



---

## Note d'orientation

Date : 9 octobre 2013

Objet : **Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale**

---

### 1. LE CONTEXTE

#### La psychiatrie et la santé mentale, enjeux de santé publique et enjeux socio-économiques

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les troubles mentaux sont responsables d'une part majeure de la morbidité dans le monde. L'OMS estime que 25% de la population mondiale est concernée à un moment ou un autre de sa vie par un trouble mental. Les maladies mentales sont au troisième rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardiovasculaires<sup>1</sup>. Les pathologies les plus sévères concernent une proportion plus réduite mais significative de la population. On estime que la schizophrénie concerne près de 1 % de la population, le trouble de l'anxiété généralisée 2 %, l'état dépressif caractérisé sévère 3 %<sup>2</sup>. L'OMS identifie 5 maladies mentales parmi les 10 pathologies les plus préoccupantes du 21<sup>ème</sup> siècle : schizophrénie, trouble bipolaire, addiction, dépression et trouble obsessionnel compulsif<sup>3</sup>.

En France, la prévalence des maladies mentales est appréhendée notamment au travers d'enquêtes en population générale. 14% des personnes interrogées dans le cadre de l'enquête Santé protection sociale de l'IRDES<sup>4</sup> déclarent souffrir d'une maladie psychique. Les personnes entre 15 et 75 ans interrogées en 2010 pour le Baromètre santé de l'INPES<sup>5</sup> sont 7.8% à déclarer un épisode dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois<sup>6</sup>. Les troubles les plus graves peuvent être cernés au travers du dispositif des affections de longue durée (ALD) qui permet une prise en charge financière des patients ayant une maladie chronique coûteuse : en 2009, 950 324 personnes bénéficiaient de ce dispositif à cause de troubles psychiatriques sévères.

---

<sup>1</sup> The World Health Report 2001 Mental Health: New Understanding, New Hope Geneva: World Health Organisation, (2001) et OMS Europe 2006

<sup>2</sup> Centre d'Analyse Stratégique. La santé mentale l'affaire de tous. Rapport du groupe de travail présidé par Viviane Kovess-Masféty. CAS 2010;(24). <http://www.strategie.gouv.fr/content/rapport-la-sante-mentale-l%E2%80%99affaire-de-tous-pour-une-approche-coherente-de-la-qualite-de-la-v>

<sup>3</sup> les maladies mentales expliqueraient 13% de la « charge mondiale de morbidité » (*global burden of disease* – estimation réalisée à partir des morts prématurées et des années vécues avec un handicap. World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update 2008). [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/2004\\_report\\_update/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en/)

<sup>4</sup> Enquête ESPS, 2008, IRDES

<sup>5</sup> Enquête quinquennale de l'INPES (échantillon 2010 : 27653 individus) – voir aussi les enquêtes SMPG (santé mentale en population générale) réalisées par le CCOMS-Lille

<sup>6</sup> Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population.. Sante de l'Homme 2012 ;(421) :43-5. <http://www.inpes.fr/SLH/pdf/sante-homme-421.pdf#page=7>

Les troubles mentaux et la souffrance psychique qu'elle entraîne ont des répercussions importantes sur la santé physique, la vie personnelle et sociale des personnes concernées et sur leur entourage<sup>7</sup>. Les personnes souffrant de maladie mentale sont ainsi plus souvent affectées par des problèmes somatiques<sup>8</sup>. Les risques de mort prématurée sont plus importants, en particulier le décès par suicide (10353 décès en 2008 en France<sup>9</sup>). Les troubles mentaux sont associés aux phénomènes d'exclusion sociale. Par exemple, un tiers des personnes sans abri souffre de troubles psychiques graves<sup>10</sup>. Les troubles mentaux sont la première cause de reconnaissance d'invalidité professionnelle et l'une des premières causes d'absentéisme au travail (OMS 2006). Leur répercussion économique est considérable. Leur coût dans le secteur sanitaire atteint 17 milliards d'euros par an<sup>11</sup>. Les estimations de l'ensemble des coûts directs et indirects liés aux troubles mentaux, y compris les coûts indirects liés à la perte de production et la perte de qualité de vie, situent ce coût à 107 milliards d'euros<sup>12</sup>.

## **Psychiatrie, handicap psychique et santé mentale en France : un secteur en recomposition**

La psychiatrie française doit faire face à de multiples défis :

- l'augmentation de la prévalence des troubles mentaux, leur complexification, et une demande de soin grandissante,
- des difficultés affectant la démographie médicale et paramédicale dans certaines régions,
- une persistance des inégalités territoriales de l'offre de soin<sup>13</sup>,
- le risque majeur de ruptures de soin, mais aussi la situation des hospitalisations de longue durée,
- la « révolution douce »<sup>14</sup> constituée par la reconnaissance du handicap psychique et du rôle nouveau joué par les acteurs du champ médico-social et social avec la politique du handicap issue de la loi du 11 février 2005,

---

<sup>7</sup> La vie sociale, professionnelle et la santé des proches sont affectées par la maladie mentale d'un des membres de la famille, Bungener M. Trajectoires brisées, famille captives. La maladie mentale à domicile. Pour la Recherche 1997 ;(14). <http://193.49.126.9/recherche/plr/plr14/14bung.html>

<sup>8</sup> Black DW, Warrack G, Winokur G. Excess mortality among psychiatric patients, The Iowa record-linkage study, JAMA 1985;253:58-61 ; National Association of State Mental Health Program Directors , Parks J, Svendsen D, Singer P, et al. Morbidity and Mortality in People with Serious Mental Illness (Technical Report 13). Alexandria: NASMHPD, 2006. [http://www.dsamh.utah.gov/docs/mortality-morbidity\\_nasmhpd.pdf](http://www.dsamh.utah.gov/docs/mortality-morbidity_nasmhpd.pdf)

« Les patients atteints de pathologie mentale sévère telle que la schizophrénie et les troubles bipolaires ont un risque accru de morbidité et de mortalité par rapport à la population générale, avec une réduction de l'espérance de vie de 15 à 30 ans, en rapport avant tout avec des événements cardiovasculaires précoces (infarctus du myocarde, accident vasculaire cérébral...)» (Saravane D, et al. Elaborations de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. Encéphale 2009;35(4) :330-9. Deux recommandations sont en cours d'élaboration : Fédération française de psychiatrie (FFP). Soins somatiques pour les patients ayant des pathologies psychiatriques Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie CNQSP-Conseil national professionnel de psychiatrie CNPP Evaluation et prise en charge de la douleur physique en santé mentale

<sup>9</sup> Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. L'état de santé de la population en France Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. [http://www.drees.sante.gouv.fr/01-l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2011\\_9985.html](http://www.drees.sante.gouv.fr/01-l-etat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2011_9985.html)

<sup>10</sup> Enquête Samenta. Santé MENTale et Addictions chez les sans domicile franciliens. Observatoire du Samu Social, 2011. <http://observatoire.samusocial-75.fr/index.php/fr/nos-enquetes/samenta>

<sup>11</sup> Chevreur K, Prigent A, Bourmaud A, Leboyer M, Durand-Zaleski I. The cost of mental disorders in France. Eur Neuropsychopharmacol 2012 sep 4.

<sup>12</sup> Cour des comptes L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan "psychiatrie et santé mentale 2005-2010" Décembre 2011. <http://www.ccomptes.fr/Presse/Communiqués-de-presse/L-organisation-des-soins-psychiatriques-les-effets-du-plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2005-2010>; Chevreur K, Prigent A, Bourmaud A, Leboyer M, Durand-Zaleski I. The cost of mental disorders in France. Eur Neuropsychopharmacol 2012 sep 4.

