



Parcours de soins pour patients bipolaires : Passport BP

Rapport final d'évaluation

[10/03/2025]

Réalisé par ACE Santé et HEVA
Sous le pilotage de la cellule d'évaluation Article 51



Noms des auteurs

- **Frédéric Gjosteen**, Manager, ACE Santé
frederic.gjosteen@acesante.com
- **Mylène Coché**, Consultante, ACE Santé
mylene.coche@acesante.com
- **Aurélie Schmidt**, Directrice de projet RWE, HEVA
aschmidt@hevaweb.com
- **Arnaud Panes**, Pharmaco-épidémiologiste Senior, HEVA
apanes@hevaweb.com

Référents de l'expérimentation

- **Pr Marion Leboyer**, Directrice de FondaMental
Marion.Leboyer@fondation-fondamental.org
- **Pr Pierre Michel Llorca**, Directeur des Soins de FondaMental
pmllorca@chu-clermontferrand.fr
- **Florence Joseph**, Référente projet FondaMental
florence.joseph@fondation-fondamental.org

| | |
|---|------------|
| Synthèse | 9 |
| • Cadre général de l'évaluation | 13 |
| 0.1. Description de l'expérimentation | 13 |
| 0.2. Cahier des charges : évolution post-évaluation intermédiaire..... | 16 |
| 1. Axe 1 : Faisabilité..... | 27 |
| 1.1. Vue d'ensemble de l'évolution du projet | 28 |
| 1.2. Opérationnalité du télésuivi et du plan personnalisé de soins informatisé | 29 |
| 1.3. Inclusion de patients et réalisation des bilans initiaux..... | 33 |
| 1.4. Utilisation des outils connectés tout au long de l'expérimentation..... | 45 |
| 1.5. Fonctionnement du case management et suivi de plan personnalisé de soins | 52 |
| 1.6. Télémédecine et articulation avec les professionnels de ville..... | 68 |
| 1.7. Déroulement de la modélisation économique | 69 |
| 1.8. Organisation de projet | 71 |
| 2. Axe 2 : Efficacité et efficience | 74 |
| 2.1. Rappels méthodologiques sur les indicateurs de résultat de l'expérimentation | 76 |
| 2.2. Bénéfice du case management au regard des indicateurs cliniques recueillis..... | 77 |
| 2.3. Mesure de l'évolution de l'état de santé des patients à partir des données du SNDS | 84 |
| 2.4. Analyse économique au regard des consommations de soins..... | 87 |
| 2.5. Observance et utilisation du plan personnalisé de soins | 96 |
| 2.6. La place de l'aïdant | 101 |
| 2.7. Expérience patient | 102 |
| 2.8. Autres bénéfices ou limites identifiés par les parties prenantes..... | 103 |
| 3. Axe 3 : Reproductibilité | 105 |
| 3.1. Influence des contextes territoriaux..... | 106 |
| 3.2. Modélisation économique | 106 |
| 3.3. Perspectives de déploiement au-delà de l'expérimentation..... | 109 |
| 4. Annexes..... | 113 |
| 4.1. Annexe 1 : Flowchart de sélection de la population pour l'analyse SNDS | 113 |
| 4.2. Annexe 2 : Caractéristiques socio-démographiques à l'inclusion par établissement | 114 |
| 4.3. Annexe 3 : Taux de remplissage des questionnaires FAST, QIDS et YMRS par centre | 115 |

| | |
|---|-----|
| 4.4. Annexe 4 : Intersection plot de la survenue de recours aux soins d'intérêt au cours des 2 ^{ème} , 3 ^{ème} et 4 ^{ème} trimestres de suivi..... | 118 |
|---|-----|

Liste des abréviations

| | |
|---------------------|--|
| ACS | Aide à la Complémentaire Santé |
| ATIH | Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation |
| CépiDc | Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de Décès |
| CHU | Centre Hospitalier Universitaire |
| CIM-10 révision) | Classification internationale des maladies et problèmes de santé connexes (10ème révision) |
| CMUc | Couverture Médicale Universelle complémentaire |
| CMP | Centre médico-psychologique |
| CNAM | Caisse Nationale de l'Assurance Maladie |
| CPP | Comité de Protection des Personnes |
| CPS | Carte de Professionnels de Santé |
| DAS | Diagnostic Associé Significatif |
| DCI | Dénomination Commune Internationale |
| DCIR | Datamart de Consommation Inter-Régimes |
| DIU | Diplôme InterUniversitaire |
| DMP | Dossier Médical Partagé |
| DP | Diagnostic Principal |
| DR | Diagnostic Relié |
| ENS | Espace Numérique de Santé |
| ET | Ecart Type |
| FAST | Functioning Assessment Short Test |
| HC | Hospitalisation complète |
| HDJ | Hospitalisation de Jour |
| HP | Hospitalisation Partielle |
| IC | Intervalle de confiance |

| | |
|--------|--|
| IDE | Infirmier Diplômé d'Etat |
| IPA | Infirmier en Pratique Avancée |
| MCO | Médecine, Chirurgie, Obstétrique |
| MSA | Mutualité Sociale Agricole |
| NIR | Numéro d'Inscription au Répertoire |
| PMSI | Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information |
| PPS | Plan Personnalisé de Soins |
| PS | Professionnel de Santé |
| QIDS-C | Quick Inventory of Depressive Symptomatology |
| RIM-P | Recueil d'Informations Médicalisé en Psychiatrie |
| RSA | Résumé de Sortie Anonyme |
| RSI | Régime Social des Indépendants |
| SEA | Séances |
| SLM | Section Locale Mutualiste |
| SNDS | Système National Des Données de Santé |
| YMRS | Young Mania Rating Scale |

Liste des figures et tableaux

| | |
|---|----|
| Figure 1. Périodes d'étude | 2 |
| Figure 2. Inclusions dans l'expérimentation au cours du temps, par centre expérimentateur..... | 3 |
| Tableau 1. Caractéristiques d'inclusion des patients | 3 |
| Tableau 2. Caractéristiques socio-démographiques à l'inclusion..... | 3 |
| Figure 3. Comparaison de la présence de comorbidités entre les patients de l'expérimentation et la population générale (standardisée sur l'âge et le sexe) | 3 |
| Tableau 3. Antécédents médicaux à l'inclusion (données du porteur) | 3 |
| Figure 4. Source de l'orientation des patients vers le dispositif Passport BP | 4 |
| Figure 5. Utilité perçue des différentes fonctionnalités de MentalWise..... | 4 |
| Tableau 4. Caractéristiques d'utilisation de l'application MentalWise | 4 |
| Tableau 5. Caractéristiques d'utilisation du chat de MentalWise | 4 |
| Figure 6. Fréquence de remplissage des questionnaires EVA par trimestre en pourcentage de patients | 4 |
| Figure 7. Taux de remplissage des échelles EVA lors du suivi, par semaine..... | 4 |
| Figure 8. Taux de remplissage des échelles EVA lors du suivi, par mois..... | 4 |
| Figure 10. Taux de remplissage des scores par trimestre | 5 |
| Figure 11. Nombre de patients suivis par semestre, par centre et par type de case manager (nombre de case manager sur la courbe) | 6 |
| Figure 12. Evolution des échelles de score EVA au cours du suivi, par semaine de suivi | 7 |
| Figure 13. Evolution des scores FAST, QIDS et YMRS, par trimestre de suivi | 7 |
| Figure 14. Croisement entre les durées de suivi maximales des patients et les durées jusqu'au dernier score EVA (QIDS, FAST ou YMRS) | 7 |
| Figure 15. Croisement entre les durées jusqu'au dernier score EVA et les durées jusqu'au dernier score EVA (QIDS, FAST ou YMRS)..... | 8 |
| Tableau 6. Description des durées maximales de suivis entre scores QIDS/FAST/YMRS/EVA et durées de suivi | 8 |
| Figure 16 Evolution de la situation professionnelle des répondants | 8 |
| Tableau 7. Comparaison avant/après inclusion dans l'expérimentation des indicateurs d'évaluation et différences associées | 8 |
| Tableau 8. Comparaison avant/après inclusion dans l'expérimentation des coûts mensuels moyens remboursés par l'Assurance Maladie (€), par patient | 8 |
| Figure 17. Distribution du coût mensuel remboursé par l'Assurance Maladie, par patient | 9 |
| Tableau 9. Comparaison avant/après inclusion dans l'expérimentation des coûts annuels moyens remboursés par l'Assurance Maladie (€), par patient ayant eu au moins une année de suivi | 9 |
| Figure 18. Carte patient des événements liés à la télésurveillance, survenant à chaque trimestre de suivi, rapporté au nombre de patients encore présents sur le trimestre d'intérêt..... | 9 |
| Figure 19. Carte patient des événements de coordination renforcée, survenant à chaque trimestre de suivi, rapporté au nombre de patients encore présents sur le trimestre d'intérêt..... | 9 |
| Figure 20. Carte patient des événements liés à l'évolution de la maladie, survenant à chaque trimestre de suivi, rapporté au nombre de patients encore présents sur le trimestre d'intérêt..... | 9 |
| Figure 21. Intersection plot la survenue de recours aux soins d'intérêt au premier trimestre de suivi..... | 10 |
| Figure 22. Taux de remplissage du questionnaire FAST, par centre..... | 11 |

Figure 23. Taux de remplissage du questionnaire QIDS, par centre..... 11

Figure 24. Taux de remplissage du questionnaire YMRS, par centre 11

Synthèse

Le projet Passeport Bipolaire figure parmi les premières expérimentations inscrites à l'Article 51 portant spécifiquement sur la santé mentale. Coordonné par la fondation FondaMental et mis en œuvre par des infirmiers sur 4 sites hospitalo-universitaires, il met en place une télésurveillance pluriannuelle de patients atteints de troubles bipolaires, soutenue par des solutions numériques et assortie de bilans trimestriels. L'évaluation de ce dispositif aboutit à des résultats cliniques et médico-économiques positifs et à un bilan organisationnel plus contrasté.

La spécialisation d'infirmiers et leur formation au *case management* pour assurer le suivi de patients atteints de troubles bipolaires sont effectives. Le suivi des patients par télésurveillance a été également mis en œuvre avec succès dans le cadre de cette expérimentation. La montée en charge est toutefois étalée en termes de file active, n'atteignant que très partiellement l'objectif fixé de 2 000 patients inclus, alors même que les recrutements de personnel ont été effectués d'emblée. L'un des 5 sites expérimentateurs n'a finalement pas été associé et les critères d'inclusion ont été élargis en cours d'expérimentation, tout en révisant à la baisse la file active cible. La conciliation médicamenteuse initialement prévue n'a pas été mise en œuvre, ni les dispositifs de télé-expertise prévus auprès des professionnels de ville. L'effort d'articulation avec le psychiatre traitant ressort comme assez inégal en fonction des sites. À cet égard, il convient de souligner que l'expérimentation bénéficie d'une proximité avec les centres experts « bipolaires » présents dans les 4 sites, notamment en tant que source d'adressage, alors que la patientèle relève d'un suivi en CMP, auprès d'un psychiatre libéral ou dans le service hospitalier de psychiatrie auquel est rattaché le dispositif PassportBP.

Le soutien d'un outil numérique pour le recueil de l'humeur, le suivi du plan personnalisé de soins et l'interaction patient-soignant a également été mis en œuvre. La solution a bénéficié d'améliorations en continu, effectuées par l'éditeur partenaire au fil des besoins exprimés par les infirmiers. La suite logicielle incluse dans le projet comportait également des outils de psychoéducation et de remédiation cognitive appréciés tant par les patients que par les soignants. L'interface avec Mon Espace Santé a été compliquée par les différentes évolutions apportées à cette plateforme de manière concomitante au projet. En outre, alors qu'un modèle prédictif des rechutes était prévu dans le cahier des charges initial, il n'a été mis en œuvre qu'en fin d'expérimentation, trop tardivement pour fournir une prise en main par les soignants et donc un retour d'expérience. Pour autant, la déclaration hebdomadaire de l'humeur par les patients auprès des case managers via l'outil numérique semble déjà fournir un apport significatif aux infirmiers pour l'anticipation des rechutes.

L'expérimentation recueille une forte adhésion de la part des patients et démontre des résultats probants très significatifs sur le plan de l'amélioration de l'état de santé :

- Un recueil de l'expérience patient très favorable au « filet de sécurité » que constitue la disponibilité d'un infirmier dédié, qui surveille les échelles d'humeur et assure des échanges réguliers.
- En termes d'état cognitif et émotionnel du patient, des échelles cliniques hétéro-évaluées dénotent une amélioration, en particulier sur les premiers trimestres qui suivent l'inclusion ; l'effet se stabilise au-delà de la première année pour les patients observés.

- Il ressort de ces analyses « avant / après » portant sur la population en expérimentation, une diminution statistiquement significative du nombre de tentatives de suicide (7,6 % avant inclusion vs 3,9 % après inclusion, p=0,0002), avec une réduction du nombre moyen de tentatives par patient (0,14 vs 0,05, p=0,0002). On observe également une réduction importante du taux d'hospitalisations complètes en psychiatrie (42,5 % vs 24,8 %, p<0,0001) ainsi que du taux d'hospitalisations MCO avec une arrivée par les urgences MCO (21,5 % vs 12,9 %, p<0,0001), et enfin du nombre de jours d'arrêt de travail (73 vs 47 jours, p<0,0001). Concernant la prise en charge des maladies cardiovasculaires, il a été observé une légère augmentation dans l'administration de traitements cardiovasculaires (24,6 % vs 27,4 %, p=0,0344), avec également une augmentation significative du nombre moyen de traitements (2,2 vs 2,8 traitements par patient, p < 0,0001).
- Sur le plan médico-économique, une réduction globale des coûts a été observée, avec un coût mensuel de prise en charge diminuant de 1 243 € à 945 €, en majorité en lien avec la réduction des hospitalisations en psychiatrie (-248€/mois, p<0,0001), mais également avec une réduction des arrêts maladie (-110€/mois, p<0,0001). Pour les patients ayant une durée de suivi de plus d'une année, l'économie atteint environ 3500€ par an.

De manière plus qualitative, les professionnels de santé témoignent des bénéfices de ce dispositif pour les patients, tout en soulignant l'intérêt d'un exercice professionnel mixte ; en effet, par rapport à l'évaluation intermédiaire, les rencontres réalisées lors de l'évaluation finale mettent en évidence que les professionnels subissent une certaine routine : **certains infirmiers font part d'un intérêt à associer d'autres activités au-delà de deux ans, a fortiori dans une relation au patient qui devient plus distante.** En outre, au long cours **le recueil hebdomadaire et trimestriel des états cliniques et cognitifs des patients tend à s'espacer pour une partie des patients : le taux de remplissage des évaluations FAST, QIDS, YMRS passait de plus de 90% au premier trimestre, à moins de 50% et au cinquième trimestre pour QIDS et YMRS.** Cet espacement peut s'expliquer par l'état de santé du patient qui s'améliore et ne nécessite plus l'évaluation de ces échelles.

Les case managers ont personnalisé les fréquences de recueil des EVA prescrites pour chaque patient afin de limiter le fardeau au niveau de surveillance nécessaire. Cela a conduit à limiter l'intensité de suivi des patients considérés comme stables. En prenant en compte non plus la fréquence pure de remplissage des EVA mais la fréquence prescrite, les porteurs estiment des taux de maintien de l'activité de suivi des patients nettement plus élevés (74% à 3 ans). Faute de données objectivant ces cas de censure et permettant de les identifier d'un point de vue clinique au sein des données mises à disposition, les évaluateurs externes ont choisi de ne pas reprendre ces chiffres dans le présent rapport, mais ne contestent pas la pertinence clinique de ce choix de suivi. Les statistiques de suivi élaborées par les porteurs à partir de leur système d'information sont présentées dans un document distinct de ce rapport, mais fourni conjointement au CTIS et CSIS.

Le modèle économique qui avait justifié l'éligibilité au FISS comportait une ambition significative mais n'a été que très partiellement concrétisé. Un modèle d'intérressement à la réduction de la consommation de soins était prévu mais n'a pas été mis en œuvre ; l'évaluation conclut d'ailleurs à la difficulté d'établir un groupe témoin qui aurait servi pour un tel calcul. La bascule sur les forfaits par patient a été réalisée dès la seconde année pour les exploitants de solutions numériques et à partir de 2023 pour les établissements. Cette facturation au forfait par patient et par an constitue une innovation dans le financement de la psychiatrie. Même avec le nouveau mode de financement par enveloppe de la psychiatrie, ce financement à l'activité déroge fortement au droit commun actuel. Pour autant et de facto, la part substantielle du projet aura été financée par dotation fixe, sans effet sur les pratiques des soignants.

Les observations supra conduisent à établir un double constat :

- Sur le plan clinique, PassportBP a réussi à mettre en place une forme de prise en charge réellement innovante des personnes atteintes de troubles bipolaires, pilotée par des structures installées au sein d'hôpitaux et organisant leur suivi dans le cadre d'un parcours effectué quasi-exclusivement à distance grâce à des outils numériques. Les travaux d'évaluation montrent à cet égard que dispositif expérimental a permis de faire évoluer la pratique clinique pour ce qui tient à l'utilisation du numérique dans les pratiques professionnelles. Cette mobilisation structurée des outils numériques pour le suivi de patients à risque de rechute a eu pour conséquence de promouvoir l'adhésion aux soins des patients inclus et, en moyenne, l'amélioration très nette de leur état de santé. Même en l'absence d'un groupe témoin, les analyses avant / après fournissent des indices patents de cette amélioration. Cependant, les retours d'expérience des patients et des professionnels suggèrent le besoin d'ajustement du protocole de suivi comprenant d'une part l'intérêt d'un dispositif plus resserré dans le temps et d'autre part, une meilleure adaptation de la fréquence de suivi aux besoins des patients. Il s'agit également de repenser les modalités d'implication des IDE, fonctionnant plutôt en temps partagé avec d'autres fonctions, quitte à proposer des renouvellements lorsque nécessaire. Le dispositif semble particulièrement indiqué aux patients présentant des comorbidités anxieuses, rassurés par la télésurveillance qu'il confère.
- Sur le plan économique, les analyses semblent montrer une économie importante, principalement liée à la forte baisse des hospitalisations en psychiatrie
- Sur le plan organisationnel, PassportBP a rencontré des difficultés de pilotage de l'expérimentation qui se sont traduites à la fois par un recrutement difficile des patients ainsi que des difficultés à maintenir un recrutement infirmier. Cette situation a conduit à alléger le suivi des patients jugés les moins à risques. Bien qu'in fine, cette évolution puisse apparaître pertinente sur le plan clinique, elle semble quand même, pour partie, avoir été guidée par la contrainte organisationnelle. Par ailleurs, la partie « paiement à la performance » du modèle économique attaché à la prise en charge des patients et tel que conçu dans le cadre du cahier des charges n'a pu être mise en œuvre en lien avec la difficulté à établir statistiquement, pendant la phase expérimentale, une population de référence sur laquelle fonder l'intéressement.

● Cadre général de l'évaluation

0.1. Description de l'expérimentation

Un premier chapitre est consacré à la façon dont se déroule l'expérimentation Article 51 dirigée par FondaMental, ainsi que la méthode d'évaluation mise en place.

0.1.1. Fiche signalétique

| | | | |
|--|--|--|--|
| Titre de l'expérimentation | Parcours de soins pour patients bipolaires - Passport BP | | |
| Porteur(s) | Fondation FondaMental | | |
| Partenaire(s) | Sêmeia CHU Clermont Ferrand, APHP Hôpital Albert Chenevier, CH Vinatier, CHU Besançon, CH Moulins Yzeure | | |
| Territoire(s) concerné(s) | Val de Marne, Rhône, Puy de Dôme, Doubs, Allier | | |
| Nature du projet | National | | |
| Public cible | Dans le cahier des charges joint à l'arrêté, l'expérimentation vise les patients atteints de troubles bipolaires, âgés de 16 à 60 ans, en excluant les patients atteints connu plus de 30 jours d'hospitalisation dans l'année précédent l'inclusion. | | |
| Professionnels de santé et structures impliqués | <ul style="list-style-type: none">Psychiatres de 4 centres experts FondaMental situés dans des CH universitaires ainsi qu'un CH sans centre expertIDE formées au case management en psychiatrieProfessionnels de ville (pharmacien d'officine, médecin traitant) | | |
| Objectifs principaux | Expérimentation d'un financement au parcours en psychiatrie, permettant d'améliorer la prise en charge extrahospitalière des patients atteints de troubles bipolaires et éviter les rechutes, sur la base d'une fonction de case management et d'une solution de télésuivi | | |
| Objectifs opérationnels | <ul style="list-style-type: none">Définir un parcours de soins personnalisé pour les personnes atteintes de troubles bipolaires s'appuyant sur des case managers et l'articulation avec les soins de villeSoutenir le case management par un recours intensif aux solutions numériques associant thérapies psycho-sociales et l'expérimentation d'un modèle prédictifDévelopper un modèle de financement au parcours, qui viendrait en substitution des modes de financement actuels de la psychiatrie | | |
| Coût prévu de l'expérimentation | FISS | 5 060 461 € réparti par phases (hors phase 3) | |
| | FIR | Sans objet | |
| Dates de début | Date de publication de l'arrêté : 26 août 2019 | L'arrêté prévoit que le décompte de la durée d'expérimentation se fonde sur la date de publication de l'arrêté, pas sur la 1 ^e inclusion. | |
| | Date prévue de première inclusion : prévu en février 2020, réalisé en décembre 2021 | | |
| Durée | 42 à 54 mois, en fonction de la décision du CTIS concernant l'activation de la « phase 3 » (financement prospectif au parcours) – soit initialement une fin | | |

en mars 2023, hors « phase 3 ».

0.1.2. Description synthétique du projet

L'expérimentation a pour objet l'amélioration de la prise en charge des patients atteints de troubles bipolaires, permettant de mieux anticiper puis prendre en charge les pics maniaques ou dépressifs. Il ne comporte pas de dérogations aux actes professionnels tels que définis par le Code de la Santé Publique.

Le caractère dérogatoire provient en partie des enjeux de coordination entre acteurs du soin, mais aussi et surtout des engagements pris par le porteur en termes de modèle économique : il s'agit d'expérimenter un régime de financement à l'activité dans le champ de la psychiatrie, qui est essentiellement financé en dotation globale à ce jour (du moins pour l'hospitalisation).

L'intervention auprès du patient est construite autour de deux volets :

1. Le case management en PSY, ciblant les patients atteints de troubles bipolaires

- Case management individualisé, avec le choix de faire reposer le suivi sur un profil infirmier
- Meilleure coordination avec le médecin traitant (ou psychiatre traitant)
- « Monitorage » permanent avec la possibilité d'améliorer l'observance

2. Le recours aux technologies connectées en appui à ce case management

- Reporting périodique du patient sur son état psychique auprès de l'équipe de soins
- « Empowerment » du patient grâce aux outils de monitorage et de psychoéducation, l'amenant à mieux prendre conscience de son état et de la manière avec laquelle il peut lui-même intervenir
- Croisement d'un ensemble de données visant à acquérir la capacité d'anticiper les phases de crise (maniaque ou dépressive) via des méthodes d'apprentissage automatique.

L'expérimentation couvre 5 sites géographiques : CHU Clermont Ferrand (63), site Chenevier de l'APHP à Créteil (94), CHU Besançon (25), CH Le Vinatier à Bron (69) et CH Moulins Yzeure (03).

Le projet comporte 3 étapes :

- Amorçage des outils et des organisations, inclusion des premiers patients
- Intérressement économique des établissements à l'évitement des hospitalisations, des thérapies médicamenteuses et des arrêts de travail, ce qui suppose de :
 1. caractériser une consommation « normale » sur le même périmètre d'inclusion de patients
 2. identifier un bénéficiaire de l'intérressement – comme évoqué, ce n'est pas le centre expert qui assure le suivi du patient mais le binôme « case-manager »/généraliste (ou psychiatre)
- A terme, et sous la forme d'une étape conditionnelle à valider par les instances nationales, substitution à la Dotation Annuelle de Fonctionnement (DAF) de psychiatrie dans une logique de financement au parcours

L'arrêté prévoyait une expérimentation pour 3,5 à 4,5 années, soit une finalisation entre février 2023 et février 2024, pour finalement opter d'un prolongement à septembre 2024.

| <i>Vue d'ensemble du parcours patient et des soins réalisés dans le cadre de Passport Bipolaire</i> |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Le patient est adressé par un psychiatre (libéral ou hospitalier, cf. infra) auprès des IDE case managers de Passport bipolaire• Il bénéficie d'un bilan à l'inclusion, en présentiel sur le site hospitalier, comportant un entretien médical et un entretien avec le case manager• Pendant l'entretien infirmier, le patient se voit proposer un suivi comportant :<ul style="list-style-type: none">○ L'élaboration du plan personnalisé de soins (PPS) du patient, conforme aux orientations de la HAS, tenant compte de l'anamnèse, des prescriptions médicales et de comorbidités du patient, ainsi que des mesures de prévention. Ce PPS est hébergé par la solution MentalWise® développé par la société SEMEIA, partenaire du projet. Il en va de même pour le recueil d'échelles évoqué ci-après. Cette solution comporte une application sur smartphone qui est installée sur l'appareil du patient et lui permet d'accéder à son dossier. Le case manager consigne ses appréciations dans l'outil MentalWise® également, et peut ainsi consulter tout l'historique de soins de ce patient. L'outil a vocation à s'interfacer avec Mon Espace Santé pour récupérer les données de consommations de soins et ainsi compléter le dossier du patient.○ Des bilans trimestriels sur site avec les case managers, comprenant l'administration d'échelles d'évaluation en matière de dépression, de manie et de capacités fonctionnelles. Ces bilans trimestriels sont annoncés sans limite de durée, dans le respect de la durée maximale de l'expérimentation. Le cahier des charges ne prévoit pas de durée maximale avant sortie du dispositif et prévoyait plutôt un suivi d'une cohorte sur plusieurs années.○ Une déclaration d'humeur à réaliser par le patient sur l'application selon la fréquence définie par le case manager d'hebdomadaire à mensuelle, selon une échelle préétablie. Ces déclarations, enrichies des données d'activité des smartphones (rythme de vie, activité sociale, activité physique) sont analysées par le case manager et lui permettent d'enclencher des mesures auprès du patient ou du psychiatre traitant en fonction des alertes qu'elles soulèvent. C'est au psychiatre traitant qu'il revient de prendre les décisions médicales (examens complémentaires, adaptation de traitement, changement de traitement, consultation, hospitalisation).○ La possibilité d'échanger avec le case manager désigné, en semaine et aux horaires ouverts, par téléphone ou par messagerie (via MentalWise®). Au même titre que les données précédentes.• L'offre de Passport bipolaire comprend également l'accès à une application de psychoéducation sous smartphone appelée SIMPLE et à une autre application, |

HappyNeuron, proposant des exercices de remédiation cognitive.

Tout au long de son inclusion à PassportBP, le patient a donc vocation à faire l'objet d'échanges réguliers avec son case manager désigné (hebdomadaires au démarrage), qui interviendra en cas de signaux défavorables, et d'un bilan plus approfondi chaque trimestre. Les outils numériques occupent une place importante en termes de constitution du plan de soins et d'interface patient – soignant. Les soins nécessaires en cas d'épisode dépressif ou maniaque (révision de traitement, consultation, hospitalisation, ... y compris l'éventuel avis du centre expert) sont financés hors PassportBP, selon les règles de droit commun.

0.2. Cahier des charges : évolution post-évaluation intermédiaire

L'arrêté du 20 mars 2023 modifiant l'arrêté du 26 août 2019 relatif à l'expérimentation « Parcours de soins pour patients bipolaires – Passport BP »¹ acte les évolutions entre le cahier des charges initial et l'actuel. Il résulte de concertations entre FondaMental, SEMEIA et l'équipe Nationale et tire le bilan des premières périodes d'expérimentation, ainsi que des conclusions de l'évaluation intermédiaire.

La première modification concerne l'allongement de l'expérimentation jusqu'au 20 septembre 2024, soit une durée totale de 5 ans. Initialement prévue pour durer entre 3,5 et 4,5 ans, cette évolution a principalement conduit à étendre la phase 1 sur les 18 premiers mois, en raison d'un retard de démarrage de 12 mois.

Le retard par rapport au planning initial s'explique en grande partie par la crise sanitaire qui a impacté l'organisation des Centres Hospitaliers et a eu des conséquences négatives sur l'inclusion des patients. Par conséquent, l'objectif d'inclusion a été revu à la baisse, désormais fixé à 1 100 patients contre les 2 000 annoncés dans le cahier des charges. Afin de favoriser les inclusions, le critère excluant les patients pour lesquels le recours à l'hospitalisation complète est inférieur à 20 jours dans l'année précédente, jugé trop restrictif, a été supprimé, de même que le plafond d'âge.

Au cours de la phase 2, l'intervention des Pharmaciens d'officine et hospitaliers dans le parcours des patients n'a pas pu être mis en place (ce point est développé aux chapitres 1.5.1.4 portant sur le plan personnalisé de soins et 1.6 relatif à la télémédecine). Cette disposition a donc été écartée dans le nouveau cahier des charges.

Au niveau budgétaire, le coût total de l'expérimentation a été révisé en prenant en considération la diminution de la file active et la revalorisation des coûts des interventions de l'équipe de soins, liée à la majoration du temps d'intervention par patient (avec une modification du raisonnement sous-jacent pour calibrer la file active prévisionnelle par l'Infirmier Diplômé d'Etat (IDE) case manager, qui au départ différenciait plusieurs niveaux d'implication de l'IDE en fonction du temps consacré, cf.

¹ Arrêté du 20 mars 2023 modifiant l'arrêté du 26 août 2019 relatif à l'expérimentation « Parcours de soins pour patients bipolaires - Passport BP » : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047377966>

chapitre 3.2). Des forfaits distincts ont été mis en place entre les équipes de soins (600 € annuels/patient) et les éditeurs de solutions (150 €/an pour MentalWise et 25 €/an pour HappyNeuron, par patient inclus).

Enfin, le CH de Moulins-Yzeure ne participe pas à l'expérimentation et ne fait donc plus partie des établissements partenaires. Il avait vocation à fournir un adressage de patients pour le site expérimentateur de Clermont-Ferrand, afin d'étayer la file active éligible, mais n'a finalement pas été sollicité par les équipes du CHU de Clermont Ferrand en lien avec des difficultés de turnover médical sur les 2 sites.

0.2.1. Axes d'évaluation – Vue générale et calendrier

Cette expérimentation comporte des innovations à plusieurs niveaux, que l'évaluation s'efforce de distinguer. En particulier, la mise en place d'un case management (dans le format prévu pour Passeport Bipolaire) et le recours aux outils connectés doivent être évalués chacun pour leurs prérequis et impacts respectifs sur la prise en charge.

| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D | A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D | A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D | A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D | A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D | A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D | A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D J F M A M J J A S O N D |
| Pour rappel, calendrier issu de l'arrêté PassportBP: 26/08/2019 | Etape 0 Construction | Etape 1 : démarrage Financement forfaitaire | Etape 2 : Poursuite, début modèle prédictif et intérressement rétrospectif | SI VALIDATION CITS Etape 3 : Fin expérimentation Financ. par substitution DAF | Fin expérimentation (calendrier initial) | Fin expérimentation (réel) | |
| Etapes initiales | Etape 0 Construction | Etape 1 : démarrage Financement forfaitaire | Etape 2 : Poursuite, début modèle prédictif. Intérressement rétrosp. | SI VALIDATION CITS Etape 3 : Financ. par substitution DAF | | | |
| Etapes réelles | Etape 0 Construction | Financement forfaitaire selon cahier des charges initial | Avenant 20 mars 2023 - poursuite expérimentation Mise en place des forfaits | CTIS 20/03/2023 | | | |
| Calendrier projet actualisé (au regard des échanges à la visite sur site) | Paramétrages SI Concertations RU | Forma* Case managers CPP Démarrage inclusions Démarrage recueil et imports | Bilan Case managers v1 modèle prédictif ? N+1 | v2 modèle prédictif ? N+2 | N+3 Intérressement 2021 ? Intérressement 2022 ? Modèle budget 2024 pour CTIS ? | N+4 Intérressement 2023 ? | N+5 |
| Recueil par FondaMental (Seméia ?) des données d'usage | | | | | | | |
| Livraison du modèle prédictif pour les case managers | | | | | | | |
| Rapports d'étape FondaMental intégrant - avancement projet, réalisations - statistiques d'inclusion / sortie / refus - statistiques d'usage des outils connectés | | | | | | | |
| Facturation intérressement | | | | | | | |
| Transmission modèle éco / étape 3 | | | | | | | |
| Calendrier évaluation | Visite de cadrage éval. | | Rapp.interm. qualif. | | | Rapport final | |
| Monographies sur site (5 sites) : - Etat des lieux fondé sur analyse des données patient N-1 (cf. lot 2) - rencontres parties prenantes (RU, Case Managers, Psy, ...) | | | | | | annulé | |
| Auditions membres projet/Consortium | | | | | | annulé | |
| Questionnaire Recueil satisfaction patient et médecins traitants / pharmaciens | | | | | | | |
| Lot 2 : constitution et analyse de groupe(s) témoin(s) | | | | | | | |
| Lot 1 : Analyse du modèle économique | | | | | | | |
| Lot 2 : Analyse d'impact budgétaire | | | | | | | |
| | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | 2024 | 2025 |

Le tableau ci-après décline les 3 axes d'évaluation prévus pour les projets art.51 et précise, pour chaque sous-question les principales sources d'information à mobiliser. Le calendrier d'évaluation peut être résumé de la façon suivante, suite aux arbitrages convenus avec la CELEVAL et le porteur en mai 2021 :

0.2.2. Principales sources d'information pour l'évaluation

Les principales sources d'information mobilisées dans le cadre du projet sont les suivants :

- Les nombreux outils numériques utilisés par le porteur (MentalWise, HappyNeuron, SIMPLE, décrits ultérieurement) constituent une première source d'information essentielle, à plusieurs titres :
 1. pour les données de santé qu'ils contiennent (Projet Personnalisé de soins – PPS - et Dossier Médical Partagé (DMP, devenu entretemps Mon Espace Santé – MES au niveau national)
 2. pour les échelles d'évaluation qui sont renseignées par les patients dans ces outils à un rythme hebdomadaire, et d'autres qui sont administrées par les IDE case managers à un rythme trimestriel
 3. pour l'information que les statistiques d'usage fournissent sur l'utilisation réelle des différents outils par les professionnels et les patients
- Le traitement des questions évaluatives quantitatives a mobilisé les données du porteur, ainsi que les données du Système National des Données de Santé (SNDS). Le SNDS rassemble et met à disposition des informations de santé pseudonymisées collectées par des organismes publics. Cette fusion de plusieurs bases de données, concerne à ce jour trois bases déjà existantes :
 1. DCIR (Datamart de Consommation InterRégimes) contient les données individuelles de remboursements de tous les soins effectués en ville et en établissements de santé privés à l'échelle nationale ;
 2. PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) centralise les données des hôpitaux et autres établissements de santé ;
 3. CépiDC (Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès) recensant les données statistiques relatives aux causes de décès ayant eu lieu en France entre 2006 et 2017. *Les données du CépiDC n'ont pas été mobilisées dans le cadre de cette étude.*
- D'autres statistiques nationales disponibles au grand public sont employées pour compléter ce portrait territorial, permettant de dresser des monographies de territoires pour les 5 sites expérimentateurs. Il s'agit plus particulièrement de statistiques démographiques tenues par l'INSEE ainsi que de données d'activité en psychiatrie, mises à disposition par la DREES et issues de la Statistique Annuelle des Etablissements de Santé (SAE), ou des données issues du Relevé d'Infirmation Médicale en Psychiatrie (RIM-P) proposées par l'ATIH.
- Les rapports d'activité du porteur de projet permettent de récupérer de nombreuses informations sur l'avancement du projet et ses résultats
- Des méthodes qualitatives sont mobilisées :
 1. Des entretiens d'une heure environ ont été planifiés avec l'équipe projet centrale et par site, en complément aux rapports d'activité. Il s'agit à titre principal de l'équipe de Fondamental : coordinatrice de projet, Directrice Générale et Directeur des Soins, ainsi que des Directeurs des sociétés de services numériques SEMEIA et

HappyNeuron. Les associations d'usagers UNAFAM et ARGOS2001 ont également été sollicités.

2. Des entretiens individuels et/ou collectifs ont été organisés sur les sites expérimentateurs auprès des professionnels et patients impliqués. Il s'agit en particulier de rencontrer l'ensemble des psychiatres et infirmiers en charge des patients, ainsi que les équipes projet (Directions administratives et techniques, ...). Le volume de rencontres a conduit à privilégier des visites sur site à chaque étape d'évaluation. Cela représente en moyenne 4 entretiens par site.
- Enfin, le recueil de l'expérience patient repose non seulement sur les entretiens susmentionnés, mais aussi sur une enquête par questionnaires auprès de l'ensemble des patients inclus, permettant de corroborer de manière plus exhaustive les points saillants identifiés lors des visites sur site. Cette enquête est intervenue de manière anonyme, recueillant 260 réponses entre février et mars 2024 sur 918 patients sollicités.

Les modalités de recueil / récupération des données sont précisées en fin de protocole, après avoir décrit de manière détaillée les questions évaluatives de chaque axe d'évaluation.

0.2.3. Méthodologie d'évaluation quantitative

0.2.3.1. Design de l'étude

A partir des patients de l'expérimentation PassportBP, un chaînage a été réalisé avec les données du SNDS afin d'obtenir les consommations de soins en ville et à l'hôpital de ces patients. Le chaînage, réalisé par la CNAM, a été effectué par une méthode directe grâce au recueil du NIR des patients dans la cohorte PassportBP. Ainsi, pour les patients de l'expérimentation ont été recueillies les données issues de l'expérimentation et les données du SNDS.

La date index était définie comme la date d'entrée dans l'expérimentation. Les patients ont été suivis depuis la date index jusqu'au premier des événements suivants : sortie du programme, décès ou fin de la période d'étude. La période de suivi dans le SNDS se terminait le 31 octobre 2023 permettant ainsi d'assurer un recul de 3 mois minimum pour les patients inclus. Une période rétrospective remontait de la date index jusqu'au 1^{er} décembre 2015. Chaque patient inclus avait donc une période rétrospective de 5 années avant l'inclusion (Figure 1).

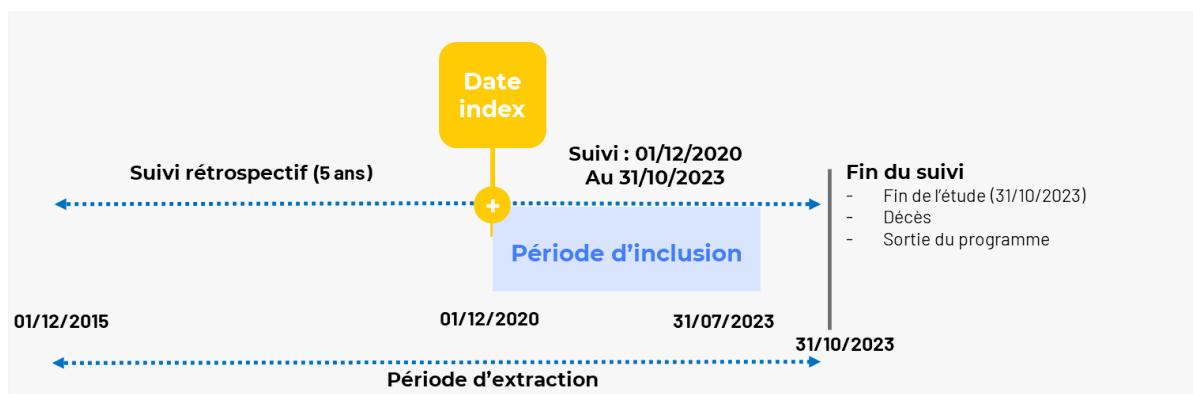


Figure 1. Périodes d'étude

0.2.3.2. Population de l'étude

La population étudiée était l'ensemble des patients de l'expérimentation ayant pu être chainés aux données du SNDS (chainage par le NIR). Ont été exclus les patients avec des jumeaux, et les patients dont la date d'inclusion dans l'expérimentation avait lieu après le 31/07/2023.

Compte tenu des difficultés suivantes, la production d'analyses comparatives avec un groupe témoin a été abandonnée :

- La structuration des données du RIM-P : il n'était pas possible, pour un établissement donné, d'identifier et de chaîner correctement des patients n'ayant eu que des consultations en ambulatoire ou en CMP, et n'ayant pas eu d'hospitalisation complète dans ce même établissement. L'un des critères d'inclusion dans l'expérimentation étant le suivi hospitalier de la pathologie, les parcours de soins des patients témoins potentiels n'auraient donc pas pu être reconstitués correctement et il n'aurait pas été possible de distinguer des patients suivis principalement en milieu hospitalier de patients suivis en médecine de ville. Les comparaisons cas / témoins seraient dès lors entachées d'un risque de biais important lié à la lourdeur de la pathologie en fonction du mode de suivi (hospitalier versus ambulatoire).
- Dans une moindre mesure, la comparabilité de l'offre de soins : il aurait été pertinent d'inclure des témoins issus d'autres centres dans des régions dont l'offre de soins était comparable à celle de l'expérimentation. Cependant il n'a pas été possible de déterminer ces centres comparables.

