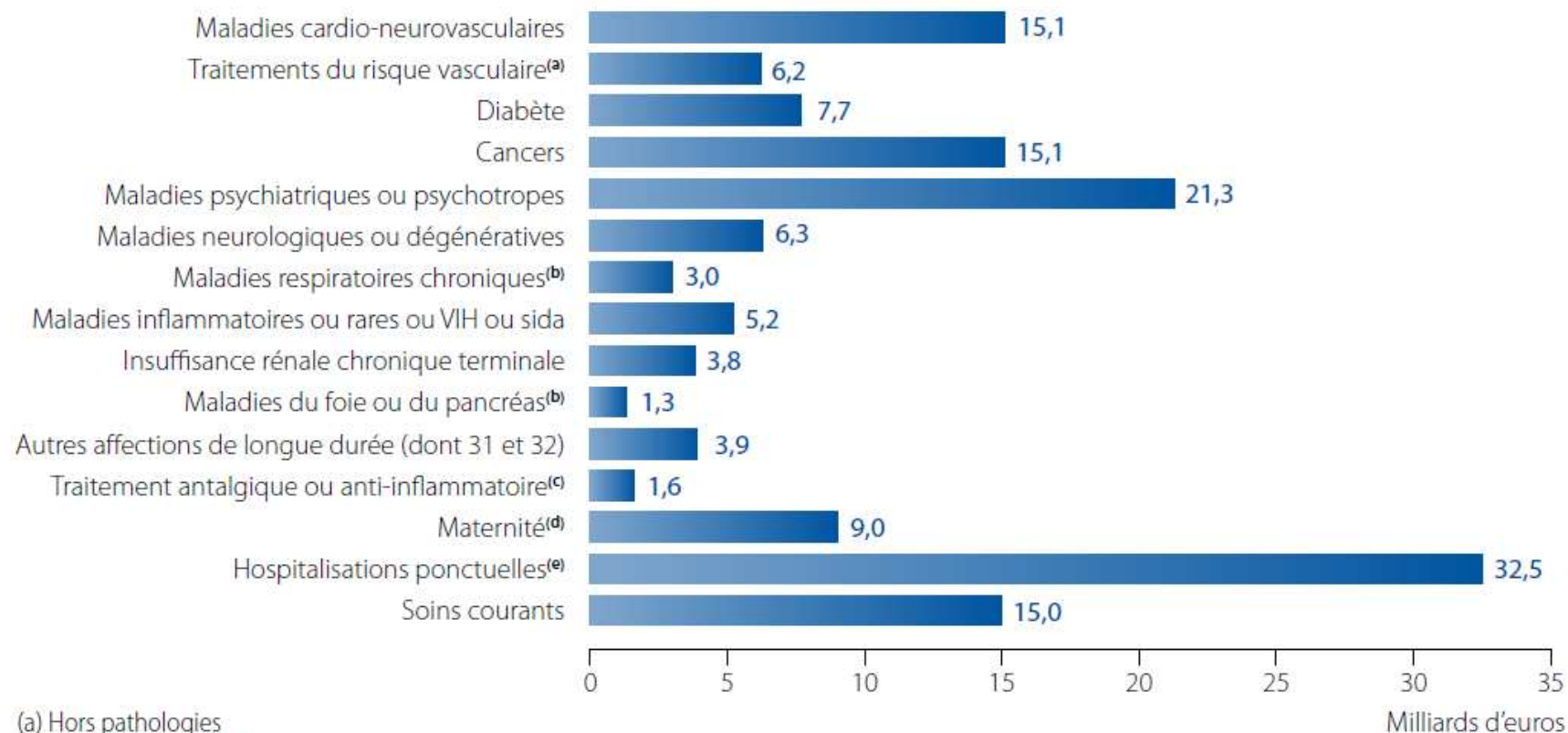


**Expérimentation
d'une prise en charge coordonnée des
thérapies non médicamenteuses
pour
les troubles de santé mentale
d'intensité légère à modérée**

