



PREFECTURE
REGION ILE DE
FRANCE

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS SPÉCIAL
N°IDF-007-2023-07

PUBLIÉ LE 5 JUILLET 2023

Agence Régionale de Santé

IDF-2023-06-27-00013

Arrêté n° DIRNOV-2023 02 relatif au projet
d'expérimentation "SESAME : Soins d'Equipe en
SAnté Mentale"

AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ ÎLE-DE-FRANCE

ARRÊTÉ N° DIRNOV-2023/02

relatif au projet d'expérimentation « SESAME : Soins d'Équipe en SANTé Mentale »

LA DIRECTRICE GÉNÉRALE DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ D'ÎLE-DE-FRANCE

- 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 31 juillet 2021 portant nomination de Madame Amélie VERDIER, directrice générale de l'agence régionale de santé d'Ile-de-France, à compter du 9 août 2021 ;
- VU** le décret n° 2018-125 du 21 février 2018 relatif au cadre d'expérimentations 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 la LFSS pour 2018 ;
- VU** l'avis favorable du comité technique de l'innovation en santé notifié le 15 juin 2023 concernant le projet d'expérimentation SESAME pour la région Ile-de-France ;
- VU** le cahier des charges de l'expérimentation annexé au présent arrêté ;

ARRÊTE

- ARTICLE 1 :** Le projet innovant « SESAME : Soins d'Équipe en SANTé Mentale » est autorisé à compter de la date de publication du présent arrêté dans les conditions précisées dans le cahier des charges et son annexe régionale ;
- ARTICLE 2:** L'expérimentation est mise en œuvre par le :
Association QUARTET SANTE
59 RUE DE LA BOETIE
75008 PARIS
SIREN : 900 099 896

- ARTICLE 3 :** La durée de l'expérimentation est fixée à trois ans à compter de la première inclusion réalisée ;
- ARTICLE 4 :** La répartition des financements de l'expérimentation fera l'objet d'une convention spécifique conclue avec chaque financeur (Agence régionale de santé et Assurance Maladie).
- ARTICLE 5 :** La Direction de l'Innovation, de la Recherche et de la Transformation Numérique est chargée de l'exécution de la présente décision qui sera notifiée et publiée au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région.
- ARTICLE 6 :** Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication. La juridiction administrative compétente peut être saisie par l'application Télérecours citoyens accessible à partir du site www.telerecours.fr

Fait à Saint-Denis, le 27/06/2023

La Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
d'Île-de-France

SIGNE

Amélie VERDIER

PROJET D'EXPÉRIMENTATION D'INNOVATION EN SANTE – CAHIER DES CHARGES

Projet SÉSAME (Soins d'Équipe en SANTé Mentale)

Association Quartet Santé

Johanna Couvreur (jcouvreur@institutmontaigne.org 06 31 50 71 72)

L'expérimentation SÉSAME (Soins d'équipe en santé mentale) vise à déployer un modèle des soins collaboratifs en médecine générale, qui permet une prise en charge rapide, adaptée et globale des troubles mentaux les plus fréquents (troubles dépressifs et troubles anxieux). Il s'adresse à l'adulte qui ne fait l'objet d'aucun suivi de psychiatrie. L'organisation des soins collaboratifs intègre des actes de délégation, de coordination et d'expertise entre les différents niveaux de recours ainsi que des consultations habituellement non remboursées. Les acteurs sont rémunérés sur la base d'un forfait à la séquence de soins encourageant une prise en charge coordonnée.

Les soins collaboratifs constituent une modalité d'organisation des soins innovante et largement validée par la littérature internationale (près de 100 essais contrôlés randomisés).

Le modèle repose sur :

1. Une équipe de soins coordonnée et centrée autour des besoins du patient avec pour chaque centre de premiers recours un gestionnaire de parcours (*care-manager*) travaillant aux côtés des médecins généralistes (dans le modèle français, un infirmier diplômé d'État disposant d'une expérience en psychiatrie) et un psychiatre à distance ;
2. Une approche populationnelle incluant un dépistage systématique et des revues de cas hebdomadaires ;
3. Des soins fondés sur les preuves et intégrant la e-santé et le partage d'informations entre professionnels ;
4. Des mesures régulières des résultats obtenus à travers l'utilisation d'échelles validées pour ajuster les traitements.

En France, un premier pilote de soins collaboratifs a été mis en place dans le département des Yvelines en 2021 par l'Institut Montaigne et le Centre hospitalier de Versailles, accompagnés par le centre AIMS de l'Université de Washington. Quatre sites de médecine de premiers recours participent actuellement à ce pilote : une maison de santé pluriprofessionnelle, deux maisons médicales et des médecins généralistes en exercice isolé. L'expérimentation article 51 s'inscrit dans la continuité de ce pilote et porte sur 12 sites au total en Ile-de-France.

CHAMP TERRITORIAL :

	Cocher la case
Local	
Régional	X
National	
	Cocher la case
Organisation innovante	X
Financement innovant	X
Pertinence des produits de santé	

CATÉGORIE DE L'EXPÉRIMENTATION :

Table des matières

1. Description du porteur	4
2. Présentation des expérimentateurs et des partenaires	4
2.1 Expérimentateurs	4
2.2 Partenaires	5
3. Contexte et Constats	6
3.1 Le fardeau des troubles psychiatriques fréquents	6
3.2 Des médecins généralistes au cœur de la prise en charge des troubles psychiatriques fréquents mais qui ont besoin de soutien	7
3.3 Une réponse qui a fait ses preuves : le modèle de soins collaboratifs	7
3.4 Articulation avec les recommandations et orientations régionales et nationales	9
3.4.1 Un alignement avec le PRS « Améliorons la santé des Franciliens : Horizon 2027 »	9
3.4.2 Les dispositifs intégrés, une modalité de soin valorisée par la HAS et le HCAAM	10
4. Objectifs et effets attendus	11
4.1 Objectifs stratégiques	11
4.2 Objectifs opérationnels	11
5. Description du projet	12
5.1 Objet de l'expérimentation	12
5.2 Population cible et effectifs	12
5.2.1 Critères d'inclusion	12
5.2.2 Critères d'exclusion	12
5.2.3 Effectifs	12
5.3 Séquence de soins d'un patient	13
5.3.1 Le dépistage et l'inclusion [Hors séquence]	13
5.3.2 Les étapes de la prise en charge de la séquence « SÉSAME classique »	14
5.3.3 Les étapes de la prise en charge de la séquence « SÉSAME léger »	16
5.3.4 La collaboration et la coordination interprofessionnelles : un gage de qualité des soins	18
5.4 Rôle des membres de l'équipe collaborative	19
5.4.1 Le médecin généraliste	19
5.4.2 L'infirmier SÉSAME	20
5.4.3 Le psychiatre référent	21
5.5 Formation, communication et information	23
5.5.1 Former les acteurs du soin	24
5.5.2 Informer les patients	26
5.5.3 Informer les psychologues et les correspondants	26
5.5.4 Communiquer avec les acteurs institutionnels	26
5.6 Terrain d'expérimentation	26
5.7 Durée de l'expérimentation	27
5.8 Pilotage, gouvernance et suivi de la mise en œuvre	28
5.8.1 Le comité de pilotage	28
5.8.2 Implication du porteur et des partenaires dans la mise en œuvre et le suivi	29
	2

6. Les outils nécessaires pour l'expérimentation	30
6.1 Les outils de la prise en charge des troubles	30
6.2 Le système d'information (SI) général de l'expérimentation	30
6.2.1 Le système actuel	30
6.2.2 Les évolutions prévues	31
6.2.3 Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de SI et des données de santé à caractère personnel	32
7. Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation	32
8. Financement de l'expérimentation	33
8.1 Modalités de financement de la prise en charge proposée	33
8.1.1 Méthode de calcul utilisée pour définir le montant des prestations dérogatoires	33
8.1.2 Estimation du besoin en crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI)	36
8.1.3 Estimation du besoin en crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI)	38
8.1.4 Besoin total de financement	38
8.2 Autres sources de financement	41
8.3 Estimation des coûts de la prise en charge actuelle et des coûts évités	41
9. Évaluation de l'expérimentation	42
10. Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation	44
10.1 Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement relevant du code de la sécurité sociale (CSS)	44
10.2 Aux règles d'organisation de l'offre de soins relevant des dispositions du code de la santé publique (CSP)	44
10.3 Aux règles de tarification et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF)	44
11. Liens d'intérêts	44
12. Éléments bibliographiques	44
13. Annexe 1 – Glossaire	47
14. Annexe 2 – Coordonnées du porteur et des partenaires	48
15. Annexe 3 – Catégories d'expérimentations	50
16. Annexe 4 – Les échelles cliniques mobilisées par SÉSAME	52
17. Annexe 5 – Revue de littérature internationale sur le modèle de soins collaboratifs	59

1. Description du porteur

L'Association Quartet Santé sera le porteur principal de l'expérimentation, en partenariat avec l'Institut Montaigne et le Centre Hospitalier de Versailles.

L'Association Quartet Santé (association loi 1901) a été créée en mai 2021 à l'initiative de l'Institut Montaigne pour assurer le portage et la mise en œuvre opérationnelle d'une première expérimentation pilote de soins collaboratifs en France conduite dans le département des Yvelines depuis 2021. Son objet est d'étudier, promouvoir, diffuser et mettre en œuvre une approche intégrée de la santé mentale et physique afin d'améliorer l'accès et la qualité des soins au service des patients. Dans ce cadre, Quartet Santé recrute, forme et accompagne les professionnels de santé dans la diffusion en France des meilleures pratiques internationales en matière de prise en charge des troubles psychiatriques les plus fréquents chez l'adulte : les soins collaboratifs.

Afin de pouvoir assurer le portage administratif de SÉSAME, une demande d'agrément et d'immatriculation FINESS va être conduite.

L'Institut Montaigne est une association (loi 1901) dont l'objet est de contribuer à la réflexion sur les politiques publiques en s'inspirant des meilleures pratiques internationales et de la réflexion de représentants de la société civile. Au sein de l'Institut Montaigne, le programme santé réunit des représentants de professionnels de santé, de patients, du monde académique, des secteurs public et privé pour réfléchir aux transformations du système de santé et produire des rapports et études en s'appuyant sur une recherche indépendante. La santé mentale constitue l'un des axes prioritaires du programme depuis 2014.

Le pôle universitaire de psychiatrie et de santé mentale du Centre hospitalier de Versailles a développé depuis 20 ans un partenariat structuré avec les médecins généralistes du territoire Yvelines Sud, avec la cocréation du premier dispositif de soins partagés (DSP) en France. Ce dispositif assure chaque année l'accueil de 200 à 400 nouveaux patients, souvent complexes, adressés par 60 à 80 médecins généralistes, et pour lesquels un projet de soins partagés est mis en place. Le service a conduit des travaux scientifiques sur ces sujets et participé à la recommandation du Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP), labellisée par la Haute autorité de santé (HAS), sur les informations échangées entre psychiatres et généralistes.

2. Présentation des expérimentateurs et des partenaires

2.1 Expérimentateurs

L'expérimentation s'appuie sur la mobilisation de plusieurs professionnels de santé :

- Médecins généralistes (MG)
- Psychiatres
- Infirmiers (IDE)

Ils sont attachés à des sites de soins primaires qui représentent différentes modalités d'exercice :

- Maison de santé pluriprofessionnelle (MSP)
- Exercice isolé
- Exercice regroupé en cabinet médical
- Centre de santé

Médecins généralistes

NOMBRE IDE	DÉPARTEMENT	VILLE	ORGANISATION	NB DE MG	ENGAGEMENT
1 ETP	78	LES MUREAUX	MSP	7	EXISTANT
1 ETP	78	VERSAILLES	EXERCICE ISOLÉ	3	EXISTANT
		CHEVREUSE	CABINET DE GROUPE	3	
1 ETP	78	PORCHEVILLE	CABINET DE GROUPE	4	EXISTANT
		GARGENVILLE	CABINET DE GROUPE	3	ACCORD FERME
1 ETP	78	SAINT-GERMAIN-EN-LAYE	CPTS	4	ACCORD FERME
		CHAMBOURCY	CABINET DE GROUPE	3	
1 ETP	92	SURESNES	CENTRE MUNICIPAL DE SANTÉ	3	ACCORD FERME
			MSP	3	
1 ETP	95	ARGENTEUIL	CENTRES MUNICIPAUX DE SANTÉ	6	ACCORD FERME
1 ETP	93	AUBERVILLIERS	CENTRE MUNICIPAL DE SANTÉ	8	ACCORD FERME
1 ETP	75	PARIS	CENTRE DE SANTÉ RICHERAND PARIS 10	12	ACCORD FERME
8 ETP	5 départements	11 villes	Exercices diversifiés	59 MG	

- Engagements préalables dans le cadre du pilote 2020-2023 des Yvelines : 17 MG
- Engagements fermes de 42 MG

Psychiatres

- Engagements préalables dans le cadre du pilote 2020-2023 dans les Yvelines : 3 psychiatres (2 en exercice libéral et 1 en exercice hospitalier)
- Engagements fermes : 2 psychiatres temps partiel (Centre hospitalier d'Argenteuil, EPS ERASME)
- Engagements à trouver : 3 psychiatres temps partiel

Quartet Santé

- Engagement préalable dans le cadre du pilote 2020-2023 dans les Yvelines :
 - 3 infirmiers (IDE) ayant une expérience en psychiatrie
 - Directrice de projet
 - Chargée de mission
- Engagements à trouver : 5 IDE

2.2 Partenaires

Les acteurs territoriaux

L'ancrage du projet SÉSAME dans son territoire d'accueil et les liens avec les acteurs territoriaux constituent un objectif de l'expérimentation, du fait même des principes fondateurs des soins collaboratifs qui promeuvent :

- la construction d'un exercice coordonné territorial en santé en articulant et fluidifiant les parcours de soins ;
- la recherche d'une articulation entre le somatique et le psychiatrique, la ville et l'hôpital, le sanitaire, le social et le médico-social.

Ainsi, échanges et collaborations sont engagés avec les acteurs territoriaux et sont appelés à être renforcés :

- **Dans les Yvelines** : les Projets territoriaux de santé mentale Yvelines Nord et Sud (PTSM 78 Nord et PTSM 78 Sud) soutiennent le dispositif et différentes CPTS ont été mobilisées (CPTS Val de Seine, CPTS Yvelines Nord, CPTS du Grand Versailles, CPTS Seine et Forêts). SÉSAME compte parmi les projets promus par certaines CPTS (Val de Seine et Grand Versailles) et est identifié par le Conseil Local de Santé Mentale (CLSM) des Mureaux comme une des ressources territoriales. De même, un partenariat a été conclu avec l'Association Plateforme Territoriale d'Appui (APTA) 78 impliquée dans la phase pilote du projet SÉSAME à travers la mobilisation de médecins généralistes en exercice isolé. Enfin, des liens étroits sont noués avec l'équipe œuvrant à la création de la CPTS Vallée de Chevreuse. Une formalisation de ces collaborations est à venir.

- **En Seine-Saint-Denis** : La CPTS d'Aubervilliers et la Ville d'Aubervilliers apportent leur soutien au dispositif SÉSAME. Des liens ont été noués avec la CPTS de Pantin et les coordinateurs des CLSM du 93 à l'instigation de la délégation départementale de l'ARS Ile-de-France.
- **Dans les Hauts-de-Seine** : le projet SÉSAME a été présenté à la Directrice de la Solidarité et de la santé de la ville de Suresnes ainsi qu'à la coordinatrice du CLSM. Le projet est également soutenu par le Dr Joséphine Caubel, Chef du pôle de psychiatrie adulte de l'EPS Erasme.
- **Dans le Val d'Oise** : Le Centre hospitalier d'Argenteuil et la municipalité d'Argenteuil soutiennent le projet SÉSAME. Le PTSM du Val d'Oise est favorable au projet SÉSAME et souhaite assurer un relais d'information. La CPTS Val d'Oise Centre est également intéressée et souhaite mobiliser des acteurs territoriaux.
- **A Paris** : Le Centre de santé Richerand soutient le projet SÉSAME, de même que les centres de santé de la Croix Rouge.

3. Contexte et Constats

3.1 *Le fardeau des troubles psychiatriques fréquents*

Les troubles mentaux fréquents, parmi lesquels les troubles dépressifs et les troubles anxieux, constituent un enjeu de santé publique majeur de par leur prévalence et leur retentissement à la fois individuel et collectif. La dépression touche 15 à 20% de la population sur la vie entière (Inserm, 2017) et constitue la première cause de morbidité et d'incapacité dans le monde. La prévalence des troubles anxieux est de 21% en population générale sur la vie entière (HAS, 2007) et les troubles anxieux se situent au 6^{ème} rang des maladies les plus invalidantes dans le monde.

La crise sanitaire a aggravé une situation déjà préoccupante, s'accompagnant d'un essor, persistant dans le temps, des troubles dépressifs et anxieux au sein de la population générale, associé à une hausse des troubles du sommeil et une augmentation des idées suicidaires (les femmes, les jeunes et les populations les plus précaires étant les catégories à en payer le plus lourd tribut).

Ainsi, selon la vague 35 de l'enquête Coviprev de septembre 2022 :

- 18 % des Français montrent des signes d'un état dépressif [Niveau élevé, + 8 points par rapport au niveau hors épidémie]
- 26 % des Français montrent des signes d'un état anxieux [Niveau très élevé, + 13 points par rapport au niveau hors épidémie]
- 71 % des Français déclarent des problèmes de sommeil au cours des 8 derniers jours [Niveau très élevé, + 21,5 points par rapport au niveau hors épidémie]
- 12 % des Français ont eu des pensées suicidaires au cours de l'année [Niveau élevé, + 8 points par rapport au niveau hors épidémie]

Les troubles mentaux fréquents se caractérisent par un accès aux soins notoirement insuffisant et tardif, qui accroît ainsi le risque d'évolution chronique et de mauvaise réponse aux stratégies thérapeutiques. Il est à noter, notamment, que les troubles dépressifs et anxieux sont associés à des niveaux élevés de risque suicidaire et de complications à la fois somatiques et psychiatriques.

Les causes de ce défaut d'accès aux soins sont multiples (Younes, Lemogne, 2017) :

- Facteurs individuels : le sexe, les valeurs comme les croyances jouent un rôle important. Ainsi, la faible littératie en santé mentale comme la stigmatisation des troubles mentaux fréquents (souvent associés à une faiblesse de caractère) constituent un obstacle aux soins.
- Facteurs favorisants / limitants : les moyens financiers, l'intensité du soutien social et l'accès à une offre de soins influent sur le recours aux soins.
- Besoin ressenti par le patient : la sévérité des troubles et de la souffrance psychique est associée à un besoin ressenti de soins plus élevé.

En réponse à ces défis, l'**Organisation mondiale de la santé** a fait, dès 2008, la promotion d'une organisation graduée des soins qui s'accompagne d'une meilleure intégration de la santé mentale dans la médecine de premier recours. Face aux faibles avancées enregistrées, l'OMS a renouvelé récemment son plaidoyer, appelant à **des investissements renforcés dans le champ de la santé mentale et des soins primaires**.

3.2 Des médecins généralistes au cœur de la prise en charge des troubles psychiatriques fréquents mais qui ont besoin de soutien

La place centrale occupée de fait par les médecins généralistes dans le parcours de soins des patients (76% des premières consultations pour trouble psychiatrique se font en médecine générale en France - OCDE, Health at a glance, 2011 ; 73 % des personnes présentant une dépression sont traitées exclusivement par leur généraliste – Kroenke, 2017), l'intrication entre santé mentale et santé physique (des comorbidités somatiques sont habituelles dans les troubles dépressifs et anxieux), la proximité comme le caractère moins stigmatisant de la médecine générale plaident en faveur d'une meilleure intégration de la santé mentale en soins primaires.

Pour autant, les professionnels de soins primaires doivent être accompagnés pour permettre aux professionnels de relever **les défis qui se posent à eux en pratique courante et qui altèrent la qualité des soins** :

- Un nombre élevé de consultations journalières et un temps limité de consultation (12 à 15 minutes en moyenne).
- Une typologie et une sévérité de troubles mentaux fréquents suivis en médecine générale comparables à celles observés chez les psychiatres libéraux (Younes N. 2005).
- Un déficit persistant de coopération avec la psychiatrie et une filière psychiatrique arrivée à saturation .
- Le coût des séances de psychothérapies proposées par les psychologues de ville, non remboursées avant 2022.

