

# Décrets, arrêtés, circulaires

## TEXTES GÉNÉRAUX

### MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

**Arrêté du 26 juillet 2019 relatif à l'expérimentation « Intervention de PSYchologue auprès du patient et/ou de l'aidant dans le parcours personnalisé des personnes atteintes de troubles COGnitifs liés à la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées (PSYCOG) »**

NOR : SSAH1922308A

La ministre des solidarités et de la santé et le ministre de l'action et des comptes publics,

Vu le code de la sécurité sociale et notamment ses articles L. 162-31-1 et R. 162-50-1 à R. 162-50-14 et suivants ;

Vu l'arrêté du 11 mars 2019 fixant le montant de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2018 et déterminant le montant prévisionnel de la dotation annuelle du fonds pour l'innovation du système de santé pour l'exercice 2019 ;

Vu le cahier des charges sur le projet d'expérimentation « Intervention de PSYchologue auprès du patient et/ou de l'aidant dans le parcours personnalisé des personnes atteintes de troubles COGnitifs liés à la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées (PSYCOG) » ;

Vu l'avis du comité technique de l'innovation en santé en date du 19 juillet 2019,

Arrêtent :

**Art. 1<sup>er</sup>.** – L'expérimentation pour la prise en charge de la souffrance psychique par psychothérapie par des psychologues en coordination avec les médecins prescripteurs telle que définie dans le cahier des charges visé ci-dessus, est autorisée pour une durée de quatre ans à compter de la publication du présent arrêté.

**Art. 2.** – La directrice générale de l'offre de soins et la directrice de la sécurité sociale sont chargées, chacune en ce qui la concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié ainsi que ses annexes au *Journal officiel* de la République française.

Fait le 26 juillet 2019.

*La ministre des solidarités  
et de la santé,*

Pour la ministre et par délégation :  
*La directrice générale de l'offre de soins,*  
C. COURRÈGES

*Le ministre de l'action  
et des comptes publics,*

Pour le ministre et par délégation :  
*La directrice de la sécurité sociale,*  
M. LIGNOT-LELOUP

ANNEXE

CAHIER DES CHARGES RELATIF À L'EXPÉRIMENTATION

**Cahier des charges**

**Expérimentation de l'intervention de PSYchologue  
auprès du patient et/ou de l'aidant dans le parcours personnalisé des  
personnes atteintes de troubles COGnitifs  
liés à la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées  
(PSYCOG)**

## Table des matières

<b>Résumé</b> .....	<b>4</b>
<b>A. Préambule</b> .....	<b>5</b>
1. Objet de l'expérimentation .....	5
2. Enjeu de l'expérimentation .....	5
2.1. Mieux prendre en charge la souffrance psychique.....	6
2.3. Favoriser la coordination entre les acteurs du terrain.....	7
3. Impacts attendus à court et moyen terme du projet d'expérimentation.....	8
3.1 Impact médical et sanitaire .....	8
3.2 Impact structurel .....	8
3.3 Impact économique.....	8
<b>B. Mise en œuvre, financement et évaluation de l'expérimentation</b> .....	<b>9</b>
1. Durée de l'expérimentation envisagée .....	9
2. Public concerné .....	9
3. Champ d'application territorial proposé.....	9
3.1. Eléments de diagnostic.....	9
3.2. Champ d'application territorial .....	11
4. Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation (ou groupe d'acteurs) .....	12
4.1. Porteur du projet.....	12
4.2. Les partenaires de l'expérimentation .....	12
5. Catégories d'expérimentations .....	18
6. Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation .....	19
7. Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement .....	20
7.1. Calcul du forfait .....	20
7.2. Estimation de la balance économique .....	22
8. Modalités de financement de l'expérimentation .....	25
9. Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées .....	28
<b>C. Protocole de prise en charge</b> .....	<b>32</b>
1. Critères de sélection.....	32
1.1. Critères d'inclusion.....	32
1.2. Critères d'exclusion .....	32
2. Entrée dans le dispositif .....	33
3. Les 3 parcours possibles.....	35
3.1. Parcours de soin si la dyade bénéficie de la prise en charge psychologique.....	35
3.2. Parcours de soin si le patient seul bénéficie de la prise en charge psychologique.....	35

3.3. Parcours de soin si l'aidant seul bénéficie de la prise en charge psychologique..... 35

4. L'entretien d'évaluation psychologique..... 35

5. Le suivi..... 36

6. L'évaluation finale..... 36

7. Renouvellement..... 36

8. Orientation..... 37

9. Nature des informations recueillies sur les patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation et les modalités selon lesquelles elles sont recueillies, utilisées et conservées. 37

10. Eléments bibliographiques et/ou exemples d'expériences étrangères..... 37

**Références bibliographiques..... 38**

**ANNEXES ..... 41**

## Résumé

L'amélioration du parcours de santé des personnes confrontées aux maladies d'Alzheimer et apparentées (MA<sup>2</sup>) est un enjeu capital en l'absence de thérapeutique curative. La souffrance psychique chez les personnes atteintes de MA<sup>1</sup> et chez leurs aidants implique une réponse pluridisciplinaire qui doit être coordonnée. Dans cette perspective, l'expérimentation proposée vise à optimiser le parcours de soin du patient et de son aidant avec intégration médico-économique de la prise en soins psychologique.

Trois parcours sont proposés permettant de soigner la souffrance psychique du patient seul, de l'aidant seul ou de la dyade. Les parcours impliquent notamment les médecins généralistes, spécialistes, les Centres Mémoires de Ressources et de Recherche (CM2R), les consultations Mémoire de proximité, les Plateformes Territoriales d'Appui (DAC)/ la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) et les psychologues libéraux. La coordination entre ces structures est matérialisée par un parcours formalisé, des outils, un coordonnateur et le choix d'une rémunération au forfait permettant la valorisation des temps de concertation entre les acteurs.

Le modèle économique intégrant ce forfait montre une efficacité de ce nouveau parcours de soins. En effet, outre un impact médical et sanitaire avec la diminution de la souffrance psychique du patient et de l'aidant (en particulier de l'anxiété et de la dépression), le parcours optimisé devrait aider à limiter les passages aux urgences, les hospitalisations inappropriées ou potentiellement évitables ou d'orientation vers le secteur de la psychiatrie, avec ainsi un impact médico-économique favorable.

## **Expérimentation de l'intervention de PSYchologue auprès du patient et/ou de l'aidant dans le parcours personnalisé des personnes atteintes de troubles COGnitifs liés à la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées (PSYCOG)**

### **A. Préambule**

Ce document présente un projet d'expérimentation visant à répondre aux besoins d'une prise en charge psychologique des personnes confrontées aux maladies d'Alzheimer ou maladies apparentées (MA<sup>2</sup>) en vue de l'optimisation du parcours de soins des patients et des aidants. Il s'agit d'un projet de portée nationale.

#### **1. Objet de l'expérimentation**

Les MA<sup>2</sup> touchent, selon Santé Publique France, plus d'un million de personnes en France<sup>1</sup>. Elles progressent et continuent de progresser en raison notamment du vieillissement de la population et de l'absence de traitement curatif.

Les axes d'amélioration de la prise en charge de ces personnes ont été définis dans le plan national maladies neuro-dégénératives (PMND) 2014-2019. L'expérimentation de la prise en charge de la souffrance psychique des personnes confrontées aux MA<sup>2</sup> s'inscrit dans le cadre des mesures 6 et 18 du plan national maladies neuro-dégénératives :

- la mesure 6 « *agir sur les facteurs de risque de dégradation de l'état de santé* », et plus particulièrement l'action 2 « *poursuivre les efforts de lutte contre la dépression* » ;
- la mesure 18 « *améliorer la prise en compte de situations de souffrance psychique et l'accès à des soins spécialisés chaque fois que nécessaire* » ;
- la mesure 51 : « *engager une réflexion sur l'accès à un soutien psychologique adapté aux besoins des aidants* ».

Plus récemment, la commission de la transparence de la HAS a été amenée à réévaluer le service médical rendu par quatre traitements symptomatiques de la MA pour le qualifier d'insuffisant. Les pistes d'amélioration du parcours de soins de ces personnes permettant de limiter le recours aux médicaments sont explorées. En avril 2017, dans le rapport remis à la Ministre, le Pr Clanet identifiait la prise en charge psychologique comme une priorité. La HAS, qui avait pour sa part dès 2009 mis l'accent sur la prise en charge des troubles psycho-comportementaux et la nécessité d'éviter les hospitalisations inutiles, recommandait déjà l'intervention de psychologues. Pour autant, le recours à ce type d'intervention n'est pas pris en compte dans le panier de soins remboursables pour ces maladies.

Dans ce contexte d'amélioration du parcours de santé des personnes confrontées aux MA<sup>2</sup>, la perspective de la mise en œuvre d'une prise en charge psychologique adaptée répondant aux besoins semble pertinente.

#### **2. Enjeu de l'expérimentation et objectifs**

L'expérimentation s'adresse aux personnes présentant une souffrance psychique induite/renforcée par l'existence d'une maladie neurodégénérative. Elle s'adresse donc aussi bien au patient, qu'à l'aidant principal (personnes non professionnelles qui viennent en aide à titre principal, pour partie ou

totalemment, à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière peut être prodiguée de façon permanente ou non, et peut prendre plusieurs formes, notamment le nursing, les soins, l'accompagnement à la vie sociale et au maintien de l'autonomie, les démarches administratives, la coordination, la vigilance permanente, le soutien psychologique, la communication, les activités domestiques, etc<sup>3</sup>...) qu'à la dyade patient/aidant. Ainsi, trois parcours peuvent être identifiés et pourraient bénéficier d'une prise en charge psychologique : le patient seul, l'aidant seul ou la dyade patient/aidant.

### 2.1. Mieux prendre en charge la souffrance psychique

Anxiété et dépression sont fréquemment retrouvées dans les formes de début de la maladie au stade de plainte mnésique ou de trouble cognitif léger. Chez les aidants, une augmentation des troubles anxio-dépressifs est observée avec une forte consommation de psychotropes<sup>4</sup>. Cette souffrance psychique est notamment en lien avec le fardeau que représente l'aide apportée aux patients. Ce terme de fardeau est utilisé pour désigner la charge qui pèse sur l'aidant naturel d'une personne présentant des troubles neurocognitifs. Par ailleurs, il est maintenant établi que le rôle d'aidant chez une personne encore en activité professionnelle entraîne une plus grande probabilité d'absence au travail<sup>5</sup>.

Des études soulignent l'importance du recours aux interventions des psychologues pour ces pathologies chez le couple aidant/aidé<sup>6</sup>.

La méta-analyse Cochrane publiée en 2014<sup>7</sup> montre que l'intervention de psychologues dans le parcours est susceptible de permettre l'atténuation de la souffrance psychique du couple patient/aidant dans les périodes de crises et améliore ainsi la qualité de vie.

Selon les recommandations de bonnes pratiques de la HAS, les symptômes dépressifs d'intensité légère ne doivent pas conduire à l'instauration des antidépresseurs mais à une psychothérapie<sup>8</sup>.

Selon l'Institut National d'Excellence en Santé du Canada, l'efficacité de la psychothérapie est similaire à la pharmacothérapie chez les patients souffrant de troubles dépressifs ou troubles anxieux. De plus, dans la psychothérapie, les effets se maintiennent à plus long terme. La psychothérapie semble une meilleure prévention de la rechute. Le niveau de preuve scientifique de l'ensemble des études retenues dans ce rapport est de modéré à élevé<sup>9</sup>.

L'existence d'une souffrance psychique chez les personnes atteintes de MA<sup>2</sup> et chez leurs aidants implique une réponse pluridisciplinaire. La prise en charge psychologique est un élément central.

## 2.2. Eviter les hospitalisations et notamment les passages aux urgences

Face aux troubles psycho-comportementaux des patients atteints de MA<sup>2</sup> l'absence d'alternative entraîne une hospitalisation dans plus de la moitié des cas<sup>10</sup>. Dans 13% des cas il s'agit d'une admission aux urgences en raison notamment d'une impossibilité pour les aidants à gérer la situation. Cependant, l'effet global de ces hospitalisations est fréquemment délétère sur l'état de santé des patients<sup>11</sup>. Le transfert aux urgences est en effet une prise de risques élevée chez cette population vulnérable. Les patients âgés sont majoritairement hospitalisés à l'issue de ce passage aux urgences et sont plus vulnérables aux transferts de services (erreurs médicamenteuses, défaut de communication concernant des éléments indispensables à la continuité des soins, examens complémentaires répétés à tort<sup>12</sup>). La prise en charge de la souffrance psychique des patients/aidants pourrait ainsi éviter certaines hospitalisations grâce à la prise en compte plus précoce de difficultés rencontrées par les aidants.

## 2.3. Favoriser la coordination entre les acteurs du terrain

Les cliniciens observent actuellement plusieurs barrières à la prise en charge psychologique des patients. Tout d'abord un réseau des soins important existe autour des patients mais pour une problématique autre. En effet, les plans Alzheimer successifs (2004-2007, 2008-2012) et PMND ont permis la création d'un panel de professionnels non négligeable autour des patients et des aidants. Cependant, l'offre de soin concerne avant tout le maintien de l'autonomie du patient. Le présent dispositif prévoit une nouvelle structuration des acteurs du terrain permettant de mieux prendre en charge la souffrance psychique des patients et des aidants tout en continuant à lutter contre la perte d'autonomie. De plus, à l'heure actuelle, lorsque le diagnostic est posé, un plan de soins est présenté au patient. Un suivi psychologique est régulièrement proposé mais le constat est que très peu aboutissent réellement soit à cause du coût financier à charge soit par méconnaissance du réseau soit encore en raison du manque de ressource cognitive et/ou psychique pour initier la prise de rendez-vous. Enfin, concernant l'aidant, les recommandations de l'HAS préconisent une évaluation du fardeau de l'aidant et un étayage psychologique. Cependant, il est constaté sur le terrain un manque de moyen et de formation pour repérer et évaluer l'ensemble des aidants. Le réseau reste peu structuré pour les aider dans la recherche d'un professionnel formé à la psychothérapie dans le cadre de la problématique des MA<sup>2</sup>. Les aidants, bien qu'encouragés verbalement à être suivi par un psychologue, font rarement la démarche.

Afin d'obtenir une meilleure coordination, le dispositif permettra :

- la formalisation d'un parcours de soin entre les différents acteurs du terrain déjà impliqués dans la prise en charge du patient atteint de maladie d'Alzheimer
- la montée en compétences du réseau de prescripteurs par la mise à disposition d'outils de dépistage et d'adressage
- la montée en compétences des psychologues libéraux par l'intermédiaire de formation sur les spécificités des MA<sup>2</sup>
- la création d'outils de repérage pour le maillage territorial
- une coordination du dispositif par le dispositif d'appui à la coordination (DAC) / la communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) lorsqu'elle existe sur le territoire ou par le Centre Mémoire Ressources Recherches (CM2R) dans le cas échéant.

