroupent (152) :

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

Ils concerneraient environ 1 à 2 % de la population pour le TSA, 1 % pour le TDI, 5 % des enfants et 3 % des adultes pour le TDAH, et 8 % de la population pour les troubles dys (151-153).

Ils sont par ailleurs fréquemment associés à d'autres troubles, notamment : d'autres TND, des pathologies génétiques (syndrome de l'X fragile, sclérose tubéreuse de Bourneville, etc.), des pathologies neurologiques (épilepsie, etc.), des troubles sensoriels (basse vision, déficit auditif, etc.), une perturbation des grandes fonctions physiologiques (comportement alimentaire, transit intestinal et sommeil), des troubles psychiatriques (anxiété, dépression, schizophrénie à début précoce, etc.) (153). Ces associations diagnostiques ainsi que la question des diagnostics différentiels feront l'objet d'une attention dans le cadre de ce programme de travail, y compris chez les adultes.

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

La HAS s'est autosaisie de l'actualisation de la recommandation de bonne pratique « [Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent](#) » (154) publiée conjointement par la HAS et l'ex-ANESM en 2012.

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

- La [recommandation publiée par la HAS en 2026](#) (153) s'accompagne de messages clés portant notamment sur la précocité du repérage et des interventions ; l'évaluation du fonctionnement ; le soutien et la formation aux familles ; les interventions recommandées et non recommandées ; l'éducation, la scolarisation, l'autonomie ; le suivi en soins primaires et spécialisés ; l'accompagnement à la vie relationnelle, affective et sexuelle ; ainsi que sur le rôle et la formation des professionnels.

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

En 2022, la HAS a publié un premier volet sur l'accompagnement des personnes présentant un TDI (155) qui posait les fondamentaux pour pouvoir comprendre le fonctionnement de la personne en tenant compte de sa trajectoire développementale, de ses compétences, de son âge, de ses capacités et de son rythme d'apprentissage. Ces recommandations ont été transcrites en facile à lire et à comprendre (FALC) pour favoriser une meilleure compréhension des personnes accompagnées quant à l'accompagnement qui leur est proposé.

→ La [recommandation publiée par la HAS en 2025 \(156\)](#) aborde 3 thématiques spécifiques/environnements : la scolarité, le travail et la vie active ainsi que les loisirs et le temps libre avec pour finalité une meilleure inclusion des personnes dans ces différents contextes de vie. La synthèse de ce deuxième volet sera transcrite en FALC courant 2026.

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

La HAS a publié en 2015 une recommandation sur la « [Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité](#) » (157).

Cette recommandation est destinée aux médecins de premier recours dans l'objectif de les aider :

- à mener leur mission de repérage du trouble ;
- à conduire une démarche diagnostique initiale et d'orientation dans le système de soins ;
- à participer au suivi en collaboration avec un médecin spécialiste ayant acquis une compétence dans le diagnostic et la prise en charge du TDAH (pédopsychiatre, psychiatre, pédiatre, neuro-pédiatre, neurologue).

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

La recommandation « [TDAH : diagnostic et interventions thérapeutiques auprès des enfants et adolescents](#) » (151), relative à la suite du parcours de soins, a été publiée en 2024.

**Concernant l'âge adulte, une recommandation « TDAH : repérage, diagnostic et prise en charge des adultes » ([note de cadrage](#)) est en cours d'élaboration. Elle devrait être publiée à la fin du premier semestre 2026, avec les objectifs suivants :**

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

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

Les troubles spécifiques du langage et des apprentissages (TSLA), appelés communément « troubles dys », sont la conséquence d'anomalies dans le développement cognitif de l'enfant. Fréquents et durables, ils entraînent des répercussions dans la vie quotidienne des enfants, leurs apprentissages scolaires, mais aussi plus tard dans leur vie sociale et professionnelle. Ces conséquences peuvent être prévenues ou atténuées par une prise en charge précoce et adaptée (158).

La HAS a élaboré un parcours de soins intitulé « [Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages](#) » (158), qui précise les différentes étapes de la prise en charge, dont le repérage de la difficulté du langage et des apprentissages de l'enfant et le diagnostic du trouble spécifique. Il intègre des outils d'aide à l'organisation du parcours de santé en trois niveaux de recours aux soins, gradués selon la sévérité ou la complexité des troubles.

**En lien avec une demande de la délégation interministérielle à la stratégie nationale pour les TND, dans le cadre de la stratégie 2023-2027 (152), du Collège français d'orthophonie - conseil national professionnel (CFO-CNP) et de l'association des dyslexiques de France, la HAS prévoit :**

- **de compléter ce parcours de soins et la recommandation** « [Troubles du neurodéveloppement – Repérage et orientation des enfants à risque](#) » (150) d'une recommandation sur les troubles du langage écrit (label HAS porté par le CFO-CNP) ;
- d'actualiser la recommandation « [L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans](#) » (159).

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

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

- **L'opportunité d'un travail conduit par la HAS sur ce sujet sera évaluée, notamment au regard des résultats d'une revue de la littérature sur l'utilisation des psychotropes dans cette population, réalisée dans le cadre de la stratégie nationale pour l'autisme au sein des TND (2018-2022) (160).**

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

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

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

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

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

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

En place depuis 20 ans, la certification est une procédure indépendante d'évaluation obligatoire du niveau de qualité et de sécurité des soins dans les établissements de santé, publics et privés. Elle est réalisée tous les 4 ans par des professionnels (des pairs) mandatés par la HAS, les experts-visiteurs.

En 2020, la procédure de certification s'est transformée profondément pour répondre encore mieux aux enjeux actuels de qualité et de sécurité des soins. La certification des établissements de santé pour la qualité des soins est désormais simplifiée, ancrée dans les pratiques des soignants et centrée sur les résultats de la prise en charge pour le patient.

Le nouveau cycle débuté en 2025 s'inscrit dans la continuité de ces enjeux.

### Le 6<sup>e</sup> cycle de certification des établissements de santé (2025-2029)

Le [référentiel du 6<sup>e</sup> cycle de certification \(2025-2029\)](#) a été mis à disposition des établissements le 1<sup>er</sup> janvier 2025, accompagné de nombreux outils d'aide à l'appropriation par les professionnels. Les visites de certification ont débuté en septembre 2025, marquant l'entrée opérationnelle de ce nouveau cycle.

Ce référentiel s'articule autour de trois ambitions majeures :

- renforcer les exigences sur les questions clés de qualité et de sécurité des soins, afin de tenir compte des avancées scientifiques et technologiques et de soutenir une amélioration continue des pratiques ;
- s'adapter aux priorités de santé publique, en intégrant à la fois des problématiques récurrentes identifiées par les outils de mesure de la qualité et des enjeux émergents issus de plans nationaux et internationaux ;
- faire du patient un partenaire à part entière, tant dans sa prise en charge individuelle que dans l'amélioration collective du système de santé, en réaffirmant l'importance de l'exercice effectif de ses droits.

Le référentiel du 6<sup>e</sup> cycle comporte six critères spécifiques à la psychiatrie et à la santé mentale, dont deux critères impératifs :

- Critère 1.3-09 : Le patient présentant des troubles psychiques bénéficie d'un projet de soins favorisant son inclusion sociale ;
- Critère 2.1-10 : En santé mentale et psychiatrie, l'accès aux soins est organisé et suivi ;
- Critère 2.1-11 : Les équipes de psychiatrie se coordonnent pour prévenir le passage à l'acte suicidaire tout au long de la prise en charge ;
- Critère 2.1-12 (critère impératif) : Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie ;

- Critère 2.3-14 (critère impératif) : Les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement et, le cas échéant, de contention des patients hospitalisés sans consentement ;
- Critère 3.3-03 : L'établissement est acteur du projet territorial de santé mentale (PTSM).

Une [fiche pédagogique dédiée à l'évaluation de l'activité de santé mentale et de psychiatrie](#) selon ce nouveau référentiel a été mise à disposition en septembre 2025.

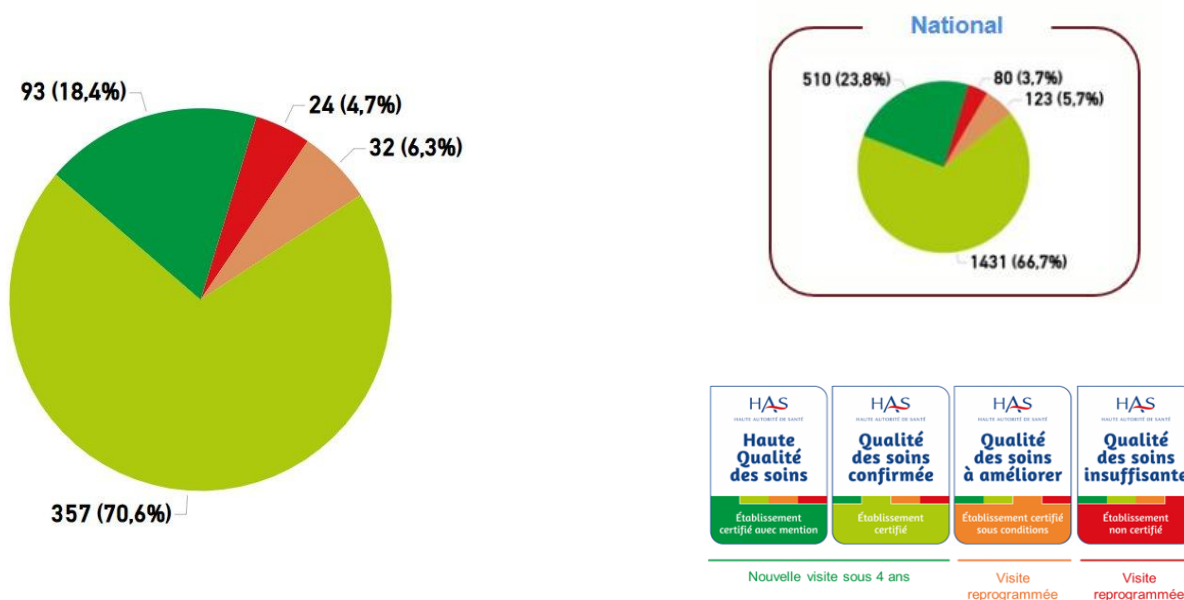
## Suivi et analyse des résultats de certification

- Un [bilan des résultats du 5<sup>e</sup> cycle de certification des établissements de santé](#) a été présenté en février 2026. Il intègre une partie relative aux établissements autorisés en psychiatrie.
- Un suivi régulier global des résultats de la certification est réalisé. Il est complété par des suivis spécifiques, notamment des résultats en lien avec la santé mentale et la psychiatrie.