De nombreux travaux indiquent ainsi que près de **50% des patients présentant des troubles psychiatriques fréquents passent sous les radars et ne sont ni diagnostiqués ni soignés** (Norton J et al., 2009) et que le tiers des patients en médecine générale présentant un besoin de soin avec un diagnostic avéré de trouble dépressif ou de trouble anxieux reçoivent un traitement adapté (Waitzfelder B, 2018) risquant ainsi de connaître une évolution chronique défavorable. On sait ainsi que 45% des personnes (Harmer, 2022) qui se sont données la mort par suicide ont consulté leur médecin généraliste la semaine précédant leur décès. Par ailleurs, par manque d'alternatives, **les médecins généralistes prescrivent largement des traitements psychotropes, 90 % des prescriptions sont de leur fait**, sans toutefois suivre les recommandations de bonnes pratiques.

L'enjeu est donc de doter les soins de premiers recours des outils leur permettant d'améliorer le repérage et la prise en charge des troubles psychiatriques les plus fréquents. Les bénéfices attendus sont doubles : améliorer l'accès à des soins de qualité pour le plus grand nombre et réguler une filière psychiatrique aujourd'hui au bord de l'implosion afin qu'elle puisse se consacrer aux patients chroniques les plus complexes et nécessitant des soins spécialisés.

3.3 Une réponse qui a fait ses preuves : le modèle de soins collaboratifs

En France, les chantiers ouverts ces dernières années en santé mentale et en psychiatrie ont été nombreux. Le remboursement de séances avec le psychologue sur adressage du médecin généraliste, à travers le dispositif *MonSoutienPsy* ou la *Mesure 31 du Ségur de la Santé*, constitue une réponse très

attendue et nécessaire, mais qui répond de façon partielle à l'enjeu de gradation des soins et à l'ensemble des défis qui se posent aux médecins généralistes (cf. infra).

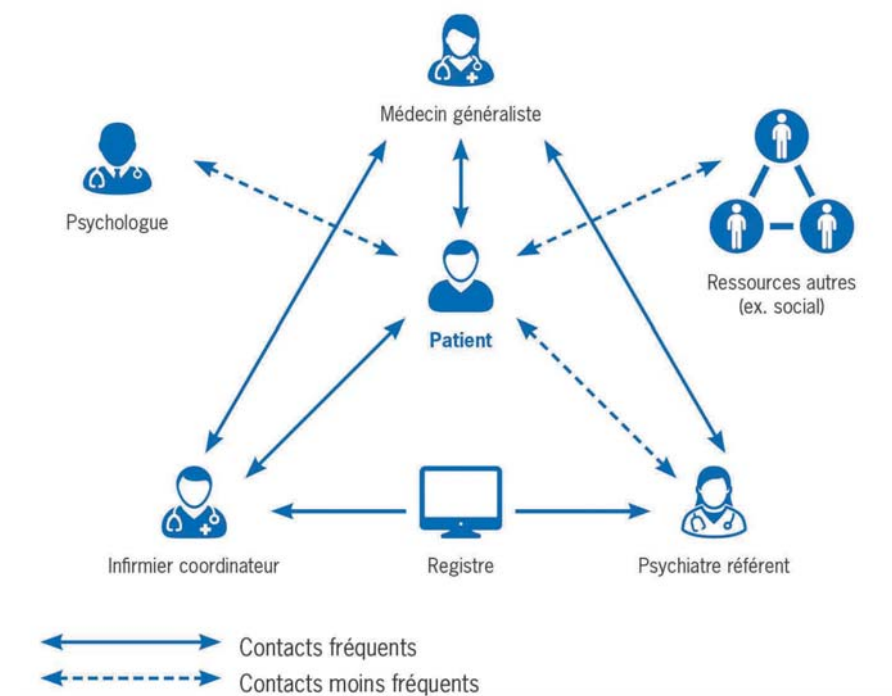
Dans ce contexte, les initiatives conduites dans d'autres pays constituent des modèles de prise en charge intéressants qui méritent toute notre attention. C'est particulièrement le cas du **modèle des soins collaboratifs**. Né à la fin des années 1990 aux États-Unis, il s'est diffusé depuis dans de nombreux pays.

Ce modèle propose de "renforcer" le médecin généraliste à travers la constitution d'une **équipe de soins intégrée** composée d'un gestionnaire de parcours (le plus souvent un infirmier travaillant au sein du cabinet de médecine générale) et d'un psychiatre à distance. Cette équipe rompt ainsi l'isolement du médecin généraliste et permet l'accès à une télé-expertise psychiatrique ; elle peut également s'appuyer sur toutes les ressources utiles à la prise en charge d'un patient donné (psychologues, associations, services sociaux ou médico-sociaux).

Les soins collaboratifs promeuvent une prise en charge globale centrée sur les besoins et les préférences du patient et s'appuyant sur plusieurs principes fondateurs :

- Une approche populationnelle à travers le dépistage systématique de la patientèle.
- Un suivi étroit, planifié et structuré des patients se basant notamment sur leur évaluation clinique régulière à l'aide d'échelles standardisées.
- Des soins fondés sur les preuves, réajustés autant que de besoin si l'évolution clinique du patient n'est pas favorable.
- Une communication interprofessionnelle renforcée.

L'équipe des soins collaboratifs



Près de **100 études randomisées contrôlées ont démontré une efficacité accrue des soins collaboratifs dans la prise en charge des troubles dépressifs et anxieux d'intensité modérée à sévère par rapport aux soins habituels** : amélioration de l'accès aux soins, meilleurs résultats cliniques, meilleur suivi des recommandations de bonnes pratiques, meilleure observance, réduction des coûts de santé, plus grande satisfaction des patients et des professionnels sont rapportés dans l'ensemble des études.

Ainsi, la très large évidence scientifique dont les soins collaboratifs font l'objet constitue une invitation forte à nous inspirer de ce modèle, déjà éprouvé avec succès dans le champ des maladies somatiques.

Le pilote SÉSAME dans les Yvelines 2020-2023

En France, une première implémentation d'un modèle de soins collaboratifs portée par l'association Quartet Santé, en partenariat avec l'Institut Montaigne et le Centre hospitalier de Versailles, est mise en place depuis 2021 dans le département des Yvelines (78) sur quatre sites de médecine générale (1 Maison de santé pluriprofessionnelle, deux cabinets en exercice regroupés et un site réunissant 3 médecins généralistes en exercice isolés).

La mise en place de ce pilote est financée pour 32 mois grâce à deux fondations philanthropiques et au Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP) pour un montant total de 1 500 000 euros. Ces financements permettent de couvrir les dépenses relatives au pilote jusqu'au mois d'août 2023 :

- L'embauche de trois infirmiers SÉSAME et les indemnités d'accueil (mise à disposition d'un espace de travail et accès aux outils logiciels et informatiques) ;
- La rémunération de trois psychiatres ;
- L'accompagnement par l'équipe du centre AIMS (*Advancing Integrated Mental health Solutions*, Université de Washington) ;
- La construction d'un outil digital de coordination entre professionnels (e-Quartet) ;
- Le recrutement d'un directeur de projet à plein temps ;
- L'accompagnement juridique (ensemble des conventions de partenariat, enjeux juridiques autour du logiciel e-Quartet) ;
- Le remboursement de séances de psychothérapies pour les patients nécessitant un accompagnement renforcé et n'ayant pas les moyens financiers d'y accéder.

Les chiffres clés du pilote SÉSAME dans les Yvelines

- 17 médecins généralistes
- 3 IDE SÉSAME
- 3 psychiatres référents
- 467 patients adressés à SÉSAME par les MG entre octobre 2021 et janvier 2022 en plusieurs vagues d'inclusion
- 86% des patients adressés ont bénéficié de soins SÉSAME et 14% ont refusé ou non pas donné suite aux sollicitations de l'IDE

Ce premier pilote constitue une « preuve de concept » : il est plébiscité par les acteurs de terrain mais ne bénéficie pas de fonds pérennes.

Aussi, l'expérimentation via l'Article 51 est une opportunité inédite de tester un nouveau modèle de tarification en visant une entrée de prestations de soins dérogatoires dans le droit commun.

3.4 Articulation avec les recommandations et orientations régionales et nationales

3.4.1 Un alignement avec le PRS « Améliorons la santé des Franciliens : Horizon 2027 »

L'Agence régionale de santé d'Île-de-France s'est donnée un cadre d'orientation stratégique pour structurer son Plan régional de santé. A maints égards, le projet SÉSAME répond aux ambitions comme aux orientations stratégiques fixées par le PRS :

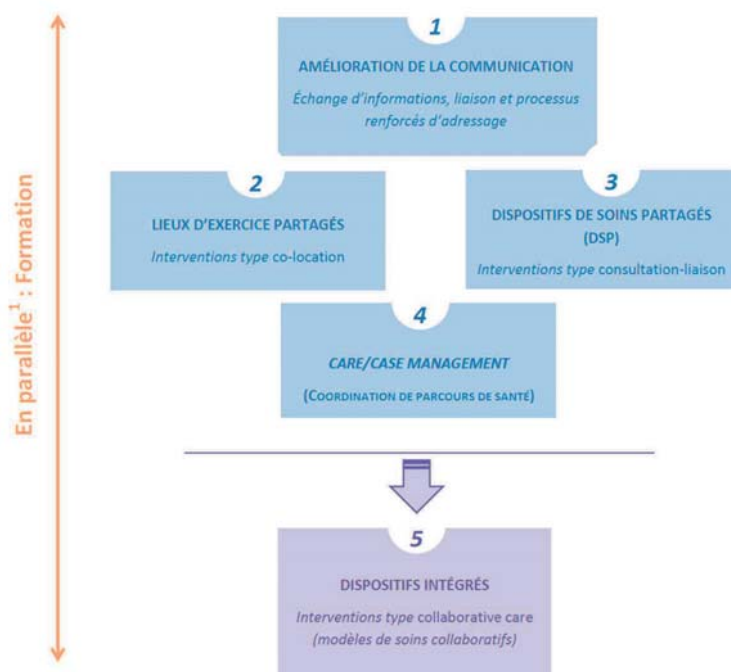
- La santé mentale compte parmi les 8 priorités du schéma régional de santé.
- Par son positionnement en soins primaires, son approche pluriprofessionnelle et les liens bâtis entre somatique-psychiatrique, ville-hôpital ou encore sanitaire-social-médicosocial, SÉSAME porte une approche holistique qui contribue à améliorer les parcours de soins et de vie des patients (Axe de transformation n°1).

- SÉSAME permet de proposer « le bon soin, pour le bon patient, au bon moment » et se fonde sur deux principes clés : l'utilisation à bon escient des ressources d'un territoire ; la pertinence des soins grâce au suivi des meilleurs standards cliniques et la dimension apprenante pour les professionnels contributeurs (Axe de transformation n°2).
- SÉSAME constitue une réponse innovante à des besoins de santé et porte également le souci d'évaluer son acceptabilité, sa faisabilité et sa reproductibilité par la conduite d'une étude en implémentation financée par le GIRCI Ile-de-France (Axe de transformation n°3).
- Enfin, les soins SÉSAME s'appuient sur les préférences du patient, qui est appelé à participer activement aux décisions médicales. Cette dimension majeure des soins SÉSAME constitue l'un des fondements de l'*evidence based medicine* (Sackett, 1996) et restaure le pouvoir d'agir du patient (Axe de transformation n°4).

3.4.2 Les dispositifs intégrés, une modalité de soin valorisée par la HAS et le HCAAM

Dans un guide publié en 2018, la HAS rappelle que l'amélioration des soins des troubles mentaux fréquents nécessite l'amélioration de la coopération MG/Psychiatre et répertorie les différentes formes que peuvent prendre cette coopération. Les soins collaboratifs sont décrits comme le modèle le plus intégré et disposant du plus haut niveau de preuve.

UNE TYPOLOGIE POSSIBLE DES EXPÉRIENCES D'AMÉLIORATION DE LA COORDINATION IDENTIFIÉES EN FRANCE ET À L'ÉTRANGER



De même, selon les auteurs d'un rapport réalisé pour le HCAAM et publié en 2022 (Coldefy), « le principe d'associer un professionnel, ayant une expérience en santé mentale (infirmier notamment) aux côtés du médecin généraliste en charge de la coordination du parcours de santé de la personne (sanitaire, hospitalier, psychiatrique et somatique, social éventuellement), du suivi « actif » de la personne, et la possibilité d'adressage rapide vers un psychologue et/ou vers le dispositif spécialisé en psychiatrie selon les besoins de la personne, **nous paraît l'orientation à privilégier.** »

4. Objectifs et effets attendus

4.1 Objectifs stratégiques

Le projet SÉSAME poursuit trois objectifs stratégiques :

- **améliorer l'accès aux soins des adultes présentant des troubles mentaux fréquents d'intensité modérée à sévère** grâce à son inscription en soins primaires (cadre familial et non stigmatisant pour les patients) et la mobilisation de personnels infirmiers ;
- **renforcer la pertinence et la qualité des soins de santé mentale dispensés en médecine générale** grâce à une collaboration interprofessionnelle étroite et intégrée entre médecins généralistes et professionnels de la santé mentale (infirmiers mis à disposition et psychiatres en supervision, psychologues) ;
- **réguler une filière psychiatrique saturée** en utilisant les ressources professionnelles à bon escient.

4.2 Objectifs opérationnels

- **Dépister le plus tôt possible les troubles mentaux chez les patients adultes** via l'introduction d'un dépistage populationnel des troubles mentaux les plus fréquents en médecine générale à travers l'utilisation de questionnaires validés.
- **Améliorer l'accès des patients aux soins** grâce à :
 - Une prise en charge rapide et non stigmatisante des troubles mentaux les plus fréquents ;
 - Un accès à une expertise psychiatrique à distance.
- **Améliorer la qualité et la pertinence des soins prodigués aux patients atteints de troubles mentaux fréquents en médecine générale :**
 - Un meilleur suivi des recommandations de prise en charge de la Haute autorité de santé et appui sur les données de preuves ;
 - Une intensité renforcée des soins grâce au travail de l'IDE SÉSAME et du psychiatre référent ;
 - Une prise en compte des préférences du patient dans la définition du plan de soins ;
 - Une amélioration de l'état de santé somatique et psychique des personnes atteintes de troubles mentaux fréquents grâce à une meilleure adhérence aux traitements, une meilleure hygiène de vie et une anticipation des crises et des ruptures de parcours ;
 - La montée en compétence des médecins généralistes sur la gestion des troubles mentaux fréquents à travers les formations dispensées et les interactions régulières avec le psychiatre référent.
- **Améliorer la coordination et le partage d'information entre les différents acteurs et niveaux de recours sur le territoire**
 - Des échanges d'informations facilités grâce à l'utilisation d'un logiciel dédié (e-Quartet) ;
 - Une culture de la collaboration renforcée, à l'échelle locale et territoriale, entre les acteurs d'un même territoire grâce au rôle des IDE SÉSAME.
- **Diminuer le coût total des dépenses de santé par patient**
 - Des niveaux de rémission des troubles améliorés et une réduction de leur chronicisation ;
 - La diminution du recours aux urgences ;
 - Une maîtrise accrue des prescriptions pharmacologiques via un meilleur suivi des recommandations de bonne pratique ;
 - La meilleure gradation des soins en permettant l'accès au bon soin au bon moment.
- **Améliorer la satisfaction des patients atteints de troubles mentaux fréquents et des professionnels impliqués dans leur prise en charge.**

5. Description du projet

5.1 *Objet de l'expérimentation*

SESAME a pour objectif d'assurer la prise en charge en soins primaire des troubles dépressifs et des troubles anxieux d'intensité modérée à sévère.

Pour rendre cette prise en charge possible, et en particulier **l'intensification des soins** décrite dans la littérature comme très insuffisante en soins primaires, le projet SESAME vise à **une augmentation des ressources soignantes**. Celle-ci s'appuie sur :

- **Une délégation** d'une partie de la prise en charge par le médecin généraliste à **un infirmier spécialisé en psychiatrie**.
- **L'accès à une expertise psychiatrique indirecte** pour valider l'évaluation clinique, le projet de soin, sa mise en œuvre et son ajustement autant que de besoin.

Il s'agit donc de **proposer le bon soin, au bon moment, dans le cadre d'une prise en charge graduée, et en mobilisant, si nécessaire, des ressources autres** que le binôme MG-IDE et le psychiatre à distance (psychologues, services sociaux, autres professionnels de santé).

Les soins proposés par le binôme MG-IDE respectent **les principes de l'Evidence Based Medicine** qui reposent sur l'expertise du clinicien, la prise en compte des préférences du patient et les données actuelles de la recherche clinique.

5.2 *Population cible et effectifs*

5.2.1 Critères d'inclusion

La population cible est la population adulte à partir de de 18 ans, suivie en médecine générale et souffrant de troubles anxieux et dépressifs modérés à sévères, présentant un score supérieur à 3 au test PHQ2.

5.2.2 Critères d'exclusion

À ce stade, sont exclus de l'expérimentation :

- Les patients de moins de 18 ans ;
- Les patients ayant un suivi psychiatrique en cours ;
- Les patients présentant un diagnostic connu de troubles psychiatriques sévères et persistants nécessitant un suivi en soins spécialisés (notamment trouble bipolaire, schizophrénie, addiction sévère, trouble du comportement alimentaire, trouble sévère de la personnalité), ou un risque suicidaire imminent, qui seront réadressés vers des soins spécialisés adaptés ;
- Les patients ne maîtrisant pas la langue française, faute de moyens disponibles en interprétariat dans le dispositif.

Après dépistage par le médecin généraliste peuvent être également exclues les personnes qui ne consentent pas à l'orientation proposée vers l'IDE SÉSAME ou qui expriment le besoin et le souhait d'un soutien psychothérapeutique en première intention.

5.2.3 Effectifs

L'expérimentation vise la mise en œuvre des soins collaboratifs sur 12 sites de médecine générale et impliquera 8 IDE SÉSAME.

La file active moyenne d'un IDE SÉSAME est évaluée à 131 patients par an (114 patients SÉSAME et 17 patients SÉSAME légers), soit un total de 2 910 patients inclus dans les soins collaboratifs durant les

12

3 ans de l'expérimentation (compte tenu des phases de montée en charge d'inclusions dans les différents sites).

5.3 Séquence de soins d'un patient

La durée de prise en charge dans les soins collaboratifs rapportée par la littérature indique une durée de suivi comprise entre 6 et 12 mois. Le pilote SÉSAME conduit dans les Yvelines nous a permis d'observer **une grande hétérogénéité des durées de suivi**.

Cette hétérogénéité tient à :

- la diversité et le niveau de complexité des situations cliniques des patients présentant des troubles psychiques fréquents d'intensité modérée à sévère : cette patientèle représente 88% de la population suivie dans le cadre du pilote dans les Yvelines ;
- la proportion de patients adressés à SÉSAME présentant une souffrance psychique ou des troubles psychiques fréquents d'intensité légère et nécessitant un suivi de moindre importance : cette patientèle représente 12% de la population suivie dans le cadre du pilote dans les Yvelines.

Afin de nous adapter à ces situations cliniques ne requérant pas le même niveau de soins, nous avons opté pour **l'adoption de deux séquences de soins** :

- **Une séquence de soins SÉSAME classique de trois mois renouvelable trois fois** (12 mois maximum), adaptée pour les patients présentant un premier score aux échelles cliniques PHQ9 et/ou GAD7 supérieur à 10 ou un premier score inférieur à 10 mais dont l'examen clinique et fonctionnel initial réalisé par l'infirmier appelle un suivi renforcé (patient sous traitement psychotrope au long cours et inadapté ; grossesse chez une patiente sous traitement psychotrope...). Chaque séquence est un condensé de la prise en charge SÉSAME (présentée ci-dessous) et est composée des différentes étapes de prise en charge qui s'appuient sur une collaboration interprofessionnelle renforcée.
- **Une séquence de soins SÉSAME léger** : cette séquence de soins est dédiée aux patients présentant un premier score aux échelles cliniques PHQ9 et/ou GAD7 administrées par l'infirmier SÉSAME (cf. infra) inférieur à 10 et dont l'examen clinique et fonctionnel initial réalisé par l'infirmier confirme une symptomatologie légère. Cette séquence comprend un suivi infirmier allégé ainsi qu'une mobilisation mineure du psychiatre et du médecin généraliste (cf. détail infra).

