

ARRETE N° ARS-PDL/DG/2020-006

**relatif au projet d'expérimentation « Parcours coordonné du patient dépressif  
entre le premier recours et la psychiatrie (SP-ADepress) »**

**Le Directeur Général  
de l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire**

Vu la loi n°2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018 et plus particulièrement son article 51 ;

Vu le décret du 22 septembre 2017 portant nomination de Monsieur Jean-Jacques COIPLLET, en qualité de directeur général de l'Agence Régionale de Santé Pays de la Loire, à compter du 1<sup>er</sup> octobre 2017 ;

Vu le décret n°2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentation pour l'innovation dans le système de santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale ;

Vu la circulaire n° SG/2018/106 du 13 avril 2018 relative au cadre d'expérimentation pour les innovations organisationnelles prévu par l'article 51 de l'O LFSS pour 2018.

Vu l'avis favorable du comité technique de l'innovation en santé du 22 janvier 2020 concernant le projet d'expérimentation dénommé « Parcours coordonné du patient dépressif entre le premier recours et la psychiatrie »;

Vu le cahier des charges annexé ;

**ARRETE :**

**ARTICLE 1<sup>er</sup>** : L'expérimentation innovante en santé du « Parcours coordonné du patient dépressif entre le premier recours et la psychiatrie (SP-ADepress) »; est autorisée à partir de la date de sa publication telle qu'elle est décrite dans le cahier des charges en annexe, pour une durée de 3 ans.

**ARTICLE 2** : L'expérimentation est mise en œuvre sur le territoire de la Mayenne et du Maine et Loire.

**ARTICLE 3** : La Directrice de l'Appui à la Transformation et de l'Accompagnement de l'Agence régionale de Santé des Pays de la Loire est chargée de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que ses annexes au recueil des actes administratifs de la préfecture de région des Pays de la Loire.

**ARTICLE 4** : Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours devant le tribunal administratif de Nantes dans un délai de deux mois à compter de sa publication au recueil des actes administratifs. Le tribunal administratif peut être saisi d'un recours déposé via l'application Télérecours citoyen accessible par le site internet [www.telerecours.fr](http://www.telerecours.fr)

Fait à Nantes, le 23 janvier 2020

Le Directeur général de l'Agence régionale de santé  
Pays de la Loire,



**Jean-Jacques COIPLÉ**



# **ANNEXE**

## **CAHIER DES CHARGES**

**Parcours coordonné du patient dépressif  
entre le premier recours et la psychiatrie**





## PROJET D'EXPERIMENTATION D'INNOVATION EN SANTE – CAHIER DES CHARGES

### Projet SP-ADepress

#### Parcours coordonné du patient dépressif entre le premier recours et la psychiatrie

Porteurs de projet	Entité juridique et/ou statuts	Coordonnées des contacts
CHU Angers	4 rue Larrey 49933 Angers	Pr Bénédicte Gohier Tél : 02 41 35 32 43 fax 02 41 35 49 35 mail : <a href="mailto:begohier@chu-angers.fr">begohier@chu-angers.fr</a>
Pôle de Santé Ouest Anjou	5A, impasse du Puits Moreau 49370 Bécon-les-Granits	Docteur Jean-François Moreul 02 41 77 08 33 mail : <a href="mailto:jf.moreul@gmail.com">jf.moreul@gmail.com</a>
Pôle de Santé du Sud-Ouest Mayennais	26 bis rue Daudier 53800 Renazé	Docteur Pascal Gendry Tél : 02.43.06.43.05 Mail : <a href="mailto:pascal.gendry@club.fr">pascal.gendry@club.fr</a>

#### Résumé du projet

Trois millions de personnes souffrent de dépression en France. Première cause de morbidité et d'incapacité dans le monde, la dépression a un coût personnel et collectif important. En Pays de la Loire, cette problématique est particulièrement marquée avec une mortalité par suicide en Pays de Loire 26% supérieure au taux national en 2012, sachant que la dépression est l'une des premières causes de suicide. Or, la HAS a publié en octobre 2017 des recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge de l'épisode dépressif en soins primaires qui sont à ce jour peu utilisées.

Le projet consiste, après la formation par les psychiatres du CHU d'Angers des médecins généralistes et des professionnels de santé de 2 Maisons de Santé Pluridisciplinaires aux recommandations de bonnes pratiques, en la mise en place d'un parcours de soins pour le patient dépressif coordonné par le médecin traitant.

L'objectif est d'améliorer la prise en charge de la dépression par les professionnels des soins primaires en permettant aux médecins généralistes de mettre en place concrètement les recommandations de la HAS, en facilitant notamment la collaboration avec les psychiatres en cas de traitements médicamenteux et avec les autres professionnels impliqués dans la prise en charge. Cette collaboration, formalisée et source d'échanges de courriers standardisés, doit améliorer, pour partie, l'efficacité de soins de l'épisode dépressif.

#### CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	
Régional	X
National	

#### CATEGORIE DE L'EXPERIMENTATION :

	Cocher la case
Organisation innovante	X
<i>Financement innovant</i>	X
Pertinence des produits de santé	

## Description des porteurs

Le projet est porté par 3 acteurs :

- le service psychiatrie addictologie du CHU d'Angers a la particularité d'être un service non sectorisé, qui comprend 28 lits d'hospitalisation conventionnelle et de semaine. Le service accueille des patients venant des urgences et/ou sur demande des médecins généralistes et/ou psychiatres traitants pour des troubles de l'humeur et dépression et/ou en situation de crise suicidaire. Le service est donc un service de recours, en articulation avec la médecine libérale et la psychiatrie de secteur. Le service s'est spécialisé dans la prise en charge spécifique des troubles de l'humeur allant du recours simple par une ligne téléphonique dédiée aux médecins généralistes pour des conseils rapides ou des évaluations précoces de patients, à la prise en charge des pathologies résistantes. Des soins adaptés sont proposés alliant technicité et parcours de soin (consultation/hospitalisation de jour/hospitalisation de semaine ou hospitalisation plus longue si l'évaluation ou le traitement le nécessitent). Au-delà du soin, de nombreux protocoles de recherche sont développés dans le service.
- le Pôle de Santé Ouest Anjou (PSOA) est une Maison de Santé Pluri-professionnelle qui regroupe les professionnels de santé des communes de Bécon-les-Granits, Le Louroux-Béconnais, La Pouéze. Il a été créé en 2010 et est situé à 25km d'Angers, en secteur semi-rural. Cette maison de santé pluridisciplinaire multisite, compte 39 professionnels de santé. Elle est membre du réseau de fragilité psychique mis en place par la MSA sur le secteur et financé par l'ARS. Celui-ci élabore un annuaire des professionnels de la santé mentale, organise des soirées d'information de type « théâtre forum » sur le suicide..., auxquels participent les membres de la MSP. Elle a également élaboré, depuis 10 ans, de nombreux outils de coordination (protocole de dépistage des démences et de la fragilité des personnes âgées, programmes d'éducation thérapeutique). Les professionnels de la MSP impliqués dans SP ADepress sont : les 7 médecins généralistes, la psychologue, les 4 orthophonistes et les 2 pharmaciens. L'ensemble des membres de l'équipe recevront la formation, afin de tenir un discours commun sur le parcours.
- Le Pôle de Santé du Sud-Ouest Mayennais (PSSOM) : En 2005, face aux problématiques de démographie des professionnels de santé, les professionnels de santé libéraux, le centre hospitalier local du Sud-Ouest Mayennais, les élus et les représentants des habitants se sont rapprochés pour réfléchir à un projet plus global, à l'échelle de la communauté de communes du Pays de Craon: Un projet de santé de territoire. Ses objectifs sont de favoriser la qualité des parcours de santé des habitants du pays Craon en renforçant et en organisant l'offre de santé sur le territoire, en favorisant la coordination entre les acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et en développant les actions de prévention et d'éducation thérapeutique.

Une des déclinaisons de ce projet de santé a été la création d'un Groupement de Coopération Sanitaire en 2009, rassemblant à ce jour, des établissements (Centre Hospitalier Local du Sud-Ouest Mayennais et la Mutualité Française Anjou Mayenne), 63 professionnels de santé libéraux, les pharmaciens et ambulanciers. Les professionnels de santé libéraux et les pharmaciens sont également regroupés au sein d'un SISA. La majeure partie des professionnels exercent en Maisons de Santé Pluri professionnelles adossées au CHLSOM à Craon et Renazé et au sein d'un cabinet satellite adossé à l'EHPAD à Ballots. Une psychologue libérale exerce aussi dans les locaux du pôle santé. D'autres exercent dans leurs propres cabinets à Cossé le Vivien (ouverture MSP prévue début 2021), Saint Aignan, Méral et Cuillé. Une Communauté Professionnelle Territoriale de Santé, déjà en fonctionnement, est également en cours de formalisation sur le Pays de Craon.

L'objectif principal du pôle santé est d'organiser le parcours de santé de la population. Différents projets sont déployés notamment :

- La prévention et l'éducation pour la santé (Collectif prévention de territoire...)
- L'accès aux soins (Permanence et continuité des soins, renforcement de l'offre médicale et paramédicale, accès au second recours...)

- La coordination entre les acteurs de santé, sociaux et médico-sociaux (Articulation ville/hôpital, Partage d'un Système d'information, Accès au SI de l'hôpital depuis les bureaux des médecins, Protocoles pluriprofessionnels, Coordination Territoriale d'Appui : réunion de coordination autour de situations complexes – maintien au domicile et sortie d'hôpital, Coordination avec les professionnels de second recours...)
- L'évaluation des projets et de l'organisation (indicateurs de suivi, évaluation de la satisfaction des patients en lien avec les représentants des habitants...)
- Des démarches qualité (Groupe qualité, analyse des ruptures de parcours de santé, implication des habitants par la création de l'association relais santé bien être...)