0.2.3.3. Ces difficultés ont conduit à un écart par rapport au protocole initial d'évaluation. Variables de l'étude

Les variables suivantes ont été recueillies dans l'étude :

- Variables liées à l'inclusion
 - **Année d'inclusion** : année calendaire de la date index (source : SNDS)
 - **Site d'expérimentation** : site d'inclusion dans l'expérimentation pour les patients inclus dans l'étude de Terrain (source : données du porteur)
- Caractéristiques socio-démographiques
 - **Âge (en années)** : année (Date index) – année de naissance (source : SNDS)
 - **Âge en classes (en années)** : catégories d'âge : 18-20, 21-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70, 70+
 - **Sexe** : sexe du patient (source : SNDS)
 - **Poids à l'inclusion** (source : données du porteur)
 - **Région de résidence** : région de résidence 12 mois avant la date index (source : SNDS)
- Caractéristiques cliniques (Période : 5 ans avant la date index, source : SNDS)
 - **Maladies cardiovaseculaires** (classification de la cartographie de la CNAM : sup_Cv_cat), dont les composantes suivantes :
 - Syndrome coronaire aigu (top_CvIDM_aig)
 - Maladie coronaire chronique (top_CvCoron_chr)
 - Accident vasculaire cérébral aigu (top_CvAVC_aig)
 - Séquelle d'accident vasculaire cérébral (top_CvAVC_seq)

- Insuffisance cardiaque aiguë (top_CvIC_aig)
- Insuffisance cardiaque chronique (top_CvIC_chr)
- Artériopathie oblitérante du membre inférieur (top_CvAOMI_ind)
- Troubles du rythme ou de la conduction cardiaque (top_CvTrRyC_ind)
- Maladie valvulaire (top_CvValve_ind)
- Embolie pulmonaire aiguë (top_CvEmbol_aig)
- Autres affections cardioneurovasculaires (top_CvAutre_ind)
- **Syndrome métabolique** : présence d'au moins un des éléments suivants (et les composantes détaillées) :
 - Hypertension artérielle
 - Traitements antihypertenseurs (top_FAntiHTA_med)
 - Traitements hypolipémiants (top_FHypoLi_med)
 - Obésité
 - Diabète (top_FDiabet_ind)
- **Tentatives de suicide probables avant la date index** : nombre d'hospitalisations pour tentatives de suicide et intoxications spécifiques (codes CIM-10 X60-X84, T36-T55, T60) (Période : 5 ans avant la date index, source : SNDS)
- Scores à l'inclusion
 - **Quick Inventory of Depressive Symptomatology (QIDS-C)** (source : données du porteur), ce score évalue la sévérité des symptômes dépressifs. Il se compose de 16 items couvrant divers aspects des troubles dépressifs, tels que l'humeur, le sommeil, l'appétit, et les pensées suicidaires. Les scores varient de 0 à 27, avec des seuils interprétatifs : 0-5 pour une dépression minimale, 6-10 pour une dépression légère, 11-15 pour une dépression modérée, et ≥16 pour une dépression sévère.
 - **Young Mania Rating Scale (YMRS)** (source : données du porteur), ce score mesure l'intensité des symptômes maniaques. Il comprend 11 items qui évaluent des dimensions telles que l'irritabilité, l'excitation, l'insomnie, et l'estime de soi. Les scores varient de 0 à 60, avec des valeurs élevées indiquant une manie sévère. Typiquement, un score ≥20 est utilisé pour diagnostiquer un épisode maniaque.
 - **Functioning Assessment Short Test (FAST)** (Source : données du porteur), ce score est utilisé pour évaluer les altérations du fonctionnement global du patient dans plusieurs domaines de la vie, tels que l'autonomie, le travail, les relations interpersonnelles, et la cognition. Les scores vont de 0 à 72, les scores plus élevés indiquant un plus grand niveau de dysfonctionnement. Un score supérieur à 20 est souvent considéré comme indiquant une déficience fonctionnelle significative.
 - **EVA** : score humeur, score anxiété, score énergie, score irritabilité, score sommeil
 - Utilisation des outils connectés
 - **Présence d'outils connectés** : Indication de la présence d'outils connectés à la date index (source : données du porteur)
- Données issues du suivi et outils connectés (source : données du porteur) :
 - Présence d'accompagnements
 - Présence d'alertes cliniques
 - Présence d'alertes biologique
 - Présence de consultations
 - Présence d'activations de compte
 - Présence de pas
 - Présence de visites
 - Présence d'événements médicaux

- Présence d'épisodes dépressifs
- Présence d'épisodes d'hypomanie
- Présence d'épisodes maniaques
- Présence d'hospitalisations
- Présence de tentative de suicide
- Présence de tentative de suicide avec épisode thymique
- Présence cycles rapides
- Présence de déclarations pour drogue
- Présence de déclarations alimentaires
- Présence de déclarations pour activité physique
- Présence de déclarations sur le sommeil
- Présence de déclarations pour stress
- Présence de messages du patient
- Présence de messages du médecin
- Présence de mesures du poids
- Présence d'objectifs de trois mois
- Présence d'épisodes dépressifs
- Présence d'épisodes d'hypomanie
- Présence d'épisodes maniaques
- Présence de déclarations de crises
- Présence de soins de consultations
- Présence de soins de données cliniques
- Présence de traitements psychotropes

0.2.3.4. Analyses statistiques

Les variables quantitatives ou continues ont été décrites avec les outils statistiques suivants : le nombre de patients (sans données manquantes), la moyenne l'écart-type (ET), la médiane, le minimum et le maximum, les 1^{er} et 3^{ème} quartiles. Le nombre de valeurs manquantes est décrit.

Les variables qualitatives ou catégorielles ont été décrites avec les outils statistiques suivants : le pourcentage de patients par catégorie. Le dénominateur pour les pourcentages est basé sur le nombre d'observations, sauf mention contraire. Le nombre de valeurs manquantes est fourni. Le cas échéant, les catégories sont ordonnées par ordre de fréquences descendantes pour en faciliter la lecture.

Pour les données issues du système d'information du porteur, les données manquantes ont été quantifiées, mais pas remplacées. Pour les données SNDS, étant donné que tous les soins sont enregistrés dans la base de données, aucune donnée manquante n'a été remplacée.

Tous les tests statistiques menées sont bilatéraux et déclarés significatifs en-dessous de la valeur du risque alpha de 5%. Tous les intervalles de confiance (IC) correspondants présentés sont bilatéraux.

Les analyses statistiques ont été conduites en utilisant le logiciel SAS® (version 9.4).

0.2.3.4.1. Description de la population

Les patients inclus ont été décrits sur leurs caractéristiques à l'inclusion, y compris les données sociodémographiques, cliniques, grâce à des statistiques descriptives.

0.2.3.4.2. Evaluation des indicateurs d'évaluation principaux

Les indicateurs principaux d'évaluation ont été décrits avant et après l'inclusion dans l'expérimentation, **en tenant compte de la durée maximale d'observation possible avant/après inclusion pour chaque patient (par exemple, un patient qui avait 3 mois de suivi observable après l'inclusion, a également été observé 3 mois avant l'inclusion pour l'évaluation de ces indicateurs).** Une différence intra-personnelle de ces indicateurs avant/après a été calculé, et la significativité de cette différence a également été calculée.

Les indicateurs d'évaluation étaient les suivants :

- Tentatives de suicide (présence et nombre),
- Hospitalisations en psychiatrie (présence et nombre), au total, partielles, complètes, sans consentement et nombre de jours sous isolement
- Hospitalisations en MCO (présence et nombre), au total, avec passage aux urgences, ou avec zéro nuitée
- Consommation de traitements cardiovasculaires (présence et nombre de délivrances),
- Examens cardio-vasculaires (présence et nombre),
- Hospitalisations pour motif cardio-vasculaire (présence et nombre),
- Hospitalisations pour motif métabolique (présence et nombre),
- Consultations de médecins généralistes en ville (présence),
- Consultations de médecins spécialistes en ville (présence),
- Consultations externes (présences)
- Indemnités journalières (nombre de jours d'arrêt),
- Transports sanitaires (présence)
- Délivrance de lithium (présence),
- Dépistage d'addictions (présence)

0.2.3.4.3. Evaluation des PROMs

Les échelles d'intérêt (QIDS-C, YMRS, FAST, EVA) ont été collectées lors de la visite initiale, puis trimestriellement. Les analyses ont porté sur la fréquence du renseignement des échelles par les patients, sur la distribution des scores et leur corrélation. Les évolutions des scores ont également été étudiées en lien avec l'utilisation d'outils connectés, la survenue d'une hospitalisation.

0.2.3.4.4. Evaluation des coûts de prise en charge

L'ensemble des nombres de coûts et les coûts de consommations de soins ont été dénombrés au total et par type de soin (hospitalisations MCO, consultations, traitements, actes biologiques, etc.), et stratifié sur l'attribution ou non de ces consommations de soins à la prise en charge du trouble bipolaire.

Les coûts généraux considérés sont :

- Soins de ville :
 - Consultations de médecin généraliste (i.e. consultations/visites/téléconsultations)
 - Consultations de médecins spécialistes
 - Consultations/actes de paramédicaux (i.e. kinésithérapeutes, infirmiers, etc.)
 - Pharmacie
 - Actes médicaux
 - Biologie
 - Dispositifs médicaux
 - Indemnités journalières d'un arrêt de travail et invalidité (hors congés maternité/paternité ou parental)
 - Transports sanitaires
- Soins hospitaliers en activité de MCO :
 - Séjours/séances (total = HC + HDJ + SEA)
 - Hospitalisations complètes (HC)
 - Hospitalisations de jour (HDJ)
 - Séances (SEA)
 - Rétrocession
 - Actes et consultations externes
- Soins hospitaliers en activité de PSY (d'après le référentiel de coût des unités d'œuvres de l'ATIH, à chaque journée d'hospitalisation en psychiatrie a été associé le coût médian d'une journée reportée par l'ATIH, soit 459€ pour les hospitalisations complètes et 331€ les hospitalisations à temps partiel) :
 - Séjours (total = HC + HP)
 - Hospitalisations complètes (HC)
 - Hospitalisations partielles (HP)
- Total (= soins de ville + soins hospitaliers MCO + soins hospitaliers PSY)

Seule une sélection jugée pertinente des recours aux soins et coûts associés ont été décrits dans ce rapport d'évaluation.

1. Axe 1 : Faisabilité

Comme évoqué précédemment, le porteur de projet a su décliner l'ambition importante du projet de manière opérationnelle, en assurant l'organisation concrète du case management sur les 4 sites. Toutefois, plusieurs modalités n'avaient pas pu être déployées au moment de l'évaluation intermédiaire : le recours à l'intelligence artificielle, l'accès au DMP, la téléexpertise, la conciliation médicamenteuse et la mise en œuvre du modèle économique. Ces modalités ont été écartées au travers d'une révision du cahier des charges, ou n'ont pas abouti au moment de l'évaluation finale.

Le premier axe aborde toutes les facettes portant sur la mise en œuvre effective des engagements pris dans le cahier des charges de l'expérimentation, qu'il s'agisse d'engager les inclusions, de réaliser les soins prévus ou de mettre en œuvre le modèle économique.

Pour la suite du propos, le rapport reprend pour l'essentiel les constats formulés dans le rapport intermédiaire, dans l'ordre des questions évaluatives initialement prévues, et en mettant en exergue les éventuelles inflexions par rapport à l'évaluation intermédiaire et au cahier des charges.

Les constats sur la faisabilité de l'expérimentation sont les suivants :

- **La spécialisation des infirmiers « case manager » a permis d'assurer le suivi de patients atteints de troubles bipolaires. L'adéquation entre les moyens humains mobilisés et la file active reste hétérogène.**
- **L'ensemble des sites font face à des difficultés pour conserver des ressources humaines stables au sein de l'équipe Passport BP.**
- **L'objectif d'inclusion n'a pas été atteint. Le nombre de patients s'élève à la moitié de ce qui avait été annoncé dans le cahier des charges initial, soit 1 000 patients, dont une proportion significative de personnes dont le suivi semble s'espacer au fil du temps.** Les critères d'inclusion ont été assouplis dès les premiers mois d'expérimentation, notamment en ce qui concerne la stabilité de la pathologie et le suivi par un psychiatre traitant.
- **Les inclusions sont issues de différents adressages** incluant l'offre de ville, les Centres Experts Fondamental, les unités d'hospitalisation, du CMP, des efforts de communication en ligne, du bouche à oreille.
- **Les différents outils numériques proposées sont opérationnels.** MentalWise et HappyNeuron sont appréciés des patients et des professionnels de santé. SIMPLE s'avère redondant par rapport aux fonctionnalités de MentalWise.
- La conciliation médicamenteuse à l'inclusion et la téléexpertise pour les praticiens de ville ont été abandonnées en cours de l'expérimentation.
- Le suivi du parcours de soins via MES et le modèle prédictif au service des soignants n'ont pas été introduits dans le dispositif. Il semble que le recueil d'échelles hebdomadaires constitue d'ores et déjà un changement significatif dans les pratiques cliniques, ce qui diminue considérablement le besoin d'intelligence artificielle.

1.1. Vue d'ensemble de l'évolution du projet

Avant d'apprécier précisément chaque facette du projet, il paraît important de fournir quelques éléments de contexte sur la mise en œuvre du projet depuis sa validation jusqu'à la phase finale de l'évaluation.

A la suite de la validation du projet par l'échelon national en 2019, **4 chantiers préalables aux inclusions** ont été engagés par FondaMental :

- L'installation d'une **coordination de projet et d'une gouvernance** adaptée, incluant le recrutement d'un chef de projet au niveau de FondaMental et la définition des relations entre partenaires ; ce point est décrit plus en détail dans le chapitre dédié.
- La **déclinaison plus opérationnelle du case management**, intégrant la définition des activités des case managers, ajustant les outils d'évaluation périodique de la situation des patients (auto- et hétéro-évaluation) et définissant des périodicités associées. Cette déclinaison se trouve principalement documentée dans le protocole que FondaMental a soumis à un comité de protection des personnes (CPP), précaution nécessaire pour pouvoir ensuite engager des publications scientifiques associées à l'expérimentation. Elle **a conduit à adopter une approche évaluative sensiblement différente** que les orientations initialement exprimées dans le cahier des charges ; l'évaluation en devient également plus précise, dans la mesure où les compléments méthodologiques sur les entretiens trimestriels permettent de structurer également des contenus pour l'évaluation. C'est notamment dans ce cadre qu'il a été retenu de recueillir les échelles FAST, QIDS et YRMS (plus de précisions infra) pour évaluer l'état des patients ; le protocole soumis au CPP priviliege un recueil sur un rythme trimestriel.
- **Les développements logiciels nécessaires** pour l'expérimentation, conduisant notamment Sêmeia à personnaliser ses outils de case management afin de les rendre adaptés aux patients atteints de troubles bipolaires, en lien avec des référents « métier » au sein de FondaMental
- La formalisation des **compétences nécessaires aux case managers, le recrutement des IDE et la dispensation des formations** spécifiques nécessaires pour Passport BP. Cette activité a été coordonnée en lien avec l'Université de Clermont Ferrand.

Ces étapes ont nécessité plus de temps qu'initialement escompté dans le cahier des charges et ont par ailleurs subi l'impact des confinements COVID. Les **premières inclusions ont ainsi été organisées en décembre 2020 plutôt qu'en janvier**. Par ailleurs, la montée en charge des inclusions (cf. chapitre dédié) s'est avérée beaucoup plus progressive et faible que prévu. Le projet comptait environ 350 inclusions au moment de l'évaluation intermédiaire, et compte environ 1 000 inclusions à la fin de l'expérimentation, sur les 2000 prévues. D'après le porteur, l'intensité des inclusions est cependant en ligne avec la dynamique de recrutement observable dans le champ de la télésurveillance ainsi que dans d'autres article 51 comparables.

L'expérimentation est entrée en phase opérationnelle avec plusieurs mois de retard et l'évaluation intermédiaire comportait ainsi 9 mois environ de recul sur les pratiques des professionnels et l'expérience des patients, mobilisant les outils prévus tant sur le plan numérique que méthodologique (échelles d'autoévaluation, bilan à l'inclusion, réévaluations trimestrielles).

S'agissant du modèle économique, la bascule sur les forfaits par patient a été réalisée à la seconde année pour les exploitants de solutions numériques et à partir de 2023 pour les établissements. Les

défauts d'organisation se sont traduits aussi par une forte mobilisation de l'éditeur SEMEIA pour le compte des établissements participants ; la difficulté rencontrée dans la facturation forfaitaire, limitée à une seule erreur, a néanmoins suscité des difficultés de récupération d'indus.

La partie « paiement à la performance » du modèle économique attaché à la prise en charge des patients et telle que conçue dans le cadre du cahier des charges n'a pu être mise en œuvre, faute d'une évaluation de la performance économique du programme par rapport à des patients contemporains.

Ces différents points sont abordés plus en détail ci-après.

1.2. Opérationnalité du télésuivi et du plan personnalisé de soins informatisé

L'évaluation finale reconduit pour l'essentiel les constats formulés lors de l'évaluation intermédiaire en matière numérique, tout en soulignant l'implication des éditeurs pour apporter en continu des améliorations aux solutions utilisées afin de la rendre plus concordante avec les prises en charge de psychiatrie.

Le système d'information permettant le télésuivi et la création du plan personnalisé de soins (PPS) informatisé repose principalement sur **le logiciel MentalWise**, produit par Sêmeia et adapté sur la base d'un progiciel de télésurveillance (Wise®, utilisé également en néphrologie et en oncologie). S'y ajoutent **les plateformes HappyNeuron**, solution de stimulation cognitive, et **SIMPLe**, application de psychoéducation et d'évaluation. Ces outils étaient prévus dans le cahier des charges.

MentalWise est un outil de télésurveillance qui offre plusieurs fonctionnalités :

- la création d'un Plan Personnalisé de Soins (PPS) et son actualisation régulière ;
- le Tchat sécurisé, qui permet d'échanger avec l'IDE, partager des ordonnances ou d'organiser des téléconsultations ;
- la collecte de données sur le ressenti du patient, les échelles de suivi clinique, l'historique des consultations et des examens, la délivrance des médicaments de ville ;
- les alertes au case manager en cas de signes de dégradation de l'état du patient ;
- A terme, la prédiction de survenue de phase maniaque ou dépressive, de risque d'arrêt de traitement ou de risque d'hospitalisation ; cette fonctionnalité reste à développer.

Au regard des visites effectuées sur site, on peut considérer que les différents outils numériques de télésuivi et d'accompagnement prévus pour l'expérimentation sont utilisés au sens où ils servent effectivement aux infirmiers dans la réalisation de leurs missions, même si l'ensemble des fonctionnalités ne sont pas mise en œuvre pour le logiciel MentalWise. Les différentes fonctionnalités prévues dans le cahier des charges et leur état d'avancement sont listés ci-dessous.

Fonctionnalités PPS

L'adaptation à la bipolarité des fonctionnalités du plan personnalisé de soins a fait l'objet d'un temps important au sein du projet ; il fait l'objet d'un développement ultérieur dans le présent rapport. **Le PPS est établi par les IDE pour chaque patient, et intégré dans le logiciel MentalWise.**

Messagerie patient-case manager

Les fonctionnalités de MentalWise relatives aux interactions patient-case manager sont également opérationnelles et renforcent les échanges entre les IDE et les patients, sous forme de Tchat.

Les visites sur site ont permis de constater les différences d'approche entre sites expérimentateurs (voire entre professionnels) sur la régulation de ces échanges : afin de faciliter les interactions avec les patients, les IDE d'un des sites disposent, en complément, de téléphones portables mis à disposition par leur établissement. Lors de l'inclusion, les patients ont alors la possibilité de déterminer un canal de communication privilégiée : le Tchat MentalWise ou les SMS (envoyés par portable professionnel, pour les IDE qui en sont équipés). Ce doublement des moyens de communication a l'avantage de s'adapter au mieux aux habitudes des patients et à leur aisance sur les outils numériques. Néanmoins, les messages des patients ne sont pas centralisés sur un même outil ce qui rend le travail des IDE chronophage avec la montée en charge du dispositif. Les autres sites emploient uniquement leurs lignes fixes et ne disposent pas de SMS.

Messagerie sécurisée et télé-expertise entre professionnels de santé

Les dispositifs de messagerie sécurisée auprès des autres professionnels de santé et téléexpertise à disposition des professionnels de ville n'ont pas été déployés. La télé-expertise évoquée dans le cahier des charges pour assurer l'information des médecins généralistes, des psychiatres libéraux et hospitaliers n'a été structurée sur aucun site expérimentateur. L'éditeur Séméia, comme les équipes des différents sites, ont priorisé d'autres facettes du projet. Par ailleurs, le déploiement de la messagerie sécurisée soulève des questions d'articulation avec le dossier patient hospitalier alors que celui-ci, de fait, a été peu alimenté par les équipes. Le porteur signale que la mise en place d'une interopérabilité entre la solution de télésurveillance et les DPI, techniquement mise en oeuvre dans d'autres aires thérapeutiques, pourrait constituer une amélioration pertinente dans le cadre de la généralisation.

Remontée d'échelles de valeur par les patients

MentalWise fournit une application de télésurveillance recueillant des échelles d'humeur pour les patients et des données d'activité physique et sociale à partir des smartphones. D'autres constantes peuvent être suivies (biologie, tension, poids, périmètre abdominal). Ces données sont restituées aux IDE ainsi que les alertes associées. Ces alertes sont paramétrées par les infirmières. Elles sont après filtrage et premier niveau d'intervention par les case managers restituées au psychiatre traitant qui prend les décisions médicales associées. L'outil prévoit également des alertes automatiques en cas de non-remplissage, tant auprès des patients que des IDE. Faisant suite à une sollicitation des IDE, Séméia a apporté des modifications pour permettre de mieux personnaliser ce type d'alerte en fonction des priorités individuelles. L'un des acquis, souligné par les case managers, découle de l'affichage d'une « ligne de vie », matérialisant sur un chronogramme les événements enregistrés pour un patient donné, et permettant ainsi de dialoguer avec le patient sur l'observance des soins, la planification et la prise de recul sur les échelles auto-évaluées, etc.

MentalWise est considéré comme **ergonomique et simple d'utilisation**. Les quelques imperfections constatées par les IDE lors de l'évaluation intermédiaire ont été corrigées par Sêmeia. Par exemple, l'interface du plan de crise, qui se composait uniquement de texte libre, est désormais structuré de façon à mettre en lumière les signaux prodromiques les plus fréquemment observés dans le trouble bipolaire. Un nouvel axe d'amélioration a été identifié en ce qui concerne l'interface patient : la visualisation de l'historique des échelles sous forme de courbe, afin de faciliter l'ajustement des valeurs lors du remplissage des échelles par les patients.

Sêmeia se montre réactif sur les demandes des équipes des sites expérimentateurs. Son organisation entraîne différents niveaux de contact entre ses salariés et les équipes expérimentatrices : l'éditeur a structuré ses équipes pour qu'un appui fonctionnel de premier niveau soit assuré avec un lien privilégié auprès des Case Managers, et assure ensuite le lien avec les équipes de développement en interne. Au-delà de la phase de conception de PassportBP, l'éditeur adopte ainsi **une posture plus commune en termes de relation client-SSII**, avec une gestion de tickets d'incidents, un « club utilisateurs », un accord sur un niveau de service, un plan de développement de son outil, une budgétisation des développements etc.

Les échanges avec l'éditeur ont d'ailleurs montré que l'outil assure une telle couverture des besoins numériques des professionnels de santé qu'il tend à se substituer au dossier patient hospitalier (DPI) ; ce point rejoint des considérations plus générales en matière de proximité et d'interface entre les fonctionnalités de dossier patient et celles de télésurveillance, non spécifiques à la psychiatrie.

Un impact sur la tenue exhaustive du dossier patient, comme pour d'autres projets « article 51 »

Enfin, il convient de relever que tout le dossier de chaque patient se trouve concentré dans **MentalWise et qu'il n'est pas reproduit dans le DPI des établissements expérimentateurs**. Cela nécessite une double saisie, qui n'a été constatée qu'au Centre Hospitalier Le Vinatier ; les autres équipes ayant préféré éviter cette redondance et ayant privilégié l'exhaustivité dans MentalWise. L'activité réalisée dans le cadre de Passport BP n'est donc pas retracée dans le Relevé d'informations médicales de Psychiatrie (RIM-P) et une partie des informations collectées sur les patients n'est retracée que dans l'outil dédié. Pour rappel, le RIM-P recense à la fois l'activité d'hospitalisation et l'activité externe réalisée par les établissements de psychiatrie, notamment celle relevant des CMP ; le RIM-P distingue ces activités en fonction du professionnel effecteur et du lieu de réalisation, permettant par exemple de retracer l'activité réalisée à distance. La déclaration des hospitalisations restera effective dans le RIM-P mais en revanche, l'activité ambulatoire réalisée par les IDE de Passport BP n'est pas déclarée.

Ce point n'est pas spécifique à Passport BP car d'autres projets Article 51, de même que des essais cliniques par exemple, partagent cette fragmentation du dossier patient. En revanche, du point de vue de l'évaluation il est important de noter que le RIM-P ne recensera pas l'activité ambulatoire réalisée dans le cadre de Passport BP.

Recueil de données passives

Le recueil et l'utilisation des données passives (**nombre de pas, fréquence des interactions téléphoniques et sms**) sont opérationnels.

L'expérience accumulée souligne que les données passives sont peu utilisées par les IDE Case Manager, du fait de leur moindre représentativité de l'activité réelle des patients. Par exemple, la

validité des résultats du compteur du nombre de pas implique que le patient ait pris son téléphone à chaque déplacement au cours de sa journée.

L'information sur ces données passives apparaît néanmoins utile pour les IDE en tant qu'indice corroborant une aggravation déjà perceptible au niveau des échelles de valeur. A titre d'exemple, l'équipe de Chenevier a été alertée lorsqu'une des patientes suivies ne présentait plus aucun niveau d'activité. Ils ont alors pris contact avec la personne concernée et il s'est avéré qu'elle présentait effectivement des signes d'un épisode dépressif. Les mesures adaptées ont pu être prises pour limiter les conséquences de la crise.

Les autres équipes expérimentatrices font un usage inégal de ces données passives et leur utilisation reste donc sans doute à affiner ; d'après le porteur, elle a en effet pu permettre plus d'une détection d'épisodes thymiques, notamment grâce à l'observation des activations sur le cycle jour/nuit.

Données médicales récupérées via le DMP et lien avec l'Espace Numérique de Santé

Le développement numérique présente des limites, notamment en ce qui concerne le suivi des parcours de soins, via le Dossier Médical Partagé (DMP) et l'Espace Numérique de Santé (ENS).

En premier lieu, il convient de noter que le programme a été conçu autour du DMP (accès direct sans nécessité d'activité préalable) alors même que l'échelon national a évolué sur la même période en faveur d'une transition vers Mon Espace Santé, qui exige notamment une autorisation explicite du patient pour le partage de données. Cette évolution a nécessité des ajustements d'organisation (comme l'ouverture des ENS).

Les interlocuteurs s'accordent sur la nécessité **d'avoir une réflexion pour que les solutions digitales de Passport BP puissent intégrer Mon Espace Santé**. Cette plateforme doit notamment permettre aux professionnels de santé d'avoir facilement connaissance des dispositifs numériques disponibles par type de pathologie. L'expérimentation a néanmoins subi les fortes évolutions nationales qui ont été concomitantes en termes d'accès aux données de soins par les assurés et leurs équipes de soins, à la fois en termes de plateforme (DMP/MES) et d'évolution du régime juridique d'accès aux données.

Les données du DMP sont peu ou pas exploitées par les sites expérimentateurs. Plusieurs des sites rencontrent des difficultés d'accès au DMP, parfois dues au dysfonctionnement de leur carte CPS. L'équipe du site de Clermont-Ferrand a, quant à elle, entrepris d'accompagner les patients dans l'ouverture de leur DMP à la majorité des patients inclus et a donc accès aux données du DMP. Néanmoins, elle ne s'appuie que rarement sur cet outil car il s'avère peu adapté à leurs besoins. A titre d'illustration, le **fonctionnement des extractions du DMP réalisé par MentalWise reste tributaire des possibilités offertes par la plateforme nationale**. Afin de récupérer les dispersions de médicaments, il est nécessaire de les saisir par leur dénomination commerciale et non par sa dénomination commune internationale (DCI) ; en cas d'erreur, aucune consommation n'est remontée. De plus, il n'y a pas de remontée de données pour l'activité hospitalière (RIM-P) dans le DMP. L'ensemble de ces éléments limitent l'utilisation effective du DMP et complique notamment l'obtention d'informations sur l'observance des soins. L'ensemble de ces difficultés n'est cependant pas le fait des expérimentateurs mais d'une évolution du DMP, passé d'un accès direct à la nécessité d'une activation préalable et complexe par le patient) ainsi que de la conception même de l'historique de remboursement, présent dans le DMP qui ne donne accès ni aux hospitalisations dans le secteur public, ni aux DCI des médicaments.

Modèle prédictif

Le projet initial prévoyait l'utilisation par les IDE d'un modèle prédictif du niveau de prise en charge et de sollicitation du patient selon leur niveau de risque et de besoin.

D'emblée, le cahier des charges prévoyait un délai supplémentaire avant que ce modèle ne fonctionne, d'autant que l'utilisation du *machine learning* nécessite de récupérer des données et de permettre à l'intelligence artificielle d'en structurer de premiers modèles. La **conception du modèle prédictif a été ralenti** au-delà de l'échéance initialement prévue. En effet, lors de l'évaluation intermédiaire, malgré l'accord de la CNIL obtenu fin 2020, et alors que Sêmeia se disait prêt à lancer les développements, **les équipes de l'éditeur étaient en attente des données SNDS**.

Le modèle prédictif a finalement été construit par Sêmeia, mais de manière trop tardive pour être introduit dans le dispositif auprès des soignants. La complexité du projet et la difficulté à implanter ce type d'outil dans les pratiques des équipes soignantes ont fini par s'imposer aux ambitions initiales.

Les IDE se montrent attentives à ce que pourrait apporter un modèle prédictif. Elles relèvent cependant que le niveau de risque n'est pas systématiquement révélateur du niveau de sollicitation du patient, ce qui pourrait complexifier les analyses et la répartition des ressources. Elles indiquent également que les patients ayant un trouble bipolaire modéré ou sévère nécessitent plus de temps d'accompagnement. **En réalité, et comme abordé ultérieurement, les enseignements de l'expérimentation sont déjà importants au travers du recueil régulier des échelles et des interactions périodiques avec les patients ; l'anticipation des épisodes maniaques ou dépressifs progresse déjà beaucoup avec ces outils, sans le bénéfice du modèle prédictif.**

1.3. Inclusion de patients et réalisation des bilans initiaux

La période qui a suivi l'évaluation intermédiaire a été logiquement accompagnée d'une baisse du nombre d'inclusions et les constats relatifs à l'organisation de celles-ci sont donc reconduits du rapport intermédiaire. L'évaluation finale permet en revanche une meilleure connaissance du profil des patients inclus.

La baisse des inclusions a également entraîné un repositionnement des référents médicaux par site, moins impliqués en direct auprès des patients à défaut d'effectuer des bilans initiaux, mais désormais plutôt mobilisés en supervision et conseil auprès des case managers. Le modèle économique de PassportBP prévoit en effet du temps médical affecté sur chaque site, visant à assurer la supervision des IDE ; ils n'interviennent pas directement dans les prises en charge et ne prennent pas la responsabilité de psychiatre traitant pour les patients de PassportBP, mais peuvent en revanche jouer un rôle d'expertise sur sollicitation de l'IDE (notamment en cas d'épisode émergent d'un patient) et/ou d'intermédiaire auprès des psychiatres traitants.

1.3.1. Rythme des inclusions

Les inclusions ont été menées de manière étalée sur les 4 sites, introduisant ainsi une déconnexion avec les objectifs initiaux de suivi longitudinale pluriannuelle de patients. Cette difficulté à impulser

une phase rapide d'inclusion a été reconnue lors de l'actualisation du cahier des charges, qui a révisé à la baisse la cible d'inclusions, la ramenant à 1 100 patients au lieu de 2 000 initialement escomptés. Le dimensionnement des effectifs nécessaires en IDE a été conservé en considérant que le caseload était trop serré dans la version initiale du cahier des charges et que la PEC nécessitait plus de temps par patient.

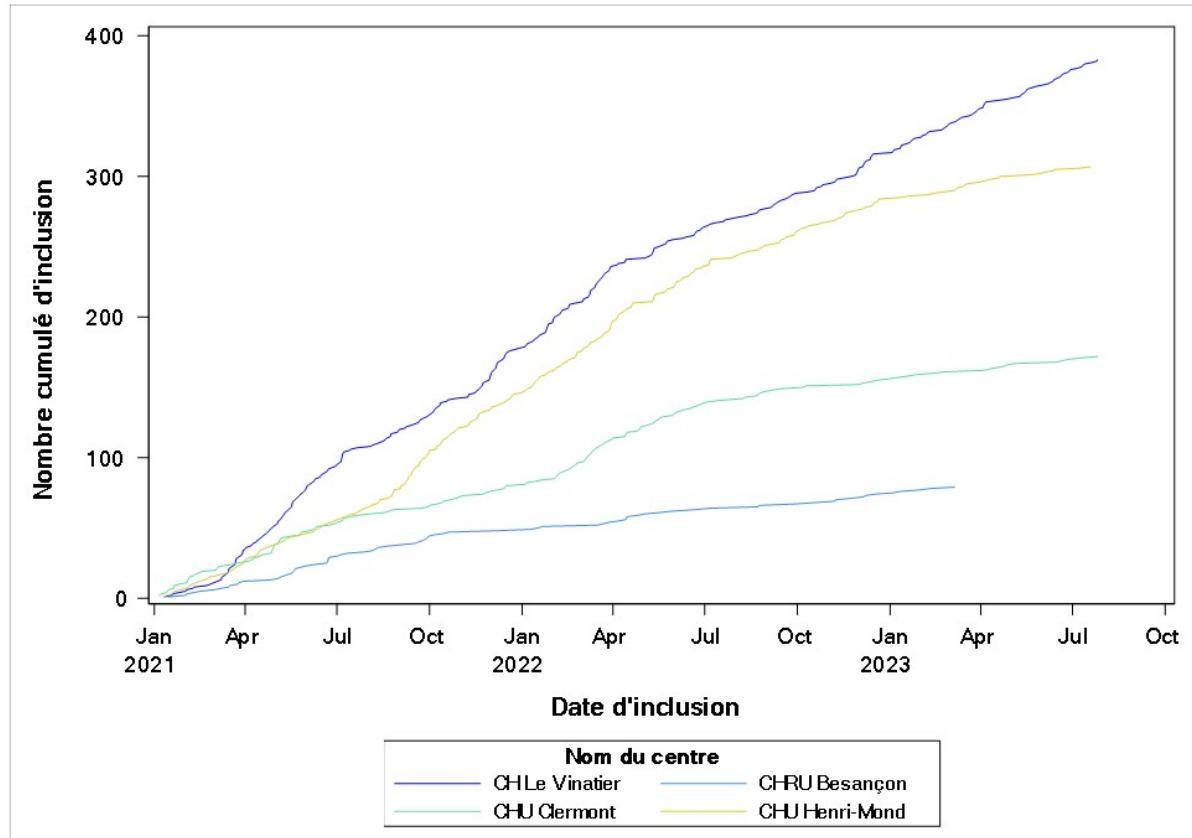


Figure 2. Inclusions dans l'expérimentation au cours du temps, par centre expérimentateur

Les analyses qui suivent portent sur la cohorte qui a pu être appariée au SNDS et constitue la base de travail de travail pour les analyses statistiques. Ainsi, sur un total initial de 991 patients issus de la table patient de l'expérimentation (100 %), 982 patients (99,1 %) ont été identifiés après appariement au SNDS. Parmi eux, 6 patients (0,6 %) ont été exclus en raison de la présence de doublons liés à des jumeaux, conduisant à un total de 976 patients (99,4 %). Enfin, 35 patients supplémentaires (3,6 %) ont été exclus en raison d'une date d'inclusion postérieure au 31 juillet 2023. Cela a abouti à un **échantillon final de 941 patients inclus dans l'étude, représentant 96,4 % de la population initiale** (Annexe 1 : Flowchart de sélection de la population pour l'analyse SNDS).

Sur un total de 941 patients inclus dans l'étude, près de la moitié (47,8 %) ont été inclus en 2021, suivis de 40,3 % en 2022 et de 11,9 % en 2023 (Tableau 1). La durée moyenne de suivi des patients était de 20,6 mois avec un écart-type de 8 mois, et une médiane de 21 mois.

Les causes de fin de suivi des patients ont montré que 97 % sont restés inclus jusqu'à la fin de la période d'étude, tandis que 1 % des patients sont décédés et 2 % ont quitté l'expérimentation de manière anticipée. Les inclusions ont été réalisées majoritairement dans le Centre Hospitalier Le Vinatier (40,7 % des inclusions), suivi par le CHU Henri-Mondor (32,6 %), le CHU de Clermont-Ferrand

(18,3 %), et enfin le CHRU de Besançon (8,4 %). Le porteur considère que l'attrition des patients est très faible dans le cadre de ce programme, avec 33 sorties de programme dont 7 décès, 1 déménagement et 25 arrêts à la demande du patient, notamment pour des problèmes avec l'usage du numérique.

Tableau 1. Caractéristiques d'inclusion des patients

| Variable | Indicateur | Total (N=941) |
|--------------------------|-------------------------------------|-------------------|
| Année d'inclusion | 2021 | 450 (47,8%) |
| | 2022 | 379 (40,3%) |
| | 2023 | 112 (11,9%) |
| Durée de suivi (en mois) | Moyenne (\pm ET) | 20,6 (\pm 8,2) |
| | Min; Max | 0,3; 33,7 |
| | Médiane (Q1; Q3) | 21,2 (14,7; 27,8) |
| Cause de fin de suivi | Décès | 9 (1,0%) |
| | Fin de suivi | 913 (97,0%) |
| | Sortie du programme | 19 (2,0%) |
| Inclusions par centre | CH Le Vinatier (Bron) - Psychiatrie | 383 (40,7%) |
| | CHRU Besançon - Psychiatrie | 79 (8,4%) |
| | CHU Clermont-Ferrand - Psychiatrie | 172 (18,3%) |
| | CHU Henri-Mondor - Psychiatrie | 307 (32,6%) |

1.3.2. Profil des patients inclus

Le cahier des charges initial restreignait la patientèle accueillie en fonction de critères d'âge, de stabilité de la pathologie, et d'autonomie (absence de patients sous tutelle/curatelle) ; ces critères ont été atténués (tout en restant sur une population exclusivement majeure) dès le protocole adressé au CPP, par anticipation sur les difficultés d'atteinte du rythme d'inclusion prévu. De même, une ouverture plus grande a été laissée aux patients refusant le volet numérique de l'expérimentation ; en pratique, aucun patient n'a exigé d'être inclus sans participer au recueil des échelles de valeur et autres outils de e-santé prévus dans PassportBP, mais cela a pu susciter des renoncements (cf. infra).

Les caractéristiques socio-démographiques des patients inclus montrent un âge moyen de 43,1 ans. L'âge médian des participants est de 43 ans, avec des valeurs variant de 19 à 80 ans (Q1 = 32,0, Q3 = 53,0) (Tableau 2). La majorité des patients étaient des femmes (64,9 %).

Concernant la complémentaire santé solidaire, seulement 6,7 % en étaient bénéficiaires.

Le régime d'assurance maladie des participants montrait une prédominance du régime général (RG) avec 86,3 % des patients auxquels s'ajoutent les personnes appartenant à une section locale mutualiste (sous-traitance de gestion du RG) (SLM : 10,7 %). Les autres régimes étaient nettement moins représentés, la MSA (2,1 %). Les régimes SNCF, RATP, « Autre » et CRPCEN étaient très minoritaires, chacun regroupant moins de 1 % des participants.

Tableau 2. Caractéristiques socio-démographiques à l'inclusion

| Variable | Indicateur | Total (N=941) |
|----------|------------|---------------|
|----------|------------|---------------|

Rapport final
Passport bipolaire

| | | |
|---|---------------------|----------------------|
| | Moyenne (\pm ET) | 43,14 (\pm 13,67) |
| Age en années | Min; Max | 19,00; 80,00 |
| | Médiane (Q1; Q3) | 43,00 (32,00; 53,00) |
| | | |
| Age (en classes) | 18-24 | 85 (9,0%) |
| | 25-34 | 214 (22,7%) |
| | 35-44 | 207 (22,0%) |
| | 45-54 | 227 (24,1%) |
| | 55-64 | 149 (15,8%) |
| | 65+ | 59 (6,3%) |
| Sexe | Hommes | 330 (35,0%) |
| | Femmes | 611 (64,9%) |
| Poids à l'inclusion en kg | <i>Manquant</i> | 68 |
| | N | 873 |
| | Moyenne (\pm ET) | 77,0 (\pm 19,4) |
| | Min; Max | 13,7; 178,0 |
| | Médiane (Q1; Q3) | 74,0 (63,0; 88,0) |
| CMUc ou ACS | Non | 878 (93,3%) |
| | Oui | 63 (6,7%) |
| Régime d'assurance maladie à l'inclusion | <i>Manquant</i> | 1 |
| | RG | 811 (86,3%) |
| | SLM | 101 (10,7%) |
| | MSA | 20 (2,1%) |
| | SNCF | 2 (0,2%) |
| | RATP | 2 (0,2%) |
| | Autre | 3 (0,3%) |
| | CRPCEN | 1 (0,1%) |

Les caractéristiques socio-démographiques des patients sont semblables selon les centres expérimentateurs (Voir Annexe 2).