<sup>13</sup> Pour les psychiatres les écarts entre régions vont de 2 psychiatres à 67 pour 100 000 habitants, pour les infirmiers de 80 à 150 pour 100 000 habitants. Les capacités d'accueil en lits et place varient du simple au décuple selon les régions.

<sup>14</sup> Barreyre JY. Les implicites d'une révolution douce. Vie Sociale 2010 ;(4) :9-16.

- la difficulté d'équilibrer qualité des soins, respect des libertés individuelles, et légitime souci de sécurité dans un contexte de forte médiatisation d'incidents dramatiques impliquant des personnes souffrant de maladie mentale.

Au cours des 10 dernières années, ces défis et les réponses à y apporter ont suscité de nombreux rapports et trois plans ministériels successifs depuis 1998<sup>15</sup>.

Tous s'accordent sur le diagnostic et formulent des recommandations convergentes :

- décloisonner les champs de l'action sanitaire, médico-sociale et de l'action sociale pour construire et mettre en œuvre les parcours de soin et les parcours de vie des personnes atteintes de troubles mentaux et de handicap psychique ; développer les partenariats pour une cohérence et une synergie des interventions des acteurs concernés : psychiatres, médecins généralistes, professionnels de santé mais aussi professionnels des secteurs médico-social et social, du monde judiciaire, de l'éducation, élus locaux<sup>16</sup>;
- soutenir les aidants qui accompagnent les personnes souffrant de maladie mentale;
- renforcer la formation des professionnels et l'évaluation, la diffusion des bonnes pratiques ;
- promouvoir les droits des patients, la place des usagers, et lutter contre la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux ;
- réduire les inégalités territoriales dans le recours aux soins et l'organisation de l'offre.

La Haute Autorité de Santé est appelée à jouer un rôle dans ces évolutions. L'environnement, notamment le ministère de la santé (DGOS<sup>17</sup>, DGS<sup>18</sup>) et la CNAMTS<sup>19</sup> souhaite une implication de la HAS et un certain nombre de saisines ont été adressées à la HAS.

## 2. LA DEMARCHE PRELIMINAIRE

Dans un premier temps, un travail a été réalisé avec un groupe d'experts pour préciser la manière de traiter les saisines en prenant en compte les problématiques et les attentes professionnelles,

<sup>15</sup> Plan santé mentale, l'usager au centre d'un dispositif à rénover. Novembre 2001 <http://www.psydoc-france.fr/professi/Plan/default.html>; Psychiatrie et santé mentale, 2005-2008. [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan\\_2005-2008.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf) Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 ; <http://www.sante.gouv.fr/plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2011-2015.html>

Piel E, Roelandt JL. De la psychiatrie vers la santé mentale. La Documentation Française, 2001.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/014000522/index.shtml>. UNAFAM, FNAPPSY et al. Le livre blanc des partenaires de Santé mentale France. 2001. <http://www.unafam.org/IMG/pdf/LivreBlancSanteMentale-2.pdf>

Roelandt JL, La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale : la place des usagers et le travail en partenariat dans la cité. La Documentation Française, 2002. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000189/index.shtml>

Charzat M. Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiatriques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches. La Documentation Française; 2002. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000350/index.shtml>

L'évolution des métiers en santé mentale : recommandations relatives aux modalités de prise en charge de la souffrance psychique jusqu'au trouble mental caractérisé. DGS, 2002. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/024000452/index.shtml>

Cléry-Merlin P, Kovess-Masfety V, Pascal JC. Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale. La Documentation Française, 2003. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000589/index.shtml>

Mission nationale d'appui en santé mentale. La psychiatrie en France : quelles voies possibles ? Editions ENSP, novembre 2005

Couty E. Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France, 2009. <http://www.sante.gouv.fr/rapport-missions-et-organisation-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie.html>

Haut Conseil de la santé publique. Évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale. Octobre 2011.

<http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=228>

Cour des comptes L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan "psychiatrie et santé mentale 2005-2010" Décembre 2011. <http://www.ccomptes.fr/Presse/Communiqués-de-presse/L-organisation-des-soins-psychiatriques-les-effets-du-plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2005-2010>

Milon A. Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales relatif à la prise en charge psychiatrique des personnes atteintes de troubles mentaux. Décembre 2012. <http://www.senat.fr/notice-rapport/2012/r12-249-notice.html>

<sup>16</sup> Les pouvoirs publics ont régulièrement réaffirmé la pertinence de ces principes de la politique de secteur, récemment dans la loi du 5 juillet 2011 ou dans le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015.

<sup>17</sup> Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Ministère des affaires sociales et de la santé

<sup>18</sup> Direction générale de la santé (DGS), Ministère des affaires sociales et de la santé

<sup>19</sup> Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts)

les données de la science disponibles, les travaux existants et les potentiels d'amélioration des pratiques. Ce travail a débouché sur une reformulation des saisines et l'élaboration d'un programme pluriannuel répondant à plusieurs exigences :

- Sortir du mythe de l'exhaustivité et retenir un nombre limité d'objectifs faisant sens pour les professionnels et correspondant aux principaux leviers pour améliorer la qualité des soins.
- En regard de ces objectifs, privilégier les supports et les démarches concrètes, facilement appropriables dans le cadre de l'exercice quotidien des professionnels.
- Envisager, chaque fois que pertinent, des coproductions avec les professionnels.
- Valoriser les initiatives existantes.
- S'inscrire dans une logique de parcours des patients et une approche pluriprofessionnelle.
- Organiser la production de manière séquencée.
- Associer les usagers et les représentants de l'entourage des patients à cette démarche.

Ce programme a ensuite été présenté et discuté avec les directions du ministère de la santé et de la cohésion sociale et de la CNAMTS. La démarche a été approuvée tant sur le fond (les axes du programme) que sur la forme (reformulation) et leurs remarques ont été intégrées. Le CODIR de la HAS a donné son accord pour la réalisation de ce programme.

La présente note décrit ce programme et les modalités de pilotage envisagés.

### **3. LES TRAVAUX ENVISAGES ET LE PROGRAMME PLURIANNUEL DE LA HAS SUR LA PSYCHIATRIE ET LA SANTE MENTALE : VOIR ANNEXE**

Trois grands thèmes ont été retenus :

1- la prise en charge des troubles mentaux fréquents, en particulier de la dépression, avec comme objectif de sécuriser les prescriptions, promouvoir une prise en charge efficiente et améliorer le repérage des troubles bipolaires et la coordination médecins généralistes/psychiatres.

2- les parcours des personnes en situation de handicap psychique avec comme objectifs d'adapter la prise en charge aux besoins, de promouvoir la coopération entre acteurs et de poser les conditions de la continuité des prises en charge. Ce thème sera traité en lien avec la CNSA<sup>20</sup> et l'ANESM<sup>21</sup>.

3- les droits et la sécurité en psychiatrie, avec un thème prioritaire : la violence en unité d'hospitalisation en psychiatrie en retenant comme objectifs de prévenir, anticiper et gérer les moments de violence dans l'évolution clinique des patients. La question des soins sans consentement pourra être abordée dans un second temps.

Dans ce cadre, différents livrables sont envisagés :

- ✓ Des repères pour les démarches professionnelles d'amélioration (« cahiers des charges » de programmes de Développement Professionnel Continu (DPC) accompagnés de propositions de supports pédagogiques et d'argumentaires scientifiques)
- ✓ Fiches pratiques, produits courts déclinant des travaux existants
- ✓ Recommandations de bonne pratique.
- ✓ Outils d'évaluation : revue de pertinence...