Le GCS et les acteurs du territoire participent depuis 2012 à différents projets expérimentaux et innovants comme les Nouveaux modes de rémunération, l'article 70, le PAERPA et l'EAAR. Actuellement, les acteurs du pôle participent à la mise en place des projets PEPS (Paiement en Equipe des Professionnels de santé) et IPEP (Incitation à la prise en charge Partagée en Equipe) dans le cadre de l'article 51.

Les acteurs du sud-ouest mayennais souhaitent poursuivre leur implication dans des projets innovants qui permettraient :

- D'imaginer de nouvelles réponses collectives afin de répondre aux besoins spécifiques de la population du sud-ouest mayennais et aux difficultés d'exercice rencontrées
- D'accompagner les nouvelles pratiques et rester attractif pour les jeunes professionnels
- De participer à la construction des organisations de santé de demain
- Continuer à diversifier l'offre proposée

### **Présentation des partenaires impliqués dans la mise en œuvre de l'expérimentation**

Sur le secteur du PSOA : le CESAME (CEntre de SAnté Mentale angevin, établissement public de santé mentale), propose une offre de soins ambulatoires de proximité sur ce territoire, assurée par l'un des deux pôles de soins adultes, le Pôle Maine. Les personnes habitant sur la communauté de communes des Vallées du Haut Anjou (CCVHA) peuvent ainsi bénéficier de soins spécifiques, proposés sur plusieurs sites selon deux principales modalités :

- Les Centres Médico Psychologiques (CMP) de Saint Georges-sur-Loire, Segré et Avrillé, qui proposent des soins psychiatriques sur site (consultations médicales et psychologiques, entretiens infirmiers, suivi social, ateliers thérapeutique) ou à l'occasion de visites à domicile.
- Les permanences de soins, proposées sur des sites divers (hôpitaux locaux, lieux associatifs, maisons de service aux personnes,...), et notamment au Lion d'Angers, à Candé, Pouancé et Châteauneuf-sur-Sarthe, qui peuvent proposer des suivis médicaux ou infirmiers, ainsi que des soins à domicile.

Sur le secteur du PSSOM : Les habitants du pays de Craon dépendent du Service psychiatrie du CH du Haut Anjou. Le CMP du Haut Anjou intervient au pôle santé à Craon et Renazé (consultations médicales, entretiens infirmiers, actes techniques et visites à domicile). L'accès aux soins de psychiatrie est difficile et entraîne des délais d'attente importants.

Une communication est d'ores et déjà proposée vers les CMP des secteurs de ces deux maisons de santé. Le COPIL du projet aura pour mission de poursuivre cette communication, afin de déployer si besoin le protocole aux CMP qui se porteraient volontaires.

Les coordonnées du porteur et des partenaires, ainsi que leurs signatures numérisées sont renseignées en Annexe.

## I. Contexte et Constats

Trois millions de personnes souffrent de **dépression** en France. Première cause de morbidité et d'incapacité dans le monde, la dépression a un coût personnel et collectif important. Les rechutes sont fréquentes avec des épisodes dépressifs qui se répètent de plus en plus souvent. 80% des personnes décédées par suicide souffraient de dépression et n'étaient pas traitées de façon adéquate. Ou, pour le dire autrement, 30% des suicides pourraient être évités si la dépression était suffisamment traitée.

Des recommandations sur la prise en charge de l'épisode dépressif en soins primaires ont été renouvelées par la Haute Autorité de Santé en octobre 2017<sup>1</sup> avec pour objectifs de mieux identifier les patients dépressifs, de diminuer le risque suicidaire, d'améliorer la qualité de vie et diminuer l'impact handicapant des rechutes et de proposer des stratégies thérapeutiques adaptées.

Malgré la prévalence de la dépression et la bonne tolérance des antidépresseurs, la dépression reste sous diagnostiquée et insuffisamment traitée. Le diagnostic reste difficile et l'accès aux soins spécialisés problématique pour les médecins généralistes.

Trois freins principaux sont mis en avant : le délai de primo-consultation et d'avis de spécialistes en urgence ou semi-urgence, l'absence de retour d'informations au médecin traitant après une consultation de psychiatre ou une hospitalisation et la réticence des patients à voir un psychiatre. Ainsi, la moitié des patients déprimés consultent exclusivement leur médecin généraliste, y compris en cas de dépression sévère (dans 25 % des cas), sachant que seulement 30% des patients traités atteignent une rémission clinique. Cette faible réponse peut être en partie expliquée par des posologies ou une compliance au traitement insuffisantes. Il existe un paradoxe entre la consommation de psychotropes anormalement élevée en France et le sous-diagnostic de la dépression.

Par ailleurs, la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres est aujourd'hui insatisfaisante. Peu d'échanges de courriers (malgré des recommandations HAS publiées en mai 2011, non connues ou non suivies), peu de collaboration avec un sentiment pour les médecins généralistes de ne plus être au cœur de la prise en charge dès lors que le patient est confié à un psychiatre. Aujourd'hui, soit le patient est suivi exclusivement par le médecin généraliste, soit il est adressé vers un psychiatre sans véritable collaboration entre les deux disciplines, contrairement à d'autres pathologies chroniques (exemple du diabète où le patient consulte les spécialistes annuellement et le médecin généraliste assure le suivi quotidien et la coordination des soins).

En outre, une enquête menée entre septembre et décembre 2011 par l'ORS et l'URPS en Pays-de-la-Loire ainsi que 5 thèses de médecine générale soutenues entre 2015 et 2017 sur les 5 départements des Pays de la Loire mettent en évidence les mêmes résultats :

- Absence de retour d'informations de la part de la psychiatrie (78% contre 55% lors de l'enquête de panel en médecine générale fin 2011)
- Le recours à un avis spécialisé en psychiatrie en urgence est pourtant difficile voire très difficile pour 2/3 des médecins généralistes. Il l'est encore plus pour un patient nécessitant un avis en semi-urgence (près de 90%)
- L'accès des professionnels de santé mentale : jugé difficile pour 87% des médecins généralistes.
- Au plan démographique, on compte un nombre inférieur de psychiatres par nombre d'habitants (16,6 /100 000 habitants vs 22,8 au plan national), 40 % des psychiatres sont âgés de plus de 55 ans et 23 % des postes de praticiens hospitaliers psychiatres sont vacants.

On note donc à la fois une coordination insatisfaisante entre les professionnels des soins primaires et psychiatres avec une démographie psychiatrique peu favorable.

---

<sup>1</sup> Voir Annexe

Enfin la mortalité par suicide en Pays de Loire était de 26% supérieur au taux national en 2012, alors même que le taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide était de 18,5% inférieur au taux national (données 2013). Or, l'étude de Rhimer (1995) menée à Gotland (Suède), sur un territoire limité, montre bien que l'amélioration de la prise en charge de la dépression par une formation bien conduite et une meilleure articulation médecins généralistes/psychiatres permet une réduction du taux de suicide.

A l'origine, le projet est né de la volonté du service de psychiatrie du CHU d'Angers d'améliorer la prise en charge du patient dépressif en assurant une coopération entre psychiatres et médecins traitants. Le CHU d'Angers s'est tourné vers 2 MSP reconnues pour leur implication dans de nombreux projets coordonnés et présentant des caractéristiques distinctes :

- Un Pôle de santé (PSSOM) situé en Mayenne en zone très rurale, à une soixantaine de kilomètres d'Angers, et dans une zone où le taux de suicide est parmi les plus importants de la région Pays de la Loire
- une MSP (PSOA) de taille plus modérée et située en zone péri-urbaine à une vingtaine de kilomètres d'Angers.

Le projet initial s'adressait uniquement aux patients dépressifs pour lesquels un traitement antidépresseur et le recours au psychiatre semblait nécessaire. Cependant, l'échange né entre le service de psychiatrie du CHU et les MSP sur les cas concrets de terrain a conduit les acteurs à présenter un projet plus large de prise en charge de la dépression comprenant à la fois un suivi coordonné pour le patient dépressif sévère ou modéré mais aussi pour le patient dépressif léger, lequel est rencontré en majorité au sein des MSP.

## **II. Objet de l'expérimentation (Résumé)**

Le projet a pour objet la mise en place de deux parcours de soins de 8 mois pour le patient dépressif coordonné par le médecin traitant et associé à un paiement forfaitaire :

- un parcours pour le patient souffrant d'une dépression légère ou modérée sans antécédent
- un autre parcours pour le patient souffrant d'une dépression modérée avec antécédent ou sévère.

Ces parcours seront mis en œuvre après la formation par les psychiatres du CHU d'Angers des médecins et des professionnels de santé des 2 MSP aux recommandations de bonnes pratiques et outils d'évaluation de la dépression.

Le paiement forfaitaire du parcours de soins comprenant un ensemble de soins dispensés par divers professionnels : médecins généralistes, psychiatres, éventuellement psychologues, infirmières de psychiatrie, orthophonistes et pharmaciens permettra une vraie coordination entre les acteurs et favorisera le respect des recommandations et in fine l'amélioration de la prise en charge de la dépression. Le parcours de soin propose une gradation des soins en positionnant et articulant chaque professionnel autour du patient.



