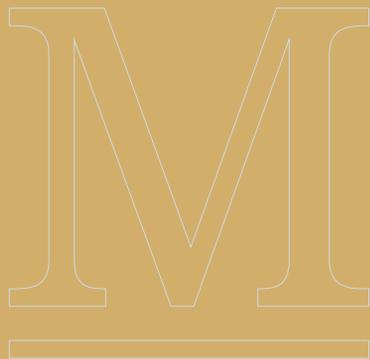


# Soins collaboratifs en santé mentale : le modèle SÉSAME

OPÉRATION SPÉCIALE - OCTOBRE 2023



*Think tank* de référence en France et en Europe, l'Institut Montaigne est un espace de réflexion indépendant au service de l'intérêt général. Ses travaux prennent en compte les grands déterminants économiques, sociétaux, technologiques, environnementaux et géopolitiques afin de proposer des études et des débats sur les politiques publiques françaises et européennes. Il se situe à la confluence de la réflexion et de l'action, des idées et de la décision.

OPÉRATION SPÉCIALE - Octobre 2023

## Soins collaboratifs en santé mentale : le modèle SÉSAME



*Les opérations spéciales de l'Institut Montaigne sont des expérimentations territoriales, des chiffrages ou des initiatives ponctuelles visant à décrypter et à alimenter les moments saillants de notre vie démocratique.*



## Johanna Couvreur

---

Johanna Couvreur est responsable du pôle santé de l'Institut Montaigne.

Diplômée de l'Institut d'Études Politiques de Grenoble, elle dispose d'une expérience de 20 ans dans le secteur de la santé au service des maladies rares et de la psychiatrie, auprès de la Fédération des Maladies Orphelines et de la Fondation FondaMental.

Ses actions de communication contre la stigmatisation des malades et en faveur de la vulgarisation scientifique ont plusieurs fois été primées.

En 2020, elle s'engage en faveur du projet SÉSAME (Soins d'Équipe en SAnité MEntale), définissant le cadre de l'expérimentation, recrutant et animant les personnels, garantissant le portage juridique et financier et développant les outils pédagogiques et numériques nécessaires au déploiement du projet sur le terrain. En juin 2023, elle obtient l'approbation du comité technique d'innovation en santé pour étendre SÉSAME des Yvelines à l'Île-de-France dans le cadre du dispositif de financement dérogatoire Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018.

À la faveur de la pandémie de Covid-19 et de l'état d'urgence sanitaire qui l'a accompagnée, la santé mentale s'est imposée dans le débat public. Le choc provoqué par le confinement, la peur et les incertitudes autour du Covid-19, le deuil qui a marqué de nombreuses familles comme l'accroissement de la précarité ont entraîné une dégradation importante de la santé mentale des Français.

La mise à l'écart des troubles de la santé mentale qui a longtemps prévalu a cédé la place à une prise de conscience inédite quant à notre vulnérabilité individuelle et collective. Dans le même temps, **l'essor des besoins de soins en santé mentale, dans un contexte de pénurie de l'offre médicale, a remis au premier plan la question de l'accès aux soins.** Le défi est de taille.

**La prise en charge des troubles psychiatriques est marquée de longue date par des écueils** responsables de pertes de chance délétères pour les malades et de coûts sociétaux considérables : retard au diagnostic, hétérogénéité de l'offre de soins, cloisonnements des prises en charge et hospitalo-centrisme s'accompagnent de soins dégradés et de ruptures dans les parcours.

Pour répondre à ces enjeux, il est urgent de **repenser une organisation des soins plus graduée et intégrée dans laquelle la santé mentale n'est pas l'affaire de la seule psychiatrie.**

Cette publication s'inscrit dans le cadre d'une réflexion engagée par l'Institut Montaigne sur les enjeux et les leviers d'une politique de prévention en santé, portée par la note d'enjeu *La prévention en santé, les nouveaux impératifs*.

Elle fait également suite à de nombreux travaux sur la psychiatrie et la santé mentale portés par l'Institut Montaigne parmi lesquels l'étude, *Santé mentale : faire face à la crise* (2020), qui **réhabilite la place de la médecine générale dans la prise en charge des troubles psychiques fréquents** et fait des propositions concrètes s'appuyant sur un modèle lar-

gement éprouvé à l'échelle internationale, les soins collaboratifs. Face à l'urgence de la situation, l'Institut Montaigne a souhaité rendre opérationnelle une de ses recommandations à travers la mise en œuvre du premier pilote français de soins collaboratifs.