En résumé, l'enjeu stratégique est la réduction de la souffrance psychique des personnes confrontées à la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées (patients/aidants) grâce à plusieurs axes d'action :

- une prise en charge financière du suivi en psychothérapie pour accompagner les bénéficiaires (patient et/ou aidant) dès les premières manifestations anxio-dépressives (symptômes psycho-comportementaux les plus fréquents au stade débutant des MA<sup>2</sup>) afin de prévenir les situations de crise et une escalade dans la prescription de psychotropes et les hospitalisations inappropriées ;
- une prise en charge de la souffrance psychique portant sur la dyade patient/aidant : l'amélioration de la souffrance de l'un devrait avoir un impact sur des indicateurs de qualité de vie de l'autre ;
- une coordination des acteurs du terrain autour de cette question de la souffrance psychique de la dyade patient/aidant.

### **3. Impacts attendus à court et moyen terme du projet d'expérimentation**

#### **3.1 Impact médical et sanitaire**

Lorsque le patient seul ou la dyade bénéficie de la prise en charge psychologique, il est attendu :

- une réduction du niveau d'anxiété et/ou de l'intensité des symptômes dépressifs,
- une amélioration de la qualité de vie pour le patient et pour l'aidant ;
- une limitation des arrêts de travail pour les aidants encore en activité ;
- une réduction du fardeau de l'aidant.

Lorsque l'aidant seul bénéficie de la prise en charge psychologique, il est attendu :

- une réduction du niveau d'anxiété et/ou de l'intensité des symptômes dépressifs, de la consommation de psychotropes, du fardeau de l'aidant ;
- une amélioration de la qualité de vie pour l'aidant ;
- une amélioration des symptômes psychologiques et comportementaux des démences du patient.

#### **3.2 Impact structurel**

Pour les acteurs professionnels, il est attendu :

- une limitation d'orientation vers les passages aux urgences, vers des hospitalisations inappropriées ou potentiellement évitables ou d'orientation vers le secteur de la psychiatrie pour le patient ;
- une amélioration de la pratique des acteurs du terrain (prescripteurs, psychologues, maillage territorial) grâce aux nouveaux outils et moyen de communication.

Pour les bénéficiaires, il est attendu :

- une amélioration de l'expérience du parcours de soin.

#### **3.3 Impact économique**

Il est attendu une balance coûts/dépenses en faveur de ce nouveau parcours de soin grâce à la réduction des coûts indirects pour l'Assurance maladie (réduction des hospitalisations, des prescriptions de psychotropes, des arrêts de travail).

## **B. Mise en œuvre, financement et évaluation de l'expérimentation**

### **1. Durée de l'expérimentation envisagée**

En se référant au cahier des charges relatif à l'expérimentation visant à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes (arrêté du 19 décembre 2017), une durée d'expérimentation de 4 ans pour le présent projet est proposée.

#### **Planning prévisionnel**

Deuxième semestre 2019 :

- recrutement par les trois CM2R pilotes de psychologues et médecins prescripteurs participants à l'expérimentation. Les médecins seront choisis parmi les médecins du département concerné, adressant des patients aux consultations mémoire locales des 3 territoires ou au CM2R. Les psychologues/psychothérapeutes seront avertis de la proposition de participer à l'expérimentation par courrier à partir du répertoire ADELI de l'ARS. Les professionnels donneront leur accord pour participer à l'expérimentation par retour de courrier.
- formation aux enjeux psychiques des maladies neurodégénératives sur les patients et les aidants réalisée par les CM2R pour les professionnels de la psychologie souhaitant participer au projet.

Janvier 2020 : début des inclusions

Juin 2022 : fin des inclusions

Juin 2023 : fin des prises en charge.

### **2. Public concerné**

Les personnes concernées par l'expérimentation ont un diagnostic avéré de MA<sup>2</sup> et/ou sont des aidants non professionnels :

- ayant accepté de participer au dispositif;
- habitant le territoire d'expérimentation.

### **3. Champ d'application territorial proposé**

#### **3.1. Eléments de diagnostic**

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) à travers le Guide parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif (TNC) associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée (mai 2018) rappellent que :

- les patients et l'entourage doivent être pris en charge par des psychologues formés au TNC au moment de l'annonce du diagnostic et/ou lors du suivi ;
- pour la prise en charge des troubles chroniques du comportement en 1<sup>ère</sup> intention sont proposés psychothérapie et formation/soutien psychologique de l'entourage ;
- le médecin traitant a un rôle central notamment dans la prévention et le traitement de la souffrance psychique du patient et de l'aidant en les orientant vers un suivi psychologique.

Les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS pour le suivi médical des aidants naturels<sup>13</sup> de février 2010 préconisent une prise en charge de l'aidant par une approche psychothérapeutique principalement cognitivo-comportementale permettant :

- une réduction du stress,
- une réduction de la symptomatologie dépressive,
- une diminution du fardeau,
- une amélioration du bien-être, de la satisfaction de procurer des soins, de l'aptitude
- une amélioration des symptômes du patient.

Les psychothérapies avec les interventions psycho-éducatives étaient celles qui avaient le plus d'effet positif à court terme avec un effet perdurant après l'arrêt de la psychothérapie.

Plusieurs constats argumentent ce programme :

- la souffrance psychique du patient est dépistée mais ne fait pas l'objet d'un suivi spécifique protocolisé. La prise en soins est globalement centrée sur l'autonomie fonctionnelle ;
- la souffrance psychique de l'aidant est généralement dépistée lors de la consultation avec le spécialiste ou repérée par le médecin généraliste ou les acteurs de proximité (rôle d'alerte) intervenant auprès de leur proche malade mais là encore sans évaluation et orientation spécifiques protocolisées. L'aidant est adressé vers des dispositifs du Plan Alzheimer (ESA, plateformes de répit essentiellement) ou vers les associations mais la prise en charge est davantage psycho-sociale ;
- une inégalité sociale face à l'accès aux psychothérapies pour les patients et/ou les aidants, certains ne pouvant assumer cette charge financière supplémentaire qui s'ajoute aux frais médico-sociaux restant à charge ;
- une disparité territoriale de l'accès aux soins psychiques (avec prise en charge financière). Les psychologues sont accessibles davantage dans les zones urbaines : CM2R, hôpitaux de jour, lieu de répit, associations. De plus, cette prise en charge psychologique est limitée aux patients et à seulement quelques séances ponctuelles ne permettant pas une psychothérapie. Les Centres Médico-Psychologiques (CMP) relevant de la psychiatrie de secteur ne prennent pas toujours en charge les patients atteints de MA<sup>2</sup> en l'absence de maladie psychiatrique associée ;
- des délais parfois longs selon les territoires pour pouvoir accéder aux structures spécialisées qui, dans ce contexte de souffrance psychique, augmentent le risque de décompensation et donc de situation de rupture avec recours aux urgences le plus souvent ;
- le manque de coordination des acteurs de terrain : actuellement, le patient peut être pris en charge par son médecin traitant, son médecin spécialiste, l'hôpital, les services d'aides à domicile, les Equipes Spécialisées Alzheimer,... sans véritable coordination formalisée entre tous les acteurs ;
- une orientation vers les soins psychiques non formalisée (selon le réseau personnel ou laissé à l'initiative du patient et/ou de l'aidant) et non spécifique (manque de formation aux MA<sup>2</sup>) ;
- une population d'aidant peu demandeuse de soins.

Pour le patient et l'aidant, la nouvelle proposition permet donc une prise en charge psychothérapeutique **formalisée, protocolisée, spécifique et financée**.

Elle permet un accès aux soins psychiques alliant :

- ressources identifiées sur le territoire de psychologues formés aux MA<sup>2</sup>,
- simplicité,
- concertation et croisement des expertises,
- suivi proactif partagé,
- donc efficience et réactivité dans la prise en soins.

Ce dispositif interdisciplinaire vise également **une équité** de l'accès aux soins.

### **Territoire d'expérimentation**

Trois départements pourront expérimenter le dispositif : le Doubs, l'Hérault et le Rhône. L'intérêt de définir les territoires en fonction des départements est de :

- délimiter la population en fonction des caisses primaires de l'assurance maladie (CPAM)
- inclure des patients vivant en zones rurales et zones urbaines (possibilités d'accès aux soins différentes) ;
- inclure des patients du CM2R, des consultations mémoire locales, et les patients suivis par des neurologues libéraux.

### **3.2. Champ d'application territorial**

	OUI/NON	Préciser le champ d'application territorial Et observations éventuelles
<b>Local</b>	<b>oui</b>	<p>Trois territoires ont été sélectionnés pour l'expérimentation :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- département du Doubs : 130025 habitants de plus de 60 ans en 2015 (Insee)</li> <li>- département de l'Hérault : 297461 habitants de plus de 60 ans en 2015 (Insee)</li> <li>- département du Rhône : 389441 habitants de plus de 60 ans en 2015 (Insee)</li> </ul> <p>L'expérimentation a vocation à intervenir dans un « territoire » correspondant à un bassin de vie dans lequel 200 à 400 bénéficiaires potentiels (patients ou aidants) sont identifiés. Compte tenu des densités de population différentes ainsi que des répartitions sur le territoire des cabinets de psychologues libéraux entre les trois départements, le nombre de patients à identifier sera différent : 200 pour le département de Doubs, 400 pour les départements de l'Hérault et du Rhône.</p>
<b>National</b>	<b>non</b>	Il s'agit d'un projet inter-régional

#### **4. Présentation du porteur du projet d'expérimentation et des partenaires de l'expérimentation (ou groupe d'acteurs)**

##### **4.1. Porteur du projet**

	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Nature du partenariat ou de la participation au projet d'expérimentation (moyen humain, logistique, financier, autres à préciser,...)  Préciser les coopérations existantes
Porteur :	FCM	Pr Krolak Salmon <a href="mailto:pierre.krolak-salmon@chu-lyon.fr">pierre.krolak-salmon@chu-lyon.fr</a> 0472432050	
Partenaire(s) du projet d'expérimentation :	CM2R de Lyon CM2R de Montpellier CM2R de Besançon CRC VCF PMND		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recrutement des médecins généralistes, spécialistes et psychologues libéraux</li> <li>- Coordination</li> <li>- Formations des psychologues libéraux</li> <li>- Investigation clinique</li> <li>- Accompagnement national</li> </ul>

##### **4.2. Les partenaires de l'expérimentation**

Ce nouveau parcours de soins permettra un réel suivi et accompagnement du patient et/ou de l'aidant vers un psychologue formé par les CM2R aux maladies neuro-dégénératives et aux conséquences anxio-dépressives. Le médecin prescripteur aura à sa disposition une liste de professionnels formés et réalisera une ordonnance pour une orientation vers le psychologue. Cette ordonnance appuiera toute l'importance du suivi. L'infirmière coordonnatrice du CM2R ou de la DAC/CPTS, assurera la bonne mise en place de cette démarche et sera garant du lien avec le patient, son aidant, le psychologue et le médecin prescripteur. Les valeurs ajoutées du projet sont résumées dans la figure 1.

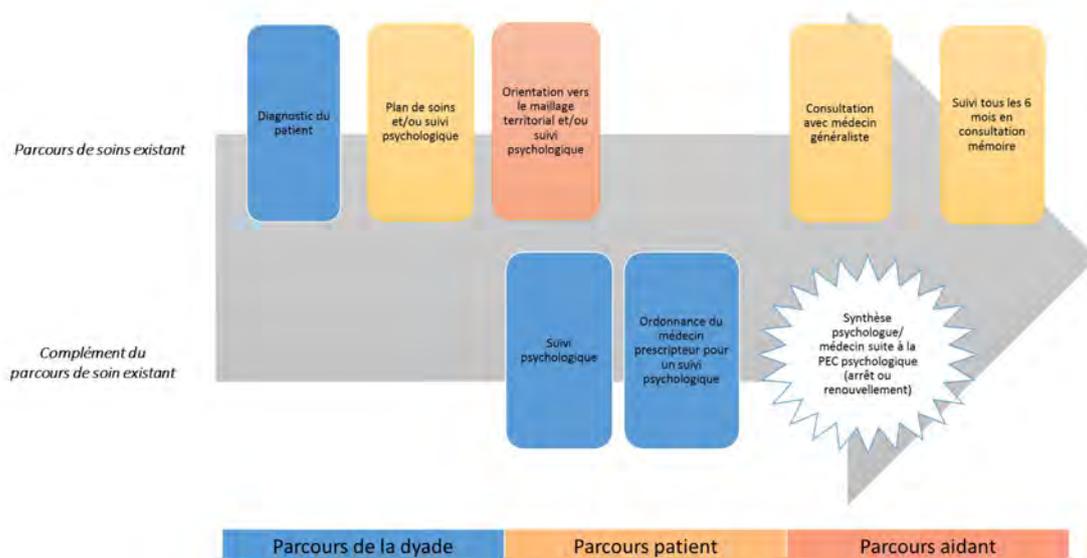


Figure 1: valeurs ajoutés du dispositif

	Objectifs	Actions/Outils
<b>Patient / Aidant</b>	Garantir l'accès à des soins psychologiques de qualité Offrir la possibilité de soins psychologiques sans impact économique supplémentaire Garantir l'accès à des soins de proximité quel que soit le lieu de vie Elargir l'offre de soutien aux proches aidants	Répertoire de psychologues validé par le dispositif Remboursement de la prise en charge psychologique par l'assurance maladie Dispositif protocolisé et maillant le territoire, possibilité de soins à domicile Accessibilité du dispositif non réservé aux patients mais ouverts aux aidants
<b>Prescripteur</b>	Faciliter l'orientation vers des soins psychologiques adaptés de qualité Garantie et suivi de la mise en action  Montée en compétences dans le repérage de la souffrance psychique dans le cadre des MA <sup>2</sup> Développement du réseau professionnel	Répertoire de ressources (psychologues formés aux MA <sup>2</sup> ) Dispositif protocolisé et mise à disposition d'outils Coordination par le CMRR ou DAC/CPTS Mise à disposition d'outils  Connections directes et protocolisées
<b>Psychologue</b>	Montée en compétences dans le cadre de la prise en soins psychiques dans le cadre des MA <sup>2</sup> Développement du réseau professionnel Valorisation du rôle et des missions des psychologues dans le parcours de soins des patients atteints de MA <sup>2</sup>	Formation-sensibilisation aux spécificités des TNC des MA <sup>2</sup> assurée par le CMRR  Connections directes et protocolisées Facilitation d'accès aux patients/aidants aux soins psychologiques par le biais du remboursement
<b>CMRR</b>	Répondre aux mesures 6, 18 et 51 du PNMD 2014-2018 Adapter la formation des professionnels pour améliorer la qualité de la réponse apportée aux personnes malades Garantir l'accès à un programme personnalisé de soins élargis Soutien aux professionnels médicaux de 1 <sup>er</sup> recours  Améliorer la synergie et les liens Ville/Hôpital	Mise en œuvre, contrôle et coordination du dispositif Action de formation-sensibilisation des psychologues aux MA <sup>2</sup> assurée par le CMRR  Recrutement et constitution du listing de psychologues adhérant au dispositif Communication et diffusion auprès des prescripteurs du protocole de soins psychologiques Action de coordination Outils de travail collaboratifs interdisciplinaires
<b>Territoire de santé</b>	Renforcer la qualité et la sécurité des soins par un meilleur repérage de la souffrance psychique Renforcer le maillage territorial du parcours de soins dans le champ des MA <sup>2</sup> Améliorer l'équité pour l'accès aux soins psychologiques	Fiche d'alerte Sensibilisation des acteurs de proximité  Dispositif protocolisé porté par les CMRR et déployé dans leur territoire Remboursement CPAM Mise à disposition d'un annuaire « ressources »
<b>Sociétal</b>	Reconnaître la réalité de la vie des malades et de leurs proches et particulièrement de la souffrance psychique liée aux MA <sup>2</sup>  Valoriser la démarche nationale en matière d'innovation au profit des personnes malades et de leurs aidants	Reconnaissance de la nécessité d'un accompagnement psychologique par l'inscription au sein de la nomenclature des dispositifs remboursables du protocole de soins ALD 15 Dispositif innovant