### III. Objectifs

#### 1. Objectifs stratégiques

Le projet a pour objectif d'améliorer la prise en charge de la dépression par les soins primaires en permettant aux médecins généralistes de mettre en place concrètement les recommandations de la HAS, en facilitant notamment la collaboration avec les psychiatres et autres professionnels impliqués dans la prise en charge. Le médecin généraliste est au cœur de la prise en charge et le psychiatre intervient à certains moments clés en cas de traitement médicamenteux. Cette collaboration, formalisée et source d'échanges de courriers standardisés, doit améliorer, pour partie, l'efficacité de soins de l'épisode dépressif.

#### 2. Objectifs opérationnels

- ✓ Améliorer le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé par l'utilisation systématique des critères CIM 10 et d'une échelle d'intensité de dépression
- ✓ Améliorer la prise en charge chimiothérapique de la dépression en soins primaires avec un monitoring suivant les recommandations de bonne pratique
- ✓ Améliorer l'information des patients et éventuellement de leur famille sur la dépression et le traitement
- ✓ Améliorer la collaboration médecins généralistes/psychiatres en facilitant le recours aux spécialistes
- ✓ Appréhender la dépression sous tous ses aspects : cliniques, neuropsychologiques, par une collaboration pluriprofessionnelle associant soins primaires, psychiatre, IDE de psychiatrie, neuropsychologue ou orthophoniste, pharmacien et psychologue.

**L'enjeu** est double :

- pour les **patients** en améliorant la prise en charge globale de la dépression et en limitant les risques de rechutes et récives et donc l'évolution vers une chronicité ;
- pour les **professionnels** en favorisant la collaboration interprofessionnelle.

#### IV. Description du projet

##### 1. Modalités d'interventions et d'organisation proposées (services/parcours/outils)

En pratique et conformément aux recommandations HAS, le projet prévoit la mise en place du parcours suivant :

- **Préalable :**

Formation par les psychiatres du CHU de l'ensemble des médecins généralistes et des professionnels de santé concernés des 2 MSP aux outils d'évaluation de l'épisode dépressif caractérisé (Critères CIM 10, Echelle de Beck, outil d'évaluation du patient, tels que recommandés).

- **Puis pour chaque patient :**

1. **Identification d'un épisode dépressif caractérisé par le médecin généraliste : 1ere consultation par le médecin généraliste**

- ✓ Examen clinique avec vérification des critères de l'épisode dépressif caractérisé (CIM 10)

- ✓ Mesure de l'intensité de l'épisode par la passation d'une échelle de dépression (auto-questionnaire de dépression de Beck, 1961, version 21 items).

*Aujourd'hui, malgré cette recommandation de la HAS (octobre 2017), les médecins généralistes n'utilisent que très rarement cet outil qui vient en supplément de l'évaluation clinique pour orienter la conduite thérapeutique à tenir. Le score à l'échelle de Beck permet de quantifier l'intensité de la dépression, ce qui déterminera le parcours de soins proposé au patient dans le cadre de cette expérimentation*

2. **Selon l'intensité de la dépression (score à l'échelle de Beck) :**

*Les recommandations HAS distinguent 3 situations : dépression légère, modérée ou sévère avec un arbre décisionnel en fonction de ces 3 situations. Pour résumer les recommandations :*

- ✓ *en cas de dépression légère : pas de traitement médicamenteux, psychothérapie par le médecin généraliste ou un psychologue +/- avis d'un psychiatre avec ou sans psychothérapie*

- ✓ *en cas de dépression modérée : psychothérapie de soutien par le médecin généraliste ou psychothérapie de soutien par le médecin généraliste + traitement antidépresseur +/- avis d'un psychiatre avec ou sans psychothérapie*

- ✓ *en cas de dépression sévère : traitement antidépresseur et avis d'un psychiatre avec psychothérapie*

*Pour simplifier, lorsque la dépression est légère, le traitement repose sur le médecin généraliste +/- un psychologue et lorsque la dépression est sévère, le traitement est médicamenteux et est managé par un psychiatre. La dépression modérée est intermédiaire, le traitement reposant sur les médecins généralistes, avec ou non un traitement médicamenteux.*

Précisément, pour cette expérimentation, nous faisons le choix de ne faire que deux bras et non 3 :

- a. soit le patient présente une **dépression légère** (score à l'échelle de Beck entre 10 et 18) **ou modérée et sans antécédent** d'épisode dépressif ou de tentative de suicide ou de suicide familial (Beck entre 19 et 29)
- b. soit le patient présente une **dépression modérée avec antécédent** d'épisode dépressif ou de tentative de suicide ou de suicide familial (Beck entre 19 et 29) ou une **dépression sévère** (Beck entre 30 et 63)

*En effet, il existe une corrélation entre le risque de récurrence et le nombre d'épisodes dépressifs antérieurs. Plus ce nombre est élevé, plus le risque de récurrences est important. De plus, plus le nombre d'épisode antérieur est important, plus le risque de résistance au traitement est important. Par ailleurs, le principal facteur de risque de suicide étant la dépression, nous avons considéré que la présence de ces trois critères, faciles à identifier (antécédent d'épisode dépressif et/ou antécédent de tentative de suicide et/ou suicide familial), justifiait le fait de proposer pour les dépressions modérées avec antécédent le même schéma que celui de la dépression d'intensité sévère (tel que proposé dans les recommandations), afin de favoriser une meilleure évolution.*

**Ainsi,**

**a. Si la dépression est sévère ou modérée avec des antécédents de dépression et/ou de tentative de suicide :**

• **Semaine 1 :**

- ✓ Consultation chez le médecin généraliste pour la prescription d'un traitement antidépresseur et courrier au pharmacien
- ✓ A la mise en route du traitement : entretien pharmaceutique avec le pharmacien, afin d'expliquer le traitement au patient (l'objectif étant de maximiser la compliance au traitement par une information répétée)

• **Semaine 2 :** consultation par le médecin généraliste pour vérifier la compliance et la tolérance au traitement et courrier au psychiatre

• **Semaine 3 :**

- ✓ consultation auprès d'un médecin psychiatre pour évaluer la réponse au traitement, le cas échéant proposer une augmentation de posologie voire envisager une modification de classe thérapeutique. Une partie de réponse partielle ou non réponse au traitement est très souvent liée à une trop faible posologie utilisée ou une non compliance. Un courrier sera adressé au MG, reprenant la stratégie thérapeutique à mettre en œuvre.
- ✓ visite auprès d'une infirmière de psychiatrie pour une information sur la dépression (vidéo de l'OMS « le chien noir »), son évolution et la nécessité de la poursuite du traitement sur une durée suffisante. De nombreux patients déprimés arrêtent leur traitement antidépresseur après 1 à 2 mois, au lieu des 6 mois minimaux, favorisant alors les rechutes dépressives et la chronicité de la maladie.

• **Semaine 4 :** consultation par le médecin généraliste pour vérifier la compliance, la tolérance et la réponse au traitement

- **2<sup>e</sup> mois** : 2 à 4 consultations chez le MG pour vérifier la compliance, la tolérance et la réponse au traitement
- **3e mois** :
  - ✓ Consultation MG pour vérifier la compliance, la tolérance et la réponse au traitement + évaluation des fonctions cognitives avec un MOCA test par le MG. Si des troubles cognitifs persistent, malgré une récupération symptomatique, il propose un bilan neuropsychologique (réalisé par une neuropsychologue au CHU ou par une orthophoniste de la MSP, au choix du patient, avec la proposition d'une dizaine de séances de remédiation cognitive (portant en particulier sur les fonctions exécutives et d'inhibition, hors forfait parcours). Un compte-rendu sera adressé au MG et au psychiatre. Les fonctions cognitives sont souvent peu évaluées dans la dépression. Or, les troubles mnésiques ou attentionnels peuvent être à l'origine de difficultés de vie quotidienne, en particulier professionnelles, des patients déprimés, conduisant à des arrêts de travail longs. Un ajustement posologique du traitement antidépresseur peut permettre une amélioration cognitive, ainsi que la réalisation d'une rééducation orthophonique ou neuropsychologique. Là encore l'efficacité de soins s'en trouvera améliorée, par un retour plus rapide au travail.
  - ✓ Consultation chez le psychiatre avec courrier au MG pour la poursuite du traitement ou éventuellement une modification de traitement. Cette consultation permettra aussi d'informer sur la possibilité d'une prise en charge en psychothérapie par un psychologue.
  - ✓ proposition au patient et à son entourage d'une consultation de l'infirmière de psychiatrie pour une information auprès de la famille. Il faut plusieurs semaines avant que le patient ne récupère un niveau de fonctionnement satisfaisant, ce qui est parfois difficilement compréhensible pour l'entourage. La dépression est souvent considérée non comme un état pathologique mais comme un manque de courage ou d'envie sans considérer les aspects neurobiologiques sous-jacents. Une information bien conduite auprès de l'entourage permet une meilleure compliance pour le patient et évite les arrêts prématurés de traitement. Un compte rendu sera adressé au MG.
- **A partir du 4<sup>ème</sup> mois**, et selon le choix conjoint du patient et du médecin généraliste (intérêt thérapeutique et acceptation du patient), des consultations auprès d'un psychologue de la maison de santé peuvent être mises en place. Si ce choix est fait, le nombre de consultations auprès du médecin généraliste sera réduit. En effet, dans ce cas, le suivi psychothérapeutique sera réalisé par le psychologue, qui en rendra compte au médecin traitant. Cependant, le suivi par le médecin généraliste sera allégé mais continu pour assurer l'évaluation du patient et le suivi de ses prescriptions éventuelles (arrêt de travail notamment). Donc, soit le patient bénéficie de 4 à 8 consultations par le MG, soit de 2 à 3 consultations par le MG + 3 à 6h de psychologue (pouvant être réalisées en séances de 30, 45 ou 60 minutes selon l'intérêt thérapeute et du choix conjoint des patients/praticiens). Au total, le nombre d'interventions réalisées par un professionnel de santé (MG ou psychologue) sera au nombre de 8 au maximum.
- **8è mois** :
  - ✓ Consultation chez le médecin psychiatre (soit 6 mois après une rémission clinique) afin d'évaluer la rémission complète (échelle de Beck) et la possibilité d'arrêter le traitement. Cette consultation permet d'éviter les prescriptions prolongées et possiblement inutiles de traitement antidépresseur. Normalement, un traitement bien conduit doit permettre une rémission clinique et une guérison

de l'épisode dépressif en 8 mois, or il est assez fréquent de voir des prescriptions d'antidépresseur à faible posologie sur 10 à 20 ans.