---

<sup>20</sup> Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

<sup>21</sup> Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm)

#### 4. L'ORGANISATION DES TRAVAUX<sup>22</sup>

Les travaux seront placés sous la présidence du Dr HALIMI<sup>23</sup> placé auprès de la DAQSS (Direction de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins de la HAS).

Pour les mener à bien, il s'appuiera sur une **équipe technique** composée :

- ✓ D'un chef de projet à temps plein
- ✓ D'une assistante à temps partiel
- ✓ De chefs de projets pour un travail spécifique comme l'élaboration d'une recommandation de bonne pratique, la rédaction de cahiers de charges de programmes de Développement Professionnel Continu (DPC) ou encore de revues de pertinence. Ces chefs de projet pourront être assistés de chargé de projets.
- ✓ Le cas échéant, des experts.

Cette équipe se réunira régulièrement pour assurer la cohérence des différentes productions, mutualiser les expertises et les réflexions, échanger sur les difficultés rencontrées, suivre les travaux.

De plus, un **comité de suivi** sera constitué pour donner un avis sur le programme, la méthode de travail et les productions réalisées, suivre l'avancement des travaux, organiser des retours de terrain, aider à définir la stratégie globale et le plan d'action pour la diffusion et l'appropriation des productions. Il sera composé de représentants des professionnels concernés (CMG<sup>24</sup>, CNQSP<sup>25</sup>, CPCME<sup>26</sup>, FFP<sup>27</sup>, représentants des infirmiers, des psychologues, des responsables qualité, des directeurs...), des institutionnels (ANAP<sup>28</sup>, ANESM<sup>29</sup>, CNAMTS<sup>30</sup>, CNSA<sup>31</sup>, DGCS<sup>32</sup>, DGOS<sup>33</sup>, DGS<sup>34</sup>, DREES<sup>35</sup>, Secrétariat général du Ministère de la santé), des fédérations (FEHAP<sup>36</sup>, FHF<sup>37</sup>,

---

<sup>22</sup> Voir annexe 2 : gouvernance du programme HAS « psychiatrie et santé mentale »

<sup>23</sup> Chef de pôle de Psychiatrie Centre Hospitalier de La Roche Sur Yon, coordonnateur du réseau départemental de périnatalité et santé mentale, enseignant de psychiatrie à l'Université de Médecine et à l'Université de Lettres et Sciences Humaines de Nantes, ancien président (2003 à 2012) de la Conférence Nationale des Présidents de Commissions Médicales d'Établissements de Centres Hospitaliers Spécialisés (CME de CHS). Réalisation de nombreuses missions à la demande du Ministère de la Santé et des ARS, notamment :

- Coordination de la mission ministérielle coopération France - Chine en psychiatrie et santé mentale.
- Mission interministérielle : office opérationnel de suivi des délinquants sexuels et violents (2011).
- Mission sur l'organisation de la psychiatrie à Paris (2006).

- Mission auprès du Centre Hospitalier Spécialisé des Pyrénées à Pau après le drame qui a touché cet établissement (2005)

Co-rédacteur avec Claude FINKESLSTEIN, Présidente de la Fédération Nationale des Usagers en santé mentale (FNAPSY) de la charte de l'utilisateur en santé mentale, signée le 8 décembre 2000 avec Madame Dominique GILLOT, Secrétaire d'Etat à la Santé et aux Handicapés.

<sup>24</sup> Collège de la Médecine Générale

<sup>25</sup> Conseil National Professionnel de psychiatrie, Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie

<sup>26</sup> Conférences des présidents de CME (Commission Médicale d'établissement)

<sup>27</sup> Fédération française de psychiatrie

<sup>28</sup> L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

<sup>29</sup> Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm)

<sup>30</sup> Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts)

<sup>31</sup> Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

<sup>32</sup> Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), Ministère des affaires sociales et de la santé

<sup>33</sup> Direction générale de l'offre de soins (DGOS), Ministère des affaires sociales et de la santé

<sup>34</sup> Direction générale de la santé (DGS), Ministère des affaires sociales et de la santé

<sup>35</sup> La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

<sup>36</sup> Fédération des Établissements Hospitaliers et d'Aide à la Personne (FEHAP)

<sup>37</sup> Fédération Hospitalière de France (FHF)

FHP<sup>38</sup>), des usagers (FNAPSY<sup>39</sup> UNAFAM<sup>40</sup>) et le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL). Des « personnalités qualifiées » seront associées aux travaux du comité de suivi. Les experts ayant contribué à l'élaboration du programme feront partie du comité de suivi. Les services de la HAS associés aux travaux du programme seront invités à y participer.

La montée en charge du programme « psychiatrie et santé mentale » interviendra entre le troisième trimestre 2013 et le premier trimestre 2016. Les calendriers des productions seront établis avec les acteurs et partenaires concernés. Les échéances sont d'ores et déjà prévues pour deux livrables. (Voir annexe 1 actualisation de la recommandation de bonne pratique « Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte » et Repères pour les démarches d'amélioration professionnelles sur la prévention et la prise en charge des moments de violence).

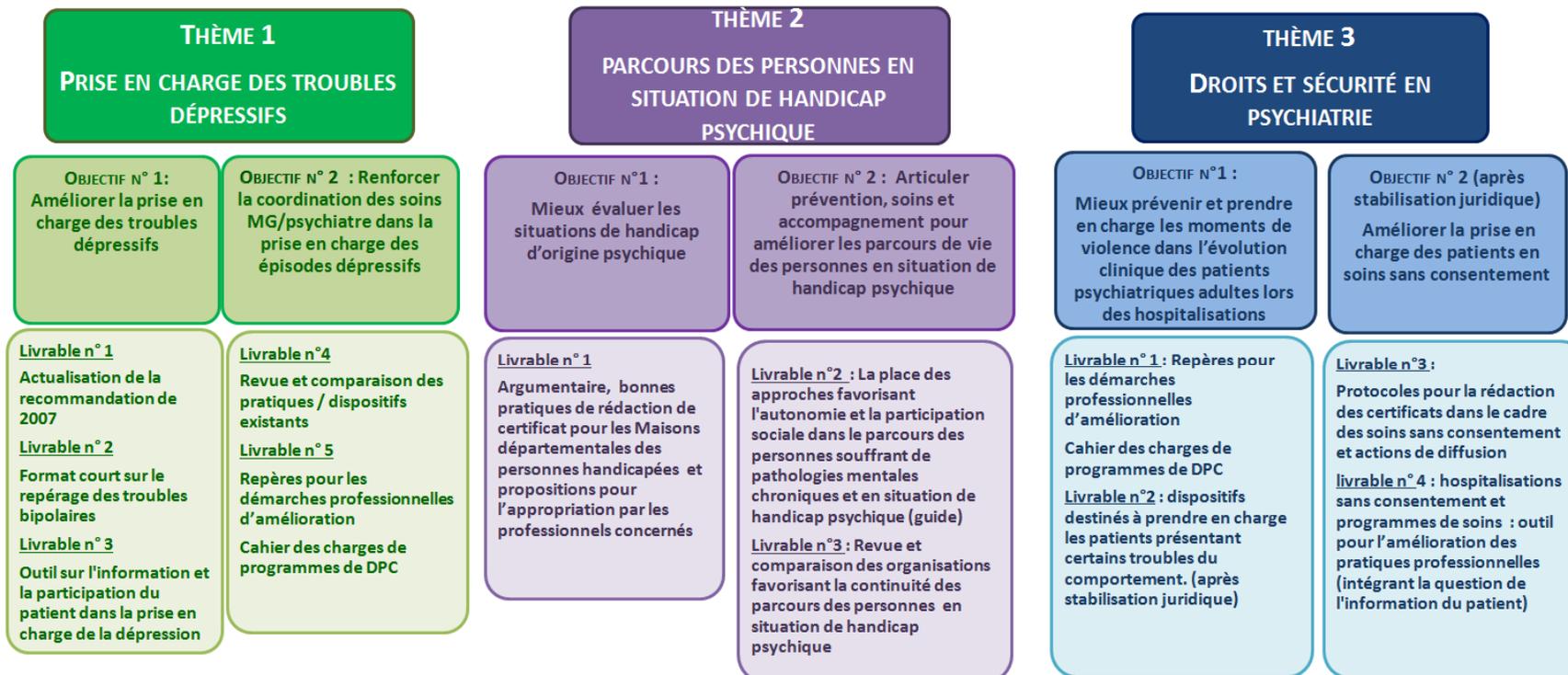
Par ailleurs, un centre de preuve sera mis en place à titre expérimental selon des modalités en cours de discussion. L'expérimentation permettra d'évaluer les apports de cette structure aux travaux du programme.