La fréquence de facturation sera définie lors de la rédaction de la convention de financement.

5.3.1 Le dépistage et l'inclusion [Hors séquence]

Considérant les difficultés d'accès aux soins, le dépistage est une phase essentielle dans le processus. Il est **assuré par le médecin généraliste lors de sa consultation**. Il s'appuie sur l'échelle clinique PHQ2 qu'il complète par un entretien clinique si le score est positif (>3). Le PHQ2 (*Patient Health Questionnaire*) est une échelle clinique scientifiquement validée et comprenant deux questions relatives à l'humeur et l'anhédonie : facile à passer, il est assez sensible mais peu précis et constitue une première approche pertinente du dépistage de la dépression en médecine générale.

Le choix de cette échelle a été fait en concertation avec les médecins généralistes pour son usage aisé et facilement intégrable dans leurs pratiques : le PHQ9 (qui comprend 9 questions) a été jugé inadapté et trop chronophage. L'acceptabilité par les médecins généralistes constitue une pierre angulaire du succès du dépistage et des adressages à SÉSAME.

L'adressage du patient à SÉSAME est décidé par le médecin généraliste sur la base du score au questionnaire, de son entretien clinique et des critères d'inclusion. Il appartient au médecin généraliste de mobiliser le dispositif *MonSoutienPsy* ou le dispositif SÉSAME selon le profil clinique du patient et les préférences de ce dernier :

- Un patient présentant une symptomatologie légère et acceptant, en première intention, un adressage auprès d'un psychologue ne sera pas orienté vers l'infirmier SÉSAME.
- En revanche, un patient présentant un trouble psychique léger et rétif à tout adressage à un psychologue pourra être orienté par le médecin généraliste vers l'infirmier SÉSAME.
- Enfin, un patient présentant une symptomatologie modérée à sévère et/ou un niveau de complexité particulier sera adressé, de façon privilégiée, vers l'infirmier SÉSAME.

En cas d'adressage à SÉSAME, le médecin généraliste expose au patient les principes comme le suivi assuré par l'infirmier ; le patient peut accepter ou non de rencontrer l'IDE SÉSAME.

Le modèle des soins collaboratifs vise à proposer à terme un dépistage auprès de la patientèle du médecin généraliste en visant des sous-populations spécifiques (jeunes mamans, patients présentant au moins deux comorbidités, troubles somatoformes inexpliqués...), et ce au moins une fois par an en routine. Une montée en charge progressive du dépistage populationnel sera envisagée dans le cadre de l'expérimentation Article 51.

5.3.2 Les étapes de la prise en charge de la séquence « SÉSAME classique »

La prise en charge classique assurée par l'infirmier SÉSAME, sous la supervision du psychiatre et en lien avec le médecin généraliste, passe par plusieurs étapes :

- L'évaluation initiale
- La phase intensive de soins
- La phase de prévention des rechutes
- La sortie de SÉSAME

L'évaluation initiale

Ce premier entretien clinique effectué par l'IDE SÉSAME dure 60 à 90 minutes. Il permet de recueillir de façon systématique :

- la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux via les échelles PHQ9 et GAD7¹
- les attentes du patient et son engagement dans le parcours
- l'état clinique actuel sur le plan symptomatique et fonctionnel, y compris les comorbidités
- les traitements pharmacologiques en cours
- les antécédents somatiques et psychiatriques et leur prise en charge
- le risque suicidaire et les antécédents de risque suicidaire
- le contexte social et familial
- les événements de vie (y compris traumatismes ou maltraitance)
- les antécédents psychiatriques familiaux

C'est une étape importante qui pose les bases de la prise en charge à suivre, constitue une première étape de caractérisation de la symptomatologie du patient et permet de guider le choix du plan de traitement en accord avec le patient.

La phase intensive de soins

La mise en œuvre et le suivi du plan de traitement passent par une première phase de soin dite « active » qui se traduit par **des contacts réguliers, en moyenne tous les 15 jours**, entre l'IDE SÉSAME

¹ Le PHQ9 est une échelle clinique composée de 9 questions évaluant l'intensité de la symptomatologie dépressive. Le GAD7 est une échelle clinique de 7 questions évaluant l'intensité des différentes dimensions des troubles anxieux. Ces deux échelles font l'objet d'une large validation à l'international.

et le patient selon diverses modalités (consultations à la maison de santé, par téléphone ou par visioconférence).

Les objectifs principaux sont de **vérifier l'engagement du patient et la réponse au traitement**, qui est modifié en cas de non amélioration. Pour ce faire, l'IDE SÉSAME procède à :

- l'évaluation clinique et fonctionnelle ;
- le suivi des prescriptions médicamenteuses, de l'observance, des effets indésirables et des risques iatrogéniques éventuels ;
- la passation de deux outils d'évaluation clinique, le PHQ9 et le GAD7, utilisés comme outils de mesure systématique pour évaluer la sévérité des symptômes dépressifs et anxieux et leur évolution dans le temps (ils ne remplacent pas l'évaluation clinique approfondie) ;
- la mobilisation d'outils psycho-comportementaux issus des thérapies cognitives et comportementales (TCC) pour travailler la motivation et l'engagement du patient, la gestion du stress, la reprise d'activité ;
- l'éducation thérapeutique du patient ;
- la contribution au diagnostic différentiel, si nécessaire, via la passation d'autres échelles cliniques permettant l'exploration de certains domaines (troubles post-traumatiques, comorbidité addictive, troubles du sommeil, pathologie liée au travail, etc.) (voir infra) ;
- l'accueil des familles si besoin est, pour expliquer la maladie et son impact fonctionnel sur leur proche malade notamment ;
- la mise en relation et la coordination avec les ressources sanitaires, sociales, médico-sociales ou associatives nécessaires au bon suivi du patient.

La phase de prévention des rechutes

Lorsque l'évolution clinique est favorable (dernier score PHQ9-GAD7 ≤ 10 ou -50% par rapport au score initial), les consultations entre l'IDE SÉSAME et le patient sont espacées et deviennent mensuelles. Cette phase de soin permet de travailler à **l'autonomisation du patient** et de construire avec lui son plan de prévention des rechutes. Cela se traduit par un document de support qui consigne :

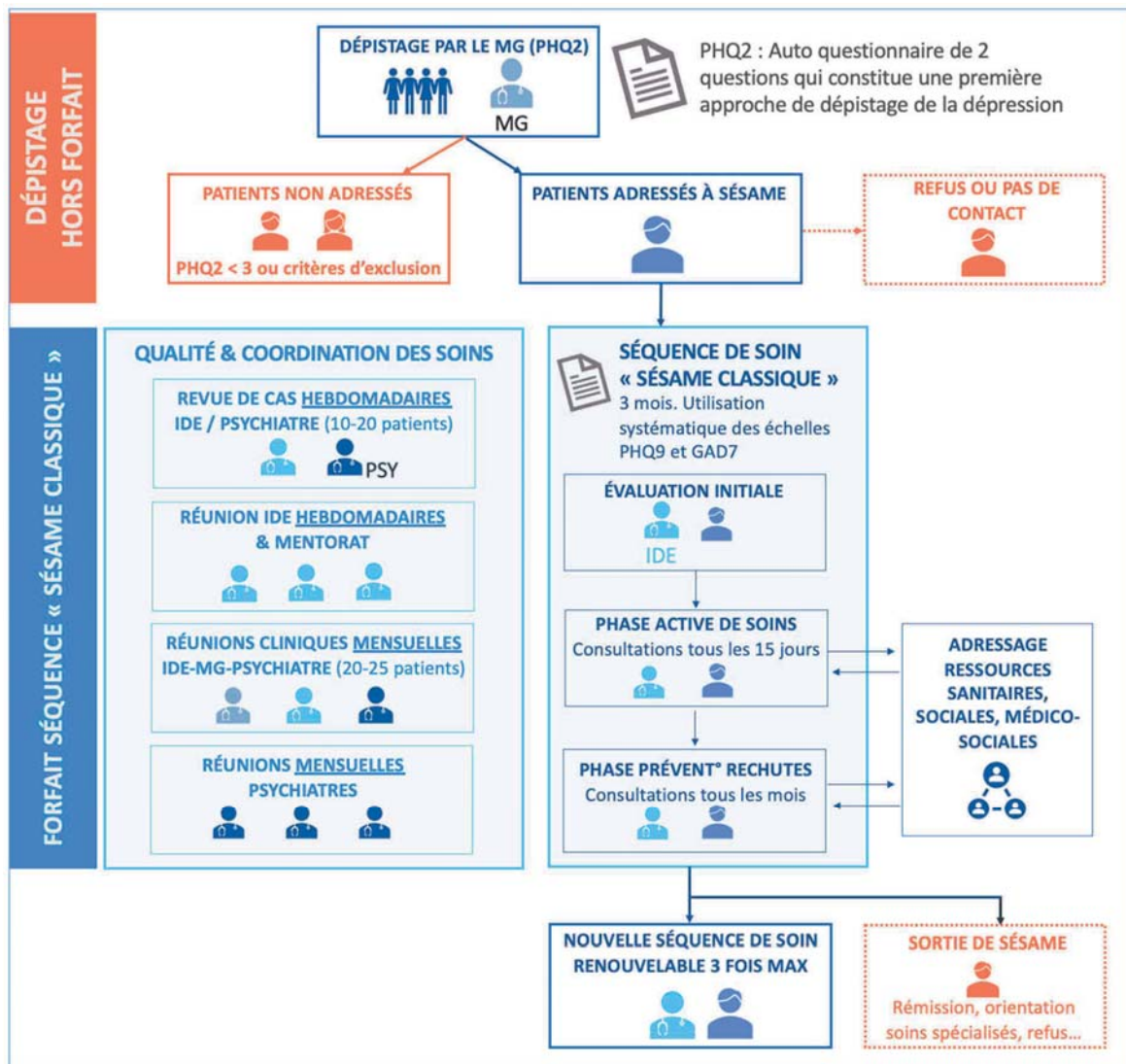
- les signaux d'alerte propres au patient et annonceurs d'une potentielle rechute ;
- les mesures d'hygiène de vie et les stratégies qui lui ont été bénéfiques et qui ont contribué à son rétablissement ;
- les recommandations relatives à son traitement pharmacologique (si nécessaire) ;
- l'équipe médicale à contacter en cas de besoin.

La dépression comme les troubles anxieux peuvent connaître des rechutes ou une évolution chronique dans un nombre non négligeable de cas. Cette étape de prise en charge est donc précieuse pour permettre au patient de savoir comment agir de façon précoce en cas de besoin.

La sortie de SÉSAME

L'arrêt de la prise en charge SÉSAME peut intervenir à tout moment du parcours notamment du fait de :

- la rémission clinique du patient ;
- l'adressage vers les soins spécialisés (psychologue, Centres de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie - CSAPA, centre médico-psychologique - CMP, psychiatrie hospitalière ou libérale) : il est à noter, que la caractérisation clinique effectuée par l'infirmier et le psychiatre tranche avec les demandes généralement peu explicites formulées par les professionnels de soins primaires et fait gagner un temps précieux aux professionnels des soins spécialisés ;
- la volonté ou le désengagement du patient des soins ;
- la survenue de facteurs externes (changement de médecin généraliste, déménagement...).



Les enseignements du pilote SÉSAME dans les Yvelines

- Les patients en rémission représentent 35% des patients inactifs (sortis de SÉSAME)
- L'orientation vers les soins spécialisés concerne 20% des patients inactifs
- La volonté ou le désengagement des patients touchent 10% des inactifs
- Les patients qui rencontrent des critères d'exclusion représentent 8% des inactifs
- Les patients qui ont refusé d'entrer dans SÉSAME ou n'ont jamais donné suite à l'IDE sont 20% parmi les inactifs

5.3.3 Les étapes de la prise en charge de la séquence « SÉSAME léger »

Cette séquence de soins est dédiée aux patients dont la symptomatologie et la situation clinique sont légères, c'est-à-dire la très grande majorité de ceux dont le premier score à l'échelle clinique PHQ9 est inférieur à 10 à l'évaluation initiale.

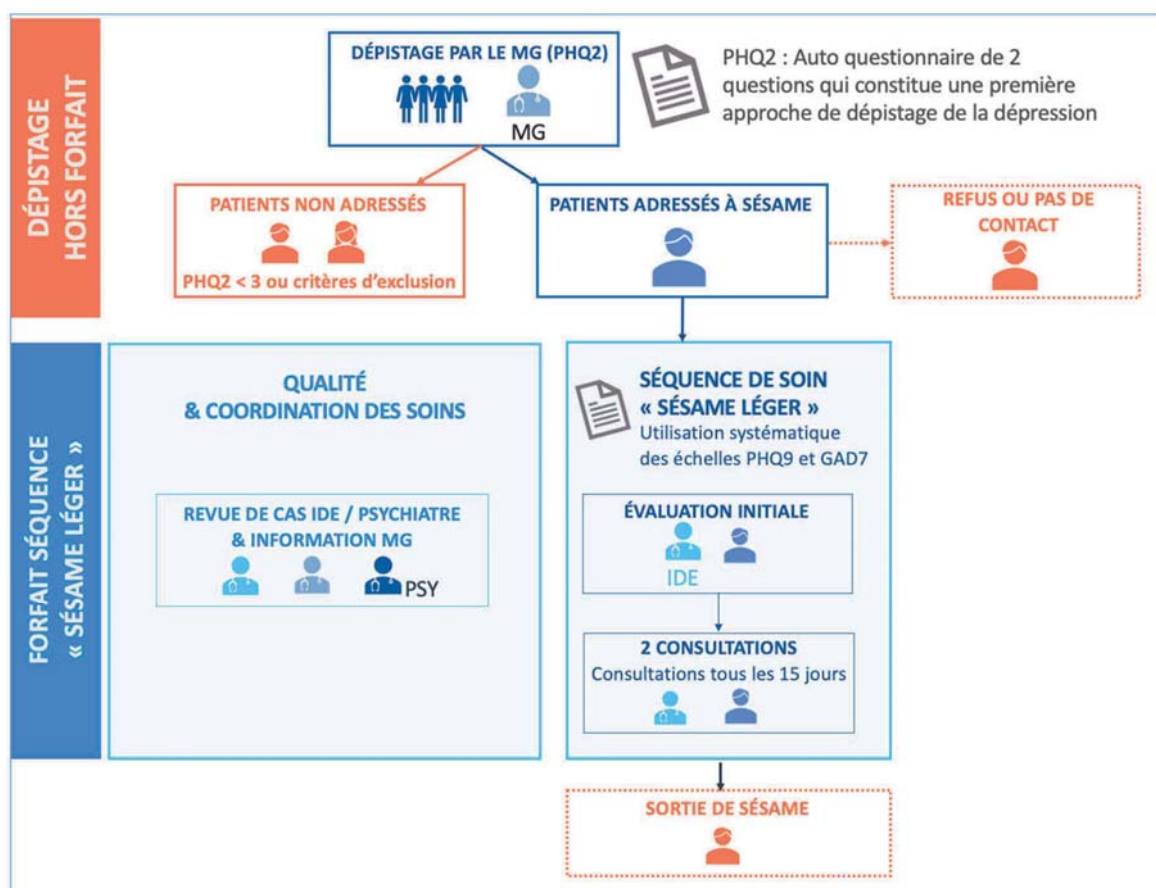
Normalement éligibles au dispositif *MonSoutienPsy*, ces patients se voient proposer SÉSAME par le médecin généraliste pour plusieurs raisons :

- Une offre *MonSoutienPsy* inégale ou indisponible sur le territoire ;
- Le refus de certains patients de consulter un psychologue ;
- La difficulté des médecins généralistes à bien distinguer les niveaux de sévérité des épisodes dépressifs ou anxieux : sur ce point, nous observons (selon les données du pilote dans les

Yvelines) que la proportion des patients légers dans SÉSAME tend à se réduire dans le temps. Cette évolution favorable témoigne du temps nécessaire pour que les médecins généralistes s'approprient les outils de dépistage et se familiarisent à l'exercice de la caractérisation clinique des patients légers, leur permettant de mieux identifier les patients relevant du dispositif *MonSoutienPsy*, ou ceux plus sévères ou complexes pour lesquels un suivi SÉSAME classique, tel que décrit ci-dessus, est requis.

La séquence de soins « SÉSAME léger » est composée des étapes suivantes :

- **L'évaluation initiale réalisée par l'infirmier**
Ce premier entretien clinique effectué par l'IDE SÉSAME est similaire à celui pratiqué dans la séquence de soins « SÉSAME classique ». Cette phase de caractérisation clinique permet d'identifier les patients relevant d'une prise en charge SÉSAME allégée.
- **Deux consultations de suivi réalisées par l'infirmier**
Deux consultations de suivi avec l'infirmier à un intervalle de temps régulier, **tous les 15 jours**, permettent d'apporter le soutien nécessaire au patient. Ces consultations s'appuient sur des interventions allégées par rapport à celles proposées dans le cadre de la séquence « SÉSAME classique ». Il s'agira principalement de veiller à la non apparition d'une symptomatologie plus sévère qu'initialement et utiliser des stratégies psychoéducatives et motivationnelles dans l'objectif de permettre au patient d'identifier ses ressources propres et les ressources de son environnement pour gérer des difficultés d'intensité mineure.
- **Une supervision mineure du psychiatre**
En cas de doute, de situation médicale complexe ou d'évaluation clinique et fonctionnelle contrastant avec les résultats aux échelles, l'infirmier pourra solliciter l'avis du psychiatre lors de la revue de cas. Ce temps est minoré car il ne concernera pas tous les patients.
- **Une transmission d'information au médecin généraliste tracée dans le dossier médical du patient**
L'infirmier et le médecin généraliste échangent sur tous les patients. Ce partage autour de cas cliniques permet notamment au médecin généraliste de se familiariser avec la clinique psychiatrique et d'ajuster ses adresses SÉSAME au fur et à mesure de l'avancée du projet.



5.3.4 *La collaboration et la coordination interprofessionnelles : un gage de qualité des soins*

La coordination interprofessionnelle constitue un volet essentiel de la séquence de soins « SÉSAME classique ». Tout aussi importante dans le cadre de la séquence « SÉSAME léger », elle est toutefois de moindre ampleur.

5.3.4.1 *Les revues de cas IDE - psychiatre : un pivot de la prise en charge SÉSAME*

Chaque semaine, l'IDE et le psychiatre référent échangent sur la file active à l'occasion d'une revue de cas qui permet de faire le point sur :

- **les nouveaux patients**, pour approfondissement de la caractérisation clinique, avis diagnostique et thérapeutique ;
- **les patients complexes** sur le plan diagnostique ou relationnel, qui ont du mal à s'engager dans les soins, qui présentent un risque de sécurité ou encore ceux dont la situation clinique ne s'améliore pas (score élevé aux échelles cliniques, effets secondaires) ;
- **les patients prêts à changer de phase de traitement ou à sortir de SÉSAME.**

Les objectifs :

- Établir un diagnostic approfondi de la situation clinique peu caractérisée adressée par le médecin généraliste
- Faire des recommandations de prise en charge ou les ajuster autant que de besoin. Les données de la littérature montrent que des modifications de la stratégie thérapeutique sont nécessaires en moyenne deux fois durant une prise en charge en soins collaboratif.
- Veiller au respect des meilleures pratiques cliniques
- Préconiser un adressage vers des soins spécialisés quand cela est nécessaire

Ce travail de consolidation clinique constitue un soutien précieux et **évite des pertes de chance délétères pour les patients.**

5.3.4.2 Les réunions cliniques IDE-MG-PSYCHIATRE : ajustement des pratiques et système apprenant

Tout au long de la prise en charge SÉSAME, le médecin généraliste reste responsable des décisions concernant le suivi de son patient : ainsi, c'est lui qui introduit ou modifie une prescription médicamenteuse, prescrit des examens complémentaires ou réalise un adressage vers un confrère. A l'issue des revues de cas, l'IDE reporte les recommandations du psychiatre au sein du logiciel métier utilisé par le médecin généraliste et des **temps d'échanges réguliers s'établissent entre l'IDE SÉSAME et le médecin généraliste** pour faire le point sur la prise en charge et les difficultés éventuelles rencontrées.