CNPP - CNQSP – 7 Octobre 2016

Dr Pierre GABACH - CNAMTS

Santé mentale: 21,3 milliards d'euros de dépenses d'assurance maladie en 2013



(a) Hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

(c) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

(d) Avec ou sans pathologies

(e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

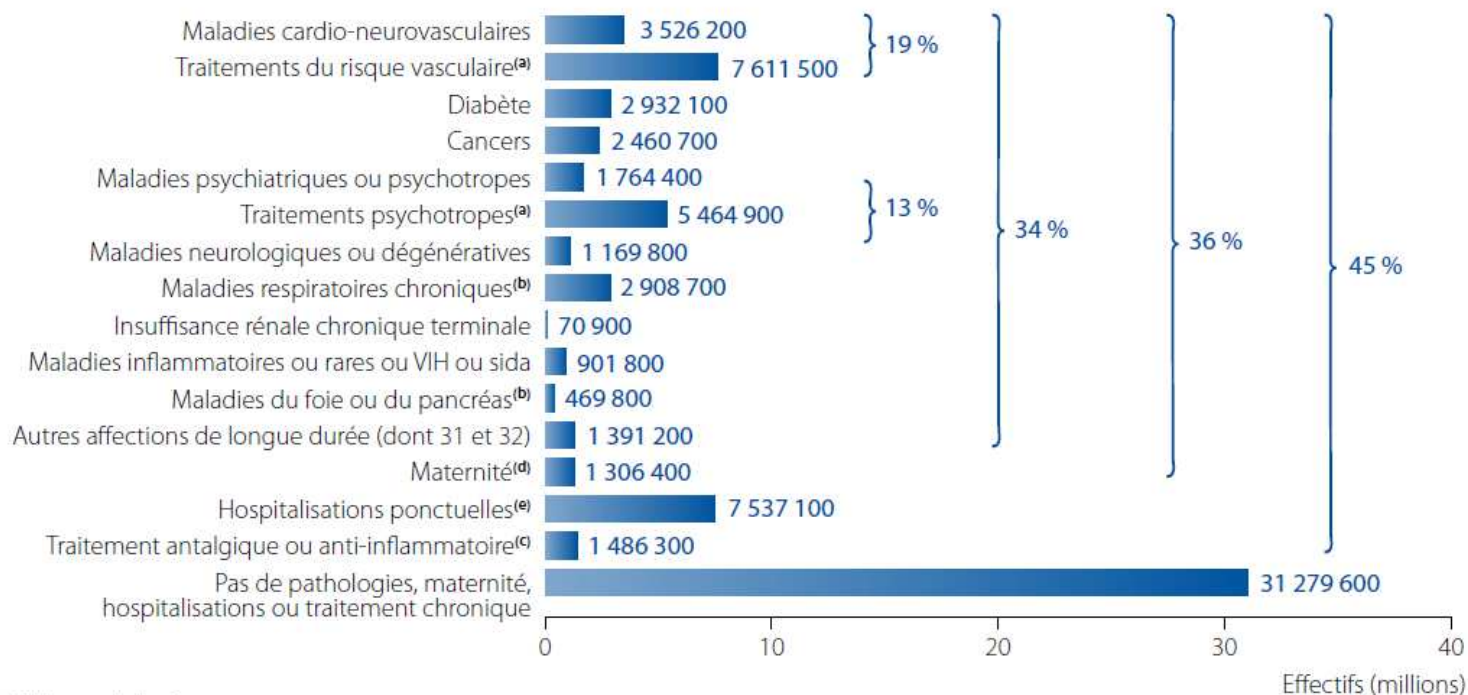
Champ : tous postes de dépenses confondus, tous régimes (extrapolés) – France entière

Source : Cnamts (cartographie 2013)

Les données chiffrées et les constats

Les effectifs en 2013:

- Maladies psychiatriques: **1,7 million**
- Traitements psychotropes: **5,4 millions** (hors maladies psychiatriques reconnues)



(a) Hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

(c) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

(d) Avec ou sans pathologies

(e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

Remarque : les effectifs détaillés ne se cumulent pas, une personne pouvant avoir plusieurs pathologies, traitements, événements de santé au cours de l'année.

Champ : régime général – France entière
Source : Cnamts (cartographie 2013)