### 1. Bilan du 5<sup>e</sup> cycle de certification

Achévé en 2025, le 5<sup>e</sup> cycle de certification a constitué un tournant majeur, en recentrant l'évaluation sur les résultats pour le patient et la qualité des pratiques professionnelles. Lors des visites, cette approche s'appuie sur les méthodes « traceurs », qui permettent d'analyser le parcours réel d'un patient et d'apprécier sa conformité aux attendus du référentiel. Les retours des professionnels témoignent d'une forte adhésion à une certification plus concrète, en prise avec les pratiques de terrain et les réalités vécues par les équipes et les patients.

Répartition des décisions de certification du 5<sup>e</sup> cycle (données au 31/12/2025) – Établissements de santé ayant une activité de psychiatrie (n = 506), tous statuts, et comparaison à la répartition nationale (n = 2 144)



La répartition des décisions de certification concernant les 506 établissements ayant une activité de psychiatrie est proche de la répartition nationale, toutes décisions confondues, mais avec des difficultés un peu plus marquées :

- 6,3 % des décisions pour ces établissements sont au niveau « qualité de soins à améliorer » (+ 0,6 points par rapport à la proportion nationale) et 4,7% sont non certifiés (+1 point par rapport à la proportion nationale) ;

- moins de certifications « haute qualité des soins » (-5,3 points par rapport à la proportion nationale).

Ces chiffres sont légèrement moins bons que la moyenne nationale des établissements de santé, sans pour autant être en rupture totale. En observant de plus près les critères de notation, l'évaluation de la prise en charge ambulatoire a connu une progression durant le cycle. En revanche, on note que près d'un établissement sur deux n'atteint pas le minimum attendu de 80%<sup>23</sup> sur le critère de gestion et d'anticipation de récurrence des épisodes de violence. L'argumentation et la réévaluation du recours à des mesures restrictives de liberté sont également des points d'attention à souligner, puisque sa notation a baissé sur le cycle 2021-2025.

## 2. Premiers résultats et tendances du 6<sup>e</sup> cycle

Les premières évaluations du 6<sup>e</sup> cycle, encore à interpréter avec prudence compte-tenu du nombre limité de visites, font apparaître plusieurs tendances :

Globalement, les établissements rencontrent des difficultés à atteindre les attendus des critères spécifiques à la psychiatrie et à la santé mentale, à l'exception du critère 1.3-09 relatif au projet de soins et à l'inclusion sociale.

Le critère 2.1-10 (accès aux soins organisé et suivi) apparaît particulièrement discriminant : près d'un établissement sur deux obtient un score inférieur à 80 %. Les principales fragilités concernent la co-construction du plan de prévention partagé avec le patient et le suivi des hospitalisations en situation de péril imminent.

Pour le critère 2.1-11 (prévention du passage à l'acte suicidaire), environ 20 % des établissements n'atteignent pas le seuil de 80 %. Les difficultés portent sur l'implication du patient dans les dispositifs de prévention et sur la traçabilité de l'évaluation du risque suicidaire à l'aide d'outils partagés lors de moments clés.

Le critère impératif 2.3-14 (isolement et contention) constitue un point de vigilance majeur. 20% des établissements n'atteignent pas les attendus et obtiennent un score < à 80%, avec des écarts notables concernant :

- l'isolement dans un espace dédié respectant l'intimité, la dignité et la sécurité ;
- et, si l'isolement est assorti d'une contention, le fait que le patient dispose d'un moyen pour appeler les soignants.

Le critère impératif 2.1-12 (examen somatique) reste sensible : près de 13 % des établissements présentent un score insuffisant, principalement en raison d'un suivi somatique incomplet ou insuffisamment tracé.

Les établissements montrent aussi des difficultés à répondre aux attendus du critère 2.4-03 (restrictions de liberté), puisque 16% des établissements n'atteignent pas le score seuil de 80%.

Enfin, sur le critère 3.3-03 (projet territorial de santé mentale [PTSM]), 13,5 % des établissements demeurent en-deçà du seuil attendu, principalement sur l'organisation annuelle d'un temps d'évaluation partagé sur la base d'indicateurs (délais d'entrée dans les soins, etc.).

---

<sup>23</sup> Le score cible qualité minimum attendu a été fixé à 80.

## Evolution du référentiel

Depuis le 5<sup>e</sup> cycle, il a été décidé de faire évoluer le référentiel en cours de cycle afin de maintenir sa cohérence avec les priorités portées par le dispositif. Cette actualisation vise à garantir la pertinence du référentiel face aux enjeux du système de santé et à améliorer la qualité et l'impact des évaluations.

Un ajustement du référentiel du 6<sup>e</sup> cycle est en cours, pour une mise en œuvre prévue en janvier 2027. Parmi les ajustements validés par le Collège de la HAS figure le renforcement des exigences relatives à la prévention et à la prise en charge des addictions, à travers le renforcement d'un critère existant et l'ajout d'un nouveau critère. Ces critères s'appliqueront à l'ensemble des établissements, ils ne sont pas spécifiques au champ de la psychiatrie.

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

## 10. Autres thèmes

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

En 2018, la HAS a publié un guide relatif à la « [Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux](#) » ([161](#)).

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

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

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

Dans ce contexte, de nombreux agriculteurs se trouvent en situation de mal-être et présentent un risque suicidaire élevé ([162-164](#)). Ces difficultés sont dures à repérer en raison notamment de l'absence de médecine du travail ou équivalent, la situation étant encore plus compliquée pour les salariés que pour les exploitants, en particulier pour les salariés en situation de travail dissimulé.

→ La HAS a été saisie dans le cadre de la [feuille de route pour la prévention du mal-être et pour l'accompagnement des agriculteurs et des salariés agricoles](#) pour élaborer des recommandations de bonne pratique en vue d'améliorer « la prévention, le repérage, l'évaluation et la prise en charge des idées et conduites suicidaires chez les exploitants et salariés agricoles » ([165](#)).

### 3. Santé mentale des réfugiés et des migrants

En 2020, 281 millions de personnes dans le monde étaient des migrants<sup>24</sup> internationaux et 84 millions de personnes étaient en situation de déplacement forcé, dont 48 millions de personnes déplacées dans leur propre pays ; 26,6 millions de réfugiés<sup>25</sup> et 4,4 millions de demandeurs d'asile<sup>26</sup> (166).

« Souvent originaires de populations touchées par la guerre, les conflits, les catastrophes naturelles, la dégradation de l'environnement ou la crise économique » (166), les réfugiés et les migrants peuvent être exposés à divers facteurs de stress qui nuisent à leur santé mentale et à leur bien-être (167) :

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

Si la détresse psychologique que peuvent ressentir de nombreux migrants et réfugiés s'atténue avec le temps pour la plupart d'entre eux, les facteurs de stress auxquels ils ont été exposés peuvent augmenter le risque de présenter des troubles psychiques ou aggraver des problèmes de santé mentale préexistants. Les prévalences de dépression, anxiété, troubles de stress post-traumatique seraient généralement plus élevées chez les migrants exposés à l'adversité et chez les réfugiés que chez les populations d'accueil et le risque suicidaire serait également majoré chez les demandeurs d'asile (167).

En France, l'enquête Elipa 2 a montré que 4 ans après l'obtention de leur premier titre de séjour en 2018, 25 % des primo-arrivants déclaraient avoir des symptômes dépressifs ; les femmes, les personnes âgées et les détenteurs d'un titre humanitaire étant les plus affectés (168).

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

---

<sup>24</sup> L'Agence des Nations unies pour les réfugiés (UNHCR) indique qu'il n'existe pas de définition juridiquement reconnue du terme « migrant ». Elle précise que selon les Nations unies, ce terme désigne « toute personne qui a résidé dans un pays étranger pendant plus d'une année, quelles que soient les causes, volontaires ou involontaires, du mouvement, et quels que soient les moyens, réguliers ou irréguliers, utilisés pour migrer ». Cependant, il est courant d'y inclure certaines catégories de migrants de courte durée, tels que les travailleurs agricoles saisonniers qui se déplacent à l'époque des semis ou des récoltes. [Définitions | Réfugiés et migrants \(un.org\)](#) [consulté le 4 septembre 2024]

<sup>25</sup> L'UNHCR définit les réfugiés comme étant des personnes qui « se trouvent hors de leur pays d'origine en raison d'une crainte de persécution, de conflit, de violence ou d'autres circonstances qui ont gravement bouleversé l'ordre public et qui, en conséquence, exigent une « protection internationale ». Elle précise que la Convention de 1951 relative au statut des réfugiés, mais aussi des instruments régionaux et les statuts du HCR permettent de donner une définition du réfugié. [Définitions | Réfugiés et migrants \(un.org\)](#) [consulté le 4 septembre 2024]

<sup>26</sup> L'UNHCR définit un demandeur d'asile comme « une personne dont la demande de refuge n'a pas encore été traitée ». [Demandeurs d'asile | HCR \(unhcr.org\)](#) [consulté le 18 juillet 2024]

plus élevées chez les mineurs non accompagnés (MNA) (64,7 %) que chez les mineurs accompagnés d'au moins un parent (36,7 %). Les prévalences de dépression s'élevaient respectivement à 42,6 et 30,0 % et celles d'anxiété à 38,2 et 23,3 % ([169](#), [170](#)).