Les comorbidités présentées par les patients atteints de troubles bipolaires apparaissent légèrement moins fréquentes qu'en population générale (en mesure standardisée). Ces données doivent toutefois être interprétées avec prudence. Les comorbidités appréhendées avec les données du SNDS sont souvent mesurées à partir de données de consommation de soins. Ainsi, la fréquence parfois moins élevée des certaines comorbidités dans la cohorte expérimentale peut également refléter, non pas un meilleur état de santé, mais un moindre recours aux traitements. D'après la pratique des cliniciens, cette deuxième explication est cohérente avec la littérature scientifique internationale, de même qu'avec leur expérience, qui démontre que les patients souffrant de troubles psychiatriques souffrent d'un déficit de prise en charge de leurs pathologies somatiques par comparaison à la population générale.

Les événements médicaux, comorbidités ou traitements les plus souvent retrouvés chez les patients de l'expérimentation sont les traitements du risque vasculaire (12% et 14% en population générale), les traitements antihypertenseurs (9% et 12% dans la population générale), les maladies cardio-neurovasculaires (4% et 6% en population générale), le diabète (4% et 6% dans la population

générale) et les traitements hypolipémiants (3% et 4% dans la population générale) (Figure 3). Ce sont aussi les pathologies les plus fréquentes en population générale.

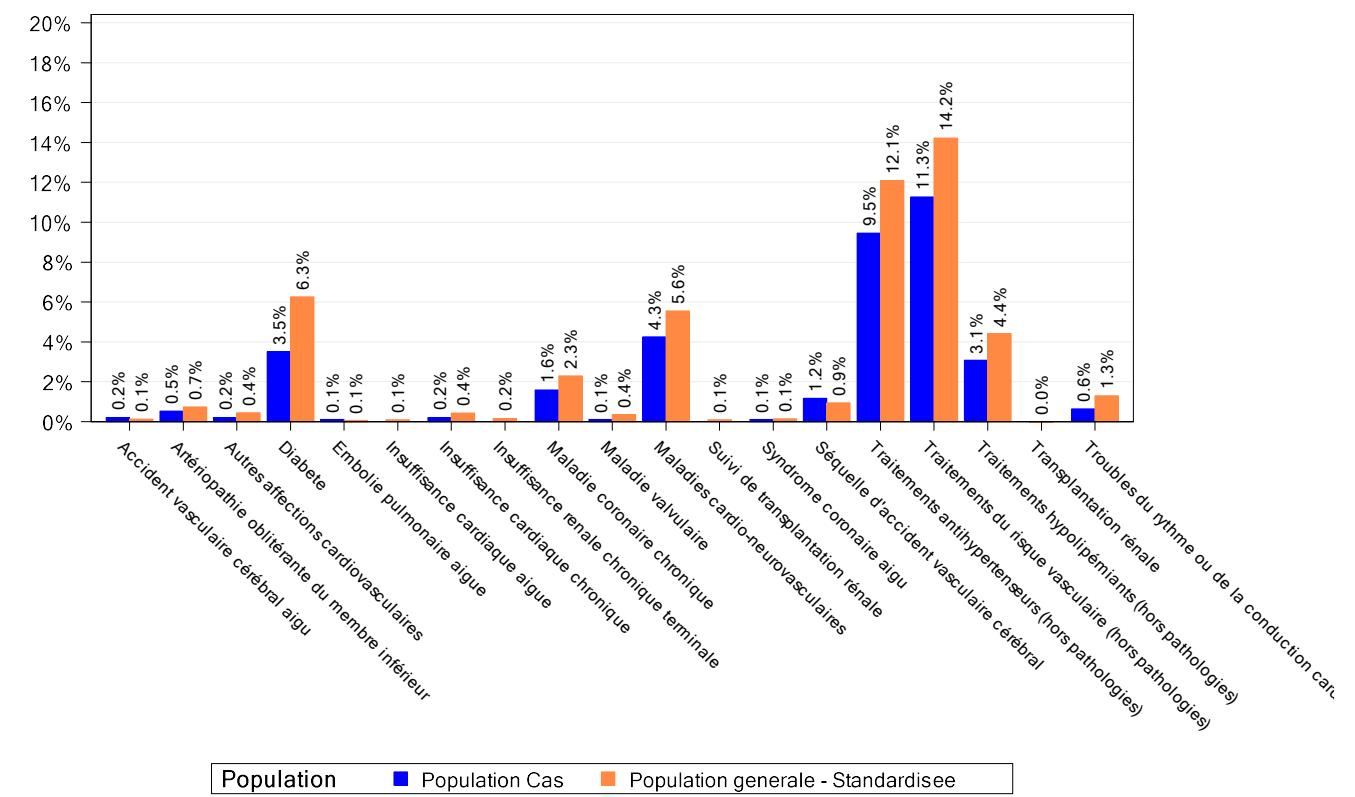


Figure 3. Comparaison de la présence de comorbidités entre les patients de l'expérimentation et la population générale (standardisée sur l'âge et le sexe)

Près de 61% des patients présentent un historique d'hospitalisations en psychiatrie (Tableau 3). Les épisodes dépressifs représentent l'antécédent le plus fréquemment observé, avec 73,1 % des patients concernés. Les épisodes d'hypomanie sont également courants, rapportés par 59,5 % des participants. En revanche, les épisodes maniaques se retrouvent chez une proportion plus faible de patients (36,7 %), tout comme les cycles thymiques rapides, qui concernaient 8,1 % des participants.

Un historique de tentatives de suicide est rapporté chez 35,2 % des patients, avec 30,5 % des participants ayant connu au moins une tentative de suicide en lien avec un épisode thymique **Erreur ! Source du renvoi introuvable..**

Tableau 3. Antécédents médicaux à l'inclusion (données du porteur)

| Antécédent | Total (N=941) |
|---|---------------|
| Hospitalisations en psychiatrie | 572 (60,8%) |
| Episodes dépressifs | 688 (73,1%) |
| Episodes d'hypomanie | 560 (59,5%) |
| Episodes maniaques | 345 (36,7%) |
| Cycles thymiques rapides | 76 (8,1%) |
| Tentative de suicide | 331 (35,2%) |
| Tentative de suicide avec épisode thymique | 287 (30,5%) |

Ainsi, la description des caractéristiques des patients inclus dans l'expérimentation démontre d'une population de patients bipolaires mélangeant tous les stades de la pathologie, et provenant de l'ensemble des centres.

En complément, l'appréciation des équipes Passport BP quant aux critères d'inclusion comporte **des nuances selon les sites et des écarts existent avec les attendus du cahier des charges : la stabilité de la pathologie du patient et le suivi par un professionnel traitant**. L'enjeu de stabilité renvoie à la temporalité de l'inclusion : attendre avant de réaliser le bilan initial ou au contraire, l'intégrer aux soins effectués pendant l'épisode. Ces nuances ressortent sur les points suivants, et illustrent des arbitrages que le cahier des charges expérimental n'avait pas considéré comme nécessaire d'harmoniser en amont :

- L'une des spécificités évoquées par l'équipe du CHU de Besançon est l'inclusion de quelques patients alors que leur pathologie se trouve en phase non stabilisée (le cas échéant, uniquement des patients en phase dépressive et non en phase hypomaniaque), et/ou qui se trouvent sans médecin traitant ni traitement. L'accompagnement Passport BP a alors servi à les intégrer dans un parcours de prise en charge adapté en les inscrivant en suivi auprès d'un médecin traitant. La patientèle du CHU Besançon est donc susceptible de comporter des patients ayant des scores plus élevés aux échelles cliniques administrées à l'inclusion.
- A l'inverse, l'équipe de Créteil met l'accent sur deux critères : la stabilité du patient et la prise en charge préalable du patient pour ses troubles psychiatriques. En effet, le territoire subit un manque de disponibilité des professionnels et des délais très importants de prise en charge. Il est difficile d'orienter un patient vers un spécialiste du fait du manque de places. Il ne leur semble pas possible d'inclure un patient qui ne dispose pas de suivi, car l'expérimentation ne vise pas à établir un traitement ni à se substituer à un suivi par les services compétents.
- Par ailleurs, l'équipe du Vinatier a relevé la problématique du critère d'exclusion des patients sous curatelle/tutelle. Les soignants ont signalé que certains patients avaient réagi défavorablement à l'application d'un tel critère, alors que PassportBP pouvait selon eux utilement favoriser l'autonomie de ces usagers, et ne pas leur faire subir un refus lié à leur situation.

La composante numérique ayant un poids conséquent dans l'accompagnement Passport BP, **elle impacte le profil des patients inclus**. D'après les professionnels interrogés, le dispositif séduit facilement les plus jeunes, attirés par la possibilité d'une auto-surveillance, complémentaire de la télésurveillance, via l'outil. Les personnes plus âgées ou moins habituées à utiliser ces outils sont formées à leur utilisation par les IDE pour ne pas freiner leur adhésion au dispositif. A Besançon, deux patients (sur environ 70 patients) se sont tout de même désinscrits de l'expérimentation, n'étant pas à l'aise avec les aspects numériques du suivi ; sur les autres sites, aucun chiffre aussi précis n'a été sollicité par l'évaluateur.

Par ailleurs, les soignants interrogés relèvent **l'impact du profil des patients, au niveau psychologique et psychique, sur leur adhésion au dispositif**. Premièrement, les patients étant dans une situation de déni de la maladie ne sont pas prêts à s'impliquer activement dans le suivi numérique et infirmier. Deuxièmement, les comorbidités psychiatriques peuvent complexifier la

prise en charge. L'équipe de Besançon observe que les patients sujets aux troubles addictifs et/ou borderline (en plus de la bipolarité) adhèrent moins au suivi Passport BP. Or, elle constate un nombre croissant de troubles de la personnalité au sein de sa patientèle. Les constats présentés ci-dessus ne signifient pas que ces profils de patients doivent être exclus de Passport BP, mais que **la charge de l'accompagnement est variable** et doit être prise en compte.

1.3.3. Répartition des inclusions

Quelques grandes tendances se dégagent en termes d'inclusion de patients.

Le porteur a indiqué que la provenance des inclusions se répartissait de la manière suivante :

- Centre Expert: 24,9%
- CMP: 15,1%
- Ville (dont hospitalisation privée): 39,3%
- Hospitalisation: 20,3%
- Rehabilitation: 0,4%

D'une part, **la grande majorité des inclusions proviendrait d'un adressage effectué par des psychiatres libéraux.**

Cette proportion pourrait d'ailleurs être majorée si on y incluait une quote-part des patients adressés par le Centre expert bipolaire, qui lui-même bénéficie d'une part importante d'adressage depuis la Ville. Ainsi, le Centre Expert Fondamental présent sur chaque site représente en moyenne **un quart des inclusions**. Le Centre Expert propose, dans un premier temps, des consultations de diagnostic, puis dans un second temps, l'adhésion à l'expérimentation Passport BP pour offrir un accompagnement à plus long terme. Des réunions sont organisées de façon hebdomadaire avec les médecins du centre expert pour évoquer les potentiels patients à inclure dans le projet. Lors des réunions de concertation pluriprofessionnelles (RCP) organisées régulièrement par le centre, les patients potentiels à inclure sont évoqués. PassportBP peut ainsi intervenir en sus des activités du centre expert, qui d'ailleurs prévoit une consultation de suivi à 12 mois dans son fonctionnement habituel.

D'autre part, environ un tiers **des patients inclus sont adressés par les unités d'hospitalisation et les CMP**. Il s'agit alors souvent de patients qui sont orientés vers le dispositif en sortie d'hospitalisation. **La sortie d'hospitalisation constitue un moment opportun pour inclure des patients**, car ceux-ci se retrouvent soudainement isolé, sans avoir de consultation psychiatrique prévue avant quelques semaines voire mois : Passport BP rassure les patients car **cette offre garantit une supervision dans la phase qui suit la sortie d'hospitalisation ; il peut même faciliter une anticipation de la sortie**. Les professionnels du CMP ont été informés sur l'existence de Passport BP et de son intérêt dans le suivi des patients.

Le cas du CHU de Besançon est spécifique car il ne dispose pas de secteur de psychiatrie attribué, donc ne comporte pas de CMP. L'équipe a donc présenté l'expérimentation au CMP du CHS de Novillars, situé dans le centre-ville de Besançon. Cela n'ayant suscité que peu d'adressages, les inclusions proviennent essentiellement des patients suivis en consultation ou en sortie d'hospitalisation du CHU de Besançon.

En outre, l'effet réputationnel a commencé à avoir un impact significatif vers la fin de l'expérimentation, d'après les équipes de plusieurs sites. Les demandes proviennent de patients ayant eu connaissance du dispositif à l'occasion de groupes d'éducation thérapeutiques organisés par des associations de patients ou par l'intermédiaire de professionnels de ville.

De plus, quelques patients se présentent spontanément après avoir pris connaissance des informations disponibles sur des sites internet tels que le site de l'association ARGOS 2001. La promotion de l'expérimentation Passport BP est également assurée par des compléments d'information disponibles sur le site FondaMental. Certains patients ont pris contact par mail avec l'équipe Passport BP afin de rejoindre l'expérimentation.

Par ailleurs, **les équipes Passport BP ont démarché des psychiatres libéraux et des cliniques** afin de promouvoir l'expérimentation et susciter de l'adressage. La communication et l'envoi de plaquettes d'information sur le projet auprès des psychiatres libéraux ont permis d'inclure quelques patients (sans qu'il soit possible d'en tracer précisément le nombre). Les mêmes actions ont été menées auprès des cliniques privées du secteur.

Enfin, **Sêmeia a recruté une IDE courant 2021 afin d'accélérer la progression des inclusions**. Son rôle a consisté à récupérer des listes de patients éligibles parmi ceux connus des 4 établissements expérimentateurs et d'assurer la prise de contact pour leur proposer le dispositif. Cette IDE échange régulièrement avec les IDE des sites expérimentateurs, à la fois pour récupérer des contacts potentiels auprès des établissements et pour notifier les patients qui ont confirmé leur intérêt pour s'engager dans PassportBP. L'appui de l'IPA a cessé d'être mobilisé en fin d'expérimentation, du fait de la fin des efforts d'inclusion.

Outre ces tendances générales, des initiatives spécifiques à certains sites expérimentateurs suscitent également des inclusions :

- Au CHU de Clermont Ferrand, l'IPA, en complément de son activité de Case Manager, anime un groupe d'éducation thérapeutique adressé aux troubles bipolaires. Elle accompagne ainsi une dizaine de patients sur douze semaines (ce groupe d'ETP est financé pour 2 cycles par an). Lors de la dernière séance, elle propose aux patients de rejoindre le programme Passport BP. Sur les dix patients à qui elle a proposé Passport BP avant l'évaluation intermédiaire, cinq ont accepté.
- Au CH Le Vinatier, le partenariat avec un HDJ lyonnais spécialisé dans la bipolarité génère quelques propositions de patients à inclure. Le centre Addipsy envoie également des patients à l'équipe Passport BP.

Ces constats sont corroborés par les résultats de l'enquête patient. En effet, la moitié des répondants à l'enquête signalent avoir été référés par un Centre Expert. Un quart des personnes ont été orientés vers Passport BP par leur psychiatre référent. Il est à noter qu'une partie des psychiatres référents exercent au Centre Expert.

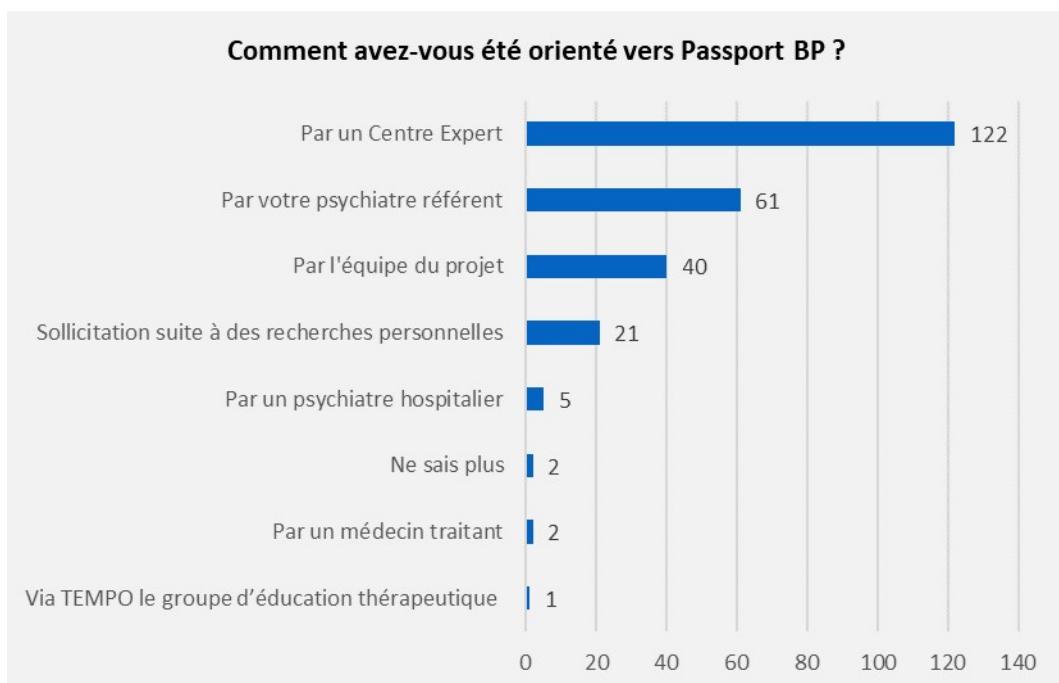


Figure 4. Source de l'orientation des patients vers le dispositif Passport BP

Source : ACE Santé, Enquête en ligne de recueil de l'expérience patient, Mars 2024.

1.3.4. Organisation des bilans initiaux

Sur ce point, l'évaluation finale apporte peu d'éléments nouveaux par rapport à l'évaluation intermédiaire ; la réalisation de bilans s'est logiquement tarie en fin d'expérimentation au bénéfice d'une file active plus nombreuse à suivre en routine.

Le **bilan initial**, ou **visite d'inclusion**, est composé, d'après le cahier des charges, d'une consultation longue réalisée par un médecin psychiatre. Il n'est pas fait mention de l'intervention de l'IDE lors du bilan initial, **pourtant il s'avère que le temps passé avec le patient est autant voire plus long que le temps passé avec le médecin**. Les autres modifications sont la création d'un lien avec les aidants, la division du temps de consultation en plusieurs visites, l'absence de bilan pharmaceutique et la rédaction différée d'un PPS. Ces modifications ne sont pas en place dans tous les sites expérimentateurs.

D'après les entretiens effectués, la **visite d'inclusion dure entre 2h30 et une demi-journée** complète selon les sites et les patients. Par exemple, au CHU de Lyon, le patient est en moyenne reçu par le médecin pendant 1h30 puis pendant 1h par l'IDE. A l'inverse au CHU de Besançon, le patient est accueilli par le médecin pendant 1h et 1h30 par l'IDE.

La visite d'inclusion est construite en deux temps : un temps médical visant l'évaluation initiale, et un temps paramédical portant plutôt sur l'éducation aux outils et au déroulement prévu de Passport BP, sur la prise de constantes, ainsi que sur l'initiation du plan personnalisé de soins. Les patients sont directement invités à se rendre chez leur médecin traitant si les premières analyses révèlent un sujet le nécessitant.

Les informations collectées sur place sont conformes aux engagements pris auprès du CPP et intègrent donc :

- Les échelles d'évaluation clinique (YMRS, QIDS) ;
- Le test FAST ;
- Les comorbidités ;
- L'environnement social et professionnel ;
- Les habitudes de vie (alimentation, activité physique, etc.) ;
- Le poids, le tour de taille, la fréquence cardiaque et la tension artérielle.

L'IDE qui réalise l'inclusion présente par la suite le dispositif de suivi. A cette occasion, la place de chaque acteur dans le parcours de soin et dans le projet Passport BP est expliqué. **Elle est abordée avec le patient pour convenir des limites qu'il souhaite poser** : par exemple, déterminer quels proches et acteurs de son parcours de soin peuvent être informés ou alertés en cas d'urgence. Elle établit également **un plan de crise en cas d'urgence**. En effet, **Passport BP n'a pas vocation à traiter les urgences mais à aider les patients à s'orienter en cas de crise** ; les IDE ne sont pas disponibles le week-end et hors des horaires de bureau.

Les IDE ont évoqué **l'importance de cette première rencontre de visu**, a fortiori en période pandémique, pour créer un lien de confiance avec les patients (et parfois l'aidant qui les accompagne à l'entretien).

Ensuite, **les IDE présentent les outils numériques qui sont utilisés : MentalWise, SIMPLE, Happy Neuron mais également le DMP, car peu de patients ont préalablement créé leur DMP**. Ils recueillent l'accord du patient après avoir précisé le type de données collectées, telles que les données passives, et les acteurs qui pourraient y avoir accès.

En pratique, les IDE sont généralement amenées à **se focaliser sur l'outil principal MentalWise** ; il leur paraît difficile de solliciter l'usager pour installer 3 applications distinctes et se lancer simultanément dans tous ces outils. **Plusieurs case-managers évoquent l'intérêt d'une approche plus graduée, développant la présentation des outils pendant les consultations de suivi ultérieures**.

Les bilans pharmaceutiques prévus dans le cahier des charges de l'expérimentation **ne sont pas réalisés** même si des avis ponctuels peuvent être sollicités pour des patients ayant des comorbidités, ou présentant des antécédents particuliers. D'ailleurs, les IDE signalent que l'interdisciplinarité reste à conforter au sein de PassportBP, tant en termes de conciliation sur le plan psychiatrique qu'en termes de liens avec les soins somatiques ; elles peuvent se retrouver à inciter à la concertation pluridisciplinaire lorsqu'un même patient est suivi à la fois pour des pathologies psychiatriques et somatiques.

Le PPS n'est pas systématiquement réalisé lors du bilan initial, à l'exception de l'équipe de Créteil Chenevier. En effet, au CHU de Clermont Ferrand, l'équipe a fait le choix de ne pas détailler directement le PPS et le plan de crise dès la 1^e rencontre. Il implique un questionnement de la part du patient qui peut être vécu difficilement s'il est effectué à la 1^e rencontre. Lors de la visite d'inclusion, seul un résumé des premiers éléments à intégrer dans le PPS est rédigé avec le patient. Le case manager fait part de la constitution de directives anticipées (« plan de crise ») lorsque le patient montre des signes d'alerte ou en sortie d'hospitalisation. L'objectif est de présenter ces directives comme un cadre rassurant énonçant comment réagir en cas de crise, et suppose donc de mettre le patient en confiance pour qu'il ne vive pas cette sollicitation comme un rappel du risque de rechute. Au CHU de Besançon, les IDE n'abordent pas le sujet du plan personnalisé de soins (PPS) car

il leur paraît préférable de travailler elles-mêmes sur le PPS en amont à une seconde rencontre, avant de le présenter au patient.

Le processus d'inclusion des patients est ainsi conforme au cahier des charges avec toutefois des différences d'approche ; en particulier, **les relations avec le centre expert ne sont pas les mêmes (cf. infra)**.

Bien que les **centres experts** constituent la principale source d'adressage de patients, l'articulation entre ceux-ci et l'équipe PassportBP est assez différente entre les sites. A titre d'illustration, les patients ont pu bénéficier de consultations antérieures au Centre Expert avant d'intégrer PassportBP mais dans ce cas le dossier patient préexistant du Centre n'est pas systématiquement exploité par l'équipe Passport BP lors de la visite initiale ; cela dépend des habitudes de travail entre sites, et cela peut entraîner des recueils d'échelles en doublon pour le patient. Au CHU de Besançon, le déploiement de Passport BP n'a pas suscité une articulation plus précise entre la visite semestrielle au Centre Expert et les rendez-vous trimestriels prévus dans Passport BP. En effet, le centre expert a été fragilisé sur la période avec le départ d'un praticien, et a ainsi vu son implication réduite au minimum. De manière pragmatique, l'équipe PassportBP de Créteil Chenevier s'efforce d'avoir connaissance des rendez-vous des patients sur le site du CHU, de manière à leur proposer de regrouper leur visite trimestrielle avec la consultation avec le psychiatre traitant ; cela permet de limiter les déplacements du patient. A l'inverse, les évaluations qui auraient déjà été réalisées au Centre Expert de Créteil sont relevées afin d'éviter des recueils en doublon.

De plus, seuls 3 des 4 sites expérimentateurs disposaient d'un temps médical dédié, pouvant ainsi participer à la phase d'inclusion. Enfin, on relève des différences d'exhaustivité dans la réalisation des bilans initiaux entre les centres.

D'autres **spécificités existent dans l'organisation du bilan initial** :

- Au CHU Chenevier, **un bilan est effectué par téléphone deux semaines après l'inclusion** pour s'assurer de la bonne compréhension du suivi et des outils par le patient. Les coordonnées téléphoniques sont transmises aux patients tout en précisant qu'il ne s'agit aucunement d'une ligne d'urgence accessible 24h/24 ; les horaires de fonctionnement de PassportBP sont rappelés et le patient est invité à solliciter d'autres moyens en cas d'urgence (prévenir les aidants, solliciter son psychiatre traitant, aller aux urgences). Les autres équipes ne disposent pas de téléphones portables.
- Au CHU Besançon, la **visite d'inclusion a été scindée en deux ou trois rencontres** du fait du nombre important d'informations à donner au patient. Lors de la première visite, les infirmières expliquent le fonctionnement du suivi au sein de Passport BP et collectent les informations sur l'hygiène de vie. Le deuxième rendez-vous est donc généralement dédié à l'installation des applications et la présentation du PPS. Aucun temps médical n'étant affecté spécifiquement au projet, les bilans médicaux d'inclusion sont effectués soit par un médecin du centre expert, soit par le médecin en charge de l'hospitalisation, en fonction des disponibilités. Par ailleurs, les IDE diffusent lors de la visite d'inclusion un document informatif à destination des aidants. Elles souhaitent, lorsque cela est accepté par le patient et l'aideant, établir un contact pour favoriser la gestion des troubles au quotidien et des situations de crise.

1.3.5. *Organisation des visites trimestrielles*

Le cahier des charges, annexé à l'arrêté d'expérimentation, comportait peu de précisions sur les modalités concrètes du suivi qui serait assuré par les IDE case-managers. **C'est donc par la suite que le porteur de projet a formalisé un dispositif de revue périodique, intégrant notamment des entretiens trimestriels pour chaque patient, des hétéro-évaluations et bilans cliniques tels que décrits ci-après.**

Plusieurs constats sur l'organisation des visites trimestrielles peuvent être dressés en matière de rythme, de durée et de modalités d'organisation. Dans l'ensemble, le dispositif a mûri entre les évaluations intermédiaire et finale, au bénéfice d'une approche plus pragmatique.

Les patients sont plutôt satisfaits du rythme des visites. En effet, l'enquête, en ligne effectuée à l'occasion de l'évaluation finale, montre que 72% des répondants estiment que la fréquence des visites est adéquate. 23% considèrent que les visites ne sont pas assez fréquentes. Il est important de noter que la fréquence des consultations a évolué sur les sites de Créteil et de Lyon, par rapport aux constats du rapport intermédiaire. Au CH de Créteil, il n'est plus possible d'effectuer des visites d'évaluation tous les trois mois en raison de la charge de travail de l'IDE Case Manager. De ce fait, l'équipe a pris la décision d'espacer les visites de quelques semaines supplémentaires. Au CH de Lyon, les IDE case-managers ne voient plus l'ensemble des patients en visite trimestrielle. Elles se concentrent sur les patients prioritaires au regard des échelles ou de leur situation clinique et ceux qui en font la demande, et n'organisent plus de rdv en présentiel pour les patients en bon état de santé et non demandeurs.

La durée des consultations est variable selon le site et le profil du patient. En général, les patients les plus stables et avec peu, voire pas de comorbidité nécessite moins de temps d'échange. Les IDE ont signalé devoir parfois **écourter le bilan trimestriel dès lors que le patient était non thymique** ; l'hétéroévaluation devient alors plus délicate, et le dialogue sur certains items du plan de soins perdent de son intérêt du fait de son instabilité. L'échange peut devenir très court dans ce cas (30 minutes), quitte à le reprogrammer. En outre, des écarts sont observés entre les sites. Une consultation dure jusqu'à deux heures au CHU de Besançon contre une durée d'une demi-heure et une heure au CH de Lyon.

Sur la base de la description qu'en ont fait les case-managers, on peut considérer que **les visites trimestrielles prennent une forme similaire dans l'ensemble des sites.** Lors des visites, les IDE case-managers balayent l'ensemble des éléments avec le patient : actualisation du plan de soins, passage en revue des échelles de valeur, réalisation des hétéro-évaluations (FAST, YRMS, QIDS). Le contenu de ces consultations pourrait être adapté pour mieux répondre aux attentes des patients. Les équipes sur site déclarent que l'utilisation des échelles cliniques ne s'avère que partiellement adaptée, car ces dernières n'ont pas été conçues pour une administration aussi récurrente. Les avis sur les échelles à conserver d'après les IDE sollicités sont :

- Principalement, l'échelle FAST (Functional Assessment Short Test) qui permet d'ajuster l'accompagnement Passport BP ; pour rappel, l'échelle mesure les aptitudes fonctionnelles et est parfois utilisée en **auto-administration**
- Dans une moindre mesure, l'échelle YRMS (Young Mania Rating Scale) qui peut être utile pour identifier une phase d'hypomanie, et qui faire bénéficier d'une adaptation pour mieux convenir à une récurrence trimestrielle de questionnement auprès du même patient.

- Le QIDS (Quick Inventory Depressive Syndrom) s'avère délicat à administrer de manière récurrente eu égard aux questions posées
- Inversement, les professionnels ont regretté l'absence d'une échelle de mesure de la qualité de vie, qui permettrait un repérage des manifestations de troubles et/ou un échange avec le patient sur les difficultés rencontrées au quotidien. Pour rappel, une telle échelle était prévue dans le cahier des charges initial et ensuite a été écarté par le porteur de projet pour privilégier les échelles ci-dessus.

Les échanges trimestriels sont réalisés en visioconférence ou en présentiel, selon les préférences des équipes ou des patients et de leur accès à un ordinateur. L'épidémie COVID a en effet entraîné un recours accru aux méthodes de visioconférence, et peut mieux convenir lorsque l'IDE n'identifie pas de nécessité de présentiel auprès de patients qui ont un emploi.

Comme évoqué précédemment, la révision trimestrielle du plan de soins confère une rigueur dans le suivi qui fait d'autant plus ressortir l'intérêt d'un ajustement de la thérapie médicamenteuse, fondée sur l'expertise des psychiatres du centre expert, et se heurte au choix déontologique de positionner la prescription hors champ de PassportBP. Il y aurait matière à travailler l'implication du psychiatre traitant lors de ces bilans trimestriels ; cela supposerait néanmoins d'aborder également le dédommagement du temps accordé, à l'image des questionnements qui existent par ailleurs sur l'implication de professionnels libéraux dans des PEC partagées (RCP, réunions hors présence patient).

1.4. Utilisation des outils connectés tout au long de l'expérimentation

L'implémentation des différents outils prévus dans le cahier des charges est effective. L'utilisation des outils connectés se maintient tout au long de l'expérimentation. Néanmoins, les échanges avec les professionnels et les statistiques disponibles permettent d'identifier des inflexions dans l'usage des outils, qui se sont approfondies au fil de l'expérimentation.

1.4.1. MentalWise

Comme évoqué précédemment, les équipes Passport BP font un retour positif de l'outil MentalWise. Il facilite le suivi des patients et s'inscrit comme l'un des éléments centraux de la prise en charge. L'apport principal de MentalWise est le remplissage des échelles de ressentis, de façon hebdomadaire ou mensuelle, et des échelles QIDS-C, YMRS et FAST, lors des visites trimestrielles, ainsi que le Tchat. *Les échelles constituent à la fois un système d'alerte sur l'arrivée d'un épisode maniaque ou dépressif, et un support pour l'analyse des symptômes et signaux révélateurs d'une crise a posteriori.*

Les éléments qui relèvent de la biologie, du poids et de la tension sont renseignés par de nombreux patients. Ils permettent notamment aux IDE de pointer des patients sans bilan sanguin depuis un certain temps, alors que les traitements qui leurs sont prescrits nécessitent des bilans réguliers. D'ailleurs, l'apport de ces déclarations n'est pas exclusif aux professionnels : les patients eux-mêmes reconnaissent, pour certains, l'intérêt de s'autoévaluer en plus du système d'alertes et de bénéficier d'un historique de leurs paramètres pour en apprécier la fluctuation. **Le maintien de l'engagement des patients dans le recueil des échelles constitue donc un enjeu essentiel pour l'expérimentation.**

Le Tchat, sert de canal de communication principal pour les échanges entre les patients et l'équipe Passport BP (la fréquence des échanges est abordée ultérieurement à l'aide des statistiques disponibles dans MentalWise). En complément, certains des sites expérimentateurs s'appuient sur des téléphones portables ou des lignes fixes avec un combiné sans fil.

L'enquête en ligne auprès des patients (918 destinataires et 260 répondants, soit un taux de réponse de 28%) met en lumière **une forte satisfaction envers PassportBP** :

- 82% des répondants déclarent utiliser l'application de façon régulière, ou plutôt régulière.
- La majorité des répondants considèrent que la fréquence hebdomadaire de recueil des ressentis est adaptée.
- Les fonctionnalités perçues comme les plus utiles sont la messagerie et les échelles de ressenti.

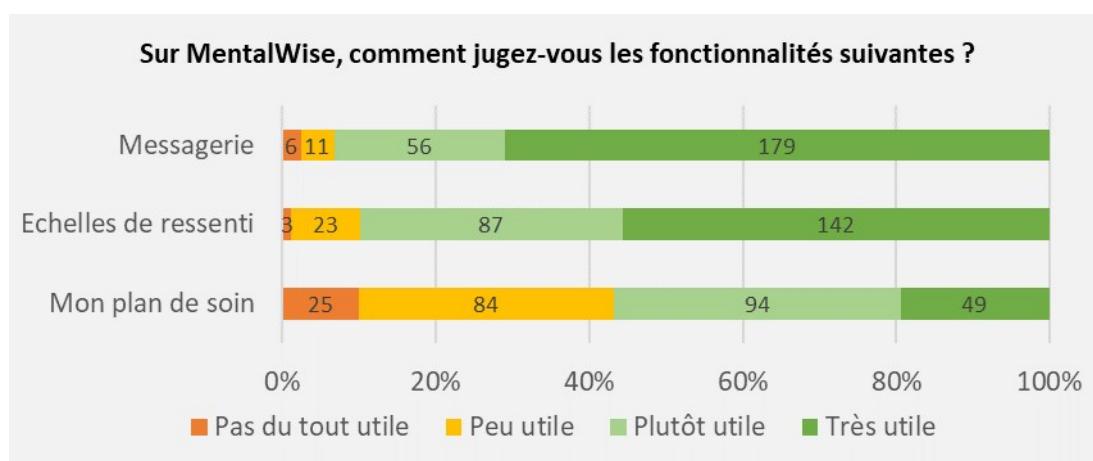


Figure 5. Utilité perçue des différentes fonctionnalités de MentalWise

Source : ACE Santé, Enquête en ligne de recueil de l'expérience patient, Mars 2024.

Les IDE des 4 sites expérimentateurs ont été amenés à formuler **de nombreuses demandes d'évolution de l'outil** que l'éditeur intègre dans son plan de développement. A titre d'illustration, il était notamment compliqué de voir le cheminement du suivi d'un patient. Dans la « timeline » tous les éléments du suivi (visite d'inclusion, visite trimestrielle, actualisation du PPS) étaient inscrits, mais sans hiérarchisation. Cela pouvait compliquer la recherche de comptes-rendus sur MentalWise. Les demandes ont porté sur l'ergonomie, par exemple sur la nécessité d'actualiser différents onglets pour une seule visite. Par ailleurs, il n'y avait pas d'historisation des changements des traitements. Si un traitement est supprimé, les IDE devaient le rechercher manuellement dans la timeline. L'interface a donc été adaptée afin de faciliter la visualisation du parcours du patient.

On comprend que **cette fonctionnalité d'historisation du parcours occupe une place assez centrale dans l'exercice du case management** et qu'il y a une interaction assez forte entre l'atteinte des objectifs de PassportBP et le degré de fonctionnalité offert par la solution de télésurveillance. Il en va de même pour **le paramétrage des alertes**. Auparavant mal hiérarchisées et peu personnalisables, l'outil offre désormais la possibilité de moduler les alertes. La captation et le traitement des signaux occupe là aussi une place centrale et dépend à la fois des compétences du case managers et de l'ergonomie des outils.

Parmi les 941 patients inclus, 872 patients (92,7 %) ont été concernés par une alerte clinique (Tableau 4), ce qui permet de témoigner de l'intérêt de MentalWise. Les alertes biologiques ont cependant été nettement moins fréquentes, avec seulement 20 patients (2,1 %) impliqués. A noter que 108 patients (11,5 %) ont été accompagnés par un travailleur social, ou « job-coach ».

Tableau 4. Caractéristiques d'utilisation de l'application MentalWise

| Variable | Total (N=941) |
|--|--------------------|
| Nombre de patients ayant au moins une alerte clinique | 872 (92,7%) |
| Nombre d'alertes cliniques par patient (Moyenne (\pmET)) | 20,3 (\pm 28,2) |
| Nombre de patients ayant au moins une alerte biologique | 20 (2,1%) |
| Nombre d'alertes biologiques par patient (Moyenne (\pmET)) | 0,04 (\pm 0,42) |
| Nombre de patients accompagnés d'un « job-coach » | 108 (11,5%) |

L'analyse des données d'utilisation du chat révèle une forte interaction entre les patients et les case manager via cet outil (Tableau 5). En effet sur les 941 patients inclus, 878 (93,3 %) ont envoyé au moins un message au case manager, avec un nombre moyen de messages par patient de 34,6 \pm 35,6. Du côté des case managers, 928 patients (98,6 %) ont reçu au moins un message. Le nombre moyen de messages envoyés par les case managers est légèrement supérieur à celui des patients (40,5 \pm 31).

Tableau 5. Caractéristiques d'utilisation du chat de MentalWise

| Variable | Statistique | Total (N=941) |
|--|---------------------|--------------------|
| Nombre de patients ayant envoyé au moins un message | | 878 (93,3%) |
| Nombre de messages par patient | Moyenne (\pm ET) | 34,6 (\pm 35,6) |
| | Min; Max | 0,0; 346,0 |
| | Médiane (Q1; Q3) | 26,0 (10,0; 47,0) |
| Nombre de patients ayant reçu au moins un message du case manager | | 928 (98,6%) |
| Nombre de messages par case manager | Moyenne (\pm ET) | 40,5 (\pm 31,0) |
| | Min; Max | 0,0; 174,0 |
| | Médiane (Q1; Q3) | 33,0 (18,0; 55,0) |

1.4.2. Taux de remplissage des échelles EVA

La Figure 6 représente des histogrammes empilés montrant la répartition des patients selon la fréquence de remplissage des échelles d'évaluation analogiques (EVA) au cours des 12 trimestres de suivi. Cinq catégories sont distinguées : pas de remplissage (N=0), trimestriel (N=1), mensuel (N=2-4), bimensuel (N=5-9) et hebdomadaire (N=10+).

Au cours du premier trimestre, la majorité des patients (environ 70 %) complétait les EVA de manière hebdomadaire (N=10+). Cependant, cette proportion a progressivement diminué pour atteindre environ 15 % lors du onzième trimestre. Parallèlement, la proportion de patients ne remplissant aucune EVA (N=0) a augmenté de façon marquée, passant de quasiment 0 % au premier trimestre à environ 30 % au douzième trimestre. Les catégories intermédiaires (trimestriel, mensuel, bimensuel) ont également vu une augmentation relative de leur fréquence, notamment le groupe mensuel (N=2-4), qui représentait environ 30 % des patients au T12.

La fréquence de remplissage des EVA dépend de la pratique des case-managers, ainsi que de l'état de santé des patients : en effet les échelles seront renseignées de manière plus rapprochées pour les patients les plus instables, et de manière plus éloignées (voir arrêtées) pour les patients stables. Par ailleurs, il est également possible de retrouver un effet de saturation qui peut entraîner une diminution de remplissage des EVA.