Les traitements par anti-dépresseurs

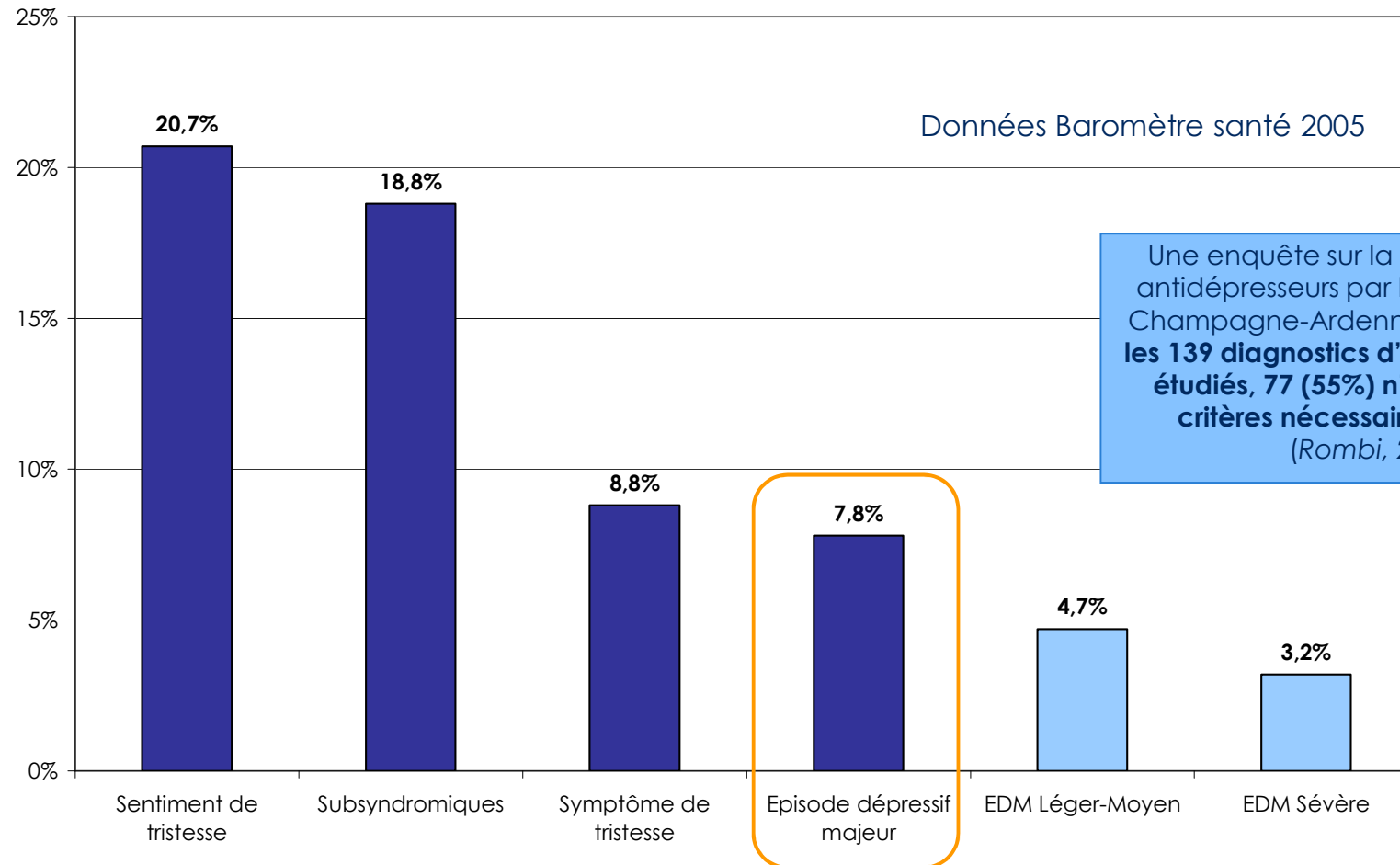
- **Plus de 3 millions** de personnes sous antidépresseurs en 2011 et près de **1 million** d'adultes ont **débuté un traitement antidépresseur**
- Age moyen : 50 ans, 66% femmes
- Dans l'année, **40% ont eu 1 seule délivrance d'antidépresseur**, 30 % 2 à 5 et 30% ≥6
- Parmi les patients ayant eu 1 seule délivrance la 1ère année : 8 sur 10 n'ont aucune délivrance les 2 années suivantes et 2% ont à 3 ans un traitement ayant comporté ≥6 délivrances, une prise en charge en ALD, une hospitalisation ou arrêt de travail long

Nombre de délivrances d'anti-D	Nombre de consultations de psychiatres libéraux dans les 12 mois suivant l'instauration du traitement antidépresseur						Effectif total
	0	Au moins 1	1	2 à 5	6 à 12	>12	
1 délivrance	94%	5%	1%	1%	0%	0%	376 200
2 délivrances	90%	9%	2%	3%	1%	1%	127 000
3 délivrances et plus	81%	18%	2%	5%	5%	4%	446 400
Ensemble	88%	11%	2%	3%	3%	2%	949 600

Source: SNIIRAM - Régime Général hors SLM - Année 2011

A la fois un surdiagnostic de l'EDC...

Prévalences des troubles et symptômes dépressifs (Baromètre santé 2005)