Une réunion clinique d'une heure, rassemblant les médecins généralistes, l'IDE et le psychiatre référent se tient de façon mensuelle pour passer en revue la file active, questionner les adressages ou les prises en charge :

- Ces temps d'échange sont essentiels et permettent à l'équipe d'ajuster ses pratiques.
- Le psychiatre peut également clarifier ses recommandations et familiariser ainsi progressivement les équipes de soin primaires aux enjeux de la caractérisation clinique et des prescriptions pharmacologiques.

5.3.4.3 La coordination des acteurs, un levier essentiel de la coopération interprofessionnelle

La coopération interprofessionnelle est au cœur des soins collaboratifs et constitue un gage de la qualité comme de la pertinence des soins. Elle mobilise du temps médical qui n'est pas directement alloué auprès des patients. De fait, **sa mise en œuvre concrète nécessite un effort de coordination** des acteurs assuré par la directrice du projet.

Cette dernière veille donc à la bonne articulation des différents professionnels et organise les différents temps d'échange structurés nécessaires au **développement des pratiques collaboratives**, à **l'harmonisation des pratiques** et aux **partages d'expérience** :

- Échanges hebdomadaires avec les IDE SÉSAME
- Échanges mensuels avec les psychiatres référents
- Réunions cliniques mensuelles MG-IDE-PSYCHIATRE

5.4 Rôle des membres de l'équipe collaborative

La prise en charge repose sur la mise en place d'une équipe collaborative constituée des ressources suivantes :

- **5 à 8 médecins généralistes** réunis sur un même site ou répartis sur plusieurs ; leur file active globale est comprise entre 10.000 et 15.000 patients
- **1 IDE SÉSAME** placé aux côtés des médecins généralistes
- **1 psychiatre** à distance (hospitalier ou libéral)

5.4.1 Le médecin généraliste

Le médecin généraliste est au cœur de la prise en charge pour laquelle il bénéficie de l'appui expertal de l'IDE SÉSAME et du psychiatre à distance. Il intervient autant que de besoin dans le suivi du patient qu'il aura adressé à l'IDE SÉSAME.

Ses missions et responsabilités sont de plusieurs ordres :

- Il dépiste le trouble dépressif en population générale via la passation de l'échelle clinique PHQ2.

- Il décide de l'inclusion des patients dans les soins SÉSAME : explication du dispositif, adressage à l'IDE et engagement du patient dans les soins.
- Il est responsable de la prise en charge : il assure les prescriptions de psychotropes et d'arrêt de travail, s'associe au choix des stratégies thérapeutiques et le cas échéant aux décisions d'adressage : il s'appuie sur les recommandations du psychiatre référent tout en restant maître de ses prescriptions.
- Il veille au risque de rechute à l'issue de la sortie de SÉSAME.

5.4.2 L'infirmier SÉSAME

L'IDE SÉSAME assume une **fonction de gestionnaire de parcours spécifique au champ de la santé mentale**, qui vient s'inscrire dans les évolutions nationales du rôle infirmier (extension des compétences cliniques, élargissement des missions de coordination). Il dispose au minimum de 3 à 5 ans d'expérience en psychiatrie.

Son rôle est de triple nature. Il permet de :

- **renforcer l'intensité et la qualité des soins** en lien étroit avec le médecin généraliste et le psychiatre référent ;
- **favoriser l'autonomisation des patients ;**
- **mobiliser et coordonner les acteurs locaux.**

Concrètement, ses missions sont les suivantes :

- **Il procède à une évaluation clinique approfondie du patient par une investigation active, globale, pluridimensionnelle et systématique.** L'évaluation couvre l'ensemble des domaines d'une approche bio-psycho-sociale et permet de recueillir les éléments utiles à transmettre au psychiatre lors de la revue de cas. Cette évaluation est guidée par les recommandations du psychiatre.
- **L'engagement du patient est l'objet d'une attention constante.** Un libre choix est laissé au patient (mis en position active) après présentation des différentes options thérapeutiques et de leur mode d'action. L'accent est mis sur la dédramatisation, la déstigmatisation et une approche « pas à pas » (par objectifs modestes et accessibles). Le « bon traitement » est le traitement qui convient au patient et qui marche.
- **Il prépare une revue de cas hebdomadaire avec le psychiatre référent selon une approche populationnelle.** Chaque semaine, l'IDE revoit systématiquement toute sa file active afin de décider pour chacun s'il doit donner lieu à un échange avec le psychiatre.
- **Il transmet toutes les informations utiles au médecin généraliste,** en particulier les recommandations du psychiatre, et veille à la bonne coordination des soins. L'IDE SÉSAME assure la traçabilité des données cliniques utiles aux autres professionnels dans un logiciel métier dédié et dans le logiciel des généralistes.
- **Il mobilise divers outils thérapeutiques ou de suivi sur différentes dimensions de la prise en charge :** bienveillance et non jugement ; psychoéducation sur l'hygiène de vie et sur les déterminants des troubles (très largement méconnus) ; appui sur le diagnostic infirmier pour conduire l'analyse fonctionnelle du retentissement des troubles sur la qualité de vie et faire des préconisations d'activation comportementale ; mobilisation des approches psychocorporelles et de gestion du stress.
- **Il assure le suivi des traitements psychotropes et veille à la santé somatique.** Il surveille l'observance, les effets thérapeutiques et des effets secondaires des psychotropes, leurs impacts et les solutions ou adaptations de vie envisageables pour le patient. Enfin, il porte une attention vigilante aux éventuels besoins de soins somatiques
- **Il identifie et mobilise les ressources sanitaires, sociales, médicosociales ou associatives en fonction des besoins du patient.** Il s'agit en premier lieu de permettre l'accès à des soins spécialisés pour les patients très sévères ou complexes : urgences psychiatriques, CMP, CSAPA, psychiatres libéraux, équipe de périnatalité, adressage à des psychologues libéraux pour psychothérapie structurée, etc. Par ailleurs, les besoins des patients peuvent concerner l'accès aux

droits sociaux, l'amélioration de l'hygiène de vie ou du lien social. L'IDE est ainsi susceptible d'adresser le patient à divers partenaires : points écoute jeune, maison des seniors, maison des adolescents, Ligue contre le cancer, associations de lutte contre les violences faites aux femmes, sport sur ordonnance, services sociaux, centre communal d'action sociale...

Interventions de l'IDE au cours du pilote SÉSAME dans les Yvelines

Dans l'expérimentation en cours, les IDE SÉSAME ont mobilisé les interventions principales suivantes (celles-ci pouvant se cumuler pour un même patient) :

- 64% des patients ont fait l'objet d'un suivi pharmacologique
- 60% des patients ont bénéficié d'éducation thérapeutique
- 53% des patients ont bénéficié d'interventions brèves basées sur des outils psycho-comportementaux simples (activation comportementale ; gestion du stress...)

Orientation vers les ressources extérieures dans le pilote SÉSAME dans les Yvelines

Les adressages vers des ressources sanitaires, sociales ou médico-sociales ont concerné 31% des patients, dont 23% ont bénéficié d'adressages à plusieurs types de ressources. Parmi ces patients orientés :

- 38% l'ont été vers un psychologue
- 30% l'ont été vers les soins spécialisés (CMP, CSAPA, psychiatrie libérale)
- 21% ont bénéficié d'un adressage vers des services sociaux, médico-sociaux ou associatifs

L'ensemble des compétences et des activités menées par l'IDE SÉSAME correspond aux référentiels d'activités et de compétences du métier d'infirmier diplômé d'État tels que définis par le Code de la santé publique.

Pourquoi un IDE et non un IPA ?

L'IDE SÉSAME se différencie clairement de l'Infirmier en pratique avancée (IPA) sur deux aspects :

- L'IDE SÉSAME n'a pas de rôle de prescripteur, contrairement à l'IPA : le modèle des soins collaboratifs repose en effet sur le fait de soutenir le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles psychiques fréquents, ce qui implique de le maintenir au cœur du dispositif, notamment via sa fonction prescriptrice. Le modèle de soins collaboratifs vise à renforcer les compétences et l'attention du médecin concernant les problématiques de santé mentale, en aucun cas à amoindrir son rôle dans la prise en charge.
- L'IDE SÉSAME est rattaché au médecin généraliste, contrairement à l'IPA placé sous la responsabilité d'un médecin psychiatre : le modèle des soins collaboratifs est volontairement centré sur les soins primaires et non sur les soins spécialisés, bien que s'appuyant sur une collaboration renforcée avec la psychiatrie.

5.4.3 Le psychiatre référent

Issu de la psychiatrie publique ou libérale, le psychiatre travaille en télé-expertise une demi-journée par semaine pour apporter son expertise à l'IDE SÉSAME et à l'équipe des soins collaboratifs à l'occasion d'une réunion hebdomadaire avec l'IDE SÉSAME.

Il s'appuie pour ce faire sur l'outil digital d'échange d'informations (e-Quartet) qui permet d'avoir un accès en continu au dossier patient et d'échanger sur les cas complexes et les nouveaux cas.

Le logiciel e-Quartet lui permet de :

- préparer sa réunion en amont en étudiant la file active et les dossiers des patients qui ont fait l'objet d'une alerte par l'IDE ;
- compléter une note de synthèse par patient dans laquelle il propose une hypothèse diagnostique et des recommandations de prise en charge.

Ses missions sont de plusieurs ordres :

- Il assure la supervision à distance du travail de l'IDE SESAME, qu'il guide dans sa pratique clinique et sa posture soignante.
- Il formule des recommandations relatives aux traitements et prescriptions afin d'aider le médecin généraliste, avec lequel il échange autant que de besoin.
- Il participe aux réunions de concertation pluriprofessionnelles au cours desquelles il assure un rôle de formation au travers des situations cliniques rencontrées ou de manière plus formalisée, en fonction des attentes de la maison de santé.
- Il est garant de la gradation des soins et d'une utilisation pertinente des ressources en aidant à l'identification et à l'adressage des situations cliniques nécessitant une orientation vers des soins spécialisés.

SÉSAME ET LES DISPOSITIFS GOUVERNEMENTAUX DE REMBOURSEMENT DES PSYCHOTHÉRAPIES : DES REPONSES DIFFERENCIEES MAIS COMPLEMENTAIRES QUI COUVRENT L'ENSEMBLE DES BESOINS

Par l'introduction d'un duo infirmier-psychiatre aux côtés des médecins généralistes, l'expérimentation SÉSAME constitue une offre distincte et complémentaire des dispositifs gouvernementaux déployés faisant la promotion du binôme médecin généraliste / psychologue (*MonSoutienPsy ; Mesure 31 du Ségur de la Santé*). Les raisons de ce choix sont multiples, et probablement évolutives pour certaines.

- **L'infirmier SÉSAME propose une prise en charge holistique qui vient en soutien du médecin généraliste sur des dimensions non prises en charge par le psychologue**, comme le suivi du traitement psychotrope (observance et psychoéducation qui soutient l'observance, suivi des effets thérapeutiques et des effets secondaires et aide à la gestion de ces derniers), la mobilisation de ressources sociales ou médico-sociales ou le suivi de la réalisation des bilans paracliniques, prescrits par le médecin généraliste et éventuellement recommandés par le psychiatre, du fait du tableau clinique ou du fait de la gestion des risques des psychotropes.
- **L'expérimentation SÉSAME s'appuie sur les préférences du patient** et s'adresse à des populations qui ne souhaitent pas consulter un psychologue en première intention (pour des raisons culturelles ou de stigmatisation, encore prégnantes parmi la population du pilote) ou qui n'expriment pas leur besoin en santé mentale.
- **Les psychologues sont toutefois des partenaires indispensables dans le parcours SESAME** pour assurer la prise en charge en psychothérapie structurée des patients pour lesquels l'indication est posée, en fonction de leur demande. En effet, l'infirmier SÉSAME utilise des outils psycho-comportementaux élémentaires qui peuvent se révéler insuffisants du fait de la spécificité ou de la complexité de la situation de la personne, en particulier en cas de trouble de la personnalité, de psycho-traumatisme, de symptomatologie résistante ou de pensées dysfonctionnelles conduisant à un risque élevé de rechute. Dans ces cas, un adressage vers un psychologue clinicien psychothérapeute est alors envisagé : c'est le cas pour 12% de la patientèle suivie dans le pilote SÉSAME (cf. ci-dessous). Le choix de la psychothérapie et du psychothérapeute est guidé par l'indication clinique, les ressources locales et la préférence du patient à qui une information claire et compréhensible est donnée.

En l'état actuel, dans le cadre de l'Article 51, il n'est pas prévu l'intégration de ces psychothérapies structurées dans le parcours SÉSAME, en dehors de la coordination entre l'équipe SÉSAME et le psychologue : ainsi, les psychologues constituent une ressource extérieure au dispositif SÉSAME, au même titre que les soins spécialisés en psychiatrie (CSAPA, CMP...), les services sociaux et médico-sociaux. Ces interventions ne donnent pas lieu à un remboursement dans le cadre de l'Article 51.

Tableau : Éléments comparatifs des dispositifs SÉSAME / MonParcoursPsy / Mesure 31

Dispositif	Âge patientèle	Sévérité des troubles	Professionnel référent
SÉSAME (données du pilote)	Patientèle adulte seulement > 18 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Intensité modérée à sévère • 18% patients : PHQ9>19 • 25% patients : GAD7>14 • 64% patients sous traitement pharmacologique 	<ul style="list-style-type: none"> • 1 infirmier avec expérience en psychiatrie • 1 psychiatre en téléexpertise
MonSoutienPsy (prise en charge de 8 séances de psychothérapies)	Enfant, adolescents et adultes > 3 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Intensité légère à modérée • 5 < PHQ9 < 19 • 5 < GAD7 < 14 	Psychologue
Mesure 31 Ségur (dispositif de renforcement des psychologues dans les MSP et les centres de santé)	Enfant, adolescents et adultes > 3 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Intensité légère à modérée • 5 < PHQ9 < 19 • 5 < GAD7 < 14 • Pas de traitement pharmaco 	Psychologue

Les retours d'expérience du pilote SÉSAME dans les Yvelines

Le pilote SÉSAME collabore avec les psychologues des maisons de santé et un réseau de psychologues libéraux. Pour les patients les plus précaires, il propose le remboursement dérogatoire de 10 séances de psychothérapie structurée renouvelables une fois grâce au financement du Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie.

7 psychologues libéraux ont conventionné avec l'association Quartet Santé : 4 psychologues attachés aux maisons de santé et 3 psychologues extérieurs ; 3 d'entre eux sont inscrits au dispositif *MonSoutienPsy*. Depuis le début du pilote, 38% des patients ayant bénéficié d'un adressage vers une ressource extérieure ont été orientés vers un psychologue clinicien du fait de la complexité de leur état clinique : ils représentent 12% de la patientèle suivie par SÉSAME.

Les retours issus des premiers entretiens qualitatifs menés par la recherche MOSAÏQUE (cf. infra) sont les suivants :

- Les premiers résultats de la recherche qualitative menée au cours du pilote dans les Yvelines montrent **une forte auto stigmatisation des patients** qui rapportent avoir accepté plus facilement un adressage à un IDE plutôt qu'à un psychologue. Par ailleurs, l'adressage vers une psychothérapie structurée est discuté et décidé avec le patient (notamment pour le choix de l'orientation : thérapie interpersonnelle, thérapie psychodynamique ou thérapie cognitive et comportementale), ce qui est à la fois souhaitable et exceptionnel en soins primaires.
- **Un suivi conjoint IDE-psychologue est possible mais s'appuie sur une distinction des tâches** : suivi par l'IDE du traitement pharmacologique, éducation thérapeutique et lien avec les ressources sociales ou médico-sociales ; mise en œuvre d'une psychothérapie structurée pour le psychologue.
- **Certains psychologues ont mobilisé le dispositif SÉSAME** pour étayer la caractérisation clinique de leurs patients.

5.5 Formation, communication et information

La mise en œuvre et le succès de l'implémentation de SÉSAME nécessite de :

- **Former les acteurs du soin** au dispositif (IDE, médecins généralistes et psychiatres)
- **Informers les patients, les psychologues et les correspondants** utilisateurs ou partenaires de soins
- **Communiquer avec les acteurs institutionnels** territoriaux et les associations représentantes ou sociétés savantes pour rendre lisibles les spécificités et les atouts du modèle des soins collaboratifs

5.5.1 Former les acteurs du soin

Une formation est dispensée aux différents acteurs par Quartet Santé en partenariat avec le Centre hospitalier de Versailles.

Dans le cadre du pilote dans les Yvelines, de premiers outils de formation en ligne, à destination des médecins généralistes, des IDE et des psychiatres, ont été élaborés avec l'aide du centre AIMS (*Advancing Integrated Mental health Solutions*) de l'Université de Washington, qui dispose d'une expertise de plus de 20 ans dans l'accompagnement des acteurs et l'implémentation des soins collaboratifs. Des lacunes subsistent et des ajustements doivent être apportés. De fait, les acteurs de l'expérimentation SÉSAME doivent **compléter les outils bâtis dans le cadre du pilote**.

La formation des médecins généralistes

Dans le cadre du pilote dans les Yvelines, les médecins généralistes avaient participé à 4 séances de formation en visioconférence sur les thématiques suivantes (4 webinaires sont ainsi disponibles en ligne) :

- Les fondamentaux des soins collaboratifs
- Le rôle du médecin généraliste dans le dépistage et le diagnostic
- Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge et le traitement
- Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge du risque suicidaire

La co-construction du modèle de prise en charge SÉSAME avait justifié leur mobilisation au long cours. Dans le contexte de l'expérimentation, il ne sera pas utile de mobiliser les équipes de soins primaires selon les mêmes modalités.

Une réunion d'1h30 en visioconférence dédiée aux médecins généralistes des différents sites partenaires sera organisée pour :

- rappeler les fondamentaux des soins collaboratifs ;
- favoriser les retours d'expérience émanant des médecins généralistes déjà impliqués.

La formation des infirmiers SÉSAME

Elle repose sur plusieurs actions :

- Un MOOC (cycle de formation d'environ 20h en français) [déjà existant]
- Une journée d'intégration en présentiel s'appuyant sur la présentation du modèle, les retours d'expérience ainsi que le partage des ressources thérapeutiques existantes [à bâtir]
- Une session de formation universitaire dédiée aux outils psycho-comportementaux [à bâtir]
- Du mentorat au long cours entre IDE [à bâtir]

Le MOOC [déjà existant]

Conçu par le Centre AIMS et adapté en français, il est mis à disposition des IDE au moment du recrutement et repose sur un cycle d'environ 20h portant sur les thématiques suivantes :

- Section 1 : Les fondamentaux des soins collaboratifs
 - Données d'efficacité
 - Principes clés et rôles de chacun
 - Parcours de soins
- Section 2 : Le dépistage des patients
 - Les échelles d'évaluation clinique
 - Le dépistage des patients
- Section 3 : L'implication du patient dans son traitement
- Section 4 : Évaluation et diagnostic différentiel dans les soins collaboratifs
 - L'évaluation initiale
 - Le diagnostic différentiel
 - Présentation de l'évaluation au psychiatre référent

- Études de cas
- Section 5 : Le logiciel e-Quartet
 - La saisie de données
 - Le suivi de la file active
 - Alertes et notes des psychiatres
 - Planification des rendez-vous
- Section 6 : Le traitement
 - Initier le traitement
 - L'activation comportementale
 - Accompagnement en cas de prescription médicamenteuse
 - Gestion de la file active
 - Revue de cas avec le psychiatre référent
 - Présentation des cas
 - Intensifier le traitement
 - Prévention des rechutes et sortie du traitement

Des contenus vidéos restent à concevoir, s'appuyant sur des jeux de rôles et des mises en situation cliniques (déroulement d'une revue de cas entre l'IDE et le psychiatre...).