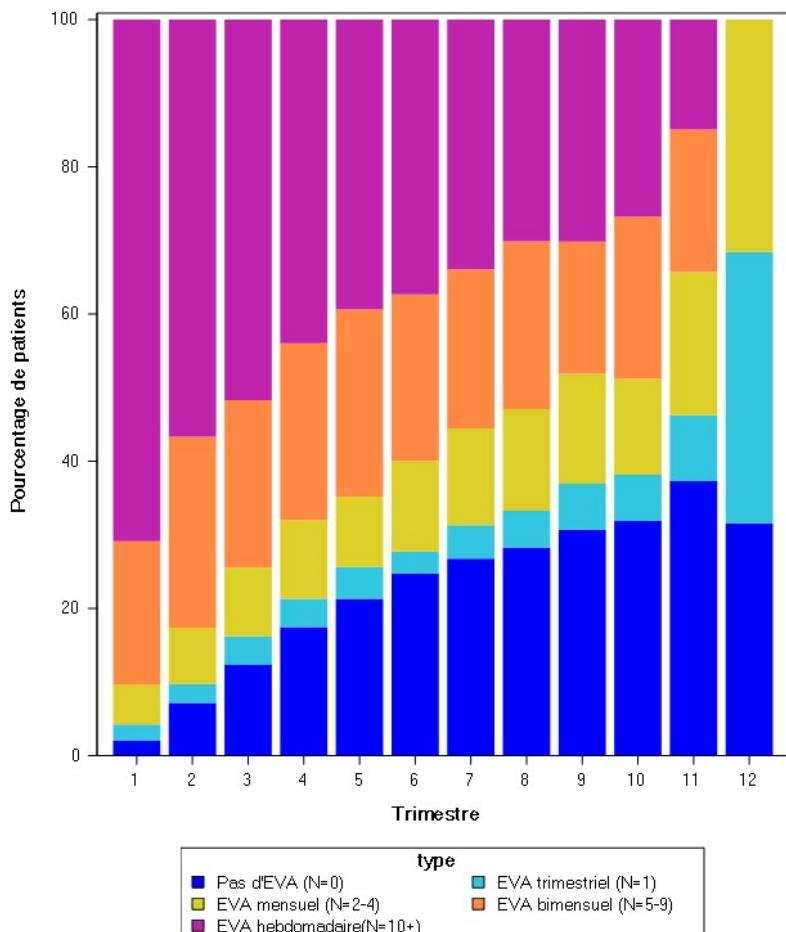


Figure 6. Fréquence de remplissage des questionnaires EVA par trimestre en pourcentage de patients

Rappel méthodologique

Les Figure 7 et Figure 8 permettent de visualiser le taux de remplissage hebdomadaire et mensuels des EVA au fur et à mesure du suivi dans l'expérimentation. La lecture de ces figures est à effectuer en gardant en tête que le taux de remplissage dépend de la pratique des case-managers, ainsi que de l'état de santé des patients : en effet les échelles seront renseignées de manière plus rapprochées pour les patients les plus instables, et de manière plus éloignées (voir arrêtées) pour les patients stables.

Ainsi, dans les premières semaines (Figure 7), le taux de remplissage est élevé, avec environ 80 % des patients remplissant l'échelle EVA. Toutefois, ce pourcentage décroît rapidement, atteignant environ 50 % après 25 semaines de suivi. Par la suite, la participation semble se stabiliser autour de 40 % à 50 % jusqu'à la fin du suivi.

Rapport final Passport bipolaire

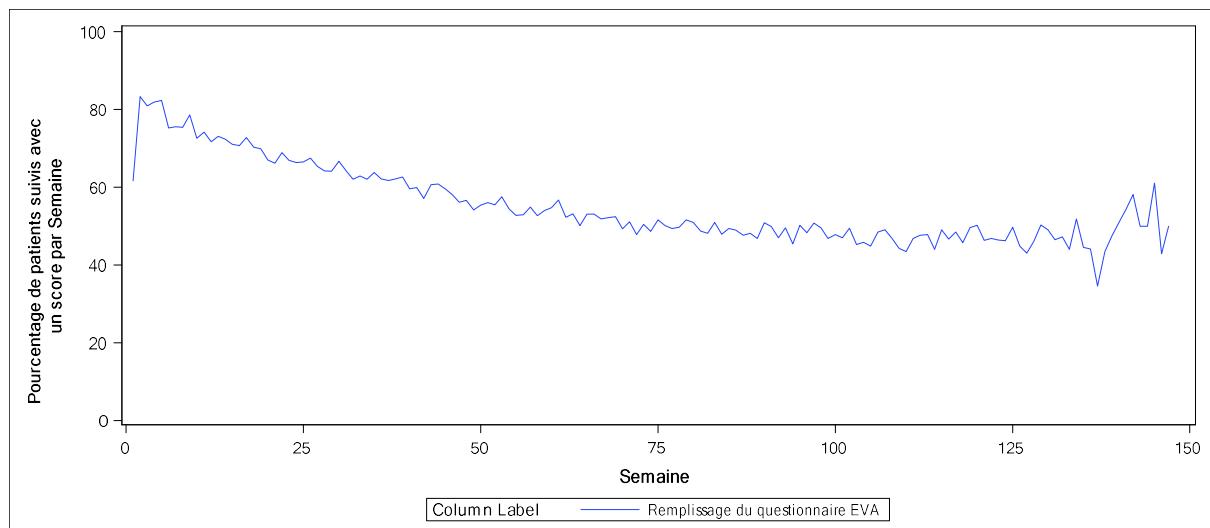


Figure 7. Taux de remplissage des échelles EVA lors du suivi, par semaine

Dans les premiers mois (Figure 8) le taux de remplissage est élevé, avec quasiment 90% à 100% des patients remplissant l'échelle EVA. Ce pourcentage diminue légèrement pour atteindre environ 80% à la fin du suivi.

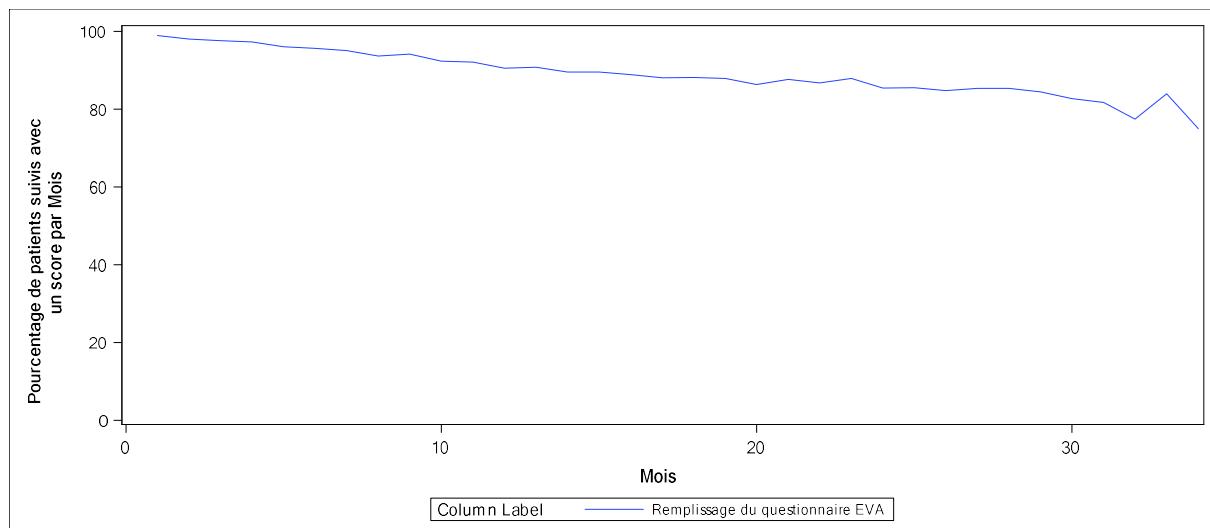


Figure 8. Taux de remplissage des échelles EVA lors du suivi, par mois

1.4.3. Taux de remplissage des questionnaires de score

L'analyse du remplissage des scores trimestriels (présence d'au moins un remplissage de score par trimestre et par score, ramené à la population encore suivie à la fin de chaque trimestre) dans la cohorte Terrain montrait une nette diminution de la participation aux évaluations FAST, QIDS, et YMRS au fil du temps. Lors du premier trimestre, les taux de remplissage étaient élevés, atteignant 93,9 % pour le score FAST, 96,3 % pour le score QIDS, et 95,5 % pour le score YMRS. Cependant, dès le deuxième trimestre, une baisse marquée apparaissait : le remplissage tombait à 44,5 % pour le FAST, 67,1 % pour le QIDS et 65,6 % pour le YMRS. Cette diminution se poursuivait régulièrement,

avec un remplissage de seulement 35,2 % pour le FAST, 52,2 % pour le QIDS et 51,2 % pour le YMRS au quatrième trimestre.

Le taux de remplissage de chaque score passait sous le seuil de 50 % respectivement au deuxième trimestre pour FAST et au cinquième trimestre pour QIDS et YMRS (Figure 9). Les taux de remplissage par centre ont été décrits dans l'annexe 2.

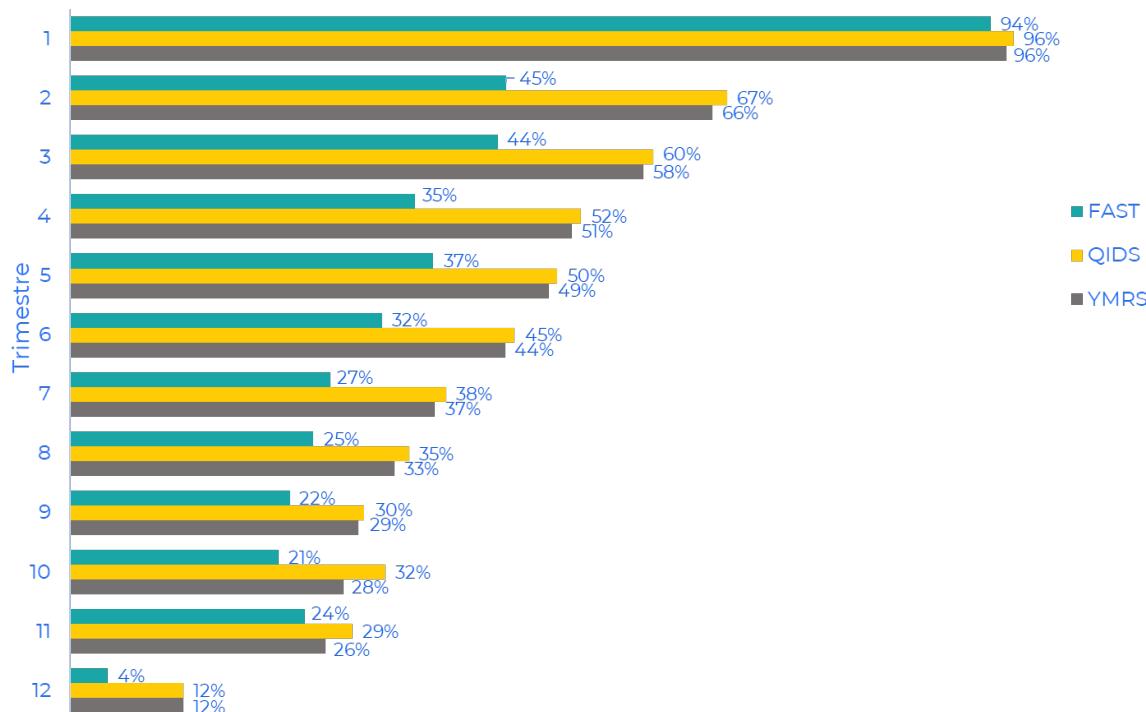


Figure 9. Taux de remplissage des scores par trimestre

1.4.4. HappyNeuron

Lors des entretiens, les case managers et médecins ont souligné l'apport de la solution HappyNeuron pour les patients justifiant d'une remédiation cognitive, soit de manière non systématique. HappyNeuron permet d'offrir une véritable solution de soin ; d'autant plus importante dans des contextes de faible densité médicale où les IDE case-managers disposent de peu d'options à proposer aux patients.

Les exercices proposés sont relativement **contraignants en termes de disponibilité pour le patient, mais les retours sont positifs** pour ceux qui parviennent à réaliser l'ensemble des exercices. Certains vont jusqu'à solliciter une suite, au-delà des 14 semaines que dure le programme de manière habituelle. D'autres ne parviennent pas à s'atteler de manière régulière aux séances de 30 à 50 minutes, plusieurs fois par semaine, que l'outil impose.

Le taux de recours à HappyNeuron est plus faible que l'objectif initialement fixé dans le cahier des charges. En effet, d'après l'enquête en ligne auprès des patients réalisée par l'évaluateur, seuls 33% des répondants ont utilisé HappyNeuron alors qu'il était plutôt question d'une utilisation à hauteur de la moitié des patients dans le cahier des charges. Parmi ces utilisateurs, 75% pensent que l'outil contribue à l'amélioration des fonctions cognitives. D'après les statistiques issues de HappyNeuron, **323 patients étaient inscrits au programme de remédiation, soit 34% des patients inclus dans**

L'expérimentation, ce qui coïncide avec le taux de participation relevé dans l'enquête en ligne. Parmi ceux-ci, 298 (92,3%) ont fait au moins une séance, avec une moyenne de 49 séances, correspondant à 26,7 heures de remédiation, et une médiane de 27 séances, correspondant à 14,5 heures de remédiation.

Le niveau du taux de recours s'explique par le processus d'inscription des patients à HappyNeuron. En effet, il était prévu que les patients soient inscrits sur HappyNeuron dès la première visite d'inclusion. Au fil de l'expérience, les IDE case-managers ont reporté l'utilisation de HappyNeuron, jugeant que les patients recevaient de trop nombreuses informations lors de la visite d'inclusion. Avec le recul, les professionnels considèrent que cette seconde approche est plus pertinente. Le niveau de recours a été contrebalancé par la **forte proportion de renouvellement, atteignant parfois jusqu'à quatre renouvellements auprès d'un même patient en exprimant la demande**.

En cas de rechute, les patients ont la possibilité d'arrêter les séances et de reprendre à la fin de l'épisode. Dans l'ensemble et en l'absence d'interface avec MentalWise, l'avancement dans cet outil ne fait pas l'objet d'un suivi rapproché par les IDE.

L'outil a connu **des évolutions pour répondre aux besoins et aux retours des utilisateurs**. Par exemple, une prise de conscience a émergé quant à la nécessité de choisir des activités mieux adaptées aux petits écrans, compte tenu de la demande croissante d'utilisation sur mobile. Cela a conduit à une sélection et une structuration minutieuse d'activités, garantissant une expérience utilisateur optimale même sur des écrans de taille réduite et améliorant ainsi l'accessibilité de l'outil pour un plus grand nombre de personnes. Des problèmes quant à la reprise des exercices suite à une interruption du programme ont également été soulignés par les patients Passport BP. La plateforme a pris en compte ces demandes et à déjà effectué des améliorations de l'outil, afin de permettre une suspension de leur avancement sans devoir redémarrer à zéro.

La remédiation cognitive par le biais d'une application semble efficace. Toutefois, plusieurs interlocuteurs, patients ou professionnels de santé, soulignent que l'efficacité d'HappyNeuron pourrait être accrue par la **présence d'un psychologue formé à l'accompagnement de troubles psychiatriques**.

En somme, **HappyNeuron constitue un outil thérapeutique à la disposition des équipes de psychiatrie et des patients ; son intégration avec le dispositif PassportBP reste tout de même relativement faible**.

L'articulation tarifaire entre outil de remédiation cognitive et case management soulève également des questionnements qui sont plutôt abordés dans l'évaluation du modèle économique.

1.4.5. SIMPLE

L'application SIMPLE est proposée aux patients par les IDE de façon non systématique. Les case-managers ont évoqué le **caractère redondant de ses fonctionnalités** par rapport à celles déjà prévues dans MentalWise, en particulier pour le recueil des échelles d'humeur. Ce double outillage présente des inconvénients :

- Il est d'autant plus compliqué pour les patients de devoir s'approprier deux types d'échelles différentes.

- De plus, l'équipe Passport BP n'a pas accès aux données remplies par le patient dans cette application, à la différence de MentalWise. En effet, l'outil SIMPLE n'a pas été développé initialement, ni connu d'évolution à ce stade, pour tenir compte des spécificités de PassportBP : l'outil ne prévoit donc pas d'accès d'un soignant aux données d'un patient, celles-ci ne sont disponibles que pour l'intéressé(e).
- La fréquence des notifications est trop élevée et ne peut être modifiée, contrairement à MentalWise.
- Enfin, les patients les ont alertés sur le caractère inadéquat de certains messages de conseil ou d'information qui leur sont prodigués par l'outil, car ils ne tiennent pas compte du dispositif Passport BP. Par exemple, un score défavorable sur les échelles d'humeur conduira à préconiser un adressage vers le service d'urgences plutôt qu'une prise de contact avec l'infirmière de Passport BP.

SIMPLE conserve un **aspect fondamental de l'accompagnement par la diffusion de messages de psychoéducation**. Bien que les IDE case-managers contribuent déjà à l'information des patients, il pourrait être intéressant d'intégrer cette composante autrement dans les outils numériques à disposition. Le porteur a évoqué la possibilité de diffuser des contenus de psycho-éducation au travers de MentalWise pour répondre à cet enjeu, au-delà de la phase d'expérimentation.

1.5. Fonctionnement du case management et suivi de plan personnalisé de soins

Le présent chapitre vise à apprécier comment la fonction de case manager a été installée, quelles fonctions sont effectivement assurées et comment l'animation du parcours de soins du patient se construit, en tenant compte de la place centrale qu'y occupe le plan personnalisé de soins (PPS).

1.5.1. Fonction de case management

Ce sous-chapitre décrit successivement :

- Les modalités de démarrage effectif de l'activité
- Les choix de formation préalable des case-managers
- Les retours des professionnels sur leur exercice

Plusieurs constats déjà pointés lors de l'évaluation intermédiaire ont pu être confirmés à l'évaluation finale.

1.5.1.1. Conditions de démarrage effectif

Les fonctions de case-management sont opérationnelles depuis les premières inclusions début 2021 ; leur mise en place a comporté plusieurs préalables parmi lesquelles un important dispositif de formation des infirmiers, et a subi **des retards partiellement imputables à l'épidémie COVID**.

Plusieurs effets se sont conjugués et ont entraîné une incertitude sur la date effective de démarrage : confinements COVID, développements informatiques, protocolisation CPP, validation hiérarchique des recrutements, contractualisation des crédits avec la CNAM, départ prématuré de la coordinatrice

de projet recrutée spécifiquement pour PassportBP, finalisation des formations, etc. C'est à la toute fin d'année 2020 que les équipes ont été en situation effective de démarrer les inclusions.

Les enjeux d'attractivité au recrutement des case-managers et de leur formation préalable ont conduit les responsables des 4 sites expérimentateurs à pourvoir la quasi-totalité des postes en anticipant sur le démarrage des inclusions.

De nombreux temps ont été consacrés aux échanges autour du projet et à sa présentation sur le terrain (pôles, cliniques, universités, etc.). Le temps de concertation avec les différents acteurs internes et externes a été nécessaire pour établir la place et le rôle de Passport BP dans son environnement.

Pourvoi des postes : une attractivité au recrutement pour des profils diversifiés, malgré l'incertitude sur la pérennité de la fonction.

L'échange avec l'encadrement soignant a montré que le poste de case-manager dans le cadre du projet Passport BP fait appel à des compétences particulières et à un profil spécifique : **intérêt pour les troubles bipolaires et le numérique, connaissance du case management et degré d'autonomie important**. Il nécessite également des qualités relationnelles pour interagir avec divers professionnels de santé et les proches des patients. Les postes ont majoritairement été pourvus en interne, les candidats intéressés s'étant déclarés assez tôt.

Les candidats ont néanmoins pu exprimer des inquiétudes concernant le futur de ce poste dans le cadre expérimental, donc à durée limitée : l'agent doit accepter l'incertitude sur ses fonctions et son affectation au-delà de l'expérimentation. Ces éléments ont pu peser sur le recrutement de ressources en interne (titulaires), mais on note néanmoins que la quasi-totalité des IDE Passport BP relèvent de mutations internes.

Dans l'attente des premières inclusions, les IDE ont été associées à d'autres activités dans la mesure du possible. Par exemple, les IDE du CH Le Vinatier ont été associées à l'unité de psychoéducation afin de découvrir le trouble bipolaire autour des patients et de leurs proches, à leur arrivée en septembre 2021. Il semble qu'en rétrospective les recrutements ont été faits trop tôt dans certains des sites, mais cela répond à une difficulté pour effectuer des recrutements gradués ; l'équipe de Besançon l'a traité en scindant l'ETP alloué en 2 demi-postes, celle de Clermont-Ferrand a suspendu l'ETP relevant de la patientèle en provenance de l'Allier mais la capacité à épouser la montée progressive des besoins reste limitée.

On peut noter une relative stabilité de l'effectif même si plusieurs sites ont connu une rotation, sur la période d'expérimentation.

Un dispositif de formation ad hoc, reconnu sur le plan universitaire

Les formations ont été organisées sur le premier semestre 2021 à Clermont Ferrand et reconnus sous la forme d'un DIU. Ce DIU a été préparé tout au long de l'année 2020 par l'équipe hospitalo-universitaire de psychiatrie de Clermont Ferrand et placé sous la responsabilité administrative de l'Université Clermont Auvergne. Le parcours incluait notamment la découverte des nouveaux outils MentalWise et HappyNeuron ; le porteur de projet a donc fait le choix **d'une reconnaissance forte des qualifications requises pour assurer la nouvelle activité, sous la forme d'un DIU spécifique au projet et qui n'aurait pas été proposé autrement**. Les soutenances ont eu lieu en septembre 2021.

Dans la perspective de la généralisation, la participation à une formation de type DIU conserve sa plus-value mais n'est pas indispensable au fonctionnement du case management tel qu'il a été déployé dans l'expérimentation.

Le déroulement des formations a subi les effets de l'épidémie COVID, et s'est donc en grande partie effectuée en distanciel. En outre, l'inscription des IDE au DIU a présenté quelques problématiques administratives, notamment à Lyon et à Besançon au niveau des procédures d'inscription et d'intégration aux plans de formation des établissements, ainsi que de prise en charge des frais de déplacement.

L'une des IDE n'a pas souhaité s'engager dans le DIU pour préserver son éligibilité à des formations dans le cadre du plan d'établissement, et pour tenir compte du fait que Passport BP constituait un mi-temps pour elle ; son choix a été accepté et sa montée en compétence s'est plutôt appuyée sur la prise de connaissance des supports de formation.

1.5.1.2. Forme définitive du case-management

Par effet d'expérience, les professionnels ont soulevé, dès les premiers mois d'exercice, des questions sur la qualification exacte de leur activité, à la démarcation entre case-management et fonctions de coordination. Si le choix du terme de case-management se justifie dans le cahier des charges par sa définition dans le secteur de la santé en France mais également à l'étranger, l'échange avec les IDE et médecins montre que cette dénomination ne fait pas consensus.

La sémantique soulève en réalité des questions de positionnement pour l'IDE : l'implication individuelle par patient, et les missions conférées, ne semblent pas totalement correspondre à la définition d'un case-management et PassportBP se situe plutôt à un niveau intermédiaire. Quelques illustrations :

- Les IDE ont vocation à orienter les patients dans leur parcours de soin. Ils les conseillent sur les démarches à effectuer et les consultations à solliciter **mais ne se chargent pas, en revanche de trouver des consultations pour les patients.** L'exemple-type porte sur l'identification d'un médecin traitant, certains patients n'ayant pas eu recours à un généraliste depuis plusieurs années ; le niveau d'implication de l'IDE se pose alors, entre en rester à la préconisation ou assurer l'aide à l'identification d'un généraliste, voire la prise du premier rdv. Cette problématique est d'autant plus importante lorsque le patient a des moyens modestes et sollicite une prise en charge en secteur 1 ; l'invitation à consulter les sites tels qu'AMELI ou Doctolib ne suffisent pas toujours à enclencher l'action auprès des patients, alors que l'installation d'un suivi médical par le médecin traitant constitue un prérequis pour répondre à plusieurs comorbidités.
- Les IDE peuvent se trouver à accompagner des patients qui bénéficient en principe d'une assistance à domicile mais rencontrent des difficultés pour l'organiser, ce qui incite l'IDE à s'impliquer auprès de la structure d'aide à domicile pour que le service prévu soit effectivement rendu. Cette situation ne se présente que rarement puisque les inclusions se font principalement hors CHS.
- **Certains professionnels en CMP ont pu réagir en indiquant que le « case-management » était déjà de leur ressort et correspondait à leur activité au long cours auprès des patients ; à ce titre, et même si l'accueil de l'expérimentation est favorable, les professionnels s'interrogent**

sur la répartition des responsabilités respectives du CMP (ou du psychiatre traitant) et de l'équipe PassportBP.

- Les échanges tant avec l'équipe PassportBP qu'avec un psychiatre traitant montrent que ce sujet interroge : PassportBP peut alerter sur la dégradation de l'état du patient, sans intervenir, alors que l'équipe de soins ne compte pas prendre le relais. Dans un cas extrême, le psychiatre traitant s'est interrogé sur les modalités de son intervention auprès du patient dès lors que celui-ci ne s'adresse pas à lui, ce qui s'apparenterait à une forme de démarchage. L'évaluateur n'a en revanche pas de visibilité sur les modalités exactes de prise en compte de ces alertes. **Il semble opportun d'approfondir les méthodes garantissant la sécurité du patient en termes de coordination entre le psychiatre traitant et le dispositif de PassportBP en cas de pérennisation.** **dès lors qu'il survient une alerte.** Par ailleurs, le psychiatre libéral interrogé propose déjà à ses patients d'utiliser d'autres applications pour la gestion de leur trouble au quotidien, telles que MonSherpa® ou l'application MonSuiviPsy (renommé Mon Jardin Mental®) promue par l'ARS IDF. Il ne souhaite pas obtenir d'accès au logiciel MentalWise puisqu'il a pour habitude de demander directement à ses patients de leur montrer les résultats sur leur téléphone, et ne souhaite pas d'accès aux données non médierées par le patient lui-même.

Ainsi PassportBP constitue une forme intermédiaire de case management allant au-delà d'une fonction de coordination sans toutefois se constituer en référent principal du patient qui continue à relever de son psychiatre (en libéral, en clinique privée, en CMP ou à l'hôpital). Cela se traduit notamment par des arbitrages à effectuer au sein de l'équipe sur les limites d'intervention du dispositif.

Cette observation rejoint des choix effectués en termes de positionnement du médecin opérateur dans le dispositif de télésurveillance, qui a intégré le droit commun dans l'intervalle de l'expérimentation. En outre, la réforme récente instituant un rôle d'infirmier référent est susceptible d'accentuer cette interrogation (cf. Décret n° 2024-620 du 27 juin 2024 relatif à la désignation d'un infirmier référent).

1.5.1.3. Le rôle du case manager

Les pratiques des case-managers suivent les missions attendues tout en s'adaptant à leur organisation individuelle. Le fait que les inclusions s'opèrent de manière très progressive et graduelle des patients au projet a permis aux IDE d'adapter progressivement leur pratique. Ils ont pu se détacher de leurs pratiques habituelles, notamment de case-management de proximité en HDJ pour plusieurs d'entre eux, pour s'orienter vers un rôle de coordination.

L'organisation des journées des IDE varie selon les sites ou les impératifs mais elles sont composées des mêmes tâches (et s'avère assez stable en évaluation finale par comparaison avec l'évaluation intermédiaire, nonobstant la suppression des bilans initiaux d'inclusion) :

- La consultation des messages du Tchat et des échelles de valeurs, ainsi que la revue des alertes sur MentalWise, et l'écoute des messages téléphoniques ;
- La réalisation d'entretiens avec le patient ou les aidants en présentiel, en visio-conférence ou par téléphone. Ces entretiens peuvent être des visites d'inclusion, des visites trimestrielles ou des échanges ponctuels lorsqu'un besoin se présente.
- La programmation des visites et des inclusions ;

- La participation aux temps de réunion (RCP au centre bipolaire par exemple) ;
- La coordination avec les acteurs du parcours de soin (avec la variabilité exposée précédemment, en termes d'implication dans ces activités de coordination) ;
- Un éventuel travail de cadrage avant le week-end, afin de s'assurer que les patients les plus fragiles sachent comment réagir lors de la survenue d'une crise. Cette pratique semble s'être relativement généralisée sur les 4 sites et concentre désormais l'implication médicale dans PassportBP, dès lors que les bilans d'inclusion ont cessé.

Des différences de pratiques sont mises en lumière entre les établissements ou entre les membres de l'équipe Passport BP. Par exemple, l'IPA de Clermont Ferrand déclare ne consulter les messages sur MentalWise qu'une seule fois par journée afin de limiter les allers-retours sur la plateforme. Cela permet également de limiter les attentes des patients, qui ne se reposent pas uniquement sur la réponse éventuelle de leur case-manager lors du déclenchement de signes inquiétants. Dans les autres sites expérimentateurs, les IDE consultent le Tchat MentalWise à plusieurs reprises dans la journée. Un second exemple de la variété des pratiques est mis en exergue au CHU de Besançon. La journée des IDE s'organise différemment compte tenu de leur double affectation associant Passport BP et d'autres fonctions.

Dans le cas d'apparition de signes d'une phase prodromique, les IDE case-managers **privilégient une approche non intrusive**. La première action consiste à envoyer un message sur la plateforme MentalWise afin de prendre connaissance de la situation. En l'absence de réponse, l'équipe Passport BP tente d'appeler le patient puis, si cela est prévu dans le plan de soins, un tiers tel qu'un proche ou un professionnel (libéral ou en CMP). Il est à noter que la majorité des situations de décompensation se font sur le plan dépressif, ce qui relève moins de l'urgence que les cas de phase maniaque. Or, il est particulièrement difficile de conserver le lien avec les patients en phase maniaque, ce qui peut amener les soignants à solliciter une hospitalisation ou l'intervention du CMP ou du psychiatre traitant, en l'absence de réponse.

Si l'épisode aigu conduit à une l'hospitalisation d'un patient, la prise en charge est entièrement assurée par les équipes d'hospitalisation et le suivi via PassportBP est suspendu. Lors d'une hospitalisation, certains patients continuent de remplir les échelles et peuvent prévenir via le Tchat de leur hospitalisation. A la sortie de l'hospitalisation, les patients sont sollicités pour reprendre rendez-vous avec l'équipe référente. Cet échange peut également se faire uniquement par le Tchat. Il ne s'agit pas d'une visite trimestrielle, mais d'une prise de connaissance des ajustements à faire du point de vue thérapeutique et de l'organisation des soins. Ce suivi en sortie d'hospitalisation est rassurant pour les patients comme pour leur équipe de soin, surtout si la prochaine consultation avec le médecin ou psychiatre traitant est éloignée.

Les échanges avec l'équipe soignante d'hospitalisation ne sont pas structurés et le niveau de concertation ou de partage d'informations entre les IDE PassportBP et l'équipe de soin paraît très ponctuel. Le patient informe les case-managers lui-même de son hospitalisation et de sa sortie, via MentalWise. Cela correspond au choix des expérimentateurs de faire du dispositif de case management une source d'informations et d'alertes pour le psychiatre traitant sans faire peser sur lui de charge supplémentaire.

L'IDE peut rendre visite aux patients hospitalisés, afin de rappeler au patient que le suivi Passport BP reprend avec l'hospitalisation. Les visites sont facilitées quand les hospitalisations relèvent du même établissement, mais ce n'est pas toujours le cas. Par exemple, plusieurs autres structures de l'agglomération lyonnaise peuvent assurer l'hospitalisation d'un patient pour trouble bipolaire et

dans ce cas, l'IDE n'est pas en capacité de se rendre sur site, à la différence des hospitalisations sur le site du Vinatier. La reprise de contact se fait alors en visioconférence.

L'équipe de Besançon, comme celle de Créteil, s'est interrogée sur l'opportunité d'une visite à domicile lorsque le patient semble en début d'épisode. Cette option a été écartée en considérant que cela ne s'inscrivait pas dans l'organisation prévue pour l'expérimentation, et qu'à ce titre les déplacements n'étaient pas couverts. Il s'agit là d'un arbitrage structurant pour le positionnement de PassportBP.

L'équipe du CH Le Vinatier a été amenée, dans une situation extrême, à solliciter l'intervention des services de secours au domicile d'un patient qui présentait de nombreux indices d'une situation grave et qui ne répondait plus aux sollicitations, alors que l'équipe habituelle de soins (hors équipe PassportBP) n'était pas disponible pour intervenir.

1.5.1.4. Fonctionnement en routine du case-management

Sur l'ensemble des sites, les acteurs rencontrés **constatent une certaine rotation dans les effectifs, tant sur le plan médical que paramédical**. A titre d'exemple, sur le site de Besançon, un médecin est parti du projet et n'a pas été remplacé compte tenu du niveau d'avancement de l'expérimentation. Une IDE case-manager a, quant à elle, été remplacée en cours d'expérimentation. On observe les mêmes mouvements au sein de l'équipe du site de Clermont-Ferrand ; d'une manière générale pour ce qui concerne les professionnels médicaux, le choix d'avoir recours à des médecins juniors pour une activité pluriannuelle s'accompagne assez logiquement du risque de leur souhait de mobilité.

Les différences de ressources humaines et de nombre d'inclusions ont conduit à **des niveaux d'accompagnement différenciés des patients**. En effet, sur le site Chenevier à Créteil, l'une des IDE case-managers a quitté son poste en février 2023 et n'a pas été remplacée, le délai de recrutement et de montée en compétence étant jugé incompatible avec la durée résiduelle de l'expérimentation, engendrant un poste peu attractif. La seconde IDE case-manager, exerçant à temps plein, assure par conséquent le suivi d'environ 300 patients. **L'IDE case-manager parvient à accompagner l'ensemble des patients, mais note la complexité à développer une alliance thérapeutique, a fortiori pour des patients avec lesquels aucun nouvel échange en présentiel n'a eu lieu**. A l'inverse, au CHU de Besançon, les deux IDE case-managers, exerçant à mi-temps, se partagent le suivi de 57 patients, au moment de l'évaluation finale. Ainsi, **ils possèdent une connaissance fine de chaque situation, mais la charge de travail associée ne permet pas d'occuper un mi-temps complet**.

L'expérience accumulée au cours de l'expérimentation par les IDE case-managers, conduit plusieurs d'entre eux à **privilégier un poste à mi-temps sur ce type de suivi**. En effet, les IDE du site de Besançon et de Clermont-Ferrand déclarent que le peu d'interactions en présentiel avec les patients et la faible diversité de l'activité sont inadaptées en termes de qualité de vie au travail. Le fait d'être rarement au contact des patients s'éloigne de leur conception du métier d'IDE. **Un équilibre peut alors être trouvé avec une double affectation**.

De la même façon que l'incertitude du cadre expérimental suscitait des inquiétudes concernant le futur du poste de case-manager au début du projet, **les IDE case-managers s'interrogent sur la poursuite du dispositif pour les patients et les possibilités de poursuite au niveau professionnel**. La quasi-totalité des professionnels rencontrés ont d'ores et déjà engagé une évolution professionnelle en vue de la fin de l'expérimentation.

Enfin, on peut noter que la prolongation pluriannuelle du suivi ne s'accompagne pas d'une évolution dans les méthodes employées ; il n'y a pas d'approfondissement personnalisé prévu au-delà de la première année d'inclusion, même si le dispositif a été pensé pour continuer de manière pérenne, sans particulière procédure de sortie.

1.5.1.5. Suivi du plan personnalisé de soins

La définition de l'objet et des contenus du plan personnalisé de soins a occupé **une place importante dans les travaux de démarrage de PassportBP** ; en filigrane, on y retrouve les arbitrages structurants sur les objectifs et les modalités de ce suivi. L'évaluation finale constate que les choix effectués au démarrage ont été confortés.

L'équipe PassportBP s'est inspirée des préconisations de la HAS en matière de plan de soins pluriprofessionnel. Par rapport au cahier des charges initial, on peut noter **un degré différencié de mise en œuvre des différents contenus du PPS**, selon les thématiques suivantes.

Identification précise des intervenants du parcours de soins

Comme évoqué précédemment, le bilan initial permet de vérifier que le patient dispose des fondamentaux en termes de parcours de soin (médecin traitant, psychiatre traitant). Il peut amener le case manager à rétablir ces fondamentaux lorsqu'ils sont manquants, avec des interrogations sur son degré d'implication comme évoqué précédemment. Le suivi régulier auprès d'un psychiatre figurait néanmoins parmi les critères d'inclusion de l'expérimentation, à la différence du généraliste.

Au-delà, le bilan permet de **recenser les intervenants relevant plutôt de services sociaux ou médico-sociaux éventuellement impliqués, ainsi que d'approfondir la connaissance de l'entourage et des aidants**. Le caractère hebdomadaire du suivi entraîne de nouveaux questionnements à cet égard, car les case managers peuvent être amenés à solliciter cet entourage si le patient ne répond plus aux sollicitations et ne renseigne plus ses échelles périodiques. Le bilan initial, ou les premiers échanges qui s'ensuivent, permettent de recenser les personnes pouvant être sollicitées et par extension, dressent un premier portrait des soutiens dont le patient dispose ou non. Les entretiens ont permis de recenser la diversité de situations rencontrées : patients refusant de communiquer sur la pathologie auprès de leur conjoint et/ou de leur entourage, ou inversement familles refusant d'être associées ; patients sollicitant leur entourage pour se rendre à l'officine pour récupérer les médicaments à leur place, ou ayant recours à une officine éloignée de leur domicile ; etc.

L'élaboration de directives anticipées – appelées « **plan de crise** » - occupe une place assez centrale à cet égard pour PassportBP et les case managers n'abordent pas tous le sujet de la même manière. Pour certains patients, les IDE évoquent la difficulté à traiter du sujet au premier abord et se mobilisent plutôt à l'issue d'un épisode, lorsque le patient retrouve la capacité à prendre du recul et à établir quelles mesures sont à prendre. Il paraît important de souligner cet apport de PassportBP, formalisant les directives auxquelles le patient adhère en termes de sollicitation de son entourage, de mesures thérapeutiques voire de restrictions, anticipation d'un besoin d'hospitalisation. **L'interaction régulière avec un soignant, même si elle est peu intensive comme dans le cas de PassportBP, facilite cette production qui est encore peu développée dans le champ de la santé mentale.** Elle semble d'autant plus importante pour une pathologie qui comporte une très grande amplitude entre des phases thymiques où le patient peut être en activité sociale et professionnelle

« normale » et des épisodes maniaques ou dépressifs particulièrement graves et risqués, donc où l'intervention soignante comporte également des périodes longues de très faible sollicitation.

Recensement des traitements médicamenteux et de la thérapie psycho-sociale

Lors des visites sur site, les médecins associés au projet ont fait part de leurs interrogations sur le rôle et la place de PassportBP en matière médicamenteuse. Le porteur de projet a opté pour une absence d'intervention dans le champ de la prescription médicamenteuse, afin de ne pas dessaisir le médecin/psychiatre traitant de cet aspect essentiel, et le PPS se borne donc à recenser la prescription effectuée, ainsi qu'à récupérer les dispersions en officine via le DMP. Dans la pratique, ce choix déontologique soulève 3 questionnements :

- L'un porte sur **l'expertise clinique** : les médecins participant à PassportBP sont spécialisés dans la prise en charge de troubles tels que la bipolarité et se retrouvent parfois en désaccord important avec les choix thérapeutiques qui ont été effectués par le psychiatre prescripteur. Les modalités de concertation entre psychiatres n'ont pas été traitées dans le cadre de ce programme, les praticiens du centre expert étant parfois amenés à constater des prescriptions en désaccord avec les pratiques de référence.
- L'autre porte sur **la temporalité** : les rendez-vous avec le psychiatre traitant peuvent être relativement espacés, alors que l'état du patient peut évoluer d'une semaine sur l'autre et nécessiter des adaptations thérapeutiques. Les équipes de PassportBP se trouvent alors devant un dilemme, devant choisir entre intervenir en premier lieu auprès du prescripteur ou se substituer à lui en intervenant directement auprès du patient et en ajustant la prescription. A titre d'illustration, une des équipes a témoigné d'être intervenu dans la prescription médicamenteuse auprès d'un patient démarrant un épisode pendant que le psychiatre traitant était en congés. Avec le recul, PassportBP (et plus largement, l'identification d'infirmiers référents d'un patient) soulève la question de la formulation des prescriptions, afin de permettre une latitude au patient pour moduler son traitement en fonction de son état et de ses préférences personnelles de mode de vie ; a fortiori pour des traitements dont aucun n'est exempt d'effets secondaires.
- Le troisième porte sur **le dialogue avec le patient** : les case managers sont amenés à échanger avec le patient sur l'observance du traitement médicamenteux et par extension, sont eux-mêmes saisis par le patient sur des demandes d'information, voire sur des choix d'adaptation des posologies à l'initiative du patient. L'interconnaissance entre patient et case managers aidants, la disponibilité aussi, suscite un débat plus ouvert sur les choix thérapeutiques que celui que certains patients entretiennent avec leur psychiatre traitant. L'observance sort d'un champ assez rhétorique (respect de l'ordonnance oui/non) au fil des entretiens et **les case managers bénéficient ainsi d'un échange plus riche sur les adaptations effectuées par les patients ; pour autant, la manière de réagir et d'animer un tel dialogue semble peu outillé au sein de l'expérimentation.**

Le PPS aurait vocation à être alimenté par la conciliation médicamenteuse réalisée par un pharmacien mais ce bilan n'a pas été mis en place dans aucun des 4 sites, hors situations exceptionnelles. De même, le PPS permet d'échanger sur l'implication du pharmacien d'officine mais en pratique les échanges des équipes de PassportBP avec les pharmaciens sont peu développés ; la conciliation a été retirée du cahier des charges dans sa 2^e version. L'abandon de la conciliation médicamenteuse est également à relier aux évolutions des modalités d'accès au DMP et à la bascule décidée par les pouvoirs publics vers les modalités beaucoup plus fermées d'accès dans MES.

Les autres choix thérapeutiques sont recensés afin d'en vérifier l'observance, et ne semblent pas susciter les mêmes interrogations. Comme évoqué précédemment, le PPS intègre également le recours aux applications numériques Simple et HappyNeuron, modulé en fonction des résultats du bilan initial ou des entretiens ultérieurs entre le case-manager et les patients.

