



# L'évaluation de l'activité de santé mentale et psychiatrie

## Selon le référentiel

Septembre 2025

**La santé mentale et la psychiatrie constituent un enjeu majeur de santé publique, érigé en grande cause pour l'année 2025. Promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, ainsi que prévenir le suicide et les tentatives de suicide sont des objectifs cruciaux pour notre société et pour les professionnels exerçant en établissement de santé. Cela est notamment important pour les enfants, les adolescents et les jeunes adultes, dont la santé mentale a été particulièrement impactée par la crise Covid.**

**Il est impératif de garantir le respect des droits et la sécurité en psychiatrie, tout en renforçant le pouvoir de décision et d'action des patients présentant des troubles psychiques.**

**Dans une logique de qualité et de coordination, il est également essentiel de proposer des parcours de soins accessibles, diversifiés et adaptés aux besoins. Dans ce cadre, les liens avec les structures ambulatoires de psychiatrie et avec les services d'urgence visent à faciliter la prise en charge des patients.**

**Améliorer les conditions de vie, favoriser l'inclusion sociale et promouvoir l'exercice de la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique est également primordial. Il est aussi essentiel de garantir l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques appropriés à leurs besoins spécifiques.**

Cette fiche précise pour le champ de la santé mentale et de la psychiatrie des éléments des fiches pédagogiques « Évaluation du parcours intrahospitalier » et « Évaluation du respect des droits du patient ».

# Définitions

## L'organisation des soins en psychiatrie en France

L'organisation des soins en psychiatrie en France comprend une psychiatrie :

- sectorisée (établissements publics et ESPIC). L'organisation territoriale de la psychiatrie en secteurs géo-démographiques permet de couvrir l'ensemble du territoire national. La responsabilité d'un ou plusieurs secteurs est confiée à un établissement autorisé en psychiatrie sectorisée qui est chargé d'assurer l'accessibilité, la proximité et la continuité des soins (incluant les soins sans consentement) pour la population de ce/ces secteur(s). Trois types de secteurs sont définis : secteurs de psychiatrie générale, infanto-juvénile, en milieu pénitentiaire ;
- non sectorisée (établissements publics, privés à but lucratif et ESPIC).

## Le projet territorial de santé mentale

Instauré par la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 (art. 69), le PTSM est un outil visant à améliorer l'accès, la qualité et la coordination des parcours en santé mentale sur chaque territoire. Construit collectivement par les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux du territoire, le PTSM a pour ambition d'organiser le repérage précoce des troubles psychiques, l'élaboration du diagnostic, l'accès aux soins et aux accompagnements, en s'appuyant sur les données actualisées de la science et les bonnes pratiques professionnelles.

Source : [ministère de la Santé](#)

## L'organisation des soins en établissements de santé

Trois types de prise en charge en établissements de santé : ambulatoire, à temps partiel, à temps complet. Les soins libres sont la règle et la majorité des soins sont réalisés avec le consentement du patient. À titre exceptionnel, des soins peuvent être dispensés sans accord du patient, s'il n'a pas conscience de ses troubles, ni de son besoin impératif de soins. Ces soins sans consentement sont encadrés par la loi, selon les procédures suivantes :

- les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT), y compris en urgence, sous conditions spécifiques (SPDT urgent) ;
- les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPI) ;
- les soins sur décision du représentant de l'État, lorsque les troubles mentaux compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public (SPDRE).

L'objectif de ces modalités de soins sera l'évolution vers des soins librement consentis par la construction d'une alliance thérapeutique avec le patient.

## Réhabilitation psychosociale

La réhabilitation psychosociale désigne un ensemble d'approches visant à favoriser le rétablissement des personnes vivant avec des troubles psychiques. Elle s'inscrit, dès le début de la prise en charge, dans une logique de soins orientée vers l'autonomie, la qualité de vie et la participation active du patient à son parcours. Elle intervient sur plusieurs dimensions :

- clinique : accompagnement des symptômes et adaptation du traitement ;
- fonctionnelle : soutien des capacités cognitives, relationnelles et de l'autonomie dans la vie quotidienne ;
- sociale : accès au logement, à la formation, à l'emploi, à la citoyenneté..