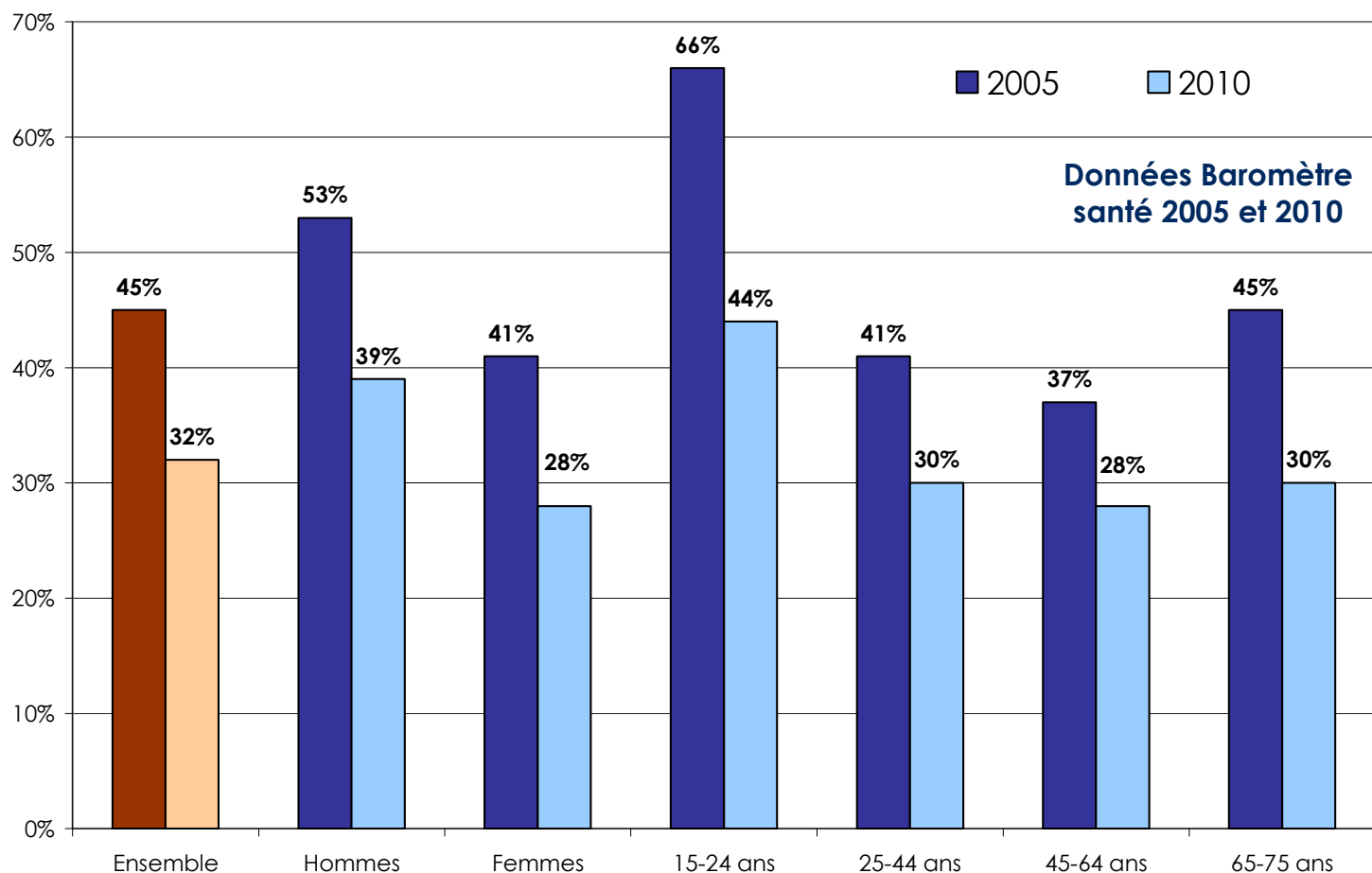


Une enquête sur la prescription des antidépresseurs par les MG en région Champagne-Ardenne montre que **sur les 139 diagnostics d'épisode dépressif étudiés, 77 (55%) n'avaient pas les critères nécessaires au DSM-IV** (Rombi, 2009)

Source : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire (BEH), 23 septembre 2008, n° 35-36 ; Enquête Baromètre santé 2005
Rombi, J. Enquête sur la prescription des antidépresseurs par les mg en région Champagne-Ardenne, 2009.

...mais aussi une prise en charge insuffisante de la dépression

En 2010, 1/3 des patients avec EDC n'ont eu recours ni à un professionnel de santé ni à une structure de soins ni à une psychothérapie