L'impact de PasseportBP en matière médicamenteuse porte essentiellement sur l'observance, ainsi qu'au repérage éventuel de contre-indications ; les infirmiers ont notamment évoqué le cumul du lithium et de l'ibuprofène parmi les interactions thérapeutiques pour lesquels ils interviennent régulièrement auprès des patients, ces anti-inflammatoires étant assez couramment prescrits pour des pathologies somatiques courantes sans que le médecin traitant ne mesure le risque encouru.

La prise en charge des comorbidités somatiques éventuelles et l'organisation de l'ensemble des actions de suivi (examens, consultations) nécessaire en routine

Le PPS prévoit le recueil et un bilan assez précis des autres risques pour la santé auquel le patient est soumis et de la manière de les prévenir. **Le volet des comorbidités a été assez fortement développé dans le PPS et permet d'effectuer un bilan complet**, incluant le recueil des paramètres cardiaques, biologiques et de poids.

L'un des apports remarqués de l'expérimentation découle de ce suivi, dans lequel le patient dispose d'un interlocuteur de confiance qui l'incite à réaliser les différents actes de soins nécessaires pour l'amélioration de son état général. La réalisation des dépistages et bilans gynécologiques a été cité en exemple lors de la visite, de même que l'adressage vers de l'éducation thérapeutique (obésité), le traitement des troubles du sommeil, voire le dépistage d'autres troubles psychiatriques borderline ou autistiques. Ainsi, dans les données du SNDS, on pouvait noter que chez les femmes incluses dans l'expérimentation, le taux de recours à une consultation avec un gynécologue libéral restait relativement stable avant/après inclusion (passant de 41,4% à 42,1%), mais le taux de recours à une consultation de sage-femme libérale passait de 14,9% avant expérimentation à 19,8% après inclusion dans l'expérimentation (à durée de suivi égale avant/après).

Les IDE remarquent que cela permet de réactiver un suivi somatique pour de nombreux patients. Les IDE se chargent ensuite d'orienter le patient vers d'autres dépistages si nécessaires. Les équipes ont également noté **le renoncement qu'entraîne un reste à charge** (associé à un manque de disponibilité au sein du service public hospitalier) pour certaines prestations de soins, telles que le recours à un psychologue ou à un suivi par un diététicien.

1.5.2. Case Management : Adéquation compétences et organisation

1.5.2.1. IDE vs autres profils, contenu de la formation

Les IDE recrutés au poste de Case Manager disposent tous d'une expérience antérieure et ont des parcours professionnels assez variés :

- La plupart des IDE sélectionnés sont expérimentés dans le domaine de la psychiatrie dans des services d'hospitalisation, d'HDJ ou de consultation. On note néanmoins que 2 professionnels n'ont pas cette expérience et relèvent plutôt d'un parcours MCO/urgences pour l'une, de la recherche clinique pour l'autre ;

- Certains d'entre eux ont eu une expérience préalable en case management, notamment en MAIA ;
- Le site de Clermont-Ferrand a fait le choix de positionner PassportBP en pratique avancée et donc de recruter sur un profil d'IPA.

La nécessité ressentie par le porteur de projet de mettre en place un programme de formation sanctionné par un DIU témoigne des compétences nouvelles à développer par les IDE par rapport à leur socle de compétence. S'y ajoutent des **capacités relationnelles** ainsi qu'une aptitude pour le travail en relative **autonomie** : le rattachement hiérarchique de ces professionnels ne permet pas une supervision rapprochée de leur activité et il est donc essentiel que les case-managers organisent leur travail en fonction des priorités des patients.

Les entretiens avec les cadres de santé ont plutôt confirmé l'adéquation entre la définition du poste et les compétences attendues des IDE, par rapport à des alternatives telles que l'assistant de service social par exemple. La compétence en matière de soins somatiques et d'appréciation des comorbidités, l'intégration à l'équipe de soin, **tendent à justifier le recours aux infirmiers plutôt qu'à d'autres métiers**. A cet égard, **l'implication dans la stratégie médicamenteuse** a déjà été évoquée comme un des sujets méthodologiques de PassportBP et rejaillit sur la question des qualifications : le recours aux IDE serait d'autant plus justifié si le suivi adressait plus profondément les ajustements thérapeutiques. Cela pourrait être traité en travaillant avec les prescripteurs sur la formulation des prescriptions, qui peuvent énoncer des critères d'ajustement des posologies permettant aux paramédicaux d'agir en conséquence auprès des patients.

C'est également cet aspect médicamenteux qui peut justifier **un recours privilégié à la pratique avancée** pour des dispositifs tels que PassportBP. Le porteur de projet considère avec le recul qu'il n'apparaît pas nécessaire que toutes les IDE case-managers disposent d'un diplôme d'IPA. Dans la mesure où l'ensemble les compétences d'une IPA ne sont pas invoquées dans le travail de Case Manager. Le DU de Case Management paraît ainsi plus adapté aux missions conférées. Toutefois, **il pourrait être pertinent d'avoir une IPA en appui sur une équipe d'IDE case-managers**, d'autant plus qu'il est difficile de maintenir un temps de psychiatre pour assurer les évaluations initiales. L'intervention plus poussée d'une IPA nécessiterait un protocole avec les psychiatres traitants, et permettrait de retravailler l'approche médicamenteuse de la PEC.

1.5.2.2. Articulation avec les autres parcours de l'établissement et les principes de prise en charge en extra-hospitalier

Le cahier des charges de l'expérimentation souligne d'emblée le caractère dérogatoire du case management prévu pour Passeport BP, par rapport à l'organisation habituelle d'un établissement psychiatrique.

A ce titre, il paraît important de comprendre comment s'organisent les 4 établissements expérimentateurs pour la prise en charge des bipolaires, pour les autres prises en charges de troubles apparentés, et comment s'organise la prise en charge en extra-hospitalier.

L'expérimentation contribue au développement d'une filière spécialisée sur les troubles bipolaires, dont le rattachement au Centre Expert est plus ou moins mis en exergue :

- L'unité PassportBP à l'AP-HP Albert Chenevier constitue une entité à part entière au sein de l'organisation de l'établissement, aux côtés des services d'hospitalisation (intra) et des services ambulatoires et distinct du centre expert. Bien que localisé sur le site principal, **il interagit davantage avec les services extra-hospitaliers et notamment les CMP qu'avec les unités d'hospitalisation** et se trouve relativement assimilé aux centres experts. L'unité travaillait initialement par affinité avec le « dispositif de soins partagés » (DSPP²) mais ces liens sont devenus plus ténus du fait d'une relocalisation du service.
- Au CH Le Vinatier, le rattachement de l'unité PassportBP est plus clairement établi puisqu'il est **intégré à un pool de centres d'expertise et de recours, aux côtés du centre expert FondaMental** et développant **des activités complémentaires** : consultation longue, psychoéducation, etc. Pour autant, le site ne figure pas parmi les centres reconnus par le Ministère³ et à ce titre, bénéficiant de financements dédiés ; il développe donc une activité moindre que les autres centres. **L'encadrement paramédical est unifié à l'échelle de l'ensemble des centres experts.**
- Au CHU de Besançon, PassportBP est quasiment intégré au centre expert. Les acteurs du Centre Expert sont impliqués pour la plupart dans l'expérimentation PassportBP, **sous la forme d'un partage de leur temps de travail**. C'est notamment le cas de l'un des Case Manager qui travaille à mi-temps au Centre Expert ; les médecins qui réalisent certaines des visites d'inclusion à PassportBP interviennent par ailleurs dans les autres unités de psychiatrie, a fortiori dans une période de tension sur les effectifs médicaux. Le Centre Expert du CHU de Besançon dispose d'une certaine ancienneté sur le Doubs et organise non seulement les diagnostics initiaux mais également du suivi de patients, alors que d'autres centres sont moins impliqués dans le suivi thérapeutique des patients et se concentrent sur un rôle d'expertise diagnostique sur adressage de psychiatres. Ce suivi prévoit un entretien tous les 6 mois pour des réévaluations diagnostiques et thérapeutiques, en interaction avec le généraliste/psychiatre traitant et dans une logique de RCP. Le recours à 2 mi-temps pour les case managers se traduit par un éclatement du management paramédical, chaque professionnel étant rattaché à un cadre de santé distinct en fonction de sa 2^e activité.
- Au CHU de Clermont-Ferrand, le poste d'IPA est rattaché directement à l'échelle du pôle de psychiatrie et dispose d'une quotité de temps dédié de praticien.

Il paraît opportun de rappeler que l'organisation historique de la psychiatrie est fortement marquée par la logique de sectorisation géographique, et développe des services spécialisés dans certains troubles ou certaines catégories d'âge ; ces spécialisations se font néanmoins plus courantes en hospitalisation, alors que l'activité ambulatoire reste marquée par des enjeux d'accessibilité géographique. PassportBP occupe une place particulière à cet égard, puisque l'activité est extrahospitalière par nature ; le dispositif se suspend pendant les périodes d'hospitalisation. Or on comprend que **PassportBP a systématiquement été rattaché à des services visant la spécialisation**

² Le dispositif de soins partagé en psychiatrie existe sur plusieurs sites en France : il est spécifiquement destiné à fournir un avis psychiatrique aux médecins généralistes afin à faciliter la prise en charge des patients par leur médecin traitant, pour des pathologies ne nécessitant pas de suivi psychiatrique continu. Le DSPP fait l'objet d'un projet art51 distinct, en région Occitanie. https://www.psy-mondor.fr/_md_psy.php?id=dsp&ll=FR

³ Les centres experts FondaMental ont été reconnus et bénéficient d'un financement dédié depuis la circulaire budgétaire de 2012, réaffirmé en 2017. Certains sites engagent leur reconnaissance comme centre expert et développent une activité par anticipation sur un financement national ; cela a été le cas du Centre Expert du Vinatier, par exemple. Les circulaires :

https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2012/12-04/ste_20120004_0100_0080.pdf

https://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2017/17-06/ste_20170006_0000_0078.pdf

et l'expertise, sans lien direct avec des services extra-hospitaliers ; les visites se sont donc attachées à comprendre comment les liens se nouaient avec les services sectorisés tels que les CMP.

De fait, le lien avec les services extra-hospitaliers est peu formalisé. Selon les cas, les patients peuvent être suivis ou non par un CMP de l'établissement ; lorsqu'ils ne le sont pas, il ne semble pas que l'équipe PassportBP assure un relais systématique auprès de l'équipe de secteur et par ailleurs, la tentative d'adressage vers le CMP peut se heurter au manque de disponibilité de ce service qui comporte des listes d'attente. Inversement, lorsque le patient est déjà suivi en CMP, la coopération entre PassportBP et ce dernier se construit de manière pragmatique sans nécessairement de relais. Un témoignage conjoint de case manager et d'IDE de CMP a été recueilli à Clermont Fd, et montre que les coopérations sont effectives mais doivent être renforcées ; les deux démarches coexistent et l'interconnaissance entre les professionnels permet de partager sur certains moments de prise en charge, mais l'accès de l'IDE de secteur à MentalWise n'est pas structuré, ni l'utilisation du case management par l'équipe de secteur.

Les échanges ont également suggéré que la capacité à faire converger les approches dépendait de l'organisation interne à l'établissement : dès lors que les équipes hospitalières (hors PassportBP) ont du mal à organiser leurs propres synthèses et concertations pluridisciplinaires, par exemple entre services d'hospitalisation et de CMP au moment d'une sortie de patient, et/ou que ces synthèses sont organisées de manière différentes d'un service ambulatoire au suivant, il est difficile pour PassportBP d'installer des principes de concertation. L'approche « parcours » nécessite une organisation déjà adaptée en interne.

Sur ce point, il semble important de noter que les entretiens d'évaluation finale n'ont pas noté d'infexion particulière ; l'intervalle par rapport à l'évaluation intermédiaire n'a pas suscité d'intensification des relations avec les CMP ou les professionnels libéraux sur les différents sites, au-delà de ce qui était déjà engagé.

1.5.3. Tâches réalisées et conformité à la prévision de répartition des temps

Le cahier des charges prévoyait une répartition du temps fondée sur plusieurs niveaux de sollicitation de la part des patients, allant du patient stable avec un simple suivi des échelles jusqu'au patient en état de crise et nécessitant une implication très forte du case manager. Les case-managers ont été invités à témoigner de leur expérience et de l'adéquation de ce dimensionnement.

On peut distinguer trois constats, confirmés à l'évaluation finale :

- La segmentation des patients en fonction de leur état clinique ne semble pas très opérante. Les case-managers font état d'une grande diversité dans l'adoption de PassportBP par les patients, allant d'un niveau élevé d'interaction quasi-quotidienne jusqu'à un remplissage simple des échelles sans autre sollicitation, et dépendant avant tout de leurs préférences personnelles. Le degré d'intervention croît effectivement lorsque le patient présente des symptômes inquiétants, ou suspend toute forme de communication avec l'équipe PassportBP ; mais d'une part les crises entraînent une hospitalisation et donc la mise en pause du dispositif, d'autre part le dispositif n'est pas missionné pour assurer l'intervention à domicile en cas d'épisode. On retrouve là la préoccupation évoquée précédemment sur la frontière entre coordination et case management.

- La réalisation des bilans initiaux et des revues trimestrielles, ainsi que la revue quotidienne des échelles et des messages reçus et alertes de MentalWise, constituent plutôt **les blocs autours desquels le temps de travail des case-managers se structure**. De même, il faut noter que les case managers des différents sites se sont d'emblée organisés pour assurer la suppléance en cas de congé : alors que chaque patient dispose **d'un case-manager référent** sur chacun des 4 sites, en général celui qui a assuré le bilan initial, les congés sont ensuite anticipés pour qu'un case-manager prenne le relais en cas d'absence. **La continuité de réponse aux patients s'impose d'emblée comme un enjeu essentiel de fonctionnement de PassportBP** ; **les cadres interrogés ont également souligné la fragilité du service**, aucun autre professionnel (en dehors des médecins participant à PassportBP) ne disposant des qualifications et des connaissances logicielles pour suppléer une absence. **Le calibrage des effectifs nécessaires doit donc tenir compte de ce double enjeu associant continuité de réponse sur un flux quotidien et présence de rdv programmés longs, qui lissent la charge de travail.**
- La montée en charge du dispositif a démontré que **les équipes ne sont pas en capacité d'offrir le même niveau d'accompagnement en fonction du nombre de patients**. Le suivi peut ainsi prendre la forme d'une démarche plus ou moins personnalisée auprès des patients, comme évoqué précédemment.

Ce dernier point soulève à nouveau la question de la définition de l'objet de l'accompagnement et de la frontière entre case management et coordination. L'éventail des types d'accompagnements est large et entraîne une amplitude importante dans la proportion de patients par case manager : il peut aller de 20-30 patients pour une implication forte (SAVS ou SAMSAH⁴ par exemple, soit 2h/patient/semaine) à quelques centaines de patients/ETP lorsque les interactions individuelles par patient sont plus épisodiques dans l'année tels que certains dispositifs de prévention (tels que SOPHIA par exemple), ou les prises en charge assurées par les DAC. Plutôt que de raisonner d'emblée sur le « bon » dimensionnement de PassportBP, **il semblerait judicieux de définir plus précisément le contenu de l'accompagnement, son étendue dans/hors période de crise et ses limites**.

Parmi les paramètres à prendre en compte pour recalibrer un effectif, on peut citer (du point de vue de l'évaluateur) :

- Plusieurs tâches sont directement proportionnées au case-load, et auraient donc vocation à être lissées dans le temps. C'est le cas des bilans d'inclusion (2h à 4h/patient) et de la revue quotidienne des messages (à raison d'un relevé minimum par semaine et par patient). 50 nouvelles inclusions par an représentent environ une demi-journée par semaine, comportant 1 inclusion et le traitement d'une quinzaine de messages quotidiens.
- L'évolution du suivi dans le temps aurait vocation à être révisée ou confirmée, à la fois pour structurer une sortie de dispositif et pour établir une différenciation des méthodes au fil du temps. A titre illustratif, on peut imaginer un suivi plus intensif le premier semestre (et notamment dans la période qui suit immédiatement l'inclusion) ou la première année, puis

⁴ Les Services d'accompagnement à la Vie Sociale (SAVS) sont déployés auprès de personnes relevant d'un handicap. Dans le champ de la santé mentale, ils ont notamment été mobilisés pour assurer des missions de réhabilitation psycho-sociale, avec des caseloads d'environ 30-40 patients, soit plus intensifs que le dispositif PassportBP. Les Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) visent plus particulièrement les actes de la vie quotidienne.

dégressif au-delà pour les patients qui en sont capables. Les témoignages de terrain militent pour une telle modulation. Un suivi moyen à hauteur d'un rdv horaire par trimestre, en réalité plus fréquent pour les nouveaux inclus et plutôt semestriel pour les patients stables, représenterait une demi-journée par semaine par tranche de 50 patients en incluant un staff hebdomadaire.

- Les autres éléments à statuer pour calibrer les postes tiennent au degré d'implication au-delà du relevé hebdomadaire et des visites trimestrielles. Il s'agit notamment de la manière de réagir en cas de signaux d'alerte, de l'effort à engager par le case manager pour obtenir une intervention de la part du psychiatre traitant ou du CMP, voire de l'intervention directe par le case manager (cf. débat sur les déplacements à domicile) ; de l'implication dans le parcours de soins et l'observance au-delà de la pathologie bipolaire, notamment pour coordonner les soins somatiques ou l'accès aux droits ; du déplacement dans les services d'hospitalisation pour les patients concernés, ou pour faire la promotion du dispositif.
- Enfin, le seuil cognitif évoqué par les soignants, devant la difficulté à garder en mémoire la situation de chaque patient au-delà d'une certaine file active. La mémorisation de la situation familiale et des derniers échanges avec l'équipe soignante sont importants pour une relation de confiance avec les patients.

S'agissant du temps médical, celui-ci porte avant tout sur deux items : la réalisation des bilans initiaux, qui implique une disponibilité médicale incompressible, et une supervision des case-managers afin de les accompagner dans la résolution de situations complexes ou nouvelles, nécessitant un avis médical. Initialement, le dimensionnement des ressources à affecter à PassportBP prévoyait du temps dédié sur le plan médical, avec une proportion significative de bilans d'entrée à assurer. Or le faible rythme des inclusions en phase initiale entraîne un étalement du niveau de sollicitation des médecins et ceux-ci ont donc tendance à ne pas se dédier à l'expérimentation, mais plutôt à la cumuler avec d'autres activités cliniques au sein de leur établissement ; dans ce cadre, il devient difficile d'apprécier le temps médical réellement consacré à l'expérimentation. En revanche, on peut noter que des pratiques se structurent en phase ultérieure :

- La réalisation des bilans initiaux implique la sollicitation d'un médecin qualifié pour diagnostiquer des troubles bipolaires, et les centres peuvent donc être amenés à associer plusieurs psychiatres pour la réalisation de ces bilans
- Plusieurs sites ont évoqué la mise en place d'une concertation médicale périodique, par exemple les vendredi matin, permettant aux case-managers de disposer d'un créneau pour présenter les situations sur lesquelles elles souhaitent un avis ou une orientation et de déterminer les suites à donner, avant l'interruption du weekend. Cela permet notamment de concerter sur les patients présentant les symptômes d'un début d'épisode, d'obtenir une intervention médicale auprès d'un confrère ou d'une visite d'un aidant, ou encore de préparer une hospitalisation.

On commence ainsi à voir poindre une structuration du travail inhérent à PassportBP, favorisant la concertation pluridisciplinaire, déterminant des types d'action et distinguant différentes phases d'intervention.

Une analyse des données recueillies sur site et présentée dans la Figure 10 illustre l'évolution du nombre moyen de patients suivis par case manager par centre, en fonction du rôle des professionnels impliqués (infirmières, médecins, infirmières en pratique avancée) et du nombre de case managers actifs au fil du temps (indiqué sur chaque courbe).

Au Vinatier, le suivi des patients par les infirmières a progressivement augmenté, atteignant environ 200 patients par infirmière et 50 patients par médecins fin de suivi. Cette augmentation s'est faite avec un nombre constant d'infirmières (2) à partir de mi-2021, mais avec une augmentation du nombre de médecins case managers, passant de 3 à 9 au cours du temps.

Au CHRU de Besançon, on observait également une augmentation du nombre de patients suivis par les infirmières, atteignant environ 50 patients par infirmière à la fin du suivi. Comme pour le Vinatier, cette augmentation s'est faite avec un nombre constant d'infirmières (2) à partir de mi-2021.

Au CHU de Clermont, la courbe montre un nombre important de patients suivis par l'infirmière en chef (environ 80 en janvier 2022), puis un arrêt du nombre de patients suivis par l'infirmière en chef, avec un relai de cette prise en charge par une infirmière. On note également une augmentation des suivis par les 3 médecins atteignant environ 30 patients à la fin de l'expérimentation.

Enfin, au CHU Henri-Mondor, il est à noter que deux codes infirmières ont été relevés dans les données, **cependant il a été confirmé par l'équipe qu'une seule infirmière a suivi l'entièreté des patients pendant le temps d'expérimentation.** Le nombre de patients par médecin a peu augmenté dans le temps, atteignant environ 20 patients par médecin, mais avec une augmentation du nombre de médecins, passant de 3 à 7 au cours du temps.

Rapport final
Passport bipolaire

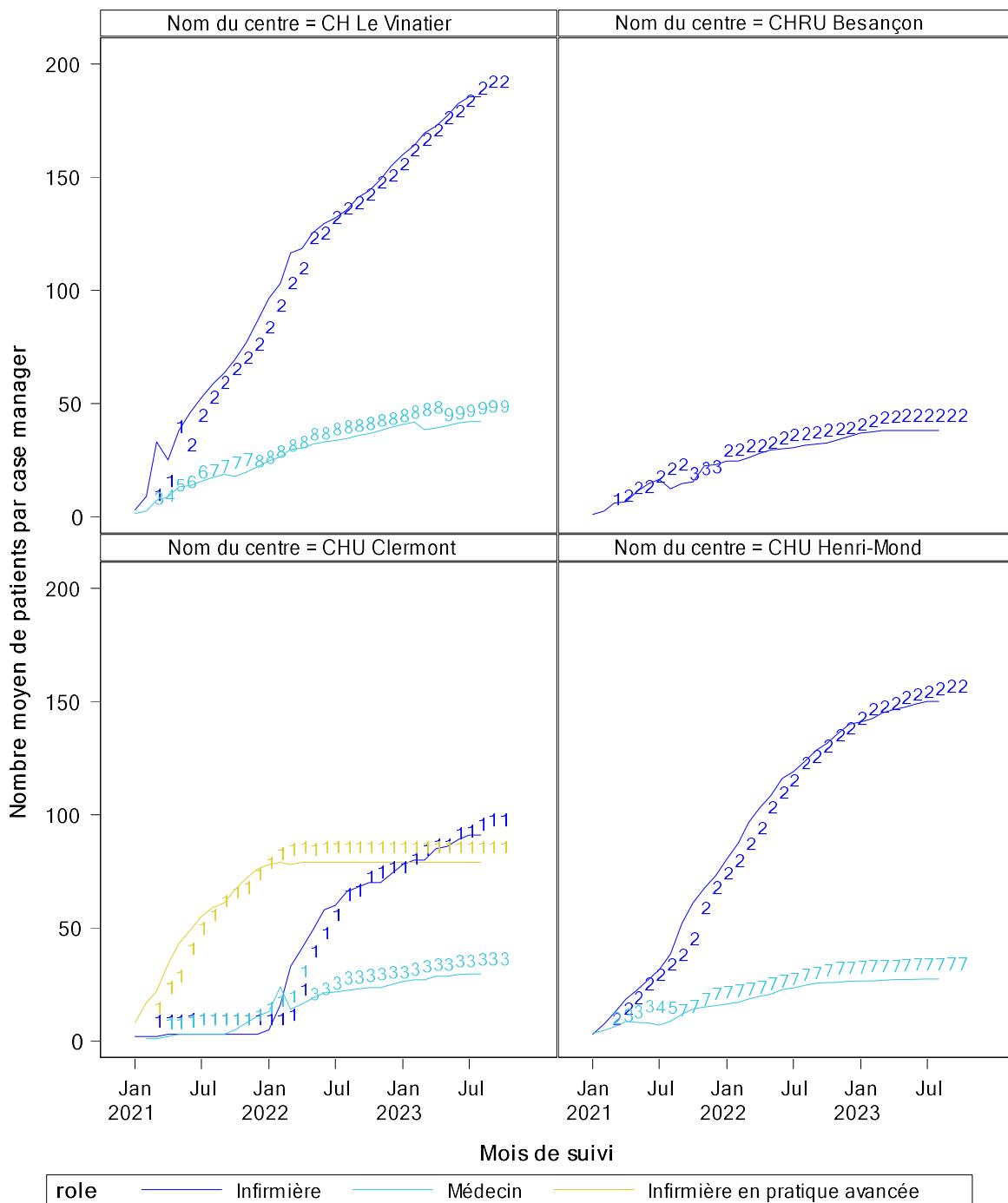


Figure 10. Nombre de patients suivis par semestre, par centre et par type de case manager (nombre de case manager sur la courbe)

Au total, on constate une implication médicale contenue et une forte protocolisation du travail infirmier (en l'occurrence matérialisée par l'outil MentalWise), permettant une délégation de tâches. Par contraste avec la pratique courante, PassportBP introduit un impératif de suivi rapproché post-annonce ; les représentants d'usagers ont pu témoigner de leur expérience hors PassportBP, où de manière régulière le patient n'est pas accompagné à l'issue de la consultation de pose du diagnostic. L'articulation avec le centre expert offre au contraire un relais important aux

patients, leur permettant de garder un lien avec un professionnel disponible et donc de s'engager dans une voie de remédiation.

En termes de révision du calibrage, le besoin en temps médical dépend de l'articulation avec le centre expert (du point de vue de l'évaluateur, il y a un dédoublonnement possible entre le bilan d'inclusion spécifique à PassportBP et les expertises assurées en routine) et de l'organisation de la réponse aux apparitions de signaux : dans l'absolu, le case manager pourrait s'adresser au psychiatre traitant en cas d'émergence d'un trouble plutôt qu'à un médecin dédié, si le partenariat « case manager – psychiatre traitant » était protocolisé d'une manière plus proche du fonctionnement actuel de la télésurveillance.

1.6. Télémédecine et articulation avec les professionnels de ville

Le cahier des charges prévoit que les médecins traitants et autres professionnels de ville puissent interagir avec la case manager ainsi que le psychiatre du centre expert, sous la forme d'une téléexpertise. Le cahier des charges évoque également la mobilisation de messageries sécurisées en santé (MSS) pour les échanges entre les différents acteurs de la prise en charge.

Néanmoins, la téléexpertise telle que prévue et le recours aux messageries sécurisées ont été délaissés en cours d'expérimentation. Le recours aux messageries sécurisées en santé pour les échanges entre professionnels au sujet d'un patient reste tributaire de son déploiement plus général au sein des équipes de psychiatrie hospitalière ; parmi les sites rencontrés, la MSS était encore peu utilisée par les hospitaliers.

Aucune des équipes projets des différents établissements n'utilisent ce type d'outil, du moins de manière spécifique à l'expérimentation. Par ailleurs, les échanges avec les professionnels de ville visent essentiellement les psychiatres libéraux : la capitalisation des liens existants avec les médecins traitants dans le cadre des dispositifs de soins partagés en psychiatrie (DSP) ni la mobilisation du pharmacien hospitalier pour le partage des informations avec les pharmaciens d'officine ne se sont mis en œuvre, malgré leur inscription au cahier des charges.

Les échanges avec le patient et les professionnels de santé se font majoritairement par courriel, téléphone ou Tchat. Les professionnels sont conscients de la fragilité du recours aux courriels en termes de protection des données personnelles **mais observent que de nombreux patients privilégient le recours à leurs propres outils (en l'occurrence le mail non sécurisé ?) pour échanger sur leur situation.**

L'effort d'articulation avec le psychiatre traitant apparaît très inégal entre les différents établissements. De façon générale les professionnels libéraux se montrent peu disposés à échanger, à l'exception de quelques psychiatres et médecins traitants. Ils ont toutefois fait l'objet d'une communication systématique de la part des case managers. Ces éléments soulignent la nécessité de mieux structurer la coordination avec les professionnels de ville et la rupture que représente PassportBP par rapport aux fonctionnements habituels hôpital/libéraux en psychiatrie.

Parmi les 941 patients inclus dans la population de l'expérimentation, une grande majorité, soit 839 patients (89,2 %), ont bénéficié d'au moins une consultation avec un psychiatre libéral au cours du suivi.

1.7. Déroulement de la modélisation économique

1.7.1. Degré de mise en œuvre des tarifs dérogatoires

Les objectifs de développement d'un forfait au parcours de soins de la prise en charge post-hospitalisation ne sont que partiellement atteints. Seule la 1^{ère} phase de l'innovation financière, qui prévoit la mise en place du financement forfaitaire, a été entamée. S'agissant du modèle économique, la bascule sur les forfaits par patient a été réalisée pendant la seconde année pour les exploitants de solutions numériques et à partir de 2023 pour les établissements. La 2^{ème} phase devait permettre l'instauration d'un financement rétrospectif au parcours de soin. **De facto, le financement du projet repose essentiellement sur les crédits d'amorçage.**

Avant la mise en œuvre de la 1^{ère} phase, il a été fait le choix d'accorder aux sites un montant fixe : La négociation avec la CNAM sur la convention de financement a conduit à adopter un modèle différent pour le financement des outils numériques, qui repose sur une forme d'abonnement annuel par patient suivi, alors que le financement des ressources humaines et des autres frais engagés par les établissements de santé pour l'expérimentation relève d'une dotation. Ce choix a conduit à un **désalignement des objectifs des parties prenantes** du fait de l'asymétrie de financement entre les éditeurs de logiciel et les établissements.

Par ailleurs, **les équipes suggèrent que le calibrage apparaît un peu restreint sur le volet médical et pharmaceutique et l'évaluateur renvoie en cela au point précédent. L'absence d'implication des pharmaciens sur les différents sites ne semble pas découler en premier d'une problématique économique.**

Le projet fournit un retour d'expérience sur la conduite de projets multi-sites relevant de l'article 51, notamment en ce qui concerne les processus administratifs. Les directions administratives des 4 sites ont évoqué le **manque de préparation et de concertation interne aux établissements lorsque l'engagement à soutenir l'expérimentation a été signé**, et cela a eu des répercussions sur le démarrage d'un tel projet. Les conventions d'amorçage ont été signées à l'automne 2020. Au-delà des crédits d'amorçage, versés par site, la convention prévoit que FondaMental représente les quatre sites et centralise les financements. Cependant de ce fait, les établissements ne sont pas partis à la convention et le CHU manque de visibilité sur les modalités de remontée des données de facturation auprès de FondaMental.

L'appui au conventionnement, à la budgétisation et à la facturation, le soutien en ingénierie de projet, le recrutement sont des processus qui n'ont pas été anticipés. Ceci a entraîné des **délais en interne et des incompréhensions, voire des arbitrages défavorables au projet** : à titre illustratif, la reprise des projets en appliquant les taux de frais de gestion et les ratios de coût/ETP internes à l'un des CHU a réduit les moyens finalement alloués à l'expérimentation. Les délais ont porté sur les recrutements, conditionnés par certains sites au versement des crédits d'amorçage, eux-mêmes suspendus à la signature de la convention de financement ; d'autres délais ont aussi été engendrés par la formation préalable prévue par l'expérimentation au travers d'un Diplôme Universitaire de case management.

De même, un avenant au projet, signé en 2023, a acté une réduction de la somme allouée aux établissements sous forme de crédits d'amorçage en contrepartie de la mise en place de forfaits annuels par patient. Or, les équipes n'ont que très tardivement (2^e trimestre 2024) commencé à

facturer les forfaits patients prévus dans le nouveau modèle, faute d'information relayées aux fonctions médico-administratives des établissements sur la démarche à suivre, notamment en ce qui concerne le recueil de l'activité. Aucun des 4 sites n'a engagé cette facturation en 2023.

1.7.2. *Appréciation des coûts et du forfait*

L'évaluateur a pu prendre connaissance des états budgétaires de trois des quatre sites expérimentateurs (CHU de Besançon, CHRU de Clermont-Ferrand et CH Le Vinatier), qui témoignent d'une consommation dans l'ensemble conforme aux prévisions de dépenses et donc couverts par les crédits d'amorçage et d'ingénierie. Le projet a rencontré quelques aléas ou imprévus, tenant par exemple à la prise en charge des frais de formation en DIU et aux différences d'appréciation des frais indirects de gestion entre établissements expérimentateurs, ou encore la justification du coût à l'ETP retenu dans le cahier des charges.

Comme évoqué ci-dessus, les travaux de déclinaison plus précise des tarifs applicables à Passport BP, menés entre l'équipe nationale projet A51 et le porteur, ont concentré le tarif sur la part numérique des dépenses du projet, et exclu les dépenses de personnel qui constituent néanmoins la part très prépondérante des coûts. Le modèle forfaitaire n'a été rendu applicable aux établissements que très récemment. Ainsi, les établissements, à l'heure de l'évaluation finale, n'ont pas de revenu lié à la facturation. Les crédits d'amorçage n'ayant été conçus pour financer la totalité de l'expérimentation, les 4 sites expérimentateurs présentent un déficit transitoire sur le projet Passport BP.

La mise en œuvre tardive du modèle forfaitaire a une double conséquence dans une perspective de reproductibilité ou de généralisation :

- **Les moyens humains ne sont pas proportionnés à l'activité** et restent donc dans une approche par dotation (ce qui a guidé le contrôle budgétaire dans les établissements, les dépenses – en particulier la masse salariale - correspondant à la dotation allouée). On observe des quotités d'ETP médicales et paramédicales très variables en fonction des sites. Par exemple, le bilan du CH Le Vinatier fait état d'un temps médical aussi élevé que le temps infirmier, soit environ 4 ETP au total. En revanche, au CHRU de Clermont-Ferrand le ratio s'élevait à un peu moins d'un ETP médecin pour deux ETP infirmiers.
Ces résultats limitent la perspective de l'évaluation finale, qui sera en mesure d'apprécier un ratio de file active/ETP, et donc un coût moyen, mais pas d'établir les conséquences d'un mode de tarification à la file active. Les effets incitatifs/désincitatifs entraînés par un tel « abonnement » ne pourront être appréciés, à la différence d'autres projets article 51 dans lesquels l'atteinte des objectifs d'inclusion conditionne directement l'équilibre économique du porteur de projet.
- Les **éditeurs partenaires peuvent se trouver fragilisés car leur propre rémunération est soutendue par la mobilisation d'une file active importante**; il y a une discordance dans l'intérêt des différents acteurs à l'activité. C'est cette fragilisation qui explique, en partie, la décision de Sêmeia de mettre à disposition des compétences infirmières pour assurer la prospection de patients, parmi ceux déjà connus des établissements expérimentateurs.

Enfin, il est à noter que les charges induites n'impactent pas à niveau équivalent le bilan des différents établissements. En effet, ces charges s'élèvent à 15% du projet pour deux des sites, et à près de 3% pour le troisième site.

D'après le nombre de patients et le montant des forfaits, le maintien des forfaits dans les conditions initialement prévues ne permettrait pas de combler de déséquilibre économique des sites expérimentateurs. L'intéressement, faute d'avoir été spécifié, ne peut contribuer à la réduction du déficit ; et quoiqu'il en soit, l'esprit d'incitation financière inhérent à un tel intéressement ne semble pas avoir de justification dans le projet : l'engagement des professionnels est manifeste, tout autant qu'il ne comporte aucun lien avec une quelconque forme d'incitation tarifaire.

1.8. Organisation de projet

Eu égard à sa répartition sur 4 sites, à l'ampleur des moyens engagés et à l'implication de partenaires issus de différents contextes, PassportBP suppose une coordination importante.

Le positionnement de FondaMental en coordination d'ensemble joue un rôle important à cet égard, et ce rôle ressort encore plus fortement dans le démarrage que dans la phase de conception du projet. C'est au niveau de FondaMental qu'une chefferie de projet a été constituée et que les crédits ont été progressivement centralisés. La gouvernance du projet s'est néanmoins fortement adossée à celle de la Fondation, d'autant que les 4 sites expérimentateurs y sont représentés.

La gouvernance spécifique au projet repose sur 4 vecteurs :

- **Un coordonnateur a été spécifiquement recruté à temps plein au sein de FondaMental** dans les mois qui ont suivi l'approbation ministérielle pour le démarrage ; l'expérimentation a néanmoins connu un aléa avec le départ anticipé de la personne recrutée début 2020, dont le remplacement n'a pas abouti du fait des confinements COVID successifs ; c'est une autre personne au sein de l'équipe administrative de FondaMental qui a pris le relais, sur une quote-part de son temps. Cette solution, initialement transitoire, a été pérennisée car le projet est ensuite entré dans une phase de routine, nécessitant moins de coordination inter-sites qu'au démarrage.
- Sur le plan décisionnel, le projet dispose **d'un comité stratégique qui n'a toutefois pas été amené à se réunir formellement**. En réalité, les échanges entre membres du comité stratégique ont été fréquents du fait du nombre important de sujets opérationnels à traiter, ce qui a limité l'intérêt de cette instance ; cela a engendré un fonctionnement plus informel, et notamment des arbitrages entre FondaMental et le Ministère qui semblent avoir été inégalement communiquées auprès des Directions des établissements expérimentateurs (cf. révision des forfaits).
- C'est donc sur le plan opérationnel que la gouvernance a connu sa plus forte activité à partir de 2021, avec une instance se réunissant à un rythme mensuel par visioconférence. Dans un premier temps, les échanges étaient orientés sur l'arbitrage de l'ensemble des sujets nécessaires au démarrage : décisions en matière de formation, de paramétrage des SI et de construction du PPS, d'organisation des équipes se sont succédé. La composition de ce groupe s'est graduellement modifiée, réunissant au départ les membres du comité stratégique et transférant cette participation vers les case-managers au fil de l'avancement. Le principe des rendez-vous mensuels a été pérennisé tout au long de l'expérimentation, jusqu'à aborder les modalités de clôture en fin d'expérimentation.

- Enfin, il faut signaler des instances ad hoc qui n'étaient pas initialement prévues : c'est le cas de la concertation avec les directions des 4 établissements expérimentateurs, en particulier pour faire aboutir le conventionnement avec la CNAM et pour avancer sur le modèle économique ; c'est également le cas dans la relation avec l'administration centrale, avec une fréquence de concertation assez significative portant sur les mêmes sujets (financements, conventionnement, progression des inclusions, déclaration CPP etc.).

Néanmoins, à l'échelle inter-établissements, il est **difficile de parvenir à une organisation homogène du projet sur tous les aspects**. En effet, le porteur de projet n'a pas la capacité d'imposer des décisions aux directions d'établissements des sites expérimentateurs. Il ne dispose pas non plus de la maîtrise de la gestion opérationnelle des ressources financières attribuées aux établissements. De ce fait, **les organisations sont très sensibles aux évolutions de responsables et leurs objectifs**.

Enfin, il semble important de noter que l'expérimentation a **favorisé la construction de nouveaux projets entre les différentes parties prenantes**. De nombreux projets ont émergé de la collaboration entre HumansMatter et FondaMental, notamment dans le champ de la prévention (syndromes post-traumatiques, santé mentale des étudiants, etc.). De la même façon, le partenariat entre FondaMental et Sêmeia se poursuit au-delà de l'expérimentation article 51. Sêmeia intervient notamment en appui à FondaMental pour la réalisation d'études cliniques nécessaires à la reconnaissance de leurs dispositifs médicaux.

Rapport final
Passport bipolaire

2.Axe 2 : Efficacité et efficience

Le second axe vise à apprécier de manière quantitative les effets du suivi Passport BP sur les patients en termes d'état de santé général, d'observance des traitements et de consommations de soins. Sur un angle plus qualitatif, il vise également à recueillir l'expérience et le vécu des patients et des acteurs impliqués dans le dispositif. L'analyse des consommations de soins suggère des effets positifs parfois importants du suivi rapproché proposé par PassportBP :

- Amélioration de l'état des patients au regard des échelles administrées chaque trimestre par l'équipe de soins, en matière de dépression, de risque maniaque et de capacités fonctionnelles. Cette amélioration se concentre sur les premiers trimestres d'inclusion et tend à rester stable au-delà de la première année. Pour rappel, les patients étaient stables au moment de l'inclusion et cette amélioration est donc d'autant plus remarquable qu'elle s'apprécie donc par rapport à l'état habituel du patient.
- Réduction du recours à l'hospitalisation, à la fois en psychiatrie et en soins somatiques : alors que 4 patients sur 10 avaient été hospitalisés en PSY sur la période précédant l'inclusion dans PassportBP, seuls 2,5 patients sur 10 ont eu recours à l'hospitalisation en psychiatrie sur la période d'inclusion. Pour tenir compte de l'étalement des inclusions dans le temps, les durées observées anté-inclusion ont été proportionnées à la période effective d'inclusion à PassportBP.
- On constate la même baisse pour l'hospitalisation en urgence MCO, qui diminue d'un tiers environ, et pour les indemnités journalières.

Dans le même temps, l'analyse des données recueillies par les équipes de soins montre aussi la difficulté à respecter le rythme initialement prévu : le recueil des différentes échelles s'amenuise assez rapidement au-delà des premiers trimestres et le retard pris dans les inclusions aggrave ce phénomène, en ne permettant pas l'observation pluriannuelle initialement escomptée.