---

<sup>38</sup> Fédération de l'Hospitalisation Privée (FHP)

<sup>39</sup> Fédération d'associations Françaises de Patients ou d'ex-patients « psy »

<sup>40</sup> Union Nationale des Amis et familles de malades psychiques (UNAFAM)



**PROGRAMME PLURIANNUEL « PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE » DE LA HAS**  
**TRAVAUX ENVISAGES**

Recommandations en cours d'élaboration –demandes de label HAS : Fédération française de psychiatrie (FFP). Soins somatiques pour les patients ayant des pathologies psychiatriques  
Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie CNQSP-Conseil national professionnel de psychiatrie CNPP. Evaluation et prise en charge de la douleur physique en santé mentale

# ANNEXE 1 : LES TRAVAUX ENVISAGES

## THEME N° 1 – PRISE EN CHARGE DES TROUBLES DEPRESSIFS

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) la dépression occupe la première place dans la « charge globale de morbidité » (global burden of disease<sup>41</sup>) dans les pays à haut niveau de revenu.

En France, plusieurs enquêtes en population générale<sup>42</sup> montrent que la dépression est un problème majeur de santé publique : l'enquête « Santé mentale en population générale : images et réalités » (SMPG) a fait apparaître que 11 % des 36 000 personnes interrogées avaient connu un épisode dépressif récent. Pour 6% de l'échantillon ce trouble dépressif peut être considéré comme récurrent<sup>43</sup>.

La France est l'un des pays européens avec le plus fort taux de mortalité par suicide. Les états dépressifs sont associés à un risque suicidaire élevé<sup>44</sup>.

En France, comme dans le reste des pays industrialisés, les patients dépressifs qui ont accès aux soins<sup>45</sup> sont principalement pris en charge dans le cadre des soins primaires<sup>46</sup> (i.e. en médecine générale).

Selon la méthodologie retenue, les chiffres issues des études françaises peuvent varier mais montrent tous le rôle essentiel de la médecine générale dans la prise en charge de la dépression et au-delà leur rôle de premier recours pour les troubles mentaux fréquents. Ainsi, le Baromètre santé 2005 fait apparaître que 39% des personnes souffrant d'un épisode dépressif caractérisé et ayant eu recours à un professionnel de santé (n= 517) ont

---

<sup>41</sup> Cette charge est calculée en nombre d'années de vie en bonne santé perdues soit à cause d'une mort prématurées soit parce que ces années ont été vécues avec une pathologie invalidante. (disability-adjusted life year (DALY), années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI)). World Health Organization. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: WHO; 2008. [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/GBD\\_report\\_2004update\\_full.pdf](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf)

<sup>42</sup> Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, Beck F, Guilbert P, Gautier A. Baromètre santé 2005. Attitudes et comportements de santé. Saint-Denis: INPES; 2007. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf>  
"Santé mentale en population générale : images et réalités" (SMPG) : enquête multicentrique internationale pilotée par l'Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique (Asep) et le Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France), en collaboration avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) entre 1999 et 2003.  
Voir le point fait sur l'ensemble de ces enquêtes dans la note de cadrage « Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte - actualisation », juillet 2013.

<sup>43</sup> Vanessa Bellamy V., Roelandt JL, Caria A, Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale, études et résultats, N° 347 • octobre 2004.

<sup>44</sup> Institut national de veille sanitaire, Terra JL, Beck F, Guignard R, du Roscoât E, Saïas T, et al. Suicide et tentatives de suicide : état des lieux en France. Numéro thématique. BEH 2011;(47-48)

<sup>45</sup> Il existe des problèmes importants d'accès aux soins. Ils ne rentrent pas dans le cadre des problématiques évoquées ici. Selon l'étude Depression Research in European Society (DEPRES I et II), 1995, 43% des personnes présentant un épisode dépressif caractérisé n'ont pas recours aux soins.

<sup>46</sup> En Grande-Bretagne, la dépression figure à la troisième place des motifs de consultation en médecine générale (Singleton N, Bumpstead R, O'Brien M, Lee A, Meltzer HY. Office of National Statistics: Psychiatric Morbidity Among Adults Living in Private Households, 2000. London: Her Majesty's Stationery Office; 2001.); Aux Etats-Unis, 25% des patients, tous niveaux de revenu confondus, pris en charge en soins primaires, présentent des troubles de l'humeur. Cette proportion atteint 50% dans les populations défavorisées (Wang P.S et al. (2005). Twelve month use of mental health services in the United States: results from the National Co-morbidity Survey Replication, Archives of general psychiatry, 62, 629-640.

été prises en charge uniquement en médecine générale<sup>47</sup>. Une étude sur les données de l'assurance maladie d'une année a montré que, sur une année, 96,4% des assurés ayant une prescription d'antidépresseurs étaient suivis par un médecin généraliste et seulement 17% d'entre eux avait un suivi spécialisé par un psychiatre libéral<sup>48</sup>. Une enquête auprès d'un panel de 2 114 médecins généralistes fait apparaître que chaque semaine la grande majorité des médecins généralistes sont confrontés à des patients présentant un état dépressif (67 %) ou des troubles anxieux (82%)<sup>49</sup>.

On notera la place des psychologues puisque 13,5% des personnes souffrant d'un épisode dépressif caractérisé et ayant eu recours à un professionnel de santé ont été prises en charge uniquement par un psychologue<sup>50</sup>.

Plusieurs études ont fait apparaître les problèmes importants affectant la prise en charge de la dépression en soins primaires. Ces études ont été synthétisées par Magalon K et al.<sup>51</sup> :

- la dépression est mal détectée<sup>52</sup> et parfois avec un retard de plusieurs années<sup>53</sup>.
- les traitements sont trop souvent inadaptés. En France, selon une étude de Briffault et al., moins d'un quart des patients dépressifs vus par un généraliste reçoivent un traitement adéquat<sup>54</sup>.
  - o en particulier il existe une inadéquation des prescriptions (indication des traitements mal posées, durée inadaptée). En France, selon l'étude ESEMeD, parmi les sujets ayant eu des troubles dépressifs dans l'année et ayant consommé des médicaments psychotropes, seul un tiers (29%) avaient été traités par antidépresseur, considéré comme le traitement de référence dans cette étude. Près de la moitié de ces sujets (43%) avaient été traités uniquement par anxiolytiques ou hypnotiques. Lorsqu'un traitement antidépresseur est mis en place, les doses sont souvent trop faibles et les durées trop brèves.<sup>55</sup>
  - o les psychothérapies font rarement partie des stratégies thérapeutiques alors qu'elles sont recommandées en association ou non avec les traitements

---

<sup>47</sup> Briffault, X., Morvan, Y., Rouillon, F., Dardennes, R., & Lamboy, B. (2010). Recours aux soins et adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France. L'Encéphale, Supplément 2, 48-58. Etude sur les données du Baromètre Santé 2005 concernant les 1404 personnes présentant un épisode dépressif caractérisé.