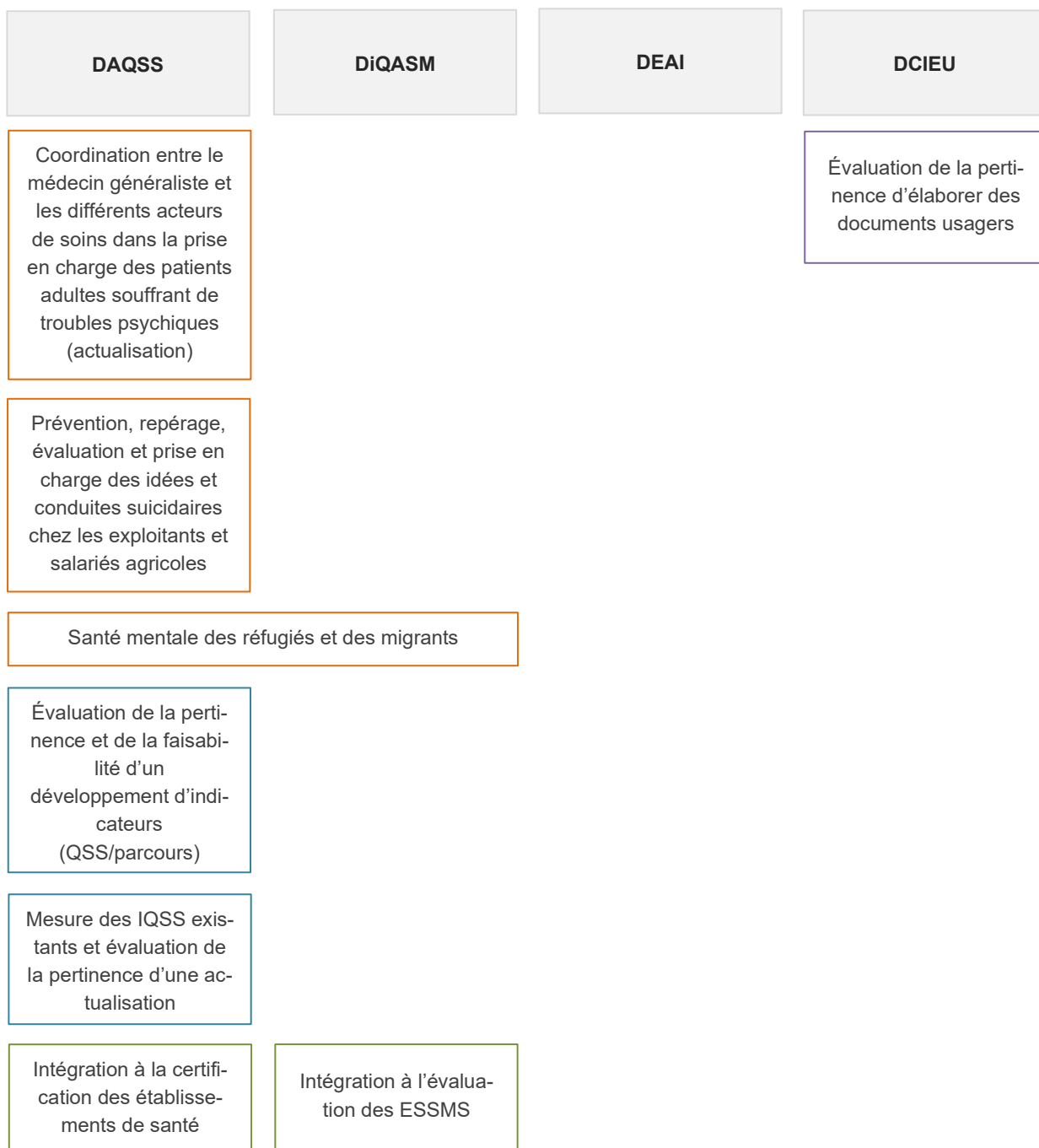
En France, Médecins sans frontières et le Comité pour la santé des exilé.e.s (Comede) soulignaient en 2021 l'existence d'obstacles à une prise en charge psychologique ou psychiatrique pour de nombreux MNA en recours devant le juge des enfants<sup>27</sup>, parmi lesquels : l'absence de représentant légal (souvent évoquée par les soignants comme un motif de refus de prise en charge des MNA), la précarité, le recours hétérogène à l'interprétariat professionnel dans les structures de soins, les délais d'attente pour accéder à une prise en charge, l'absence de protection sociale, la méconnaissance des MNA par les soignants et la méconnaissance du système de soins par les MNA ([171](#)).

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

---

<sup>27</sup> dont la minorité est remise en cause par le département et qui saisissent ce juge.

## Proposition du programme d'actions HAS : autres thèmes



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

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

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

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

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

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

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

**Suivi** : les IQSS recueillis dans le champ « santé mentale et psychiatrie<sup>28</sup> » ainsi que les futurs IQSS en développement feront l'objet d'un suivi impliquant l'ensemble des services de la HAS concernés ainsi que les acteurs externes :

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

---

<sup>28</sup> Depuis 2022, de nouveaux indicateurs sont recueillis de manière obligatoire :

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

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

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

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

### Programmation :

- dans le cadre du programme « santé mentale et psychiatrie » 2025-2030, le manuel d'évaluation des ESSMS fera l'objet d'une mise à jour annuelle pour prendre en compte les nouvelles recommandations de bonne pratique qui seront élaborées, à compter de la seconde itération (janvier 2028) ;
- sur chaque thème du programme « santé mentale et psychiatrie », les perspectives d'intégration des recommandations, guides et parcours dans les itérations successives du référentiel d'évaluation des ESSMS seront travaillées de façon prospective et transversale<sup>29</sup>.

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

- analyse des résultats ;
- communication et échanges avec acteurs externes.

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

### Outils numériques

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

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

<sup>29</sup> Des travaux d'évolution du référentiel d'évaluation, concertés avec les parties prenantes et les experts du secteur, seront menés à partir de 2026. Des modifications, allant en particulier vers le développement d'éléments centrés sur les capacités d'expression et de prise en compte des difficultés psychiques par les personnes pourront être envisagées dans le chapitre 1 du référentiel.

Dans le cadre de ses missions actuelles, la HAS peut être saisie pour l'évaluation d'un dispositif médical numérique (DMN) lorsqu'un industriel envisage son remboursement par l'Assurance maladie. Dans ce cadre<sup>30</sup> :

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

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

Les travaux de la HAS seront par ailleurs articulés avec le plan d'action du grand défi « DMN en santé mentale » (172), qui prévoit notamment une phase pilote pour « tester l'élargissement du périmètre d'évaluation de la HAS aux DMN en santé mentale et en psychiatrie destinés à un usage par les professionnels de santé pour aider au processus de prise de décision du choix du DMN en psychiatrie par les professionnels et les établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux ».

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

## Fiches de bon usage du médicament (BUM)

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

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

---

<sup>30</sup> Les dispositifs médicaux à usage individuel, y compris les DMN à visée thérapeutique, peuvent faire l'objet d'un remboursement par l'Assurance maladie via une prise en charge sur la liste des produits et prestations (LPP) visés à l'article L. 165-1 du Code de la sécurité sociale. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022 a introduit des voies de remboursement dédiées à certains DMN. La commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMTS) s'est ainsi vu confier deux missions nouvelles, à la suite de la publication des décrets d'application :

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

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

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

En lien avec ce dernier critère, les fiches BUM relatives à [la place des benzodiazépines dans l'anxiété \(173\)](#) et [dans l'insomnie \(174\)](#) ont été actualisées en juillet 2024.

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

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

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

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

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

Elle prévoit également d'étudier l'opportunité d'une réévaluation de médicaments psychotropes par la commission de la transparence.

## **Ratios de soignants, par lit ouvert ou par nombre de passages pour les activités ambulatoires en psychiatrie**

La loi n° 2025-74 du 29 janvier 2025 relative à l'instauration d'un nombre minimum de soignants par patient hospitalisé prévoit que soit établi, pour chaque spécialité et chaque type d'activité de soins hospitaliers et en tenant compte de la charge des soins associée, un ratio minimal de soignants, par lit ouvert ou par nombre de passages pour les activités ambulatoires, de nature à garantir la qualité et la sécurité des soins. Il est prévu que ce ratio soit établi par décret, pris après avis de la HAS, pour une période maximale de cinq ans.

La HAS a été saisie par le ministère de la santé pour élaborer ce ratio sous forme de fourchette prioritairement :

- pour trois spécialités : la périnatalité (soins critiques en néonatalogie), les soins palliatifs et la psychiatrie ;
- pour deux professions : les infirmiers et les aides-soignants.

Ces ratios auront vocation à s'appliquer à tous les établissements de santé, sans distinction tenant à leur statut. L'avis HAS est attendu pour début 2027.

## Actes et prestations pour les affections de longue durée

Les guides « actes et prestations pour les affections de longue durée (APALD) » sont des outils médico-administratifs pour l'élaboration du protocole de soins lors de l'admission en affection de longue durée (ALD) ou son renouvellement. Il s'agit de synthèses réglementaires des actes, soins et traitements remboursables, nécessaires au diagnostic, traitement et suivi de l'ALD ou à son renouvellement. Ils permettent de faciliter le dialogue entre le malade, le médecin traitant et le médecin conseil.

Ce ne sont ni des outils d'aide à la décision clinique, ni des recommandations de bonne pratique.

Les quatre guides APALD associés à l'ALD 23 « Affections psychiatriques de longue durée » ont été actualisés en 2025 :

- [Guide des actes et prestations ALD N° 23 – Schizophrénies \(175\)](#) ;
- [Guide des actes et prestations ALD N° 23 – Troubles anxieux graves \(176\)](#) ;
- [Guide des actes et prestations ALD N° 23 – Troubles bipolaires \(177\)](#) ;
- [Guide des actes et prestations ALD N° 23 – Troubles dépressifs récurrents ou persistants chez l'adulte \(178\)](#).

Une réflexion est en cours avec la CNAM et la MSA pour évaluer la pertinence d'élaborer un nouveau guide APALD associé à l'ALD 23 « Troubles addictifs graves ».

## Avis de la HAS sur des projets de référentiels élaborés par la CNAM

L'article L. 161-39 du Code de la Sécurité Sociale prévoit que « l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et les caisses nationales chargées de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie peuvent consulter la Haute Autorité de santé sur tout projet de référentiel de pratique médicale élaboré dans le cadre de leur mission de gestion des risques ainsi que sur tout projet de référentiel visant à encadrer la prise en charge par l'assurance maladie d'un type particulier de soins. La Haute Autorité de santé rend un avis dans un délai de deux mois à compter de la réception de la demande. A l'expiration de ce délai, l'avis est réputé favorable. »

En 2025, la CNAM a sollicité l'avis de la HAS sur deux référentiels concernant la durée d'arrêt de travail pour les « épisodes dépressifs légers » et les « épisodes dépressifs modérés à sévères ». L'avis de la HAS a notamment été sollicité sur :

- le rythme de suivi du patient ;
- les durées indicatives ;
- le besoin d'interroger à chaque étape du suivi l'intérêt et la pertinence de l'arrêt de travail pour le patient.

[L'avis adopté par la HAS en janvier 2026](#) est consultable sur son site Internet ([179](#)).