#### 4.2.1. Les prescripteurs

Les acteurs pouvant prescrire une prise en charge psychologique dans le cadre de l'expérimentation et par la suite sont :

- les médecins généralistes des bénéficiaires (avertis de cette nouvelle offre de prise en charge par courrier par le CM2R);
- les spécialistes libéraux (neurologues, gériatres, psychiatres) adressant des patients en consultation mémoire (avertis de cette nouvelle offre de prise en charge par courrier par le CM2R) ;
- les médecins de la consultation mémoire.

Ils devront tous se porter volontaires pour participer à l'expérimentation et adhérer à la charte d'expérimentation.

Le médecin prescripteur est le garant de l'inclusion du bénéficiaire dans l'expérimentation. Il s'assure que le bénéficiaire réponde aux critères d'inclusion.

#### 4.2.2. Les psychologues

Tout psychologue clinicien ou psychothérapeute, répondants aux critères du Décret n° 2012-695 du 7 mai 2012 modifiant le décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute, exerçants sur l'un des départements de l'expérimentation ou territoire limitrophe inscrit dans le fichier ADELI géré par les ARS pourra s'inscrire dans cette démarche. Il devra avoir une activité libérale ou mixte avec au moins 2 ans d'expérience. Il bénéficiera d'une formation des CM2R sur les enjeux spécifiques des pathologies neurodégénératives pour le patient et l'aidant. Il devra adhérer à la charte et exercer sur un territoire désigné ci-dessus.

Selon l'HAS dans le Guide de la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé de l'adulte, publié en octobre 2017<sup>8</sup>, les interventions psychothérapeutiques seront choisies selon le fonctionnement psychique et les préférences éventuelles du patient, la présence de facteurs de stress psychosociaux significatifs et des difficultés interpersonnelles du patient, les réponses antérieures positives à un type spécifique de psychothérapie, la disponibilité et les compétences du clinicien dans les approches spécifiques.

Les différentes approches pouvant être proposées dans le cadre du dispositif sont :

- les thérapies cognitivo-comportementales ;
- les psychothérapies psychodynamiques ou d'inspiration analytique ;
- la psychothérapie interpersonnelle ;
- la thérapie d'acceptation et d'engagement.

Une psychothérapie repose sur un rythme de séances régulièrement suivies et adaptées aux besoins du patient. Sur la base des expérimentations en cours le dispositif prévoit 10 séances dont 8 séances de psychothérapies et 2 séances d'évaluation (initiale et finale).

#### 4.2.3. Le maillage territorial

Les acteurs du maillage territorial sont les acteurs du réseau de prise en charge existant déjà sur les territoires concernés. Il s'agit notamment des services d'aide à domicile, des ESA, des gestionnaires de cas MAIA (Méthodes d'Action Intégration Autonomie), des associations de patients/aidants, des dispositifs d'écoute déjà existant (café des aidants...), etc.

Ces réseaux existants auront un rôle d'alerte auprès du médecin généraliste lorsqu'ils observeront une situation de souffrance psychique chez un patient ou un aidant. Une fiche d'alerte sera mise à leur disposition (Annexe 1). Ils permettront aussi une continuité dans les soins à l'issue de la prise en charge psychologique.

#### 4.2.4. Les coordonnateurs

Les **CM2R** seront mobilisés. Leur rôle sera de :

- faire connaître l'expérimentation aux professionnels concernés ;
- coordonner le dispositif lorsque le DAC/CPTS est inexistant sur le territoire. Une personne (nommée coordonnateur) sera détachée. Elle aura pour rôle de réaliser les échelles d'évaluation (qualité de vie par exemple) auprès du patient/aidant ne bénéficiant pas de la prise en charge psychothérapeutique, aider à la prise de rendez-vous des bénéficiaires auprès des psychologues, s'assurer que la prise en charge est effective, gérer la remontée des indicateurs, gérer les droits et accès à la plateforme de gestion des données, centraliser les listes des prescripteurs et des acteurs de la prise en charge avec transmission des mises à jour aux prescripteurs ;
- informer les différents partenaires du territoire ;
- animer la communauté des acteurs du projet ;
- former les psychologues aux enjeux des maladies neurodégénératives. La formation sera proposée par groupe de 20 professionnels et durera une demi-journée ;
- apporter des réponses ou un appui aux acteurs de terrain sous la forme de réunions de concertation ;
- organiser la collecte des questionnaires de satisfaction auprès d'un panel d'utilisateurs professionnels et de bénéficiaires ;
- organiser la collecte d'informations quantitatives : nombre d'aidants, de patients, de dyade, de sortie d'études, de séances prescrites réalisées, de reconduction, de médecins, de psychologues, de patients, de forfaits prescrits, de « fiches alerte » émises de la part du maillage territorial.

Les **DAC/CPTS** lorsqu'ils sont présents sur le territoire coordonneront le dispositif. Une personne (nommée coordonnateur) sera détachée avec pour rôle de : réaliser les échelles auprès du patient/aidant ne bénéficiant pas de la prise en charge psychothérapeutique, aider à la prise de rendez-vous des bénéficiaires auprès des psychologues, s'assurer que la prise en charge est effective, gérer la remontée des indicateurs, gérer les droits et accès à la plateforme de gestion des données, centraliser les listes des prescripteurs et des acteurs de la prise en charge avec transmission des mises à jour aux prescripteurs.

La figure 2 résume les relations entre les différents acteurs professionnels du dispositif.

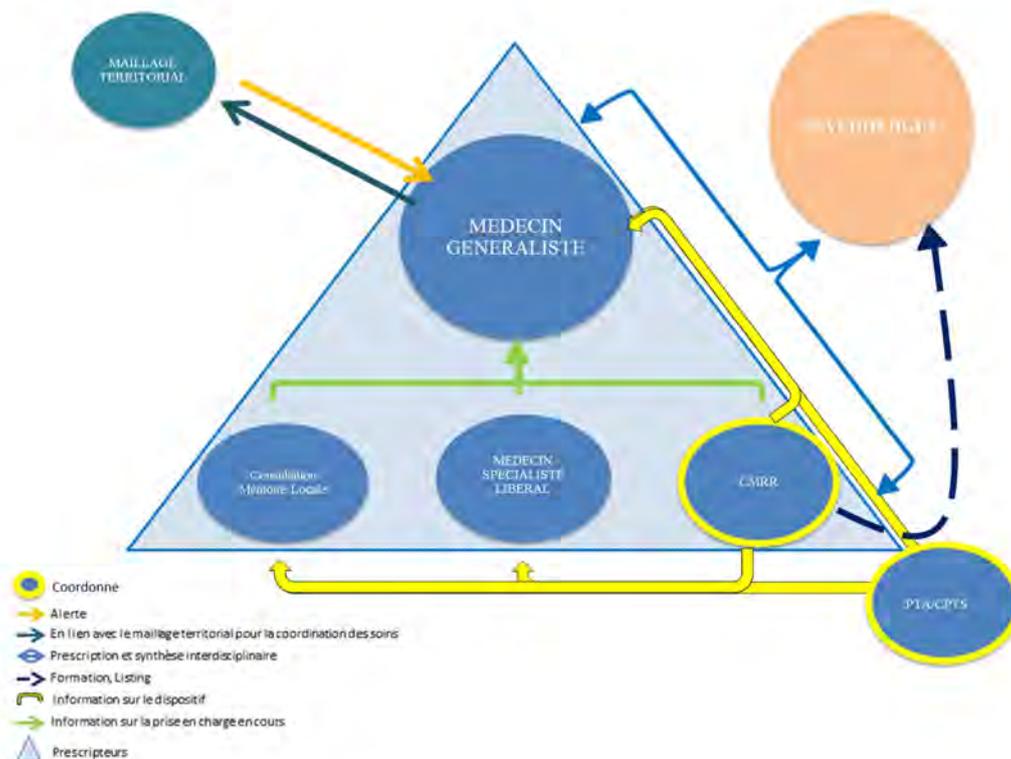


Figure 2: Relation entre les différents acteurs professionnels.

Durant le temps de l'expérimentation, seront également concernés :

#### 4.2.5. Les acteurs de l'évaluation de l'expérimentation

Chaque acteur collecte des données en vue de l'évaluation :

- les prescripteurs collectent les données concernant les traitements psychotropes du bénéficiaire à l'inclusion et à l'issue de la prise en charge en psychothérapie. Ils remplissent un questionnaire sur les alternatives évitées (Annexe 2),
- les psychologues collectent les données concernant l'évaluation de la santé mentale et de la qualité de vie du bénéficiaire au début et à la fin de la prise en charge en psychothérapie,
- les CM2R rédigent le bilan annuel de la mise en place de l'expérimentation réalisée dans chaque territoire. Ils centralisent les données issues des prescripteurs et des acteurs de la prise en charge,
- le coordonnateur (CM2R ou DAC/CPTS) collecte les données du deuxième membre de la dyade.

#### 4.2.6. Les acteurs du comité de pilotage

Le comité de pilotage est constitué de représentants des 3 CM2R (médecins, psychologues, coordonnateurs). Ils organisent un panel de prescripteurs et de psychologues pour évaluer tous les 6

mois la satisfaction des professionnels. Ils veillent au bon déroulement de l'expérimentation, au bon recueil des données et à la coordination entre les différents acteurs.

#### 4.2.7. Les acteurs du comité scientifique

Le comité scientifique est constitué de représentants des différents pôles d'action : médecins généralistes prescripteurs, médecins spécialistes prescripteurs, médecins de consultation mémoire prescripteurs, psychologues libéraux, médecins et psychologues du CM2R, coordonnateurs (CM2R ou DAC/CPTS), représentants du maillage territorial et du DAC/CPTS. Le comité scientifique permet de partager les expériences des différents acteurs des 3 territoires en vue de son amélioration.

### 5. Catégories d'expérimentations

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

Modalités d'organisation innovante ( <a href="#">Art. R. 162-50-1-I-2°</a> )	Cocher
a) Structuration pluri professionnelle des soins ambulatoires ou à domicile et promotion des coopérations interprofessionnelles et de partages de compétences	X
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
c) Utilisation d'outils ou de services numériques favorisant ces organisations	X

Modalités d'amélioration de l'efficacité ou de la qualité de la prise en charge des produits de santé ( <a href="#">Art. R. 162-50-1-II°</a> ) <sup>1</sup> :	Cocher
1) Des prises en charge par l'assurance maladie des médicaments et des produits et prestations de services et d'adaptation associées au	

<sup>1</sup> Ne concernent les projets d'expérimentation déposés auprès des ARS que dans le cas où ces modalités s'intègrent dans un projet ayant un périmètre plus large relatif aux organisations innovantes (définies au 1<sup>er</sup> du I de l'article L. 162-31-1)

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	
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.	

### 6. Dérogations envisagées pour la mise en œuvre de l'expérimentation

*Au moins une dérogation, et plusieurs réponses sont possibles.*

I - Règles de financements de droit commun auxquelles il est souhaité déroger	
Limites du financement actuel	<i>Absence de prise en charge par l'assurance maladie de l'intervention de psychologues dans le parcours de soins des MA<sup>2</sup> (les seules prises en charge possibles sont celles proposées en institution : hôpitaux et EHPAD). Or cette prise en charge est recommandée dans le guide parcours HAS et des études ont montré quels avantages elle présente en matière de qualité de réponse aux besoins des personnes.</i>
Dérogations de financement envisagées (article L162-31-1-II-1 <sup>er</sup> et 3 <sup>o</sup> ) : <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Facturation,</i></li> <li>• <i>Tarifcation,</i></li> <li>• <i>Remboursement,</i></li> <li>• <i>Paiement direct des honoraires par le malade,</i></li> <li>• <i>Frais couverts par l'assurance maladie</i></li> <li>• <i>Participation de l'assuré</i></li> <li>• <i>Prise en charge des médicaments et dispositifs médicaux</i></li> </ul>	<i>Frais couverts par l'assurance maladie</i>

<b>II - Règles d'organisation de l'offre de soins auxquelles il est souhaité déroger</b>	
Limites des règles d'organisation actuelles	<i>Actuellement, le psychologue est sollicité directement par le patient qui ne sait pas vers quel professionnel s'orienter.</i>
Dérogations organisationnelles envisagées ( <a href="#">article L162-31-1-II-2°</a> ):	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Partage d'honoraires entre professionnels de santé</i></li> <li>• <i>Prestations d'hébergement non médicalisé</i></li> <li>• <i>Autorisation d'activité de soins et d'équipements matériels lourds à des groupements</i></li> <li>• <i>Dispensation à domicile des dialysats</i></li> </ul>	<p><i>Le dispositif permettra d'avoir un listing de psychologues qui seront formés à la prise en soins psychique des patients et aidants confrontés à une maladie neurodégénérative.</i></p> <p><i>De plus, le dispositif prévoit la possibilité de déplacement à domicile</i></p> <p><i>Un coordonnateur du CM2R ou DAC/CPTS facilite la prise de rendez-vous et s'assure du suivi du patient.</i></p>

## **7. Principes du modèle économique cible et équilibre du schéma de financement**

### **7.1. Calcul du forfait**

Le suivi de la souffrance psychique du bénéficiaire est pris en charge financièrement par un forfait. Ce forfait est résumé dans le tableau 1 et comprend :

- la consultation médicale lors de l'inclusion comprenant le diagnostic clinique d'anxiété et/ou de dépression, le questionnaire de détection de l'anxiété et de la dépression (Annexe 9), le MMSE pour les patients, le questionnaire des alternatives évitées et le courrier d'accompagnement de la prescription médicale (Annexe 10). La tarification est basée sur le tarif de la consultation complexe des médecins généralistes (46 €) ;
- la séance initiale avec le psychologue permettant d'évaluer la souffrance psychique du bénéficiaire avec la réalisation des échelles et la réalisation d'un compte-rendu au médecin prescripteur ainsi qu'au médecin généraliste du bénéficiaire (Annexe 12) précisant l'indication retenue de prise en charge psychothérapique. Cette séance est estimée à 1 heure soit 45 € (sur la base de l'expérimentation de l'assurance maladie : *prise en charge des thérapies non médicamenteuses en médecine de ville pour les troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée des adultes entre 18 et 60 ans*).
- la réalisation de 1 à 8 séances de psychothérapie hebdomadaire, bimensuelle ou mensuelle. Ces séances sont estimées à 45 minutes soit 32 € (sur la base de l'expérimentation de l'assurance maladie : *prise en charge des thérapies non médicamenteuses en médecine de ville pour les troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée des adultes entre 18 et 60 ans*). Etant donné que les études réalisées jusqu'à présent n'ont porté que sur des psychothérapies remboursées, le taux d'attrition ne peut être utilisé. Les programmes de prise en charge financière des psychothérapies en Australie et en Angleterre<sup>14</sup> montrent une moyenne de 6 séances par patient soit un montant moyen de 192€.