Ces constats sur l'efficacité et l'efficience peuvent être complétés sur le plan plus qualitatif :

- Les patients et professionnels de santé impliqués dans Passport BP observent des effets positifs sur l'acceptation du diagnostic, le suivi des comorbidités et l'accès aux dispositifs d'expression des patients. Ils constatent également des durées d'hospitalisation plus courtes, du fait d'une meilleure anticipation et de la définition d'objectif précis pour ces hospitalisations.
- Passport BP semble également entraîner des conséquences positives sur les compétences des psychiatres et autres professionnels libéraux du territoire, la coordination entre l'équipe hospitalière et les professionnels de ville.
- L'équipe Passport BP joue un rôle limité dans l'ajustement thérapeutique. Les actions entreprises dépendent principalement des initiatives individuelles des psychiatres impliqués dans le dispositif, en collaboration avec le Centre expert.
- L'IDE case-manager doit permettre l'orientation des aidants, lorsqu'un besoin est exprimé, tout en favorisant une relation bilatérale et relativement préservée avec le patient inclus dans Passport BP.
- Les patients se montrent satisfaits du suivi offert par Passport BP, tant dans la dimension numérique que dans l'accompagnement par un case manager, constat conforté par l'amélioration des échelles d'anxiété et d'irritabilité évoquées à l'axe 1.

2.1. Rappels méthodologiques sur les indicateurs de résultat de l'expérimentation

A la suite de la publication de l'arrêté autorisant l'expérimentation, le porteur de projet a précisé les modalités organisationnelles de la prise en charge des patients ainsi que les outils de recueil clinique qui seraient utilisés. Ces choix ont été exposés dans un dossier soumis au Comité de Protection des Personnes, à l'initiative des porteurs.

Cette section précise les objectifs suivants en termes évaluatifs :

- étudier l'effet d'un plan personnalisé de soins « Passport BP » intégrant l'utilisation d'une solution de télésuivi au cours d'une période d'observation allant de 12 à 36 mois chez des patients souffrant d'un trouble bipolaire sur :
 - **Le taux de rechutes** (en comparaison à une même période précédant l'inclusion au programme)
 - **Le nombre d'hospitalisations** (en comparaison à une même période précédant l'inclusion au programme)
 - **La durée des hospitalisations** (en journées/ an) (en comparaison à une même période précédant l'inclusion au programme)
 - **Le nombre de tentatives de suicide** (en comparaison à une même période précédant l'inclusion au programme)
 - **L'évolution de la symptomatologie dépressive et maniaque** (entre la visite initiale et la dernière visite réalisée)
 - **L'évolution du fonctionnement psychosocial** (entre la visite initiale et la dernière visite réalisée)
 - **L'évolution du nombre de journées d'arrêt de travail** (en journées/an) pour les participants actifs à l'inclusion (entre la visite initiale et la dernière visite réalisée)
- comparer l'effet du plan personnalisé de soins « Passport BP » intégrant l'utilisation d'une solution de télésuivi avec ou sans l'utilisation de l'application smartphone dédiée sur les différentes variables citées précédemment
- mesurer le niveau d'adhésion au plan personnalisé de soins « Passport BP » (taux de réalisation des consultations et des examens recommandés).

Le protocole d'évaluation a intégré ces ajustements, ainsi que les choix méthodologiques (grilles d'auto- et hétéro-évaluation) qui ont été effectués par le porteur de projet pour décliner les orientations ci-dessus.

Quelques remarques ont été formulées par les case-managers sur le choix des outils de recueil. C'est notamment le cas du remplissage du **questionnaire FAST qui s'avère non adapté à une partie des patients** : en effet, il comporte des questions relatives à la situation professionnelle alors qu'une partie des patients n'ont pas d'activité professionnelle. Cela conduit les IDE à adopter des contournements sur le questionnaire afin de ne pas soumettre aux patients des questions manifestement dénuées d'objet. Il conviendra d'être vigilant sur l'interprétation de ces données lors de l'évaluation quantitative.

2.2. Bénéfice du case management au regard des indicateurs cliniques recueillis

2.2.1. Evolution des échelles auto-évaluées (EVA)

Note de lecture

La Figure 11 représente l'évolution des scores absous de chaque échelle en fonction de la semaine de suivi.

Une diminution progressive du score d'anxiété est observée dans les premières semaines, en lien avec une amélioration de l'état de santé des patients. Le score d'anxiété, initialement au-dessus de 3 (sur 5), décroît rapidement pour atteindre environ 2,5 à la 25^{ème} semaine (soit environ 6 mois), avant de se stabiliser. De même pour le score d'irritabilité qui passe initialement de 2,5 à une valeur stable autour de 1,5 après la 25^{ème} semaine. Ces évolutions sont cohérentes avec la pratique clinique pour une population de patients hétérogènes en termes de stades de la pathologie.

En revanche, les scores liés à l'énergie, l'humeur et la durée du sommeil affichent une moindre variabilité au cours du suivi, sans changements notables, évoluant autour de 1 (Figure 11).

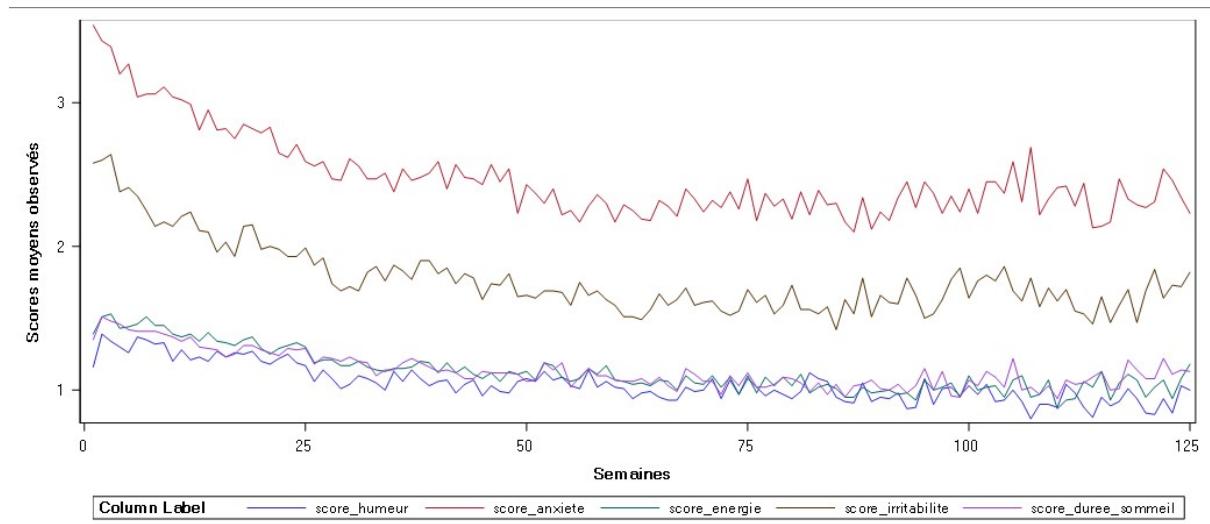


Figure 11. Evolution des échelles de score EVA au cours du suivi, par semaine de suivi

2.2.2. Evolution des scores hétéroévalués

Note de lecture

L'ensemble des analyses qui suivent tient compte des précautions exprimées précédemment sur le taux de remplissage des scores, cf. axe 1. En effet les évolutions de score n'ont pu être analysées que sur les patients pour lesquels l'administration du questionnaire était présente à chaque trimestre de l'analyse. Ainsi, il est probable que les patients les plus stables soient exclus de cette analyse.

De plus, comme le motif d'arrêt d'administration du questionnaire n'était pas connu, un effet d'attrition était présent mais non mesurable.

Le score moyen FAST montrait une diminution prononcée, allant de 25,0 au premier trimestre à environ 15,0 au dixième trimestre, ce qui reflète une amélioration des capacités fonctionnelles au fil du temps. Le score moyen YMRS diminuait également progressivement de 3,0 au premier trimestre à environ 1,0 au dixième trimestre, suggérant une amélioration des symptômes maniaques au fil du suivi. Enfin, le score moyen QIDS passait de 7,5 au premier trimestre à environ 5 au dixième trimestre, indiquant une réduction des symptômes dépressifs après l'inclusion (Figure 12).

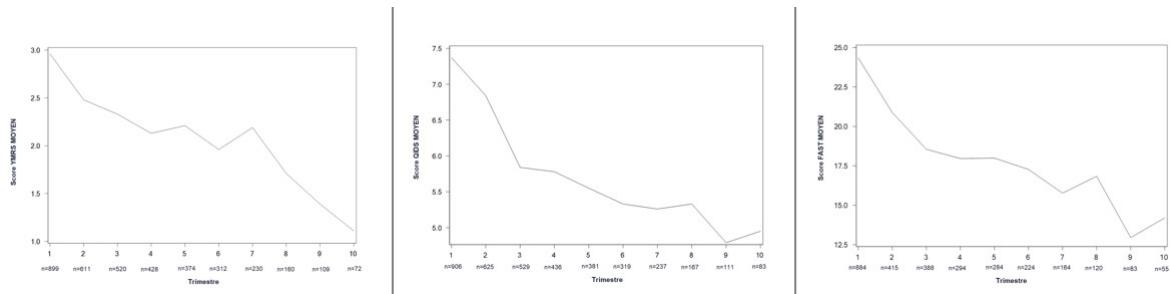


Figure 12. Evolution des scores FAST, QIDS et YMRS, par trimestre de suivi

2.2.3. Impact de l'évolution des scores par trimestre sur les risques de réhospitalisation

L'analyse de l'association entre l'évolution des scores FAST, QIDS et YMRS au cours du temps par rapport au risque de réhospitalisation en MCO ou en psychiatrie ne montrait aucune association.

2.2.4. Corrélation entre durée d'administration des scores et durée de suivi

Note de lecture

La Figure 13 croise les durées de suivi maximales des patients et les durées jusqu'au dernier score renseigné (QIDS, FAST, YMRS ou EVA). La Figure 14 croise les durées jusqu'au dernier score EVA et les durées jusqu'au dernier score renseigné (QIDS, FAST ou YMRS). Ainsi, quel que soit le graphique, chaque patient est représenté par un point.

Les points situés sur la diagonale du graphique ont une concordance parfaite entre le dernier score renseigné et la fin de suivi (Figure 13) ou entre le dernier score QIDS, FAST ou YMRS et le dernier score EVA (Figure 14).

Plus un point est situé en bas du graphique, plus il correspond à des patients dont le recueil des scores QIDS, FAST, YMRS ou EVA a été arrêté tôt dans le suivi (Figure 13) ou dont le recueil des scores QIDS, FAST, YMRS ou EVA a été arrêté tôt par rapport aux scores EVA (Figure 14).

Ce graphique ne permet pas d'observer la cadence de remplissage, qui a été présentée dans une section précédente.

Cette analyse a été déclinée par centre expérimentateur, dont les résultats sont présentés dans le 6.

Rapport final Passport bipolaire

La diagonalité observée sur la Figure 13 suggère que pour une proportion significative des patients, l'administration d'au moins une échelle s'est prolongée jusqu'à la fin du suivi global. Cependant, une dispersion notable sous la diagonale indique qu'un certain nombre de patients n'ont pas continué à renseigner les scores jusqu'à la fin de leur période de suivi.

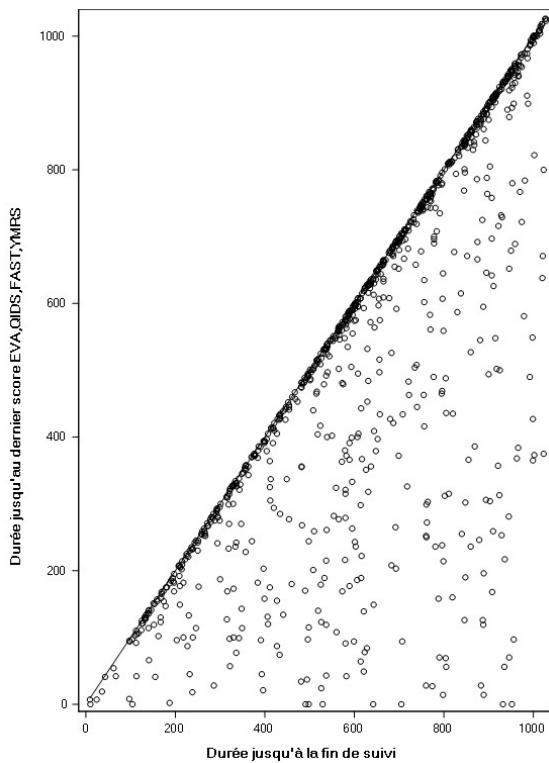


Figure 13. Croisement entre les durées de suivi maximales des patients et les durées jusqu'au dernier score EVA, QIDS, FAST, YMRS

De même, une forte corrélation semble être observée entre la durée d'administration des échelles FAST, QIDS et YMRS et des échelles EVA (Figure 14). Cependant, une dispersion plus importante est visible au-dessous de la diagonale, indiquant que certains patients continuent à renseigner les scores EVA plus longtemps que ceux des autres échelles.

Rapport final Passport bipolaire

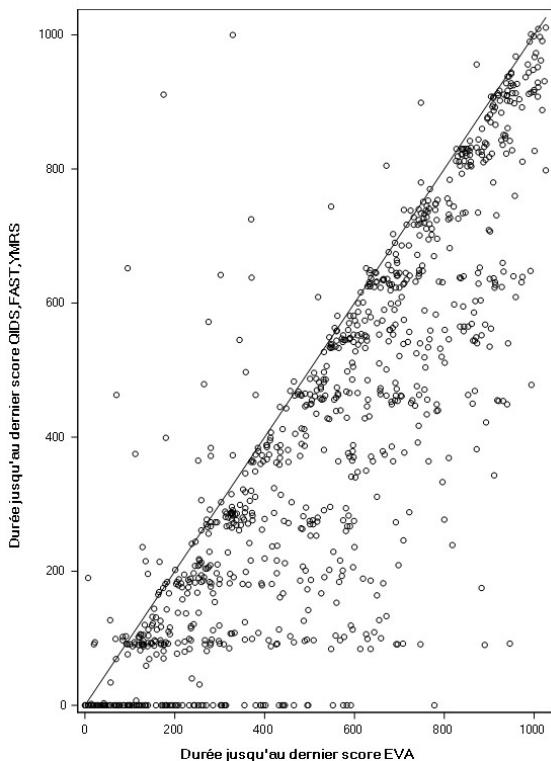


Figure 14. Croisement entre les durées jusqu'au dernier score EVA et les durées jusqu'au dernier score EVA (QIDS, FAST ou YMRS)

Ces éléments pourraient corroborer ce qui était montré précédemment à savoir une diminution du remplissage des EVA concomitante à l'amélioration de l'état de santé psychique des patients au cours de l'expérimentation.

Plus de la moitié des patients (51,8 %) présentent un écart inférieur à une semaine entre la fin du suivi et le dernier score renseigné, mais cette proportion varie selon les centres. Le CHRU Besançon enregistre la proportion la plus élevée de patients avec un écart inférieur à une semaine (62,0 %), suivi de près par le CHU Clermont (54,1 %) et le CH Le Vinatier (53,3 %). Le CHU Henri-Mondor, en revanche, affiche une proportion plus faible pour cette catégorie (45,9 %), suggérant une moindre continuité dans l'utilisation des échelles dans ce centre.

Pour les écarts supérieurs à un an, une variabilité importante est également observée. Le CHU Clermont (12,2 %) et le CHU Henri-Mondor (12,1 %) enregistrent les proportions les plus élevées de patients présentant ces écarts prolongés, tandis que le CHRU Besançon enregistre la proportion la plus faible (2,5 %), suivi du CH Le Vinatier (9,7 %). **Ces résultats suggèrent que les centres diffèrent dans leur capacité à maintenir les patients engagés dans le remplissage des scores sur le long terme.**

Les catégories intermédiaires (écart compris entre 7 jours et 1 an) montrent également des disparités. Par exemple, le CHU Henri-Mondor affiche la proportion la plus élevée d'écarts compris entre 6 mois et 1 an (14,3 %), tandis que le CHRU Besançon reste plus homogène, avec des proportions plus faibles dans toutes les catégories intermédiaires (6).

Tableau 6. Description des durées maximales de suivis entre scores QIDS/FAST/YMRS/EVA et durées de suivi

| Variables | Modalité | CH Le Vinatier (N=383) | CHRU Besançon (N=79) | CHU Clermont (N=172) | CHU Henri-Mondor (N=307) | Total (N=941) |
|---|---------------------|------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|----------------------|
| Ecart entre la durée de suivi totale et le dernier score renseigné (en jours) | Manquant | 1 | 1 | 1 | 0 | 3 |
| | N | 382 | 78 | 171 | 307 | 938 |
| | Moyenne (\pm ET) | 99,6 (\pm 190,1) | 52,1 (\pm 116,4) | 100,4 (\pm 192,2) | 117,0 (\pm 182,7) | 101,5 (\pm 183,6) |
| | Min; Max | 0,0; 952,0 | 0,0; 629,0 | 0,0; 932,0 | 0,0; 876,0 | 0,0; 952,0 |
| | Médiane (Q1; Q3) | 6,0 (2,0; 86,0) | 6,0 (2,0; 19,0) | 6,0 (3,0; 64,0) | 12,0 (4,0; 198,0) | 6,00 (3,0; 112,0) |
| Ecart entre la durée de suivi totale et le dernier score renseigné (en classes) | 0j-7j | 204 (53,3%) | 49 (62,0%) | 93 (54,1%) | 141 (45,9%) | 487 (51,8%) |
| | 7j-3m | 85 (22,2%) | 17 (21,5%) | 39 (22,7%) | 65 (21,2%) | 206 (21,9%) |
| | 3m-6m | 18 (4,7%) | 5 (6,3%) | 6 (3,5%) | 20 (6,5%) | 49 (5,2%) |
| | 6m-1a | 39 (10,2%) | 6 (7,6%) | 13 (7,6%) | 44 (14,3%) | 102 (10,8%) |
| | >1a | 37 (9,7%) | 2 (2,5%) | 21 (12,2%) | 37 (12,1%) | 97 (10,3%) |

2.2.5. Perception des bénéfices par les acteurs, professionnels et patients

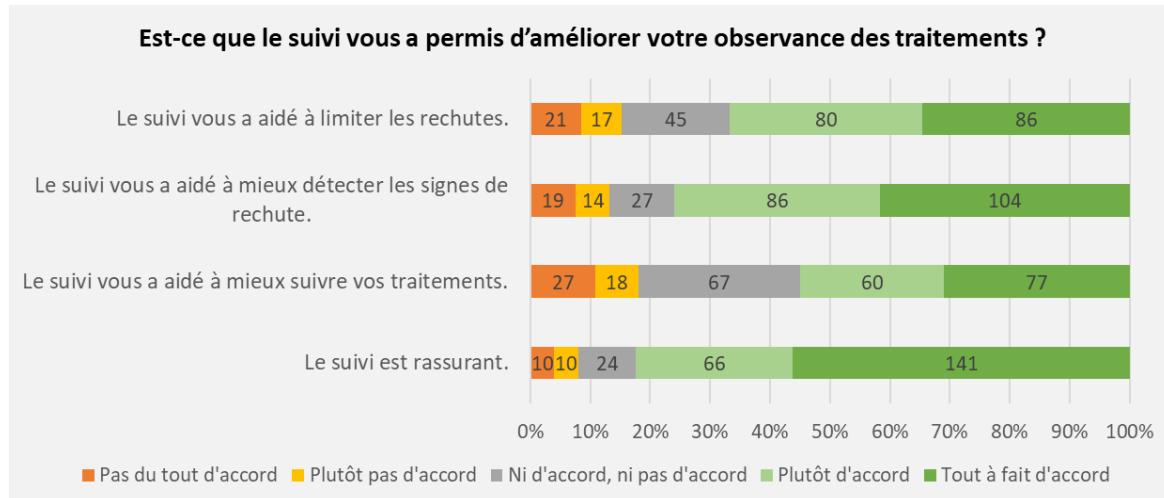
Les équipes rencontrées sur les différents sites adhèrent aux objectifs exprimés par l'expérimentation, qu'il s'agisse de la diminution des rechutes et de leur intensité, et fournissent de premiers témoignages d'épisodés ayant pu être prévenus grâce au dispositif PassportBP. En revanche, les professionnels mettent en évidence d'autres bénéfices à signaler, détaillés ci-après : **l'acceptation du diagnostic, le suivi des comorbidités et l'accès aux dispositifs d'expression des patients.**

Le suivi rapproché assuré par l'équipe Passport BP facilite **l'acceptation du diagnostic par les patients**. Ces derniers prennent conscience plus rapidement du caractère grave de la maladie et de la nécessité d'être réactif face aux symptômes. La disponibilité des case-managers permet de prolonger la consultation d'annonce et d'accompagner la prise de conscience auprès du patient. Les case-managers ont ainsi l'impression de mieux gérer l'impact de l'annonce et de pouvoir accompagner le patient de manière plus progressive. Il est attendu de cette meilleure gestion de l'annonce que le patient opère des ajustements dans sa vie quotidienne.

Les case-managers ont évoqué **l'intérêt des échelles dans ce processus d'acceptation** et la place particulière qu'occupe le premier épisode que connaît le patient après l'annonce ; en effet, certains patients resteraient dans une forme de déni même s'ils acceptent de renseigner des échelles d'autoévaluation dans le cadre de Passport BP. Dans ce cas, les échelles et leur historique, disponible dans l'outil MentalWise, fournissent un bon moyen supplémentaire de retour d'expérience et de prise de conscience : les case-managers confirment que l'historique permet de retracer les symptômes annonciateurs d'une crise. Par extension, ils mettent l'accent – auprès du patient – de

l'intérêt des EVA en tant que signaux précurseurs d'une crise et fournissent au patient la possibilité de réagir, avec l'appui des case-managers et en interaction avec le médecin traitant. L'alliance thérapeutique se construit progressivement et la première crise permet un véritable retour d'expérience avec le patient, à la suite duquel l'acceptation de la pathologie (puis d'un suivi) se trouve renforcé.

L'enquête en ligne diffusée auprès des patients en évaluation finale met en lumière l'impact du suivi infirmier sur la **détection des signes de rechute**. 76% des répondants considèrent mieux identifier les signes prodromiques depuis leur suivi dans l'expérimentation. De plus, 67% des répondants pensent que Passport BP a permis de **limiter les rechutes**.



L'expérimentation met aussi en évidence les lacunes en matière de suivi des comorbidités chez les personnes atteintes de troubles bipolaires et participe à les combler en améliorant l'adressage des patients inclus dans l'expérimentation. Les case-managers ont notamment mis en avant l'orientation vers les bilans gynécologiques, les dépistages périodiques (cancer, ...), le suivi des addictions, du diabète ou vers la diététique, par exemple. Elle permet aussi d'inciter à l'activité physique : à ce sujet, certains case-managers ont rappelé que la prise en charge des soins de support était inégale en fonction des filières cliniques, et ont regretté l'absence de prise en charge financière pour des démarches de sport-santé ou d'accès à un diététicien en citant les possibilités offertes en cancérologie. L'attention portée aux soins somatiques dans le PPS et le dialogue entretenu par les IDE constituent un apport majeur pour ces patients qui sont, plus fréquemment qu'en population générale, concernés par des comorbidités. Par conséquent, Passport BP s'inscrit dans une approche du patient dans sa situation globale et les bénéfices vont au-delà d'une amélioration de leur suivi psychiatrique.

Passport BP se montre également bénéfique pour permettre l'expression des patients sur leur pathologie, en complément à d'autres dispositifs de suivi tels que les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM). Les patients expriment auprès de l'IDE leur sentiment d'isolement et de manque de disponibilité de la part des intervenants habituels (médecin traitant, psychiatre traitant, équipe d'hospitalisation le cas échéant), et leur souhait d'être accompagnés dans les mesures permettant de compléter leur prise en charge. Passport BP s'avère tout à fait adapté à cette demande, notamment grâce au Tchat, aux relances de vive voix en cas de non-remplissage des échelles hebdomadaires, et aux consultations trimestrielles. Les outils numériques permettent une rapidité de réponse en cas de sollicitation, qui est très appréciée par les patients. L'expérimentation Passport BP se montre

particulièrement utile pour les profils anxieux et pour les personnes éloignées géographiquement des centres urbains et pôles de soin psychiatriques.

Plusieurs professionnels ont été surpris favorablement par le retour des patients. D'après eux, ces derniers se montrent **majoritairement enthousiastes sur le suivi et la rapidité d'échange** permis par Passport BP. Ils sont demandeurs d'un suivi rapproché et d'outils leur permettant d'en apprendre davantage sur leur pathologie, avec un mode en « temps réel » que d'autres prises en charge ne prévoient pas.

Sans présumer d'une potentielle diminution des hospitalisations, les équipes observent des durées d'hospitalisation plus courtes, du fait d'une planification anticipée et de la définition d'objectifs précis. En effet, ces hospitalisations programmées permettent la prise en charge dès les premiers symptômes.

Pour finir, le dispositif Passport BP semble avoir un **effet positif sur la situation professionnelle des participants**. Dans le cadre de l'enquête en ligne, parmi les 260 répondants (sur les 918 patients inclus et ayant fourni leur accord pour être sollicités à titre anonyme) :

- 33 personnes déclarent avoir repris une activité professionnelle à temps plein ou à temps partiel (soit 1 personne sur 8) ;
- 38 personnes ont pu maintenir leur activité professionnelle.

Figure 15 Evolution de la situation professionnelle des répondants

| Situation professionnelle lors de la réponse au questionnaire | Situation professionnelle lors de l'inclusion | | | | Total général |
|---|---|------------------------|-------------|-----------|---------------|
| | Emploi à temps plein | Emploi à temps partiel | Sans emploi | Retraite | |
| Reprise d'une activité professionnelle | 3 | 2 | 16 | | 22 |
| Maintien d'une activité professionnelle | 24 | 14 | | | 38 |
| Reprise d'une activité en mi-temps thérapeutique | 1 | 2 | 8 | | 11 |
| Pas d'influence sur votre activité professionnelle. | 31 | 17 | 21 | | 69 |
| Interruption ou réduction de l'activité professionnelle | 10 | 7 | 5 | | 22 |
| Pas d'activité professionnelle | | 1 | 61 | | 62 |
| Vous êtes retraité | | | 7 | 17 | 24 |
| Total général | 69 | 43 | 118 | 17 | 248 |

Source : ACE Santé, Enquête en ligne de recueil de l'expérience patient, Mars 2024.

Ces témoignages, n'ayant pas de vocation représentative, seront étayés dans la suite du rapport par le recueil et l'analyse des perceptions des patients ainsi que des analyses quantitatives des données de santé.

2.3. Mesure de l'évolution de l'état de santé des patients à partir des données du SNDS

Rappel méthodologique

Conformément à la méthodologie décrite supra, les analyses statistiques présentées dans ce chapitre visent à évaluer l'évolution d'une sélection d'indicateurs caractérisant les consommations de soins et l'état de santé des patients, avant et pendant l'expérimentation. Ces indicateurs sont construits à partir du Systèmes National des Données de Santé (SNDS), et couvrent les soins en lien avec les hospitalisations (psychiatrie, MCO), les traitements mais aussi une sélection de remboursements d'intérêt (arrêt de travail, transport). Dans cette analyse, les patients sont ainsi leur propre témoin.

Les patients étant inclus sur l'ensemble de la durée de l'expérimentation, les indicateurs sont calculés de manière à comparer des durées égales entre la période précédant l'inclusion dans l'expérimentation et la période d'accompagnement dans l'expérimentation. Ainsi, pour un patient qui sera resté deux années dans l'expérimentation, il sera observé les événements de même nature (hospitalisation, passage aux urgences, tentative de suicide...) dans les deux années précédant son entrée dans l'expérimentation. Pour un patient maintenu 6 mois, on regardera rétrospectivement la période des six mois avant son inclusion.

L'ensemble des résultats sont présentés dans le Tableau 7.

En synthèse, il ressort de ces analyses une diminution statistiquement significative du nombre de tentatives de suicide (7,6 % avant inclusion vs 3,9 % après inclusion, $p=0,0002$), avec une réduction du nombre moyen de tentatives de suicide par patient (0,14 vs 0,05, $p=0,0002$). Il est à noter également une réduction importante du taux d'hospitalisations complètes en psychiatrie (42,5 % vs 24,8 %, $p<0,0001$) ainsi que du taux d'hospitalisations MCO avec une arrivée par les urgences MCO (21,5 % vs 12,9 %, $p<0,0001$), et enfin du nombre de jours d'arrêt de travail (73 vs 47 jours, $p<0,0001$). Ces diminutions observées sont directement en lien avec l'objectif de l'expérimentation.

Concernant la prise en charge des maladies cardiovasculaires, il a été observé une légère augmentation dans l'administration de traitements cardiovasculaires (24,6 % vs 27,4 %, $p=0,0344$), avec également une augmentation significative du nombre moyen de traitements (2,2 vs 2,8 traitements par patient, $p < 0,0001$). En parallèle, les examens cardiovasculaires ont été moins fréquents après inclusion (44,1 % vs 34,9 %, $p < 0,0001$). De même, on observait une diminution de recours aux actes et consultations externes en MCO, passant de 70,8% à 63,1% ($p<0,0001$)

Tableau 7. Comparaison avant/après inclusion dans l'expérimentation des indicateurs d'évaluation et différences associées

| | Variables | Statistiques | Avant inclusion (N=941) | Après inclusion (N=941) | p-value |
|--|---|----------------------|----------------------------|----------------------------|-------------------|
| Tentative de suicide | Tentative de suicide | n (%) | 71 (7,6%) | 37 (3,9%) | 0,0002 |
| | <i>Nombre de tentative de suicide</i> | <i>Moyenne (±ET)</i> | <i>0,14 (±1,22)</i> | <i>0,05 (±0,27)</i> | <i>0,0002</i> |
| Etablissement psychiatrique | Nombre de jours sous isolement | Moyenne (±ET) | 0,52 (±3,73) | 0,21 (±2,00) | 0,0028 |
| | Hospitalisation complètes en psychiatrie | n (%) | 400 (42,5%) | 233 (24,8%) | <0,0001 |
| | <i>Nombre d'hospitalisations complètes en psychiatrie</i> | <i>Moyenne (±ET)</i> | <i>0,93 (±1,61)</i> | <i>0,64 (±1,79)</i> | <i><0,0001</i> |
| | Hospitalisation partielle en psychiatrie | n (%) | 289 (30,7%) | 264 (28,1%) | 0,1345 |
| | <i>Nombre d'hospitalisations partielles en psychiatrie</i> | <i>Moyenne (±ET)</i> | <i>0,55 (±1,13)</i> | <i>0,48 (±1,13)</i> | <i>0,0554</i> |
| Etablissement hospitalier MCO | Hospitalisation en psychiatrie sans consentement | n (%) | 114 (12,1%) | 60 (6,4%) | <0,0001 |
| | Hospitalisation en MCO | n (%) | 403 (42,8%) | 358 (38,0%) | 0,016 |
| | <i>Nombre d'hospitalisations en MCO</i> | <i>Moyenne (±ET)</i> | <i>0,96 (±2,67)</i> | <i>1,15 (±5,75)</i> | <i>0,1407</i> |
| | Hospitalisation en urgence en MCO | n (%) | 202 (21,5%) | 121 (12,9%) | <0,0001 |
| | <i>Nombre d'hospitalisations en urgence en MCO</i> | <i>Moyenne (±ET)</i> | <i>0,31 (±0,72)</i> | <i>0,18 (±0,53)</i> | <i><0,0001</i> |
| Prise en charge des maladies cardiovasculaires | Hospitalisation en MCO avec 0 nuitée | n (%) | 213 (22,6%) | 222 (23,6%) | 0,594 |
| | <i>Nombre d'hospitalisations en MCO avec 0 nuitée</i> | <i>Moyenne (±ET)</i> | <i>0,42 (±2,28)</i> | <i>0,63 (±3,99)</i> | <i>0,0732</i> |
| | Traitements pour maladies cardio-vasculaires | n (%) | 231 (24,6%) | 258 (27,4%) | 0,0344 |
| | <i>Nombre de délivrances pour maladies cardio-vasculaires</i> | <i>Moyenne (±ET)</i> | <i>2,22 (±5,84)</i> | <i>2,81 (±6,53)</i> | <i><0,0001</i> |
| | Examens cardio-vasculaires | n (%) | 415 (44,1%) | 328 (34,9%) | <0,0001 |
| Prise en charge pour un motif métabolique | <i>Nombre d'examens cardio-vasculaires</i> | <i>Moyenne (±ET)</i> | <i>1,01 (±2,29)</i> | <i>0,76 (±1,51)</i> | <i>0,0028</i> |
| | Hospitalisation pour motif cardio-vasculaire | n (%) | 54 (5,7%) | 52 (5,5%) | 0,8055 |
| | <i>Nombre d'hospitalisation pour motif cardio-vasculaire</i> | <i>Moyenne (±ET)</i> | <i>0,10 (±0,52)</i> | <i>0,12 (±0,68)</i> | <i>0,9888</i> |
| | Hospitalisation pour motif métabolique | n (%) | 78 (8,3%) | 78 (8,3%) | 1 |
| | <i>Nombre d'hospitalisation pour motif métabolique</i> | <i>Moyenne (±ET)</i> | <i>0,15 (±0,69)</i> | <i>0,18 (±0,82)</i> | <i>0,3349</i> |
| Autres soins | Consultations de généralistes en ville | n (%) | 875 (+93,0%) | 873 (92,8%) | 0,8252 |
| | Consultations de spécialistes en ville | n (%) | 816 (86,7%) | 822 (87,4%) | 0,5959 |

Rapport final
Passport bipolaire

| | | | | | |
|--|--|---------------------|---------------------|---------------------|---------|
| | Actes et consultations externes en MCO | n (%) | 666 (70,8%) | 594 (63,1%) | <0,0001 |
| | Nombre de jours d'arrêt de travail | Moyenne (\pm ET) | 72,9 (\pm 161,9) | 47,2 (\pm 118,1) | <0,0001 |
| | Transport sanitaire | n (%) | 358 (38,0%) | 291 (30,9%) | <0,0001 |
| | Lithium | n (%) | 454 (48,3%) | 473 (50,3%) | 0,1486 |
| | Dépistage des addictions | n (%) | 0 (0,00%) | 0 (0,00%) | - |

2.4. Analyse économique au regard des consommations de soins

2.4.1. Considérations préalables au regard des réserves sur la faisabilité du modèle économique

L'analyse des tarifs pratiqués telle qu'évoquée à l'axe 1 aboutit à des réserves sur la capacité du projet à mettre en œuvre un modèle économique viable ; elle permet néanmoins d'établir une première approche des conditions d'un impact économique favorable. Si l'on s'en tient exclusivement à la recherche d'un « point mort » budgétaire lié à la diminution des ré-hospitalisations :

- PassportBP représente 750 € par an dans les tarifs revisités par l'avenant au cahier des charges, dont 600 € pour l'équipe de soins et 150 € pour la télésurveillance
- En reprenant les coûts hospitaliers publiés par l'ATIH⁵ pour 2022, une journée d'hospitalisation à temps complet en PSY ressort à 460 € en médiane, ce qui représente 13,8 k€ de frais d'hospitalisation pour une durée moyenne de séjour de 30 jours
- Chaque hospitalisation évitée annuellement permet ainsi de justifier 19 suivis annuels au format PassportBP (sous réserve que les tarifs soient équilibrés), soit de l'ordre de 5 hospitalisations à éviter pour justifier cent suivis annuels (5%)
- En termes d'ordre de grandeur, on comprend ainsi qu'il faut atteindre une baisse de 5 points du taux de recours annuel à l'hospitalisation pour justifier le projet. Ceci sans prise en compte de tous les autres effets de santé imputables au dispositif, et tout particulièrement des soins somatiques évités... ainsi que des suicides qui correspondent à un risque significatif pour cette pathologie, et ne peuvent être évalués économiquement qu'en leur affectant une valeur tutélaire. L'impact en termes d'indemnités journalières avait été pointé dans le cahier des charges et représente des proportions moindres, même si

L'évaluation du bénéfice économique de PassportBP, au-delà des intérêts qualitatifs qui ont déjà été mentionnés, va donc fortement dépendre de deux paramètres :

- Le niveau de recours à l'hospitalisation par les patients relevant des troubles bipolaires, en gardant à l'esprit qu'une part significative des patients peuvent connaître des rémissions de plusieurs années entre 2 épisodes nécessitant une hospitalisation
- Le degré avec lequel le dispositif PassportBP démontre une diminution de ce taux de recours.

Les échanges avec les équipes de soins ont d'ailleurs évoqué l'intérêt de moduler ce type d'analyse, en rappelant que le suivi de PassportBP peut favoriser des hospitalisations programmées et plus courtes plutôt qu'une décompensation complète transitant par les urgences générales et un séjour prolongé en MCO puis psychiatrie. La fréquence en vie réelle de ce type de parcours reste à apprécier.

⁵ [Référentiel de coût des unités d'oeuvres \(RTC\) | Stats ATIH \(scansante.fr\)](https://www.scansante.fr/referentiel-de-coût-des-unités-d'oeuvres-rtc/)

2.4.2. Analyse des dépenses de soins

Note de lecture

L'analyse de l'évolution des dépenses de santé remboursées par l'Assurance Maladie est présentée en montants mensuels, au total et par grand poste de soins.

L'évolution est calculée de manière similaire à celle de l'état de santé, en comparant des durées égales avant et après l'inclusion dans l'expérimentation. Ces montants ont été calculés en divisant le coût total par la période de suivi.

Une analyse annuelle a également été réalisée, parmi les patients ayant au moins un an de suivi, afin de comparer les économies réalisées au coût de PassportBP qui est de 750€ / an (soit 62,5 € / mois).

L'ensemble des résultats calculés par mois sont présentés dans le Tableau 8 et la Figure 16.

En synthèse, il ressort de ces analyses une nette réduction du coût mensuel en lien avec les hospitalisations. En particulier, les coûts des hospitalisations PSY diminuent fortement (703 € vs 455 €, p<0,0001), ainsi que les coûts des hospitalisations MCO complètes (62 € vs 57 €, p=0,0013). Cette baisse se retrouve de manière nettement plus marquée pour les hospitalisations complètes avec un diagnostic principal ou relié (DP/DR) de troubles bipolaires (30 € vs 8 €, p<0,0001).

Par ailleurs, les dépenses mensuelles de consultations de médecins généralistes enregistrent également une baisse (11 € vs 10 €, p=0,0002), parallèlement à une hausse des consultations de médecins spécialistes (30 € vs 31 €, p=0,0417), laissant supposer une meilleure coordination du parcours de soins.

Les remboursements mensuels de transports augmentent mais de manière non statistiquement significative (19 € à 30 €, p=0,9257).

Enfin, les indemnités mensuelles versées pour les arrêts maladies diminuent fortement (150 € vs 40 €, p<0,0001), parallèlement à une augmentation des indemnités pour invalidité (108 € vs 149 €, p<0,0001). Cette dernière augmentation pourrait être liée à une optimisation du parcours des patients avec une meilleure reconnaissance de leurs droits.

En résumé, l'expérimentation semble associée à une réduction globale des coûts moyens, qui passent de 1 243 € à 945 € par mois (-298 €, p<0,0001).