<sup>48</sup> Lecadet, J., Vidal, P., Baris, B., Vallier, N., Fender, P., Allemand H et le groupe Médipath. Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales, Rev Med Ass Maladie 2003;34,2:75-84

<sup>49</sup> La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville, études et résultats, N° 810 • septembre 2012

<sup>50</sup> Briffault, X., Morvan, Y., Rouillon, F., Dardennes, R., & Lamboy, B. (2010). Recours aux soins et adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France. L'Encéphale, Supplément 2, 48-58. Etude sur les données du Baromètre Santé 2005 concernant les 1404 personnes présentant un épisode dépressif caractérisé.

<sup>51</sup> Magalon-Bingenheimer K et al., Dépression en médecine générale, Presse Med (2012)

<sup>52</sup> la moitié des dépressions serait non détectées lors de la première consultation : Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders. London: Routledge, 1992.. 1 patient dépressif sur 7 non détecté si une période de 3 ans est examinée : Kessler D, Bennewith O, Lewis G, Sharp D. Detection of depression and anxiety in primary care: follow-up study. BMJ 2002;325(7371):1016-7.

<sup>53</sup> 8 ans en moyenne selon : Wang PS, Berglund P, Olsson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Failure and Delay in Initial Treatment Contact After First Onset of Mental Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005;62(6):603-613..

<sup>54</sup> dans cette étude comme dans l'étude ESeMED, le traitement adéquat de la dépression est défini comme la prise d'un traitement antidépresseur dans l'année des troubles pendant une durée minimum de six mois ou le suivi d'une psychothérapie dans l'année des troubles pendant une durée minimum de six mois. Les résultats ne peuvent être considérés comme une appréciation fine du jugement et des pratiques cliniques des médecins généralistes, mais comme une appréhension très globale et nécessairement « approximative » des prises en charge de la dépression en soins primaires.

<sup>55</sup> Gasquet I, Nègre-Pagès L. Usage des psychotropes et troubles psychiatriques en France: résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000 (ESEMeD) en population générale. L'Encéphale 2005;31: 195-206. L'étude ne permet pas de connaître la réalité des indications posées pour ces traitements.

médicamenteux selon le degré de gravité<sup>56</sup>. L'analyse des données du Baromètre santé 2005 fait apparaître que seuls 21% des personnes présentant un épisode dépressif caractérisé ont eu recours à une psychothérapie (avec ou sans traitement antidépresseur)<sup>57</sup>.

- L'observance et le suivi des symptômes résiduels ne sont pas optimaux. On estime qu'un tiers des patients arrêtent leur traitement antidépresseur au cours du premier mois et 44% au cours des trois premiers mois<sup>58</sup>.

Les freins à la généralisation d'une détection et d'un traitement adéquats de la dépression en soins primaires sont complexes. Leur analyse renvoie au champ plus large des études consacrées aux conditions de mise en œuvre des bonnes pratiques<sup>59</sup>. De multiples facteurs répartis sur l'ensemble des niveaux du système de santé peuvent constituer des freins ou des leviers. Nous n'en examinons ici que quelques uns, soulignés dans des études qui concernent spécifiquement la prise en charge de la dépression en soins primaires :

- Les obstacles sont parfois liés aux patients, et en particulier à leur appréhension de la reconnaissance de ces troubles et de leur traitement. L'une des raisons qui expliqueraient la difficulté à poser un diagnostic de dépression serait l'expression par certains patients de plaintes somatiques ou de représentations sur les symptômes et leurs causes qui tendent à « masquer » la dépression<sup>60</sup>. L'arrêt des traitements intervient aussi souvent à l'initiative du patient. Une enquête sur et auprès de 632 personnes traitées en ambulatoire par antidépresseur en Lorraine et Champagne-Ardenne montre que la majorité des arrêts prématurés de traitement antidépresseur sont liés à une décision du patient<sup>61</sup>. Le sentiment d'information de la population sur la dépression mesuré par l'enquête ANADEP est d'un niveau beaucoup plus faible que sur d'autres grandes thématiques de santé publique (tabac, HIV)<sup>62</sup>.
- deux enquêtes françaises, l'une auprès de 2114 médecins généralistes (étude DREES-ORS)<sup>63</sup> et l'autre auprès de 2087 médecins de Normandie, Picardie et Nord Pas de Calais<sup>64</sup> (étude MG Rouen) montrent que les médecins généralistes identifient des freins organisationnels à la prise en charge des patients dépressifs :
  - la difficulté d'accès aux services et avis spécialisés, qu'il s'agisse de structures publiques ou de professionnels libéraux ;

---

<sup>56</sup> Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire, Recommandations pour la pratique clinique, ANAES, Mai 2002 ; Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Traitements par antidépresseurs [dossier] 2006. <http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Traitements-par-antidépresseurs/Traitement-par-antidépresseurs/%28offset%29/0>

<sup>57</sup> Briffault, X., Morvan, Y., Rouillon, F., Dardennes, R., & Lamboy, B. (2010). Recours aux soins et adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France. *L'Encéphale*, Supplément 2, 48-58.

<sup>58</sup> Prakash S. Masand Tolerability and adherence issues in antidepressant therapy *Clinical Therapeutics*, Volume 25, Issue 8, Pages 2289-2304 Prakash S. Masand

<sup>59</sup> Grol R, Grimshaw J, From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients' care, *The Lancet* • Vol 362, October 11, 2003

<sup>60</sup> Kessler D. et al., Lloyd K, Lewis G, Gray DP Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care, *BMJ* 1999;318:436-40. Certaines opinions recueillies auprès de la population générale dans le cadre de l'étude ANADEP (n= 4042), montrent que la nature et les causes de la dépression sont parfois mal appréhendées. Par exemple 30% des personnes interrogées sont d'accord que « la dépression est un coup de blues passager », et 30% que « les personnes dépressives se complaisent dans leur état ». (Chan Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert Ph. (sous la dir.) *La dépression en France*. Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 2009 : 208 p.)

<sup>61</sup> Hérique A, Kahn JP. Réalités et recommandations dans la prescription et l'observance des antidépresseurs en médecine générale : évaluation des pratiques dans le traitement de la dépression en Lorraine et Champagne-Ardenne. *Encéphale* 2009;35(1):73-9.

<sup>62</sup> Chan Chee C., Beck F., Sapinho D., Guilbert Ph. (sous la dir.) *La dépression en France*. Saint-Denis : INPES, coll. Études santé, 2009 : 208 p.

<sup>63</sup> La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville, études et résultats, N° 810 • septembre 2012

<sup>64</sup> Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret F, Czernichow Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions, *L'Encéphale*, vol.36, juin 2010.

- le manque de collaboration et de communication entre professionnels<sup>65</sup> ;
- L'absence de prise en charge financière des psychothérapies qui interdit de généraliser les stratégies non médicamenteuses malgré une efficacité reconnue par les médecins généralistes.

S'ils se sentent suffisamment formés (étude DREES-ORS), les médecins généralistes ne sont que 28% à connaître l'existence de référentiel de bonnes pratiques (étude MG Rouen). Ils sont cependant demandeurs de formations complémentaires en particulier sur les différents types de psychothérapies et leurs indications et la pratique de la psychothérapie de soutien (étude DREES-ORS).