- la réalisation d'une évaluation finale estimée à 1 heure soit 45 € (sur la base de l'expérimentation de l'assurance maladie : *prise en charge des thérapies non médicamenteuses en médecine de ville pour les troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée des adultes entre 18 et 60 ans*).
- une synthèse téléphonique avec le médecin prescripteur afin de conclure la prise en charge ou de renouveler le dispositif (via une prescription médicale). La réalisation d'un compte-rendu de synthèse de la prise en charge mentionnera le nombre de séances réalisées et le type de thérapie réalisée (50 € réparti à part égale entre le médecin et le psychologue)

**Soit un montant du forfait initial de 378 €.**

En cas de renouvellement de la prise en charge psychologique, un nouveau forfait sera appliqué, (estimé à 20% des patients). Ce forfait est résumé dans le tableau 2 et comporte :

- la réalisation de 1 à 8 séances de psychothérapie hebdomadaire ou bimensuelle. Ces séances sont estimées à 45 minutes soit 32 € (sur la base de l'expérimentation de l'assurance maladie : *prise en charge des thérapies non médicamenteuses en médecine de ville pour les troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée des adultes entre 18 et 60 ans*). Etant donné que les études réalisées jusqu'à présent n'ont porté que sur des psychothérapies remboursées, le taux d'attrition ne peut être utilisé. Les programmes de prise en charge financière des psychothérapies en Australie et en Angleterre<sup>14</sup> montrent une moyenne de 6 séances par patient soit un montant moyen de 192€.
- la réalisation d'une évaluation finale estimée à 1 heure soit 45 € (sur la base de l'expérimentation de l'assurance maladie : *prise en charge des thérapies non médicamenteuses en médecine de ville pour les troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée des adultes entre 18 et 60 ans*).
- une synthèse téléphonique avec le médecin prescripteur afin de conclure la prise en charge ou de renouveler le dispositif (via une prescription médicale). La réalisation d'un compte-rendu de synthèse de la prise en charge mentionnera le nombre de séances réalisées et le type de thérapie réalisée (50 € réparti à part égale entre le médecin et le psychologue).

**Soit un montant du forfait de renouvellement de 287 €.**

**Forfait initial :**

Professions	Type de consultation	Tarif
Prescripteur	Consultation complexe	46€
Psychologue	consultation initiale avec évaluation	45€
	1 à 8 séances	192€
	consultation finale	45€
Prescripteur et psychologue	synthèse psy/prescripteur	50€
<b>Total Forfait</b>		<b>378 €</b>

Tableau 1 : calcul du forfait initial

**2<sup>ème</sup> forfait en cas de renouvellement :**

Professions	Type de consultation	Tarif
Psychologue	1 à 8 séances	192€
	consultation finale	45€
Prescripteur et psychologue	synthèse psy/prescripteur	50€
	<b>Total Forfait</b>	<b>287€</b>

Tableau 2 : calcul du forfait de renouvellement

Un forfait de déplacement du psychologue est également possible pour les patients non mobiles (estimé à 10% des patients prise en charge). Sur la base du remboursement actuel des orthophonistes, ce forfait est d'un montant de 2,5 € par déplacement.

**Dans le cadre de l'expérimentation, sur la base de 1000 patients suivis : 20% bénéficieront d'un renouvellement et 10% bénéficieront d'un forfait de déplacement avec une moyenne de 8 déplacements par patient. Le coût du dispositif s'élève à 437 400 €.**

Selon Dezetter et Briffault (2015)<sup>15</sup> et Sobock et al (2006)<sup>16</sup>, pour une personne de moins de 65 ans, le coût de la souffrance psychique pour la société (hospitalisation, traitement et arrêts de travail) s'élève à :

- 4702 € pour la dépression,
- 1500 € pour l'anxiété.

Pour les personnes de plus de 65 ans, les arrêts de travail n'étant plus comptabilisés, le coût est de :

- 1645 € pour la dépression,
- 495€ pour l'anxiété.

Ne pouvant déjà déduire le pourcentage de patient ou d'aidant participant à l'expérimentation, deux estimations ont été faites.

**7.2. Estimation de la balance économique****7.2.1. Estimation si 1000 patients étaient inclus**

Pour les patients dépressifs : en considérant que la dépression touche 36,9% des patients MA<sup>2</sup> <sup>17</sup>, que 3,1% des patients ont moins de 65 ans<sup>18</sup>, la prise en charge psychologique avec un taux de rémission estimé à 30% (+/-10%)<sup>14</sup> permettra d'éviter 290 662€ (193 775 € -387 550 €) de dépenses pour les patients dépressifs avec une retombée estimée sur l'aidant de 10% soit 96 887 €. Au final, un ratio coût-bénéfice moyen de 1,92 est retrouvé en faveur de la prise en charge psychologique.

**Pour 1 euro investi dans la prise en charge psychologique une dépense de 1,92€ serait évitée.** Avec une analyse de sensibilité (+/- 10%) le ratio est de 1,44 pour le ratio minimum et 2,40 pour le maximum.

Pour les patients anxieux : en considérant que l'anxiété touche 44,3% des patients MA<sup>2</sup> <sup>17</sup>, que 3,1% des patients ont moins de 65 ans ; la prise en charge psychologique avec un taux de rémission estimée à 30% (+/-10%)<sup>14</sup> permettra d'éviter 187 969 € (125 313 €- 250 625 €) de dépenses pour les patients anxieux avec une retombée estimée sur l'aidant de 10% soit 62 656 €. Au final, un ratio coût-bénéfice 1,16 est retrouvé.

**Pour 1 euro investi dans la prise en charge psychologique une dépense de 1,16€ serait évitée.** Avec une analyse de sensibilité (+/-10%) le ratio est de 0,80 pour le ratio minimum et 1,34 pour le maximum.

Les calculs sont résumés dans le tableau 3.

#### 7.2.2. Estimation si 1000 aidants sont inclus

Pour les aidants dépressifs : en considérant que la dépression touche 42% des aidants<sup>19</sup>, que 13% des aidants ont plus de 65 ans<sup>13</sup>, la prise en charge psychologique avec un taux de rémission estimé à 30% (+/-10%)<sup>14</sup> permettra d'éviter 652 603 € (435 069 €- 870 138 €) de dépenses pour les aidants dépressifs avec une retombée estimée sur le patient de 10% soit 217 534€. Au final, un ratio coût-bénéfice moyen de 3,93 est retrouvé en faveur de la prise en charge psychologique.

**Pour 1 euro investi dans la prise en charge psychologique une dépense de 3,93€ serait évitée.** Avec une analyse de sensibilité (+/- 10%) le ratio est de 2,95 pour le ratio minimum et 4,92 pour le maximum.

Pour les aidants anxieux : en considérant que l'anxiété touche 76% des aidants<sup>20</sup>, que 13% des aidants ont moins de 65 ans ; la prise en charge psychologique avec un taux de rémission estimé à 30% (+/-10%)<sup>14</sup> permettra d'éviter 511 666€ (341 111 €- 682 222 €) de dépenses pour les patients anxieux avec une retombée estimée sur l'aidant de 10% soit 170 555 €. Au final, un ratio coût-bénéfice moyen 2,20 est retrouvé en faveur de la prise en charge psychologique.

**Pour 1 euro investi dans la prise en charge psychologique une dépense de 2,20€ serait évitée.** Avec une analyse de sensibilité (+/-10%) le ratio est de 1,38 pour le ratio minimum et 2,31 pour le maximum.

Les calculs sont résumés dans le tableau 4.

#### 7.2.3. Estimation si 50% de patients et 50% d'aidants sont inclus

L'expérimentation vise à prendre en charge la souffrance psychique des patients et des aidants. Si 50% d'aidants et 50% de patients étaient inclus :

- pour les bénéficiaires dépressifs, le ratio moyen serait de 3,47 (1,94 ; 3,71) ;
- pour les bénéficiaires anxieux, le ratio moyen serait de 1,80 (1,16 ; 1,93).

<i>Les coûts et retombées sont exprimés en €.</i>	<b>Dépression</b>	<b>Anxiété</b>
Prévalence (%)	36,9	44,3
Nombre d'individu éligible	369	443
<hr/>		
Coût forfait	142803	171441
Coût forfait renouvellement (20% patients)	2051	24631
Estimation % forfait déplacement	738	886
Coût total	164057	196958
<hr/>		
<b>Pour les patients de plus de 65 ans (96,9%)</b>		
Coût annuel hors psychothérapie	586974	212049
Coût annuel avec psychothérapie	751031	409006
Coûts évités avec 30% rémission	225309	122702
Coûts évités avec 30% rémission (+10%)	300412	163603
Coûts évités avec 30% rémission (-10%)	150206	81801
Retombées indirectes sur la personne non prise en charge (10%)	75103	40901
<hr/>		
<b>Pour les patients de moins de 65 ans (3,1%)</b>		
Coût annuel hors psychothérapie	53786	20600
Coût annuel avec psychothérapie	217844	217557
Coûts évités avec 30% rémission	65353	65267
Coûts évités avec 30% rémission (+10%)	87137	87023
Coûts évités avec 30% rémission (-10%)	43569	43511
Retombées indirectes sur la personne non prise en charge (10%)	21784	21756
<hr/>		
<b>Pour le total des patients</b>		
Coût annuel hors psychothérapie	640760	232648
Coût annuel avec psychothérapie	968875	626564
Coûts évités avec 30% rémission	290662	187969
Coûts évités avec 30% rémission (+10%)	387550	250625
Coûts évités avec 30% rémission (-10%)	193775	125313
Retombées indirectes sur la personne non prise en charge (10%)	96887	62656
<hr/>		
<b>Coût de coordination du dispositif (IDE pour un an)</b>	37 536	
<hr/>		
Ratio max	2,40	1,34
Ratio min	1,44	0,80
<b>Ratio moyen</b>	<b>1,92</b>	<b>1,16</b>

Tableau 3 : Modèle économique du dispositif si 1000 patients étaient inclus.

<i>Les coûts et retombées sont exprimés en €.</i>	<b>Dépression</b>	<b>Anxiété</b>
Prévalence (%)	42	76
Nombre d'individu éligible	420	760
<hr/>		
Coût forfait	158760	287280
Coût forfait renouvellement (20% patients)	24108	43624
Estimation % forfait déplacement	840	1520
Coût total	183708	332424
<hr/>		
<b>Pour les aidants de plus de 65 ans (13%)</b>		
Coût annuel hors psychothérapie	89817	48906
Coût annuel avec psychothérapie	273525	381330
Coûts évités avec 30% rémission	82058	114399
Coûts évités avec 30% rémission (+10%)	109410	152532
Coûts évités avec 30% rémission (-10%)	54705	76266
Retombées indirectes sur la personne non prise en charge (10%)	27353	38133
<hr/>		
<b>Pour les aidants de moins de 65 ans (87%)</b>		
Coût annuel hors psychothérapie	1718111	991800
Coût annuel avec psychothérapie	1901819	1324224
Coûts évités avec 30% rémission	570546	397267
Coûts évités avec 30% rémission (+10%)	760728	529690
Coûts évités avec 30% rémission (-10%)	380364	264845
Retombées indirectes sur la personne non prise en charge (10%)	190182	132422
<hr/>		
<b>Pour le total des aidants</b>		
Coût annuel hors psychothérapie	1807928	1040706
Coût annuel avec psychothérapie	2175344	1705554
Coûts évités avec 30% rémission	652603	511666
Coûts évités avec 30% rémission (+10%)	870138	682222
Coûts évités avec 30% rémission (-10%)	435069	341111
Retombées indirectes sur la personne non prise en charge (10%)	217534	170555
<hr/>		
<b>Coût de coordination du dispositif (IDE pour un an)</b>	37536	
Ratio max	4,92	2,31
Ratio min	2,95	1,38
<b>Ratio moyen</b>	<b>3,93</b>	<b>2,20</b>

Tableau 4 : Modèle économique du dispositif si 1000 aidants étaient inclus

### **8. Modalités de financement de l'expérimentation**

**Le budget prévisionnel sur les 4 ans d'expérimentation est décrit dans le tableau 5.**

Concernant les frais induits par le dispositif (frais directement liés à la prise en charge des patients/aidants) :

- Forfait du suivi psychologique pour 1000 bénéficiaires : 378 000 €
- Forfait de reconduction (20% des bénéficiaires) : 57 400 €
- Forfait de déplacement (10% des patients) : 2000 €
- Frais de personnel : 0.5 ETP IDE coordonnateur pour chacun des territoires du Rhône et de l'Hérault, 0.25 ETP pour le territoire du Doubs rattachée à la DAC ou au CM2R si la DAC n'existe pas sur le territoire. Pour 4 ans d'expérimentation : 193 560 € soit (48 390€ par an).