La réhabilitation repose sur des outils validés (remédiation cognitive, entraînement aux habiletés sociales, éducation thérapeutique, job coaching, etc.) et mobilise souvent une approche pluridisciplinaire avec la participation possible de « pair-aidant ».

## En quoi la certification répond-elle aux enjeux du thème ?

- Le patient présentant des troubles psychiques bénéficie d'un projet de soins qui favorise son inclusion sociale (1.3-09)
- En santé mentale et psychiatrie, l'accès aux soins est organisé et suivi (2.1-10)
- Les équipes de psychiatrie se coordonnent pour prévenir le passage à l'acte suicidaire tout au long de la prise en charge (2.1-11)
- Les équipes réalisent un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie (2.1-12)
- Les équipes respectent les bonnes pratiques d'isolement, qu'il soit assorti ou non de contentions, des patients hospitalisés sans consentement (2.3-14)
- La pertinence du recours à des mesures restrictives de liberté (limitation des contacts, des visites, retrait d'effets personnels) est argumentée et réévaluée (2.4-03)
- L'établissement est acteur du projet territorial de santé mentale (PTSM) (3.3-03)

Parmi l'ensemble des critères génériques, il est important aussi de cibler :

- Le patient exprime son consentement libre et éclairé sur son projet de soins et ses modalités (1.3-1)
- Le patient bénéficie de messages de prévention afin d'agir pour sa santé (1.3-10)
- Les équipes se coordonnent pour prévenir les troubles nutritionnels des patients (2.1-06)
- L'équipe des urgences assure au patient une orientation dans les circuits et délais adaptés à sa prise en charge (2.3-03)

## En quoi les indicateurs répondent-ils aux enjeux du thème ?

L'ensemble des indicateurs qualité et sécurité des soins validés ou en cours de développement sont consultables sur le site internet de la HAS.

## Les points clés de l'évaluation

Avec la gouvernance, **vous vous assurez** que le projet d'établissement répond aux enjeux du projet territorial de santé mentale (PTSM). En particulier, vous questionnez :

- l'existence et le suivi d'indicateurs permettant d'évaluer, en lien avec les recommandations de bonnes pratiques, le repérage précoce des troubles psychiques, l'accès au diagnostic et d'autres indicateurs (délais d'entrée dans les soins, nombre d'orientations vers les structures alternatives à l'hospitalisation, nombre d'orientations vers des structures d'hébergement adapté...);
- l'identification des ruptures de parcours et des réponses appropriées pour les combler. L'établissement se doit de proposer des solutions de prise en charge diversifiées privilégiant l'ambulatoire, fondées sur l'appropriation des bonnes pratiques et visant le maintien et le développement des capacités des personnes souffrant de troubles psychiques ;
- la déclinaison des objectifs du PTSM dans le projet d'établissement et dans les projets de service. Ces déclinaisons doivent être associées à des actions concrètes relevant, par exemple, de l'accès précoce aux soins, de l'aide à domicile, du suivi somatique en ambulatoire... ;
- le partage entre les acteurs de la prise en charge sur le territoire des résultats des indicateurs.

Par ailleurs, **vous interrogez** la gouvernance sur sa participation à des rencontres intrafiliales avec les acteurs du territoire afin d'organiser les parcours pour en faire bénéficier les patients concernés.

### 1. Inscrire l'établissement dans la dynamique du projet territorial de santé mentale (PTSM)

○ Déclinaison du PTSM dans le projet d'établissement et les projets de service

○ Participation à des rencontres territoriales

Pour les pathologies psychiques sévères, une intervention précoce et multimodale peut influencer positivement l'évolution de la maladie et améliorer la qualité de vie des patients. À défaut, l'absence de prise en charge rapide peut conduire à une aggravation de l'état clinique qui ne favorise pas le soin et de ce fait induire une réelle perte de chance. C'est la raison pour laquelle vous porterez attention à la manière dont **l'accès aux soins est organisé**, que ce soit via les structures ambulatoires, les consultations de ville ou les services d'urgence.

