

Avis du Comité technique de l'innovation en santé sur le projet d'expérimentation Programme de prévention des rechutes dépressives en ville intégrant les thérapies cognitives basées sur la pleine conscience (MBCT), à destination des patients ayant connu au moins 3 épisodes dépressifs.

Octobre 2022

Le comité technique de l'innovation a été saisi pour avis le 13 juillet 2022 sur le projet de cahier des charges relatif à l'expérimentation proposé par l'Association Forcome. Le projet a bénéficié d'une séance d'accélérateur en mars 2020. Le comité technique a examiné le projet lors de ses séances du 14 décembre 2021 et 14 juin 2022 et a rendu son avis le 10 octobre 2022.

La dépression est un trouble psychique fréquent et atteint environ 15 à 20 % de la population générale. Le risque de rechute est très élevé avec 80% des patients qui récidivent au moins une fois¹ et 40% au moins 3 fois (NICE, 2003). En plus du retentissement sur la vie personnelle et professionnelle des personnes, la dépression est associée à d'importantes dépenses pour le système de soins.

Depuis les années 2000, parmi les nouvelles formes de psychothérapies cognitives basées sur la pleine conscience² qui ont émergé au sein des thérapies cognitivo-comportementales, le programme MBCT (*Mindfulness-based cognitive therapy*, thérapie cognitive basée sur la pleine conscience) a démontré son efficacité pour diminuer les symptômes dépressifs et la réactivité cognitive, pour augmenter des capacités de régulation émotionnelle et pour améliorer la mémoire autobiographique ainsi que de la régulation attentionnelle (Mirabel-Sarron, 2018)³. Des études et méta-analyses récentes ont montré que ce programme, en complément ou non d'un traitement de maintien, permettait de réduire significativement le risque de rechutes pour les patients souffrant de dépression sévère. La diminution de ce risque est estimée entre 21% (Kuyken W et al, 2016)⁴ et 34% (Piet J, Hougaard E., 2011)⁵ en comparaison à un traitement de maintien par antidépresseurs sur 60 semaines.

À l'étranger, plusieurs pays ont déjà inscrit ce programme dans leurs recommandations de prise en charge de la dépression ou prévention des récurrences d'épisodes dépressifs (Canada, Royaume-Uni, Suisse, Belgique). En France, plusieurs centres hospitalo-universitaires proposent le programme MBCT et bien que non remboursé, la Haute autorité de santé (HAS) l'a intégré dans ses recommandations pour prévenir et réduire le stress, l'anxiété et l'épuisement professionnel⁶.

Objet de l'expérimentation

L'expérimentation a pour objet de mettre en place un programme de prévention des rechutes dépressives intégrant les thérapies cognitives basées sur la pleine conscience (*Mindfulness-based cognitive therapy*, MBCT) à destination des patients ayant connu au moins 3 épisodes dépressifs. L'objectif est de réduire le taux de rechutes de ces patients, voire alléger leur traitement antidépresseur de maintien, d'améliorer leur qualité de vie et leur réinsertion dans

¹ <https://www.inserm.fr/dossier/depression/>

² L'entraînement à la Pleine Conscience comporte des pratiques formelles et informelles qui visent à renforcer l'attention portée à l'expérience personnelle du moment présent, somatique, émotionnelle et cognitive. Cette dernière se réalise sans jugement, dans une attitude d'ouverture et de curiosité, et s'y ajoutent des éléments de thérapie cognitive qui mènent à se décentrer de ses émotions et de ses pensées ruminatives. Il en résulte une régulation émotionnelle, une distanciation des pensées dépressogènes qui permettent de diminuer les ruminations dépressives et une baisse de l'activation des schémas cognitifs dépréciatifs.

³ Mirabel-Sarron C., Provencher M. (2018). Psychothérapies cognitives des états dépressifs. Bellivier JKP P07 Chapitre 47 page 488-495 Ed. Lavoisier.

⁴ Kuyken, W., Warren, F. C., Taylor, R. S., Whalley, B., Crane, C., Bondolfi, G., Hayes, R., Huijbers, M., Ma, H., Schweizer, S., Segal, Z., Speckens, A., Teasdale, J. D., Van Heeringen, K., Williams, M., Byford, S., Byng, R., & Dalglish, T. (2016). Efficacy of Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Prevention of Depressive Relapse: An Individual Patient Data Meta-analysis From Randomized Trials. *JAMA psychiatry*, 73(6), 565–574. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.0076>

⁵ Piet, J., & Hougaard, E. (2011). The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 31(6), 1032–1040. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.05.002>

⁶ HAS (2017). Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout

le quotidien, ainsi que « l'empowerment » et l'accès aux soins de santé mentale. Il est inspiré du programme original protocolisé par Segal Z.V., Williams J.M.G, et Teasdale J.D en 2002.