En fonction des travaux qui seront menés sur la question de la participation des assurés dans le cadre des organisations innovantes, le comité technique de l'innovation en santé pourra demander la modification, en cours d'expérimentation, du cahier des charges sur cet aspect.

**Budget pour les frais directement liés à la prise en soin : 630 960€ sur 4 ans soit 157 740€ par an.**

Concernant les frais d'ingénierie :

Frais de personnel :

- 0.1 ETP IDE coordonnateur pour chacun des territoires du Rhône et de l'Hérault, 0.05 ETP pour le territoire du Doubs rattachée au DAC ou au CM2R si le DAC n'existe pas sur le territoire. Ce temps est dédié à l'évaluation du deuxième membre de la dyade qui ne bénéficie pas de la prise en charge. Pour 4 ans d'expérimentation : 38 712 € (soit 9 678€ par an).
- 0.2 ETP chef de projet pour la coordination du projet (0.2 etp/mois) : 40 099 € (soit 10 025€ par an).

Frais de fonctionnement des instances de gouvernance (24 000€ pour le comité de pilotage, 20000€ pour le comité scientifique pour la durée de l'expérimentation).

Frais de diffusion et formation : support de formation aux échelles : 5 000 €, support de formation aux spécificités des soins psychiques dans les pathologies neurodégénératives : 10 000 €, frais de sensibilisation des médecins traitants : 10 000 €.

**Budget pour les frais d'ingénierie (pour 4 ans): 147 811 € (soit 36 953€ par an)**

**Budget prévisionnel total de l'expérimentation = 778 771 € pour 4 ans (soit 194 693 € par an).**

	Par territoire						Sur les 3 territoires	
	Rhône		Hérault		Doubs			
	Par an	Total	Par an	Total	Par an	Total	Par an	Total
<b>Frais directement liés à la prise en soin (en euros)</b>								
Forfait du suivi psychologique	37800	151200	37800	151200	18900	75600	94500	378000
Forfait de reconduction (20% des bénéficiaires)	5740	22960	5740	22960	2870	11480	14350	57400
Forfait de déplacement (10% des patients)	200	800	200	800	100	400	500	2000
Frais de personnel (IDE coordonnateur)	19356	77424	19356	77424	9678	38712	48390	193560
<b>Sous total</b>	<b>63096</b>	<b>252384</b>	<b>63096</b>	<b>252384</b>	<b>31548</b>	<b>126192</b>	<b>157740</b>	<b>630960</b>
<b>Frais d'ingénierie (en euros)</b>								
Support de formation aux échelles	500	2000	500	2000	250	1000	1250	5000
Support de formation aux spécificités des soins psychiques dans les pathologies neurodégénératives	1000	4000	1000	4000	500	2000	2500	10000
Frais de sensibilisation des médecins traitants	1000	4000	1000	4000	500	2000	2500	10000
<b>Frais de personnel</b>								
- IDE coordinateur pour évaluation d'échelles propres à l'expérimentation (indicateurs de qualité de vie et comportement)	3871	15485	3871	15485	1936	7742	9678	38712
- Chef de projet (coordonnateur national)							10025	40099
Frais de fonctionnement comité scientifique (national)							5000	20000
Frais de fonctionnement comité de pilotage	2000	80000	2000	80000	2000	8000	6000	24000
<b>Sous total</b>	<b>8371</b>	<b>105485</b>	<b>8371</b>	<b>105485</b>	<b>5186</b>	<b>20742</b>	<b>36953</b>	<b>147811</b>
<b>Total</b>	<b>71467</b>	<b>357869</b>	<b>71467</b>	<b>357869</b>	<b>36734</b>	<b>146934</b>	<b>194693</b>	<b>778771</b>

Tableau 5 : Budget prévisionnel par an et sur la durée de l'expérimentation pour chacun des 3 territoires.

### **9. Modalités d'évaluation de l'expérimentation envisagées**

L'évaluation de l'expérimentation repose sur des indicateurs jugeant de la réussite des impacts attendus :

**Pour évaluer l'impact médical et sanitaire**, à savoir la diminution de la souffrance psychique des bénéficiaires :

1) Calcul de l'évolution des scores entre avant et après la prise en charge pour :

- l'échelle d'anxiété : Generalized Anxiety Disorder – 7<sup>21</sup> (GAD-7) (Annexe 3). Il s'agit d'un outil de détection indiquant la présence et la gravité de l'anxiété. Le bénéficiaire juge la fréquence d'apparition de 7 symptômes au cours des 2 dernières semaines (0 : jamais, 1 : plusieurs jours, 2 : plus de la moitié du temps, 3 : presque tous les jours). Le score maximal est de 21. Plus le score est élevé, plus l'anxiété est élevée.
- l'échelle de dépression : Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ-9)<sup>22</sup> (Annexe 4). Il s'agit d'un outil de détection indiquant la présence et la gravité des symptômes dépressifs. Le bénéficiaire juge la fréquence d'apparition de 9 symptômes au cours des 2 dernières semaines (0 : jamais, 1 : plusieurs jours, 2 : plus de la moitié du temps, 3 : presque tous les jours). Le score maximal est de 27. Plus le score est élevé, plus la dépression est élevée.
- l'échelle Clinical Global Impression Scale « Amélioration »<sup>23</sup> (CGI « Amélioration ») permet de quantifier le changement dans la sévérité des symptômes par rapport à l'évaluation initiale réalisée avec l'échelle Clinical Global Impression Scale « Sévérité » (CGI « Sévérité ») (Annexe 5)
- l'échelle de qualité de vie : Quality of Life Alzheimer Disease (QoL-AD)<sup>24</sup> (Annexe 6) permet d'évaluer la qualité de vie sur six domaines : la condition physique, la mémoire, l'humeur, les relations interpersonnelles, les difficultés financières et l'appréciation de sa vie générale. Le patient répond à 13 items à l'aide d'une échelle ordinale à 4 points ('1' = mauvais à '4' = excellent). Le score maximum est de 52.
- le questionnaire de fardeau de l'aidant (Mini-Zarit)<sup>25</sup> (Annexe 7) recueilli au début et à la fin de la prise en charge psychologique. Cet outil permet d'évaluer la souffrance des aidants accompagnant les malades à partir de 7 questions selon la fréquence (0 = jamais ; 0,5 = parfois ; 1 = souvent). Le score maximum est de 7.
- le Neuropsychiatric Inventory forme réduite (NPI-R)<sup>26</sup> (Annexe 8) permet d'évaluer la gravité de 12 domaines comportementaux (idées délirantes, hallucinations, agitation, dépression, anxiété, exaltation, apathie, désinhibition, dépression, comportement moteur aberrant, sommeil et appétit, et leur impact sur les proches aidants).

Lorsque la dyade bénéficie de la prise en charge :

- les échelles GAD-7, PHQ-9 et CGI sont proposées aux deux bénéficiaires avant le suivi psychothérapeutique et à la fin du suivi psychothérapeutique par le psychothérapeute.
- l'échelle Mini-Zarit est proposée à l'aidant avant le suivi psychothérapeutique et à la fin du suivi psychothérapeutique par le psychothérapeute.
- le coordonnateur (CM2R ou DAC/CPTS) contacte l'aidant pour compléter l'échelle QoL-AD (qualité de vie de l'aidant) et le NPI-R (trouble psycho-comportementaux du patient) avant et après la prise en charge.
- le coordonnateur contacte le patient pour compléter l'échelle QoL-AD (qualité de vie du patient) avant et après la prise en charge.

Lorsque le patient seul bénéficie de la prise en charge :

- les échelles GAD-7, PHQ-9 et CGI sont proposées au patient avant le suivi psychothérapeutique et à la fin du suivi psychothérapeutique par le psychothérapeute.
- le coordonnateur (CM2R ou DAC/CPTS) contacte l'aidant pour compléter les échelles GAD-7, PHQ-9, QoL-AD (qualité de vie de l'aidant), mini-Zarit avant et après la prise en charge.
- l'échelle QoL-AD (qualité de vie du patient) : le coordonnateur contacte le patient pour la compléter avant et après la prise en charge.

Lorsque l'aidant seul bénéficie de la prise en charge :

- les échelles GAD-7, PHQ-9, QoL-AD mini-Zarit et CGI sont proposées à l'aidant avant le suivi psychothérapeutique et à la fin du suivi psychothérapeutique par le psychothérapeute.
- le NPI-R : le coordonnateur (CM2R ou DAC/CPTS) contacte l'aidant pour le compléter avant et après la prise en charge.

Le rôle de chaque intervenant dans la réalisation des évaluations initiales et finales sont résumées dans le tableau 5.

		Acteurs	Coordonnateur		Psychologue		
		Médecin prescripteur					
		Étapes	Repérage	Evaluation initiale	Evaluation finale*	Evaluation initiale	Evaluation finale*
Parcours	Bénéficiaire	Echelles					
Dyade	Patient	Mini-GDS GAD-2	QoL-AD	QoL-AD	GAD 7 PHQ 9 CGI	GAD 7 PHQ 9 CGI	
	Aidant	Mini-GDS GAD-2	NPI-R QoL-AD	NPI-R QoL-AD	GAD 7 PHQ 9 CGI Mini Zarit	GAD 7 PHQ 9 CGI Mini Zarit	
Patient seul	Patient	Mini-GDS GAD-2	QoL-AD	QoL-AD	GAD 7 PHQ 9 CGI	GAD 7 PHQ 9 CGI	
	Aidant		QoL-AD GAD 7 PHQ 9 Mini Zarit	QoL-AD GAD 7 PHQ 9 Mini Zarit			
Aidant seul	Patient						
	Aidant	Mini-GDS GAD-2	QoL-AD NPI-R	QoL-AD NPI-R	GAD 7 PHQ 9 CGI Mini Zarit	GAD 7 PHQ 9 CGI Mini Zarit	

Mini-GDS : Mini-Geriatric Depression Scale, GAD-1 : Generalized Anxiety Disorder-2 Items, QoL-AD : Quality of Life- Alzheimer Disease, NPI-R : NeuroPsychiatric Inventory –Réduit, GAD 7 : General Anxiety Disorder 7 items, PHQ 9 : Patient Health Questionnaire - 9 items, CGI : Clinical Global Impression Scale, Mini Zarit : échelle du fardeau de l'aidant Zarit-Réduit

\* L'évaluation finale concerne l'évaluation à la fin d'un premier cycle et dans le cas d'un renouvellement, l'évaluation à la fin du deuxième cycle de 8 séances.

Tableau 5 : Répartition des échelles d'évaluation en fonction des intervenants, des bénéficiaires et des temps de l'expérimentation.

2) Calcul du taux de prescriptions de psychotropes évitées recueilli par un questionnaire à destination des médecins prescripteurs lors de l'inclusion (Questionnaire des alternatives évitées : Annexe 2).

**Pour évaluer l'impact structurel :**

1) Calcul du taux de passages aux urgences évités par un questionnaire à destination des médecins prescripteurs lors de l'inclusion (Questionnaire des alternatives évitées : Annexe 2).

2) Calcul du taux d'hospitalisations évitées par un questionnaire à destination des médecins prescripteurs lors de l'inclusion (Questionnaire des alternatives évitées : Annexe 2).

3) Calcul du taux d'arrêt de travail par un questionnaire à destination des médecins prescripteurs lors de l'inclusion (Questionnaire des alternatives évitées : Annexe 2).

4) Analyse d'indicateurs quantitatifs pour rendre compte de l'appropriation du dispositif par les utilisateurs professionnels : nombre de médecins, de psychologues, de patients, répartition géographique, nombre de forfaits prescrits, de fiches alerte émises de la part du maillage territorial.

5) Analyse d'indicateurs quantitatifs pour rendre compte de l'appropriation du dispositif par les bénéficiaires : nombre d'aidants, de patients, de dyades, de sortie d'études, de séances prescrites réalisées et de reconductions.

6) Analyse d'indicateurs de satisfaction recueillis à partir d'un panel d'utilisateurs professionnels qui répondent à un questionnaire.

7) Analyse d'indicateurs de satisfaction recueillis à partir d'un panel de bénéficiaires à l'aide d'un questionnaire.

**Pour évaluer l'impact économique :**

1) Calcul du coût du nombre de séances effectuées, du nombre de forfaits facturés, de forfaits reconduits et de forfaits de déplacements facturés.

2) Calcul des bénéfices : montant des psychotropes évités, montant des hospitalisations dont les passages aux urgences évitées, montant des consultations en psychiatrie évitées et montant des arrêts de travail évités.

3) Calcul de la balance coût/bénéfice.

## C. Protocole de prise en charge

### 1. Critères de sélection

#### 1.1. Critères d'inclusion

Pour avoir accès au dispositif le patient doit :

- avoir eu un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée avérée,
- présenter une situation de souffrance psychique : Questionnaire de Détection des symptômes Anxieux et Dépressifs (Annexe 9) avec un score supérieur ou égal à 1 à la mini-Geriatric Depression Scale (mini-GDS)<sup>27</sup> et/ou un score supérieur à 4 à la Generalized Anxiety Disorder-2 items (GAD-2)<sup>28-29</sup>. Les scores seuils sont issus d'études de sensibilité et spécificité et de recommandation HAS pour la mini-GDS<sup>27-29</sup>
- avoir des capacités cognitives et communicationnelles permettant une élaboration : MMSE  $\geq$  20,
- absence de déficit sensoriel sévère ,
- maîtriser la langue française.

Pour avoir accès au dispositif l'aidant doit :

- être identifié comme aidant d'une personne ayant eu un diagnostic de maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée avérée,
- présenter une situation de souffrance psychique : Questionnaire de Détection des symptômes Anxieux et Dépressifs (QDAD) (Annexe 9) avec un score supérieur ou égal à 1 à la mini-GDS<sup>27</sup> et/ou un score supérieur à 4 à la GAD-2<sup>28-29</sup>
- être exempt de déficit sensoriel sévère,
- maîtriser la langue française.

#### 1.2. Critères d'exclusion

Ne donnent pas accès au dispositif les situations relevant d'une prise en charge psychiatrique directe :

- les formes sévères ou récurrentes de dépression selon le DSM-V : accès direct à un avis psychiatrique
- toute situation grave nécessitant un avis psychiatrique ou géro-psycho-geriatrique (psychoses, signes psychotiques, idées délirantes, hallucinations, risques suicidaires ...)
- les situations de crise avérée telle qu'une majoration sévère des troubles du comportement : orientation vers les services spécialisés (CMRR, UCC, SAU notamment).

Dans l'hypothèse où la situation s'aggrave durant la prise en charge psychologique, le patient et/ou son aidant est/sont orientés vers le médecin prescripteur.