Dans les structures ambulatoires, **vous questionnez** les équipes sur :

- **l'existence d'un dispositif structuré de repérage et d'évaluation clinique rapide**, notamment pour les situations à risque (troubles du spectre de l'autisme, risque suicidaire, décompensations graves...) et la prise en charge des enfants, adolescents et jeunes adultes ;
- **la formation des professionnels** à l'évaluation du risque et à la priorisation clinique ;
- **les indicateurs suivis** : délais d'entrée en soins, taux d'hospitalisation en péril imminent ;
- **la place des proches et du médecin traitant** dans le repérage et l'accès rapide aux soins.

Pour les patients le nécessitant (risque suicidaire, risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif, situation de décompensation de trouble psychique grave...), **vous abordez** la manière dont un plan de prévention partagé (autrement appelé : plan de crise conjoint ou mesures anticipées en psychiatrie), intégrant un plan de protection relatif au risque suicidaire, est rédigé avec eux et avec leur entourage s'ils le souhaitent.

Pour tout patient et tout type d'hospitalisation, la dimension somatique ne doit en aucun cas être négligée. Notamment parce que les intrications entre pathologies psychiatriques et somatiques sont connues, du fait du mode de vie, des effets secondaires des traitements, notamment antipsychotiques, et du fait d'une non-reconnaissance fréquente des problèmes de santé physique.

**Vous vous assurez** que, pour tout patient en hospitalisation complète, un examen somatique est réalisé au plus près de l'entrée dans les soins. En cas de passage du patient par les urgences, l'examen est réalisé à ce moment-là et le compte-rendu, intégré au dossier du patient, précise les consignes à suivre pour la suite du séjour. En cas d'hospitalisation en soins sans consentement, cet examen doit être effectué dans les 24 h. Pour toute décision d'isolement assortie ou non de contention, un examen somatique est réalisé.

Dans tous les cas, un suivi somatique doit être fait en lien avec le médecin traitant du patient si ce dernier est désigné. Le dossier du patient doit comporter la trace de ce suivi. Dans ce cadre et en cas de douleur, la prise en charge est organisée à l'aide d'outils d'évaluation adaptés. La lettre de liaison à la sortie doit comporter les éléments de la prise en charge somatique du patient.

## 2. Faciliter l'accès aux soins et le suivi

Dispositif de repérage des situations cliniques à rapidement prendre en charge

Co-construction du plan de prévention partagé

## 3. Réaliser un examen somatique pour tout patient hospitalisé en psychiatrie

Systematisation de l'examen somatique à l'entrée dans le délai approprié

Traçabilité dans le dossier de l'examen et de son suivi

Inscription dans la lettre de liaison à la sortie des éléments de prise en charge somatique

Pour beaucoup de patients, l'objectif de soins, outre la prise en charge de la maladie, est de permettre une réinsertion dans la vie quotidienne.

**Vous apprécierez** la manière dont les équipes construisent avec le patient un projet de soins, fondé sur :

- un diagnostic se référant à la classification internationale en vigueur (classification statistique des maladies mentales élaborée par l'Organisation mondiale de la santé) ;
- la prise en compte des besoins, attentes et aspirations exprimées par le patient en matière d'intégration sociale, d'autonomisation et de qualité de vie (accès à un logement adapté, au monde du travail, aux services publics, aux activités culturelles) ;
- un volet d'accompagnement personnalisé qui :
  - fixe des objectifs d'inclusion sociale, d'autonomisation et d'amélioration de la qualité de vie. Dans ce cadre, les partenaires utiles sont identifiés par les équipes pour mettre en œuvre les actions nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés,
  - précise, le cas échéant, les actions de prévention et de prise en charge associée, notamment celles relevant des troubles nutritionnels et des addictions (tabac, cannabis, etc.).

Avec la gouvernance, **vous discuterez** sur la base des indicateurs de suivi :

- de la qualité des projets de soins et de leur impact sur les parcours (ex. : taux de sortie vers le logement, taux de recours aux dispositifs d'insertion ou de formation) ;
- des **stratégies déployées pour prévenir les iatrogénies liées aux hospitalisations prolongées** (notamment au-delà de 3 mois) ;
- des **actions mises en place pour développer la réhabilitation**, dans ou hors établissement.

L'isolement, avec ou sans contention, ne peut être pratiqué **que dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement** et selon des modalités strictement encadrées. Le recours à une mise en isolement n'est pas à banaliser. L'établissement devra démontrer son engagement à évaluer son recours tant sur le plan individuel que sur le plan collectif.