✓ Consultation de fin de protocole chez le MG

- Des consultations intermédiaires chez le psychiatre pourront avoir lieu à la demande du médecin généraliste ou du patient. Elles pourront avoir lieu en « présentiel » ou en téléconsultation pour améliorer l'accès aux soins, notamment pour le PSSOM en zone rurale éloignée. Les téléconsultations seront réalisées via la plateforme Quimed déployée au CHU.

#### **b. Si la dépression est d'intensité légère ou modérée sans antécédent**

- Pas de traitement antidépresseur
- Suivi régulier par le médecin généraliste sur le même schéma (une consultation par semaine le 1<sup>er</sup> mois, puis tous les 15 jours pendant deux mois, puis tous les mois jusqu'au 8<sup>ème</sup> mois.
- Selon le choix conjoint du patient et du médecin généraliste (intérêt thérapeutique et acceptation du patient), des consultations auprès d'un psychologue de la maison de santé peuvent être mises en place (recommandations HAS). Si ce choix est fait, le nombre de consultations auprès du médecin généraliste sera réduit. En effet, dans ce cas, le suivi psychothérapeutique sera réalisé par le psychologue, qui en rendra compte au médecin traitant. Cependant, le suivi par le médecin généraliste sera allégé mais continu pour assurer l'évaluation du patient et le suivi de ses prescriptions éventuelles (arrêt de travail notamment).
- Du 2e mois au 7<sup>e</sup> mois : soit 11 consultations MG ou 3 consultations MG + 6h de psychologue (pouvant être réalisées en séances de 30, 45 ou 60 minutes selon l'intérêt thérapeute et du choix conjoint des patients/praticiens) avec rédaction d'un courrier permettant de noter l'amélioration clinique du patient (notamment amélioration de la thymie, des fonctions instinctuelles telles que sommeil et alimentation, de l'activité, l'existence d'idées suicidaires...)
- A tout moment, évaluation par le médecin généraliste de l'évolution de la dépression. Si la symptomatologie persiste ou s'aggrave, l'avis auprès d'un psychiatre est possible pour évaluer l'éventuelle progression vers une dépression modérée à sévère.
- A huit mois, consultation de bilan par le médecin généraliste avec passation d'une échelle de Beck et sortie du protocole.

### **3. Modalités de sortie de l'intervention et suivi post-intervention**

Dans les deux groupes, l'intervention prend fin à J1 + 8 mois. Une évaluation est réalisée, soit par le psychiatre (dépression sévère ou modérée avec antécédent), soit par le généraliste (dépression légère ou modérée sans antécédent), à l'aide de l'échelle de Beck.

#### **a. Sortie en rémission**

Si le patient est en rémission, le traitement est alors arrêté, en décroissance progressive, selon les recommandations.

#### **b. Sortie avec prolongation de prise en charge**

Si le patient n'est pas encore en rémission, il revient dans le droit commun, ses soins sont prolongés et l'équipe de la MSP évalue les soins proposés, avec les mêmes critères de suivis que ceux du forfait.

### **c. Changement de groupe**

A 2 mois du forfait dépression légère ou modérée sans antécédent, l'évaluation par le médecin généraliste de l'évolution de la dépression à l'aide de l'échelle de Beck peut conduire à faire passer le patient dans l'autre forfait. Si la symptomatologie persiste ou s'aggrave, l'avis auprès d'un psychiatre est possible pour évaluer l'éventuelle progression vers une dépression modérée à sévère. Un traitement est alors introduit et la prise en charge se poursuit selon les modalités de l'autre forfait.

## **4. Coordination**

La mise en œuvre du projet nécessite du temps de coordination administratif, infirmier et médical.

Au niveau du PSOA et du PSSOM, ce temps de coordination concernera notamment :

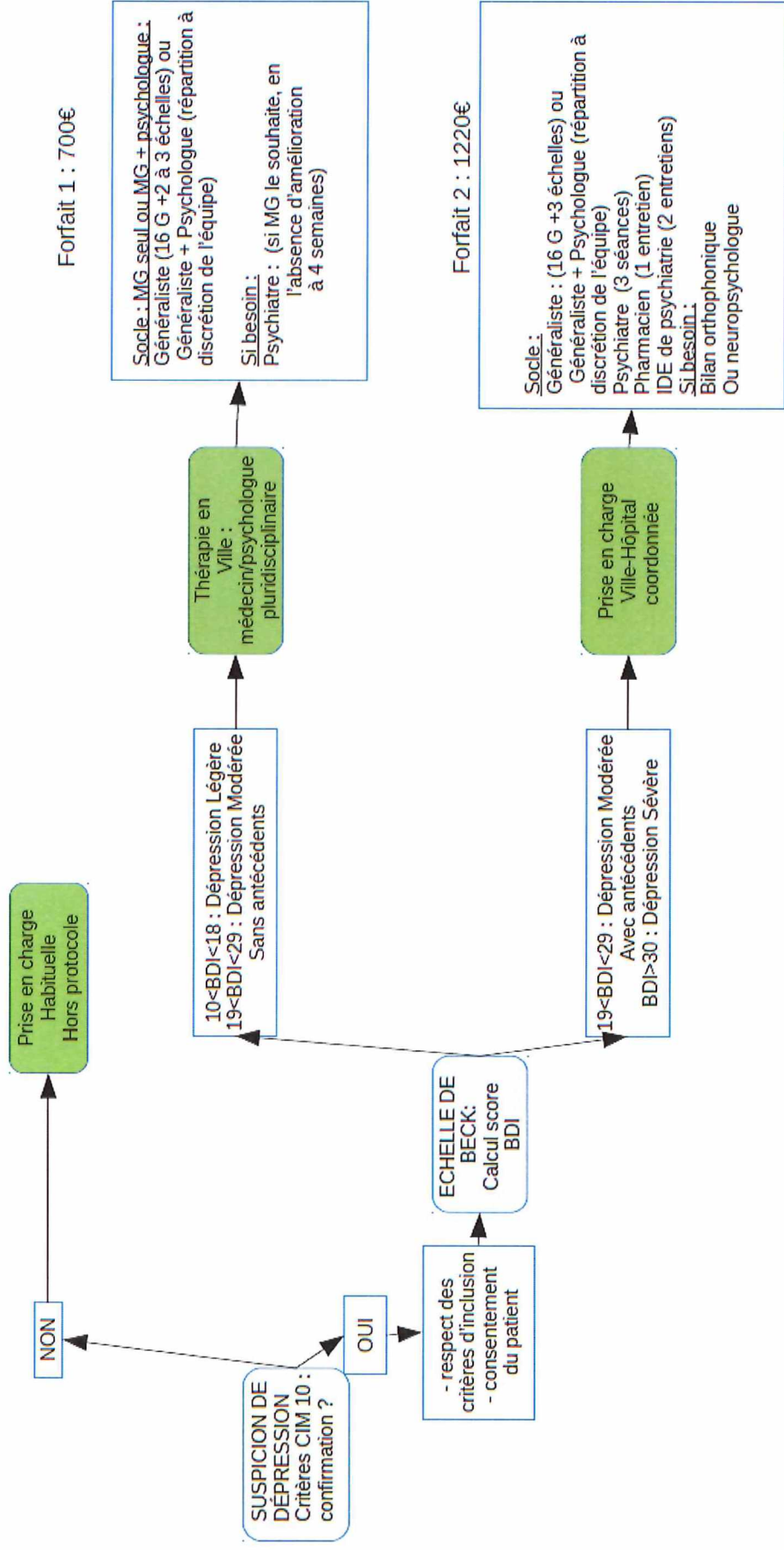
- La programmation des rendez-vous
- le suivi de parcours des patients
- la mise en place et le suivi d'un système d'information partagé
- la répartition des forfaits et la rémunération des acteurs
- la mise en place de téléconsultations psychiatriques le cas échéant.

Au sein du service de psychiatrie du CHU, le temps de coordination concernera :

- la coordination des soins
- l'écriture des courriers, leur relecture, leur transmission
- les appels téléphoniques et le suivi des familles le cas échéant
- la mise en place de téléconsultations psychiatriques le cas échéant.