La reconnaissance du rôle des soins primaires dans l'accueil de la détresse psychique et dans la prise en charge de la dépression et des troubles mentaux fréquents - ce qui en fait « un système de santé mentale de fait »<sup>66</sup> - conduit la HAS à proposer un programme visant à soutenir efficacement les efforts des acteurs des soins primaires, plus particulièrement les médecins généralistes. Des outils favorisant l'amélioration des pratiques professionnelles, l'information et l'implication des patients, ainsi qu'une meilleure articulation des acteurs de la prise en charge de la dépression seront proposés dans le cadre du programme.

### **Objectif n°1 : améliorer la prise en charge des troubles dépressifs**

- Favoriser le repérage des troubles bipolaires et des épisodes dépressifs caractérisés
- Fournir des appuis aux médecins dans son cheminement clinique (en particulier pour favoriser le bon usage des antidépresseurs)
- Favoriser l'information du patient et l'engagement dans les soins

→ **Livrable n°1 : actualisation de la recommandation de 2007 « Prise en charge des complications évolutives d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte » (en cours – SBPP, Service bonnes pratiques professionnelles de la HAS)**

Méthode : recommandations de bonne pratique professionnelle

Modalités : Chef de projet du Service bonnes pratiques professionnelles (SBPP) de la HAS + chargé de projet, Groupe de travail (experts).

Calendrier : validation/mise en ligne : 4<sup>ème</sup> trimestre 2014.

→ **Livrable n°2 : élaboration d'un format court sur le repérage des troubles bipolaires à partir des guides ALD 23 (SBPP, Service bonnes pratiques professionnelles de la HAS)**

Cible principale : médecins généralistes

→ **Livrable n°3 : outil sur l'information et la participation du patient, acteur du soin, dans la prise en charge de la dépression. (SEVAM, en lien avec le SBPP)**

Cible principale : médecins généralistes

<sup>65</sup> Plusieurs études françaises et étrangères pointant plus généralement les problèmes de communication entre médecins généralistes et les psychiatres liés en particulier à la différence des cultures professionnelles, l'absence d'une définition consensuelle des rôles de chacun ont été identifiées dans le cadre de la revue de littérature figurant dans l'argumentaire de la recommandation du CNQSP sur la coopération psychiatres-médecins généralistes Recommandation de bonne pratique sur le thème de la coopération psychiatres-médecins généralistes : Améliorer les échanges d'informations ; Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie, 2011.

<sup>66</sup> Regier DA, Goldberg ID, Taube CA. The de facto U.S. mental health services system: a public health perspective. Arch Gen Psychiatry 1978;35(6):685-93.

## **Objectif n°2 : renforcer la coordination des soins notamment médecins généraliste/psychiatre dans la prise en charge des épisodes dépressifs**

---

### → Livrable n°4 : Revue et comparaison des pratiques / dispositifs existants

Méthode : enquête via les leaders et les structures professionnelles, analyse de la littérature et rédaction d'une fiche « points clé et solutions » (cf. méthode en cours de validation).

Modalités : chargé de projet sous la responsabilité méthodologique de la HAS (chef de projet SEVAM/SMACDAM<sup>67</sup>), audition d'experts, enquête

### → Livrable n°5 : Repères pour les démarches professionnelles d'amélioration cahier des charges de programmes de Développement Professionnel Continu (DPC)

Méthode : sur la base de la recommandation validée par la HAS<sup>68</sup> et des programmes existants, identification des objectifs pédagogiques, des référentiels d'analyse de pratiques, des supports pédagogiques, des modalités d'organisation d'un programme de DPC et des indicateurs pour l'évaluer.

Modalités : accompagnement méthodologique des organismes professionnels par la HAS (chef de projet service évaluation et amélioration des pratiques (SEVAM))

## **THEME N°2 – PARCOURS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP PSYCHIQUE**

Des travaux récents ont souligné les problèmes de continuité et les disparités qui caractérisent l'organisation du parcours des patients atteints de pathologies mentales chroniques et en situation de handicap psychique, problèmes qui peuvent aboutir à des ruptures dans la prise en charge, alors même qu'elle nécessite des interventions différentes adaptées à l'évolution de la maladie, mobilisant des compétences diverses qui ne relèvent pas toutes du champ sanitaire. Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale (PPSM), et les différents travaux et rapports dans ce domaine, notamment ceux du haut conseil en santé publique (HCSP)<sup>69</sup> et la cour des comptes<sup>70</sup> mais aussi les travaux de la DREES (Direction de la recherche des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère de la Santé)<sup>71</sup> et

---

<sup>67</sup> Service Maladies Chroniques et dispositifs d'accompagnement des malades

<sup>68</sup> Recommandations de bonne pratique La coopération Médecins Généralistes – Psychiatres. Les courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique, Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie CNQSP-Conseil national professionnel de psychiatrie CNPP, Septembre 2010

<sup>69</sup> Haut Conseil de la santé publique. Évaluation du Plan Psychiatrie et Santé mentale. Octobre 2011. <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=228>

<sup>70</sup> Cour des comptes L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan "psychiatrie et santé mentale 2005-2010" Décembre 2011. <http://www.ccomptes.fr/Presse/Communiqués-de-presse/L-organisation-des-soins-psychiatriques-les-effets-du-plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2005-2010>

<sup>71</sup> Séminaire DREES sur l'organisation des prises en charge en psychiatrie et santé mentale. Mars 2012. [http://www.epsm-lille-metropole.fr/sites/epsm-lille-metropole.fr/files/10h30\\_R\\_MAS\\_JIMCGPsy\\_Seminaire\\_recherche\\_drees.pdf](http://www.epsm-lille-metropole.fr/sites/epsm-lille-metropole.fr/files/10h30_R_MAS_JIMCGPsy_Seminaire_recherche_drees.pdf)

ceux de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS)<sup>72</sup> ont pointé ces ruptures de prise en charge et les problèmes qu'elles entraînent.

Sont notamment à souligner des difficultés de cohérence et de passerelles entre le secteur sanitaire/psychiatrique et les secteurs médico-social et social qui devraient pourtant être complémentaires dans la prise en charge des patients, afin qu'une réponse simultanée soit apportée à la réduction de la maladie et de ses manifestations, à la diminution du handicap psychique et à l'insertion sociale de la personne (logement, travail ou activité, participation à la vie de la cité).

La loi du 11 février 2005, en reconnaissant les situations de handicap vécues par les personnes atteintes de pathologies psychiatriques, a joué un rôle de révélateur et a renforcé cet impératif d'articulation des dispositifs et de coopération des acteurs. Ainsi que l'ont montré les travaux<sup>73</sup> de animés par la CNSA<sup>74</sup> et le CEDIAS<sup>75</sup> les coopérations et le dialogue entre professionnels de santé et du social autour du handicap psychique sont complexes et des tensions peuvent exister.

Il existe de ce fait des enjeux forts de :

- redéfinition et reconnaissance mutuelle du périmètre de compétences des équipes psychiatriques, des médecins généralistes, des professionnels des secteurs social et médico-social mais aussi des aidants dans le parcours de vie de la personne;
- définition des coopérations à mettre en œuvre sur les territoires pour une approche intégrée des différentes interventions dans une culture partagée au service du parcours de la personne ;
- rapprochement des cultures professionnelles, et notamment appropriation par le champ sanitaire du concept de handicap psychique, déstigmatisation du trouble psychique dans le champ social et médico-social ;

Pour la HAS, l'enjeu est ici de contribuer à identifier les bons leviers pour améliorer les parcours des patients en situation de handicap psychique et à diffuser les outils pertinents auprès des professionnels de santé.