La question de la diffusion et de l'appropriation des productions sera également travaillée de façon transversale, en lien avec le « [Programme pour l'amélioration de l'impact des recommandations 2023-2028](#) » ([180](#)) de la HAS et les travaux conduits dans les services de la HAS sur l'amélioration de l'appropriation des productions.

# Références bibliographiques

1. Organisation mondiale de la santé. Troubles mentaux [En ligne] 2022. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. World Health Organization. Transforming mental health for all. World mental health report. Geneva : WHO; 2022. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356119/9789240049338-eng.pdf?sequence=1>
3. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Institut des politiques publiques, Paris School of Economics, Blavet T. 9,3 millions de personnes déclarent apporter une aide régulière à un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie en 2021. Etudes Résultats 2023;(1255).
4. Barthélémy P, Bret V, Constantinou P, Debeugny G, Denis P, Lastier D, *et al.* Les déterminants de la croissance des dépenses de santé de 2015 à 2023 : une analyse médicalisée. Points Repères 2025;(56).
5. Assurance maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2024. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et produits de l'Assurance maladie au titre de 2024 (loi du 13 août 2004). Paris: CNAM; 2023. <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2023-rapport-propositions-pour-2024-charges-produits>
6. Assurance maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2025. 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 2025 (loi du 13 août 2004). Paris: CNAM; 2024. [https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2024-07\\_rapport-propositions-pour-2025\\_assurance-maladie.pdf](https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2024-07_rapport-propositions-pour-2025_assurance-maladie.pdf)
7. Léon C, du Roscoät E, Beck F. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021. BEH 2023;(2):28-40.
8. Observatoire national du suicide, Berthou V, Boulch A, Carrière M, Guichard H, Hazo JB, *et al.* Suicide. Mesurer l'impact de la crise sanitaire liée au Covid-19. Effets contrastés au sein de la population et mal-être chez les jeunes. 5ème Rapport. Paris: DRESS; 2022. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/rapports/suicide-mesurer-limpact-de-la-crise-sanitaire-liee-au-0>
9. Léon C, Godeau E, Spilka S, Gillaizeau I, Beck F. La santé mentale et le bien-être des collégiens et lycéens en France hexagonale. Résultats de l'Enquête EnCLASS 2022. Le point sur. Saint-Maurice: Santé publique France; 2024.
10. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Hospitalisations pour geste auto-infligé : une progression inédite chez les adolescentes et les jeunes femmes en 2021 et 2022. Etudes Résultats 2024;(1300).
11. Coldefy M, Gandré C. Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. Questions Eco Santé 2018;(237).
12. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, *et al.* Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry 2011;10(1):52-77. <https://dx.doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x>
13. Organisation mondiale de la santé. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030. Genève: OMS; 2022. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/361818/9789240056923-fre.pdf?sequence=1>
14. Dragioti E, Radua J, Solmi M, Gosling CJ, Oliver D, Lascialfari F, *et al.* Impact of mental disorders on clinical outcomes of physical diseases: an umbrella review assessing population attributable fraction and generalized impact fraction. World Psychiatry 2023;22(1):86-104. <https://dx.doi.org/10.1002/wps.21068>
15. Gandré C, Coldefy M. Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère. Questions Eco Santé 2020;(250).
16. Assurance maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2026. 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 2026 (loi du 13 août 2004). Paris: CNAM; 2025. <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2025-rapport-propositions-pour-2026-charges-produits>
17. Laidi C, Blampain-Segar L, Godin O, de Danne A, Leboyer M, Durand-Zaleski I. The cost of mental health: where do we stand in France? Eur Neuropsychopharmacol 2023;69:87-95. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2023.02.004>
18. du Roscoät E. La santé mentale : définition, concepts et périmètre d'intervention [Dossier : Promouvoir la santé mentale des populations en temps de Covid-19]. Santé Action 2022;(461):4-6.
19. Institut national de la santé publique du Québec. Les rôles de la santé publique en matière de promotion de la santé mentale et du mieux-être mental des populations. Document de synthèse. Québec: INSPQ; 2022. <https://www.inspq.gc.ca/sites/default/files/publications/3239-role-sante-publique-promotion-sante-mentale-synthese.pdf>
20. Wahlbeck K. Public mental health: the time is ripe for translation of evidence into practice. World Psychiatry 2015;14(1):36-42. <https://dx.doi.org/10.1002/wps.20178>
21. Laforcade M. Le rétablissement au cœur des politiques de santé. Rhizome 2017;3(65.66):25-6. <https://dx.doi.org/10.3917/rhiz.065.0025>
22. Centre de référence des maladies rares à expression psychiatrique, Cohen D. Protocole National de Diagnostic et de Soins (PNDS) Schizophrénie à début précoce. Partie 1 – Texte du PNDS. Paris: CRMR; 2022.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/cil\\_sczdp\\_has\\_pnds\\_texte\\_27\\_09\\_22\\_version-finale.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-10/cil_sczdp_has_pnds_texte_27_09_22_version-finale.pdf)

23. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. Clinical guideline 178. London: NICE; 2014. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178/resources/psychosis-and-schizophrenia-in-adults-prevention-and-management-pdf-35109758952133>

24. McGrath JJ, Saha S, Al-Hamzawi AO, Alonso J, Andrade L, Borges G, *et al.* Age of onset and lifetime projected risk of psychotic experiences: cross-national data from the world mental health survey. *Schizophr Bull* 2016;42(4):933-41. <https://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbw011>

25. Lepage MJ, Caron C. Cadre de référence. Programmes d'interventions pour premiers épisodes psychotiques (PIPEP). Québec: Ministère de la santé et des services sociaux; 2019. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2018/18-914-12W.pdf>

26. Fusar-Poli P, Borgwardt S, Bechdolf A, Addington J, Riecher-Rossler A, Schultze-Lutter F, *et al.* The psychosis high-risk state: a comprehensive state-of-the-art review. *JAMA Psychiatry* 2013;70(1):107-20. <https://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.269>

27. Penttila M, Jaaskelainen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2014;205(2):88-94. <https://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.113.127753>

28. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Schizophrénie. Intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles [En ligne]. Paris: INSERM; 2020. <https://www.inserm.fr/dossier/schizophrénie/>

29. Thomas P, Amad A, Fovet T. Schizophrénie et addictions : les liaisons dangereuses. *Encephale* 2016;42(3, Suppl 1):S18-S22. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(16\)30218-4](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(16)30218-4)

30. Thornicroft G, Tansella M, Becker T, Knapp M, Leese M, Schene A, Vazquez-Barquero JL. The personal impact of schizophrenia in Europe. *Schizophr Res* 2004;69(2-3):125-32. [https://dx.doi.org/10.1016/s0920-9964\(03\)00191-9](https://dx.doi.org/10.1016/s0920-9964(03)00191-9)

31. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39(5):337-49. <https://dx.doi.org/10.1007/s00127-004-0762-4>

32. Gutwinski S, Schreiter S, Deutscher K, Fazel S. The prevalence of mental disorders among homeless people in high-income countries. An updated systematic review and meta-regression analysis. *PLoS Med* 2021;18(8):e1003750. <https://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1003750>

33. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Les établissements de santé. Panorama de la DRESS santé. Paris: DRESS; 2022. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2022-07/ES2022.pdf>

34. Coldefy M, Nestrigue C. L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. *Questions Eco Santé* 2014;(202).

35. Vannelle J. Les conférences de consensus en France dans le domaine de la schizophrénie. *Ann Médico Psychol* 2005;163(9):758-63. <https://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2005.09.005>

36. Leboyer M, Llorca P. Psychiatrie : l'état d'urgence. Paris: Fayard; 2018.

37. Dubreucq J, Plasse J, Franck N. Self-stigma in serious mental illness: a systematic review of frequency, correlates, and consequences. *Schizophr Bull* 2021;47(5):1261-87. <https://dx.doi.org/10.1093/schbul/sbaa181>

38. Centre de preuves en psychiatrie et santé mentale, Hardy-Baylé MC. Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous-tendu par un trouble schizophrénique. Rapport. Le Chesnay: Centre de preuves en psychiatrie et santé mentale; 2015. [http://www.handiplace.org/media/pdf/autres/RAPPORT\\_donnees\\_preuves\\_handicap\\_psychique.pdf](http://www.handiplace.org/media/pdf/autres/RAPPORT_donnees_preuves_handicap_psychique.pdf)

39. Haute Autorité de Santé. Label - Flash Sécurité Patient - « Neuroleptiques à action prolongée (NAP). Les NAP parfois ça dérape ». Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3599791/fr/label-flash-securite-patient-neuroleptiques-a-action-prolongee-nap-les-nap-parfois-ca-derape](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3599791/fr/label-flash-securite-patient-neuroleptiques-a-action-prolongee-nap-les-nap-parfois-ca-derape)

40. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm\\_1\\_rbpp\\_accompagnement\\_adultes\\_handicapes\\_psychiques\\_2016.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm_1_rbpp_accompagnement_adultes_handicapes_psychiques_2016.pdf)

41. Coldefy M, Gandré C. Atlas de la santé mentale en France. Paris: IRDES; 2020. <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/007-atlas-de-la-sante-mentale-en-france.pdf>

42. National Institute for Health and Care Excellence. Bipolar disorder: assessment and management. Clinical guidance 185. London: NICE; 2023. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg185/resources/bipolar-disorder-assessment-and-management-pdf-35109814379461>

43. Haute Autorité de Santé. Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-10/fiche\\_memo\\_rapport\\_elaboration\\_trouble\\_bipolaire\\_mel.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-10/fiche_memo_rapport_elaboration_trouble_bipolaire_mel.pdf)

44. Nierenberg AA, Agustini B, Köhler-Forsberg O, Cusin C, Katz D, Sylvia LG, *et al.* Diagnosis and treatment of bipolar disorder: a review. *JAMA* 2023;330(14):1370-80. <https://dx.doi.org/10.1001/jama.2023.18588>

45. Haute Autorité de Santé. Fiche mémo. Patient avec un trouble bipolaire : repérage et prise en charge initiale en premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-10/fiche\\_memo\\_trouble\\_bipolaire\\_vd.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2015-10/fiche_memo_trouble_bipolaire_vd.pdf)

46. Pham E, Aouidad A, Edan A, Perroud N, Piguet C. Diagnostic du trouble de personnalité borderline à l'adolescence : revue francophone. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc* 2021;69(4):185-9. <https://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2021.03.001>