Rapport intermédiaire
Passeport Bipolaire

Tableau 8. Comparaison avant/après inclusion dans l'expérimentation des coûts mensuels moyens remboursés par l'Assurance Maladie (€), par patient

| | Catégorie de coûts | Avant expérimentation | Après expérimentation | Différence après-avant | p-value |
|------------------------------|---|-----------------------|-----------------------|------------------------|-------------------|
| Soins de ville | Médicaments de ville | 62,7 (±127,7) | 68,7 (±139,1) | 5,99 (±102,04) | 0,0010 |
| | Consultations de ville : Médecin généraliste | 10,7 (±10,5) | 9,6 (±9,6) | -1,02 (±7,99) | 0,0002 |
| | Consultations de ville : Spécialistes | 29,6 (±40,1) | 30,7 (±43,3) | 1,03 (±31,04) | 0,0417 |
| | Actes paramédicaux de ville | 16,0 (±50,5) | 18,9 (±50,3) | 2,90 (±45,90) | 0,1425 |
| | Transports | 18,5 (±77,4) | 29,7 (±121,4) | 18,5 (±77,4) | 0,9257 |
| | Consultations des psychiatres libéraux | 48,1 (±84,0) | 44,1 (±78,3) | -4,08 (±82,21) | 0,2712 |
| | Traitements psychotropes | 26,9 (±34,4) | 28,1 (±34,4) | 1,19 (±26,97) | 0,2820 |
| | Consultations de sage-femme libérale | 0,7 (±4,6) | 0,8 (±4,1) | 0,12 (±5,55) | 0,1117 |
| | Consultations de gynécologues libéraux | 1,1 (±3,5) | 1,2 (±4,0) | 0,11 (±4,47) | 0,7154 |
| Invalidité et arrêts maladie | Invalidité | 107,5 (±316,6) | 148,9 (±360,6) | 41,37 (±225,96) | <0,0001 |
| | Congés maladie | 149,8 (±457,8) | 39,9 (±154,3) | -109,92 (±466,37) | <0,0001 |
| Etablissement Psychiatrie | Hospitalisations complètes en PSY | 617,4 (±1 282,7) | 371,4 (±1 111,5) | -245,96 (±1 424,24) | <0,0001 |
| | Hospitalisations partielles en PSY | 85,6 (±343,2) | 83,8 (±296,5) | -1,83 (±421,88) | 0,7516 |
| | Hospitalisations en PSY (complètes + partielles) | 703,0 (±1 353,9) | 455,2 (±1 200,0) | -247,79 (±1 492,93) | <0,0001 |
| Etablissements MCO | Actes et consultations externes MCO | 15,1 (±28,1) | 12,0 (±21,9) | -3,10 (±22,78) | <0,0001 |
| | Hospitalisations complètes MCO | 62,3 (±166,3) | 56,8 (±242,8) | -5,52 (±258,20) | 0,0013 |
| | Hospitalisations complètes en MCO avec DP/DR de troubles bipolaires | 29,5 (±165,5) | 7,9 (±82,3) | -21,66 (±178,86) | <0,0001 |
| | Hospitalisations de jour MCO | 18,6 (±86,9) | 25,2 (±117,9) | 6,60 (±139,09) | 0,0933 |
| | Hospitalisations de jours en MCO avec DP/DR de troubles bipolaires | 0,5 (±5,3) | 1,5 (±26,2) | 1,05 (±26,66) | 0,8904 |
| | Hospitalisations Total MCO | 84,0 (±201,1) | 88,4 (±307,8) | 4,38 (±323,51) | 0,0526 |

Rapport final
Passport bipolaire

| | | | | |
|-------|---------------------------|-------------------------|----------------------------|---------|
| Total | 1 242,5 ($\pm 1 613,4$) | 945,4 ($\pm 1 424,5$) | -297,13 ($\pm 1 634,96$) | <0,0001 |
|-------|---------------------------|-------------------------|----------------------------|---------|

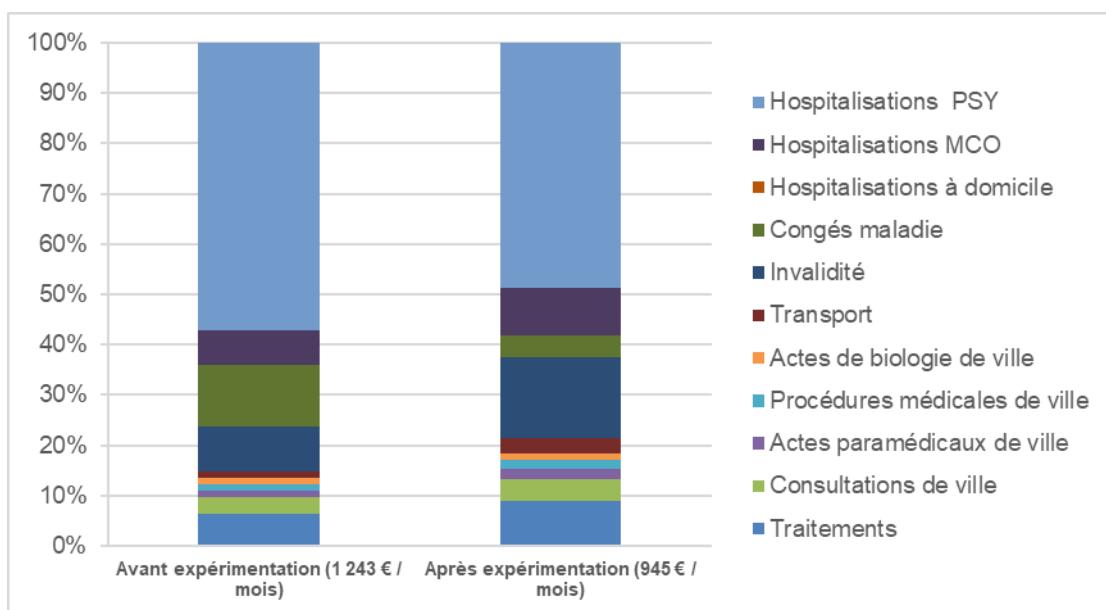


Figure 16. Distribution du coût mensuel remboursé par l'Assurance Maladie, par patient

L'ensemble des résultats calculés par année sont présentés dans le Tableau 9.

Les coûts associés aux **médicaments de ville** augmentent légèrement (862,9 € vs 785,0 €, +77,85 €, p=0,0013), avec une augmentation plus modérée des **traitements psychotropes** (351,1 € vs 338,9 €, +12,26 €, p=0,3959, non significatif).

Une réduction marquée est observée pour les **congés maladie**, avec une baisse importante (517,0 € vs 1 849,1 €, -1 332,10 €, p<0,0001). En parallèle, les coûts liés aux **indemnités pour invalidité** augmentent significativement (1 918,0 € vs 1 356,6 €, +561,39 €, p<0,0001), reflétant une meilleure reconnaissance des droits des patients.

Concernant les **hospitalisations** :

- Les coûts des **hospitalisations complètes en MCO** restent stables, avec une légère augmentation (689,9 € vs 682,0 €, +7,90 €, p=0,0050), tandis que les coûts des **actes et consultations externes MCO** diminuent significativement (150,9 € vs 191,8 €, -40,94 €, p<0,0001).
- Les **hospitalisations complètes en PSY** enregistrent une baisse marquée (3 918,8 € vs 7 020,3 €, -3 101,49 €, p<0,0001). Les **hospitalisations partielles en PSY** restent stables (958,7 € vs 975,1 €, -16,32 €, p=0,9323), contribuant à une réduction globale des coûts liés aux hospitalisations en psychiatrie (4 877,6 € vs 7 995,4 €, -3 117,81 €, p<0,0001).

Enfin, les coûts liés aux **transports** augmentent légèrement, mais cette variation n'est pas statistiquement significative (341,8 € vs 213,9 €, +127,98 €, p=0,6904).

En résumé, l'expérimentation est associée à des changements contrastés, marqués notamment par une réduction significative des dépenses liées aux hospitalisations psychiatriques et aux congés maladie, et une augmentation des coûts d'invalidité et des médicaments de ville. Toutefois, la baisse

Rapport final Passport bipolaire

globale des coûts totaux (-3 528,97 €, p<0,0001) est toujours statistiquement significative (Tableau 9).

Rapport intermédiaire
Passeport Bipolaire

Tableau 9. Comparaison avant/après inclusion dans l'expérimentation des coûts annuels moyens remboursés par l'Assurance Maladie (€), par patient ayant eu au moins une année de suivi

| | Catégorie de coûts | Avant expérimentation | Après expérimentation | Déférence après-avant | p-value |
|------------------------------|---|-----------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------|
| Soins de ville | Médicaments de ville | 785,0 (+/-1 605,6) | 862,9 (+/-1 771,4) | 77,85 (+/-1 345,03) | 0,0013 |
| | Consultations de ville : Médecin généraliste | 128,3 (+/-118,3) | 118,6 (+/-116,2) | -9,76 (+/-83,17) | 0,0009 |
| | Consultations de ville : Spécialistes | 330,3 (+/-454,0) | 360,6 (+/-530,1) | 30,29 (+/-340,98) | 0,0011 |
| | Actes paramédicaux de ville | 196,6 (+/-632,2) | 245,2 (+/-641,7) | 48,53 (+/-579,02) | 0,0528 |
| | Transports | 213,9 (+/-877,8) | 341,8 (+/-1 283,5) | 127,98 (+/-1 139,67) | 0,6904 |
| | Consultations des psychiatres libéraux | 522,7 (+/-919,0) | 486,9 (+/-834,9) | -35,79 (+/-847,36) | 0,5231 |
| | Traitements psychotropes | 338,9 (+/-427,8) | 351,1 (+/-423,2) | 12,26 (+/-344,90) | 0,3959 |
| | Consultations de sage-femme libérale | 6,2 (+/-32,5) | 10,4 (+/-52,1) | 4,24 (+/-56,47) | 0,0153 |
| | Consultations de gynécologues libéraux | 14,2 (+/-45,6) | 14,8 (+/-48,0) | 0,58 (+/-55,54) | 0,3785 |
| Invalidité et arrêts maladie | Invalidité | 1 356,6 (+/-3 945,8) | 1 918,0 (+/-4 516,9) | 561,39 (+/-2 902,33) | <0,0001 |
| | Congés maladie | 1 849,1 (+/-5 274,5) | 517,0 (+/-1 813,6) | -1 332,10 (+/-5 411,64) | <0,0001 |
| Etablissement Psychiatrie | Hospitalisations complètes en PSY | 7 020,3 (+/-13 951,1) | 3 918,8 (+/-10 842,8) | -3 101,49 (+/-15 223,24) | <0,0001 |
| | Hospitalisations partielles en PSY | 975,1 (+/-3 668,3) | 958,7 (+/-3 087,9) | -16,32 (+/-4 260,98) | 0,9323 |
| | Hospitalisations en PSY (complètes + partielles) | 7 995,4 (+/-14 801,3) | 4 877,6 (+/-12 164,7) | -3 117,81 (+/-15 983,02) | <0,0001 |
| Etablissements MCO | Actes et consultations externes MCO | 191,8 (+/- 351,8) | 150,9 (+/- 268,9) | -40,94 (+/- 256,17) | <0,0001 |
| | Hospitalisations complètes MCO | 682,0 (+/-1 757,3) | 689,9 (+/-2 955,2) | 7,90 (+/-3 098,18) | 0,0050 |
| | Hospitalisations complètes en MCO avec DP/DR de troubles bipolaires | 228,3 (+/-1 056,4) | 54,8 (+/-475,4) | -173,55 (+/-1 100,28) | <0,0001 |
| | Hospitalisations de jour MCO | 200,6 (+/-1 033,8) | 264,7 (+/-1 151,7) | 64,03 (+/-1 533,06) | 0,0237 |
| | Hospitalisations de jours en MCO avec DP/DR de troubles bipolaires | 5,1 (+/-55,1) | 22,3 (+/-348,7) | 17,14 (+/-352,21) | 0,6698 |

Rapport final
Passport bipolaire

| | | | | | |
|--------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------------------------|-------------------|
| | Hospitalisations Total MCO | 894,1 (+/-2 135,2) | 1 032,6 (+/-3 686,4) | 138,52 (+/-3 902,47) | 0,1699 |
| Total | | 14 491,7 (+/-17 968,9) | 10 962,7 (+/-15 328,2) | -3 528,97 (+/-17 772,59) | <0,0001 |



Rapport intermédiaire
Passeport Bipolaire

2.5. Observance et utilisation du plan personnalisé de soins

Les professionnels sollicités en entretien ne relèvent pas d'effets directs et tangibles sur les patients en ce qui concerne l'observance des traitements médicamenteux. Ils considèrent toutefois que Passport BP favorise l'accès à des prises en charge, telles que la pair-aidance, qui sont à l'origine d'une meilleure observance des soins.

En outre, l'utilisation du PPS est hétérogène parmi les patients. Il semble nécessaire d'améliorer son exploitation sur MentalWise afin de mieux recenser les actions à mener et retracer leur avancement lors des visites trimestrielles.

L'implication de Passport BP dans le bon usage des traitements médicamenteux constitue un point d'interrogation important pour les cliniciens impliqués : des considérations déontologiques ont conduit le porteur de projet à **exclure toute forme d'ajustement thérapeutique de la part des médecins associés à PassportBP afin de ne pas entraîner de confusions sur la responsabilité du psychiatre traitant** sur la prescription médicamenteuse, a fortiori lorsqu'il n'existe pas de référentiels opposables. Ce choix soulève, en contrepartie, des interrogations éthiques vis-à-vis des patients, dès lors que le psychiatre de PassportBP – par ailleurs expert du trouble bipolaire au sein du Centre FondaMental – considère que la thérapeutique prescrite soulève des questions de pertinence. Concrètement, **le traitement ne figure dans le PPS qu'au titre de la traçabilité de la prescription médicale, et non au titre d'une stratégie cohérente de prise en charge ; pour certains patients, les cliniciens considèrent que le degré d'intervention dans PassportBP reste trop timoré en matière médicamenteuse**, mais reconnaissent qu'ils peuvent difficilement effectuer des modifications sans concertation avec le médecin prescripteur. Le sujet voit son importance accentuée par l'importance que revêt le traitement médicamenteux pour la régulation de l'humeur et les PEC de patients bipolaires.

PassportBP entraîne des considérations différentes sur la temporalité de la révision thérapeutique puisque le case manager se trouve en interaction plus fréquente (et plus nourrie) avec le patient que le médecin prescripteur ne peut l'être. Le cas d'une adaptation de la prescription pendant la période de congé d'un médecin traitant, pour prévenir une crise naissante auprès d'un patient, illustre bien l'enjeu. Cette considération fait d'ailleurs écho au recours envisagé à la pratique avancée, conférant aux professionnels les compétences et une légitimité plus forte pour opérer des ajustements thérapeutiques, dans le respect de la prescription initiale.

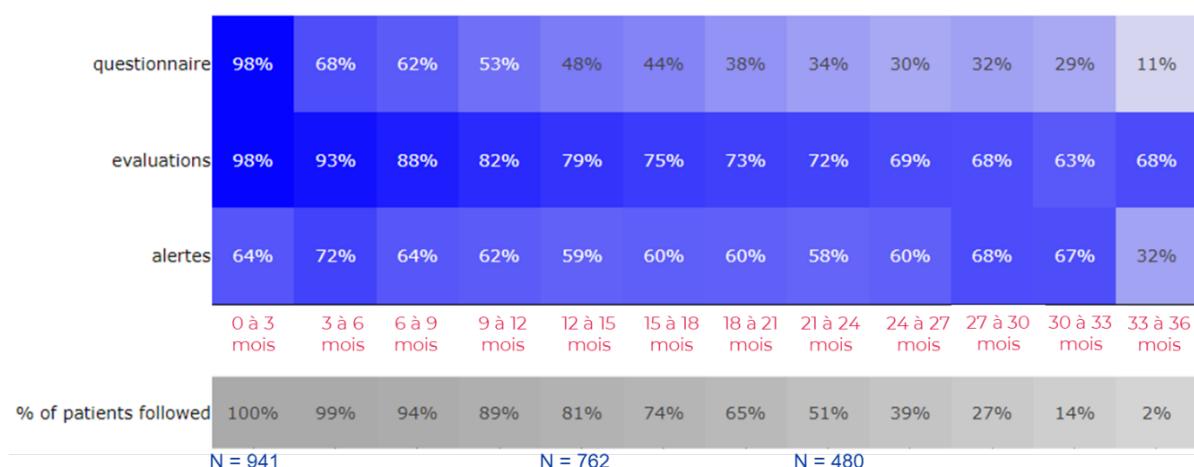
Bien que l'intervention de l'équipe Passport BP dans l'ajustement thérapeutique, l'IDE case-manager contribue à l'éducation du patient sur l'observance des traitements. L'enquête patient montre que, pour 55% des répondants, l'expérience a favorisé une meilleure observance de leur traitement.

Le traitement médicamenteux occupe une place importante dans les troubles bipolaires, tant en termes d'entretien que d'intervention lors de la survenue d'un épisode. Les questions ci-dessus ne sont pas spécifiques à Passport BP mais les soulèvent avec une nouvelle acuité, inhérente au travail en équipe de soins autour d'une pathologie chronique. **De toute évidence, le rôle de Passport BP à cet égard ne fait pas totalement consensus entre sites expérimentateurs, en fonction notamment du degré avec lequel la patientèle est partagée avec le centre expert.**

Les Figures 16 à 18 illustrent la répartition des événements de soins survenus à chaque trimestre, en fonction du pourcentage de patients encore suivis à la période d'intérêt. L'analyse montre une décroissance progressive des différents événements au fil du temps. Ces analyses sont à visée descriptive, chaque événement étant un module activable par le case manager pour personnaliser l'intervention auprès du patient.

Lors des trois premiers mois, une forte proportion de patients participe activement à l'expérimentation : 98 % renseignent un questionnaire et 98 % réalisent une évaluation (EVA). Cependant, cette adhésion décroît rapidement après le premier trimestre. À 6-9 mois, seuls 62 % renseignent encore un questionnaire, cependant, le renseignement des EVA décroît plus lentement, avec 88% de patients en ayant renseigné au moins une. Et à 12 mois, la proportion de patients encore actifs pour les questionnaires et les évaluations continuent de diminuer avec respectivement 48% et 79% de patients concernés. Le pourcentage d'alertes générées reste relativement stable au cours du temps compris entre 58% et 72% mais chute à 32% sur la dernière période. (Figure 17).

Part des patients qui ont des événements de télésurveillance au cours du suivi (N=941)



Questionnaire : remplissage d'au moins un questionnaire, Evaluations : remplissage d'au moins une échelle EVA, Alertes : présence d'au moins une alerte clinique ou biologique

Figure 17. Carte patient des événements liés à la télésurveillance, survenant à chaque trimestre de suivi, rapporté au nombre de patients encore présents sur le trimestre d'intérêt

A l'entrée dans l'expérimentation, la plupart des patients présentaient un renseignement d'un plan de soin (92%), cette proportion chutait fortement dès le 2^{ème} trimestre (51%) et représentait 37% au bout d'un an. Pour le renseignement d'un plan de crise, 54% des patients en avaient un de renseigné lors du premier trimestre, puis son renseignement à partir du 2^{ème} trimestre restait marginal. Pour les consultations de suivi, elles concernaient 82% des patients au premier trimestre, puis diminuaient graduellement, atteignant 43% des patients au bout d'un an (Figure 18).

Rapport final Passport bipolaire

Part des patients qui ont des événements de coordination renforcée au cours du suivi (N=941)

| | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|----------------|------------|------------|----------------|--------------|--------------|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| plan de soins | 92% | 51% | 50% | 43% | 37% | 35% | 31% | 29% | 24% | 28% | 23% | 5% |
| plan de crise | 54% | 1% | 1% | 1% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% | 0% |
| objectifs | 24% | 12% | 16% | 16% | 19% | 17% | 13% | 13% | 8% | 7% | 7% | 0% |
| consultations de suivi | 82% | 63% | 59% | 50% | 43% | 40% | 36% | 33% | 23% | 27% | 22% | 5% |
| accompagnement | 13% | 6% | 7% | 4% | 4% | 4% | 4% | 2% | 2% | 3% | 1% | 0% |
| | 0 à 3 mois | 3 à 6 mois | 6 à 9 mois | 9 à 12 mois | 12 à 15 mois | 15 à 18 mois | 18 à 21 mois | 21 à 24 mois | 24 à 27 mois | 27 à 30 mois | 30 à 33 mois | 33 à 36 mois |
| % of patients followed | 100% | 99% | 94% | 89% | 81% | 74% | 65% | 51% | 39% | 27% | 14% | 2% |
| | N = 941 | | | N = 762 | | | N = 480 | | | | | |

Plan de soins : Présence d'au moins un plan de soins renseigné par le case manager, Plan de crise : présence d'au moins un plan de crise renseigné par le case manager, Objectifs : présence d'au moins un objectif renseigné par le case manager, Consultations de suivi : présence d'au moins une consultation de suivi renseignée par le case manager, Accompagnement : présence d'au moins un accompagnement professionnel renseigné par le case manager

Figure 18. Carte patient des événements de coordination renforcée, survenant à chaque trimestre de suivi, rapporté au nombre de patients encore présents sur le trimestre d'intérêt

Enfin, la présence de phase thymique restait faible et décroissante au cours du temps, avec 9% des patients concernés lors du premier trimestre et 4% des patients au bout d'un an (Figure 19).

| | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|----------------|------------|------------|----------------|--------------|--------------|----------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| événements médicaux | 4% | 2% | 2% | 3% | 3% | 2% | 3% | 2% | 1% | 1% | 2% | 0% |
| phase thymique | 9% | 9% | 8% | 7% | 4% | 3% | 3% | 3% | 2% | 2% | 1% | 0% |
| | 0 à 3 mois | 3 à 6 mois | 6 à 9 mois | 9 à 12 mois | 12 à 15 mois | 15 à 18 mois | 18 à 21 mois | 21 à 24 mois | 24 à 27 mois | 27 à 30 mois | 30 à 33 mois | 33 à 36 mois |
| % of patients followed | 100% | 99% | 94% | 89% | 81% | 74% | 65% | 51% | 39% | 27% | 14% | 2% |
| | N = 941 | | | N = 762 | | | N = 480 | | | | | |

Événements médicaux : Présence d'au moins un événement médical d'intérêt renseigné par le case manager, Phase thymique : Présence d'au moins une phase thymique

Figure 19. Carte patient des événements liés à l'évolution de la maladie, survenant à chaque trimestre de suivi, rapporté au nombre de patients encore présents sur le trimestre d'intérêt

La Figure 20 illustre la survenue et la co-occurrence des différents événements de soins au cours du premier trimestre de suivi, rapportée au nombre total de patients inclus (N = 941). Elle met en évidence une participation très élevée aux principaux outils de suivi. Ainsi, 98,1 % des patients ont renseigné un questionnaire et réalisé une évaluation, tandis que 92,6 % ont bénéficié d'un plan de soins, et 82,3 % ont eu une consultation de suivi. Les alertes cliniques et les plans de crise concernent respectivement 64,8 % et 54,3 % des patients, traduisant un recours significatif à ces outils dès les

premiers mois. En revanche, les objectifs définis pour les patients et les accompagnements sont moins fréquents, impliquant respectivement 25,1 % et 13,5 % des participants, tandis que les événements médicaux sont les moins rapportés (3,5 %).

Ainsi, une proportion importante de patients bénéficie d'un accompagnement mobilisant plusieurs modalités, telles que le questionnaire, l'évaluation, et le suivi par plan de soins. L'analyse des intersections montre que ces outils sont fréquemment combinés : 15,3 % des patients utilisent conjointement les questionnaires, évaluations, consultations, alertes et plan de soins. Ces résultats soulignent une approche multidimensionnelle dans la prise en charge initiale pour une proportion significative de patients.

Cependant, certaines combinaisons impliquant des outils spécifiques, comme les plans de crise ou les alertes cliniques, sont moins fréquentes. Par exemple, les patients suivis par un plan de crise semblent moins enclins à investir dans d'autres modalités de suivi telles que les objectifs ou les accompagnements, comme en témoigne la taille réduite des intersections impliquant ces éléments (inférieures à 10 %). Cela pourrait refléter une moindre demande d'accompagnement pluriel ou une focalisation sur des outils jugés prioritaires pour ces situations spécifiques.

Sur l'ensemble du premier trimestre, la participation des patients est extrêmement élevée, près de 98 % complétant un questionnaire et une évaluation, et 80 % combinant ces éléments avec une consultation. Cette forte adhérence initiale traduit l'efficacité des dispositifs déployés pour engager les patients dès les premières étapes du suivi.

Cependant, cette dynamique s'essouffle progressivement dans les trimestres suivants (voir Annexe 3). Dès le deuxième trimestre, la proportion de patients ayant rempli un questionnaire chute à 63 %, tandis que les évaluations continuent d'être renseignées par 94 % des patients. Les consultations associées aux évaluations concernent alors 61 % des patients. Cette tendance se poursuit au troisième trimestre, avec des proportions similaires (63 % pour les questionnaires, 93 % pour les évaluations, et 61 % pour les consultations associées aux évaluations). Enfin, au quatrième trimestre, la décroissance devient plus marquée, avec seulement 57 % des patients renseignant un questionnaire, 91 % participant à une évaluation, et 54 % combinant consultation et évaluation. La co-occurrence des trois éléments principaux (questionnaire, évaluation, consultation) passe ainsi de 80 % au premier trimestre à 46 % au quatrième trimestre.

En conclusion, ces résultats montrent que l'accompagnement initial repose sur une mobilisation significative des patients à travers des outils multiples. Toutefois, la diminution progressive de la participation aux trimestres suivants soulève des interrogations quant à la durabilité de cette adhésion.

Rapport final Passport bipolaire

Suivi des parcours : proportion de recours aux soins (trimestre 1)

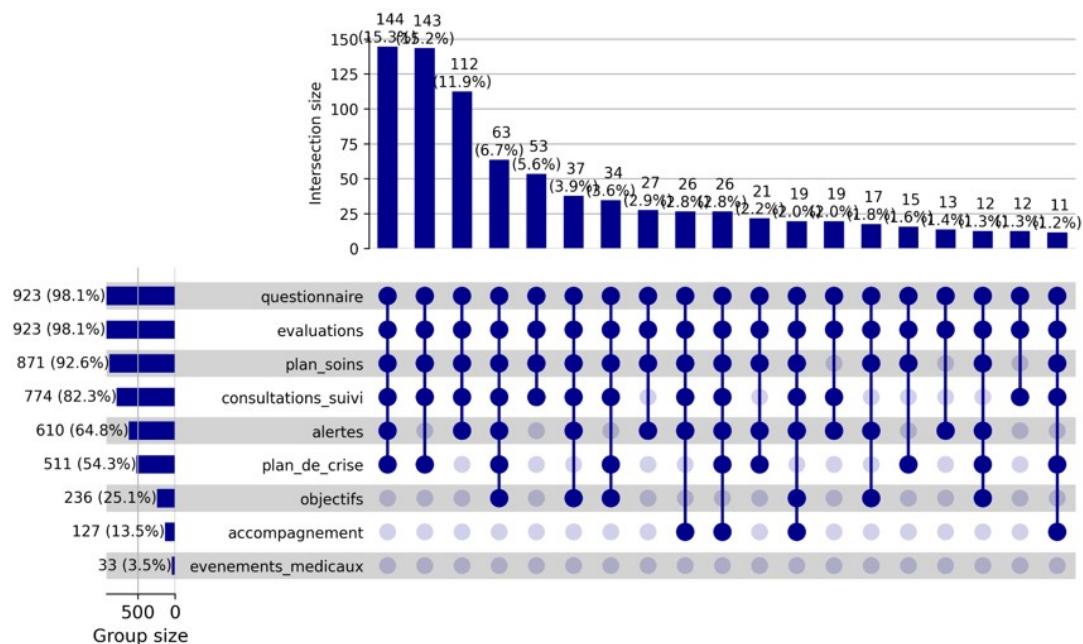


Figure 20. Intersection plot la survenue de recours aux soins d'intérêt au premier trimestre de suivi

2.6. La place de l'aidant

La place de l'aidant n'est que peu évoquée dans le cahier des charges. Pourtant son implication au quotidien auprès du patient fait de lui un acteur essentiel pouvant être inclus dans l'accompagnement Passport BP et notamment dans la constitution du PPS.

Les pratiques des IDE ont intégré la dimension de l'entourage, quoique selon des approches différentes en fonction des possibilités qu'offre chaque site. Elles restent conditionnées à l'accord du patient, et les professionnels ont indiqué que les patients pouvaient relever de contextes très différents : patients ouverts à un partage d'informations complet avec leur entourage, patients au contraire en refus complet, patients souhaitant limiter l'information tant en termes de contenus que de destinataires, voire aidants refusant d'être associés ou exprimant eux-mêmes un déni de la bipolarité de leur proche.

L'évaluation a permis de relever les pratiques suivantes telles qu'exprimées par les acteurs :

- Au CHU de Besançon, les IDE souhaitent favoriser au maximum les échanges avec les proches et/ou les aidants. Elles informent pour cela dès l'inclusion les proches avec un document spécifique (sous réserve de l'accord du patient) et relèvent les coordonnées des personnes que le patient accepte de désigner comme aidants. Elles proposent par la suite des entretiens avec les familles pour parler des troubles bipolaires et de leur impact sur le quotidien, et incitent à leur participation à la définition du plan de crise. Une partie des patients se présentent accompagnés de leur aidant/proche aux visites trimestrielles. Ces efforts sont en partie portés par le centre expert, ils ne relèvent pas exclusivement de PassportBP
- Au CH Le Vinatier, les proches peuvent également participer à des séances de psychoéducation ou de sensibilisation à la pathologie de leur proche, et l'établissement dispose d'un pair-aidant en matière de bipolarité.
- Au CHU Gabriel Montpied, l'entourage n'est pas systématiquement évoqué à l'inclusion. Cela figure plutôt parmi les sujets sur lesquels l'IPA avance progressivement au gré des entretiens, en considérant que sa sensibilité se prête peu à un dialogue dès le premier entretien.

Les échanges avec les proches, dans tous les sites expérimentateurs, sont conditionnés à l'accord du patient. Sous cette réserve, certaines familles peuvent contacter l'équipe Passport BP s'ils ont un doute sur la situation de leur proche. Inversement, l'équipe Passport BP peut les contacter s'il n'a pas de nouvelles d'un patient. Comme pour d'autres pathologies, on comprend que **le PPS doit non seulement préciser à quels aidants l'équipe de soins peut se référer au sujet du patient, mais aussi quel est le degré de partage d'informations auquel le patient consent.**

En somme, la prise en charge du patient dans un dispositif tel que Passport BP doit **privilégier une relation bilatérale et relativement préservée**, sauf souhait contraire du patient d'implication des aidants ; et cela ne doit faire aucunement obstacle au fait d'organiser des mesures à l'attention des aidants. A ce titre, le **travail d'orientation des aidants vers des ateliers de psychoéducation, d'éducation thérapeutique ou d'autres initiatives d'associations de patients** doivent donc faire partie du rôle de l'IDE Case manager. Elle est complémentaire des interventions auprès des familles qui ont connu une accélération sur la même période, qu'il s'agisse des dispositifs ProFamille ou BREF.

2.7. Expérience patient

Tels que l'évaluation a pu les recueillir au travers d'entretiens, les retours des patients et/ou de leurs représentants sont essentiellement positifs. L'évaluation de l'expérience patient se base sur deux sources : **le sondage en ligne et les entretiens avec des patients ou des représentants de patients effectués lors des visites sur site**. Le sondage en ligne a été diffusé par Sêmeia à l'ensemble des patients inscrits sur MentalWise. Sur les 1 022 patients à qui le sondage a été adressé début 2024, 260 ont répondu (soit 25%). Les personnes rencontrées en entretien ont été sollicitées par les équipes des différents sites et ont donné leur accord préalable pour un entretien, avant toute transmission de coordonnées à l'équipe d'évaluation.

Les patients rencontrés se montrent **enthousiastes sur le suivi que procure Passport BP, tant dans la dimension numérique que dans l'accompagnement par un case manager**. Les patients mettent en avant :

- le caractère intuitif des outils numériques et leur utilisation non chronophage, permettant de remplir facilement les échelles de valeurs, et leurs résultats d'examens de biologie. L'intérêt de l'auto-évaluation est bien compris par les patients rencontrés, qui s'en servent pour apprécier leur propre situation. Il ne s'agit pas d'une généralité ; **les case-managers évoquent le caractère inégal de l'intérêt exprimé par les patients pour ce type d'auto-évaluation périodique. Les psychiatres, en revanche, tendent à confirmer l'intérêt pour les patients de ce type d'évaluation et signalent orienter les patients vers des applications de ce type, hors contexte de Passport BP.**
- La disponibilité des case-managers au travers des messageries, permettant de signaler son état, de solliciter un appui, quitte à accepter un délai entre la sollicitation et la réponse du case-manager.
- L'intérêt des bilans trimestriels, qui renforcent le sentiment d'être accompagné et qui garantissent une prise de recul périodique, **plus fréquente parfois** que les échanges avec le praticien traitant.
- **la sécurisation qu'offre le suivi de PassportBP**, au travers de la garantie qu'un soignant veille sur les résultats des échelles et répondra en cas d'alerte ou de sollicitation de la part du patient ; les professionnels ont indiqué que ce sentiment s'appliquait en particulier pour des patients ayant des tendances à l'anxiété.
- **les effets positifs sur l'entourage**, certains témoignant de la réassurance qu'apporte aux proches le fait de savoir que le patient est suivi de façon régulière et rapprochée par des professionnels. L'allègement du « fardeau de l'aidant » constitue à cet égard un axe évaluatif qui n'avait pas été identifié au départ.

L'une des patientes rencontrées a accepté de témoigner d'un épisode dépressif intervenu alors que sa participation avait démarré. Elle considère que le suivi via Passport BP s'est montré particulièrement utile. En effet, l'IDE a pris contact car les échelles d'humeur donnaient clairement l'alerte. Elle a par la suite été reçue par l'IDE et son psychiatre pour l'aider à passer cet épisode. A son sens, ce repérage précoce a évité que la situation se dégrade et aurait pu conduire à une hospitalisation si le dispositif n'avait pas été en place.

Au niveau de l'équipe nationale, les représentants des usagers (association ARGOS2001, Unafam) avaient été associés lors de la rédaction du cahier des charges, **l'association figurant parmi les membres de la Fondation FondaMental**. Les modalités d'une implication par la suite n'avaient cependant pas été arrêtées et le contexte institutionnel de cette association n'a pas été favorable à leur implication lors du paramétrage de l'outil. Les contacts se sont renoués depuis l'évaluation intermédiaire, avec une participation de FondaMental à des événements organisés par les associations d'usagers ; les patients sont également impliqués au fil de l'eau, au travers des demandes d'évolution de l'outil numérique que Sêmeia est amené à traiter et que les case managers encouragent.

Il existe une association d'usagers spécifique au trouble bipolaire, ARGOS 2001, qui dispose de collectifs dans différentes villes en France. Les territoires expérimentateurs ne bénéficient pas nécessairement d'un tel collectif, mais travaillent en articulation avec elles, le cas échéant ; c'est notamment le cas à Créteil et à Besançon. Il ressort des échanges avec le président d'ARGOS 2001, menés à l'occasion de l'évaluation intermédiaire, et avec deux représentants d'usagers d'ARGOS 2001, organisés à l'occasion de l'évaluation finale, que **l'association a une perception très positive de l'expérimentation Passport BP en termes de résultats et de réponse aux besoins des patients atteints de troubles bipolaires**.

L'enquête patient diffusée en ligne souligne une satisfaction notable parmi la majorité des répondants. En effet, **environ 80% d'entre eux déclarent que le projet personnalisé de soin répond totalement ou en partie à leurs besoins**. Ce taux comporte un biais favorable, si on considère que les répondants se situent plutôt parmi ceux trouvant un intérêt au dispositif, les autres étant moins enclins à répondre. Les avis restent positifs mais plus mitigés concernant l'impact du projet sur les proches et les aidants, les relations familiales et sur la coordination avec les psychiatres traitants.

D'une manière générale, ce retour positif est à modérer par la proportion de patients dont le suivi semble s'espacer avec le temps, tel qu'elle ressort dans l'analyse des rdv trimestriels réalisés et dans l'exploitation des remplissages d'échelles hebdomadaires d'humeur. Il est vraisemblable que ces usagers aient également été moins nombreux à répondre à l'enquête en ligne.

Plusieurs intervenants ont, à ce sujet, attiré l'attention sur la poursuite de l'accompagnement individualisé au-delà de la période expérimentale. Ce point est d'autant plus important que **les personnes qui éprouvent le plus grand bénéfice à PassportBP semblent également les plus anxieuses**, et que la perspective d'une interruption du dispositif ne contribue pas à les rassurer.

2.8. Autres bénéfices ou limites identifiés par les parties prenantes

L'expérimentation entraîne de nouvelles interactions entre patients, professionnels de l'hôpital et professionnels de ville ; ce décloisonnement n'avait pas été anticipé comme un bénéfice direct du projet.

Les témoignages recueillis auprès de quelques psychiatres libéraux montrent que PassportBP crée de nouveaux échanges entre l'équipe hospitalière et les professionnels de ville, autour d'un même patient. **Elle favorise une approche plus graduée**, l'hôpital étant en situation de communiquer sur les dispositifs qu'il met en place au décours des transmissions, et d'alerter le praticien traitant si besoin. **La continuité des soins organisée au niveau hospitalier offre une sécurité pendant les**

périodes de congés. A terme, une organisation telle que PassportBP pourrait entraîner de nouvelles complémentarités entre ville et hôpital, pour des patients qui ne sont pas des consommateurs intensifs de soins hospitaliers.

Enfin, PassportBP développe la concertation entre professionnels de ville et de l'hôpital et contribue, de manière indirecte à la diffusion de pratiques de référence du point de vue des centres experts, Rau sujet de la prise en charge des patients bipolaires. A titre d'exemple, l'équipe de Lyon déclare recevoir moins de demandes d'avis en provenance de psychologues pour des troubles bipolaires, les case managers assurant des réponses au fil des besoins de la part des patients.

Toutefois, cela suppose de protocoliser la nature des échanges et les réponses attendues ; l'expérimentation soulève ainsi des questions de fond et de forme :

- Sur le fond, les entretiens avec les psychiatres libéraux suggèrent que leur pratique est fondée sur l'initiative du patient, et non du professionnel. **Le principe de convoquer un patient ou une démarche proactive de sollicitation de ce dernier va à l'encontre de la pratique courante**, où c'est plutôt le patient qui prend l'initiative de solliciter des séances. Cela soulève des questions de posture et de responsabilité, avec le risque que le patient juge intrusive la sollicitation du praticien de ville et que cela fragilise l'alliance thérapeutique. Le degré avec lequel cette position est partagée par l'ensemble des professionnels de ville ou spécifique aux praticiens libéraux interrogés n'a pas pu être vérifiée dans le cadre de l'évaluation intermédiaire
- Ce sujet de fond trouve son illustration dans la forme : les praticiens de ville reçoivent des messages et parfois des alertes de la part du case-manager, sans qu'il y ait eu concertation sur les réponses attendues. Une tension peut s'installer dès lors que le professionnel de ville n'a pas jugé opportun d'intervenir alors que le case-manager exprimait, tacitement peut-être, une demande d'intervention auprès du patient, lors des entretiens réalisés, ce cas de figure a été évoqué tant par un psychiatre libéral que par une des IDE. Les psychiatres référents de PassportBP peuvent jouer ici un rôle de médiation auprès du professionnel, mais aussi de substitution en cas de crise ; l'approche n'a pas été totalement cadrée.

En d'autres termes, **les modalités de la coordination doivent être définies en accord avec l'ensemble des acteurs impliqués pour fluidifier les échanges** : suites à donner en fonction du degré d'alerte, délais applicables, concertation à assurer en fonction des résultats obtenus. Sans ce préalable, il semble difficile d'impliquer plus fortement les psychiatres libéraux en cas de signaux d'aggravation d'un patient dont ils assurent le suivi, alors que cette implication semble nécessaire pour les révisions thérapeutiques, les décisions d'hospitalisation et plus largement la sécurité du patient. A défaut, l'alternative repose *de facto* sur l'intervention en urgence d'un praticien hospitalier (en intermédiation entre professionnels ou en changement d'ordonnance) alors qu'il se refuse à une intervention plus précoce.

3.Axe 3 : Reproductibilité

L'analyse des conditions de reproductibilité de PassportBP, eu égard aux résultats démontrés, a consisté à s'interroger sur le cadre spécifique dans lequel le dispositif était déployé et ses perspectives d'ajustements. A plusieurs titres :

- Les pathologies prises en charge : les psychiatres ont évoqué l'éligibilité d'autres tableaux cliniques favorables à un case management, notamment en cas de comorbidités anxieuses
- La durée de suivi : le bénéfice ressort de la manière la plus manifeste sur les 6 à 18 premiers mois d'inclusion. L'un des sites expérimentateurs a d'emblée évoqué son intention de déployer un dispositif s'inspirant de PassportBP tout en réduisant sa durée, quitte à proposer des prolongements pour les patients le nécessitant
- Les contenus : l'expérimentation a fait évoluer les contenus concrets du *case management* entre le cahier des charges initial, sa déclinaison opérationnelle de principe (projet personnalisé de soins, échelles hebdomadaires, hétéroévaluations trimestrielles) et sa mise en œuvre pragmatique par les équipes de soins, conduisant notamment à ajuster les rythmes d'évaluation et d'échange en fonction de l'état du patient. L'évaluation montre un effet d'expérience qui permettrait à nouveau d'améliorer les outils mobilisés, et les processus de prise en charge, en cas de prorogation du dispositif.
- L'implantation géographique et l'articulation avec les centres experts : l'intérêt du dispositif ne semble pas exclusif aux établissements dotés d'un centre expert bipolaire mais *de facto*, n'a pas été expérimenté en dehors de sites hospitaliers bénéficiant de cette expertise. Le caractère expérimental a entraîné l'octroi de temps d'infirmier dédiés à cette fonction, permettant d'en roder les conditions d'exercice. La réflexion sur une éventuelle généralisation supposerait de l'éprouver dans différents environnements de travail tels que des CMP et des sites d'hospitalisation non universitaires, pour enrichir le retour d'expérience.

L'évaluation note par ailleurs que l'éloignement géographique ne semble pas susciter de difficultés pour l'accompagnement dans le dispositif ; suscitant ainsi la perspective de mobiliser PassportBP pour garantir l'accès aux soins dans des territoires éloignés des centres urbains.

Enfin, en termes de transposition au droit commun, il semble le financement d'un dispositif tel que PassportBP reste à réfléchir. L'expérimentation s'est efforcée de modéliser un forfait qui comporte des similitudes avec le régime de la télésurveillance, désormais en place pour certaines filières de soins somatiques. Son adaptation à la psychiatrie devrait, le cas échéant, tenir compte de la récente réforme de financement de ce champ d'activité et notamment des différents compartiments qui ont été adoptés, avec différents scénarios envisageables (dotation à la file active, dotation populationnelle, activités spécifiques, soins de ville).

3.1. Influence des contextes territoriaux

Les visites sur site se sont attachées à décrire les diversités de contexte dans lesquelles les expérimentations se déroulent afin de recueillir des enseignements sur les différents contextes dans lequel Passport trouverait à se déployer en cas d'extension nationale.