La journée d'intégration [à financer – en cours de construction - calendrier : post-recrutement des IDE]

La pratique en tant qu'IDE SÉSAME constitue un changement important des pratiques pour des IDE disposant d'une expérience en psychiatrie : découverte d'une forme d'exercice plus solitaire et plus proche de l'activité libérale. Cette journée d'intégration est animée par les IDE déjà en place et a pour ambition de :

- s'assurer de la bonne compréhension des principes clés des soins collaboratifs ;
- créer une culture de l'échange et du partage entre professionnels SÉSAME ;
- partager les outils SÉSAME et notamment les éléments relatifs à la constitution d'une base de ressources documentaires.

La formation aux outils psycho-comportementaux [à financer – en cours de construction - calendrier : 2024]

Les interventions brèves constituent une modalité centrale de la prise en charge SÉSAME et la construction d'un corpus théorique et pratique est nécessaire pour que les IDE gagnent en aisance et en confiance.

Un programme de formation de 2 jours est en cours de construction avec l'Université Versailles Saint Quentin en Yvelines. Il pourra être dispensé aux IDE dans le courant de la première année d'exercice.

Le mentorat entre IDE [calendrier : à mettre en place tout au long de la montée en charge de l'expérimentation A51]

La diversité des situations cliniques rencontrées, le besoin de partage et d'accompagnement rapporté par les IDE dans le cadre du pilote SÉSAME dans les Yvelines ont conduit à l'expression d'un besoin de mentoring entre IDE SÉSAME.

Les IDE SÉSAME expérimentées recrutées dans le cadre du pilote dans les Yvelines assumeront une relation d'aide, d'échanges et d'apprentissage auprès des nouveaux IDE à raison de quelques heures par mois. Les objectifs sont multiples :

- faciliter l'intégration des IDE SÉSAME au sein des équipes de soins primaires ;
- conforter les IDE SÉSAME dans leur pratique clinique ;
- harmoniser les pratiques et s'assurer du suivi des principes clés des soins collaboratifs.

La formation des psychiatres [à financer – en cours de construction - calendrier : fin 2023]

Une formation dédiée s'appuyant sur un MOOC de 5 vidéos va être proposée aux psychiatres. Elle portera sur les thèmes suivants :

- Guide pratique d'utilisation du logiciel e-Quartet

- Priorisation des patients
- Points clés de la revue de cas
- Réussir sa réunion clinique MG-IDE-PSY
- Diagnostic différentiel et recommandations de prise en charge

En parallèle, des fiches pratiques et pédagogiques seront réalisées et mises à la disposition des psychiatres sur ces mêmes thématiques pour accompagner et faciliter leur prise de fonction.

5.5.2 Informer les patients

Une brochure explicative à destination des patients sera réalisée afin d'explicitier les objectifs de SÉSAME, la prise en charge proposée et sa durée ainsi que les professionnels mobilisés pour les accompagner vers le rétablissement.

5.5.3 Informer les psychologues et les correspondants

SÉSAME s'appuie sur une collaboration importante avec les médecins généralistes et les ressources extérieures, qu'elles soient psychologiques, sanitaires, sociales, médico-sociales ou associatives. Afin que chaque partenaire comprenne le rôle joué par SÉSAME comme les modalités de collaboration possibles, des brochures explicatives seront réalisées à destination de ces différents publics. Elles veilleront à expliciter de façon synthétique :

- Le service rendu
- Ses modalités d'accès
- La prise en charge proposée
- Le rôle des différents acteurs impliqués

5.5.4 Communiquer avec les acteurs institutionnels

La bonne appropriation du dispositif SÉSAME comme sa bonne compréhension par les acteurs des soins primaires sont des préalables à une diffusion et une adoption du modèle. Cela nécessitera des actions de communication auprès des acteurs institutionnels.

Différentes actions sont envisagées :

- Participation aux congrès professionnels en médecine générale, en psychiatrie et en soins infirmiers.
- Rencontres avec les institutions représentantes et sociétés savantes dans le champ de la médecine générale, des soins infirmiers, de la psychiatrie et de la psychologie.
- Interactions avec les acteurs institutionnels territoriaux (ARS, CPAM, DAC, Fédération des communautés professionnelles territoriales de santé...)
- Valorisation des expérimentations de terrain via les médias et une communication sur les mesures d'impact.

5.6 **Terrain d'expérimentation**

L'expérimentation article 51 se déploiera en Ile-de-France dans des sites partenaires qui représenteront une diversité de contextes, d'environnement (rural, urbain, zones sensibles) et de modes d'exercice (MSP, centre municipal de santé, cabinet d'exercice regroupé, exercice isolé).

L'Ile-de-France constitue une région d'intérêt car marquée par une inadéquation entre le besoin en soins de santé mentale et l'offre de soins, ainsi que le rappelait un rapport de l'Observatoire régional de santé en Ile-de-France en 2020.

De nombreux sites ont manifesté leur intérêt pour rejoindre l'expérimentation SÉSAME dans les Yvelines, en Seine-Saint-Denis, à Paris, dans les Hauts-de-Seine, en Seine et Marne ainsi que dans le Val d'Oise.

L'expérimentation article 51 s'appuiera sur les douze structures de soins primaires suivantes, qui mobiliseront 8 ETP d'IDE (certains IDE seront rattachés à deux sites de soins primaires) :

- MSP des Mureaux (Yvelines) : 1 ETP
- Cabinet médical de Porcheville (Yvelines) : 0,5 ETP
- Cabinet médical de Gargenville (Yvelines) - à consolider : 0,5 ETP
- Médecins en exercice isolé à Versailles (Yvelines) : 0,5 ETP
- Cabinet médical de Chevreuse (Yvelines) : 0,5 ETP
- Cabinet médical de Chambourcy (Yvelines) : 0,5 ETP
- Cabinet médical ou MSP de la CPTS Seine et Forêts (Yvelines) - à consolider : 0,5 ETP
- MSP de Suresnes (Haut de Seine) : 0,5 ETP
- Centre municipal de santé de Suresnes (Haut de Seine) : 0,5 ETP
- Centre municipal de santé d'Aubervilliers (Seine-Saint-Denis) : 1 ETP
- Centres municipaux de santé d'Argenteuil (Val d'Oise) : 1 ETP
- Centre de santé Richerand (Paris) : 1 ETP

A titre indicatif, nous nous réservons la possibilité de remplacer ou d'intégrer de nouveaux sites au cours de l'expérimentation si le niveau d'inclusion des patients devait être insuffisant, et ce afin de préserver l'atteinte des objectifs fixés. Cette situation peut survenir notamment en cas d'une baisse d'effectif des médecins généralistes, du fait d'un départ à la retraite, d'un changement d'équipe de soins primaires, d'un congé maternité, d'une réduction du temps hebdomadaire de consultation ou du désengagement d'un médecin généraliste.

S'ils devaient être envisagés, de tels changements ou ajustements seraient discutés en COPIL et abordés par l'équipe projet avec l'ARS Ile-de-France et l'équipe nationale Article 51. Il est entendu que si le nombre de médecins généralistes pourra être amené à varier, ces modifications n'auront pas d'impact sur le nombre d'infirmiers et de psychiatres mobilisés, et resteront dans le respect du budget maximal accordé. Le suivi des indicateurs d'activité sera essentiel pour guider la décision et aider à l'arbitrage.

L'intégration d'une nouvelle équipe de médecins généralistes à un site existant ou le remplacement d'une équipe de soins primaires par une autre pourra intervenir dans les conditions cumulatives suivantes :

- Niveau d'inclusion insuffisant des patients ;
- Après un délai de 3 à 4 mois à l'issue de la phase de montée en charge ;
- À l'exception des six derniers mois.

5.7 Durée de l'expérimentation

L'expérimentation est prévue pour une durée de 3 ans à compter de la première inclusion de patient.

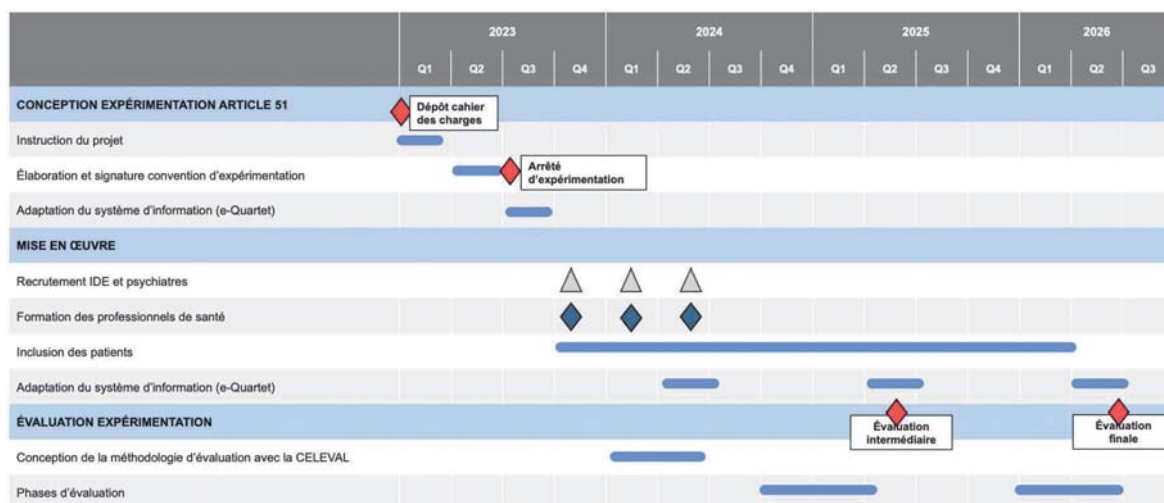
Une phase préparatoire sera nécessaire pour former et outiller les professionnels de santé (infirmiers, psychiatres et médecins généralistes) en amont de la première inclusion de patients. Celle-ci ne pourra excéder 6 mois. Les enjeux de cette phase préparatoire sont multiples :

- formation des professionnels impliqués (cf. supra) ;
- identification et prise de contact avec les ressources sanitaires, sociales, médico-sociales et associatives de proximité ;
- prise en main du système d'information.

L'existence d'un premier pilote de deux ans dans les Yvelines a permis aux équipes de Quartet Santé, de l'Institut Montaine et du CH de Versailles de tester et d'adapter le dispositif dans le contexte français et avec différentes modalités d'exercice (MSP, médecins isolés, médecins regroupés en

cabinet de groupe, psychiatrie libérale et publique). Cette phase pilote nous permettra d’optimiser les délais de prise de fonction dans SÉSAME dans le cadre de l’Article 51.

Calendrier prévisionnel des grandes phases de mise en œuvre de l’expérimentation



5.8 Pilotage, gouvernance et suivi de la mise en œuvre

5.8.1 Le comité de pilotage

Le comité de pilotage veille au bon déroulement et au suivi de l’expérimentation.

5.8.1.1 Composition

Le comité de pilotage, CoPil, est co-présidé par la Directrice de l’association Quartet Santé et la cheffe du pôle de psychiatrie adulte du Centre Hospitalier de Versailles. Il est animé par une chargée de mission de l’Institut Montaigne. Le comité de pilotage est constitué de :

- un représentant de chaque maison de santé
- un représentant des infirmiers SÉSAME
- un représentant des psychiatres SÉSAME
- un représentant des CPTS impliquées dans SÉSAME

Le cas échéant, une fois par an, le Ministère et la Cnam participeront à un COPIL.

5.8.1.2 Rôles et attributions

Le comité de pilotage contribue à la réflexion et à l’élaboration du modèle français d’implémentation des soins collaboratifs. De même, il veille au suivi et à la bonne mise en œuvre du projet SÉSAME en s’appuyant sur les indices d’activité, la conformité entre les pratiques et les protocoles définis, en ajustant, si besoin, ces derniers.

Le comité de pilotage participe également à une réflexion prospective sur les activités des soins collaboratifs.

Enfin, il inscrit l’implémentation de ce pilote dans une réflexion plus large sur les conditions de dissémination du modèle. Pour ce faire, il veille et concourt à l’activité d’évaluation scientifique de l’implémentation.

5.8.1.3 Règles de fonctionnement

Le CoPil se réunit une fois par trimestre. Il se réserve la possibilité de convier des personnalités extérieures pour bénéficier de leur regard, de leur expertise ou de leur conseil sur un point spécifique.

5.8.1.4 Confidentialité

Par la signature d'une charte de gouvernance, les membres du comité de pilotage s'engagent à respecter la confidentialité des documents qui leur sont transmis et des informations dont ils prennent connaissance au cours de leur activité au sein du comité de pilotage.

5.8.2 Implication du porteur et des partenaires dans la mise en œuvre et le suivi

5.8.2.1 Répartition des tâches durant l'expérimentation

- **Animation des acteurs de terrain (Quartet Santé)**
Cet accompagnement méthodologique n'a pas vocation à durer et peut durer un an, le temps de permettre la montée en charge des acteurs, l'appropriation des outils méthodologiques (dont le suivi des indicateurs de pilotage).
- **Formation et information (Institut Montaigne/Quartet Santé & Centre Hospitalier de Versailles)**
Cela inclut la conception de contenus de formation et de brochures d'information à destination utilisateurs de SÉSAME.
- **Recherche et évaluation dans le cadre de l'Article 51 : suivi et support à l'étude médico-économique (Institut Montaigne)**
Suivi et travail avec l'équipe en charge de l'évaluation médico-économique. Extraction des données issues du registre e-Quartet.
- **Système d'information (Quartet Santé)**
Suivi, maintenance et hébergement. Suivi des développements et administration des droits d'utilisation.
- **Gestion RH, juridique et administrative (Quartet Santé)**
Cette mission recouvre des besoins divers : recrutement et rémunération d'une partie des effecteurs ; suivi budgétaire et comptable ; facturation à l'Assurance maladie ; démarches juridiques.

5.8.2.2 Répartition des tâches à terme

L'association Quartet Santé joue un rôle opérationnel central dans l'expérimentation 51, notamment dans sa dimension administrative, du fait d'une **absence d'opérateurs pouvant prendre le relais**. A plus long terme, son rôle pourra être amené à évoluer à mesure que les acteurs territoriaux prendront leur essor et pourront assumer certaines des missions dévolues à Quartet santé dans le cadre de l'expérimentation.

Perspectives à long terme pour Quartet Santé

Dans une vision prospective de déploiement et de dissémination des soins collaboratifs en soins primaires, Quartet Santé a un rôle majeur à jouer pour accompagner la diffusion des pratiques collaboratives dans le secteur du premier recours :

- Centre national de ressources sur les soins collaboratifs
- Centre d'expérimentation pour le développement des offres à destination de nouvelles cibles (adolescents ...)
- Centre de formation et d'ingénierie pour l'implémentation de SÉSAME et la diffusion de bonnes pratiques
- Conception d'un système d'information dédié aux soins collaboratifs, interopérable avec les logiciels métiers des médecins généralistes et avec Mon Espace Santé

- Embauche possible des IDE SÉSAME autant que de besoin si aucun opérateur n'est en capacité de le faire

Perspectives pour les acteurs territoriaux

Une partie du pilotage opérationnel de SÉSAME pourrait être assurée par des acteurs territoriaux (CPTS ou MSP), s'ils disposent des ressources humaines dédiées. Après une première phase d'accompagnement par Quartet Santé pour permettre la montée en compétences du futur opérateur, les missions de ce dernier pourraient être ainsi dévolues à :

- la gestion de la facturation à l'Assurance maladie ;
- le recrutement des IDE ;
- l'animation des acteurs de terrain et la conduite des actions dédiées à la qualité des soins et la coopération interprofessionnelle.

Il appartiendra à l'expérimentation d'identifier l'émergence d'acteurs de terrain adéquats (MSP ou CPTS) pour un portage plus opérationnel des soins collaboratifs et de former ces derniers.

6. Les outils nécessaires pour l'expérimentation

6.1 Les outils de la prise en charge des troubles

SÉSAME s'appuie sur l'usage d'échelles cliniques validées scientifiquement (*cf.* description en Annexe). Ces échelles sont intégrées au logiciel e-Quartet :

- Certaines sont utilisées de façon systématique et recommandées par la HAS :
 - le questionnaire PHQ9 pour la dépression
 - le GAD7 pour les troubles anxieux
 - le RUD pour l'évaluation du risque suicidaire.
- D'autres peuvent être mobilisées pour questionner et affiner le travail diagnostique :
 - MDQ pour les troubles bipolaires
 - PCL-5 pour les troubles du stress post-traumatique
 - DAST pour l'addiction
 - AUDIT pour l'alcool
 - Fragerström pour le tabac

6.2 Le système d'information (SI) général de l'expérimentation

6.2.1 Le système actuel

La mise en œuvre du pilote dans les Yvelines a nécessité **le développement d'un logiciel qui facilite les échanges et la coordination entre les professionnels de santé**. L'outil digital **e-Quartet** est un logiciel de type registre digital, qui a été développé en 2020 et 2021 par l'Institut Montaigne et l'Association Quartet Santé pour permettre la mise en œuvre du protocole SÉSAME. Le développement de ce logiciel *ad hoc* a été réalisé par la société Epiconcept qui présente l'ensemble des garanties en matière de sécurité autour des données recueillies (*cf.* ci-dessous).

Cette solution permet **le recueil et la remontée de données cliniques** et aide à **la gestion de la file active** des patients grâce à :

- **des guides d'entretiens cliniques** qui permettent de structurer les consultations en invitant notamment l'IDE à la passation systématique d'échelles validées et recommandées par la HAS (le questionnaire PHQ9 pour la dépression, le questionnaire GAD7 pour les troubles anxieux) ;
- **l'accès à des échelles cliniques spécifiques** (avec calcul de score intégré) pour aider, si besoin, au diagnostic différentiel sous supervision étroite du psychiatre ;

- **la mise en forme synthétique de la file active** à travers des tableaux agrégeant les données et permettant de disposer d'une vision populationnelle de la file active et d'identifier facilement les patients qui ne s'améliorent pas ;
- **un système d'alerte** permettant à l'IDE SÉSAME et au psychiatre consultant de s'interpeller sur des situations cliniques jugées problématiques du fait d'une dégradation ou de l'absence d'amélioration des symptômes ou encore d'un défaut d'engagement du patient dans les soins ;
- **la création de notes de psychiatres** qui permettent au psychiatre, à l'issue de sa revue de cas hebdomadaire avec l'IDE, de consigner, pour chaque patient dont la situation a été abordée, une hypothèse diagnostique principale, une hypothèse diagnostique secondaire ainsi que des recommandations de prise en charge : chaque note de psychiatre est consultable par l'IDE qui reporte les informations d'importance dans le logiciel métier du médecin généraliste ;
- **un module de planification des rendez-vous** avec les patients permettant la mise en avant des rendez-vous de la semaine et des rendez-vous à reprogrammer ;
- **un accès dédié au patient** lui permettant de retrouver les informations relatives à ses rendez-vous et les auto-questionnaires à renseigner en amont de ses consultations avec l'IDE.

Le logiciel propose des accès et des droits personnalisés en fonction de la catégorie d'intervenant :

- **IDE et psychiatre** ont des droits de lecture et d'écriture et ont accès à l'ensemble des données cliniques de la patientèle qui leur est affectée comme aux outils de gestion de la file active (gestion des rendez-vous, alertes...).
- **L'administrateur** n'a aucun accès aux données cliniques ; il gère la création des comptes utilisateurs.
- **Les structures de soins primaire** ont accès uniquement à des indicateurs d'activité agrégés et anonymes pour leur site (nombre de patients adressés, nombre de patients en soins ou inactifs, scores PHQ9 et GAD7 moyens à l'inclusion, durée de suivi SÉSAME, taux de renouvellement de la file active, âge moyen des patients...). **L'équipe de direction du projet** a accès à ces indicateurs d'activité agrégés et anonymes pour l'ensemble des sites à des fins de pilotage global du projet.

Les médecins généralistes n'ont pas souhaité accéder au logiciel e-Quartet. L'IDE SÉSAME a accès à la fois au logiciel métier des médecins généralistes et à e-Quartet et peut reporter des informations dans l'un et l'autre des logiciels. L'interopérabilité des logiciels métiers avec e-Quartet pourrait être développée à terme pour permettre un gain de temps pour les IDE et assurer un meilleur échange d'information entre professionnels.

6.2.2 Les évolutions prévues

L'outil e-Quartet a été développé ad hoc, il évolue donc en fonction des besoins du projet SÉSAME et des cas d'usages qui sont remontés par les IDE.