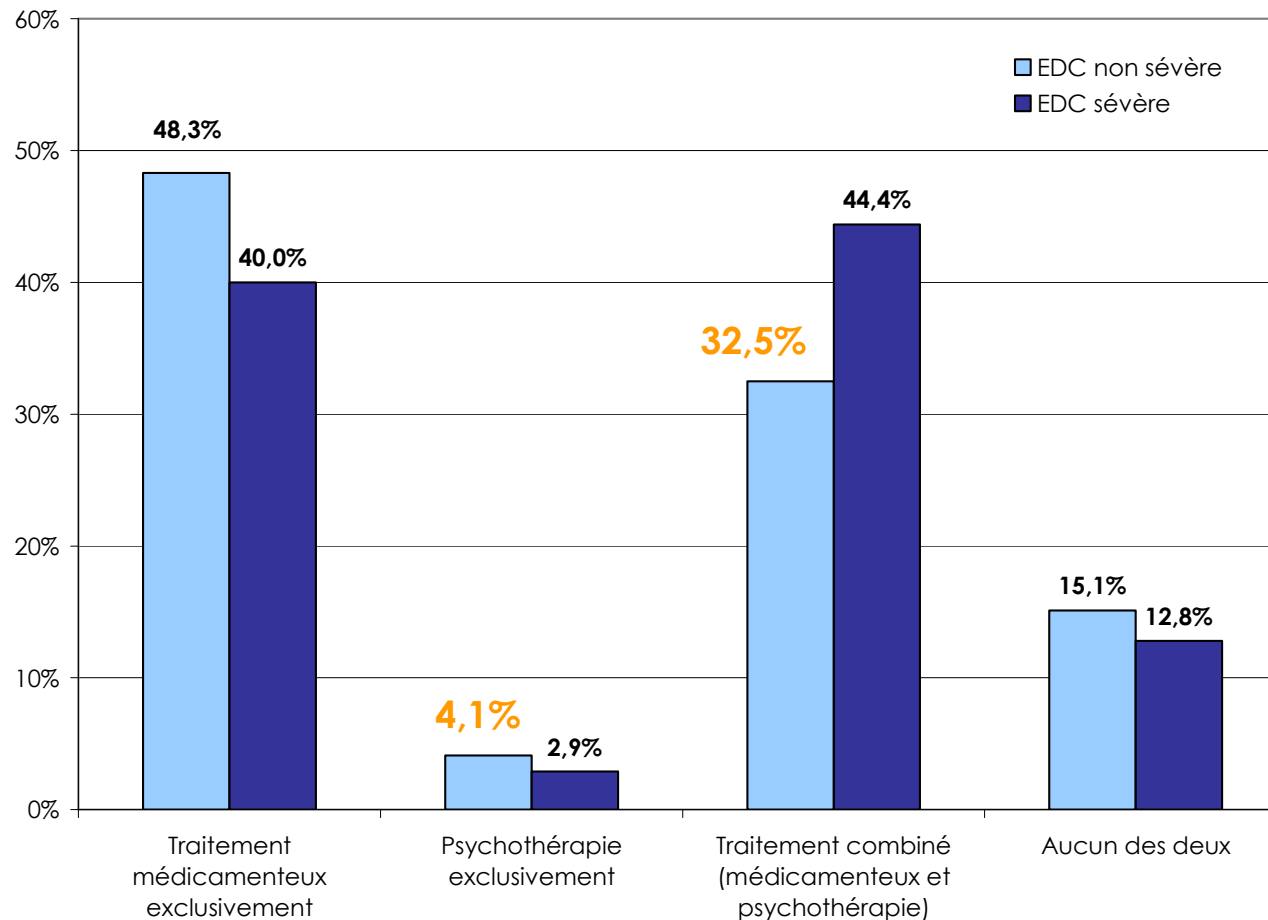


SOURCE : La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soins et sentiment d'information de la population, La santé de l'homme, 2012 ; Enquêtes Baromètre santé 2005, 2010

La psychothérapie est seulement choisie par 37% des MG dans le traitement de l'EDC peu sévère