## SCHEMA RECAPITULATIF DU PARCOURS PATIENT

Période	Description du contenu du forfait
J1	<p>1<sup>ers</sup> consultation chez le MG</p> <p>Détection d'une dépression par la CIM10</p> <p>Réalisation de l'échelle de Beck et orientation sur l'un ou l'autre parcours de soins</p> <p>Recueillir l'accord du patient à l'entrée dans le dispositif</p>
M1	<p>Dépression légère ou modérée sans antécédent</p> <p>4G <u>ou</u> à discrétion 2G + 1 à 2h de psychologue à 45€/h</p> <p>Courriers MG/psychologues</p> <p>S1 : G+courriers au pharmacien+ prise de rdv psychiatrie</p> <p>S1 : entretien pharmacutique + courrier au médecin</p> <p>S2 : G+courrier au psychiatre</p> <p>S3 : Psychiatre GS + courrier, réévaluation du traitement</p> <p>S3 : consultation infirmière de psychiatrie</p> <p>S4 : G</p>
M2	<p>Dépression modérée avec antécédent ou sévère</p> <p>2 à 4G</p>
M3	<p>S10 G+MOCA test</p> <p>Et selon résultat du MOCA :</p> <p>Bilan neuro psychologique</p> <p>Consultation psychiatre en présentiel ou téléconsultation</p> <p>Consultation familiale IDE de psychiatrie</p> <p>S12 : G</p>
M4	<p>4 à 8G <u>ou</u>, à discrétion (choix commun médecin et patient), 2 ou 3 G +</p>
M5	<p>3 à 6h de psychologue à 45€/h pouvant être réparties en séances de 30,</p>
M6	<p>45 ou 60 minutes selon les besoins du patient</p>
M7	
M8	<p>1G bilan</p> <p>1GS psychiatre bilan + échelle en présentiel ou téléconsultation =</p> <p>courrier</p> <p>1G bilan</p>





## 2. Population Cible

L'expérimentation concerne les **patients adultes** souffrant d'un **épisode dépressif caractérisé**, sachant qu'environ 30 % des consultations en soins primaires concernent une souffrance psychique, que la dépression affecte 5% de la population et qu'on considère que 16 à 17% des Français présenteront un épisode dépressif à un moment de leur vie.

Compte tenu du descriptif du projet, pourront être inclus dans l'expérimentation les patients présentant :

- un premier épisode dépressif (sans antécédent, patient jamais suivi pour dépression) => FORFAIT 1 ou FORFAIT 2 selon diagnostic
- un nouvel épisode dépressif sans aucune inclusion à l'expérimentation précédemment (patient déjà connu pour un ou des épisodes dépressifs mais n'ayant pas suivi le protocole) => FORFAIT 2 (sans forfait 1 précédent)
- un nouvel épisode dépressif faisant suite à un premier épisode dépressif qui a été pris en charge dans le cadre de l'expérimentation => FORFAIT 2 faisant suite à un FORFAIT 1

Dans le cadre de l'expérimentation, les patients concernés sont ceux qui consultent un médecin généraliste au sein de l'une des **2 maisons de santé pluri-professionnelles** porteuses du projet. Les communes desservies par les 2 MSP sont constituées d'une population globale d'environ 40 000 personnes.

### a. Critères d'inclusion

Tous les patients adultes dont la suspicion de dépression est confirmée par les critères de la CIM 10. Les sous-groupes seront ceux de l'échelle d'évaluation de Beck :

- < 10 : pas de dépression : sortie de protocole.
- Entre 10 et 18 ou entre 19 et 29 sans antécédents : prise en charge en soins primaires uniquement.
- Entre 19 et 29 avec des antécédents OU > 30 même sans antécédents familiaux : mise en route du traitement et prise en charge soins primaires + psychiatre.

### b. Critères d'exclusion

Ne peuvent être inclus dans l'expérimentation :

- Un patient mineur,
- Un patient refusant le protocole,
- Un patient ayant déjà un suivi pour dépression en cours,
- Un patient suivi pour une pathologie psychiatrique,
- Un patient ayant des antécédents de non-compliance ou susceptible d'être non-compliant ou dans l'impossibilité de donner un consentement libre et éclairé.

*Remarque : le médecin généraliste reste juge d'inclure ou non un patient dans le dispositif selon son estimation de la pertinence à le faire. Par exemple, le dispositif semble inadapté pour des patients présentant un syndrome dépressif secondaire à une pathologie lourde (comme une pathologie cancéreuse).*

## 3. Effectifs concernés par l'expérimentation

Le nombre de patients estimé à 114 par an, pour l'ensemble des deux MSP, soit 228 sur deux ans. Ce nombre a été déterminé d'après la prévalence de la dépression et la taille des patientèles des deux MSP.

#### **4. Professionnels concernés dans la mise en œuvre de l'expérimentation**

Les professionnels de santé concernés par l'expérimentation sont :

- les médecins libéraux des 2 MSP expérimentatrices, soit 25 médecins généralistes (7 pour le PSOA et 18 pour le PSSOM)
- les psychiatres du service de psychiatrie addictologie du CHU d'Angers, soit 4 psychiatres
- les infirmières de psychiatrie du CHU d'Angers
- les pharmaciens de Bécon les Granits, et les 7 pharmacies du Pays de Craon
- les psychologues des 2 MSP. Ce sont des psychologues cliniciens ou psychothérapeutes, répondant aux critères du Décret n° 2012-695 du 7 mai 2012 modifiant le décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute, exerçant dans le territoire de l'expérimentation ou territoire limitrophe, inscrit(e) dans le fichier ADELI géré par l'ARS. Il /elle devra avoir une activité libérale ou mixte avec au moins 2 ans d'expérience.

Seront aussi concernés (mais leurs soins seront pris en charge en sus du forfait) :

- les orthophonistes des 2 MSP
- les neuropsychologues du CHU

Dans un second temps, les psychiatres et psychologues des CMP des secteurs concernés.

#### **5. Terrain d'expérimentation**

##### **Le PSOA**

Le PSOA se déploie sur le territoire de la Communauté de Communes des Vallées du Haut Anjou (CCVHA). La CCVHA est elle-même située sur le territoire de l'Anjou Bleu, constituée de deux communautés de communes : Anjou Bleu Communauté (ABC) et la Communauté de Communes des Vallées du Haut Anjou (CCVHA).

Le diagnostic territorial met en évidence les données suivantes :

- Une espérance de vie à la naissance dans le Maine-et-Loire supérieure à la région et à la France en 2015 aussi bien pour les hommes (79,8 ans) que pour les femmes (85,8) contre 79 et 85,1 ans respectivement en France
- Un taux de mortalité comparable à la France
- Une sous mortalité prématurée (indice comparatif (IC) 86, parmi les moins de 65 ans, 2009-2013. (Inserm CépiDc)
- Une sous mortalité infantile dans le département
- Pas d'indicateurs défavorables concernant la mortalité spécifique selon les grandes pathologies
- Une moindre admission en Affection de Longue Durée (ALD) quelle que soit la pathologie (indice comparatif (IC): 86, 2012-2014. (Champ : ALD sur liste ; régime général, régime agricole, régime social des indépendants, Cnamts, CCMSA, RSI).
- La participation aux campagnes de dépistage des cancers est plutôt bonne (Taux standardisé de participation au dépistage organisé du cancer du côlon-rectum 42%, 2015-2016. (Santé publique France)), (Taux (standardisé) de participation au dépistage organisé du cancer du sein 61%, 2015-2016 (Santé publique France))
- Un moindre recours hospitalier en psychiatrie sur le département
- Une moindre admission en Affection Longue Durée (ALD) pour troubles mentaux et troubles du comportement

Le diagnostic territorial du CLS relève les points suivants :

- Une démographie médicale fragile avec une densité de médecins généralistes de 6.8 pour 10000 habitants, soit une densité inférieure à la région (8,6) et la France (9,1). Fragilité accentuée par le fait que 45% des professionnels a plus de 55 ans.
- Les médecins évoquent des difficultés à trouver des remplaçants pour les périodes de vacances, moins souvent pour ceux organisés en maison ou pôle, mais plus fréquemment pour les médecins isolés.
- Il y a 30 infirmier(e)s sur le territoire, soit une densité d'infirmier(e)s libéraux (8,5 pour 10000 habitants) supérieure à la région, mais inférieure à la France (13,6).
- Il y a 21 kinés sur le territoire, soit une faible densité de masseurs-kinésithérapeutes (5,9), inférieure à la région (8,4) et à France (9,9), malgré quelques installations
- Il y a 7 dentistes dont 2 ayant plus de plus de 55 ans sur le territoire, soit une très faible densité de dentistes (2) par rapport au niveau national (5,3) avec en corollaire : 28% des dentistes ont plus de 55 ans.
- On recense des médecins spécialistes libéraux :
  - o 1 dermatologue (Grez-Neuville)
  - o 1 psychiatre libéral (Grez-Neuville)
  - o 2 ophtalmologistes (Bécon-les-Granits et Segré)
- L'accès aux spécialistes se fait majoritairement en dehors du territoire avec des délais de rendez-vous parfois très longs.
- Il n'y a pas d'établissement de santé sur la CCVHA
- Il n'y a pas de PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) sur la CCVHA.
- EHPAD : Bécon, Vern Le Lion, Châteauneuf, Champigné, Miré, Chenillé Changé

Ces indicateurs mettent en évidence un manque de professionnels de santé libéraux surtout médecins généralistes, dentistes, kinésithérapeutes et spécialistes sur le territoire. Par ailleurs, les orthophonistes du territoire s'inquiètent d'un allongement des délais d'attente pour leur patientèle.

Ainsi, les médecins généralistes du territoire, du fait de leur nombre insuffisant et, de facto, de leur forte activité, peinent à faire face à l'ensemble des demandes de soins. Plusieurs d'entre eux ne prennent pas de nouveaux patients du fait de la surcharge d'activité actuelle. Toutefois, l'organisation des médecins en ESP et ESP CLAP de la CCVHA permet à ceux-ci de rencontrer ces problématiques dans une moindre mesure, et de développer une organisation permettant de ne pas refuser de nouveaux patients.