**Vous vous assurez** que :

- toute décision d'isolement, assortie ou non de contention mécanique, est prise par un médecin habilité en respectant la réglementation en vigueur et les recommandations de bonnes pratiques ;
- cette décision est tracée dans le dossier du patient et une fiche de prescription du suivi de la décision précise les modalités de surveillance de l'isolement (indications, fréquence, point de contention le cas échéant) ;
- un entretien et un examen médical sont réalisés au moment de la mise en isolement ou de la mise sous contention mécanique ;
- l'infirmier surveille, dans le respect de la décision, l'état somatique et psychique du patient et assure la traçabilité de sa surveillance dans le dossier du patient.

L'espace d'isolement prévu et dédié à cet effet respecte les conditions techniques et de fonctionnement telles que décrites dans la recommandation HAS « Isolement et contention en psychiatrie générale », 2017.

L'évaluation des locaux est à mettre en perspective avec le critère 1.1-01 sur le respect de l'intimité et de la dignité au sein d'un environnement sécurisé et le critère sur la prévention du passage à l'acte suicidaire.

## 4. Élaborer un projet de soins adapté à la pathologie et au patient

Indicateurs

Amélioration des pratiques

## 5. Assurer au patient hospitalisé en psychiatrie le respect des bonnes pratiques en matière d'isolement et de restriction de liberté

Bonnes pratiques d'isolement en hospitalisation sans consentement

Bonnes pratiques de restriction de liberté

À la sortie de l'isolement, un temps d'échange doit être organisé avec le patient afin d'analyser ensemble les causes de l'épisode qui ont conduit à la mise en isolement. L'objectif de cet échange est de prévenir une récurrence.

**Aucun patient, majeur ou mineur, hospitalisé avec son consentement ne peut être placé en isolement.**

L'accès libre et volontaire à des espaces d'apaisement peut être proposé aux patients. Ces espaces sont spécialement aménagés pour permettre aux patients hospitalisés en psychiatrie de s'isoler et de retrouver leur calme lorsqu'ils reconnaissent les signes avant-coureurs d'une perte de contrôle pouvant provoquer des comportements violents (auto-agressifs ou hétéro-agressifs). Le patient peut choisir de quitter l'espace d'apaisement à tout moment.

Par ailleurs, **vous serez attentif** aux modalités de restriction de liberté, qui doivent être personnalisées en fonction de l'état clinique de chaque patient et par voie de conséquence absolument pas prévues de principe dans le règlement intérieur de service. Les mesures de restriction de liberté peuvent concerner :

- **la liberté d'aller et venir** (portes du service ou des chambres fermées, contention physique). Par protection, on peut fermer un service mais avec la possibilité de l'ouvrir sans recourir à un professionnel de santé ;
- **ou la liberté de communiquer** (retrait du téléphone, limitation des visites ou visites médiatisées injustifiées, restriction de contacts).

**Vous questionnez** les équipes sur :

- **la traçabilité de la décision médicale**, avec justification de la mesure et durée prévue ;
- **l'information et le consentement du patient**, lorsqu'il est en état de le donner ;
- **la gestion des effets personnels** dans le cadre du règlement intérieur (notamment en cas de mesure de sécurisation) : les patients doivent pouvoir, à leur demande, y accéder dans le respect de leurs droits fondamentaux.

Ces mesures doivent toujours être **proportionnées, réévaluées régulièrement** et motivées par un objectif de soin ou de protection.

## 5. Assurer au patient hospitalisé en psychiatrie le respect des bonnes pratiques en matière d'isolement et de restriction de liberté

Quel que soit le mode de prise en charge, les professionnels doivent être formés à la prévention, au repérage et à la prise en charge du risque suicidaire chez les patients.