Recevabilité du projet au titre de l'article 51

Finalité organisationnelle

Le projet soumis est recevable en ce qu'il propose d'organiser et de rendre accessible l'offre MBCT en ville en l'intégrant dans un parcours à destination des patients dépressifs suivis en ville ou à l'hôpital.

Dérogation

Le projet soumis est recevable en ce qu'il modifie les règles de paiement à l'acte par l'instauration d'un forfait global pour la rémunération des professionnels médicaux et non médicaux (médecins et neuropsychologues). Le forfait inclut également des prestations non remboursées actuellement (séances du programme MBCT délivrés soit par des médecins, soit par des neuropsychologues). Il déroge en conséquence à l'article L.162-1-7 et au 1°, 2° et 6° de l'article L.160-8 du CSS.

Détermination de la portée de l'expérimentation proposée

Le champ d'application de l'expérimentation proposée est de portée locale et concerne la région Nouvelle Aquitaine.

Modalités de financement du projet

Le modèle de financement est substitutif et complémentaire, à la séquence de soins, comprenant le repérage et l'évaluation de l'indication au programme (forfait 1 : 95 €) et le programme à proprement parler, constitué de 10 séances collectives (forfait 2 : 270 €).

Le besoin de financement au titre de la prise en charge par le Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) s'élève à 159 435 € maximum pour la durée de l'expérimentation. Des coûts d'amorçage et d'ingénierie de projet sont évalués à 96 569 € maximum, à financer par le Fonds d'intervention régional (FIR). La répartition annuelle prévisionnelle est prévue comme suit :

	Année 1	Année 2	Année 3	TOTAL
Nb de patients en repérage	100	188	225	513
Nb de patients inclus	80	150	180	410
Prestations dérogatoires (FISS)	31 100 €	58 360 €	69 975 €	159 435 €
(CAI) FIR	49 424 €	27 165 €	19 980 €	96 569 €
TOTAL	80 524 €	85 525 €	89 955 €	256 004 €

Durée de l'expérimentation

L'expérimentation est prévue pour une durée de 3 ans, à compter de l'inclusion du premier patient prévue 3 mois après la publication de l'arrêté. La durée de suivi moyen étant de 6 mois, les dernières inclusions auront lieu 2,5 ans après la première inclusion.

Modalités d'évaluation

L'évaluation est réalisée sous la responsabilité de la DREES et de la CNAM.

L'objectif de l'expérimentation est défini explicitement comme la mise en place d'un programme de prévention des rechutes dépressives en ville intégrant les thérapies cognitives basées sur la pleine conscience (MBCT), à destination des patients ayant connu au moins 3 épisodes dépressifs.

La durée de l'expérimentation, prévue sur 3 ans, ainsi que le nombre prévu de patients (410 patients) apparaissent suffisants pour observer les éventuels impacts du dispositif.

L'évaluation cherchera à observer comment le dispositif se met en place en Nouvelle-Aquitaine, sa capacité à atteindre les objectifs définis dans le cahier des charges et les possibilités de son déploiement à une plus grande échelle.

L'évaluation permettra notamment d'éclairer les éléments suivants :

- Concernant la faisabilité et l'opérationnalité du dispositif

La montée en charge de l'expérimentation (nombre de patients inclus) ;

La capacité du dispositif à repérer et inclure les patients ciblés dans le dispositif (nombre de patients adressés avec une indication MBCT par leur professionnel adresseur, nombre de patients non-éligibles à la suite de la revue de dossiers et de l'entretien téléphonique, nombre de patients inscrits lors de la pré-session, nombre de patients ayant suivi l'ensemble des 10 séances, nombre de patients participant à la session de suivi à 3 mois, suivi des motifs de non-éligibilité, non-inscription, abandon en cours de programme, absences etc.) ;

La fluidité du parcours patient ;

La diversification de la palette de l'offre thérapeutique en santé mentale (nombre de patients adressés par les CMP versus en ville) ;

L'usage de l'innovation thérapeutique et préventive en santé mentale via l'intégration de nouvelles thérapies cognitives basées sur la pleine conscience ;

Le relais des professionnels auprès de leur patientèle.

- Concernant l'efficacité et l'efficience :

La réduction du taux de rechutes des patients ayant connu au moins 3 épisodes dépressifs caractérisés, voire l'allègement leur traitement antidépresseur de maintien (score PHQ9, évolution des prescriptions du traitement médicamenteux, absence d'hospitalisations en psychiatrie dans les 3 mois, 6 mois, 1 an suivant l'intégration du programme MBCT, antécédents médicaux et d'hospitalisation en psychiatrie) ;

L'amélioration de la qualité de vie du patient et l'empowerment i.e. amélioration de la littératie en santé, capacité de détection des signes d'alerte, accompagnement à l'autonomie en santé (questionnaire HAS sur l'expérience patient, qualité de vie du patient MOS SF 36) ;

Le retour à une vie normale et à une réinsertion dans le quotidien (questionnaire HAS sur l'expérience patient) ;

La réduction des inégalités en matière d'accès aux soins de santé mentale (âge, sexe, niveau d'études, adresse postale, situation professionnelle, familiale et scolaire du patient) ;

La diminution de la tension sur les consultations en psychiatrie ainsi que sur les services d'hospitalisation en psychiatrie ;

L'amélioration de la coordination ville-hôpital en matière de santé mentale (part des patients adressés par un psychiatre, médecin généraliste, psychologue, infirmier, autres) ;

La satisfaction des professionnels participant à l'expérimentation (modalités, outils, gouvernance, parcours proposé etc.).