47. National Institute for Health and Care Excellence. Borderline personality disorder: recognition and management. London: NICE; 2009. [www.nice.org.uk/guidance/cg78](http://www.nice.org.uk/guidance/cg78)
48. Monk-Cunliffe J, Borschmann R, Monk A, O'Mahoney J, Henderson C, Phillips R, *et al.* Crisis interventions for adults with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2022;9(9):Cd009353. <https://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009353.pub3>
49. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabai R, *et al.* The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2024;181(11):1024-8. <https://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.24181010>
50. Álvarez-Tomás I, Ruiz J, Guilera G, Bados A. Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: A meta-analysis of prospective studies. *Eur Psychiatry* 2019;56:75-83. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.10.010>
51. Porter C, Palmier-Claus J, Branitsky A, Mansell W, Warwick H, Varese F. Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand* 2020;141(1):6-20. <https://dx.doi.org/10.1111/acps.13118>
52. Gandré C, Moreau D, Ben Dridi I, Seppänen AV, Consortium Canopée. Obstacles, ressources et contrastes dans les parcours de soins complexes : le cas du cancer chez les personnes vivant avec un trouble psychique sévère. *Questions Eco Santé* 2023;(281).
53. Haute Autorité de Santé. Label de la HAS. Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2059048/fr/label-de-la-has-comment-ameliorer-la-prise-en-charge-somatique-des-patients-ayant-une-pathologie-psychiatrique-severe-et-chronique](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2059048/fr/label-de-la-has-comment-ameliorer-la-prise-en-charge-somatique-des-patients-ayant-une-pathologie-psychiatrique-severe-et-chronique)
54. Cour des comptes. La pédopsychiatrie. Un accès et une offre de soins à réorganiser. Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale. Paris: Cour des comptes; 2023. <https://www.ccomptes.fr/system/files/2023-03/20230321-pedopsychiatrie.pdf>
55. Inspection générale des affaires sociales, Lopez A, Turan-Pelletier G. Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. Rapport N°2017-064R tome 1. Paris: IGAS; 2017. [https://igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome\\_I\\_rapport.pdf](https://igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_I_rapport.pdf)
56. Milon A, Amiel MM. Rapport d'information fait au nom de la mission d'information sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France. Rapport n°494. Paris: Sénat; 2017. <https://www.senat.fr/rap/r16-494/r16-4941.pdf>
57. Ministère de la santé et de la prévention. Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes. Paris: Ministère de la santé et de la prévention; 2016. [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_bienetrejeunes\\_29novembre2016.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_bienetrejeunes_29novembre2016.pdf)
58. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Les droits fondamentaux des mineurs enfermés. Paris: Dalloz; 2021. [https://www.cgpl.fr/app/uploads/2024/10/cgpl\\_rapport-droits-fondamentaux-des-mineurs-enfermes\\_web.pdf](https://www.cgpl.fr/app/uploads/2024/10/cgpl_rapport-droits-fondamentaux-des-mineurs-enfermes_web.pdf)
59. Défenseur des droits. Enfance et violence : la part des institutions publiques. Paris: Défenseur des droits; 2019. <https://www.defenseurdesdroits.fr/rapport-annuel-sur-les-droits-de-lenfant-2019-enfance-et-violence-la-part-des-institutions>
60. Haute Autorité de Santé. Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2016. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1722310/fr/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-les-moments-de-violence-dans-l-evolution-clinique-des-patients-adultes-lors-des-hospitalisations-en-services-de-psychiatrie](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1722310/fr/mieux-prevenir-et-prendre-en-charge-les-moments-de-violence-dans-l-evolution-clinique-des-patients-adultes-lors-des-hospitalisations-en-services-de-psychiatrie)
61. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Les droits fondamentaux des mineurs en établissement de santé mentale. Paris: Dalloz; 2017. [http://www.cgpl.fr/wp-content/uploads/2017/11/Rapport-th%C3%A9matique-mineurs-hospitalis%C3%A9s\\_version-web.pdf](http://www.cgpl.fr/wp-content/uploads/2017/11/Rapport-th%C3%A9matique-mineurs-hospitalis%C3%A9s_version-web.pdf)
62. Dhote J, Moro MR, Lachal J. La transition de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte, état des lieux. *Soins Psychiatr* 2017;38(312):12-5.
63. Schandrin A, Boulenger JP, Batlaj-Lovichi M, Capdevielle D. Relais entre pédopsychiatrie et psychiatrie d'adulte : évaluation et propositions. *Eur Psychiatry* 2020;28(S2):65-. <https://dx.doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.09.172>
64. Singh SP, Tuomainen H, Girolamo G, Maras A, Santosh P, McNicholas F, *et al.* Protocol for a cohort study of adolescent mental health service users with a nested cluster randomised controlled trial to assess the clinical and cost-effectiveness of managed transition in improving transitions from child to adult mental health services (the MILESTONE study). *BMJ Open* 2017;7(10):e016055. <https://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016055>
65. Haute Autorité de Santé. Évaluation et prise en charge des syndromes psychotraumatiques. Enfants et adultes. Note de cadrage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3215922/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-syndromes-psychotraumatiques-enfants-et-adultes-note-de-cadrage](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3215922/fr/evaluation-et-prise-en-charge-des-syndromes-psychotraumatiques-enfants-et-adultes-note-de-cadrage)
66. Vaiva G, Jehel L, Cottencin O, Ducrocq F, Duchet C, Omnes C, *et al.* Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *Encephale* 2008;1318(6):541. <http://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2007.11.006>
67. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, *et al.* Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004;(420):21-7. <https://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x>
68. Alisic E, van der Schoot TA, van Ginkel JR, Kleber RJ. Looking beyond posttraumatic stress disorder in children: posttraumatic stress reactions, posttraumatic growth, and quality of life in a general population sample. *J Clin Psychiatry* 2008;69(9):1455-61. <https://dx.doi.org/10.4088/jcp.v69n0913>

69. Copeland WE, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. Arch Gen Psychiatry 2007;64(5):577-84. <https://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.64.5.577>
70. McLaughlin KA, Koenen KC, Hill ED, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Kessler RC. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2013;52(8):815-30 e14. <https://dx.doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.011>
71. Haute Autorité de Santé. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours)
72. Haute Autorité de Santé. Processus d'annonce d'un diagnostic psychiatrique sévère à un patient majeur : enjeux, principes et place de l'entourage. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3367859/fr/processus-d-annonce-d-un-diagnostic-psychiatrique-severe-a-un-patient-adulte-enjeux-principes-et-place-de-l-entourage](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3367859/fr/processus-d-annonce-d-un-diagnostic-psychiatrique-severe-a-un-patient-adulte-enjeux-principes-et-place-de-l-entourage)
73. Haute Autorité de Santé. Certification des établissements de santé pour la qualité des soins. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025. [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-01/referentiel\\_certification\\_es\\_qualite\\_des\\_soins\\_version\\_2025.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2025-01/referentiel_certification_es_qualite_des_soins_version_2025.pdf)
74. Haute Autorité de Santé. Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médico-social et sanitaire. Glossaire. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3201812/fr/soutenir-et-encourager-l-engagement-des-usagers-dans-les-secteurs-social-medico-social-et-sanitaire)
75. Ministère du travail de la santé et des solidarités. Santé mentale et psychiatrie. Mise en œuvre de la feuille de route. État d'avancement au 1er mars 2024. Paris: Ministère du travail de la santé et des solidarités; 2024. [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille\\_de\\_route.sante-mentale-psychiatrie-2024.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/feuille_de_route.sante-mentale-psychiatrie-2024.pdf)
76. DAC des Ministères Sociaux. Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017 - 2030. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2025. [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie\\_nationale\\_sante\\_sexuelle.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf)
77. Haute Autorité de Santé. Accompagner la vie intime, affective et sexuelle des personnes en ESSMS (volet 1 - socle transversal). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3590098/fr/accompagner-la-vie-intime-affective-et-sexuelle-des-personnes-en-essms-volet-1-socle-transversal](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3590098/fr/accompagner-la-vie-intime-affective-et-sexuelle-des-personnes-en-essms-volet-1-socle-transversal)
78. da Costa H, Martin B, Franck N. Determinants of therapeutic alliance with people with psychotic disorders: a systematic literature review. J Ner Ment Dis 2020;208(4):329-39. <https://dx.doi.org/10.1097/nmd.0000000000001125>
79. Association nationale des centre régionaux d'études d'actions et d'informations en faveur de personnes en situation de vulnérabilité. Etude relative à la population des majeurs protégés. Profils, parcours et évolutions. Clichy: ANCREAI; 2017. [http://www.creai-pdl.fr/images/rapportfinal\\_mjpm\\_ancreai\\_dgcs\\_mai2017.pdf](http://www.creai-pdl.fr/images/rapportfinal_mjpm_ancreai_dgcs_mai2017.pdf)
80. Haute Autorité de Santé. Accompagner la personne nécessitant une mesure de protection juridique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3576577/fr/accompagner-la-personne-neecessitant-une-mesure-de-protection-juridique-argumentaire](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3576577/fr/accompagner-la-personne-neecessitant-une-mesure-de-protection-juridique-argumentaire)
81. Haute Autorité de Santé. Le répit des aidants. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3351732/fr/repit-des-aidants](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3351732/fr/repit-des-aidants)
82. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux. Considérer, intégrer, outiller. Guide de bonnes pratiques pour l'implication des proches en santé mentale. Boîte à outils à l'intention des intervenants. Québec: Direction des communications du ministère de la santé et des services sociaux; 2024. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2023/23-914-12W.pdf>
83. Défenseur des droits. Les droits fondamentaux des personnes âgées accueillies en EHPAD. Paris: Défenseur des droits; 2021. [https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2023-03/ddd\\_rapport\\_droitsepad\\_20210500.pdf](https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/2023-03/ddd_rapport_droitsepad_20210500.pdf)
84. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2014. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2836216/fr/prise-en-compte-de-la-souffrance-psychique-de-la-personne-agee-prevention-reperage-et-accompagnement](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2836216/fr/prise-en-compte-de-la-souffrance-psychique-de-la-personne-agee-prevention-reperage-et-accompagnement)
85. Organisation mondiale de la santé. Santé mentale et vieillissement [En ligne] 2017. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>
86. National Institute for Health and Care Excellence. Older people: independence and mental wellbeing. NICE guideline [NG32]. London: NICE; 2015. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng32>
87. Haute Autorité de Santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017. [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours)
88. Thomas P, Hazif-Thomas C. Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. Gérontol Soc 2008;31(126):141-55. <https://dx.doi.org/10.3917/gq.126.0141>
89. Comité national pour la bientraitance et les droits des personnes âgées et des personnes handicapées. Prévention du suicide chez les personnes âgées. Paris: CNBD; 2013. [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNBD\\_Prevention\\_du\\_suicide\\_Propositions\\_081013.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/CNBD_Prevention_du_suicide_Propositions_081013.pdf)
90. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, Fédération française de psychiatrie. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Conférence de consensus 19 et 20 octobre 2000, Amphithéâtre Charcot, Hôpital de la Pitié Salpêtrière - Paris. Paris: ANAES; 2000.