Principaux choix thérapeutiques dans le cas fictif soumis au médecin généraliste

En pourcentage



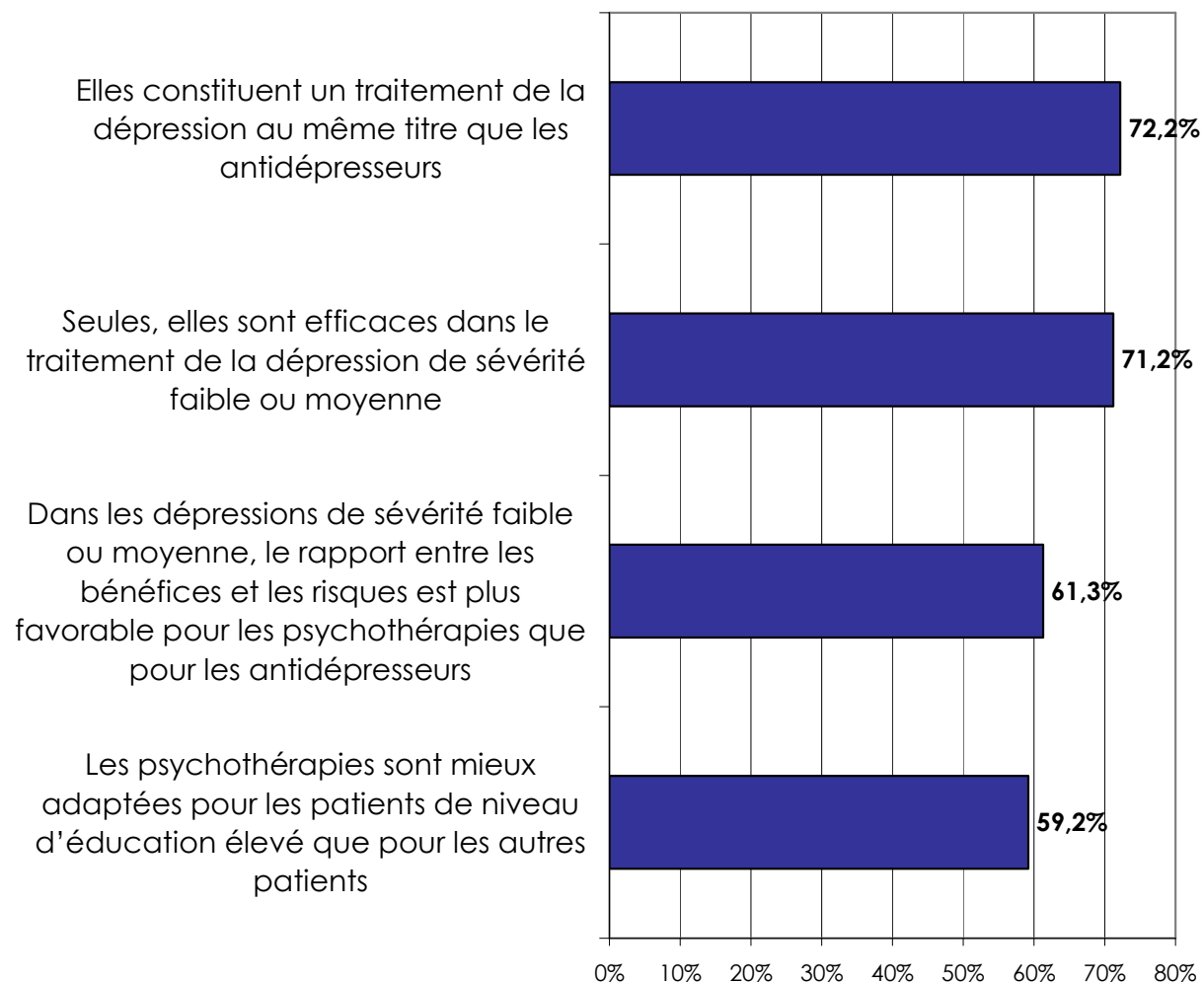
Enquête transversale téléphonique auprès d'un panel national de 1 431 MG (Drees)

À partir de vignettes cliniques de cas de dépression caractérisée : 8 vignettes variant selon l'intensité de la dépression (faible/élevée), le sexe du patient et son statut socioprofessionnel (ouvrier/cadre)

Même si la majorité des médecins ont des opinions favorables vis-à-vis des psychothérapies pour traiter la dépression...