**Cette note raconte l'histoire de SÉSAME (Soins d'Équipe en Santé MEntale)**, le projet qui en est le fruit, construit en collaboration avec le Centre hospitalier de Versailles, l'association Quartet Santé et 4 sites de médecine générale dans les Yvelines. Elle inscrit ce projet dans une perspective plus large, celle des efforts déployés par le gouvernement depuis 2021 pour répondre à la crise, entre approche territoriale et stratégie nationale. Enfin, **elle invite à un changement de paradigme** et en appelle à une approche plus globale des enjeux de santé qui ne soit plus basée sur la seule réponse sanitaire mais s'appuie sur la mobilisation de toutes les ressources utiles aux patients et qui ouvre à une réflexion sur les rôles, la place et la nécessaire coopération des différents professionnels.

La généralisation du modèle SÉSAME dépendra de la capacité des acteurs de terrain à relever ces défis et de l'identification d'un modèle de financement avec les pouvoirs publics.

*La phase pilote du projet SÉSAME a reçu le soutien de la Fondation Sisley-d'Ornano, d'une fondation philanthropique et du Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie. L'APTA 78 est partenaire du projet.*

	<b>Introduction</b> .....	10
<b>1</b>	<b>Constat : l'essor préoccupant des troubles mentaux fréquents</b> .....	13
	1.1. LE FARDEAU DES TROUBLES MENTAUX FRÉQUENTS .....	13
	1.2. UNE SITUATION AGGRAVÉE PAR LA CRISE SANITAIRE .....	15
	1.3. L'ENJEU DE L'ACCÈS AUX SOINS .....	17
<b>2</b>	<b>Décryptage : les soins primaires au cœur de la réponse</b> .....	18
	2.1. SOUTENIR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES : UN ENJEU DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE DES SOINS .....	18
	2.2. LA FRANCE EN QUÊTE DE MODÈLE .....	21
	2.3. LES SOINS COLLABORATIFS, UNE SOURCE D'INSPIRATION À HAUTE VALEUR AJOUTÉE .....	26
<b>3</b>	<b>Expérimentation : premier pilote français de soins collaboratifs</b> .....	29
	3.1. LES AMBITIONS DE SÉSAME .....	29
	3.2. LE PARCOURS DE SOINS SÉSAME .....	31
	3.3. LA MÉTHODE SÉSAME .....	35

<b>3.4. SÉSAME : L'ÉCHELON MANQUANT ENTRE SOINS PRIMAIRES ET SOINS PSYCHIATRIQUES</b> .....	36
<b>3.5. SÉSAME : UN MODÈLE PLÉBISCITÉ</b> .....	39
<b>Perspectives</b> .....	43
<b>DE L'EXPÉRIMENTATION À LA GÉNÉRALISATION</b> .....	43
<b>L'OPPORTUNITÉ DE L'ARTICLE 51 : TRANSFORMER L'ESSAI</b> .....	44
<b>Remerciements</b> .....	48

**Dépression, schizophrénies, troubles bipolaires, troubles anxieux (...), les troubles mentaux sont longtemps restés dans l'angle mort de nos politiques publiques de santé** alors qu'ils touchent, chaque année, 1 personne sur 4 (soit près de 17 millions de Français), constituent le premier poste de dépenses par pathologies de l'Assurance maladie<sup>1</sup> (25 milliards d'euros, près de 13,5 % des dépenses totales), devant les cancers (12,2 % des dépenses totales) et les maladies cardio-neurovasculaires (10,5 % des dépenses totales) et représentent un coût global évalué à 163 milliards d'euros selon une dernière étude en date portant sur l'année 2018 (incluant les coûts directs et indirects)<sup>2</sup>.

**Les raisons de cette relégation sont multiples.** Le poids de la stigmatisation et les dissensions qui animent la communauté médicale sur les réponses à apporter ont contribué à freiner les tentatives de réforme.