Dans ce cadre, **vous vous assurez** que les équipes :

- sont formées à la prévention, au repérage et à la prise en charge des patients présentant un risque suicidaire ;
- évaluent régulièrement le risque suicidaire des patients au moyen d'outils d'évaluation partagés en équipe aux moments clés (entrée, 1<sup>re</sup> permission, avant la sortie) ;
- mettent en œuvre une démarche de prévention en cas de tentative de suicide ou de suicide, afin d'accompagner les patients impactés, de prévenir les effets traumatiques et de renforcer la cohésion de l'équipe ;
- tracent dans le dossier du patient les évaluations réalisées ;
- proposent systématiquement au patient ayant tenté à ses jours son inclusion dans le dispositif Vigilans. Ceci sous-tend que les professionnels connaissent le dispositif et ont la capacité de l'expliquer au patient ;
- déclarent toute tentative de suicide ou tout suicide survenu dans le temps de la prise en charge comme un événement indésirable grave, et en réalisent une analyse collective.

## 6. Prévenir le passage à l'acte suicidaire

- **Formation des professionnels**
- **Inclusion dans le dispositif Vigilans**
- **Déclaration en EIG de toute tentative de suicide**

## 7. Maîtriser les risques liés à l'électroconvulsivothérapie

L'électroconvulsivothérapie (ECT) est un traitement médical encadré utilisé principalement dans les formes sévères ou résistantes de troubles de l'humeur et autres pathologies psychiatriques. Elle consiste en l'application d'un courant électrique à travers le cerveau pour provoquer une crise convulsive. Une séance se déroule en 3 étapes :

- une anesthésie générale ;
- l'induction de la crise convulsive ;
- le réveil progressif du patient sous surveillance médicale.

Dans le cadre du traceur ciblé, **vous interrogerez** le psychiatre prescripteur sur :

- l'évaluation médicale et psychique du patient (incluant les antécédents médicaux, les examens de laboratoire pour évaluer la fonction rénale, hépatique et thyroïdienne, l'évaluation psychiatrique) ;
- la pertinence du recours à l'ECT, notamment au regard des autres traitements essayés et la définition des modalités de réalisation de l'acte (rythme, nombre de séances à réaliser) ;
- sa démarche de recueil du consentement du patient ou de la personne de confiance en s'assurant de la bonne compréhension de l'acte et de ses enjeux.

**Vous vous assurerez** que les conditions de réalisation de l'acte sont conformes à la bonne pratique :

- consultation préanesthésique réalisée en amont et compte-rendu versé au dossier du patient ;
- acte réalisé conjointement par un psychiatre et un anesthésiste ;
- acte réalisé dans un site spécifique permettant la surveillance du patient pendant et après l'acte d'au moins 30 minutes.

Pour assurer une sortie d'hospitalisation du patient sans rupture de parcours, que ce soit vers son domicile ou une autre entité, **vous vous assurez** que l'équipe :

- organise avec les équipes d'aval concernées la prise en charge en ambulatoire (CMP, libéraux, soins à domicile...) ;
- veille à ce que le patient (ou sa famille) puisse se procurer les médicaments nécessaires, quels que soient le jour ou l'heure de sortie ;
- remet et explique au patient (ou, le cas échéant, à sa famille) une lettre de liaison, qu'elle adresse également au médecin traitant par messagerie sécurisée après accord du patient. Cette lettre doit impérativement comporter les éléments cliniques pertinents, y compris ceux relevant de la prise en charge somatique du patient ;
- verse les documents utiles au dossier médical de Mon espace santé (DMP), sauf opposition du patient.

Pour garantir une prise en charge adaptée et pertinente, **vous vous assurez** que les équipes mesurent l'impact de leurs pratiques et s'engagent dans des actions d'amélioration.

Voici les points clés à pointer :

- le suivi et l'analyse des indicateurs de pratiques cliniques (dont les indicateurs d'accès aux soins, sur les isolements (durée moyenne, traçabilité du suivi somatique, régularité de la décision, suivi de la surveillance...)), ainsi que les indicateurs de qualité et de sécurité des soins, notamment les IQSS nationaux recueillis par la HAS, particulièrement ceux liés à la satisfaction et à l'expérience des patients (e-Satis) ;
- l'analyse des événements indésirables associés aux soins (EIAS) (notamment ceux liés au risque suicidaire) déclarés, la mise en œuvre des actions nécessaires pour améliorer les pratiques et la façon dont les actions sont suivies, tracées et réévaluées dans le temps.