91. Observatoire national du suicide, Ulrich V, Carrière M, Desprat D, Carrasco V, Sterchele C, Boussaid N. Suicide. Quels liens avec le travail et le chômage ? Penser la prévention et les systèmes d'information. 4ème rapport. Paris: DRESS; 2020.  
[https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/ons\\_2020.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/ons_2020.pdf)
92. Haute Autorité de Santé. Les suicides et tentatives de suicide de patients. Analyse de 795 cas déclarés dans le cadre du dispositif de déclaration des EIGS entre mars 2017 et juin 2021. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/rapport\\_les\\_suicides\\_et\\_tentatives\\_de\\_suicide\\_de\\_patients\\_juill\\_et\\_2022.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2022-09/rapport_les_suicides_et_tentatives_de_suicide_de_patients_juill_et_2022.pdf)
93. Agence nationale d'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Repérage des risques de perte d'autonomie ou de son aggravation pour les personnes âgées. Volet domicile. Saint-Denis: ANESM; 2016.  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-rbpb\\_reperage\\_des\\_risques\\_personnes\\_agees\\_a5-bat\\_-\\_pdf\\_interactif.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/anesm-rbpb_reperage_des_risques_personnes_agees_a5-bat_-_pdf_interactif.pdf)
94. Cohen L, Desmidt T, Limosin F. La psychiatrie de la personne âgée : enjeux et perspectives. Ann Médico Psychol 2014;172(9):781-4.  
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.09.001>
95. Falissard B, Loze JY, Gasquet I, Duburc A, de Beaurepaire C, Fagnani F, Rouillon F. Prevalence of mental disorders in French prisons for men. BMC Psychiatry 2006;6:33.  
<https://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-6-33>
96. Fovet T, Plancke L, Amariei A, Benradia I, Carton F, Sy A, *et al.* Mental disorders on admission to jail: a study of prevalence and a comparison with a community sample in the north of France. Eur Psychiatry 2020;63(1):e43.  
<https://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.38>
97. Fazel S, Seewald K. Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: systematic review and meta-regression analysis. Br J Psychiatry 2012;200(5):364-73.  
<https://dx.doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370>
98. Fazel S, Baillargeon J. The health of prisoners. Lancet 2011;377(9769):956-65.  
[https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61053-7](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61053-7)
99. Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts de France, Forvet T, Lancelevée C, Wathelet M, El Qaoubii O, Thomas P. La santé mentale en population carcérale sortante : une étude nationale. Saint-André-lez-Lille: F2RM Psy; 2022.  
<https://www.f2rmspsy.fr/sante-mentale-population-carcerale-resultat-drune-nouvelle-etude-nationale-nouvelle-feuille-route.html>
100. Gharib A, Hieulle A, Amad A, Horn M, Hedouin V, Thomas P, Fovet T. Soins médicaux généraux en unité hospitalière spécialement aménagée : une enquête nationale. Encephale 2019;45(2):139-46.  
<https://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2018.06.004>
101. Fovet T, Eck M, Bouchard JP. De quels troubles psychiatriques souffrent les personnes détenues en France ? Ann Médico-psychol 2022;180(9):970-7.  
<https://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2022.08.008>
102. Fovet T, Thomas P, Amad A. Psychiatrie en milieu pénitentiaire : une sémiologie à part ? Ann Médico Psychol 2015;173(8):726-30.  
<https://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2015.07.033>
103. Eck M, Scoufflaire T, Debien C, Amad A, Sannier O, Chan Chee C, *et al.* Le suicide en prison : épidémiologie et dispositifs de prévention. Presse Med 2019;48(1 Pt 1):46-54.  
<https://dx.doi.org/10.1016/j.lpm.2018.11.009>
104. Belet B, D'Hondt F, Horn M, Amad A, Carton F, Thomas P, *et al.* Trouble de stress post-traumatique en milieu pénitentiaire. Encephale 2020;46(6):493-9.  
<https://dx.doi.org/10.1016/j.encep.2020.04.017>
105. Fovet T, Lancelevée C, Thomas P. Santé mentale et justice pénale en France : état des lieux et problématiques émergentes. Bull Acad Natl Med 2022;206(3):301-9.  
<https://dx.doi.org/10.1016/j.banm.2021.10.011>
106. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux. Journal Officiel;22 novembre 2019.
107. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Comorbidités psychiatriques chez les usagers de drogues [chapitre 4]. Dans: Institut national de la santé et de la recherche médicale, ed. Réduction des risques infectieux chez les usagers de drogues. Paris: INSERM; 2010. p. 57-64.
108. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, Goodwin FK. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the epidemiologic catchment area (ECA) Study. JAMA 1990;264(19):2511-8.  
<https://dx.doi.org/10.1001/jama.1990.03450190043026>
109. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Torrens M, Mestre-Pintó JI, Domingo-Salvany A, Montanari L, Vicente J. Comorbidity of substance use and mental disorders in Europe. Luxembourg: EMCDDA; 2015.  
[https://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/comorbidity-substance-use-mental-disorders-europe\\_en](https://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/comorbidity-substance-use-mental-disorders-europe_en)
110. Boumendjel M, Benyamina A. Les « pathologies duelles » en addictologie : état des lieux et prise en charge [Chapitre 15]. Dans: Reynaud M, Karila L, Aubin HJ, Benyamina A, ed. Traité d'addictologie. Cachan: Lavoisier; 2016. p. 139-49.
111. Benyamina A. Pathologie duelle, actualités et perspectives. Ann Médico Psychol 2018;176(8):742-5.  
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2018.08.016>
112. Haute Autorité de Santé. Prévention des addictions et réduction des risques et des dommages (RdRD) dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESSMS). Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.  
[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3218478/fr/prevention-des-addictions-et-reduction-des-risques-et-des-dommages-rdrd-dans-les-etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux-essms](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3218478/fr/prevention-des-addictions-et-reduction-des-risques-et-des-dommages-rdrd-dans-les-etablissements-et-services-sociaux-et-medico-sociaux-essms)
113. Haute Autorité de Santé. Grande précarité et troubles psychiques. Intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.  
[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3289276/fr/grande-precarite-et-troubles-psychiques-intervenir-aupres-des-personnes-en-situation-de-grande-precarite-presentant-des-troubles-psychiques](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3289276/fr/grande-precarite-et-troubles-psychiques-intervenir-aupres-des-personnes-en-situation-de-grande-precarite-presentant-des-troubles-psychiques)

114. Bourgain C, Falissard B, Blecha L, Benyamina A, Karila L, Reynaud M. A damage/benefit evaluation of addictive product use. *Addiction* 2012;107(2):441-50.  
<https://dx.doi.org/10.1111/j.1360-0443.2011.03675.x>
115. Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. *Lancet* 2010;376(9752):1558-65.  
[https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61462-6](https://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61462-6)
116. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Morel d'Arleux J, Brisacier AC, Brissot A, Cadet-Taïrou A, Chyderiotis S, *et al.* Drogues et addictions, données essentielles. Paris: OFDT; 2019.  
<http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/DADE2019.pdf>
117. Andler R, Quatremère G, Richard JB, Beck F, Nguyen-Thanh V. La consommation d'alcool des adultes en France en 2021, évolutions récentes et tendances de long terme. *BEH* 2024;(2):22-31.
118. Nguyen-Thanh V, Guignard R. Consommation d'alcool, comportements et conséquences pour la santé [dossier]. *BEH* 2019;(5-6):87-117.
119. Guérin S, Laplanche A, Dunant A, Hill C. Alcohol-attributable mortality in France. *Eur J Public Health* 2013;23(4):588-93.  
<https://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckt015>
120. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Réduction des dommages associés à la consommation d'alcool. Montrouge: INSERM; 2023.
121. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Alcool [En ligne]. Paris: OFDT; 2023.  
<https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>
122. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision : DSM-5-TR. Washington: APA; 2022.  
<https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
123. Anderson P, Gual A, Colom J, INCa (trad.). Alcool et médecine générale : Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves. Paris: INCa; 2008.  
<https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/alcool/documents/referentiel/alcool-et-medecine-generale-recommandations-cliniques-pour-le-reperage-precoce-et-les-interventions-breves>
124. Santé publique France, Institut national du cancer. Avis d'experts relatif à l'évolution du discours public en matière de consommation d'alcool en France. Expertise. Saint-Maurice: SPF; 2017.  
<https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2017/avis-d-experts-relatif-a-l-evolution-du-discours-public-en-matiere-de-consommation-d-alcool-en-france-organise-par-sante-publique-france-et-l-insti>
125. Société française d'alcoologie, Association addictions France, European Federation of Addiction Societies. Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. D'après la méthode « Recommandations pour la pratique clinique » [Version du 9 février 2015 actualisé le 5 juin 2023]. Amiens: SFA; 2023.  
<https://sfalcoologie.fr/2023-actualisation-des-recommandations-mesusage-depistage-diagnostic-et-traitement/>
126. Benyamina A, Reynaud M, Aubin HJ. Alcool et troubles mentaux. De la compréhension à la prise en charge diagnostic. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson ; 2013.
127. Collège de la médecine générale, Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Pathologies duelles. De quoi on parle ? Kit addictions. Fiche pratique. Paris: CMG; 2022.  
<https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2024/03/Kit-addiction-Pathologies-duelles.pdf>
128. Fédération française d'addictologie. La réduction des risques et des dommages liés aux conduites addictives. 1ère Audition publique 2.0 du 7 & 8 avril 2026 à Paris. Paris: FFA ; 2016.  
[https://bdoc.ofdt.fr/doc\\_num.php?explnum\\_id=23150](https://bdoc.ofdt.fr/doc_num.php?explnum_id=23150)
129. Anderson P, Jané-Llopis E, Hasan OSM, Rehm J. Changing collective social norms in favour of reduced harmful use of alcohol: a review of reviews. *Alcohol Alcoholism* 2018;53(3):326-32.  
<https://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agx121>
130. World Health Organization, Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. Audit: the alcohol use disorders identification test. Guidelines for use in primary health care, 2nd ed. Geneva: WHO; 2001.  
<https://iris.who.int/handle/10665/67205>
131. Anderson BO, Berdzuli N, Ilbawi A, Kestel D, Kluge HP, Krech R, *et al.* Health and cancer risks associated with low levels of alcohol consumption. *Lancet Public Health* 2023;8(1):e6-e7.  
[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00317-6](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00317-6)
132. Picard A. Un siècle de communication sur les risques liés à l'alcool. *Santé Homme* 2003;(368):32-3.
133. Observatoire français des drogues et des toxicomanies, Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. Tendances OFDT 2018;(123).
134. Pérez-García JM, Suárez-Suárez S, Doallo S, Cadaveira F. Effects of binge drinking during adolescence and emerging adulthood on the brain: A systematic review of neuroimaging studies. *Neurosci Biobehav Rev* 2022;137:104637.  
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104637>
135. Squeglia LM, Tapert SF, Sullivan EV, Jacobus J, M.J. Meloy MJ, Rohlfing T, Pfefferbaum A. Brain development in heavy-drinking adolescents. *Am J Psychiatry* 2015;172(6):531-42.  
<https://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.14101249>
136. David S, Buyck JF, Metten MA. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients. Résultats du Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice en médecine générale. *Dossiers DRESS* 2021;(80).
137. Benech G, Reynaud M, Basset B. La réduction des risques et des dommages liés à l'alcool (RdRDA). Historique, pratiques, analyse et propositions. Paris: Addict'aide; 2021.  
<https://www.addictaide.fr/la-reduction-des-risques-et-des-dommages-lies-a-lalcool-rdrda-historique-pratiques-analyse-et-propositions/>
138. Haute Autorité de Santé. Agir en premier recours pour diminuer le risque alcool. Repérer tous les usages et