Ces dernières années, **plusieurs phénomènes concomitants ont concouru à imposer peu à peu les troubles psychiatriques comme un enjeu de santé publique majeur** et la santé mentale comme un bien commun à préserver. Nous sommes passés de l'invisibilisation des troubles psychiques à la promotion tous azimuts de la santé mentale, qui s'est popularisée dans l'espace public, dans les médias, les discours politiques et même le monde du travail.

Cela est dû au progrès des connaissances scientifiques, à l'émergence de nouvelles pratiques de soin, à la mobilisation croissante des patients, de leurs proches et des professionnels de santé ainsi qu'au *coming-out* de certaines stars<sup>3</sup> qui ont infusé peu à peu un contre-discours. Plus récemment, la crise

<sup>1</sup> Assurance maladie, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2024*. Juillet 2023

<sup>2</sup> Laïdi et al., *The cost of mental health: Where do we stand in France?*, *European Neuropsychopharmacology*, 2023

<sup>3</sup> Les témoignages de personnalités des médias ou du show-biz n'hésitant pas à révéler les troubles psychiques dont elles sont atteintes ont contribué à donner une visibilité nouvelle à des troubles jusque-là passés sous silence (Maria Carey, Carrie Fisher ou Selena Gomez aux États-Unis, Muriel Robin, Florence Foresti ou Emmanuel Carrère en France).

sanitaire et l'explosion consécutive des troubles dépressifs et anxieux au sein de la population générale ont accéléré la prise de conscience et marqué un tournant important.

**Cette situation inédite, qui conjugue nouveaux besoins de soins dans un contexte de fragilisation générale de notre système de santé, nous exhorte à repenser nos politiques publiques en matière de santé mentale.**

Face à ces enjeux, **la mise en œuvre d'une politique de prévention ambitieuse s'impose.** Ainsi que le rappelle Enguerrand du Roscoät de Santé publique France, *"trois grands axes stratégiques constituent généralement le cadre d'intervention des politiques de prévention et de promotion de la santé mentale : la promotion du bien-être et la prévention des troubles psychologiques ; le repérage précoce des troubles et l'orientation vers des dispositifs de prise en charge ; la réduction des impacts sur la qualité de vie et la prévention de la récurrence."*<sup>4</sup>

Cette note propose d'explorer les moyens de **favoriser le repérage précoce** et d'**assurer un meilleur accès aux soins.**

Le sujet est vaste et la nature des réponses à apporter diffère selon la sévérité des troubles psychiques, ainsi que le rappelle la Cour des comptes<sup>5</sup> dans son rapport de 2021.

**Nous concentrerons ici notre propos sur les enjeux propres aux troubles psychiques fréquents,** dont la progression alarmante ces dernières années oblige à **reconsidérer nos modèles de prise en charge et à adapter l'offre de soins à l'aune des besoins spécifiques des patients,** tout en préservant des passerelles entre les différents niveaux de prise en charge.

<sup>4</sup> E. du Roscoät, *Comment généraliser la prévention des troubles en santé mentale ?*, in *Cahiers français*, mars-avril 2022

<sup>5</sup> *Cour des comptes, Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie*, Février 2021

Les faits sont sans appel et incitent à l'action immédiate :

- La psychiatrie n'a plus les moyens d'absorber la demande et les médecins généralistes, en première ligne, sont peu formés au repérage ou à la prise en charge de ces patients.
- En conséquence, 50 % des personnes présentant un trouble psychique fréquent n'ont pas accès aux soins<sup>6</sup> et un tiers seulement<sup>7</sup> bénéficie d'un traitement adapté.
- Cette situation majore le risque d'évolution chronique et de passage à l'acte suicidaire (les idées suicidaires ont doublé par rapport au niveau hors pandémie<sup>8</sup>).

Fidèle à son approche à la confluence de l'analyse et de la décision, l'Institut Montaigne **explore tout à la fois les défis auxquels répondre** (accès, qualité et pertinence des soins), **les stratégies d'action mobilisées par les pouvoirs publics et les bonnes pratiques internationales dont s'inspirer**.

S'appuyant sur les données de la recherche, l'Institut Montaigne est également passé à l'action en **déployant la première expérimentation pilote en France d'un nouveau modèle de prise en charge, le projet SÉSAME (Soins d'Équipe en SANTÉ MEntale)** en collaboration avec le Centre hospitalier de Versailles et l'association Quartet Santé. À la manière d'un journal de bord, cette note décrit la philosophie d'action et les premiers résultats observés de cette méthodologie collaborative, véritable échelon manquant entre les soins primaires et les soins psychiatriques.