Pertinence du recours à l'ECT

Conformité des conditions de réalisation de l'acte

## 8. Organiser la sortie

Organisation de la suite de la prise en charge

Lettre de liaison

## 9. Évaluer ses pratiques, analyser ses résultats et s'améliorer

Suivi des indicateurs

Amélioration des pratiques

# L'évaluation de l'activité psychiatrie et santé mentale

## Aide au questionnement

Les questions suivantes sont des exemples indicatifs non exhaustifs. Elles sont aussi à adapter au contexte rencontré, aux secteurs et aux méthodes déployées. Elles ne se substituent pas aux grilles d'évaluation.

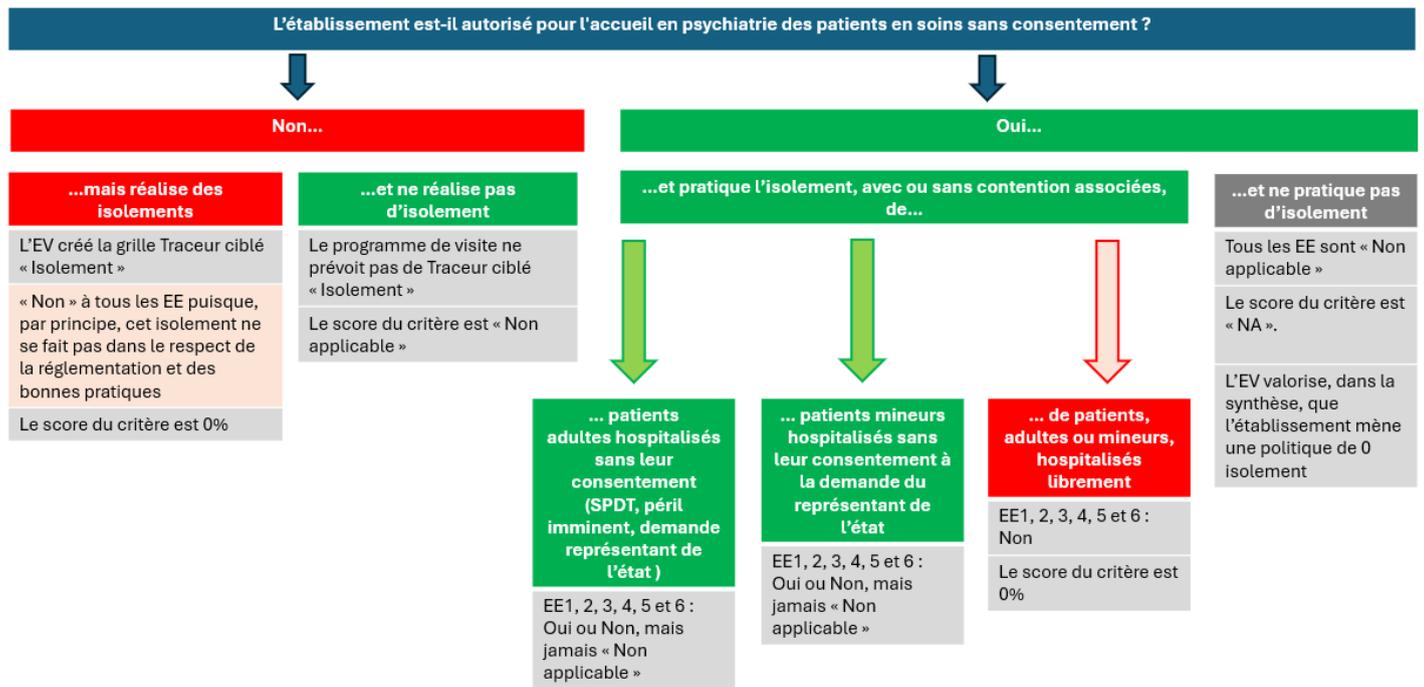
### Avec la gouvernance

- Pouvez-vous me parler du PTSM en vigueur ? Comment votre projet d'établissement s'inscrit dans les orientations du PTSM ? Quelle est votre stratégie en matière de repérage précoce des troubles psychiques et d'accès au diagnostic ? Quelles sont les déclinaisons des orientations du PTSM dans vos projets de services ? (3.3-03)
- Avez-vous défini avec vos partenaires sur le territoire des parcours de prise en charge ? Participez-vous à des rencontres pour analyser des indicateurs, s'il y en a ? (3.3-02)
- Avez-vous identifié des ruptures dans les parcours et quelles solutions avez-vous pu apporter pour les combler ? (3.3-03)
- Selon quelles modalités évaluez-vous votre activité de santé mentale et son efficience ? (critère 3.3-03)
- Pour les hospitalisations de plus de trois mois, disposez-vous d'indicateurs de suivi ? Selon quelles modalités sont-ils analysés ? Avez-vous mis en œuvre des actions d'amélioration ? Si oui, merci de donner un exemple. (3.3-03)