Ce travail devra être mené en partenariat avec en lien avec l'ANESM<sup>76</sup> et la CNSA<sup>77</sup>.

## **Objectif n°1 : mieux reconnaître et évaluer les situations de handicap d'origine psychique**

---

La loi du 11 février 2005 qui refonde la politique du handicap en France a été déterminante dans la reconnaissance du handicap d'origine psychique. Au sein des **Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH)**, les équipes chargées d'évaluer les besoins des demandeurs ont été confrontées à des difficultés pour appréhender les situations des personnes souffrant de troubles psychiques<sup>78</sup>. En effet, la reconnaissance du

<sup>72</sup> Inspection générale des affaires sociales. Amara F, Jourdain-Menninger D, Mesclon-Ravaud M, Lecoq G. La prise en charge du handicap psychique. Août 2011. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000570/0000.pdf>

<sup>73</sup> Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie . Handicaps d'origine psychique – Une évaluation partagée pour mieux accompagner les parcours des personnes – Colloque du 23 mars 2009. [http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CNSA\\_HOP\\_signets.pdf](http://www.cnsa.fr/IMG/pdf/CNSA_HOP_signets.pdf)

<sup>74</sup> Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

<sup>75</sup> Centre d'études, de documentation, d'information et d'action sociales (CEDIAS)

<sup>76</sup> Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (Anesm)

<sup>77</sup> Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

<sup>78</sup> La complexité, la variabilité et l'imprévisibilité des maladies mentales susceptibles de contribuer au handicap psychique rendent difficile l'évaluation de ces situations

handicap ouvre des droits à compensation mais donne aussi lieu à l'élaboration d'une « stratégie d'intervention » (prestations accompagnement, exercice de droits) qui doit être adaptée aux besoins des personnes.

Cette difficulté a été reconnue et une mobilisation importante de l'ensemble des acteurs a eu lieu à tous les niveaux : initiatives locales des équipes psychiatriques ou des Maisons départementales des personnes handicapées, réflexion mise en œuvre au niveau national autour de l'évaluation du handicap psychique<sup>79</sup> animée par la CNSA<sup>80</sup> et une équipe de chercheurs du CEDIAS<sup>81</sup>/Délégation ANCREAI<sup>82</sup> Ile-de-France.

Les experts sollicités lors de la phase de préparation du programme ont souligné l'intérêt pour la HAS de contribuer à cet effort de construction d'une évaluation partagée du handicap psychique en travaillant dans un premier temps sur les certificats établis par les médecins destinés aux MDPH. Il s'agit en effet de l'un des éléments déterminants de l'évaluation globale réalisée par les équipes des MDPH et d'un support pertinent pour structurer les collaborations entre les différents secteurs de prise en charge et organiser l'évaluation et l'accompagnement de la personne.

Les enquêtes et expertises réalisées<sup>83</sup> soulignent la qualité très inégale de remplissage des certificats destinés aux MDPH. Les certificats établis par les médecins comportent rarement les informations permettant de déterminer les répercussions concrètes de la maladie sur les capacités fonctionnelles et les activités quotidiennes et sociales. L'instruction des demandes en est ralentie, alors que la nature des troubles psychiques est souvent mal cernée par les équipes des MDPH.

Il s'agira de définir une bonne pratique de rédaction des certificats médicaux destinés aux Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH). Au-delà de la diffusion de recommandations pour le remplissage, l'enjeu est de développer une culture de l'évaluation partagée du handicap psychique.

→ **Livrable n°1 : Argumentaire, bonnes pratiques de rédaction de certificat pour les Maisons départementales des personnes handicapées et propositions pour l'appropriation par les professionnels concernés**

Méthode : analyse de la littérature (concept de handicap psychique et modalités d'évaluation) et du travail existant (CNSA), analyse des certificats médicaux tels que rédigés actuellement. En fonction des résultats des réflexions sur les stratégies de diffusion pertinentes : cahier des charges de DPC...

Modalités : chef de projet SEVAM, chargé de projet « référent professionnel » GT impliquant les parties prenantes (professionnels, MDPH...).

---

<sup>79</sup> Jean-Yves Barreyre, Yara Makdessi Projet d'accompagnement en matière d'évaluation conjointe du handicap psychique, pour le compte de la CNSA Recherche Documentaire : « Handicap d'origine psychique et évaluation des situations » Délégation ANCREAI Ile-de-France – CEDIAS - Décembre 2007 ; Jean-Yves Barreyre & Carole Peintre Handicap d'origine psychique et évaluation des situations Volet 2 : synthèse de la phase «terrains» Recherche Action menée dans quinze départements français - CEDIAS - Délégation ANCREAI IDF Février 2009 ; Handicaps d'origine psychique – Une évaluation partagée pour mieux accompagner les parcours des personnes – Colloque du 23 mars 2009, CNSA, CEDIAS.

<sup>80</sup> Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)

<sup>81</sup> Centre d'études, de documentation, d'information et d'action sociales (CEDIAS)

<sup>82</sup> Association Nationale des Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptée

<sup>83</sup> Travaux CNSA-CEDIAS mais aussi Inspection générale des affaires sociales. Amara F, Jourdain-Menninger D, Mesclon-Ravaud M, Lecoq G. La prise en charge du handicap psychique. Août 2011. <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/114000570/0000.pdf>

**Objectif n°2: Articuler prévention, soins et accompagnement pour améliorer les parcours de vie des personnes souffrant de pathologie mentales chroniques et en situation de handicap psychique**

---

→ **Livrable n°2 : La place des approches favorisant l'autonomie et la participation sociale dans le parcours des personnes souffrant de pathologies mentales chroniques et en situation de handicap psychique**

La réhabilitation psycho-sociale mise en œuvre par les équipes psychiatriques est l'une des interventions concernées : elle désigne un ensemble d'actions mises en œuvre auprès et par les personnes souffrant de troubles psychiques visant leur insertion dans la collectivité.

Pour les interventions identifiées, les travaux de la HAS porteront sur la définition, les indications, les objectifs, les impacts identifiés<sup>84</sup>, les modalités de mise en œuvre, l'identification des compétences, des ressources, des processus et de l'environnement pour mettre en œuvre ces interventions. Ce travail sera réalisé en lien avec l'ANESM.

Méthode : guide

Modalités : chef de projet + chargé de projet, GT (experts)

→ **Livrable n°3 : Revue et comparaisons des organisations favorisant la continuité des parcours des personnes souffrant de pathologies mentales chroniques et en situation de handicap psychique**

Méthode : avis d'experts, analyse de la littérature française et internationale, enquêtes de terrain, fiche « points clé et solutions » (cf. méthode en cours de validation). Ce travail sera réalisé en lien avec l'ANESM.

Modalités : chef de projet SEVAM/SMACDAM+ chargé de projet, GT (représentants professionnels et experts), COPIL

---

<sup>84</sup> Farkas et al. Psychiatric rehabilitation interventions: A review Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, USA International Review of Psychiatry, April 2010; 22(2): 114--129

## THEME N°3 – DROITS ET SECURITE EN PSYCHIATRIE

### Objectif n°1 : Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients psychiatriques adultes lors des hospitalisations

Les moments de violence chez certains patients psychiatriques sont une réalité<sup>85</sup> même si ce sujet a pu faire l'objet de controverses<sup>86</sup>. Dans le contexte des hospitalisations psychiatriques, les équipes soignantes ont à prendre en charge des situations difficiles<sup>87</sup>.