<sup>6</sup> Norton et al., *Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit*. L'Encéphale, 2009.

<sup>7</sup> Waitzfelder et al., *Treatment Initiation For New Episodes of Depression in Primary Care Settings*. Journal of General Internal Medicine, 2018.

<sup>8</sup> Santé publique France, *Coviprev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19, 2022*

# 1 Constat : l'essor préoccupant des troubles mentaux fréquents

## 1.1 LE FARDEAU DES TROUBLES MENTAUX FRÉQUENTS

**Le fardeau des troubles mentaux fréquents**, parmi lesquels les troubles dépressifs et les troubles anxieux, est très élevé dans la population : en cause, leur prévalence élevée et leur retentissement important, à la fois individuel et collectif.

La dépression touche 15 à 20 % de la population mondiale sur la vie entière (Inserm, 2017) tandis que la prévalence des troubles anxieux est de 21 % en population générale sur la vie entière (HAS, 2007). De nombreux travaux ont également démontré qu'ils sont associés à des niveaux élevés de risque suicidaire et de complications à la fois somatiques et psychiatriques.

### Prévalence

La prévalence est le rapport entre l'ensemble des cas présents ou passés d'une maladie et l'ensemble de la population exposée. La prévalence s'apprécie sur une période donnée (l'année en cours par exemple). Lorsque l'on prend en compte la proportion d'une population qui, à un certain stade de sa vie, a fait l'expérience d'une maladie, on parle de "prévalence vie entière".

Selon l'Organisation mondiale de la santé, en 2019, les troubles dépressifs se classaient au deuxième rang des maladies les plus invalidantes dans le monde et les troubles anxieux au huitième rang<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> WHO, *World mental health report – Transforming mental health for all, 2022*

### Troubles dépressifs

Les troubles dépressifs recouvrent des symptômes très différents : tristesse pathologique, intense et quasi permanente ; perte d'intérêt ou de plaisir à faire les choses ; idées suicidaires ; ralentissement psychomoteur ; fatigue intense ; perte d'appétit ; sentiment d'angoisse omniprésent ; troubles du sommeil ; troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire. Le diagnostic est posé lorsqu'une personne présente une tristesse pathologique, intense et quasi permanente et/ou une perte d'intérêt ou de plaisir à faire les choses, associée(s) à au moins quatre autres symptômes et ce, de façon quotidienne sur une période d'au moins deux semaines. Le retentissement des troubles dépressifs est important : les travaux d'épidémiologie rapportent que 10 à 20 % des patients meurent par suicide. Par ailleurs, les patients présentent un risque accru de pathologies somatiques, tels que les troubles cardiovasculaires.

*Découvrir le dossier de l'Inserm, [Dépression : mieux la comprendre pour la guérir durablement](#), juin 2017*

### Troubles anxieux

L'anxiété ou l'angoisse sont des phénomènes naturels. On parle de troubles anxieux lorsque l'angoisse est intense et durable, sans lien avec un danger réel et qu'elle a un retentissement important sur la vie de la personne. L'expression des troubles anxieux peut varier de façon conséquente d'une personne à l'autre. Parmi les symptômes principaux

répertoriés : une accélération du rythme cardiaque, des troubles du sommeil, une augmentation de la transpiration, des douleurs thoraciques, des difficultés à respirer, voire une sensation de mort imminente. Il existe plusieurs catégories de troubles anxieux : l'anxiété généralisée, le trouble panique, l'agoraphobie, l'anxiété sociale, les phobies ou encore le trouble anxieux de séparation.

*Découvrir le dossier de l'Inserm, [Troubles anxieux : quand l'anxiété devient pathologique](#), mars 2021*

## 1.2. UNE SITUATION AGGRAVÉE PAR LA CRISE SANITAIRE

La crise sanitaire a aggravé une situation déjà préoccupante.

Plusieurs enquêtes<sup>10</sup> ont été conduites qui, toutes, rendent compte d'une hausse sans précédent des troubles dépressifs et anxieux au sein de la population française, associée à un essor des troubles du sommeil et une augmentation des idées suicidaires. Fait notable, les femmes, les jeunes et les populations les plus précaires sont les catégories à en payer le plus lourd tribut.