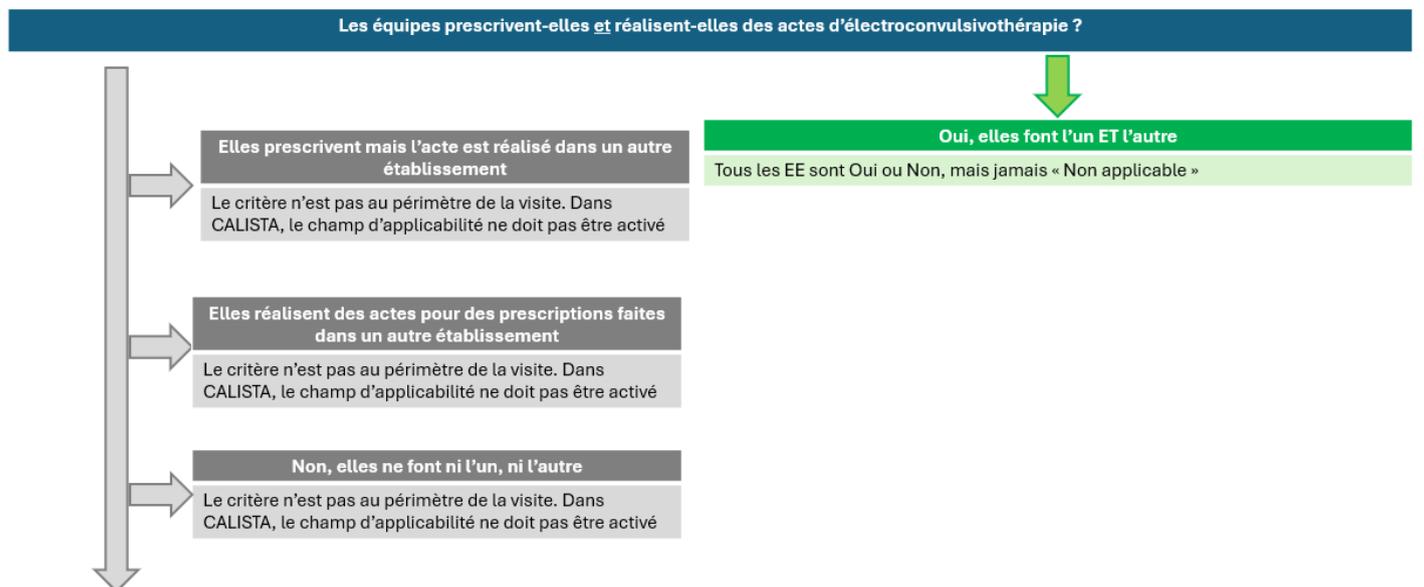
### Avec les professionnels

- Pouvez-vous m'expliquer comment sont construits les projets de soins avec vos patients ? Que contient un projet de soins ? Est-ce que les grands chapitres sont toujours les mêmes ou avez-vous des adaptations dans certains cas ? Intègrent-ils un volet pour la réhabilitation psychosociale ? Pour les projets de réhabilitation psychosociale, quels sont vos partenaires ? Comment les avez-vous identifiés ? (1.3-09)
- Dans vos structures ambulatoires, comment est organisé l'accès aux soins ? Quels liens avez-vous développés avec les médecins traitants ? Disposez-vous d'outils pour évaluer les situations d'alerte (risque suicidaire, risque de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif, situation de décompensation de trouble psychique grave...) ? Avez-vous rédigé des plans de prévention partagés avec vos patients ? Lorsqu'un plan doit être rédigé, comment procédez-vous ? Quelles sont les modalités de suivi mises en place ? (2.1-10, 2.1-11)
- En hospitalisation complète ou en ambulatoire, comment est évalué le risque suicidaire ? À l'aide de quels outils ? Et lorsque le risque est avéré, que faites-vous ? Proposez-vous l'inclusion du patient dans le dispositif VigilanS au moment de sa sortie ? (2.1-11)
- Au sein de l'équipe, comment traitez-vous un suicide ou une tentative de suicide ? Vos actions sont-elles intégrées au plan d'amélioration de la qualité ? (2.1-11)
- Pouvez-vous me préciser comment est organisé l'examen somatique à l'entrée en hospitalisation à temps plein et le suivi somatique ? Si le patient est passé par les urgences, disposez-vous du compte-rendu de ce passage ? Pouvez-vous m'en montrer un ? De la même manière, pouvez-vous ouvrir une lettre de liaison à la sortie ? (2.1-12, 2.1-14)
- En cas d'hospitalisation sans consentement, quelles informations sont délivrées au patient ? (1.3-01)
- En cas d'isolement d'un patient, quelle est la procédure applicable ? Pouvez-vous ouvrir un dossier d'un patient ayant été en isolement et me montrer la décision ? Si une contention est décidée, qu'en est-il ? Les modalités de la contention sont-elles précisées ? Pouvez-vous me montrer une décision de contention ? (2.3-14)
- Quel suivi mettez-vous en place pendant l'isolement ? Et que se passe-t-il après la sortie du patient de la chambre d'isolement ? Quelle traçabilité du suivi existe ? (2.3-14)
- Selon quelles modalités évaluez-vous les pratiques d'isolement et de contention ? (2.3-14)
- En matière de restrictions de liberté, quelles sont les règles prévues dans votre établissement ? Comment ont-elles été définies ? Existe-t-il un groupe de réflexion sur ce sujet ? (2.4-03)