- Concernant la reproductibilité du dispositif, l'évaluation permettra d'estimer la répliquabilité du dispositif dans d'autres territoires et porté par d'autres structures notamment en s'appuyant sur les freins et leviers identifiés à l'implantation du dispositif tels que :

Nombre de patients adressés avec une indication MBCT par leur professionnel adresseur ;

Le bon dimensionnement des prestations dérogatoires au regard des besoins et coûts réels de l'accompagnement des patients ;

Les spécificités du territoire expérimentateur ayant permis la mise en place du dispositif ;

Les freins et leviers spécifiques à l'implémentation du programme au sein de la structure porteuse et de ses partenaires ;

Les dispositifs préexistants qui ont facilité la mise en œuvre du dispositif ;

L'impact budgétaire d'une généralisation du dispositif ;

La diminution des dépenses de santé liées à la prise en charge de la dépression (baisse des consommations de médicaments, consultations et hospitalisations) ainsi qu'aux comorbidités ;

La diminution des coûts indirects de l'Assurance Maladie (indemnités journalières liées aux arrêts de travail).

Avis sur le projet d'expérimentation :

- *faisabilité opérationnelle* : étant donné le fort soutien de l'ARS et de la CPAM de Pau, le portage du projet par une association regroupant des professionnels de santé ayant des années d'expérience en psychothérapie et en MBCT, ainsi qu'en formation à cette technique, le partenariat solide avec le centre hospitalier (CH) des Pyrénées, établissement spécialisé qui pilote la santé mentale au sein du GHT Béarn-Soule. Ce dernier, qui a notamment contribué à la définition du parcours ville-hôpital, intégrera ce parcours dans son projet médical d'établissement, et déploiera des actions de promotion et diffusion de l'offre MBCT auprès des professionnels et hospitaliers du territoire. En conséquence, l'expérimentation proposée apparaît opérationnelle dans les délais proposés.
- *caractère efficient* : il est estimé que le programme MBCT, en association avec un traitement antidépresseur de maintien, pourrait réduire de 34% le risque de rechute. Un impact économique immédiat peut être estimé sur la comparaison avec les psychothérapies actuellement prises en charge et recommandées par la HAS : 12 à 20 séances par patient⁷ (45 € pour une séance individuelle d'une durée de 45 min), soit un coût allant de 540 € à 900 € par patient. Le programme MBCT, estimé à 365 €/patient serait donc moins coûteux que la prise en charge actuelle. Après la complétion du programme, à court et moyen terme, les résultats de la littérature permettent d'envisager des économies liées à la diminution potentielle du traitement antidépresseur de maintien, aux coûts des hospitalisations et consultations pour rechutes, aux coûts de la prise en charge des comorbidités liées à la dépression et aux coûts indirects tels que les arrêts de travail. L'expérimentation produirait donc un impact économique favorable.
- *caractère innovant* : l'expérimentation permet de tester un modèle de prise en charge en ville et en coordination avec l'hôpital, des patients ayant présenté au moins 3 épisodes dépressifs caractérisés. Ce modèle intègre une technique de thérapie cognitive et comportementale peu diffusée en France mais recommandée et pratiquée dans d'autres pays.
- *reproductibilité* : le parcours et l'organisation proposés sont bien définis et protocolisés avec une description claire des ressources nécessaires, du temps et du rôle des intervenants. La formation des professionnels et le modèle de coordination ville-hôpital devrait permettre d'identifier les clefs de succès de l'expérimentation et les prérequis pour la diffusion de la nouvelle technique de psychothérapie. L'organisation proposée par le projet peut être reproduite dans d'autres régions où il existe des besoins et qui réunissent les conditions nécessaires, notamment la formation des professionnels à cette technique et une coordination avec le suivi par les professionnels du second recours.

Compte tenu de ces différents éléments, le comité technique émet un avis favorable à l'autorisation, par le directeur général de l'ARS Nouvelle Aquitaine, de l'expérimentation dans les conditions précisées par le cahier des charges.

Pour le comité technique

Natacha Lemaire
Rapporteuse Générale

⁷ Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Méthode Recommandations pour la pratique clinique. HAS, octobre 2017