Dans le cas d'un passage en expérimentation 51, des axes d'évolution ont été identifiés et portent sur des évolutions fonctionnelles. D'autres adaptations pourront être envisagées au décours du projet.

6.2.2.1 **Évolutions fonctionnelles**

Pour répondre au design du projet dans le cadre de l'expérimentation 51, e-Quartet devra intégrer des évolutions fonctionnelles parmi lesquelles :

- Intégration et saisie du numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques (NIR)
- Création de comptes pilotes par site
- Transformation du suivi par séquence de soins de trois mois
- Développement d'une fonctionnalité permettant l'ouverture d'un second épisode de soins (en cas de rechute au minimum trois mois après la sortie de SÉSAME)
- Module de facturation à l'Assurance maladie

- Intégration de nouveaux indicateurs d'activité pour améliorer le suivi et le pilotage du projet
- (...)

6.2.2.2 Interopérabilité

L'interopérabilité de la solution e-Quartet ne constitue pas un objectif immédiat dans le cadre de l'expérimentation 51 du fait des investissements conséquents qui sont déjà à réaliser et des délais longs de mise en production.

La transmission de données à l'**Espace Numérique de Santé (ENS)** comme l'interopérabilité avec **Terr-eSanté²** constituent des perspectives de plus long terme qui pourront être envisagées avec les acteurs territoriaux selon les besoins susceptibles d'émerger et dans le cas où le modèle SÉSAME serait amené à se déployer plus largement sur le territoire.

6.2.3 Obligations réglementaires et recommandations de bonnes pratiques en matière de SI et des données de santé à caractère personnel

La société Epiconcept a assuré le développement d'e-Quartet. Elle a été retenue pour la robustesse de sa solution et le respect des normes de sécurité en vigueur. Elle est par ailleurs certifiée « Hébergeur de données de santé » (HDS) pour ses services de développement, maintenance, support et traitement des données (data science) des applications qu'elle développe et des modules qu'elle héberge.

Elle remplit tous les critères de sécurité requis (mise en place d'un système de management de la sécurité de l'information et d'une politique de sécurité des systèmes d'information, journalisation et traçabilité des accès et des actions, politique de chiffrement données, protocole de sécurisation pour garantir l'intégrité des données, cloisonnement des données entre les différentes catégories d'utilisateurs...). Elle collabore par ailleurs à la conduite de l'analyse d'impact (PIA) de la solution développée.

Conformément aux directives européennes en matière de protection des données (règlement général sur la protection des données - RGPD), une déclaration est faite à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) concernant la collecte et le traitement de l'information afin de s'assurer que :

- la collecte de données est limitée aux seules informations utiles à la réalisation de la finalité ;
- les données sont sécurisées pour assurer la confidentialité des informations ;
- les droits des personnes sont respectés : l'accord du patient concernant la transmission des données est recueilli à l'entrée dans le dispositif ;
- conformément à la loi Informatiques, Fichiers et Libertés, la personne dispose d'un droit d'accès, de modification, de rectification des données la concernant en s'adressant au délégué à la protection des données (DPO) de Quartet Santé.

7. Informations recueillies sur les patients inclus dans l'expérimentation

L'inclusion d'un patient dans SÉSAME s'accompagne du recueil de données le concernant dans le logiciel e-Quartet.

Données administratives

- Nom / Prénom
- NIR
- Date de naissance
- Adresse
- Numéro de téléphone
- Mail

² Dossier de coordination régional mis à disposition par l'ARS

- Situation familiale
- Situation professionnelle
- Personne de confiance

Données médicales :

- Date et typologie des consultations (évaluation initiale / de suivi)
- Antécédents psychiatriques et somatiques
- Consommation de toxiques et/ou d'alcool
- Comorbidités somatiques actuelles
- Traitements pharmacologiques actuels, observance et effets indésirables des psychotropes
- Présence d'idées suicidaires / antécédents de traumatismes
- Histoire de vie
- Objectifs et préférences du patient vis-à-vis des soins collaboratifs
- Scores aux échelles cliniques systématiques et graphique d'évolution des scores
- Scores aux échelles complémentaires contribuant au diagnostic prévisionnel
- Diagnostic prévisionnel posé par le psychiatre
- Recommandations de prise en charge du psychiatre
- Types d'intervention mise en œuvre par l'IDE (psychoéducation, interventions brèves, suivi des traitements pharmacologiques...)
- Mention des orientations effectuées vers des ressources sanitaires, sociales médico-sociales ou associatives

8. Financement de l'expérimentation

8.1 Modalités de financement de la prise en charge proposée

8.1.1 Méthode de calcul utilisée pour définir le montant des prestations dérogoatoires

Les porteurs de projet ont fait le choix de proposer deux séquences de soins distinctes afin de s'adapter à l'hétérogénéité des patients présentant des troubles dépressifs ou anxieux en médecine générale :

- **Une séquence de soins SÉSAME classique de trois mois renouvelable trois fois** pour les patients présentant une symptomatologie modérée à sévère (88 % de la patientèle selon les données du pilote).
- **Une séquence de soins SÉSAME léger** pour les patients présentant une symptomatologie légère (12 % de la patientèle selon les données du pilote).

8.1.1.1 Estimation de la séquence de soins SÉSAME classique

Pour les patients présentant une symptomatologie modérée à sévère (patients présentant un premier score aux échelles cliniques PHQ9 et GAD supérieurs à 10 ou dont l'examen clinique et fonctionnel appellent à un suivi renforcé), une séquence de 3 mois renouvelable jusqu'à 3 fois (prise en charge de 12 mois maximum) est proposée.

La séquence de soins de 3 mois SÉSAME classique est composée de 3 volets aux modalités de calcul différentes :

- **un volet effecteurs des soins** : rémunération des soins effectués par l'IDE SÉSAME et le psychiatre référent. Les étapes du parcours des soins collaboratifs (évaluation initiale, phase active de soins, prévention des rechutes) sont contenues au sein de la séquence de 3 mois ;
- **un volet coordination** : rémunération des temps des acteurs du projet SÉSAME à la coordination et la qualité des soins (directrice du projet, IDE SÉSAME, psychiatre référent, médecin généraliste).

- **un volet SI et charges de fonctionnement** : rémunération des coûts de fonctionnement du système d'information (logiciel e-Quartet) ; des indemnités d'accueil des IDE au sein des cabinets médicaux et des charges administratives (gestion RH et comptable, etc.).

Les prestations contenues dans la séquence de soins sont présentées dans le tableau qui suit.

Volet effecteurs	
Action	Acteurs impliqués
▶ Inclusion du patient dans SÉSAME (traitement adressage MG, prise de RDV)	▶ IDE SÉSAME
▶ Évaluation initiale	▶ IDE SÉSAME
▶ Revue de cas (pour chaque patient inclus, de suivi)	▶ IDE SÉSAME ▶ Psychiatre référent
▶ Consultations de suivi	▶ IDE SÉSAME
▶ Transmission informations au médecin généraliste	▶ IDE SÉSAME
▶ Adressage vers des ressources spécialisées	▶ IDE SÉSAME
Volet coordination	
Action	Acteurs impliqués
▶ Coordination équipe IDE SÉSAME	▶ Équipe IDE SÉSAME ▶ Directrice SÉSAME
▶ Coordination équipe psychiatres référents	▶ Équipe psychiatres référents ▶ Directrice SÉSAME
▶ Réunions interprofessionnelles cliniques	▶ IDE ▶ Psychiatre référent ▶ Médecins généralistes ▶ Directrice SÉSAME
▶ Supervision IDE	▶ Médecin généraliste
▶ Échanges bonnes pratiques	▶ Équipe IDE SÉSAME
Volet système d'information et charges de fonctionnement	
▶ Maintenance du système d'information ▶ Hébergement des données de santé	
▶ Indemnités d'accueil IDE SÉSAME	
▶ Charges administratives et de gestion (transmission informations Assurance maladie ; remontée indicateurs)	▶ Directrice SÉSAME

Les coûts des volets de la séquence SÉSAME classique ont été calculés en fonction :

- Des coûts réels (bruts chargés) pour l'association Quartet Santé (à noter que 94 % des coûts sont portés par les patients SÉSAME classique, les 6 % ont été distribués sur les patients légers) ;
- du coût horaire (brut chargé) des effecteurs du soin et du temps alloué par séquence (à noter que 94 % du temps de coordination a été affecté sur les patients SÉSAME classique) ;
- de l'objectif du nombre de séquences SÉSAME classique par an.

Le tableau ci-après détaille les coûts relatifs à chacune des prestations contenues dans la séquence SÉSAME classique.

	Professionnel	Nombre d'heures par séquence de soins (3 mois)	Coût horaire (brut chargé)	Coût par séquence
Volet effecteurs	▶ IDE	▶ 7,2 heures	▶ 41 €	▶ 296 €
	▶ Psychiatre référent	▶ 1,23 heure	▶ 100 €	▶ 123 €
Total				419 €
Volet coordination	▶ Directrice SÉSAME	▶ 0,26 heure	▶ 56 €	▶ 14 €
	▶ IDE	▶ 0,50 heure	▶ 41 €	▶ 21 €
	▶ Psychiatre référent	▶ 0,13 heure	▶ 100 €	▶ 13 €
	▶ Médecin généraliste	▶ 0,61 heure	▶ 80 €	▶ 49 €
Total				97 €
Volet système d'information et charges de fonctionnement	Poste de charges	Nombre de séquences total par an (pour 8 IDE)	Coût annuel (brut chargé)	Coût par séquence
	▶ Système d'information et de communication	▶ 1 496	▶ 30 000 €	▶ 19 €
	▶ Indemnités d'accueil IDE SÉSAME		▶ 72 000 €	▶ 45 €
	▶ Charges administratives et de gestion		▶ 45 050 €	▶ 28 €
Total				92 €
Montant total de la séquence de soins SÉSAME classique				608 €

8.1.1.3 Estimation de la séquence de soins SÉSAME léger

Dans le cas où le patient adressé par le médecin généraliste présente un premier score aux échelles cliniques PHQ9 et GAD7 inférieurs à 10 et dont l'examen clinique et fonctionnel initial réalisé par l'IDE SÉSAME confirme une symptomatologie légère, une séquence de suivi allégée sera enclenchée (d'une durée de 1 mois).

Cette séquence SÉSAME léger est composée des mêmes volets que la séquence de soins SÉSAME classique mais les temps des professionnels de santé y ont été revus à la baisse. Par ailleurs, les coûts relatifs au système d'information et aux charges de fonctionnement ne sont supportés que partiellement (6 %) par ces patients.

	Professionnel	Nombre d'heures par séquence de soins "patient léger"	Coût horaire (brut chargé)	Coût par séquence "patient léger"
Volet effecteurs	▶ IDE	▶ 4,4 heures	▶ 41 €	▶ 181 €
	▶ Psychiatre référent	▶ 0,22 heure	▶ 100 €	▶ 22 €
Total				203 €
Volet coordination	▶ Directrice SÉSAME	▶ 0,18 heure	▶ 56 €	▶ 10 €
	▶ IDE	▶ 0,15 heure	▶ 41 €	▶ 6 €
	▶ Psychiatre référent	▶ 0,04 heure	▶ 100 €	▶ 4 €
	▶ Médecin généraliste	▶ 0,03 heure	▶ 80 €	▶ 3 €
Total				23 €
Volet système d'information et charges de fonctionnement	Poste de charges	Nombre de séquences total par an (pour 8 IDE)	Coût annuel (brut chargé)	Coût par séquence
	▶ Système d'information et de communication	▶ 136	▶ 30 000 €	▶ 13 €
	▶ Indemnités d'accueil IDE SÉSAME		▶ 72 000 €	▶ 4 €
	▶ Charges administratives et de gestion		▶ 45 050 €	▶ 2 €
Total				19 €
Montant total de la séquence de soins SÉSAME léger				245 €

8.1.1.4 Objectif de file active

Les expérimentateurs estiment qu'une IDE sera en capacité d'absorber **204 séquences par an**, soit **131 patients à l'année**, réparties de la manière suivante :

- 187 séquences SÉSAME classique soit 114 patients : la durée de prise en charge des patients SÉSAME classique se répartit de la manière suivante (selon les données ayant pu être recueillies lors du pilote) :
 - Part des patients concernés par une séquence : 58 %
 - Part des patients concernés par deux séquences : 27 %
 - Part des patients concernés par trois séquences : 8 %
 - Part des patients concernés par quatre séquences : 7 %
- 17 séquences SÉSAME léger soit 17 patients.

Tableau 1. Synthèse présentant les forfaits (prestations dérogatoires) en cas de modèle à la séquence de soins financés au forfait par patient

	Montant par patient	Durée de la prise en charge ou couverte par le forfait	Renseigner le cas échéant la part substitutive du forfait
Séquence de soins SÉSAME classique	608 €	3 mois	N/A
Séquence de soins SÉSAME léger	245 €	1 mois	N/A

8.1.2 Estimation du besoin en crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI)

8.1.2.1 Estimation des crédits d'ingénierie

Des besoins relatifs au bon lancement de l'expérimentation ont été identifiés, regroupés au sein des crédits d'ingénierie :

- **Coûts RH :**
 - un pilotage de l'expérimentation assuré par la directrice du projet SÉSAME (0,5 ETP par an sur toute la durée de l'expérimentation) ;
 - un suivi de l'activité et du travail avec l'équipe d'évaluation assuré par la chargée de mission (0,5 ETP par an sur toute la durée de l'expérimentation) ;
 - des comités de pilotage tous les trimestres réunissant les parties prenantes de l'expérimentation (rémunération des médecins généralistes et des psychiatres référents participant à la réunion).
- **Coûts d'évolution du système d'information** pour la première phase de l'expérimentation 2023-2024 (cf. infra) ;
- **Coûts de formation** pour la première phase de l'expérimentation 2023-2024 (cf. supra) ;
- **Coûts de loyers** : indemnités de loyer pour l'équipe de pilotage de l'expérimentation SÉSAME (directrice et chargée de mission) ;
- **Coûts juridiques** pour la première phase de l'expérimentation 2023-2024 :

Outre les aspects de droit social liés à la contractualisation avec les nombreux professionnels de santé complémentaires, un accompagnement juridique est indispensable pour encadrer et garantir, dans le respect des exigences élevées du RGPD et de la CNIL, la protection du traitement de données à caractère personnel impliqué par la mise en œuvre du dispositif, nouveau traitement en termes notamment de catégories de données, opérations de traitement et cycle des données.

Ce nouveau traitement impose différentes prestations juridiques de mise en conformité (parmi lesquelles, par exemple, la protection des données sensibles ou encore le recours à un sous-traitant). Cette mise en conformité doit se faire en amont de la collecte des données (principe du *Privacy by Design*) mais être également « continue », ce qui implique une mise à jour régulière au regard de l'évolution éventuelle du projet et des nouvelles dispositions légales / recommandations de la CNIL.

Cet accompagnement est confié à un avocat spécialisé en protection des données à caractère personnel, intervenant également en qualité de DPO.

- **Coûts de communication** pour les deux premières années d'expérimentation (cf. infra) ;
- **Frais divers.**

Les besoins totaux de crédits d'ingénierie sont estimés à **506 100 €** pour les trois années d'expérimentation.

8.1.2.2 Estimation des crédits d'amorçage

Les crédits d'amorçage, au titre de la montée en charge, ont été calculés selon les modalités suivantes :

- Un recrutement des IDE étalé sur les 8 premiers mois de l'expérimentation (prévisionnels) :
 - 5 IDE sur la période septembre-décembre 2023
 - 7 IDE sur la période janvier-mars 2024
 - 8 IDE à partir d'avril 2024
- Une montée en charge pour 5 IDE étalée sur 4 mois pour arriver à l'objectif d'inclusion des patients. Il est convenu que les 3 IDE du pilote seront opérationnelles dès le début du pilote et n'auront pas de phase de montée en charge.
 - Septembre-décembre 2023 :
 - 3 IDE à taux plein d'inclusions
 - 2 IDE à 30% d'inclusions le 1^{er} mois, 60% le 2^e mois, 80% le 3^e mois et 100% le 4^e mois.
 - Janvier-mars 2024 : 5 IDE à taux plein d'inclusions
 - 2 IDE à 30% d'inclusions le 1^{er} mois, 60% le 2^e mois, 80% le 3^e mois
 - Avril 2024-juin 2024 :
 - 7 IDE à taux plein d'inclusions
 - 1 IDE à 30% d'inclusions le 1^{er} mois, 60% le 2^e mois, 80% le 3^e mois
 - Dès juillet 2024 :
 - 8 IDE à taux plein d'inclusions

Ainsi le besoin en crédits d'amorçage est estimé à 74 920 €, dont :

- **Pour la période septembre-décembre 2023 à 36 922 €**
- **Pour l'année 2024 à 37 998 €**

8.1.3 Estimation du besoin en crédits d'amorçage et d'ingénierie (CAI)

En synthèse, **les besoins de financement en crédits d'amorçage et d'ingénierie** se répartissent de la manière suivante sur toute la durée de l'expérimentation :

Tableau 2. Besoin de financement en CAI (FIR)

	Sept. – Déc. 2023	2024	2025	Janv.– Août 2026	Total
Ingénierie	148 344 €	187 033 €	104 033 €	66 689 €	506 100 €
Amorçage	36 922 €	37 998 €	0 €	0 €	74 920 €
TOTAL	185 266 €	225 031 €	104 033 €	66 689 €	581 020 €

8.1.4 Besoin total de financement

Le besoin de financement de l'expérimentation SÉSAME sur l'ensemble de sa durée représente un montant maximal de 3 198 046 €.

Ce montant se répartit en deux parties, non fongibles entre elles :

- des crédits d'amorçage et d'ingénierie pour un montant total de **581 020 €**, versés sous forme de dotations par l'ARS sur le FIR,
- des financements dérogatoires du droit commun, complémentaires ici, pour un montant maximum de **2 617 026 €** sur le FISS, dont les modalités de facturation et de versement seront définies par une ou plusieurs conventions avec la CNAM.