Ainsi, l'enquête Coviprev, conduite par Santé publique France dès mars 2020 pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de Covid-19, a rendu publics les résultats de la vague d'enquête menée entre le 5 et le 9 décembre 2022 :

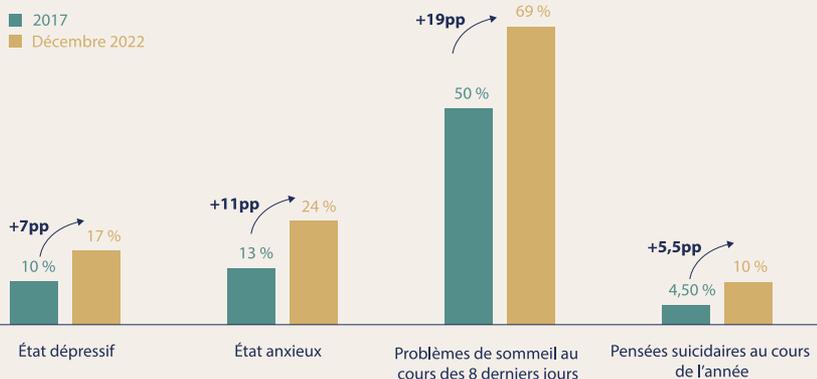
<sup>10</sup> Plusieurs travaux ont permis de mesurer la santé mentale des Français :

- *Léon et al., [Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021](#), BEH, n°2, Février 2023*
- *Les travaux conduits à partir de [l'étude Epicov](#) menée sous la direction de la Drees se sont particulièrement intéressés à la progression des troubles mentaux chez les jeunes.*
- *Les travaux conduits par Santé publique France à travers [l'enquête CoviPrev](#) ont évalué en plusieurs vagues l'évolution des comportements (gestes barrières, confinement, consommation d'alcool et de tabac, alimentation et activité physique) et de la santé mentale (bien-être, troubles) en population générale.*

- **17 % des Français montrent des signes d'un état dépressif** : niveau jugé élevé de 7 points supérieurs par rapport au niveau hors épidémie
- **24 % des Français montrent des signes d'un état anxieux** : niveau jugé très élevé (+11 points par rapport au niveau hors épidémie)
- **69 % des Français déclarent des problèmes de sommeil au cours des 8 derniers jours** : niveau jugé très élevé (+19 points par rapport au niveau hors épidémie)
- **10 % des Français ont eu des pensées suicidaires au cours de l'année** : niveau jugé élevé (+5,5 points par rapport au niveau hors épidémie)

**Dans ce contexte, comment répondre à l'explosion de ces besoins de soins ?**

### Évolution de la santé mentale des Français entre 2017 et décembre 2022 selon les données de l'enquête Coviprev



Source : Santé publique France, données de la vague 36 de l'enquête Coviprev, reprises par l'auteur.

Ce graphique a été réalisé à partir des données de la vague 36 de l'enquête Coviprev. Le Baromètre Santé 2017 sert de référence pour comparer la santé mentale de la population avant la pandémie. Depuis le 23 mars 2020, Santé publique France, en lien avec l'institut de sondage BVA, réalise l'enquête CoviPrev pour suivre l'évolution de la santé mentale et l'adoption des comportements de prévention dans le contexte de l'épidémie de Covid-19. Pour chaque vague d'enquête, un échantillon représentatif de 2 000 personnes âgées de 18 ans et plus résidant en France métropolitaine est interrogé par Internet.

### 1.3. L'ENJEU DE L'ACCÈS AUX SOINS

Le défi est de taille et ce pour au moins deux raisons. Tout d'abord, parce que la psychiatrie, sur laquelle on a longtemps fait porter la responsabilité de la prise en charge de l'ensemble des troubles psychiques, fait face à une situation de crise prolongée. Ensuite, parce que le recours et l'accès aux soins sont notoirement insuffisants et tardifs.

**Ce défaut d'accès aux soins a été documenté et a des conséquences déléteres<sup>11</sup>.** Ainsi, des chercheurs français rapportent que même en cas de couverture sociale identique, le fait d'être atteint d'un trouble mental est associé à un moindre recours à la médecine générale et à une surmortalité de cause naturelle, du fait notamment d'un stade avancé d'évolution de pathologies cardiovasculaires ou de cancers au moment du diagnostic.