#### **Le PSSOM :**

Le Sud-Ouest Mayennais est issu de la fusion de 3 communautés de communes qui constituent un territoire rural de 29 300 habitants appelé « Pays de Craon ». Il correspond au bassin de vie de la population et comprend 37 communes dont 3 principales (Renazé, Craon et Cossé le Vivien) de 2500 à 4500 habitants chacune.

Il se caractérise par :

- Une population vieillissante : 13.6% de personnes âgées de 75 ans et + (10.7% au niveau national) *Sources : CNAM*
- *Un indice de défavorisation plus élevé sur les territoires de Craon et Renazé par rapport au niveau départemental et régional. Cette précarité peut entraîner des difficultés d'accès aux soins, qui peuvent être notamment liées à des problèmes de mobilité ou financiers (ex : accès au psychologue).*
- Un régime agricole (20% des personnes affiliées) nettement plus représenté qu'au niveau départemental et national (4.6%). *Sources : CNAM*
- Des affections longue durées supérieures aux niveaux nationaux notamment pour les affections psychiatriques, *Sources : CNAM*
- Une mortalité par suicide importante en Mayenne, avec un taux supérieur à la moyenne nationale (+37%)
- Une zone déficitaire en professionnels de santé, particulièrement pour les médecins généralistes, les dentistes, les masseurs kinésithérapeutes et les orthophonistes.

- Des difficultés d'accès aux soins de second recours. Pour accéder aux professionnels de second recours, les habitants doivent se déplacer à Laval, Château Gontier ou Angers. Le pôle de santé, en lien avec le centre hospitalier de proximité, essaie de faciliter l'accès aux spécialistes, notamment par l'accueil de permanences à Craon et Renazé, d'un cardiologue, d'un pneumologue, du CMP et d'un chirurgien viscéral. Des projets de téléconsultations sont également en cours de réflexion. L'accès aux psychiatres est particulièrement difficile sur le territoire. En effet, la Mayenne présente une densité les plus faibles de psychiatres des pays de la Loire (11.8 pour 100 000 habitants), nettement inférieures à celle observée au plan national (23 pour 100 000 habitants) (*Source : Démographie des médecins en pays de la Loire : Psychiatre 11 Avril 2019 – Observatoire Régional de la Santé*), alors que le Sud Mayenne se caractérise par une fréquence de suicide supérieure à la moyenne nationale et départementale.
- Des difficultés de coordination entre le 1<sup>er</sup> et le second recours

## **6. Durée de l'expérimentation**

La durée de l'expérimentation est de 3 ans.

Chaque parcours de soin a une durée de 8 mois. L'expérimentation prévoit d'inclure des patients pendant 2 années. La durée de l'expérimentation envisagée est donc de 2 ans + 8 mois (à l'issue de la dernière inclusion).

### **a. Planning prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre du projet d'expérimentation**

- Phase 1: Formation des professionnels des 2 MSP par les psychiatres du CHU : avril 2020
- Phase 2: Première inclusions : mai 2020
- Phase 3: Evaluation intermédiaire du protocole : avril 2021
- Phase 4 : Fin des inclusions : mai 2022
- Phase 5 : Suivi des derniers inclus : mai à novembre 2022

## **7. Gouvernance et suivi de la mise en œuvre**

Chaque porteur est le garant de la mise en œuvre de l'expérimentation au sein de son équipe. Le suivi et la récupération des données, ainsi que la redistribution du forfait seront assurés par un référent de chaque équipe, comme le/la coordinateur/trice.

Il incombe à chaque équipe de créer les outils de surveillance des données, selon l'équipement de système d'information en place. Idéalement, un système d'information pluriprofessionnel permettra à chaque intervenant de mettre en œuvre et de suivre le parcours coordonné du patient, et au coordinateur de récupérer les données d'évaluation prédéfinies. Un formulaire de protocole pourra être créé à cet effet.

## V. Financement de l'expérimentation

### 1. **Modèle de financement**

Le modèle de financement proposé est un financement au parcours de soins.

Deux parcours de soins de 8 mois sont proposés :

- L'un pour la prise en charge de la dépression légère ou modérée sans antécédent
- L'autre pour la prise en charge de la dépression modérée avec antécédent(s) ou sévère.

Les forfaits correspondent à la prise en charge globale d'un patient. Il est dû dans sa globalité pour chaque patient entrant dans le protocole.

Pour chacun des forfaits, on décrit dans le tableau ci-dessous le montant global et ce qu'il comprend.

	<b>Dépression légère et modérée sans antécédent</b> <b><u>700€</u></b>	<b>Dépression modérée avec antécédent et sévère</b> <b><u>1220€</u></b>
<b>Quoi</b>	<b>nombre</b>	<b>nombre</b>
Consultations MG  <b><u>OU</u></b> Consultations MG + psychologue sans reste à charge	16 C  <b><u>OU</u></b> 6 C + 6h psychologue*	16 C  <b><u>OU</u></b> 6 C + 6h psychologue*
Bilan MG (Beck ou MOCA test)	2 ou 3 (si besoin): entrée, sortie, +/- réévaluation en cas d'aggravation	3 bilans : - Beck à l'entrée et à la sortie - MOCA à 3 mois
Consultations d'1h Infirmière psy	0	2
Consultations Psychiatre	1 CS (si besoin) (+ Beck supplémentaire dans ce cas)	3 CS
Bilan neuro-psy ou orthophonique	0	1 (si besoin)
Revue de médication pharmacien	0	1
Coordination MSP + CHU	oui	oui

\* Les heures de psychologues sont réparties en séances de 30, 45, ou 1 heure en fonction des besoins du patient. Par ailleurs, conformément au descriptif du forfait (IV p. 7 à 9), la répartition entre le nombre de consultations chez le médecin généraliste et le nombre d'heure de psychologue se décide conjointement entre le médecin généraliste et le patient. Une moyenne de 6 consultations MG et 6h de psychologue permet de déterminer le forfait, mais cela est modulable selon les modalités décrites supra.

Sont, notamment, exclus des forfaits, et donc pris en charge en sus, dans le respect de la réglementation :

- Les médicaments
- Les arrêts de travail
- Les transports
- La rééducation éventuelle par un neuropsychologue ou un orthophoniste suite au bilan neuropsychologique effectué
- Les séances de kinésithérapie et autres soins d'auxiliaires médicaux
- Les éventuelles consultations pour des pathologies intercurrentes

Par ailleurs, les consultations de psychologue au-delà du nombre d'heures incluses dans le forfait seront à la charge du patient.

## 2. Modalité de financement de la prise en charge proposée

### a. Méthode de calcul utilisée

#### Montant des forfaits :

Les montants des forfaits a été fixé à partir des montant conventionnels de la NGAP. Le montant retenu pour les séances éventuels de psychologue est de 45€/h, montant retenu dans divers expérimentation en cours.

Quoi	Dépression légère et modérée sans antécédent			Dépression modérée avec antécédent et sévère		
	nombre	coût unitaire	coût	nombre	coût	coût
Consultations MG	16	25	400,00 €	16	25	400,00 €
<b>OU</b>						
Consultations MG + psychologue (6h à 45€/h soit 8 séances de 45min) sans reste à charge	6*	25		6*	25	
	6*	45	420,00 €	6*	45	420,00 €
Bilans MG	2	69,12	138,24 €	3	69,12	207,36 €
Consultations d'1h Infirmière psy				2	35	70,00 €
Psychiatre+Beck suppl dans forfait 1	si besoin		57,91 €	3	46,7	140,10 €
Bilan neuro-psy ou orthophonique				si besoin, selon MOCA	200	200,00 €
Revue de médication pharmacien				1	60	60,00 €
Coordination MSP + CHU dans forfait 2	1	85	85,00 €	1	135	135,00 €
TOTAL			691,15 €			1 222,46 €
TOTAL ARRONDI			700,00 €			1 220,00 €
Nombre de patient concernés sur 2 ans	7 patient sur 10, soit	160	112 000,00 €	3 patient sur 10 sur 2 ans soit	68	82 950,00 €
TOTAL DU BUDGET FORFAIT		194 960,00 €				

\* Conformément au descriptif du forfait (IV p. 7 à 9), la répartition entre le nombre de consultations chez le médecin généraliste et le nombre d'heure de psychologue se décide conjointement entre le médecin généraliste et le patient. Une moyenne de 6 consultations MG et 6h de psychologue permet de déterminer le forfait. On convient cependant, et cela sera évalué, que la répartition puisse se faire différemment, dans la limite du montant de 420€.

A partir de ces calculs :

- le montant du forfait « dépression légère ou modérée sans antécédent » estimé est arrondi à 700€
- le montant du forfait « dépression modérée avec antécédent ou sévère » estimé est arrondi à 1220€

Une évaluation intermédiaire étant prévue après un an d'expérimentation, le forfait pourra être réajusté par avenant selon l'utilisation ou non des budgets par les équipes de soins primaires et hospitalière. Il conviendra d'être particulièrement vigilants concernant la répartition entre les 2 bras de l'étude, la consommation en bilan orthophonique/neuropsychologue, le recours au psychiatre et au psychologue.

Enfin, les porteurs évaluent, à partir de leur patientèle courante que, sur 10 patients détectés pour une dépression, 7 sont concernés par une dépression légère ou modérée sans antécédent et 3 sont concernés par une dépression modérée avec antécédent ou sévère.