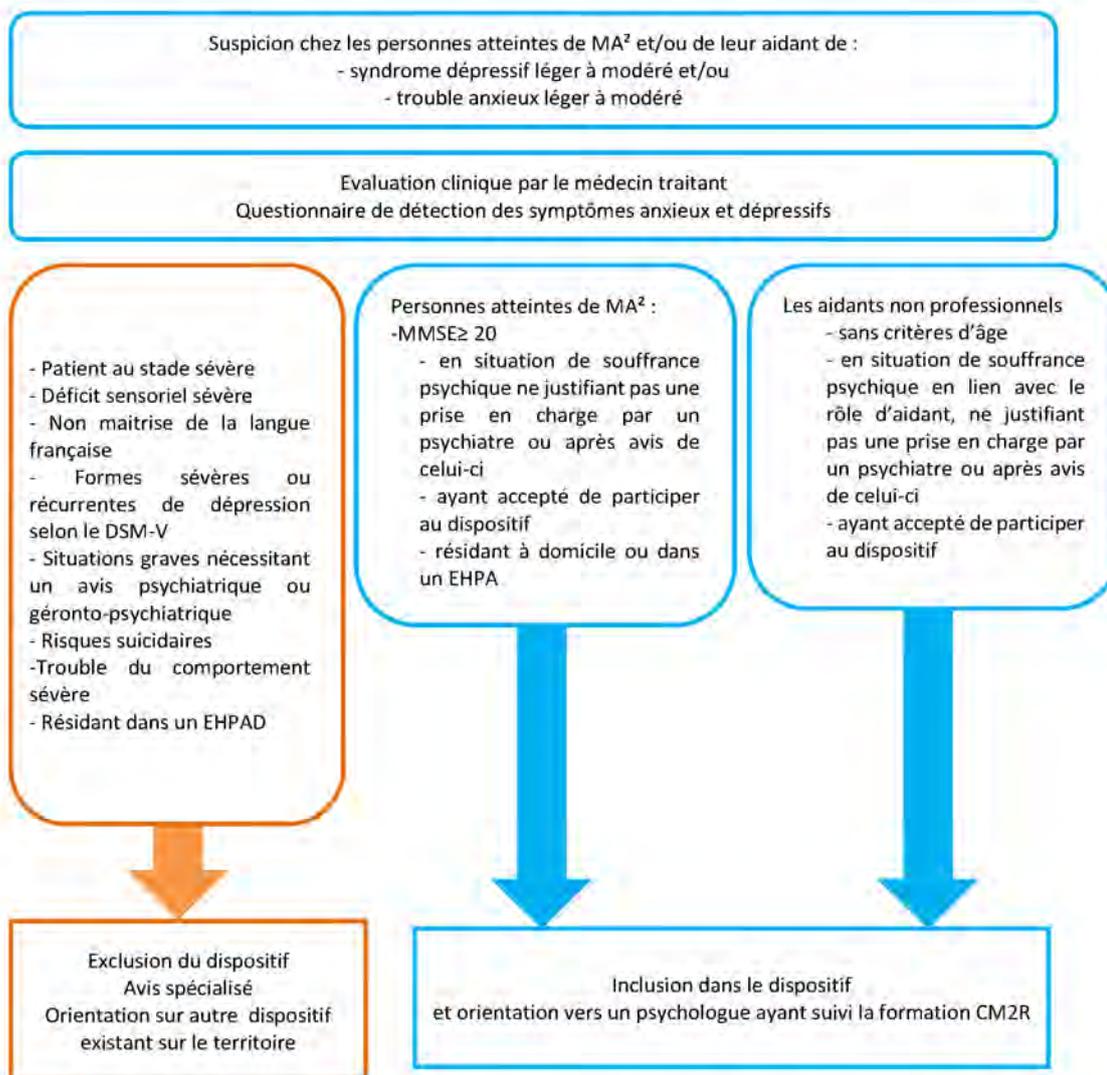
## **2. Entrée dans le dispositif**

Lorsqu'un médecin reçoit un patient atteint de MA<sup>2</sup> ou une personne qu'il sait être un aidant d'un patient atteint de MA<sup>2</sup>, il évalue les troubles anxieux et les troubles dépressifs.

Si lors de cette évaluation clinique, les questionnaires de détection s'avèrent répondre aux critères d'inclusion, le médecin réalise l'ordonnance associée au courrier d'accompagnement (Annexe 10) à destination du psychologue.

La figure 3 résume les possibilités pour le médecin prescripteur.

Figure 3 : Critères d'inclusion et d'exclusion du dispositif.



### **3. Les 3 parcours possibles**

Il existe 3 parcours différents dans le dispositif : le parcours de la dyade, le parcours du patient seul et le parcours de l'aidant seul (Annexe 11).

#### **3.1. Parcours de soin si la dyade bénéficie de la prise en charge psychologique**

Lorsque le diagnostic de MA<sup>2</sup> est posé, un prescripteur peut proposer au patient et à son aidant un suivi psychologique. S'ils répondent favorablement aux critères, le prescripteur réalise une ordonnance pour que le bénéficiaire puisse bénéficier d'un suivi par un psychologue formé par le CM2R. Il est à noter que le prescripteur pour le patient peut être le même que pour l'aidant ou peut être différent. Dans tous les cas, le patient et l'aidant auront un suivi psychologique distinct, assuré par deux psychologues. Il ne s'agit donc pas d'un suivi de couple mais d'un suivi individuel.

Le patient et l'aidant seront accompagnés dans les démarches par le coordonnateur (CM2R ou DAC/CPTS). Ce dernier s'assurera notamment de la bonne prise de rdv et réalisera la passation des échelles définies (tableau 5).

#### **3.2. Parcours de soin si le patient seul bénéficie de la prise en charge psychologique**

Lorsque le diagnostic de MA<sup>2</sup> est posé, un prescripteur peut proposer au patient un suivi psychologique. S'il répond favorablement aux critères, le prescripteur réalise une ordonnance pour que le patient puisse bénéficier d'un suivi par un psychologue formé par le CM2R.

Le patient sera accompagné dans les démarches par le coordonnateur (CM2R ou le DAC/CPTS). Ce dernier s'assurera notamment de la bonne prise de rdv et réalisera la passation des échelles définies (tableau 5).

#### **3.3. Parcours de soin si l'aidant seul bénéficie de la prise en charge psychologique**

Lorsque le diagnostic de MA<sup>2</sup> est posé chez un patient, un prescripteur peut proposer à l'aidant un suivi psychologique. S'il répond favorablement aux critères, le prescripteur réalise une ordonnance pour que le patient (à ce stade l'aidant devient lui-même patient) puisse bénéficier d'un suivi par un psychologue formé par le CM2R.

L'aidant sera accompagné dans les démarches par le coordonnateur (CM2R ou le DAC/CPTS). Ce dernier s'assurera notamment de la bonne prise de rdv et réalisera la passation des échelles définies (tableau 5).

### **4. L'entretien d'évaluation psychologique**

L'entretien initial a pour objectif de créer une alliance thérapeutique. Une bonne alliance au début de la thérapie peut en effet influencer les effets du suivi (augmentation de l'engagement)<sup>30</sup>. Ce premier entretien permet également de présenter la démarche de psychothérapie, de vérifier l'adhésion du bénéficiaire à celle-ci, et d'établir le programme thérapeutique.

Lors du premier entretien le psychologue complète les échelles servant à l'évaluation du dispositif (Tableau 5). A tout moment le psychologue peut faire appel au médecin prescripteur si une aggravation de l'état psychique et/ou comportemental est constatée.

A l'issue de l'entretien, le psychologue émet un compte-rendu au médecin prescripteur ainsi qu'au médecin généraliste (si ce dernier n'est pas le prescripteur) et précise si la prise en soins psychologique est indiquée (annexe 12).

### **5. Le suivi**

Les interventions proposées par le psychologue sont laissées à l'appréciation du psychologue parmi les psychothérapies structurées définies (cf p.16).

Cela se fait en fonction de la problématique du bénéficiaire et des outils dont le professionnel dispose.

Une à huit séances de 45minutes est/sont proposée(s) à raison d'une fois par semaine ou par quinzaine ou par mois (à savoir 8 mois maximum pour le premier cycle et 12 mois maximum pour les 2 cycles) à l'appréciation du psychologue.

### **6. L'évaluation finale**

A la fin de cet accompagnement, le psychologue réalise une évaluation finale avec les échelles définies et l'appréciation clinique. Un temps de concertation téléphonique sera dédié entre le psychologue et le médecin prescripteur. Ils concluront d'une fin de prise en charge ou d'un renouvellement du dispositif réalisé via une prescription médicale.

Le coordonnateur (CM2R ou DAC/CPTS) contacte l'aidant et/ou le patient pour réaliser les échelles selon le protocole défini (Tableau 5).

Un document de synthèse après l'entretien d'évaluation est envoyé au médecin prescripteur et généraliste (Annexe 12). Dans le cadre de l'expérimentation, le psychologue précise le type de thérapie utilisée et le nombre de séances effectuées (Annexe 13).

### **7. Renouvellement**

Une à huit séances supplémentaires peuvent être proposée(s) si l'amélioration n'est pas avérée. La décision d'un renouvellement ou non se fait sur la base du score CGI-A lors de l'évaluation finale et sur la base des éléments cliniques : un score CGI-A compris entre 4 et 7 doit faire réfléchir à un éventuel renouvellement au regard des éléments cliniques.

A l'issue de la nouvelle session de psychothérapie, le psychologue réalise une évaluation finale avec les échelles définies et l'appréciation clinique. Un temps de concertation téléphonique sera dédié entre le psychologue et le médecin prescripteur. Ils concluront d'une fin de prise en charge.

Le coordonnateur (CM2R ou DAC/CPTS) contacte l'aidant et/ou le patient pour réaliser les échelles selon le protocole défini (Tableau 5).

Un document de synthèse après l'entretien d'évaluation est envoyé au médecin prescripteur et généraliste. Dans le cadre de l'expérimentation, le psychologue précise le type de thérapie utilisée et le nombre de séances effectuées.

### **8. Orientation**

En cas de refus de soin du bénéficiaire ou au terme de la prise en charge psychologique, le psychologue se met en lien avec le médecin prescripteur. Ils proposent conjointement au bénéficiaire une orientation via les dispositifs existants sur le territoire. Le coordonnateur reste un appui pour la mise en place de ces interventions.

### **9. Nature des informations recueillies sur les patients pris en charge dans le cadre de l'expérimentation et les modalités selon lesquelles elles sont recueillies, utilisées et conservées**

L'évaluation de l'expérimentation reposera sur :

- le recueil des scores aux échelles GAD-7, PHQ-9, Mini-Zarit, CGI par le psychologue pour le bénéficiaire de la prise en charge ;
- le recueil des scores GAD-7, PHQ-9, mini-Zarit, QoL-AD, NPI-R réalisés par le coordonnateur (CM2R ou DAC/CPTS) ;
- le recueil par le médecin du Questionnaire des alternatives évitées ;
- le recueil du nombre de séances de psychothérapie ;
- le recueil du type de thérapie utilisée ;
- les données seront anonymisées et saisies sur e-CRF.

### **10. Eléments bibliographiques et/ou exemples d'expériences étrangères**

Le présent dispositif s'appuie sur l'exemple français concernant :

- l'expérimentation visant à organiser la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes (Arrêté du 19 décembre 2017) ;
- l'expérimentation de prise en charge par l'assurance maladie des thérapies non médicamenteuses (*prise en charge des thérapies non médicamenteuses en médecine de ville pour les troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée des adultes entre 18 et 60 ans*).
- les recommandations de la HAS quant à la prise en charge thérapeutique et le suivi souffrant d'un épisode dépressif caractérisé de l'adulte.

Ce projet a reçu le soutien du Dr Hans-Martin SPATH économiste de la santé et de santé publique Université Claude Bernard Lyon 1.

**Pr KROLAK SALMON**-CM2R de LYON  
Président de la FCM

**Pr CLANET**  
Président du comité de suivi du PNMD

**Dr GABELLE**- CM2R de Montpellier

**Dr VANDEL**- CM2R de Besançon

## Références bibliographiques

1. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 28-29 septembre 2016
2. « Vers une stratégie nationale de diagnostic des troubles cognitifs. Approche commune du Collège de médecine générale et des spécialistes des troubles neuro-cognitifs » P. Krolak Salmon et al. 10.1016/j.lpm.2017.10.02
3. D'après la Charte européenne de l'aidant familial. 2009. CoFace Bruxelles.
4. Thomas, P., Hazif-Thomas, C., Delagnes, V., Bonduelle, P., & Clément, J. P. (2005). La vulnérabilité de l'aidant principal des malades déments à domicile. L'étude Pixel. *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 3(3), 207-220.
5. Wilson, M. R., Van Houtven, C. H., Stearns, S. C., & Clipp, E. C. (2007). Depression and missed work among informal caregivers of older individuals with dementia. *Journal of Family and Economic Issues*, 28(4), 684-698.
6. Geda YE et al *Alzheimers Dement*,9 : 602-8 2013 ; Lanctot KL et al, *Alzheimers Dement* 3 : 440-9, 2017, Winblad B et al. *Lancet Neurol* 15: 455Neur 2016
7. Orgeta V, Qazi A, Spector AE, Orrell M. Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* 2014 ; 1
8. Recommandation de bonne pratique « Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours ». Octobre 2017
9. Fansi, A., Jehanno, C., Lapalme, M., Drapeau, M., & Bouchard, S. (2015). Efficacité de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez l'adulte: une revue de la littérature. *Santé mentale au Québec*, 40(4), 141-173.
10. Krolak-Salmon, P., Roubaud, C., Finne-Soveri, H., Riolacci-Dhoyen, N., Richard, G., Rouch, I., ... & Dauphinot, V. (2016). Evaluation of a mobile team dedicated to behavioural disorders as recommended by the Alzheimer Cooperative Valuation in Europe joint action: observational cohort study. *European journal of neurology*, 23(5), 979-988.
11. Arbus C. Unités de soins, d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Livre Blanc, Année Gériatologique 29 ; 4 :119-122, 2015
12. Secher M. Unités de soins, d'évaluation et de prise en charge Alzheimer, Livre Blanc, Année Gériatologique 29 ; 4 : 96-9, 2015
13. Ministère de la santé et des affaires sociales. Plan Alzheimer 2008 2012 - mesure 3- amélioration du suivi sanitaire des aidants naturels. [en ligne]. <http://www.plan-alzheimer.gouv.fr/IMG/pdf/plan-alzheimer-2008-2012.pdf>.
14. Vasiliadis, H. M., & Dezetter, A. (2015). Les programmes de prise en charge financière des psychothérapies en Australie et en Angleterre. *Santé mentale au Québec*, 40(4), 101-118.
15. Dezetter, A., & Briffault, X. (2015). Coûts et bénéfices d'un programme de financement des psychothérapies auprès des Français souffrant de troubles dépressifs ou anxieux. *Santé mentale au Québec*, 40(4), 119-140.