Ces mêmes chercheurs se sont attachés à comprendre les freins à cet accès aux soins qui majorent **le risque d'une évolution chronique et d'une mauvaise réponse aux stratégies thérapeutiques**. Ils mettent en avant plusieurs facteurs explicatifs. Des facteurs individuels, tels que le sexe, les valeurs comme les croyances, jouent un rôle important. Ainsi, on observe un meilleur accès pour les femmes et les personnes en couple. À l'inverse, la faible littératie en santé mentale (c'est-à-dire la capacité d'un patient à trouver de l'information, la comprendre et la mobiliser pour prendre soin de sa santé) comme la stigmatisation des troubles mentaux fréquents (souvent associés à une faiblesse de caractère) constituent un obstacle aux soins. D'autres facteurs de contexte peuvent jouer un rôle favorisant ou limitant le recours aux soins : c'est le cas des moyens financiers, de l'intensité du soutien social ou de la disponibilité d'une offre de soins de proximité. Enfin, le besoin ressenti par le patient est dépendant de la sévérité des troubles et de la souffrance psychique éprouvée : ainsi, les personnes présentant des troubles mentaux fréquents peuvent avoir tendance à banaliser leurs symptômes, minorant leur besoin de soin.

<sup>11</sup> Younès N., Lemogne C., *Accès aux soins des personnes présentant des troubles mentaux*, *Après-Demain*, 2017/2

## 2 Décryptage : les soins primaires au cœur de la réponse

### 2.1. SOUTENIR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES : UN ENJEU DE QUALITÉ ET D'EFFICACITÉ DES SOINS

En réponse à ces défis, **l'Organisation mondiale de la santé a fait des soins de premiers recours une des pierres angulaires des soins de santé mentale**, appelant ainsi à revoir une organisation des soins trop centrée sur les soins psychiatriques hospitaliers. Plusieurs arguments plaident en faveur d'un tel recentrage, au premier rang desquels l'amélioration du repérage précoce, le meilleur accès aux soins ainsi qu'un moindre coût. Dans son rapport de 2008<sup>12</sup>, les soins primaires sont tout à la fois désignés comme indispensables à une approche holistique des soins et promus comme "*le moyen le plus viable de s'assurer que les gens reçoivent les soins de santé mentale dont ils ont besoin*".

#### Les niveaux de prise en charge médicale dans le système de santé

Selon la sévérité ou la complexité d'une pathologie, un patient peut être pris en charge par différents niveaux de soins. Les soins primaires correspondent aux soins de proximité dispensés généralement par le médecin généraliste, le pédiatre, le gériatre, l'infirmier ou encore un auxiliaire médical. On parle aussi de soins de première ligne ou de soins de premiers recours. L'orientation vers un spécialiste constitue un second niveau de soins, qualifiés de soins secondaires ou soins de deuxième ligne ou encore de soins de second recours. Cette orientation peut se faire en ville auprès d'un libéral ou bien en milieu hospitalier ou en clinique. Les soins tertiaires concernent des soins

hyperspécialisés qui mobilisent une expertise médicale ou nécessitent un équipement technologique de pointe. Ils sont dispensés en milieu hospitalier.

#### Qu'en est-il de la situation des soins primaires en France ?

Dans son étude publiée en décembre 2020, *Santé mentale : faire face à la crise*, l'Institut Montaigne s'est intéressé à la **place centrale occupée par les médecins généralistes dans la prise en charge des troubles mentaux fréquents**.

Dans 76 % des cas, les médecins généralistes sont les premiers professionnels consultés en cas de problème de santé mentale en France<sup>13</sup> et sont, de fait, des acteurs incontournables des soins de santé mentale.

Pour autant, **leurs conditions d'exercice constituent des obstacles au repérage comme à la bonne prise en charge des troubles mentaux**.