Certaines recommandations de l'audition publique<sup>88</sup> sur la dangerosité psychiatrique réalisée à la HAS en 2011 sous la coordination du Pr Jean-Louis Senon concernent la violence en hospitalisation (Recommandations 60 à 69). Elles soulignent que « la réponse à la violence doit d'abord être faite dans les services au nom de la continuité des soins », rendant nécessaire la mise en place de moyens institutionnels et tout particulièrement d'une équipe soignante « formée, compétente et en nombre suffisant »<sup>89</sup>. Les conditions d'accueil des patients, la place donnée au patient et à son entourage, la gestion des équipes et les compétences spécifiques dans la gestion de ces situations sont autant de facteurs qui peuvent limiter les risques de violence et leurs conséquences.<sup>90</sup>

La gestion du risque et des situations de violence fait partie des compétences nécessaires en psychiatrie et chaque unité doit être prête à y faire face. Il apparaît donc nécessaire d'abord et avant tout de conforter/renforcer les compétences et la capacité des équipes psychiatriques des services de psychiatrie générale pour prévenir, anticiper et prendre en charge les situations de violence en hospitalisation<sup>91</sup>. L'évaluation de la pertinence des dispositifs destinés à prendre en charge les patients présentant certains troubles du comportement ou certaines pathologies/handicaps est une approche complémentaire aux actions de développement des compétences dans les services de psychiatrie. Ces premières étapes

<sup>85</sup> Haute Autorité de Santé publique. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Audition publique. HAS, Mars 2011. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1069220/fr/dangerosite-psychiatrique-etude-et-evaluation-des-facteurs-de-risque-de-violence-hetero-agressive-chez-les-personnes-ayant-des-troubles-schizophreniques-ou-des-troubles-de-lhumeur](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1069220/fr/dangerosite-psychiatrique-etude-et-evaluation-des-facteurs-de-risque-de-violence-hetero-agressive-chez-les-personnes-ayant-des-troubles-schizophreniques-ou-des-troubles-de-lhumeur)

Les experts ont souligné que la dangerosité ne concerne pas la maladie mentale en général mais peut être liée à certaines formes majeures de pathologies s'exprimant dans certaines conditions spécifiques. Marginale par rapport à la maladie mentale, la question de la dangerosité psychiatrique doit cependant être prise en compte.

<sup>86</sup> Senon JL, Manzanera C, Humeau M, Gotzamanis L. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires? Info psy 2006;82(8):645-52.

<sup>87</sup> Un état des lieux est en cours de réalisation. Les données disponibles permettent d'ores et déjà d'établir l'incidence et la prévalence importantes des violences et des agressions dans les services de psychiatrie. Les premières victimes sont les autres patients hospitalisés et les professionnels « de première ligne », infirmiers et aides-soignants. Les familles en visite sont aussi concernées. Len Bowers et al. Inpatient violence and aggression: a literature review Report from the Conflict and Containment Reduction Research Programme, May 2011; Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter, IGAS, 2011.

<sup>88</sup> Haute Autorité de Santé publique. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéroagressive

chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. Audition publique. HAS, Mars 2011. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1069220/fr/dangerosite-psychiatrique-etude-et-evaluation-des-facteurs-de-risque-de-violencehetero-agressive-chez-les-personnes-ayant-des-troubles-schizophreniques-ou-des-troubles-de-lhumeur](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1069220/fr/dangerosite-psychiatrique-etude-et-evaluation-des-facteurs-de-risque-de-violencehetero-agressive-chez-les-personnes-ayant-des-troubles-schizophreniques-ou-des-troubles-de-lhumeur)

<sup>89</sup> Haute Autorité de Santé publique. Dangerosité psychiatrique Audition publique. HAS, Mars 2011..

<sup>90</sup> Pr JL DUBREUCQ, Pr F. MILLAUD « Prévenir la violence en psychiatrie », Santé Mentale, février 2012 .

<sup>91</sup> The short-term management of disturbed/violent behaviour in in-patient psychiatric settings and emergency departments NICE, 2005.

concerneront les services prenant en charge des patients adultes. Un travail sur les problématiques spécifiques de la violence dans les unités et services prenant en charge les enfants et les adolescents pourra être envisagé ultérieurement.

→ **Livrable n°1 : Repères pour les démarches professionnelles d'amélioration cahier des charges de programmes de Développement Professionnel Continu (DPC)**

Méthode : revue des dispositifs existants et identification des processus et des compétences à mobiliser dans un service de psychiatrie adulte pour faire face au comportement violent, analyse de la littérature (dans la continuité de l'audition publique de 2011) sur les bonnes pratiques et les dispositifs existants, identification des objectifs pédagogiques, des référentiels d'analyse de pratiques, des supports pédagogiques, des modalités d'organisation d'un programme de Développement Professionnel Continu (DPC) et des indicateurs pour l'évaluer.

Modalités : chargé de projet (analyse bibliographique en complément de celle réalisée pour l'audition publique), accompagnement méthodologique des organismes professionnels par la HAS (chef de projet SEVAM et association d'un chef de projet SBPP)

Calendrier : cadrage octobre 2013 – cahier des charges – fin des travaux : 2<sup>ème</sup> trimestre 2014 Validation : 3<sup>ème</sup> trimestre 2014.

→ **Livrable n°2 : dispositifs destinés à prendre en charge les patients présentant des troubles du comportement (après stabilisation juridique).**

La HAS a été saisie afin d'établir les bonnes pratiques d'admission, de prise en charge et de sortie des patients en Unités pour Malades Difficiles (UMD).

---

Modalités : chef de projet SEVAM, GT (représentants professionnels, experts).

**Objectif n°2 : Améliorer la prise en charge des patients en soins sans consentement (après stabilisation juridique)**

---

Le dispositif de soins sans consentement issu de la loi du 5 juillet 2011 qui prévoit l'intervention du juge des libertés et de la détention lors des hospitalisations sans consentement et introduit la notion de « programmes de soins » a posé des problèmes d'application aux intervenants du monde sanitaire et judiciaire. Une nouvelle loi est votée et son application est prévue à partir de septembre 2014.

La Direction Générale de la Santé (Ministère de la Santé) a saisi la HAS pour la réalisation d'un travail sur les certificats médicaux dans le cadre des soins sans consentement.

Le problème de la rédaction des certificats médicaux renvoie à la difficulté de communication entre des cultures différentes, médicale et judiciaire. Ceci pourrait justifier un travail de réflexion partagée, d'échanges avec les professionnels prenant en compte les différentes initiatives des professionnels et associant les psychiatres et des magistrats afin de définir un langage commun, compris par tous, sans fragiliser le secret professionnel ; ceci pourrait aboutir à **l'élaboration de protocoles opérationnels** pour la rédaction des certificats ; des **formations** des professionnels pourraient suivre pour diffusion, sensibilisation et mise en

œuvre de ces protocoles. Au-delà, l'élaboration d'outils accompagnant la prise en charge des patients en soins sans consentement pourrait être envisagée.

Il semble cependant préférable d'attendre qu'une stabilisation juridique intervienne (épuisement des voies de recours, rédaction des décrets d'application) avant le lancement de travaux par la HAS.

→ **Livrable n°3 : protocoles pour la rédaction des certificats dans le cadre des soins sans consentement et actions de diffusion (sensibilisation...) visant la mise en œuvre (après stabilisation juridique)**

→ **Livrable n°4 : hospitalisations sans consentement et programmes de soins (loi du 5 juillet 2011) : outil pour l'amélioration des pratiques professionnelles (intégrant la question de l'information du patient) –après stabilisation juridique**