- accompagner chaque personne. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023.  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-10/guide\\_agir\\_en\\_premier\\_recours\\_pour\\_diminuer\\_le\\_risque\\_alcool.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-10/guide_agir_en_premier_recours_pour_diminuer_le_risque_alcool.pdf)
139. Haute Autorité de Santé. Accompagner dès le premier recours pour diminuer le risque alcool des femmes. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.  
[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3592850/fr/accompagner-des-le-premier-recours-pour-diminuer-le-risque-alcool-des-femmes](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3592850/fr/accompagner-des-le-premier-recours-pour-diminuer-le-risque-alcool-des-femmes)
140. Observatoire français des drogues et des tendances addictives, Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Philippon A, Brissot A, Eroukmanoff V. Les drogues à 17 ans. Analyses régionales - Enquête ESCAPAD 2022. Varenne: OFDT; 2024.  
[https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2025-03/rapport-escapad-regions-2022\\_0.pdf](https://www.ofdt.fr/sites/ofdt/files/2025-03/rapport-escapad-regions-2022_0.pdf)
141. Spilka S, Le Nézet O, Janssen E, Brissot A, Philippon A, Eroukmanoff V. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2023. Tendances 2024;(164).
142. Observatoire français des drogues et des tendances addictives. La cocaïne : un marché en essor. Évolutions et tendances en France (2000-2022). Varenne: OFDT; 2023.
143. Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues et addictions chiffres clés. Tendances 2025;(Hors-Série International).
144. Verrat B, Fouillet A, Lahaie E, Decorse L, Grouard K, Nguyen-Thanh V. Évolution des passages aux urgences et des sollicitations de Drogues info service en lien avec la consommation de cocaïne entre 2012 et 2024. Le point sur. Saint-Maurice: Santé publique France.; 2025.  
<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&d=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewi1iYyh-l-SAxWWUqQEhcneKg0QFnoECClQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.santepubliquefrance.fr%2Fdeeterminants-de-sante%2Fdrogues-illicites%2Fdocuments%2Fenquetes-etudes%2Fevolution-des-passages-aux-urgences-et-des-sollicitations-de-drogues-info-service-en-lien-avec-la-consommation-de-cocaine-entre-2012-et-2024&usq=AOvVaw2IORe4o22jkyH70Y7s4PWQ&opi=89978449>
145. Aharonovich E, Scodes J, Wall MM, Hasin DS. The relationship of frequency of cocaine use to substance and psychiatric disorders in the U.S. general population. Drug Alcohol Depend 2021;227:108933.  
<https://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.108933>
146. Oliva F, Mangiapane C, Nibbio G, Berchiolla P, Colombi N, Vigna-Taglianti FD. Prevalence of cocaine use and cocaine use disorder among adult patients with attention-deficit/hyperactivity disorder: A systematic review and meta-analysis. J Psychiatr Res 2021;143:587-98.  
<https://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.11.021>
147. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Cocaïne. Expertise collective ciblée. EDP Sciences: Inserm; 2026.  
[https://inserm.b-cdn.net/wp-content/uploads/2026/01/Inserm\\_ExpertiseCollective\\_Cocaine.pdf](https://inserm.b-cdn.net/wp-content/uploads/2026/01/Inserm_ExpertiseCollective_Cocaine.pdf)
148. Roncero C, Daigre C, Grau-López L, Rodríguez-Cintas L, Barral C, Pérez-Pazos J, *et al.* Cocaine-induced psychosis and impulsivity in cocaine-dependent patients. J Addict Dis 2013;32(3):263-73.  
<https://dx.doi.org/10.1080/10550887.2013.824330>
149. Haute Autorité de Santé. Prise en charge des consommateurs de cocaïne. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2010.  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-05/consommation\\_de\\_cocaine\\_-\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-05/consommation_de_cocaine_-_recommandations.pdf)
150. Haute Autorité de Santé, Société française de néonatalogie. Troubles du neurodéveloppement. Repérage et orientation des enfants à risque. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2020.  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-03/reco299\\_recommandations\\_reperage\\_tnd\\_mel\\_v2.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2020-03/reco299_recommandations_reperage_tnd_mel_v2.pdf)
151. Haute Autorité de Santé. Trouble du neurodéveloppement/TDAH : Diagnostic et interventions thérapeutiques auprès des enfants et adolescents. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.  
[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3302482/fr/trouble-du-neurodeveloppement/tdah-diagnostic-et-interventions-therapeutiques-aupres-des-enfants-et-adolescents](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3302482/fr/trouble-du-neurodeveloppement/tdah-diagnostic-et-interventions-therapeutiques-aupres-des-enfants-et-adolescents)
152. Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour les troubles du neurodéveloppement. Stratégie nationale 2023-2027 pour les troubles du neurodéveloppement : Autisme, DYS, TDAH, TDI. Garantir aux personnes des accompagnements de qualité et le respect de leurs choix. Paris: Ministère des solidarités et des familles; 2023.  
[https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/2023-11/DP%20strat%C3%A9gie%20nationale%20TND%202023\\_2027.pdf](https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/2023-11/DP%20strat%C3%A9gie%20nationale%20TND%202023_2027.pdf)
153. Haute Autorité de Santé. Trouble du spectre de l'autisme (TSA) : interventions et parcours de vie du nourrisson, de l'enfant et de l'adolescent. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2026.  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2026-02/reco463\\_argumentaire\\_tsa\\_mel.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2026-02/reco463_argumentaire_tsa_mel.pdf)
154. Haute Autorité de Santé, Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2012.  
[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_953959/fr/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement-interventions-educatives-et-therapeutiques-coordonnees-chez-l-enfant-et-l-adolescent](https://www.has-sante.fr/jcms/c_953959/fr/autisme-et-autres-troubles-envahissants-du-developpement-interventions-educatives-et-therapeutiques-coordonnees-chez-l-enfant-et-l-adolescent)
155. Haute Autorité de Santé. L'accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel (TDI) - Volet 1 Autodétermination et évaluations fonctionnelles. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2022.  
[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3237847/fr/l-accompagnement-de-la-personne-presentant-un-trouble-du-developpement-intellectuel-tdi-volet-1](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3237847/fr/l-accompagnement-de-la-personne-presentant-un-trouble-du-developpement-intellectuel-tdi-volet-1)
156. Haute Autorité de Santé. L'accompagnement de la personne présentant un trouble du développement intellectuel (TDI) -Volet 2 : la scolarité, le travail et la vie active, les loisirs et le temps libre. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.  
[https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3741239/fr/l-accompagnement-de-la-personne-presentant-un-trouble-du-developpement-intellectuel-tdi-volet-2](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3741239/fr/l-accompagnement-de-la-personne-presentant-un-trouble-du-developpement-intellectuel-tdi-volet-2)
157. Haute Autorité de Santé. Conduite à tenir en médecine de premier recours devant un enfant ou un adolescent susceptible d'avoir un trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2015.  
[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_1362146/fr/conduite-a-tenir-en-medecine-de-premier-recours-devant-un-enfant-ou-un-adolescent-](https://www.has-sante.fr/jcms/c_1362146/fr/conduite-a-tenir-en-medecine-de-premier-recours-devant-un-enfant-ou-un-adolescent-)

[susceptible-d-avoir-un-trouble-deficit-de-l-attention-avec-ou-sans-hyperactivite](#)

158. Haute Autorité de Santé. Comment améliorer le parcours de santé d'un enfant avec troubles spécifiques du langage et des apprentissages. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2017.

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2822893/fr/comment-ameliorer-le-parcours-de-sante-d-un-enfant-avec-troubles-specifiques-du-langage-et-des-apprentissages](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2822893/fr/comment-ameliorer-le-parcours-de-sante-d-un-enfant-avec-troubles-specifiques-du-langage-et-des-apprentissages)

159. Haute Autorité de Santé. L'orthophonie dans les troubles spécifiques du développement du langage oral chez l'enfant de 3 à 6 ans. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2001.

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_271995/fr/l-orthophonie-dans-les-troubles-specifiques-du-developpement-du-langage-oral-chez-l-enfant-de-3-a-6-ans](https://www.has-sante.fr/jcms/c_271995/fr/l-orthophonie-dans-les-troubles-specifiques-du-developpement-du-langage-oral-chez-l-enfant-de-3-a-6-ans)

160. Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées. Autisme. Stratégie nationale pour l'Autisme au sein des troubles du neuro-développement. Paris : Secrétariat d'état chargé des personnes handicapées; 2018.