#### 2.1.1. Des médecins généralistes peu formés à la santé mentale et isolés

En cause, une multiplicité de facteurs parmi lesquels un temps de consultation limité (16 minutes en moyenne<sup>14</sup>) et un essor global des besoins en santé sous le triple effet du vieillissement de la population, de la hausse des maladies chroniques et de la pénurie de certains professionnels de santé. Ainsi, dans une étude pilotée par la Dress, 8 médecins généralistes sur 10 déclarent avoir des difficultés pour répondre aux sollicitations de leurs patients (toutes pathologies confondues) et 77 % peinent à trouver du relais auprès de leurs confrères spécialistes, principalement du fait des délais d'obtention des rendez-vous (la psychiatrie figure parmi les trois spécialités les plus fréquemment citées)<sup>15</sup>.

<sup>13</sup> OCDE, *Health at a glance*, 2011

<sup>14</sup> Drees, *La durée des séances des médecins généralistes*, Études et résultats, n°481, avril 2006

<sup>15</sup> Drees, *Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale*, Études et résultats, n°1140, janvier 2020

<sup>12</sup> World Health Organization, *Integrating mental health in primary care, a global perspective*, 2008

Lorsque l'on sait que la typologie et la sévérité des troubles mentaux suivis en médecine générale sont comparables à celles observées chez les psychiatres libéraux<sup>16</sup> et que l'enseignement de la psychiatrie reste limité dans le cadre du cursus de médecine générale<sup>17</sup>, la tâche semble bien lourde pour les médecins généralistes qui se sentent souvent démunis et isolés face à la souffrance psychique de leurs patients.

### **2.1.2. Déficit d'accès aux soins et de pertinence des soins : une perte de chance pour les patients**

Sans surprise, **la qualité des soins apportée aux troubles mentaux fréquents en médecine générale en est affectée.**

Une étude conduite à Montpellier a mesuré le taux de détection des troubles dépressifs en médecine générale. Le constat est sans appel : seuls 50 % des patients sont repérés par les médecins généralistes<sup>18</sup> ayant participé à l'étude. Par ailleurs, lorsqu'une souffrance psychique est dépistée par le médecin généraliste, ce dernier prescrit prioritairement des psychotropes, sans toutefois suivre les recommandations de bonnes pratiques : ainsi, 85 % des psychotropes consommés en France sont le fait de la prescription des médecins généralistes<sup>19</sup>, souvent par manque d'alternatives.

La situation en France n'est pas exceptionnelle et de nombreux travaux internationaux rendent compte de l'accès insuffisant des patients à des soins de santé mentale en médecine générale. Avec un tiers seulement des patients recevant un traitement adapté pour un diagnostic avéré de trouble dépressif<sup>20</sup>, le risque d'une évolution chronique est réel. Dans le cas des troubles

mentaux fréquents, le risque de mort par suicide s'en trouve majoré<sup>21</sup> et appelle la mise en place d'une prise en charge précoce et adaptée<sup>22</sup>.

**Accompagner et soutenir les médecins généralistes dans leurs pratiques s'impose donc comme une nécessité prioritaire.**

## **2.2. LA FRANCE EN QUÊTE DE MODÈLE**

Sous l'impulsion conjointe de la loi de modernisation de notre système de santé (2016), de la Feuille de route santé mentale et psychiatrie (2018) et des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie (2021), les pouvoirs publics ont placé le médecin généraliste au cœur de la prise en charge des troubles psychiques fréquents. Les ambitions sont doubles :

- Faciliter l'accès aux soins dans un cadre non stigmatisant et dans une logique "d'aller vers" les patients.
- Réguler la filière psychiatrique en proposant une graduation de l'offre de soins.

**La déclinaison de ces ambitions s'appuie sur deux chantiers :**

- le premier fait le pari des territoires et de leurs acteurs<sup>23</sup> ;
- le second s'appuie sur une stratégie nationale qui promeut le duo médecin généraliste – psychologue à travers le remboursement de séances de soutien psychologique.

<sup>16</sup> Younès N et al., *Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists*. BMC Public Health 2005

<sup>17</sup> Fovet et al., *État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France*, L'information psychiatrique, 2014

<sup>18</sup> Norton et al., *L'Encéphale*, 2019, op. cit.

<sup>19</sup> Ministère des solidarités et de la santé, *Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008*, p13

<sup>20</sup> Waitzfelder et al., *JGIM*, 2018, op. cit.