## Aide à la cohérence des résultats du critères 2.3-14



## Aide à la cohérence des résultats du critères 2.3-15



## Pour aller plus loin

### Références HAS

- [Programme « Santé mentale et psychiatrie »](#)
- [Grande précarité et troubles psychiques - Intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques, 2024](#)
- [Flash sécurité patient - Suicide. Mieux vaut prévenir que mourir, 2022](#)
- [Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation et prise en charge, 2021](#)
- [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, 2018](#)
- [Isolement et contention en psychiatrie générale, 2017](#)
- [Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours, 2017](#)
- [Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie, 2016](#)
- [Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique, Label HAS-FFP, 2015](#)
- [Spécificités de l'accompagnement des adultes handicapés psychiques, 2015](#)
- [Prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement, 2014](#)
- [Liberté d'aller et venir dans les établissements sanitaires et médico-sociaux, et obligation de soins et de sécurité, 2004](#)
- [La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge, 2000](#)

### Références légales et réglementaires

- Décret n° 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie
- Art. L. 3212-1-2 du CSP
- Instruction DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires
- Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale

- [Les PTSM en région](#) - Ministère du Travail, de la Santé, des Solidarités et des Familles
- Instruction DGOS/R4/DGCS/3B/DGS/P4/2018/137 du 5 juin 2018 relative aux projets territoriaux de santé mentale
- Art. L. 3222-5-1 du CSP
- Instruction n° DGOS/R4/DGS/SP4/2017/109 du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement
- Décret n° 2021-537 du 30 avril 2021 relatif à la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement
- Art. L. 3211-2-2 du CSP
- Art. D. 6124-466

### Autres références

- Électroconvulsivothérapie (ECT), variabilité des pratiques et expérience des patients - IRDES, 2022
- Mettre en place la réhabilitation psychosociale dans les territoires - ANAP, 2020
- Les principales actions mises en œuvre dans les territoires - ANAP, 2019
- Cahier pédagogique de la CNSA, mai 2017, les GEM (groupes d'entraide mutuelle)
- Mettre en œuvre un projet de parcours en psychiatrie et santé mentale : méthodes et outils au service des territoires - ANAP, 2016
- Collège de la médecine générale, Conférence nationale des présidents de CME de centres hospitaliers spécialisés. Charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur (2014)
- 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), 2010