Tableau 3. Ventilation annuelle des crédits

	Forfait par séquence	Sept. – Déc. 2023	2024	2025	Janv.– Août 2026	Total	% du total
Nb IDE		5* * 3 IDE à taux plein ; 2 IDE à 30% le 1er mois, 60% le 2e mois, 80% le 3e mois et 100% le 4e mois	7* * de janvier à avril : 5 IDE à taux plein ; 2 IDE à 30% le 1er mois, 60% le 2e mois, 80% le 3e mois et 100% le 4e mois ; à partir d'avril 8 IDE (dont 7 à taux plein et 1 IDE à 30% le 1er mois, 60% le 2e mois, 80% le 3e mois et 100% le 4e mois)	8	8	8	NA
Patients légers							
Nombre de patients légers inclus (prévisionnel)		25	126	136	91	378	13,0 %
Nombre de séquences patients légers		25	126	136	91	378	8,3 %
Prestations dérogatoires patients légers	245 €	6 125 €	30 870 €	33 320 €	22 295 €	92 610 €	3,5 %
Patients SÉSAME							
Nombre de patients SÉSAME classiques inclus (prévisionnel)		165	847	912	608	2 532	87,0 %
Nombre de séquences patients SÉSAME classiques		271	1 388	1 496	997	4 152	91,7 %
Prestations dérogatoires patients SÉSAME classiques	608 €	164 768 €	843 904 €	909 568 €	606 176 €	2 524 416 €	96,5 %
Tous patients							

	Forfait par séquence	Sept. – Déc. 2023	2024	2025	Janv.– Août 2026	Total	% du total
Nombre de patients SÉSAME inclus		190	973	1 048	699	2 910	
Nombre de séquences		296	1 514	1 632	1 088	4 530	
Prestations dérogatoires (Prévisionnel) - FISS		170 893 €	874 774 €	942 888 €	628 471 €	2 617 026 €	81,8 %
Crédits d'amorçage (FIR)		36 922 €	37 998 €	- €	- €	74 920 €	2,3 %
Crédits d'ingénierie (FIR)		148 344 €	187 033 €	104 033 €	66 689 €	506 100 €	15,8 %
CAI (FIR)		185 266 €	225 031 €	104 033 €	66 689 €	581 020 €	18,2%
Total général (FISS + FIR)		356 159 €	1 099 805 €	1 046 921 €	695 160 €	3 198 046 €	
Coût moyen de financement dérogatoire par patient SÉSAME classique						997 € / patient	
Coût moyen de financement dérogatoire par patient SÉSAME léger						245 € / patient	

8.1.4.1 Détail besoin de financements

		Sept. 2023 - Déc. 2023	2024	2025	Janv. 2026 - Août 2026	TOTAL	
FORFAIT 51	Ressources humaines	Directrice du projet – 0,25 ETP	4 044 €	20 692 €	22 304 €	14 868 €	61 908 €
		Infirmières SÉSAME	90 582 €	463 558 €	499 664 €	333 066 €	1 386 870 €
		Psychiatres consultants	37 506 €	192 044 €	206 992 €	137 958 €	574 500 €
	Prestations médicales	Forfait coordination Médecin généraliste	13 354 €	68 390 €	73 712 €	49 126 €	204 582 €
	Système d'information	Licence annuelle / maintenance / hébergement des données de santé	5 474 €	28 010 €	30 192 €	20 126 €	83 802 €
	Indemnités d'accueil	Indemnités d'accueil IDE	12 295 €	62 964 €	67 864 €	45 229 €	188 352 €
	Frais de gestion administratifs	Autres frais de gestion administrative	7 638 €	39 116 €	42 160 €	28 098 €	117 012 €
TOTAL FORFAIT 51		170 893 €	874 774 €	942 888 €	628 471 €	2 617 026 €	
CRÉDITS D'INGÉNÉRIE	RH	Directrice du projet (Pilotage) – 0,5 ETP	14 167 €	42 500 €	42 500 €	28 333 €	127 500 €
		Temps médical COPIL (MG et PSY)	2 400 €	7 200 €	7 200 €	4 800 €	21 600 €
		Chargée de mission (Suivi activité)	9 167 €	27 500 €	27 500 €	18 333 €	82 500 €
	Système d'information	Adaptations du logiciel médical e-Quartet	60 000 €	40 000 €	- €	- €	100 000 €
	Formation	Développement des contenus de formation	30 000 €	20 000 €	- €	- €	50 000 €
	Loyers	Loyers équipe SESAME	4 444 €	13 333 €	13 333 €	8 889 €	40 000 €
	Équipements	Matériel pédagogique	333 €	1 000 €	1 000 €	667 €	3 000 €
		Matériel IDE	2 333 €	7 000 €	7 000 €	4 667 €	21 000 €
	Juridique	Démarches réglementaires	20 000 €	15 000 €	- €	- €	35 000 €
	Communication	Graphisme, impression plaquettes d'information etc.	5 000 €	12 000 €	4 000 €	- €	21 000 €
	Frais divers	Frais déplacement	500 €	1 500 €	1 500 €	1 000 €	4 500 €
TOTAL CRÉDITS INGÉNÉRIE		148 344 €	187 033 €	104 033 €	66 689 €	506 100 €	
Amorçage		36 922 €	37 998 €	- €	- €	74 920 €	
					TOTAL EXPÉRIMENTATION	3 198 046 €	

8.2 Autres sources de financement

Aucune autre source de financement.

8.3 Estimation des coûts de la prise en charge actuelle et des coûts évités

Le fardeau des troubles mentaux fréquents compte parmi les plus élevés, est appelé à s'accroître et appelle des réponses urgentes :

- L'OMS prévoit que la dépression sera la première cause d'invalidité en 2030. Les troubles anxieux viennent en 8^{ème} position (OMS, 2011).
- En 2020, l'ONU rappelle que le manque d'investissement dans les services de santé mentale est responsable de la perte de 1000 milliards de dollars de productivité du seul fait de la dépression et des troubles anxieux alors que 1 dollar dépensé en soins pour ces deux maladies conduirait à un gain de 5 dollars pour la société (UNRIC, 2020).

Selon l'OMS et l'OCDE, l'intégration de la santé mentale au sein des services somatiques de **premiers recours présente un potentiel d'économie estimé entre 9 et 17% des dépenses supplémentaires totales.**

Plusieurs études conduites aux Etats-Unis ont démontré l'efficacité des soins collaboratifs en médecine générale, ce qui a conduit CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services) à rembourser les soins collaboratifs dès 2017, rapidement suivis par les principaux assureurs privés (Blue Cross Blue Shield, Aetna, etc.) :

- Un essai randomisé contrôlé publié en 2012 (Katon et al., 2012) a comparé 12 mois de soins collaboratifs pour des personnes souffrant de dépression et de diabète et/ou de maladies cardiovasculaires, par rapport aux soins habituels dans 14 maisons de santé. Cette analyse coût-efficacité comprenait une période d'observation de 24 mois au total. Les patients ayant bénéficié des soins collaboratifs ont bénéficié de 114 jours supplémentaires sans dépression et de 594 dollars de frais de santé ambulatoires en moins que les autres patients.
- L'étude IMPACT (Unützer et al., 2022) a démontré un bénéfice économique de long terme sur les patients. Un « investissement » de douze mois dans les soins collaboratifs pour un coût d'environ 522 dollars par patient permet des économies de coût de santé de plus de 3.300 dollars.
- Intermountain Healthcare, une large organisation de santé entièrement intégrée, a réalisé une étude longitudinale rétrospective (Reiss-Brennan et al., 2016) sur ses patients ayant reçu des soins collaboratifs par rapport à des pratiques usuelles entre janvier 2010 et décembre 2013. Les patients bénéficiant de soins collaboratifs ont eu 11% d'admissions hospitalières en moins, 23% de visites aux urgences en moins, 7% de visites de soins primaires en moins, 2% de visites de soins spécialisés en moins, 1% de soins non programmés en moins, et 3% de coûts de santé totaux en moins.

9. Évaluation de l'expérimentation

Le pilote SÉSAME conduit dans les Yvelines (2020-2023) fait l'objet d'une étude en implémentation MOSAIQUE qui étudie la pénétrance, l'acceptabilité, l'adoption, la faisabilité, la fidélité, la pertinence et le coût de la mise en œuvre des soins collaboratifs.

Aussi l'expérimentation 51 pourra s'appuyer sur ces données et les indicateurs recueillis (présentation ci-après).

L'évaluation dans le cadre de l'expérimentation 51 pourrait être l'occasion de conduire une étude médico-économique s'appuyant sur les données du Système national des données de santé (SNDS) à partir de la constitution d'un groupe contrôle répondant au profil des patients SÉSAME. Les objectifs pourraient être d'étudier dans la durée et de comparer dans les deux groupes (contrôle / SÉSAME) :

- Les coûts directs médicaux : médicaments, consultations, examens de laboratoires, hospitalisation, réhospitalisation.
- Les coûts directs non médicaux : frais de transport pour se rendre à l'hôpital, dépenses d'aménagement du domicile, indemnités journalières en cas d'arrêt de travail.
- Les coûts indirects : aides ménagères, perte de productivité liée à la maladie (arrêt de travail...).

L'existence d'une littérature abondante sur le sujet comme le recueil structuré de données cliniques diversifiées au sein du logiciel e-Quartet allié à la puissance du SNDS constituent des atouts majeurs pour bâtir la méthodologie.

La méthodologie comme les indicateurs suggérés ci-dessus seront définis avec les équipes évaluatives lors de la construction du protocole d'évaluation.

Les apports de l'étude MOSAIQUE

Une étude en implémentation, l'étude MOSAIQUE, est en cours dans le cadre du pilote. Financée par le GIRCI Ile-de-France, le Pr Nadia Younes en est la coordinatrice investigatrice et le Centre hospitalier de Versailles le promoteur.

Les critères et indicateurs retenus dans l'étude MOSAÏQUE sont mentionnés dans le tableau suivant.

<i>Critère</i>	<i>Indicateurs</i>
CRITÈRES D'ÉVALUATION PRINCIPAUX	
Pénétrance : intégration de l'intervention dans le système de soin	<ul style="list-style-type: none"> Taux de pénétrance : nombre de patients ayant bénéficié des soins collaboratifs par rapport à la file active en soins primaires pendant la période d'étude (<i>données dossier</i>)
Acceptabilité : perception par les participants que l'intervention est attirante et satisfaisante	<ul style="list-style-type: none"> Taux de patients ayant bénéficié des soins collaboratifs par rapport à ceux qui ont été adressés par les MG, de refus et de perdus de vue avant la fin des soins collaboratifs
Adoption : intention et attitude/comportement d'essayer l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> Faisabilité, acceptabilité du dépistage et conséquences pour la pratique d'un dépistage positif Nombre de patients inclus dans les soins collaboratifs dans le premier mois, durée moyenne et nombre de patients pour arriver à la saturation des possibilités d'accueil par l'IDE SÉSAME
Faisabilité : jusqu'à quel point l'intervention peut être déployée dans la réalité ?	<ul style="list-style-type: none"> Acceptabilité et légitimité pour le patient, les MG, psychiatres et psychologues, de soins portés par un non-médecin. La question de la réception « culturelle » de ces changements de pratique est centrale dans l'implémentation. Facteurs facilitant/bloquant l'implémentation : confusion dans les rôles, lourdeurs des soins collaboratifs, informatique, relation IDE/MG, relation IDE/psychiatre, facteurs patients.
Fidélité : jusqu'à quel point l'intervention est mise en œuvre selon le modèle initial (quantité/qualité) ?	<ul style="list-style-type: none"> Description du profil des patients inclus par rapport à la population cible des soins collaboratifs, à la population incluse dans les études d'implémentation des soins collaboratifs. Description du profil des soins collaboratifs délivrés : nombre de patients suivis et durées du suivi par IDE, % de suivis avec au moins 1 consultation, % de suivis avec un premier RDV à moins de 21 jours, pourcentage de suivis à 12 semaines, % de suivis à 12 semaines avec au moins 4 consultations IDE, nombre de rencontres psychiatre IDE, nombre de consultation par le MG durant le suivi en soins collaboratifs, % de patients pris en charge par les psychologues, % de patients ayant bénéficié d'une pharmacothérapie adaptée sur 12 semaines, % de patients orientés vers les soins spécialisés et nature de ces orientations (<i>données dossier</i>) Description des évolutions cliniques sur la base des scores PHQ9 et GAD7 Profil des patients répondeurs par rapport aux non répondeurs. Au niveau qualitatif, fidélité entre ce qui a été prévu en amont de la prise de poste de l'IDE SÉSAME et les pratiques mises en œuvre, également entre le schéma des soins collaboratifs prévu et ce qui s'est mis en place.
Pertinence	<ul style="list-style-type: none"> Scores de satisfaction des patients et des différents professionnels Enquête qualitative auprès des patients et des professionnels sur la satisfaction Enquête qualitative auprès des patients et des professionnels sur les impacts en termes de modifications des pratiques professionnelles des MG, psychiatres et psychologues, en termes de perception pour les IDE de leur place soignante et en termes de modification éventuelle pour les patients de perception d'une décision partagée
Coût : coûts de l'implémentation de l'intervention	<ul style="list-style-type: none"> Coût par patient bénéficiaire, par maison de santé et en global. Les éléments budgétaires associés à l'implémentation croisés aux données du registre permettront de calculer le coût moyen et

	médian d'une prise en charge par patient (salaire des IDE, salaire des psychiatres, formation etc.)
Durabilité : conditions de maintien de l'intervention dans le temps	
CRITÈRES D'ÉVALUATION SECONDAIRES	
<ul style="list-style-type: none"> • Comparaison de tous les indicateurs recueillis dans les 4 sites. • Comparaison avec les données décrites dans la littérature sur l'implémentation des soins collaboratifs (taux de screening, taux de consultation par l'IDE des soins collaboratifs à 1 mois, profil des patients inclus sociodémographique et clinique (score PHQ9, risque suicidaire, ...), taux de patients en rémission/guérison, nombre de consultations, nombre de patients vus par des psychologues, taux de consultations avec un psychiatre en l'absence d'amélioration 	

Les entretiens qualitatifs semi-directifs conduits avec les professionnels se dérouleront selon trois vagues :

- Mai-juin 2022
- Mai-juin 2023
- Mai-juin 2024

Les enquêtes quantitatives de satisfaction / opinion sont remises aux patients à l'issue de leur parcours SÉSAME et sont soumises tous les 6 mois aux professionnels de santé.

10. Dérogations nécessaires pour la mise en œuvre de l'expérimentation

10.1 *Aux règles de facturation, de tarification et de remboursement relevant du code de la sécurité sociale (CSS)*

Cf. Annexe 3

10.2 *Aux règles d'organisation de l'offre de soins relevant des dispositions du code de la santé publique (CSP)*

Cf. Annexe 3

10.3 *Aux règles de tarification et d'organisation applicables aux établissements et services mentionnés à l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles (CASF)*

11. Liens d'intérêts

Le porteur ne déclare aucun conflit d'intérêt.

12. Éléments bibliographiques

1. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, Dickens C, Coventry P. (2012), Collaborative care for depression and anxiety problems. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 10. Art. No.: CD006525.
2. Bower P., Gilbody S., Richards D., Fletcher J., Sutton A. (2006), Collaborative care for depression in primary care. Making sense of a complex intervention : systematic review and meta-regression. Br J Psychiatry.
3. CNAM (2021), Rapport Charges et Produits.

4. M. Coldefy, Approche population-centrée et partenariale en santé mentale : L'implication et le partenariat avec les usager.e.s et la population dans la conception et le fonctionnement du système de santé comme leviers de transformation de notre système de santé mentale, HCAAM, 2022
5. Cour des comptes (2021), Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie, Rapport.
6. Davenport S. and al. (2018), Potential economic impact of integrated medical-behavioral healthcare : Updated projections for 2017, Milliman Research Report.
7. Davydow D.S., Katon J.G., Rollman B.L., Unützer J. (2015), Improving mental and physical health outcomes in general healthcare settings: a Gedenkschrift in honor of Wayne Katon, MD (1950-2015). Gen Hosp Psychiatry.
8. Dumesnil et al. (2012), La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. DREES, Études et Résultats.
9. Dupays S. et Dr Emmanuelli J. (2019), Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient Rapport IGAS.
10. DREES (2006), La durée des séances des médecins généralistes, Études et résultats n°481.
11. Fovet, Thomas, et al. (2014), État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France, Information psychiatrique, vol. 90, no. 5, pp. 319-322.
12. Gilbody S., Whitty P., Grimshaw J., Thomas R. (2003), Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care : a systematic review. 289(23):3145-51
13. Gilbody S. and al. (2006), Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes, Arch Intern Med.
14. Grypma L. and al. (2006), Taking an evidence-based model of depression care from research to practice : making lemonade out of depression. Gen Hosp Psychiatry.
15. Harmer B. et al., *Suicidal ideation*, StatPearls, 2022
16. Haute Autorité de santé, Affections psychiatriques de longue durée Troubles anxieux graves, Juin 2007
17. Haute Autorité de santé (2018), 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.
18. Hardy-Baylé M.-C., Younès N. (2014). Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? Information psychiatrique. vol. 90, no. 5, pp. 359-371.
19. Health Services Research and Development Service Collaborative Care for Depression in the Primary Care Setting. 2008
20. Inserm, Dépression : mieux la comprendre pour la guérir durablement, 2017 (dossier web)
21. Katon W., Russo J., Lin EHB, et al. (2012), Cost-effectiveness of a multicondition collaborative care intervention: a randomized controlled trial. Arch Gen Psychiatry. 2012; 69:506-514.
22. Katon W. and al. (2008), Long-term effects on medical costs of improving depression outcomes in patients with depression and diabetes. Diabetes Care.
23. Kovess V., Alonso J., Brugha T.S. et al. (2007), Differences in lifetime use of services for mental health problems in six european countries. Psychiatr Serv ; 58 : 213-20.
24. Kroenke K., Unutzer J. (2017), Closing the False Divide: Sustainable Approaches to Integrating Mental Health Services into Primary Care. J Gen Intern Med. 2017 Apr;32(4):404-410.
25. Lecadet J., Vidal P., Baris B., Vallier N., Fender P., Allemand H. et le groupe Médipath 2000. (2003), Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine. I. Données nationales. Revue Médicale de l'Assurance Maladie, 34:2.
26. Levine S. (2005), Physicians' satisfaction with a collaborative disease management program for late-life depression in primary care. Gen Hosp Psychiatry.
27. Malâtre-Lansac A. (2020), Santé mentale, faire face à la crise, Institut Montaigne, 2020.
28. Norton J. et al. (2009), Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit, L'Encéphale, Volume 35, Issue 6.

29. OCDE (2021), A New Benchmark for Mental Health System, Tackling the Social and Economic Costs of Mental Ill-Health.
30. OCDE (2011), Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.
31. OMS, Integrating mental health into primary care: a global perspective, 2008
32. OMS, Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors et the country level, 2011
33. OMS, WHO report highlights global shortfall in investment in mental health, 2021
34. ORS, Santé mentale en Île-de-France : rôle clé des médecins généralistes dans le repérage et la prise en charge des patients, 2020
35. Prokofyeva, E ; Martins, SS ; Younès, N ; Surkan, PJ ; Melchior, M. The role of family history in mental health service utilization for major depression. *J Affect Disord*, 2013, 151, 461-6
36. Reiss-Brennan B., Brunisholz K.D., Dredge C. et al. (2016). Association of Integrated Team-Based Care With Health Care Quality, Utilization, and Cost. *JAMA*. 2016;316(8):826–834. Retrieved January 30, 2018.
37. Reiss-Brennan B., Cost and quality Impact of Intermountain's Mental Health Integration Program, *Journal of Healthcare Management*, 2010
38. Roy-Byrne P. and al. (2010), Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care : a randomized controlled trial. *JAMA*.
39. Sackett D. et al., Evidence based medicine : what it is and what it isn't, *BMJ*, 1996
40. Santé Publique France, Comment évolue la santé mentale des Français pendant l'épidémie de COVID-19 – Résultats de la vague 35 de l'enquête CoviPrev, Octobre 2022 (site web)
41. Steel Z., Marnane C., Iranpour C., Chey T., Jackson J.W., Patel V., Silove D. (2014), The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol*. 43(2):476-93
42. United Nations Regional Information Centre, [Le sous-financement de la santé mentale pourrait coûter très cher](#), ONU, 2020
43. United States Department of Defense's Deployment Health Clinical Center (DHCC) [Oct 30, 2011]; RESPECT-Mil.
44. Unützer (2016), All hands-on deck, *Psychiatric News*.
45. Unützer J. and al. (2002), Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA*.
46. USPSTF, Screening for Depression in Adults: Recommendation Statement, 2016 Aug 15;94(4).
47. Van der Feltz-Cornelis CM. (2011), The Depression Initiative. Description of a collaborative care model for depression in the primary care setting in the Netherlands. *Clinical Neuropsychiatry*. 2011;8(4):260-267.
48. Waitzfelder B., Stewart C., Coleman K.J., et al. (2018), Treatment Initiation for New Episodes of Depression in Primary Care Settings. *J Gen Intern Med* ;33(8):1283-1291. doi:10.1007/s11606-017-4297-2.
49. Wang et al. (2005). Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. National Library of Medicine. 2005
50. Williams JW Jr. and al. (2007), Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. *Gen Hosp Psychiatry*.
51. Younès N., Hardy-Bayle M.-C., Falissard B., Kovess V., Gasquet I (2008)., Impact of shared mental health care in the general population on subjects' perceptions of mental health care and on mental health status., *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2008, 43, 113-20
52. Younès N., Hardy-Bayle M.-C., Falissard B., Kovess V., Chaillet M-P., Gasquet I. Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists. *BMC Public Health* 2005, 5:104 doi:10.1186/1471-2458-5-104
53. Younès N., Lemogne C., Accès aux soins des personnes présentant des troubles mentaux, *Après-Demain*, 2017/2

13. Annexe 1 – Glossaire

AIMS : Advanced integrated mental health solution
APTA : Association plateforme territoriale d'appui
CLSM : conseil local de santé mentale
CMP : centre médico-psychologique
CMS : centers for medicare and medicaid services
CPT : communauté psychiatrique de territoire
CPTS : communauté Professionnelle Territoriale de Santé
DAC : dispositif d'appui à la coordination
DSP : dispositif de soins partagés
FIOP : fonds d'innovation organisationnel en psychiatrie
GAD : Generalized anxiety disorder
HAS : Haute autorité de santé
IDE : infirmier diplômé d'État
IPA : infirmier de pratique avancée
MSP : maison de santé pluriprofessionnelle
PHQ : Patient health questionnaire
PTSM : projet territorial de santé mentale
PRS : projet régional de santé
SÉSAME : Soins d'équipe en santé mentale
SI : système d'information