Tous les sites expérimentateurs comportent un centre expert FondaMental, alors que le territoire national compte une dizaine de centres de ce type. Les points de jonction entre PassportBP et les centres experts ont pu être évoqués au fil du rapport et portent de manière majoritaire sur l'adressage initial, ainsi que sur des compétences complémentaires (sur le plan médical notamment). Aucun site n'a opté pour un déploiement au sein de services sectorisés tels qu'un CMP et à ce titre, l'évaluation n'est pas en mesure de se prononcer sur les conditions de déploiement dans une autre configuration ; le cas échéant, l'un des points à vérifier porterait sur la capacité à prioriser et maintenir un temps dédié de la part des professionnels pour le case management de patients plutôt stables, par rapport à d'autres situations urgentes à traiter.

Les sites sont concernés par des effets géographiques inégaux : l'APHP et le CH Le Vinatier assurent des secteurs en zone métropolitaine, alors que les CHU de Besançon et de Clermont Ferrand semblent répondre de manière plus marquée à des patients au domicile éloigné. Il **est intéressant de noter que l'éloignement géographique ne semble pas susciter de difficultés majeures pour PassportBP, dont l'essentiel des échanges se déroule à distance**. Le dispositif pourrait au contraire trouver une indication particulière dans des territoires peu denses ou manquant de professionnels spécialisés. De ce point de vue, PassportBP paraît à la fois exiger un certain degré de spécialisation ou de recours, et dans le même temps permettre de pallier des défauts d'accessibilité en offrant un suivi peu sensible aux distances de trajet.

De même, le dispositif PassportBP semble pouvoir s'étendre à d'autres pathologies psychiatriques dès lors que certaines caractéristiques sont partagées : patients autonomes en dehors de leurs épisodes de crise, et sollicitant peu d'autres services de santé ; survenue de ces épisodes relativement progressive plutôt que brutale, compatible avec une interruption du service lors des fins de semaine ; aptitude du patient à assurer des auto-évaluations et à interagir avec le case manager par des moyens numériques ; etc.

3.2. Modélisation économique

L'expérimentation « Passport BP » comporte une ambition très importante en matière de modèle économique, qui n'a été mise en œuvre que de façon partielle. Quelques avancées sont repérables dans l'évaluation finale par rapport aux constats formulés à l'évaluation intermédiaire, notamment grâce à la transition depuis une activité exclusivement financée par des crédits fixes vers la mobilisation de forfaits par patient.

Pour rappel, le cahier des charges prévoit un financement au forfait et un intéressement économique des établissements de santé à la pertinence des parcours et à la prévention des crises auprès des patients. Cet intéressement contraste fortement avec le mode de financement en vigueur au début

de l'expérimentation au sein des établissements expérimentateurs, qui reposait sur une dotation annuelle de fonctionnement.

Dans le cadre de la réforme du financement de la psychiatrie, le projet avait vocation à préciser comment le modèle économique pouvait se décliner au sein des différents compartiments. Pour rappel, ce financement comporte entre autres un compartiment calibré sur une base populationnelle, un compartiment fondé sur des critères d'activité et un compartiment dédié à l'innovation.

L'intéressement, tel que prévu dans le cahier des charges, a vocation à s'appuyer sur les économies engendrées par un meilleur suivi des patients en termes de réduction du recours à d'autres modalités de soins, au premier rang desquels on trouve les hospitalisations (programmées ou d'urgence) et les consommations médicamenteuses, ainsi que la prévention des comorbidités couramment associées à la bipolarité. On comprend que le calcul de cet intéressement nécessite de déterminer une assiette assez précise de dépenses de santé prises en compte, ainsi qu'une consommation « témoin » avec laquelle les expérimentateurs pourraient se comparer. Il suppose aussi d'isoler la part de la DAF actuelle qui peut être attribuée la file active de l'expérimentation et qui aurait donc vocation à être déduite, étant substituée par le financement innovant lorsque celui-ci entre pleinement en vigueur.

Lors des échanges portant sur l'élaboration du protocole d'évaluation, le porteur a précisé qu'une instance allait spécifiquement être créée en associant des compétences médicales et financières pour établir un modèle de calcul. Les entretiens menés pendant l'évaluation intermédiaire et finale ont mis en évidence que les travaux de cette instance avaient été suspendus, à la fois du fait du COVID et des autres travaux économiques en cours à l'échelle nationale, qui sollicitent les mêmes expertises.

Par ailleurs, la mise en place de la convention initiale de financement entre la CNAM et le porteur de projet a conduit à affiner les principes de financement, pour la part fondée sur l'activité. Les moyens de e-santé ont été financés selon un abonnement annuel rapporté à la file active, qui exclut les coûts RH, pendant toute la durée de l'expérimentation. Sans préjuger de l'implication des établissements en faveur d'un rythme d'inclusions soutenu, cela a modéré le degré d'intéressement des établissements à l'atteinte des objectifs de file active et entraîné une discordance entre partenaires du projet sur la sensibilité de cet enjeu. L'équilibre économique de l'expérimentation pour les éditeurs partenaires est directement affecté par le retard pris dans les inclusions, le tarif ayant été établi sur des hypothèses beaucoup plus dynamiques. Le forfait par patient a ensuite été étendu aux équipes de soins lors de l'avenant au cahier des charges, publié en 2023.

Le projet avait anticipé un délai pour le démarrage du mode innovant de financement, en distinguant plusieurs phases et en n'engageant que progressivement une transition entre le financement historique en dotation et les règles expérimentales. Sur le court terme, le retard dans le déploiement du modèle économique n'a pas eu d'incidence sur le projet car l'essentiel des moyens humains et technologiques nécessaires au projet étaient financés sur des crédits d'amorçage et d'ingénierie. C'est en particulier le cas du financement des postes de praticien et d'infirmier prévus pour les 4 sites expérimentateurs, ce qui explique en partie la possibilité de pourvoir les postes par anticipation sur l'activité. . La bascule sur les forfaits par patient a été réalisée dès la seconde année pour les exploitants de solutions numériques et à partir de 2023 pour les établissements, avec un soutien important de la part de SEMEIA qui a assuré la facturation pour le compte des établissements. Ce soutien a pu entraîner un manque de sensibilisation des Directions administratives, perceptible

notamment lors d'entretiens sur le bilan économique : plusieurs Directions ont signalé à l'évaluateur que le financement du dispositif sur les seuls crédits d'amorçage les conduisaient à constater à un bilan économique dégradé, alors que les facturations au forfait n'étaient prises en compte. Il y a eu 1 cas d'indu mensuel auprès des 4 ES qui a entraîné des délais de récupération pour les mêmes raisons. Cela témoigne, à sa façon, de la difficulté à relayer les informations d'ordre médico-administratif au sein du consortium associant FondaMental, les équipes cliniques en établissement, les Directions administratives d'établissements de santé et l'éditeur Semeia.

Au demeurant, le projet est concerné par d'autres réformes de financement que celle relative à la psychiatrie : le financement de la e-santé, et plus particulièrement de la télésurveillance, a également connu des avancées concomitantes, avec un cadre de droit commun intégré à la LFSS 2022. Le suivi numérique, tel que proposé dans l'expérimentation Passport BP, pourrait être rémunéré au titre de la télésurveillance, sous réserve de la démonstration des bénéfices cliniques et/ou organisationnels. En effet, il comprend l'utilisation par le patient d'un dispositif médical numérique et une surveillance médicale réalisée à distance par un professionnel médical sur la base des données transmises.

Le modèle de financement par forfaits (un forfait pour l'équipe de soins, un forfait pour l'exploitant de la solution de suivi), effectivement mis en oeuvre dans cette expérimentation est proche du droit commun de la télésurveillance tel qu'il a été adopté en 2023. La faisabilité d'une transposition pourrait être étudiée, à la fois en termes d'articulation avec le financement par enveloppes (dotation populationnelle, dotation à la file active), et d'ajustements sur les critères de la télésurveillance (ratios d'exhaustivité de données, répartition des rôles et des interventions en cas de signaux alarmants, modalités de prescription, durée).

En synthèse, la prise en main de la problématique économique par le porteur de projet fait écho à la qualification de l'expérimentation comme d'un « projet de recherche clinique » par certains acteurs, tel que précédemment évoqué. Le projet a fonctionné grâce à une dotation fixe et il semble que seule la couverture des coûts numériques soit fondée sur la file active et sur les résultats cliniques. Le choix d'un forfait au patient pour la tarification des soins n'a manifestement eu aucun impact en termes de management de ces équipes, s'affranchissant en cela de l'esprit des projets « Article 51 » ; le forfait n'a été mis en place que dans les derniers mois précédent la fin d'expérimentation, ce qui montre que ce modèle économique au forfait n'a pas eu d'incidence sur les choix organisationnels ou RH effectués. Ce forfait n'a pas servi au pilotage des moyens mobilisés, ni à la vérification d'un équilibre budgétaire par site ; de ce fait, établir une analyse de l'équilibre budgétaire pour les structures de soins perd de son sens (l'évaluation budgétaire est néanmoins développée au chapitre suivant). L'échange avec les Directions de site a montré que l'analyse budgétaire s'effectuait plutôt à l'échelle de l'ensemble du budget de psychiatrie et plusieurs d'entre elles n'avaient pas notion d'une facturation de forfaits à assurer au moment des entretiens, privilégiant plutôt une reconduction de la dotation fixe obtenue les années précédentes au titre des crédits d'amorçage.

Eu égard au caractère récent de la mise en œuvre de la réforme de la psychiatrie et à la différence d'approche qu'elle représente par rapport au modèle économique testé dans Passport BP, il paraît difficile d'introduire à court terme le modèle économique innovant dans le droit commun. En effet, il n'est pas prévu de financement au parcours patient dans la réforme générale, ni de système d'intéressement. Les conditions ne semblent pas réunies pour basculer dans un mode de forfait au parcours d'intéressement à l'issue des phases inscrites dans le cahier des charges. Enfin, la réforme est d'ores et déjà complexe à mettre en œuvre et à expliquer auprès des établissements, ce qui

incite peu à proposer un ajout de disposition aussi complexe que le modèle économique proposé dans l'expérimentation.

En outre, les travaux d'évaluation ont montré *a posteriori* que la mise en œuvre de l'intéressement se serait heurtée à un problème méthodologique, portant sur la difficulté à constituer une population témoin ainsi qu'à retracer, dans le SNDS, l'activité extra-hospitalière (CMP, CATTP, voire visites à domicile) dont les patients ont bénéficié entre 2018 et 2020.

Par ailleurs, l'évaluation s'est peu penchée sur les enjeux de propriété intellectuelle mais note que l'éditeur Sêmeia conserve la propriété des développements effectués dans le cadre de l'expérimentation, au même titre que d'autres solutions de télésurveillance.

3.3. Perspectives de déploiement au-delà de l'expérimentation

L'évaluation s'attache à comprendre, au-delà du simple bon fonctionnement de dispositif, quelles seraient les modalités les plus adaptées pour accompagner les patients. Plusieurs thématiques sont explorées : la durée du suivi, le contenu de l'accompagnement et les possibilités d'ouverture à d'autres troubles.

3.3.1. La durée du suivi Passport BP

L'expérimentation, étant bornée dans le temps, a conduit à définir une période de suivi sur l'ensemble de la pluriannualité du projet ; il n'était pas prévu d'organiser la sortie de patients à une durée pré-déterminée. Dans le cadre d'une généralisation, la forme définitive de Passport BP doit être précisée. Plusieurs options peuvent être envisagées :

- Un suivi d'une ou plusieurs années, avec une possibilité de renouvellement ;
- Un suivi sans date limite, avec un allègement de l'accompagnement sur la durée.

Premièrement, plusieurs interlocuteurs (tant parmi les professionnels que les patients) ont émis le souhait que Passport BP prenne une forme plus courte, sur une période allant de 1 à 3 ans. À un terme cyclique, une décision serait prise de poursuivre ou non le programme. En effet, la vocation du dispositif est d'accompagner les patients vers une plus grande autonomie dans la gestion de leur trouble et de leur suivi médical. Cette forme se justifie, d'une part, par le fait que les équipes constatent que la marge de progression est généralement plus importante aux premiers semestres, et d'autre part, par la lassitude exprimée par certains patients au long cours. La limite dans le temps pourrait également être fixée selon l'état de santé du patient. A titre d'exemple, si des patients n'ont pas eu d'épisode pendant plus de 3 ans, il n'est pas utile de poursuivre l'accompagnement avec la même ampleur, au vu du faible apport du dispositif pour des patients stables. Cette modulation à la baisse a été mise en œuvre de manière pragmatique sur certains sites pour des patients en formulant la demande ; elle soulève la question du maintien d'une « ligne de vie », car certains patients inactifs (et de fait, perdus de vue) peuvent reprendre leur activité dans MentalWise au bout de plusieurs mois lorsqu'ils se sentent plus vulnérables. Cela soulève des considérations à la fois pratiques, déontologiques et d'outillage que l'expérimentation n'a pas permis de traiter à sa pleine mesure.

L'initiative de l'équipe du Vinatier apporte des enseignements en ce qui concerne la temporalité de l'accompagnement. Depuis l'arrêt des inclusions, l'équipe teste un nouveau mode de fonctionnement intitulé « Parcours BP ». Le patient est accompagné sur six mois, ponctués de consultations mensuelles. Chacune de ces consultations porte sur une thématique spécifique :

- 1^{ère} consultation – Information sur la coordination de réseau, le rôle des professionnels de santé et les ressources disponibles ;
- 2^{ème} consultation – Psychoéducation ;
- 3^{ème} consultation – Rédaction du plan de crise ;
- 4^{ème} et 5^{ème} consultation – Suivi, avec le pair-aidant si le patient le souhaite ;
- 6^{ème} consultation – Réalisation du bilan de fin de parcours.

L'équipe constate, après l'expérimentation de ce suivi, que la durée de 6 mois apparaît trop courte pour apporter des bénéfices suffisants au patient. Il serait préférable de suivre les patients sur un an d'après le retour d'expérience, qui illustre une variante au dispositif de PassportBP.

Deuxièmement et prenant le contre-pied du point précédent, dans l'enquête auprès des patients, de nombreuses réponses expriment le souhait de conserver un suivi, même allégé, sans durée limite. Dans l'enquête en ligne, les patients ont été interrogés sur leur souhait d'inscrire l'accompagnement infirmier dans une durée limitée et révisable, ou plutôt comme un suivi permanent. 56% des patients estiment que le suivi infirmier doit être un soutien permanent, sans limitation de durée. A l'inverse 34% des répondants estiment qu'il serait préférable d'établir une durée limitée pour le suivi infirmier. Cela illustre l'aspect rassurant de la disponibilité des équipes Passport BP est l'un des principaux bénéfices identifiés par les patients.

A titre d'exemple, l'équipe du site Chenevier a décidé, en ce qui concerne les patients stables, de leur proposer un suivi allégé. Le patient est encouragé à poursuivre le remplissage des échelles sur MentalWise. L'IDE case-manager sort du périmètre et n'intervient qu'en cas d'alerte. Cette organisation est motivée par le **risque pour un patient de rechuter après des années de stabilité, notamment du fait d'un épisode de vie difficile**. De plus, l'enquête en ligne montre que 83% des utilisateurs considèrent le maintien régulier d'une déclaration d'échelle de ressenti comme utile ou plutôt utile sur le long terme (il faut sans doute considérer que les patients ne partageant pas ce point de vue sont sous-représentés parmi les répondants à l'enquête).

3.3.2. Le contenu de l'accompagnement Passport BP

L'évaluation invite à prendre la mesure du changement que représente PassportBP par rapport à la pratique courante, en termes d'activité clinique protocolisée et soutenue par des outils numériques.

Pour autant, les retours d'expérience suggèrent que le contenu de Passport BP pourrait offrir davantage de flexibilité. La diversité des profils patients et des besoins qui y sont associés justifie l'intérêt de proposer une variation de la fréquence du suivi, par exemple. Cette variation peut se traduire par un rythme plus rapproché des visites au début du parcours, afin de mettre en place toutes les spécificités de l'accompagnement, puis de les espacer progressivement. Le recalibrage des visites peut également se faire en fonction des spécificités individuelles. Lors des visites sur site, il a été constaté que certains case-managers proposaient des visites plus espacées de quelques semaines aux patients les moins en demande. De plus, les résultats de l'enquête en ligne auprès des patients démontrent que les attentes sont diverses. En effet, un peu moins de la moitié des répondants

considèrent que la fréquence des consultations est adaptée. 28% considèrent qu'elle devrait être plus élevée, et 27% estiment qu'elle devrait être moins élevée.

Par ailleurs, les équipes sur site suggèrent une évolution des outillages. Les échelles cliniques administrées lors de chaque visite n'ont pas été conçues pour être administrées tous les trimestres. Elles peuvent être perçues comme lourdes et peu pertinentes du point de vue du patient. Certains de ces questionnaires ne permettent pas de faire évoluer l'accompagnement, ni d'offrir aux patients une meilleure compréhension de leur situation. Il semblerait donc opportun de se concentrer sur les questionnaires à plus forte valeur ajoutée. Les équipes semblent favoriser l'utilisation de l'échelle YRMS et de l'échelle FAST.

Enfin, l'ouverture à d'autres applications qui proposent des services similaires à MentalWise peut être envisagée. Il existe d'autres applications développées dans le champ de la santé mentale, dont certaines bénéficiant de soutiens des autorités publiques, qui couvrent une partie limitée des fonctionnalités prévues pour PassportBP. On peut notamment citer MoodTracker et Jardin Mental⁶. L'application Jardin Mental a notamment été testée par l'équipe du Vinatier dans le cadre de « Parcours BP », présenté précédemment. Les retours sont ambivalents : les professionnels regrettent le manque de retours sur les patients.

3.3.3. L'ouverture à d'autres pathologies et d'autres professionnels

Les interlocuteurs rencontrés à l'occasion de l'évaluation finale ont été interrogés sur les possibilités d'étendre le dispositif à d'autres troubles. Les avis recueillis soulignent la nécessité de cibler des pathologies chroniques uniquement. Le suivi Passport BP n'est pas conçu pour prendre en charge des troubles aigus. Parmi les pathologies envisageables, il semble que le suivi pourrait être adapté pour accompagner la dépression chronique, les troubles obsessionnels compulsifs, et l'addictologie ; certaines formes de troubles de la personnalité ont également été évoqués, à condition de faire évoluer l'outillage proposé.

A cet égard, il est intéressant de noter que l'outil HappyNeuron proposé dans Passport BP est issu de la déclinaison d'une solution existante à destination de personnes atteintes de schizophrénie. En effet, la bipolarité et la schizophrénie sont deux troubles cognitifs qui présentent les mêmes fonctions déficitaires et ont, par conséquent, des objectifs thérapeutiques similaires.

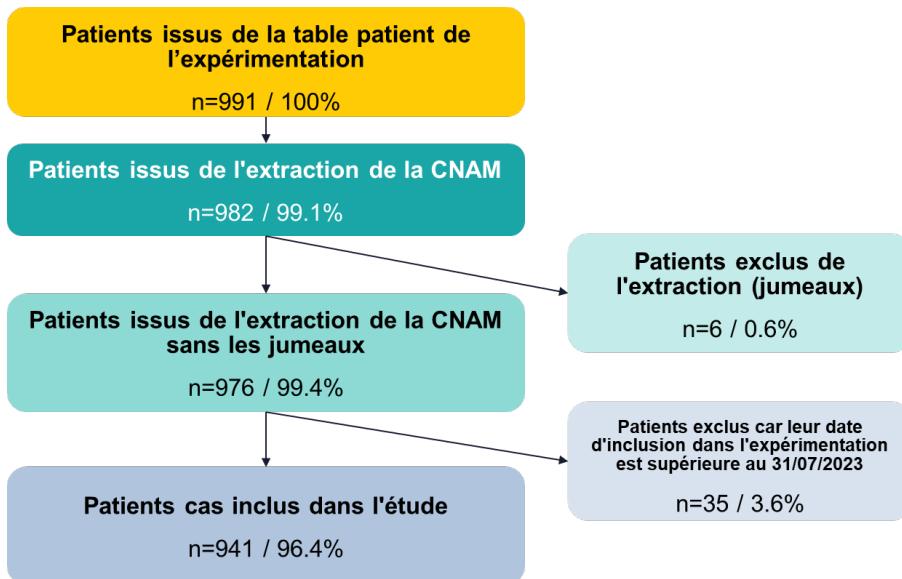
L'équipe de FondaMental a également été invitée à se prononcer sur l'intérêt d'envisager d'autres intervenants dans la réalisation de PassportBP, et notamment sur l'implication possible de psychologues libéraux ; ceci eu égard à l'étayage actuellement en cours pour le dispositif MonSoutienPsy. L'implication de psychologues n'a pas été étudiée dans le cadre de PassportBP et les échanges avec les équipes ne témoignent pas de collaborations très régulières ; la mobilisation d'outils numériques en santé mentale peut néanmoins utilement s'interroger sur leur implication, a fortiori pour des patients qui conjuguent leur trouble chronique avec une activité professionnelle.

⁶ Ces deux applications sont uniquement citées car elles ont été signalées lors des entretiens, par des professionnels de santé. L'évaluation n'a aucunement pour objet d'effectuer un recensement des applications disponibles sur le marché ni des fonctionnalités couvertes. Le porteur de projet a notamment attiré l'attention sur l'absence de fonctionnalités de transmission de données et/ou d'alertes à un tiers tel qu'un professionnel de santé, élément impossible à proposer en l'absence de marquage CE.

Rapport final
Passport bipolaire

4. Annexes

4.1. Annexe 1 : Flowchart de sélection de la population pour l'analyse SNDS



4.2. Annexe 2 : Caractéristiques socio-démographiques à l'inclusion par établissement

| Variables | Modalité | CH Le Vinatier | CHRU Besançon | CHU Clermont | CHU Henri-Mondor |
|---|----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|----------------------|
| N | Total | 383 | 79 | 172 | 307 |
| | N | 383 | 79 | 172 | 307 |
| Age (années) | Moyenne ($\pm ET$) | 40,1 ($\pm 14,0$) | 48,1 ($\pm 12,9$) | 46,1 ($\pm 13,7$) | 44,0 ($\pm 12,7$) |
| | Min; Max | 19,0; 75,0 | 20,0; 73,0 | 20,0; 80,0 | 20,0; 76,0 |
| | Médiane (Q1; Q3) | 40,0 (27,0; 51,0) | 49,0 (39,0; 58,0) | 45,0 (36,0; 55,5) | 45,0 (34,0; 54,0) |
| Age (années, en classes) | 18-24 | 53 (13,8%) | 2 (2,5%) | 13 (7,6%) | 17 (5,5%) |
| | 25-34 | 108 (28,2%) | 11 (13,9%) | 23 (13,4%) | 72 (23,5%) |
| | 35-44 | 81 (21,2%) | 16 (20,3%) | 46 (26,7%) | 64 (20,9%) |
| | 45-54 | 73 (19,1%) | 24 (30,4%) | 43 (25,0%) | 87 (28,3%) |
| | 55-64 | 50 (13,1%) | 19 (24,1%) | 29 (16,9%) | 51 (16,6%) |
| | 65+ | 18 (4,7%) | 7 (8,9%) | 18 (10,5%) | 16 (5,2%) |
| Sexe | Hommes | 133 (34,7%) | 31 (39,2%) | 60 (34,9%) | 106 (34,5%) |
| | Femmes | 250 (65,3%) | 48 (60,7%) | 112 (65,1%) | 201 (65,5%) |
| | <i>Manquant</i> | 31 | 0 | 21 | 16 |
| Poids à l'inclusion (kg) | N | 352 | 79 | 151 | 291 |
| | Moyenne ($\pm ET$) | 74,1 ($\pm 18,0$) | 80,6 ($\pm 18,8$) | 81,1 ($\pm 21,3$) | 77,30 ($\pm 19,8$) |
| | Min; Max | 13,7; 137,0 | 45,7; 137,6 | 44,6; 165,0 | 44,0; 178,0 |
| | Médiane (Q1; Q3) | 72,0 (60,4; 84,0) | 80,3 (66,1; 92,0) | 77,3 (66,0; 91,0) | 73,0 (62,0; 90,0) |
| CMUc ou ACS | Non | 345 (90,1%) | 69 (87,3%) | 145 (84,3%) | 288 (93,8%) |
| | Oui | 38 (9,9%) | 10 (12,7%) | 27 (15,7%) | 19 (6,2%) |
| Régime d'assurance maladie à l'inclusion | <i>Manquant</i> | 1 | 0 | 0 | 0 |
| | RG | 340 (89,0%) | 68 (86,1%) | 145 (84,3%) | 258 (84,0%) |
| | SLM | 29 (7,6%) | 10 (12,7%) | 16 (9,3%) | 46 (15,0%) |
| | MSA | 10 (2,6%) | 1 (1,3%) | 9 (5,2%) | 0 (0,0%) |
| | SNCF | 1 (0,3%) | 0 (0,0%) | 1 (0,6%) | 0 (0,0%) |
| | RATP | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 2 (0,7%) |
| | Autre | 2 (0,5%) | 0 (0,0%) | 1 (0,6%) | 0 (0,0%) |
| | CRPCEN | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 0 (0,0%) | 1 (0,3%) |

4.3. Annexe 3 : Taux de remplissage des questionnaires FAST, QIDS et YMRS par centre

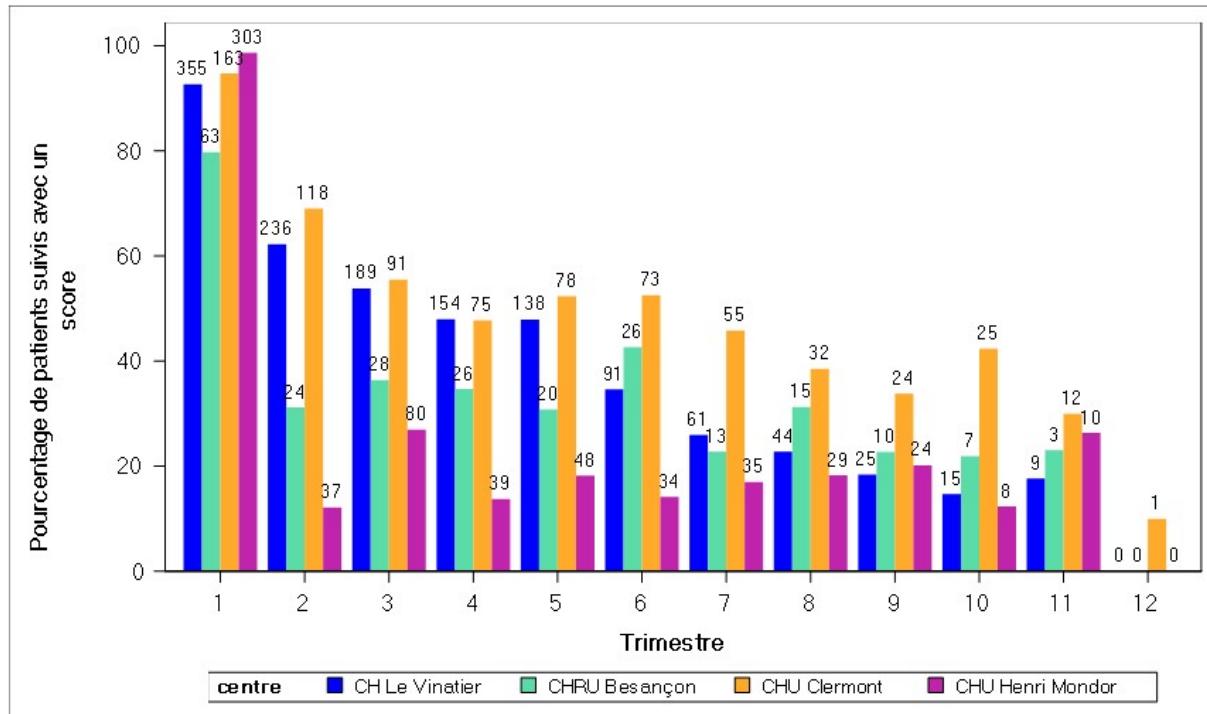
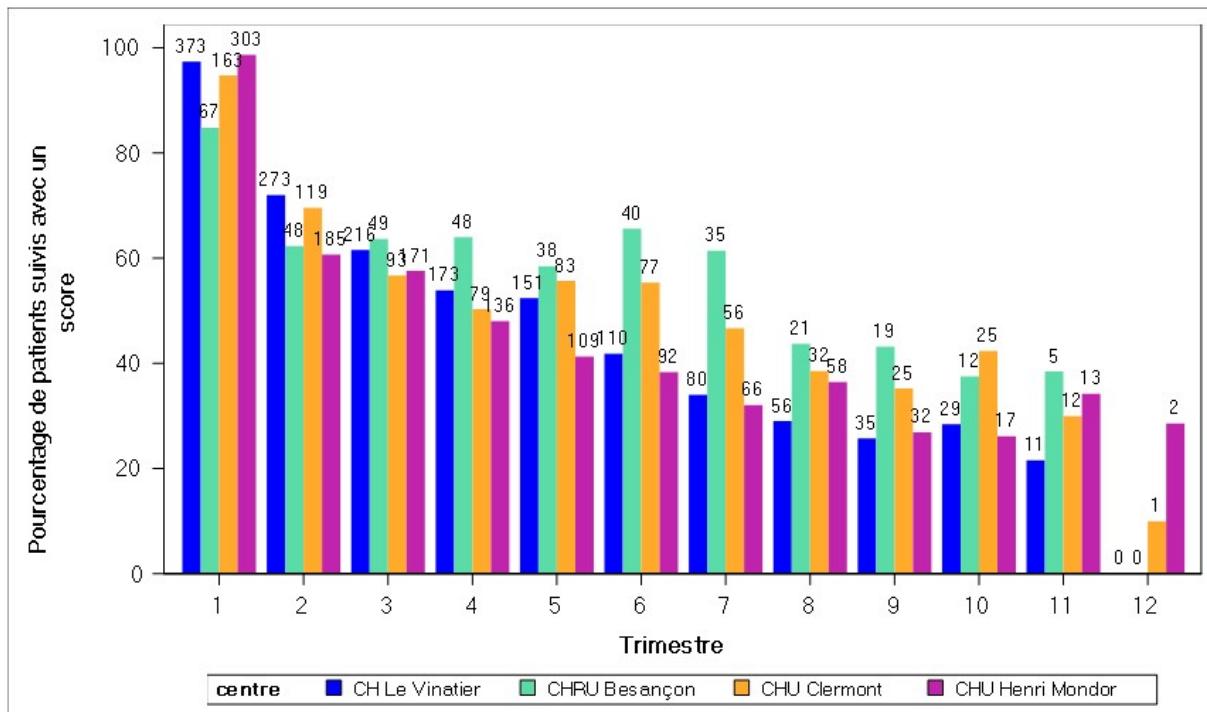


Figure 21. Taux de remplissage du questionnaire FAST, par centre



Rapport final
Passport bipolaire

Figure 22. Taux de remplissage du questionnaire QIDS, par centre

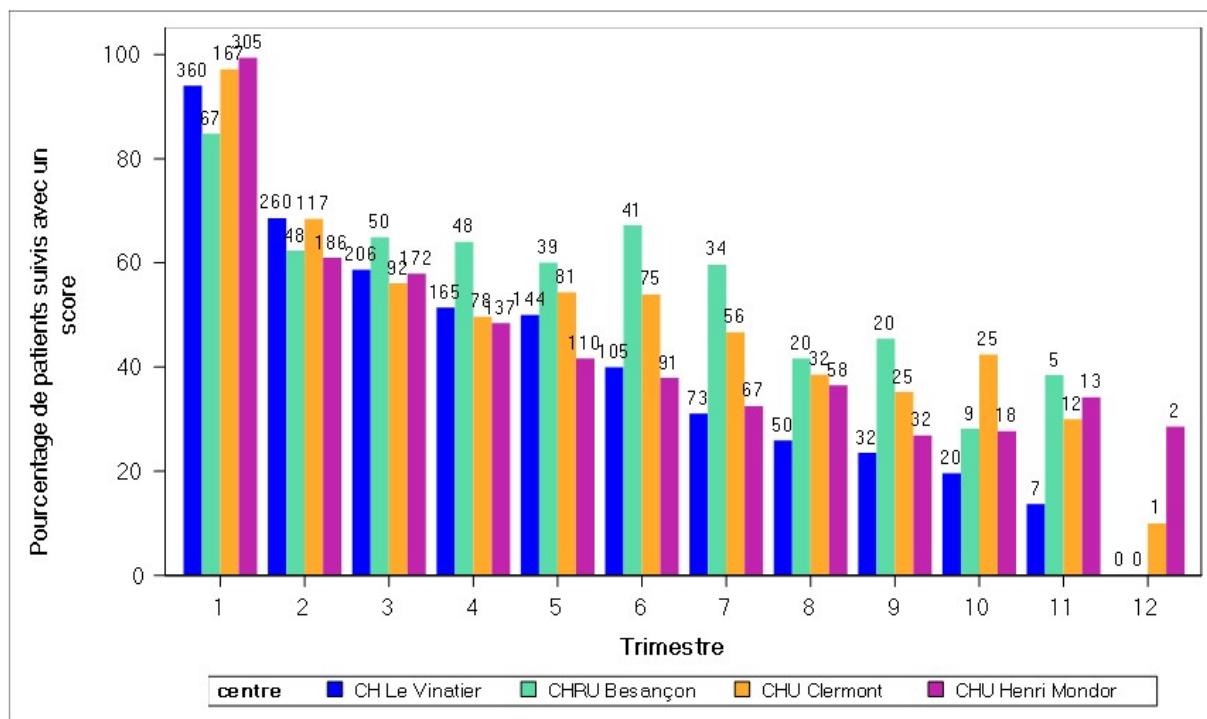
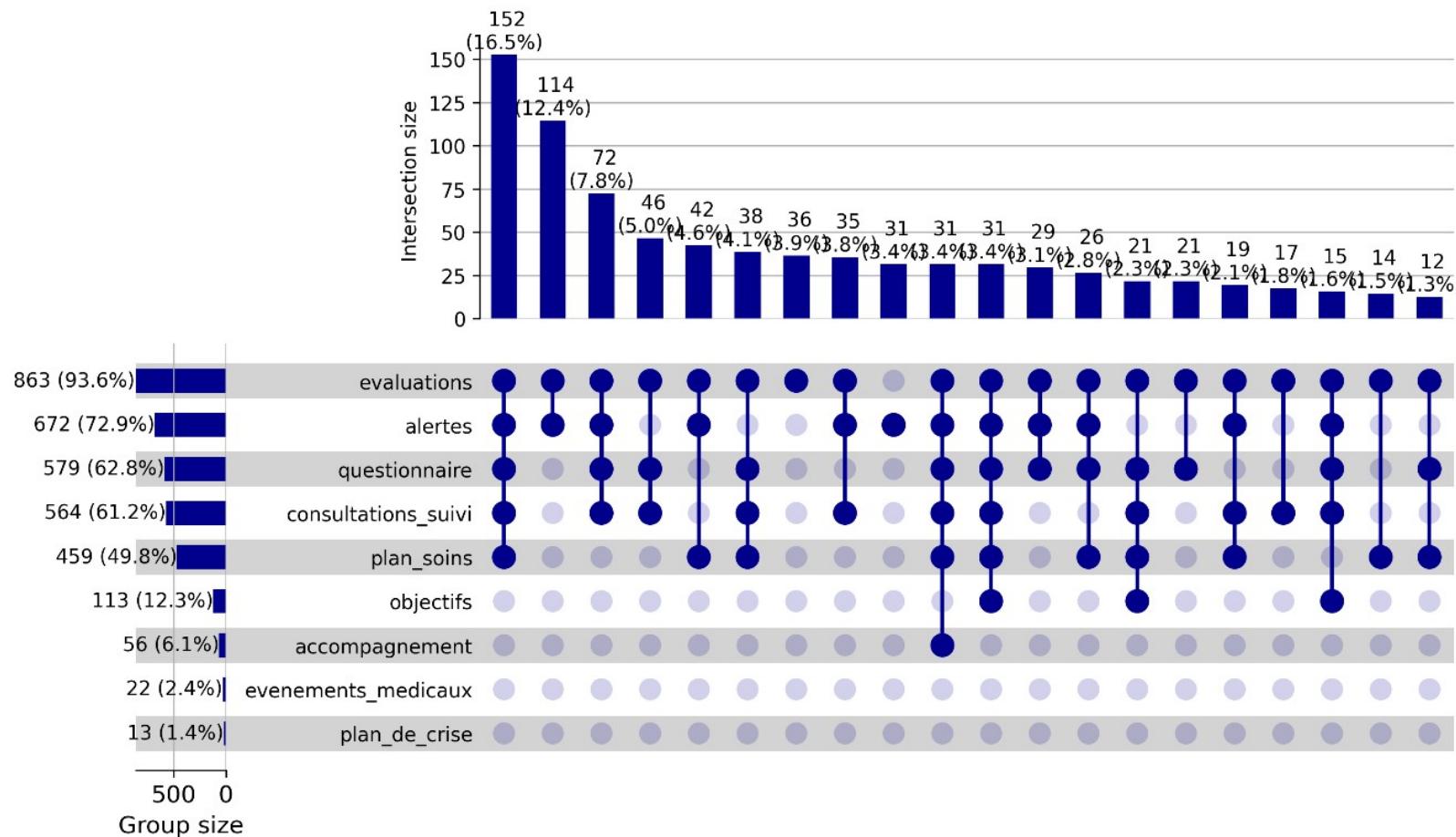


Figure 23. Taux de remplissage du questionnaire YMRS, par centre

Rapport final
Passport bipolaire

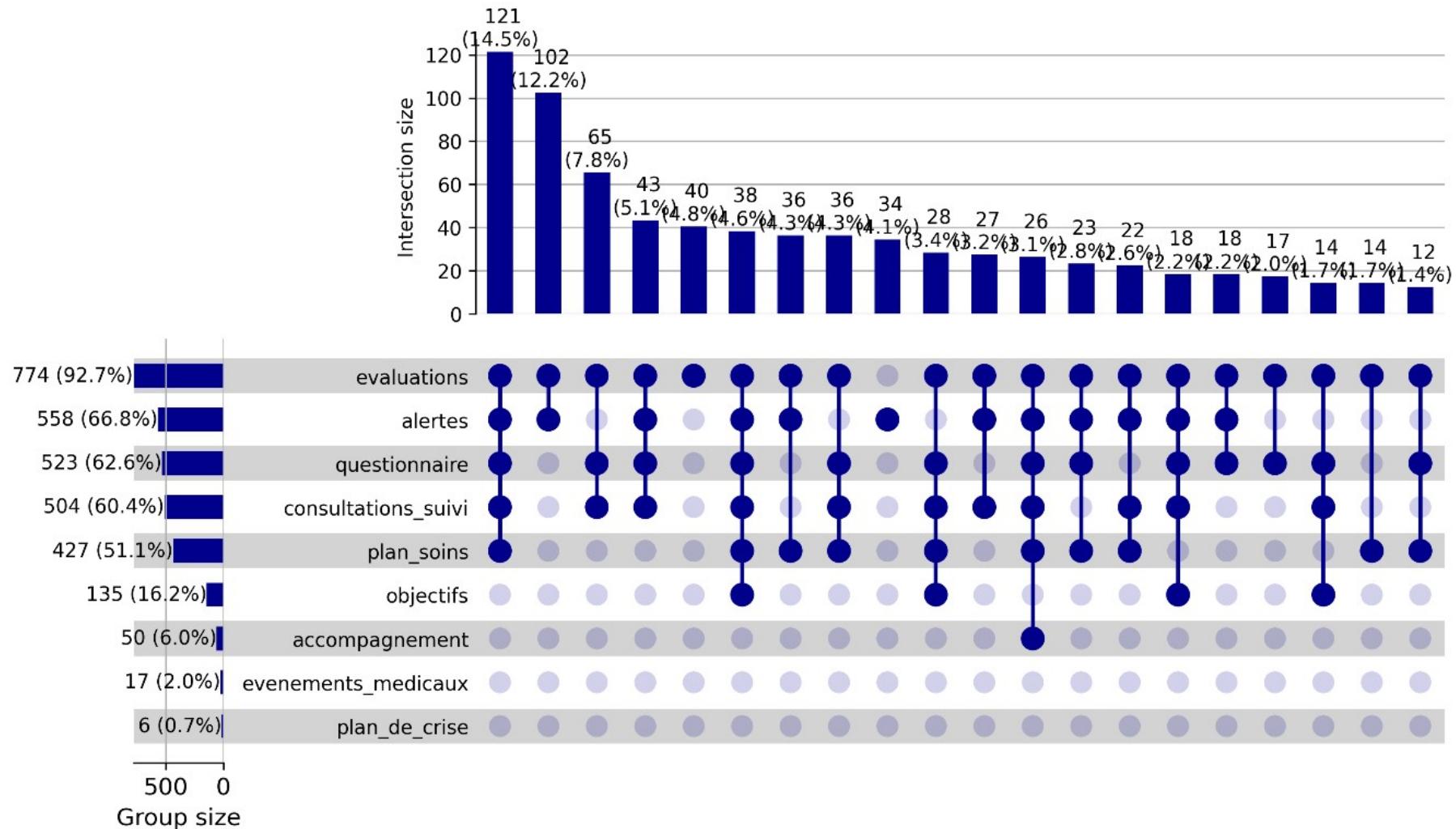
4.4. Annexe 4 : Intersection plot de la survenue de recours aux soins d'intérêt au cours des 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} trimestres de suivi

Suivi des parcours : proportion de recours aux soins (trimestre 2)



Rapport final
Passport bipolaire

Suivi des parcours : proportion de recours aux soins (trimestre 3)



Rapport final
Passport bipolaire

Suivi des parcours : proportion de recours aux soins (trimestre 4)