16. Sobocki, P., Ekman, M., Ågren, H., Runeson, B., & Jönsson, B. (2006). The mission is remission: health economic consequences of achieving full remission with antidepressant treatment for depression. *International journal of clinical practice*, 60(7), 791-798.
17. Benoit, M., Staccini, P., Brocker, P., Benhamidat, T., Bertogliati, C., Lechowski, L., ... & Robert, P. H. (2003). Symptômes comportementaux et psychologiques dans la maladie d'Alzheimer: résultats de l'étude REAL. *FR. La revue de médecine interne*, 24, 319s-324s.
18. Etude du consortium EURODEM (European Community Concerted Action on the Epidemiology and Prevention of Dementia Group) : étude sur des cas diagnostiqués dans dix pays européens, 1991 et 2003 ; Rapport de l'OPEPS 2005.
19. Kerhervé, H., Gay, M. C., & Vrignaud, P. (2008, May). Santé psychique et fardeau des aidants familiaux de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de troubles apparentés. In Sansoni, J., Vellone, E., & Piras, G. (2004). Anxiety and depression in community-dwelling, Italian Alzheimer's disease caregivers. *International Journal of Nursing Practice*, 10(2), 93-100.
20. Sansoni, J., Vellone, E., & Piras, G. (2004). Anxiety and depression in community-dwelling, Italian Alzheimer's disease caregivers. *International Journal of Nursing Practice*, 10(2), 93-100.
21. Champagne, A., Landreville, P., Gosselin, P., & Carmichael, P. H. (2018). Psychometric properties of the French Canadian version of the Geriatric Anxiety Inventory. *Aging & mental health*, 22(1), 40-45.
22. Carballeira, Y., Dumont, P., Borgacci, S., Rentsch, D., de Tonnac, N., Archinard, M., & Andreoli, A. (2007). Criterion validity of the French version of Patient Health Questionnaire (PHQ) in a hospital department of internal medicine. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(1), 69-77.
23. Zaider, T. I., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Schneier, F. R., & Liebowitz, M. R. (2003). Evaluation of the clinical global impression scale among individuals with social anxiety disorder. *Psychological medicine*, 33(4), 611-622.
24. Wolak, A., Novella, J. L., Drame, M., Guillemin, F., Di Pollina, L., Ankri, J., ... & Jolly, D. (2009). Transcultural adaptation and psychometric validation of a French-language version of the QoL-AD. *Aging & mental health*, 13(4), 593-600.
25. Revel V., Haritchabalet I., Kervinio C., Drode M., Sauvanier M., Geny C., et al. Construction d'une échelle simplifiée pour la détection en médecine générale du fardeau de l'aidant d'une personne âgée dépendante. *L'année gériatologique*, 2002, vol 16, tome I : p. 131-137
26. MICHEL, E., ROBERT, P., BOULHASSASS, R., LAFONT, V., BAUDU, C., BERTOGLIATI, C., & GONI, S. (2005). Validation de la version réduite de l'inventaire Neuropsychiatrique (NPI-R). *La Revue de gériatrie*, 30(6), 385-390.
27. Repérage et évaluation des facteurs de risque de dépression chez les séniors de 55 ans et plus. Recommandation HAS ([https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/argumentaire\\_art\\_53\\_depression\\_sujets\\_ages\\_vf\\_2015-02-16\\_15-33-53\\_53.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/argumentaire_art_53_depression_sujets_ages_vf_2015-02-16_15-33-53_53.pdf))
28. Wild, B., Eckl, A., Herzog, W., Niehoff, D., Lechner, S., Maatouk, I., ... & Löwe, B. (2014). Assessing generalized anxiety disorder in elderly people using the GAD-7 and GAD-2 scales: results of a validation study. *The American journal of geriatric psychiatry*, 22(10), 1029-1038.

29. Donker, T., van Straten, A., Marks, I., & Cuijpers, P. (2011). Quick and easy self-rating of Generalized Anxiety Disorder: validity of the Dutch web-based GAD-7, GAD-2 and GAD-SI. *Psychiatry research*, 188(1), 58-64.

30. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques, Antoine Bioy et Maximilien Bachelart, Dans *Perspectives Psy* 2010/4 (Vol. 49), pages 317 à 326

## ANNEXES

### ANNEXE 1

#### FICHE ALERTE DES PROFESSIONNELS A DESTINATION DES PRESCRIPTEURS

Nom de la personne réalisant la fiche :		Date du signalement :
Métier/ Fonction :		
Nom du bénéficiaire :	Prénom :	Date de naissance :
Nom du médecin référent du bénéficiaire : Dr		
Observations:		
<input type="checkbox"/> troubles anxieux	<input type="checkbox"/> changement de comportement	
<input type="checkbox"/> symptômes dépressifs	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

## ANNEXE 2

## QUESTIONNAIRE DES ALTERNATIVES EVITEES

« Qu'auriez-vous fait si vous n'aviez pas eu la possibilité de faire appel à ce dispositif ? » (plusieurs cases peuvent être cochées)

- Instauration de psychotropes : Préciser
  - Anxiolytiques
  - Antidépresseurs
  - Neuroleptiques
  - Hypnotiques
- Augmentation du traitement psychotrope en cours
- Orientation vers les urgences
- Orientation vers un service de psychiatrie
- Hospitalisation
- Arrêt de travail

## ANNEXE 3

## GAD-7

Au cours des 2 dernières semaines, selon 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				
2. Une incapacité à arrêter de s'inquiéter ou à contrôler ses inquiétudes				
3. Une inquiétude excessive à propos de différentes choses				
4. Des difficultés à se détendre				
5. Une agitation telle qu'il est difficile à tenir en place				
6. Une tendance à être facilement contrarié(e) ou irritable				
7. Un sentiment de peur comme si quelque chose de terrible risquait de se produire				

Cotation :    jamais=0    plusieurs jours=1    plus de la moitié du temps=2  
                   presque tous les jours=3

SCORE TOTAL : \_\_\_\_

Interprétation :    1-4 : absence d'anxiété  
                           5-9 : anxiété légère  
                           10-14 : anxiété modérée  
                           ≥ 15 : anxiété sévère

## ANNEXE 4

## PHQ-9

Au cours des 2 dernières semaines, selon 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 plaisir à faire des choses				
2) Etre triste, déprimé(e) ou désespéré(e)				
3) Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e) ou dormir trop				
4) Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie				
5) Avoir peu d'appétit ou manger trop				
6) Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même				
7) Avoir du mal à se concentrer par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision				
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				
9) Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre				

Cotation : comptez 1 :-si la réponse est NON aux questions 1, 5, 7, 11, 13  
-si la réponse est OUI aux autres questions

SCORE TOTAL :

Interprétation :  
 1-4 : absence de dépression  
 5-9 : dépression légère  
 10-14 : dépression modérée  
 15-19 : dépression modérément sévère  
 ≥ 20 : dépression sévère

**ANNEXE 5****QUESTIONNAIRES CGI****CGI-Sévérité**

Mesure de la gravité du trouble mental actuel du patient

0. Non évalué
1. Normal ; pas du tout malade
2. A la limite
3. Légèrement malade
4. Modérément malade
5. Manifestement malade
6. Gravement malade
7. Parmi les patients les plus malades

**CGI-Amélioration**

0. Non évalué
1. Très fortement amélioré
2. Fortement amélioré
3. Légèrement amélioré
4. Pas de changement
5. Légèrement aggravé
6. Fortement aggravé
7. Très fortement aggravé

## ANNEXE 6

## QOL-AD : QUESTIONNAIRE QUALITE DE VIE

Je voudrais vous poser quelques questions sur votre qualité de vie, et vous demander d'évaluer différents aspects de votre vie en utilisant l'un des quatre mots suivants :

Mauvais      Moyen      Bon      Excellent

Montrez chacun des mots (mauvais, moyen, bon et excellent) sur le questionnaire lorsque vous les prononcez.

Votre vie comporte plusieurs aspects tels que votre santé physique, votre énergie, votre famille, l'argent, etc. Je vais vous demander d'évaluer chacun de ces domaines. Nous voulons savoir ce que vous pensez de votre situation actuelle dans chacun de ces domaines.

Si vous avez des doutes sur le sens d'une question, vous pouvez me demander des précisions. Si vous avez des difficultés à évaluer un domaine, sélectionnez simplement la réponse qui selon vous correspond le mieux à votre situation.

1. **Tout d'abord, que pensez-vous de votre santé physique ? Diriez-vous qu'elle est mauvaise, moyenne, bonne ou excellente ?**

Mauvaise      Moyenne      Bonne      Excellente

2. **Que pensez-vous de votre niveau d'énergie ? Pensez-vous qu'il est mauvais, moyen, bon ou excellent ?** Si le/la participant(e) dit que certains jours sont meilleurs que d'autres, demandez-lui d'évaluer comment il/elle s'est senti(e) la plupart du temps dernièrement.

Mauvaise      Moyenne      Bonne      Excellente

3. **Quelle a été votre humeur dernièrement ? Vous êtes-vous senti(e) de bonne humeur ou un peu déprimé(e) ? Diriez-vous de votre humeur qu'elle était mauvaise, moyenne, bonne ou excellente ?**

Mauvaise      Moyenne      Bonne      Excellente

4. **Qu'en est-il de vos conditions de vie ? Que pensez-vous de l'endroit où vous vivez actuellement ? Diriez-vous que ces conditions sont mauvaises, moyennes, bonnes ou excellentes ?**

Mauvaise      Moyenne      Bonne      Excellente

5. **Et votre mémoire ? Diriez-vous qu'elle est mauvaise, moyenne, bonne ou excellente ?**

Mauvaise      Moyenne      Bonne      Excellente

6. **Qu'en est-il de votre famille et de vos relations avec les membres de votre famille ? Diriez-vous qu'elles sont mauvaises, moyennes, bonnes ou excellente ?** Si le/la participant(e) déclare qu'il n'a pas de famille, posez-lui des questions sur ses frères, sœurs, enfants, nièces, neveux.

Mauvaise      Moyenne      Bonne      Excellente

7. **Que pensez-vous de votre vie de couple ? Comment est votre relation avec (nom du conjoint) ? Pensez-vous qu'elle est mauvaise, moyenne, bonne ou excellente ?** Certain(e)s participant(e)s seront célibataires, veuf(ve)s ou divorcé(e)s. Dans ce cas, demandez-leur ce qu'ils pensent de la personne qui leur est la plus proche, qu'il s'agisse d'un membre de la famille ou d'un(e) ami(e). S'il existe un soignant au sein de la famille, demandez au/à la participant(e) ce qu'il/elle pense de sa relation avec cette personne.

**Mauvaise                      Moyenne                      Bonne                      Excellente**

8. **Comment décririez-vous vos relations actuelles avec vos amis ? Diriez-vous qu'elles sont mauvaises, moyenne, bonnes ou excellente ?** Si le/la participant(e) déclare qu'il/elle n'a pas d'amis ou que tous sont décédés, approfondissez la question. Y a-t-il une personne avec qui vous aimiez être, en dehors de votre famille ? Diriez-vous que cette personne est un(e) ami(e) ? Si le/la participant(e) persiste à dire qu'il/elle n'a pas d'amis, demandez-lui ce qu'il/elle pense du fait de ne pas avoir d'amis : est-ce mauvais, moyen, bon ou excellent ?

**Mauvaise                      Moyenne                      Bonne                      Excellente**

9. **Que pensez-vous de vous-même ? Lorsque vous pensez à votre personne en général et à tous ses aspects, diriez-vous que cela est mauvais, moyen, bon ou excellent ?**

**Mauvaise                      Moyenne                      Bonne                      Excellente**

10. **Que pensez-vous de votre capacité à accomplir des activités telles que vos tâches domestiques ou autres activités que vous devez réaliser ? Diriez-vous qu'elle est mauvaise, moyenne, bonne ou excellente ?**

**Mauvaise                      Moyenne                      Bonne                      Excellente**

11. **Qu'en est-il de votre capacité à faire des choses pour le plaisir, à faire ce que vous aimez ? Diriez-vous qu'elle est mauvaise, moyenne, bonne ou excellente ?**

**Mauvaise                      Moyenne                      Bonne                      Excellente**

12. **Que pensez-vous de votre situation économique actuelle, de votre situation financière ? Diriez-vous qu'elle est mauvaise, moyenne, bonne ou excellente ?** Si le/la participant(e) hésite, expliquez-lui que vous ne cherchez pas à connaître sa situation (son capital), mais seulement à savoir ce qu'il/elle en pense.

**Mauvaise                      Moyenne                      Bonne                      Excellente**

13. **Comment décririez-vous votre vie en général ? Lorsque vous pensez à votre vie dans son ensemble, avec tous ses aspects, qu'en pensez-vous ? Diriez-vous qu'elle est mauvaise, moyenne, bonne ou excellente ?**

**Mauvaise                      Moyenne                      Bonne                      Excellente**

## ANNEXE 7

## MINI-ZARIT

	Jamais=0	Parfois=0.5	Souvent=2
1 - Le fait de vous occuper de votre parent entraîne-t-il : • des difficultés dans votre vie familiale ? • des difficultés dans vos relations avec vos amis, vos loisirs, ou dans votre travail ? • un retentissement sur votre santé (physique et/ou psychique) ?			
2 - Avez-vous le sentiment de ne plus reconnaître votre parent ?			
3 - Avez-vous peur pour l'avenir de votre parent ?			
4 - Souhaitez-vous être (davantage) aidé(e) pour vous occuper de votre parent ?			
5 - Ressentez-vous une charge en vous occupant de votre parent ?			