Ainsi, le budget global pour la prise en charge des parcours de soins des 228 patients sur 2 ans est de 194 960 €

### Frais d'ingénierie

<b>CRÉATION DU PROTOCOLE</b>		
<b>Investissement initial</b>	<b>Description</b>	<b>Montant</b>
Réunions du comité de pilotage	10 réunions de 2h avec 6 professionnels + frais de déplacements	9 500 euros
Formation des professionnels des MSP par le CHU : 2 réunions	2h, pour 25 professionnels du PSSOM*	8 100 euros
	2h pour 25 professionnels du PSOA (formation de l'ensemble des membres de la MSP)*	<u>Soit</u> : 500€ pour CHU + 76€/h pour 2h de travail par participant**
Formation coordination, création d'outils	Création des fichiers, formation des cadres et secrétaires Créer des formulaires de suivi patient. 3 professionnels, 15h chacun	3 420 euros <u>Soit</u> : 76€/h pour 15h de travail par participant
<b>TOTAL mise en place du protocole</b>		<b>Total : 21020 euros</b>

\*Au sein du PSSOM et du PSOA, les formations sont proposées à l'ensemble des professionnels de santé, qu'ils soient ou non concernés par l'expérimentation. L'objectif de cette proposition large est d'assurer une cohérence dans le suivi des patients et une inter-connaissance des protocoles proposés. Le nombre de 25 participants est un nombre moyen de participants effectifs constaté lors de précédentes formations proposées.

\*\*Au sein de PSSOM et du PSOA, un choix a été fait de rémunérer les formations au même montant de 76€/h quelle que soit la catégorie de professionnel de santé.

### **Modalités de versement et de répartition du forfait :**

Les modalités de facturation seront définies dans la convention de financement conclue entre le porteur et la caisse nationale d'assurance maladie.

### 3. Estimation des coûts de la prise en charge actuelle et des coûts évités /économies potentielles

Une étude réalisée par la Coordination régionale GDR de l'Assurance Maladie en avril 2019<sup>2</sup> détaille les coûts de prise en charge du patient dépressif en 2016. Le coût annuel d'un patient pris en charge pour dépression varie de 5.105 € à 12.381 € selon que le patient souffre seulement de dépression ou de dépression avec pathologies associées. Pour comparaison, le coût moyen de soins d'un patient français non atteints de dépression est de 2.215 €.

Les postes de dépenses les plus divergents entre les patients atteints ou non de dépression sont :

- Les indemnités journalières (arrêts de travail) et prestations d'invalidités (dépenses annuelles moyennes de 10 fois plus élevées pour le patient dépressif)
- Les frais d'hospitalisation (dépenses annuelles moyennes près de 30 fois plus élevées pour le patient dépressif)

C'est précisément sur ces indicateurs que l'expérimentation ambitionne d'apporter une amélioration, en diminuant les coûts d'hospitalisation et d'indemnités journalières.

Par ailleurs, une diminution du coût des médicaments pourrait être attendue par la limitation des prescriptions d'antidépresseurs aux dépressions modérée avec antécédent ou sévère et une limitation des durées de traitement conformément aux recommandations HAS. Les études montrent cependant que les posologies devraient être augmentées (sur de plus courtes durées) dans certains cas, ce qui pourrait occasionner une augmentation des dépenses de médicaments pour certains patients.

Les recours au psychiatre devraient augmenter par rapport à l'existant, occasionnant des dépenses de spécialiste complémentaires.

Concrètement, l'étude la Coordination régionale de l'Assurance Maladie sus-citée montre les dépenses annuelles moyennes en 2016 ci-dessous pour les patients dépressifs présentant ou non des troubles associés :

	Patients traités pour une dépression et autres troubles de l'humeur et sans autre pathologie somatique ou psychiatrique	Patients traités pour une dépression et autres troubles de l'humeur
Frais moyens annuels de consultations généralistes + spécialistes par patient	423,00€	553,20€
Frais totaux moyens annuels d'hospitalisation par patient	1 588,90€	6 869,20€
Frais moyens annuels d'indemnités journalières maladie ou AT par patient	1 259,20€	748,40€
Frais moyens annuels de médicaments par patient	328,60€	1 122,00€

<sup>2</sup> Voir Annexe 2



Dans l'expérimentation, sachant que le forfait 1, fixé à 700€ et le forfait 2, fixé à 1220€, comprennent les frais de généralistes et de spécialistes, on voit que les paiements au forfait prévoient une augmentation de ces frais de consultations médicales de 275 à 670€ maximum environ par patient par rapport à la situation de 2016.

Cependant :

- Il est effectivement attendu un plus grand nombre de consultations pour améliorer le suivi de la dépression dans le cadre des recommandations de la HAS non mises en œuvre jusqu'à ce jour.
- Les forfaits comprennent plus que les seules consultations de médecin (psychologue pour le forfait 1 et bilan neuropsychiatrique, bilan pharmacien, consultation d'infirmière psy pour le forfait 2)
- Le delta de 275€ peut être compensé par 7 à 8 journées d'indemnités journalières évitées (sachant qu'une journée d'indemnité journalière moyenne coûte environ 35€) et le delta de 670€ compensé par 1 à 2 journées d'hospitalisation en moins.
- Les dépenses de médicaments seront également ajustées.

Ainsi, au-delà des bienfaits pour la prise en charge et la qualité de vie des patients dépressifs, le projet apparaît financièrement soutenable.

#### 4. Besoin de financement

Le besoin de financement s'élève à 216 020 € pour la prise en charge de 228 patients inclus pendant 2 ans et suivis pendant 8 mois. La répartition FISS / FIR par année est présentée dans le tableau de synthèse ci-dessous.

Les besoins en ressources humaines notamment celles dédiées à l'accompagnement psychothérapeutique et la répartition de la prise en charge entre le médecin généraliste et le psychologue seront réévalués au premier semestre 2021, par le comité technique de l'innovation en santé. Suite à cette réévaluation, le montant du financement pourrait être revu. Par conséquent, le financement du parcours par patient pourrait être modifié et sera pris en compte dans l'évaluation finale de l'expérimentation et en cas de généralisation le cas échéant.

##### a. Synthèse du besoin de financement

	FISS	FIR
<b>Phase de construction</b> (3 mois)		21 020 €
<b>2020</b>	65 000 €	
<b>2021</b>	97 500 €	
<b>2022</b>	32 500€	
<b>2023</b>		
<b>Total</b>	195 000 €	21 020 €
Coût Total de l'expérimentation FISS + FIR (n patients)	195 000 + 21020= 216 020€ (228 patients)	

## **VI. Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation**

### **1. Aux règles de financements de droit commun**

Le projet prévoit :

- Un financement innovant forfaitaire à l'épisode de soins correspondant à l'ensemble de la prise en charge proposée.

Les dérogations mentionnées dans l'article L 162-31-1 du code de la sécurité sociale suivantes sont proposées par le projet :

- Une dérogation aux règles de facturation, de tarification et de remboursement des soins infirmiers et des honoraires des médecins généralistes et spécialistes. (Article L162-1-7 et suivants du code de la sécurité sociale).
- Une dérogation aux règles de paiement direct des honoraires par le malade (Article L162-2 du code de la sécurité sociale).
- Financement de prestations non remboursables (consultations de psychologue) (1°, 2° et 6° de l'article L160-8 du code de la sécurité sociale).

### **2. Aux règles d'organisation de l'offre de soins**

Néant

## **VII. Impacts attendus**

### **a. Impact en termes de service rendu aux patients**

Par la proposition d'un parcours coordonné entre la psychiatrie et les soins primaires, le projet entend améliorer la prise en charge du patient dépressif, notamment :

- En permettant l'accès aux soins de psychiatre y compris pour des patients ruraux
- En proposant un suivi conforme aux recommandations de bonne pratique
- En limitant les traitements médicamenteux aux cas recommandés, et aux posologies adaptées
- En proposant l'accès au psychologue si le médecin traitant et le patient le décide conjointement.

## **b. Impact organisationnel et sur les pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services**

Par la proposition d'un parcours coordonné entre la psychiatrie et les soins primaires, le projet prévoit une véritable collaboration entre les soins de premiers recours et la psychiatrie, notamment :

- Par la formation des équipes des MSP impliquées aux recommandations de bonnes pratiques
- Par le relais entre les MG, psychiatres, infirmières dans le suivi du patient dépressif
- Par la systématisation de l'échange de courriers
- Par l'accès au psychiatre dans des zones plus reculées, notamment par le recours à la téléconsultation

## **c. Impact en termes d'efficience pour les dépenses de santé**

Le projet n'a pas pour vocation première de limiter les dépenses de santé, mais bien de mieux adapter les ressources pour suivre convenablement une pathologie jusqu'ici non prise en charge de manière efficiente.

Pour autant, les projections financières effectuées montrent que les surcoûts qui seront engendrés par la prise en charge au forfait par rapport à la prise en actuelle devraient facilement être compensés par la diminution des hospitalisations et des arrêts de travail liés à une meilleure prise en charge.

A l'échelle de deux équipes de soins primaires, avec une file active estimée à 228 patients, les impacts mesurables ne seront qu'organisationnels et qualitatifs. Il n'apparaît pas possible de mesurer l'impact sur l'efficience. Cependant, cette expérimentation pourra servir de référence de mesure pour d'autres équipes ou pour des services de recherche hospitaliers ou de départements de médecine générale.

## **VIII. Modalités d'évaluation de l'expérimentation proposées**

La coordinatrice du Pôle de Santé Ouest Anjou a la charge de recueillir les données nécessaires à l'évaluation concernant les professionnels du Pôle de Santé Ouest Anjou.

La coordinatrice du Pôle de Santé du Sud-Ouest Mayennais a la charge de recueillir les données nécessaires à l'évaluation concernant les professionnels du Pôle de Santé du Sud-Ouest Mayennais.

Les données concernant la partie CHU seront recueillies par le service psychiatrie et addictologie.