[https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/files-spip/pdf/strategie\\_nationale\\_autisme\\_2018.pdf](https://handicap.gouv.fr/sites/handicap/files/files-spip/pdf/strategie_nationale_autisme_2018.pdf)

161. 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 – états des lieux, repères et outils pour une amélioration. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2018.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide\\_coordination\\_mg\\_psy.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf)

162. Gigonzac V, Breuillard E, Bossard C, Guseva-Canu I, Khireddine-Medouni I. Caractéristiques associées à la mortalité par suicide parmi les hommes agriculteurs exploitants entre 2007 et 2011. Saint-Maurice: SPF; 2017.

<https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/suicides-et-tentatives-de-suicide/documents/rapport-synthese/caracteristiques-associees-a-la-mortalite-par-suicide-parmi-les-hommes-agriculteurs-exploitants-entre-2007-et-2011>

163. Klingelschmidt J, Chastang JF, Khireddine-Medouni I, Chérié-Challine L, Niedhammer I. Mortalité par suicide des salariés affiliés au régime agricole en activité entre 2007 et 2013 : description et comparaison à la population générale. BEH 2018;(27):549-55.

164. Mutualité sociale agricole. Rapport charges et produits MSA 2020. Paris: MSA caisse centrale; 2019.

<https://statistiques.msa.fr/wp-content/uploads/2019/07/Charges-et-produits-MSA-2020.pdf>

165. Lenoir D. Prévention du mal-être et du risque suicidaire en agriculture. Rapport de capitalisation de la première année de mise en oeuvre de « la feuille de route pour la prévention du mal-être et pour l'accompagnement des agriculteurs et des salariés agricoles ». Rapport IGAS N°2022-013R. Paris: IGAS; 2023.

[https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2022-013r\\_.pdf](https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2022-013r_.pdf)

166. Organisation mondiale de la santé. Santé des réfugiés et des migrants [En ligne] 2022.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/refugee-and-migrant-health>

167. Organisation mondiale de la santé. Santé mentale et déplacements forcés [En ligne] 2021.

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-and-forced-displacement>

168. Département des statistiques des études et de la documentation, Henry J. La santé générale et mentale des nouveaux migrants. Dans: Direction générale des étrangers en France, ed. ELIPA Enquête longitudinale sur l'intégration des primo-arrivants. L'essentiel sur l'ELIPA 2. Paris: DGEF; 2024. p. 75-88.

<https://www.immigration.interieur.gouv.fr/Info-ressources/Etudes-et-statistiques/Etudes/Etudes/Revue-Elipa-2>

169. Müller LRF, Büter KP, Rosner R, Unterhitzberger J. Mental health and associated stress factors in accompanied and unaccompanied refugee minors resettled in Germany: a cross-sectional study. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2019;13:8.

<https://dx.doi.org/10.1186/s13034-019-0268-1>

170. Hamel E, Veïsse A, Kotobi L. Migrants en situation de vulnérabilité et santé [Dossier]. Santé Action 2021;(455).

171. Médecins sans frontières, Comede. La santé mentale des mineurs non accompagnés. Effets des ruptures de la violence et de l'exclusion. Le Kremlin-Bicêtre: Médecins sans frontières; Comede; 2021.

<https://www.comede.org/wp-content/uploads/2021/11/rapport-sant%C3%A9-mentale-MNA-web.pdf>

172. Délégation ministérielle au numérique en santé, Délégation ministérielle à la santé mentale et la psychiatrie. Plan d'action du Grand Défi « Dispositifs médicaux numériques en santé mentale » France 2030 rapprochons le futur. Paris: Ministère du travail de la santé et des solidarités; 2024.

<https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/grand-defi-dm-numerique-en-sante-mentale.pdf>

173. Haute Autorité de Santé. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ? [Fiche]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-07/bum\\_bzd\\_anxiete\\_11\\_07\\_24\\_vf.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2024-07/bum_bzd_anxiete_11_07_24_vf.pdf)

174. Haute Autorité de Santé. Quelle place pour les benzodiazépines dans l'insomnie ? [Fiche]. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2024.

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2015058/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-insomnie](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2015058/fr/quelle-place-pour-les-benzodiazepines-dans-l-insomnie)

175. Haute Autorité de Santé. ALD n° 23 - Schizophrénies. Actes et prestations affection de longue durée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_565630/fr/ald-n-23-schizophrenies](https://www.has-sante.fr/jcms/c_565630/fr/ald-n-23-schizophrenies)

176. Haute Autorité de Santé. ALD n° 23 - Troubles anxieux graves. Actes et prestations affection de longue durée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_556489/fr/ald-n-23-troubles-anxieux-graves](https://www.has-sante.fr/jcms/c_556489/fr/ald-n-23-troubles-anxieux-graves)

177. Haute Autorité de Santé. ALD n° 23 - Troubles bipolaires. Actes et prestations affection de longue durée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_849818/fr/ald-n-23-troubles-bipolaires](https://www.has-sante.fr/jcms/c_849818/fr/ald-n-23-troubles-bipolaires)

178. Haute Autorité de Santé. ALD n° 23 - Troubles dépressifs récurrents ou persistants chez l'adulte. Actes et prestations affection de longue durée. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2025.

[https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_767572/fr/ald-n-23-troubles-depressifs-recurrents-ou-persistants-chez-l-adulte](https://www.has-sante.fr/jcms/c_767572/fr/ald-n-23-troubles-depressifs-recurrents-ou-persistants-chez-l-adulte)

179. Haute Autorité de Santé. Réponse à la saisine de l'Assurance maladie du 21 novembre 2025 en application de l'article L. 161-39 du CSS. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2026. [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3837736/fr/reponse-a-la-saisine-de-l-assurance-maladie-du-21-novembre-2025-en-application-de-l-article-l-161-39-du-css](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3837736/fr/reponse-a-la-saisine-de-l-assurance-maladie-du-21-novembre-2025-en-application-de-l-article-l-161-39-du-css)

180. Haute Autorité de Santé. Programme pour l'amélioration de l'impact des recommandations 2023-2028. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2023. [https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-04/programme\\_amelioration\\_impact\\_des\\_recommandations\\_2023-2028\\_-\\_mars\\_2023.pdf](https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2023-04/programme_amelioration_impact_des_recommandations_2023-2028_-_mars_2023.pdf)

# Abréviations et acronymes

---

<b>ALD</b>	Affection de longue durée
<b>API</b>	Alcoolisation ponctuelle importante
<b>ASE</b>	Aide sociale à l'enfance
<b>AVI</b>	Années vécues avec une incapacité
<b>BUM</b>	Bon usage du médicament
<b>CFO-CNP</b>	Collège français d'orthophonie - conseil national professionnel
<b>CGLPL</b>	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
<b>CMP</b>	Centre médico-psychologique
<b>CNEDiMITS</b>	Commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé
<b>CN2R</b>	Centre national de ressources et de résilience
<b>Comede</b>	Comité pour la santé des exilé.e.s
<b>COPA AH</b>	Collège professionnel des acteurs de l'addictologie hospitalière
<b>CRPPI</b>	Commission recommandations, pertinence, parcours et indicateurs
<b>CSAPA</b>	Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
<b>CT</b>	Commission de la transparence
<b>CUMP</b>	Cellule d'urgences médico-psychologiques
<b>DAQSS</b>	Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
<b>DCIEU</b>	Direction de la communication, de l'information et de l'engagement des usagers
<b>DEAI</b>	Direction de l'évaluation et de l'accès à l'innovation
<b>DGOS</b>	Direction générale de l'Offre de soins
<b>DGS</b>	Direction générale de la Santé
<b>DiQASM</b>	Direction de la qualité de l'accompagnement social et médico-social
<b>DMN</b>	Dispositifs médicaux numériques
<b>DSM</b>	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
<b>ECT</b>	Électroconvulsivothérapie
<b>EHPA</b>	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
<b>EHPAD</b>	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
<b>EIAS</b>	Événements indésirables associés aux soins
<b>EIGS</b>	Évènements indésirables graves liés aux soins
<b>ES</b>	Établissement de santé
<b>ESPIC</b>	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
<b>ESSMS</b>	Établissements et services sociaux et médico-sociaux
<b>FA</b>	Fiche anomalie
<b>FALC</b>	Facile à lire et à comprendre
<b>FFP</b>	Fédération française de psychiatrie

<b>FSP</b>	Flash sécurité patient
<b>GEM</b>	Groupe d'entraide mutuelle
<b>HAS</b>	Haute Autorité de santé
<b>IQSS</b>	Indicateur de qualité et de sécurité des soins
<b>LATM</b>	Liste des activités de télésurveillance médicale
<b>LFSS</b>	Loi de financement de la sécurité sociale
<b>LPP</b>	Liste des produits et prestations
<b>MAP</b>	Mesure d'anticipation en psychiatrie
<b>MCO</b>	Médecine, chirurgie, obstétrique
<b>MNA</b>	Mineur non accompagné
<b>NAP</b>	Neuroleptiques à action prolongée
<b>NICE</b>	National Institute for Health and Care Excellence
<b>OMÉDIT</b>	Observatoire du médicament, des dispositifs médicaux et de l'innovation thérapeutique
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé
<b>OR</b>	Odds ratio
<b>OTSS</b>	Organisation et transformation du système de santé
<b>PJJ</b>	Protection judiciaire de la jeunesse
<b>PNDS</b>	Protocole national de diagnostic et de soins
<b>PTSM</b>	Projet territorial de santé mentale
<b>QSS</b>	Qualité et sécurité des soins
<b>SMPR</b>	Service médico-psychologique régional
<b>SMR</b>	Soins médicaux et de réadaptation
<b>TDAH</b>	Trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
<b>TDI</b>	Trouble du développement intellectuel
<b>TND</b>	Trouble du neurodéveloppement
<b>TSA</b>	Trouble du spectre de l'autisme
<b>TSLA</b>	Trouble spécifique du langage et des apprentissages
<b>TUA</b>	Trouble de l'usage de l'alcool
<b>UAPED</b>	Unité d'accueil pédiatrique enfants en danger
<b>UHSA</b>	Unité hospitalière spécialement aménagée
<b>UMD</b>	Unités pour malades difficiles
<b>UMJ</b>	Unité médico-judiciaire
<b>UNCAM</b>	Union nationale des caisses d'assurance maladie
<b>UNHCR</b>	Agence des Nations unies pour les réfugiés
<b>USMP</b>	Unité sanitaire en milieu pénitentiaire
<b>VIAS</b>	Vie intime, affective et sexuelle

---

Retrouvez tous nos travaux sur  
[www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

---