Opinions des médecins généralistes sur l'efficacité des psychothérapies

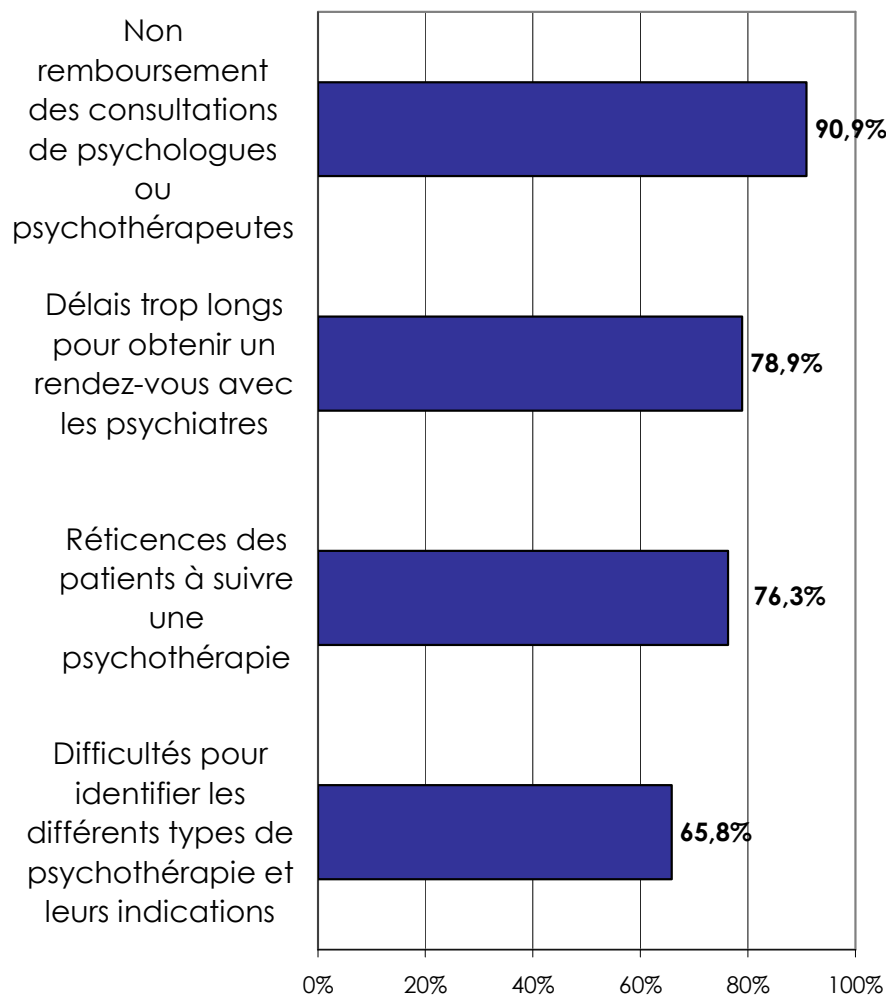
En pourcentage



...ils soulignent plusieurs freins à l'accès aux psychothérapies

Opinions des médecins généralistes sur les freins à l'accès aux psychothérapies

En pourcentage



Si 91 % des médecins interrogés déclarent que le non remboursement est un frein à l'accès aux psychothérapies, ils sont peu nombreux (6 %) à les adresser à un Centre médico-psychologique (CMP), où elles sont prises en charge par l'Assurance maladie.

Face à l'importance de la dépression en effectifs et dépenses, les constats sont les suivants :

- La prise en charge des épisodes dépressifs légers et modérés est essentiellement assurée par le médecin généraliste
- L'existence d'un sur-diagnostic de la dépression et d'un sous-diagnostic de la dépression
- Une utilisation large des antidépresseurs, conjuguée à l'absence de prise en charge de la psychothérapie (hors hospitalisation et structures publiques)
- Une prise en charge ponctuelle des CMP, mais un recours peu utilisé par les médecins généralistes

Sources : Rapport Charges et Produits de l'Assurance Maladie au titre de 2015 – La dépression et les troubles anxieux, p55 et suiv. et p98.
Rombi, J. Enquête sur la prescription des antidépresseurs par les médecins généralistes en région Champagne-Ardenne, 2009
Baromètre Santé 2005

Les modèles de prise en charge des patients dépressifs à l'étranger

La prise en charge des troubles légers à modérés a fait l'objet, dans plusieurs pays, de programmes innovants visant à améliorer la coordination des soins et le suivi des patients.

	Angleterre 	Pays-Bas 	Australie 	Allemagne 
Nécessité d'une prescription	<ul style="list-style-type: none"> • Accès direct ou • Prescription médicale 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription médicale 	<ul style="list-style-type: none"> • Prescription médicale 	
Types de psychothérapie pris en charge	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo-comportementale • Thérapie interpersonnelle (épisode moyen à sévère) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo-comportementale • Thérapie interpersonnelle • Thérapie psychodynamique à court terme 	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo-comportementale • Thérapie interpersonnelle 	<ul style="list-style-type: none"> • Cognitivo-comportementale • Psychanalyse
Nombre de séances remboursées	<ul style="list-style-type: none"> • NHS prend en charge 6 à 8 séances pour stades légers et 16 à 20 séances pour stades sévères 	<ul style="list-style-type: none"> • 5 séances remboursées par l'AM de base avec co-paiement de 20 € par consultation 	<ul style="list-style-type: none"> • 10 séances individuelles par an, plus 10 séances en groupe avec prolongation possible à 16 	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de restrictions si effectuée par un médecin (psychiatre) • Au-delà de 5 à 8 séances par un psychologue libéral, accord préalable de l'AM nécessaire
Professionnels autorisés à délivrer la psychothérapie	<ul style="list-style-type: none"> • Psychologue clinicien • psychothérapeute • Travailleurs sociaux ayant bénéficié d'une formation courte 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychologue • Psychothérapeute certifié • Educateur spécialisé • Sexothérapeute affilié à l'Association nationale 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychologue certifié • Ergothérapeute • Travailleur social • Médecin généraliste qualifié • Clinicien avec expérience de 2 ans en santé mentale 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychiatre • Médecin libéral qualifié • Psychologues à orientation psychothérapie

Source : Organisation et financement de la psychiatrie en Angleterre et aux Pays-Bas. Dr U. Descamps, CNAMTS/ MREIC, mars 2012