### **Indicateurs de suivi proposés pour l'évaluation :**

Indicateurs d'activité : serviront à la répartition du forfait et au suivi du coût global :

- ✓ Nombre de patients inclus par le médecin généraliste (MSP) : à définir par médecin, par MSP, par type d'inclusion (légère/modérée sans antécédent ou modérée avec antécédent/sévère) et au total par an, indicateur communiqué trimestriellement
- ✓ Informations sur les patients (âge, sexe)
- ✓ Nombre de consultations chez le médecin généraliste par patient (MSP), indicateur communiqué en fin de prise en charge (8 mois après l'inclusion)
- ✓ Nombre de patients vus par le pharmacien (MSP)
- ✓ Nombre de revue de médication réalisée (MSP)
- ✓ Nombre de pharmacies concernées (MSP)

- ✓ Nombre de patients vus par le psychiatre (CHU)
- ✓ Nombre de consultations de psychiatre par patient (CHU), indicateur communiqué en fin de prise en charge (8 mois après l'inclusion)
- ✓ Nombre de consultations de psychiatre réalisées en téléconsultation (Quimed)
- ✓ Nombre de patients concernés par une téléconsultation de psychiatre
- ✓ Nombre de patients vus par la psychologue (MSP)
- ✓ Nombre de consultations de psychologue réalisées dans le cadre du forfait (MSP)
- ✓ Nombre de consultations de psychologue réalisées à la charge du patient (MSP)
- ✓ Nombre de consultations de psychologue par patient inclus (MSP)
- ✓ Nombre de patients vus par l'IDE de consultation (CHU)
- ✓ Nombre consultations d'IDE par patient (CHU)
- ✓ Nombre séances de rééducation par patient réalisées par l'orthophoniste ou le kinésithérapeute (MSP)
- ✓ Nombre de patients vus par le neuropsychologue (CHU)
- ✓ Nombre de bilans orthophoniques ou neuropsychologiques réalisés (MSP)
- ✓ Nombre de séances de rééducation par patient réalisées par le neuropsychologue (CHU)

#### Indicateurs de résultats

- ✓ Nombre de patients pour lesquels un (des) courriers ont été échangés (MSP et CHU)
- ✓ Pourcentage de patient ayant un BDI noté dans son dossier (MSP)
- ✓ Nombre de patients ayant arrêté leur traitement avant la fin prévue (MSP)
- ✓ Nombre de patients ayant bénéficié d'une consultation d'information « familiale » (CHU)
- ✓ Evolution des échelles à 3 et 8 mois

Indicateurs d'impact : serviront à évaluer l'efficacité de la prise en charge des patients dépressifs dans le cadre de cette expérimentation :

- ✓ Indice de satisfaction des patients inclus (MSP) cf. document en annexe
- ✓ Nombre et montant des indemnités journalières et prestations d'invalidité par patient inclus(CPAM)
- ✓ Durée des arrêts de travail pour les patients actifs inclus(CPAM)
- ✓ Nombre de jour d'hospitalisation et montant (CHU)
- ✓ Nombre de patients hospitalisé au cours du protocole et dans une durée d'un an après la sortie du protocole (CHU)
- ✓ Nombre de passages à l'acte (tentative de suicide ou suicide) identifiés (CHU)
- ✓ Nombre d'échec après 8 mois de protocole (absence de rémission) (MSP et CHU)
- ✓ Nombre de passage du protocole légère/modérée sans antécédent à protocole modérée avec antécédent/sévère (MSP)

Indicateurs complémentaires : pourraient permettre une analyse plus fine ; ces indicateurs ne correspondant pas aux objectifs principaux, ni secondaires, ils ne seront analysés que si le temps le permet ou si des étudiants souhaitent effectuer un travail de thèse : à déterminer

Le nombre de patients vus par les différents acteurs permettrait de mesurer l'acceptation par les patients de ce mode de prise en charge, plus complet, mais aussi plus inhabituel pour eux du fait de l'intervention de différents acteurs.

Le nombre de consultations réalisées permettra de mesurer et de recalibrer éventuellement la nécessité de diminuer ou majorer le nombre de consultations par professionnel.

#### **IX. Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation**

L'expérimentation met en jeu l'application de recommandations de bonnes pratiques et la collaboration interprofessionnelle.

Les données qui seront recueillies permettront de valider le dispositif mais ne seront pas utilisées à visée scientifique ou médico-économique. Cela ne nécessite donc pas de dispositif particulier en termes de consentement, hormis une déclaration CNIL.

Si l'expérimentation montre une faisabilité satisfaisante, la possibilité d'associer une étude médico-économique sera étudiée au moment de l'évaluation de l'expérimentation.

#### **X. Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de système d'information et de traitement de données de santé à caractère personnel**

Le système informationnel habituel des deux MSP, ainsi que du CHU d'Angers seront utilisés pendant l'expérimentation.

#### **XI. Liens d'intérêts**

Il n'existe pas de liens d'intérêts entre les professionnels de santé des 3 porteurs de projet : Pôle de Santé Ouest Anjou, pôle de Santé Sud-Ouest Mayennais, service de psychiatrie du CHU d'Angers.

#### **XII. Eléments bibliographiques / expériences étrangères**

- Henriksson S, Boëthius G, Isacson G. Suicides are seldom prescribed antidepressants: findings from a prospective prescription database in Jämtland county, Sweden, 1985-95. Acta Psychiatr Scand. 2001 103(4):301-6.
- La prise en charge de la dépression en médecine générale dans les Pays de Loire. Observatoire régional de la santé, Union régionale des professionnels de santé des médecins libéraux, Mars 2013
- Recommandations HAS octobre 2017 : Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premiers recours
- Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. Arch Gen Psychiatry. juin 1961;4:561-71.
- Moca test
- [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2878690/fr/activites-physiques-et-sportives-un-guide-pour-faciliter-la-prescription-medicale](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2878690/fr/activites-physiques-et-sportives-un-guide-pour-faciliter-la-prescription-medicale)

- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19453207> : The antidepressive effects of exercise: a meta-analysis of randomized trials.
- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1779012316302790> : Effets du massage sur l'anxiété, la dépression et l'hyperventilation dans un échantillon de patients VIH-séropositifs
- Rihmer Z, Rutz W, Pihlgren H. Depression and suicide in Gotland. An intensive study of all suicides before and after depression-training for general practitioners. J of Affective Disorders, 1995 ;4:147-52
- Lettre de l'ORS Pays de la Loire n°89 2février2018 Santé Pays de la Loire <https://www.santepaysdelaloire.com/articles/lettre-de-lors-pays-de-la-loire-ndeg-89-2-fevrier-2018>

### Annexe1. Coordonnées du porteur et des partenaires

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signatures numérisées
Porteur	CHU Angers 4 rue Larrey 49933 Angers	Pr Bénédicte Gohier tél : 02 41 35 32 43 fax 02 41 35 49 35 mail : <a href="mailto:begohier@chu-angers.fr">begohier@chu-angers.fr</a>	
Porteur	Pôle de Santé Ouest Anjou 5A, impasse du Puits Moreau 49370 Bécon-les-Granits	Docteur Jean-François Moreul 02 41 77 08 33 mail : <a href="mailto:jf.moreul@gmail.com">jf.moreul@gmail.com</a>	
Porteur	Pôle de Santé du Sud-Ouest Mayennais 26 bis rue Daudier 53800 Renazé	Docteur Pascal Gendry tél : 02.43.06.43.05 mail : <a href="mailto:pascal.gendry@club.fr">pascal.gendry@club.fr</a>	
Partenaires	CESAME 27 Route de Bouchemaine 49130 Sainte-Gemmes-sur-Loire	Dr Guillaume Fonsegrive mail : <a href="mailto:guillaume.fonsegrive@ch-cesame-angers.fr">guillaume.fonsegrive@ch-cesame-angers.fr</a> tél : 02 41 80 79 83 Pr Bénédicte Gohier mail : <a href="mailto:benedicte.gohier@ch-cesame-angers.fr">benedicte.gohier@ch-cesame-angers.fr</a> tél : 02 41 80 79 08	

## Annexe 2. Catégories d'expérimentations

Modalités de financement innovant ( <a href="#">Art. R. 162-50-1 –I-1°</a> )	Cocher	Si oui, préciser
a) Financement forfaitaire total ou partiel pour des activités financées à l'acte ou à l'activité		
b) Financement par épisodes, séquences ou parcours de soins	X	<b>forfait parcours de soins</b>
c) Financement modulé par la qualité, la sécurité ou l'efficacité des soins, mesurées à l'échelle individuelle ou populationnelle par des indicateurs issus des bases de données médico-administratives, de données cliniques ou de données rapportées par les patients ou les participants aux projet d'expérimentation d'expérimentations		
d) Financement collectif et rémunération de l'exercice coordonné		

Modalités d'organisation innovante ( <a href="#">Art. R. 162-50-1 – I-2°</a> )	Cocher	Si oui, préciser
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	X	<b>collaboration ville hôpital</b>
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social		
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	X	<b>téléconsultations psychiatriques, transmission des courriers via messageries sécurisée</b>

Modalités d'amélioration de l'efficience ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé ( <a href="#">Art. R. 162-50-1 – II°</a> ) :	Cocher	Si oui, préciser
1o Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au sein des établissements de santé, notamment par la mise en place de mesures incitatives et d'un recueil de données en vie réelle		
2o De la prescription des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées, notamment par le développement de nouvelles modalités de rémunération et d'incitations financières		
3o Du recours au dispositif de l'article L. 165-1-1 pour les dispositifs médicaux innovants avec des conditions dérogatoires de financement de ces dispositifs médicaux.		