SCORE TOTAL : \_\_\_\_/7

Interprétation :

- 0 à 1,5 : fardeau absent ou léger
- 1,5 à 3 : fardeau léger à modéré
- 3,5 à 5 : fardeau modéré à sévère
- 5,5 à 7 : fardeau sévère

## ANNEXE 8

## INVENTAIRE NEUROPSYCHIATRIQUE forme Réduite (NPI-R)

ITEMS	ABSENT	GRAVITE	RETENTISSEMENT
Idées délirantes	0	1 2 3	1 2 3 4 5
Hallucinations	0	1 2 3	1 2 3 4 5
Agitation/Agressivité	0	1 2 3	1 2 3 4 5
Dépression/Dysphorie	0	1 2 3	1 2 3 4 5
Anxiété	0	1 2 3	1 2 3 4 5
Exaltation de l'humeur/ Euphorie	0	1 2 3	1 2 3 4 5
Apathie/Indifférence	0	1 2 3	1 2 3 4 5
Désinhibition	0	1 2 3	1 2 3 4 5
Irritabilité/Instabilité de l'humeur	0	1 2 3	1 2 3 4 5
Comportement moteur aberrant	0	1 2 3	1 2 3 4 5
Sommeil	0	1 2 3	1 2 3 4 5
Appétit/ Troubles de l'appétit	0	1 2 3	1 2 3 4 5
SCORES		/36	/60

## ANNEXE 9

## QUESTIONNAIRES DE DETECTION DES SYMPTOMES ANXIEUX ET DEPRESSIFS

**Questionnaire Mini-GDS**

1. Vous sentez- vous découragé(e) et triste ? Oui Non
2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ? Oui Non
3. Etes-vous heureux (se) la plupart du temps ? Oui Non
4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée ? Oui Non

Si réponse soulignée est cochée = 1 point

SCORE TOTAL : \_\_\_\_ / 4

Interprétation :

Si score total supérieur ou égal à 1 : forte probabilité de dépression

**Questionnaire GAD-2**

	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Un sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension				
2. Une incapacité à arrêter de s'inquiéter ou à contrôler ses inquiétudes				

Cotation : jamais=0 plusieurs jours=1 plus de la moitié du temps=2  
presque tous les jours=3

SCORE TOTAL : \_\_\_\_ / 4

Interprétation :

Si score total supérieur ou égal à 4 : suspicion de syndromes anxieux

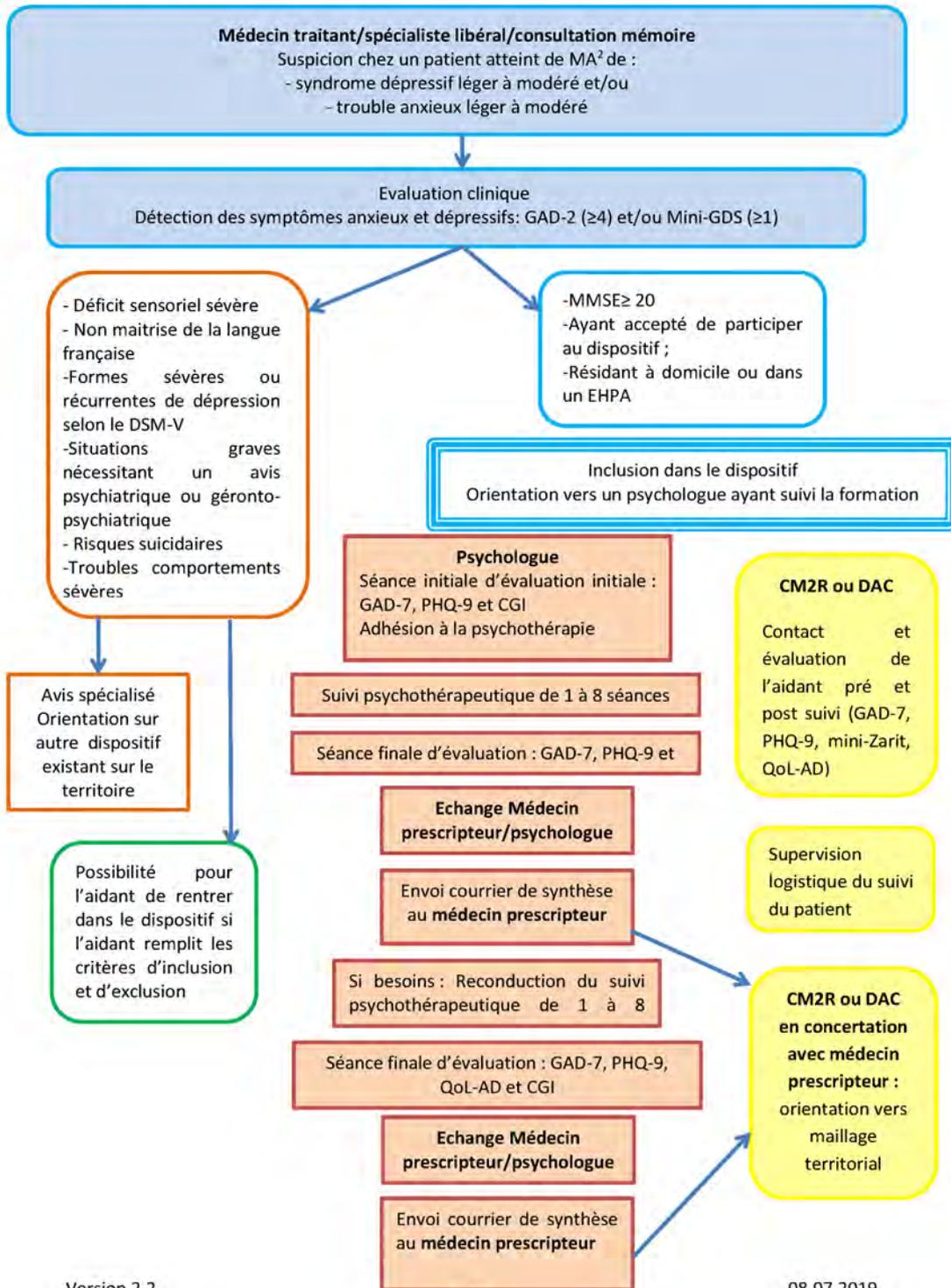
**ANNEXE 10**

**COURRIER D'ACCOMPAGNEMENT DE LA PRESCRIPTION MEDICALE**

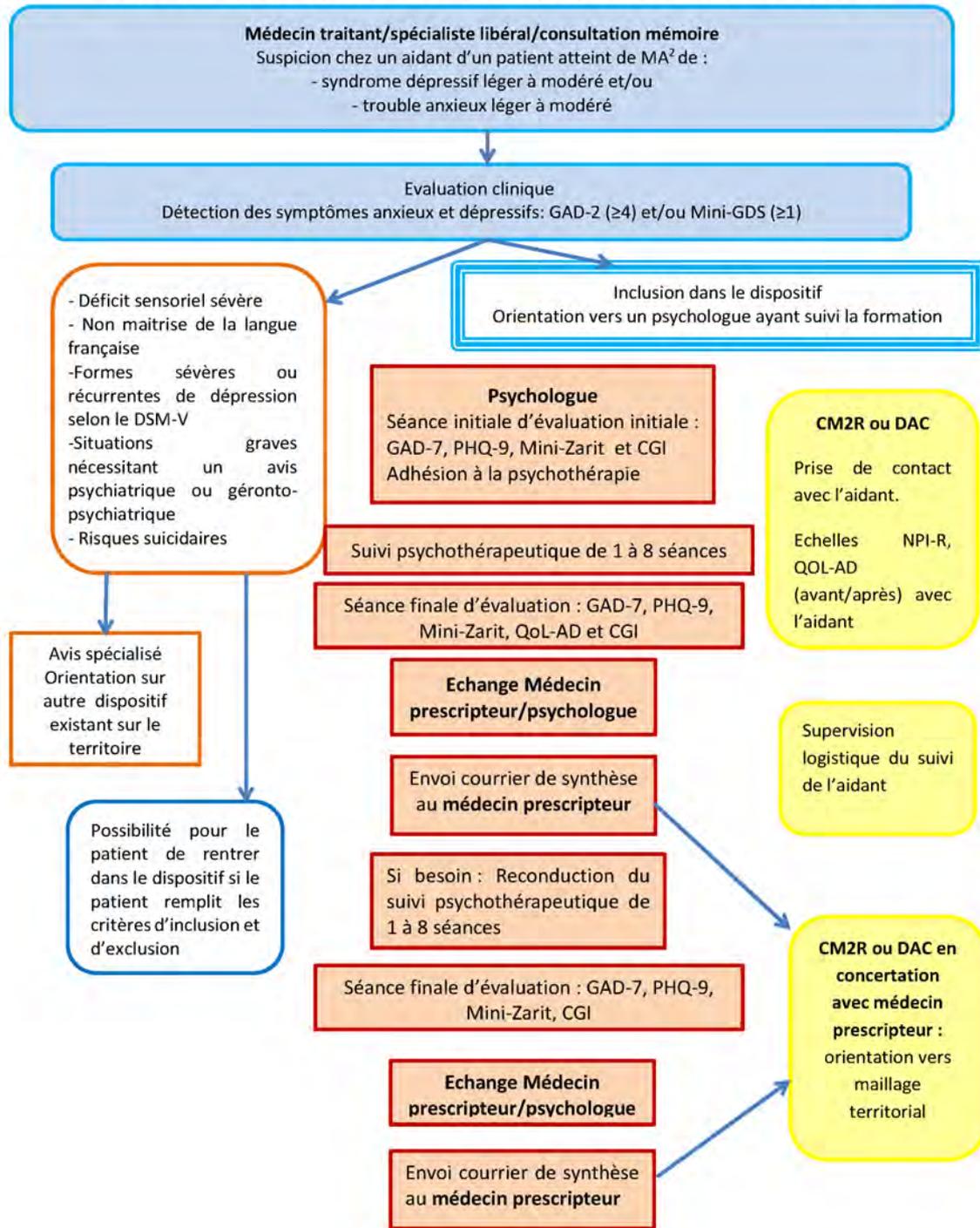
Dr (nom du prescripteur)	Dr (nom du médecin référent)
<u>Nom du bénéficiaire</u>	
<u>Date</u>	
<u>Symptomatologie présentée :</u>	

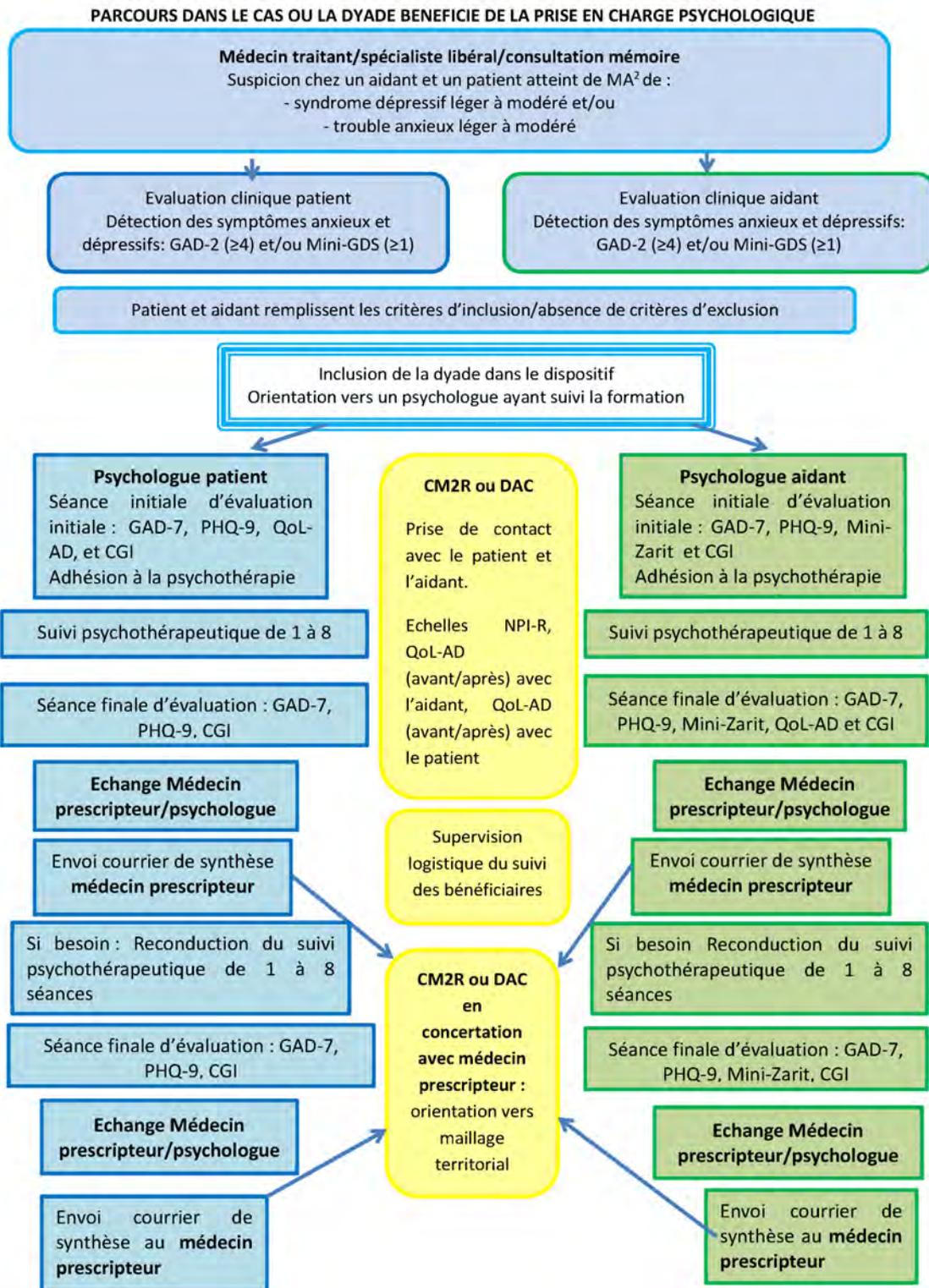
ANNEXE 11

PARCOURS DANS LE CAS OU SEUL LE PATIENT BENEFICIE DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE



**PARCOURS DANS LE CAS OU SEUL L'AIDANT BENEFICIE DE LA PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE**







## ANNEXE 12

**MODELE DE DOCUMENT DE SYNTHESE  
APRES L'ENTRETIEN D'EVALUATION  
A DESTINATION DU MEDECIN PRESCRIPTEUR ET GENERALISTE**

Nom du psychologue :
Nom du bénéficiaire :
Date :
Symptomatologie présentée :
Scores:
-GAD 7 :
-PHQ-9 :
-QoL-AD
-CGI-I :
-Mini-Zarit (uniquement si le bénéficiaire est un aidant)
Prise en charge psychothérapeutique adaptée: <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Proposition de prise en charge sur une durée de X séances à raison de X séances par semaine/quinzaine

## ANNEXE 13

MODELE DE DOCUMENT DE SYNTHESE  
REALISE PAR LE PSYCHOLOGUE POUR L'EXPERIMENTATION

<u>Nom du psychologue :</u>	
<u>Nom du bénéficiaire :</u>	Du / / au / /
<u>Nombre de séances réalisées :</u>	
<u>Psychothérapie utilisée :</u>	
<u>Scores aux échelles :</u>	
-PHQ-9	
-GAD-7	
-Mini-Zarit	
-QoI-AD	
-CGI	

---