14. Annexe 2 – Coordonnées du porteur et des partenaires

Structure	Entité juridique et/ou statut ; adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Signature numérisée
Quartet Santé (porteur)	Association	Johanna Couvreur Directrice de Quartet Santé jcouvreur@institutmontaigne.org	
Institut Montaigne (porteur)	Association	Marie-Pierre de Bailliencourt Directrice générale mpdebailliencourt@institutmontaigne.org	
Centre hospitalier de Versailles (porteur)	Établissement de santé	Pr Christine Passerieux Chef du pôle de psychiatrie cpasserieux@ght78sud.fr	
Mairie de Suresnes	Collectivité locale	Bénédicte Vignol Directrice du pôle Solidarités-Santé bvignol@ville-suresnes.fr	
MSP des Chênes à Suresnes	SISA	Julie Guérin Coordinatrice de la MSP mssc.coordination@gmail.com	
EPS Erasme	Établissement de santé	Dr Joséphine Caubel Chef de pôle josephine.caubel@eps-erasme.fr	
Centre Richerand à Paris 10	Centre de santé	Dr Jeanne Villeneuve Directrice médicale jeanne.villeneuve@richerand.fr	
MSP Philippe Marze aux Mureaux	SISA	Dr Marie-Hélène Certain mh.certain@lecmg.fr	
PTSM 78 Nord		Caroline Jegoudez Coordinatrice c.jegoudez@th-roussel.fr	
PTSM 78 Sud		Pr Christine Passerieux Chef du pôle de psychiatrie cpasserieux@ght78sud.fr	
Maison médicale de Chevreuse	Exercice libéral regroupé	Dr Marie-Anne Duval-Cattanéo docteur.duval.ma@orange.fr	
APTA 78 à Versailles		Dr Frédéric Prudhomme Président prudhomme@orange.fr	
Cabinet médical de la Grange-Dîme à Porcheville		Dr Mathilde Baes Coordinatrice mathilde.baes@yahoo.fr	
Centre hospitalier d'Argenteuil	Etablissement de santé	Dr Christophe Lamisse Chef du pôle de psychiatrie	

		christophe.lamise@ch-argenteuil.fr	
Ville d'Argenteuil	Collectivité locale – Centres municipaux de santé	Dr Marie Penicaud Cheffe de service médical des Centres municipaux de Santé marie.penicaud@ville-argenteuil.fr	
Cabinet médical de Chambourcy	Exercice libéral regroupé	Dr Séverine Steenkiste severine.steenkiste@gmail.com	
CPTS Seine et Forêts à Saint-Germain-en-Laye	Association	Philippine Burgelin Coordinatrice p.burgelin@cpts-seineetforets.fr	
Ville d'Aubervilliers	Collectivité locale – Centre municipal de santé	Fabrice Giroux Directeur du centre Municipal de Santé d'Aubervilliers fabrice.giroux@mairie-aubervilliers.fr	

15. Annexe 3 – Catégories d'expérimentations

À quelle(s) catégorie(s) d'expérimentations répond le projet ? Il est possible de combiner les catégories.

Modalités de financement innovant (Art. R. 162-50-1 – I-1°)	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	Le modèle propose un financement de séquence de soins de trois mois renouvelable trois fois
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 (Art. R. 162-50-1 – I-2°)	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	Le modèle de soins collaboratif en médecine générale qui intègre des actes de délégation, de coordination et d'expertise en les différents niveaux de recours ainsi que des consultations non remboursées.
b) Organisation favorisant l'articulation ou l'intégration des soins ambulatoires, des soins hospitaliers et des prises en charge dans le secteur médico-social	X	L'équipe de soins coordonnés et centrée autour des besoins du patient, dispose pour chaque centre de recours un gestionnaire de parcours travaillant aux côtés des médecins généralistes et un psychiatre à distance. Le gestionnaire de parcours procède aussi à la mise en relation et la coordination avec les ressources sanitaires, sociales, médicaux sociales ou associatives nécessaires au bon suivi du patient
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	X	Le modèle de soins collaboratifs proposé se base sur le logiciel e-Quartet qui permet d'avoir un accès continu au dossier patient et d'échanger sur les cas complexes et les nouveaux cas. Les échelles cliniques validées scientifiquement sont intégrées au logiciel.

Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé (Art. R. 162-50-1 – II°) :	Cocher	Si oui, préciser
1) Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des		

50

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		
2) 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	X	Le gestionnaire de parcours procède au suivi des prescriptions médicamenteuses, de l'observance, des effets indésirables et des risques iatrogéniques éventuels. La montée en compétence des médecins généralistes sur la gestion des troubles mentaux permet d'améliorer la qualité et la pertinence des soins.
3) 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.		

16. Annexe 4 – Les échelles cliniques mobilisées par SÉSAME

PHQ9 : échelle mesurant l'intensité de la symptomatologie dépressive

Le questionnaire sur la santé du patient à 9 questions est un outil de diagnostic introduit en 2001 pour dépister la présence et la gravité de la dépression chez les patients adultes dans un établissement de soins primaires. Il évalue la dépression sur la base du questionnaire de santé du patient auto-administré.

Au cours <u>des 2 dernières semaines</u> , à quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	+1	+2	+3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	+1	+2	+3
3. Avoir des difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e) ou dormir trop	0	+1	+2	+3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	+1	+2	+3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	+1	+2	+3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou de s'être déçu(e) soi-même	0	+1	+2	+3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision	0	+1	+2	+3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire être si agité(e) que vous avez du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	+1	+2	+3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	+1	+2	+3
	Pas du tout difficile	Assez difficile	Très difficile	Extrêmement difficile
10. Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?	0	+1	+2	+3

GAD7 : échelle mesurant l'intensité de la symptomatologie anxieuse

Le trouble d'anxiété généralisée 7 est un questionnaire autodéclaré pour le dépistage et la mesure de la gravité du trouble d'anxiété généralisée. GAD-7 comporte sept éléments, qui mesurent la gravité de divers signes de TAG selon les catégories de réponse signalées avec des points attribués.

Au cours <u>des 2 dernières semaines</u> , à quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	+1	+2	+3
2. Être incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	0	+1	+2	+3
3. Une inquiétude excessive à propos de différentes choses	0	+1	+2	+3
4. Des difficultés à vous détendre	0	+1	+2	+3
5. Une agitation telle qu'il est difficile de tenir en place	0	+1	+2	+3
6. Une tendance à être facilement contrarié(e) ou irritable	0	+1	+2	+3
7. Un sentiment de peur comme si quelque chose de terrible risquait de se produire	0	+1	+2	+3

RUD pour l'évaluation du risque suicidaire

L'échelle RUD (Risque Dangersité Urgence) permet d'apprécier le niveau de risque (faible, moyen élevé) suicidaire et de passage à l'acte. Cette échelle complète la connaissance et la recherche des facteurs de risque présentés dans le tableau ci-dessous d'après.

Risques	Urgence	Dangersité
<p>Facteurs individuels Antécédents suicidaires personnels Problèmes de santé mentale Estime de soi, sentiment de désespoir ou d'impuissance Tempérament impulsif, colérique, agressif (...)</p> <p>Facteurs familiaux Violence, abus physiques, psychologiques ou sexuels dans la vie du sujet Relation conflictuelle entre les parents et le sujet Pertes et abandons précoces, Problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme chez les parents (...)</p> <p>Facteurs psychosociaux Difficultés économiques persistantes Isolement social et affectif, Séparation et perte récente de liens importants, deuil</p>	<p>Probabilité et de l'imminence d'un passage à l'acte Moment du passage à l'acte déterminé Envisage de mettre son plan à exécution très bientôt</p>	<p>Niveau d'élaboration du scénario suicidaire Létalité du moyen prévu Niveau de souffrance Désarroi ou désespoir, repli sur soi, isolement relationnel, sentiment de dévalorisation ou d'impuissance, (...) Degré d'intentionnalité Idées envahissantes, rumination, recherche ou non d'aide, attitude par rapport à des propositions de soins, (...) Éléments d'impulsivité Instabilité comportementale, agitation motrice, état de panique, antécédents de passage à l'acte, de fugue ou d'actes violents Élément précipitant Conflit, échec, rupture, perte, etc. Présence de moyens létaux à disposition Armes, médicaments, etc. Qualité du soutien de l'entourage proche Capacité de soutien ou inversement renforcement du risque (...)</p>

Risques	Urgence	Dangerosité
Difficultés scolaires, professionnelles (...)		

MDQ pour les troubles bipolaires

Le *Mood Questionnaire Disorder* est un questionnaire d'évaluation du trouble bipolaire.

Questions	Points	
	Oui	Non
Est-ce qu'il y a déjà eu une période au cours de laquelle vous n'étiez pas vraiment vous-même et...		
...vous vous sentiez tellement bien ou accéléré(e), au point que d'autres personnes pensaient que vous n'étiez pas dans votre état habituel ou que le fait d'être tellement accéléré(e) vous attira des ennuis ?	1	0
...vous vous sentiez tellement irritable que vous avez insulté des gens ou que vous avez déclenché des bagarres ou des disputes ?	1	0
...vous vous sentiez beaucoup plus sûr(e) de vous que d'habitude ?	1	0
...vous dormiez beaucoup moins que d'habitude et vous trouviez que cela ne vous manquait pas vraiment ?	1	0
...vous étiez beaucoup plus loquace ou parliez plus vite que d'habitude ?	1	0
...les pensées défilaient rapidement dans votre tête ou vous ne pouviez pas ralentir le cours de votre pensée ?	1	0
...vous étiez si facilement distrait(e) par tout ce qui se passait autour de vous, au point d'avoir de la peine à vous concentrer ou à rester sur une idée ?	1	0
...vous aviez beaucoup plus d'énergie que d'habitude ?	1	0
...vous étiez beaucoup plus actif(ve) ou faisiez bien plus de choses que d'habitude ?	1	0
...vous étiez beaucoup plus sociable ou ouvert(e) que d'habitude, par exemple, vous téléphoniez à des amis au milieu de la nuit ?	1	0
...vous étiez beaucoup plus intéressé(e) par la sexualité que d'habitude ?	1	0
...vous faisiez des choses inhabituelles pour vous ou que d'autres personnes auraient pu considérer comme excessives, stupides ou risquées ?	1	0
...les dépenses que vous avez faites ont causé des problèmes à vous ou à votre famille ?	1	0
Total		

Si vous avez coché « oui » à plus d'une question ci-dessus, plusieurs d'entre elles sont-elles survenues au cours de la même période. Merci de n'entourer qu'une seule réponse.	Oui (1)	Non (0)
---	------------	------------

Si vous avez coché « oui » à plus d'une question ci-dessus, plusieurs d'entre elles sont-elles survenues au cours de la même période. Merci de n'entourer qu'une seule réponse.			
Si vous avez coché « oui » à plus d'une question ci-dessus, plusieurs d'entre elles sont-elles survenues au cours de la même période. Merci de n'entourer qu'une seule réponse.			
Aucun problème	Problème mineur	Problème modéré	Problème sévère

PCL-5 pour les troubles du stress post-traumatique

Le PCL-5 est une auto-évaluation comprenant 20 items qui mesurent les 20 symptômes d'ESPT du DSM-5. Le libellé des items du PCL-5 reflète à la fois des modifications des symptômes existants et l'ajout de nouveaux symptômes dans le DSM-5. Les objectifs du PCL-5 sont nombreux, comme surveiller les changements des symptômes pendant et après le traitement, dépister des individus ayant un ESPT, faire un diagnostic d'ESPT provisoire.

Questions	Points				
	Pas du tout	Un peu	Moyennement	Souvent	Extrêmement
Au cours du mois dernier, à quel point avez-vous été affecté par :					
Souvenirs répétés, pénibles et involontaires de l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
Rêves répétés et pénibles de l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
Se sentir ou agir soudainement comme si l'expérience stressante recommençait (comme si vous la viviez de nouveau) ?	0	1	2	3	4
Être bouleversé lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
Réagir physiquement lorsque quelque chose vous rappelle l'expérience stressante (par exemple, battements de cœur, difficulté à respirer, transpiration) ?	0	1	2	3	4
Éviter les souvenirs, les pensées ou les sentiments liés à l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
Éviter les personnes et les choses qui vous rappellent l'expérience stressante (par exemple, des personnes, des lieux, des conversations, des activités, des objets ou des situations) ?	0	1	2	3	4
Avoir du mal à vous rappeler d'éléments importants de l'expérience stressante ?	0	1	2	3	4
Avoir des croyances négatives sur vous-même, les autres ou le monde (par exemple, avoir des pensées telles que : je suis mauvais, il y a quelque chose qui ne va pas chez moi, personne ne peut faire confiance, le monde est complètement dangereux) ?	0	1	2	3	4
Vous blâmer ou blâmer les autres pour la survenue de l'expérience stressante ou ce qui est arrivé par la suite ?	0	1	2	3	4
Avoir des sentiments négatifs intenses tels que la peur, l'horreur, la colère, la culpabilité ou la honte ?	0	1	2	3	4
Perdre de l'intérêt pour les activités que vous aimiez auparavant ?	0	1	2	3	4
Vous sentir distant ou coupé des autres ?	0	1	2	3	4
Avoir du mal à éprouver des sentiments positifs (par exemple, être incapable de ressentir du bonheur ou d'avoir des sentiments d'amour pour vos proches) ?	0	1	2	3	4
Être irritable, avoir des bouffées de colère ou agir agressivement ?	0	1	2	3	4
Prendre des risques inconsidérés ou encore avoir des conduites qui pourraient vous mettre en danger ?	0	1	2	3	4
Être « super-alerte » ou vigilant ou sur vos gardes ?	0	1	2	3	4
Vous sentir nerveux ou sursauter facilement ?	0	1	2	3	4
Avoir du mal à vous concentrer ?	0	1	2	3	4

Avoir du mal à trouver ou garder le sommeil ?	0	1	2	3	4
Total					

DAST pour l'addiction

Le DAST est un instrument standardisé utilisé pour faire le dépistage de la consommation abusive de drogues.

Questions		Points	
		Oui (1)	Non (0)
1	Avez-vous consommé d'autres médicaments ou drogues que ceux qui sont requis pour des raisons médicales ?	1	0
2	Abusez-vous de plus d'un médicament ou d'une drogue à la fois ?	1	0
3	Pouvez-vous toujours cesser de consommer quand vous le désirez ? (Si vous n'avez jamais consommé de médicaments ou d'autres drogues, répondez « Oui ».)	1	0
4	Avez-vous déjà eu des pertes de connaissance (« blackouts ») ou des « flashbacks » causés par une consommation de médicaments ou d'autres drogues ?	1	0
5	Votre consommation de médicaments ou d'autres drogues vous gêne-t-elle ou vous sentez-vous coupable ? (Si vous n'en avez jamais consommé, répondez « Non ».)	1	0
6	Votre conjointe, votre conjoint, votre partenaire ou vos parents se sont-ils déjà plaints de votre consommation de médicaments ou de drogues ?	1	0
7	Avez-vous négligé votre famille à cause de votre consommation de médicaments ou d'autres drogues ?	1	0
8	Avez-vous déjà eu des activités illicites afin d'obtenir des médicaments ou d'autres drogues ?	1	0
9	Avez-vous déjà expérimenté des symptômes de sevrage (se sentir malade) lorsque vous avez cessé de consommer des médicaments ou d'autres drogues ?	1	0
10	Avez-vous déjà eu des problèmes médicaux causés par votre consommation de médicaments ou d'autres drogues (perte de mémoire, hépatite, convulsions, hémorragie, etc.) ?	1	0
Total			

AUDIT pour l'alcool

Le questionnaire AUDIT (Alcohol Use Disorders Test) est le questionnaire de référence pour évaluer la consommation de boissons alcoolisées. Il repose sur une série de questions portant sur les douze mois précédents.

Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?

Jamais	0
Une fois par mois ou moins	1
2 à 4 fois par mois	2
2 à 3 fois par semaines	3
Au moins 4 fois par semaine	4

Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?

1 ou 2	0
3 ou 4	1
5 ou 6	2
7 ou 8	3
10 ou plus	4

Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?

Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2

Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4
Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous aviez commencé ?	
Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4
Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	
Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4
Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous dû boire de l'alcool dès le matin pour vous remettre en forme ?	
Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4
Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	
Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4
Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	
Jamais	0
Moins d'une fois par mois	1
Une fois par mois	2
Une fois par semaine	3
Tous les jours ou presque	4
Vous êtes-vous blessé ou avez-vous blessé quelqu'un parce que vous aviez bu ?	
Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4
Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	
Non	0
Oui, mais pas au cours de l'année écoulée	2
Oui, au cours de l'année	4

Fagerström pour le tabac

Le test de Fagerström est un test permettant de dépister et de quantifier le niveau de la dépendance au tabac au cours du tabagisme. Il comporte quelques questions portant sur les habitudes de consommation du fumeur. Il est possible d'utiliser ce test pour adapter la prise en charge du sevrage tabagique.

Questions	Points			
	score = 0	score = 1	score = 2	score = 3
Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?	Plus de 60 minutes (0)	31-60 minutes (1)	6-30 minutes (2)	Plus de 60 minutes (3)
Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex. : cinémas, bibliothèques)	Non (0)	Oui (1)		
À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?	À une autre (0)	À la première de la journée (1)		
Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?	10 ou moins (0)	11 à 20 (1)	21 à 30 (2)	31 ou plus (3)
Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?	Non (0)	Oui (1)		
Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	Non (0)	Oui (1)		

17. Annexe 5 – Revue de littérature internationale sur le modèle de soins collaboratifs

Différentes implémentations des soins collaboratifs ont été menées partout dans le monde, dans des cabinets de soins primaires de petite et de grande taille, auprès de différentes patientèles, avec différentes modalités de paiement (à l'acte, par capitation ou forfaitaires) et pour différents problèmes de santé mentale, notamment la dépression et les troubles anxieux. La littérature a démontré de façon constante que les soins collaboratifs étaient plus efficaces que les soins de premiers recours habituels.

Le plus large essai contrôlé randomisé mené sur les soins collaboratifs est l'étude IMPACT (Improving Mood – Promoting Access to Collaborative Treatment), conduite au début des années 2000 dans cinq États des États-Unis auprès de 1 800 patients suivis en médecine générale présentant une dépression et en moyenne 3,5 maladies chroniques. Les patients inclus dans les soins collaboratifs ont montré une amélioration de 50% de leurs troubles dépressifs en 12 mois, une baisse des douleurs chroniques et une amélioration de leur qualité de vie par rapport aux patients suivis par les traitements usuels (« care as usual » : soit par antidépresseurs, soit par psychothérapies, soit les deux). De plus, les soins collaboratifs permettent d'augmenter de façon significative la satisfaction des patients et des professionnels de santé. Depuis lors, près de 100 essais contrôlés randomisés ont été menés partout dans le monde, montrant des résultats très intéressants sur différentes populations (patients atteints de cancer, patients diabétiques, populations précaires, adolescents) et sur différents troubles psychiatriques (stress post-traumatique et addictions notamment).

Aux États-Unis, les soins collaboratifs ont été progressivement implantés au sein de larges organisations de santé comme Kaiser Permanente, le Military, la Veterans' Health Administration ou Intermountain Healthcare où l'efficacité comme l'efficacité économique du modèle ont de nouveau été démontrées. Depuis 2017, les soins collaboratifs sont par ailleurs pris en charge au sein de la nomenclature CMS (Centers for Medicare and Medicaid Services), à travers différentes cotations, et plusieurs assureurs remboursent désormais les soins collaboratifs.

Les soins collaboratifs ont également été largement diffusés aux Pays-Bas à travers la *Depression Initiative* (2006-2010). En 2007 a notamment été créée la fonction de « professionnels de santé mentale en médecine générale » (POH-GGZ, en néerlandais) qui travaillent dans les cabinets de soins primaires sous la supervision et la responsabilité du médecin généraliste.