Proposition 24 : Améliorer le diagnostic et le traitement de la dépression

- **une action d'accompagnement des médecins généralistes** pour promouvoir l'utilisation des outils de diagnostic et pour diffuser les recommandations sur les traitements antidépresseurs (durée, suivi des patients), à partir d'un retour d'information aux praticiens sur leur patientèle ;
- **la possibilité d'inclure dans la ROSP des indicateurs spécifiques de qualité du diagnostic et du traitement de la dépression** (utilisation des outils de diagnostic, délai de revoyure, durée de traitement) pour mobiliser les médecins sur l'amélioration de la qualité des soins dans ce domaine important ;
- **une action de sensibilisation des établissements sur le renforcement de la coordination hôpital-ville et de la prise en charge ambulatoire des patients à la sortie de l'hôpital**

Proposition 25 : Expérimenter une organisation de soins coordonnés pour la dépression légère et modérée

Il est proposé d'expérimenter, à l'échelle locale, en collaboration avec des ARS, un (des) modèle(s) de **prise en charge coordonnée de la dépression associant les médecins généralistes traitants, les psychiatres libéraux et le secteur psychiatrique**.

Ces expérimentations permettraient de tester les modalités d'un **accès gradué à des thérapies non médicamenteuses**, dans un cadre structuré et encadré sur le plan financier, en s'inspirant d'initiatives menées dans d'autres pays. Ils prendront en compte les recommandations qui doivent être actualisées par la **Haute Autorité de Santé** sur la prise en charge de la dépression.

La **charte signée par le collège de la médecine générale et la psychiatrie de secteur** peut être un point d'appui.

Projet :

Expérimenter la tarification des psychothérapies dans la prise en charge coordonnée des troubles de santé mentale d'intensité légère à modérée

-> expérimentation sur 2 ou 3 territoires

-> en coordination avec le Ministère de la Santé et les ARS concernées.

Ce projet a vocation à s'inscrire dans le cadre du Projet territorial de Santé Mentale, défini par les ARS (la Loi de Santé de janvier 2016)

Objectifs :

- Donner un appui et une aide aux médecins généralistes pour la prise en charge des patients présentant des troubles mentaux d'intensité légère à modérée.
- Permettre la prise en charge appropriée de la psychothérapie et/ou des antidépresseurs.
- Evaluer cette expérimentation afin de décider une éventuelle généralisation de cette prise en charge

▪ Le médecin traitant

- au centre de la prise en charge
- pas d'accès direct à la psychothérapie
- peut assurer lui-même les séances de thérapie, s'il le souhaite
- le plus souvent, oriente son patient vers les psychothérapeutes
- réévalue l'état du patient suite aux séances de thérapies en concertation avec le psychothérapeute et réoriente la prise en charge si nécessaire.

▪ Le psychothérapeute (agréé ARS) ou le psychologue

- réalise l'accompagnement psychologique de soutien ou la psychothérapie structurée
- en concertation avec le médecin généraliste, lors d'échanges réguliers

▪ Le psychiatre

- en appui du médecin généraliste dans les situations complexes d'emblée ou lors de la réévaluation d'un patient
- notamment pour les dépressions persistantes et non répondantes
- recours possible pour les dépressions légères à modérées

Une prise en charge en fonction du niveau de sévérité

Le médecin généraliste volontaire :

- élimine les pathologies psychiatriques graves (psychoses, les troubles délirants, risque suicidaire...) qui nécessitent un avis psychiatrique spécialisé et une prise en charge hors champ de l'expérimentation
- évalue et oriente le patient en fonction de la sévérité de la pathologie : légère / modérée ou sévère

Lorsque le patient présentant des troubles d'intensité légère à modérée accepte de rentrer dans l'expérimentation :

Une prise en charge avec un accompagnement psychologique de soutien est réalisée par un psychologue ou un psychothérapeute agréé ARS (ou le médecin généraliste qui le souhaite).

Après évaluation concertée entre le médecin généraliste, le psychologue/psychothérapeute et le psychiatre, cette prise en charge initiale peut évoluer vers une psychothérapie structurée.

Les prises en charges proposées (forfaits) s'inscriront dans un cadre de temps et de nombre de séances limités.

L'évaluation médicale et économique

Une évaluation de l'expérimentation est indispensable. Elle comprendra plusieurs volets qui porteront sur :

- l'efficacité médicale de la prise en charge proposée
- la qualité de vie des patients
- l'organisation, la faisabilité et la robustesse du projet en se basant sur l'offre de soins existante : fluidité du processus mis en place, accès par le médecin traitant, liens et coordination entre les professionnels, système de tarification ...
- l'acceptation, l'adhésion / l'appropriation de l'offre par les médecins, les psychothérapeutes et les patients
- le plan économique (coûts directs et coûts indirects) :
 - l'évolution de la dépense de soins
 - l'impact médico-économique du programme sur les différents publics et sur la « société »

Avant de décider une éventuelle généralisation

Calendrier prévisionnel de l'expérimentation