<sup>21</sup> La dépression est la première cause de suicides et de tentatives de suicide. Voir Corruble, *Dépression et risque suicidaire*, in *Suicide et tentatives de suicide*, Cairn, 2010

<sup>22</sup> Une récente méta analyse a d'ailleurs démontré que 44 % des personnes décédées par suicide ont consulté leur médecin généraliste le mois précédant leur décès. Voir Harmer et al., *Suicidal ideation*, StatPearls, May 2022

<sup>23</sup> Sur ce sujet, nous vous invitons à lire le rapport de l'Institut Montaigne, *Santé : faire le pari des territoires*, 2022

### 2.2.1. Approche territoriale

Depuis 2016, à rebours des politiques de santé centralisées longtemps déployées, **le gouvernement mise sur les acteurs d'un territoire donné pour inventer de nouvelles modalités de coopération** permettant de faciliter un accès précoce aux soins ainsi qu'un meilleur suivi des patients et d'éviter les ruptures de parcours. Il donne notamment la priorité au développement d'une médecine de proximité autour de la figure du médecin généraliste et veille à soutenir les initiatives d'exercice coordonné (l'exercice isolé étant appelé à devenir l'exception).

Dans son sillage, plusieurs mesures ont été prises pour renforcer l'articulation des acteurs d'un même territoire (usagers, professionnels et établissements de santé, services sociaux et médico-sociaux, collectivités locales) en visant tous les échelons de la prise en charge (prévention, dépistage, prise en charge médicale et accompagnements spécifiques tels que le logement ou l'insertion sociale). Leur ambition : décloisonner les pratiques et penser des organisations nouvelles, adaptées aux besoins comme à l'offre de soin d'un territoire donné. Leur déploiement, les diagnostics territoriaux qui en résultent comme les initiatives promues sont autant de laboratoires d'expérimentation à l'échelon local.

La loi de modernisation de notre système de santé (2016) constitue le socle de cette politique. Le chapitre 1er, qui ouvre la section consacrée au parcours de santé dans la loi de modernisation de notre système de santé, est dévolu à la promotion des soins primaires et à la structuration des parcours de santé (Articles 64 à 82). Il distingue plusieurs niveaux de prise en charge et fait de la coopération des acteurs territoriaux un prérequis. Il introduit la mise en œuvre de plusieurs actions au premier rang desquelles **la création des Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)**, pensées comme devant soutenir et accompagner la coordination des acteurs de santé. Laissées à l'initiative des acteurs de terrain, les CPTS sont souvent constituées en association et réunissent les professionnels de premier recours et de second recours qui déterminent collectivement leurs priorités d'action.

Si la santé mentale ne constitue pas un thème imposé, de nombreuses CPTS se sont emparées du sujet et proposent de mettre en place une organisation permettant aux médecins généralistes, aux structures de soin locales et aux psychiatres de mieux coordonner l'accompagnement des patients.

**La création des Projets territoriaux de santé mentale (PTSM)** constitue une autre mesure phare de la loi de 2016. Elle s'inscrit d'emblée dans le champ de la psychiatrie et vise un territoire plus vaste que celui des CPTS. Souvent animés par des acteurs hospitaliers, les PTSM visent l'organisation du lien entre la psychiatrie, les soins de premier recours via le réseau territorial de proximité porté par les CPTS et les hôpitaux de proximité. Sous l'impulsion du projet "Ma Santé 2022" et de la Feuille de route santé mentale et psychiatrie, les PTSM se sont imposés comme une obligation faite à la psychiatrie. Leur développement s'est accéléré et fertilise l'acculturation des CPTS sur le sujet.

### 2.2.3. Stratégie nationale

Conjointement à la gouvernance territoriale renforcée portée par la loi de modernisation de notre système de santé, le deuxième chantier ouvert par le gouvernement porte sur **le remboursement de séances avec un psychologue**. Celles-ci sont indiquées dans le traitement de nombreux troubles psychiques et n'étaient, jusqu'à récemment, pas remboursées par l'Assurance maladie, posant, de fait, un problème d'accès aux soins pour de nombreux patients.

**Plusieurs expérimentations<sup>24</sup> pilotées par l'Assurance maladie ou les Agences régionales de santé ont été conduites** pour remédier à cette situation. L'une d'elles, portée par l'Assurance maladie entre 2018 et 2021 et dont les conclusions de l'évaluation ne sont pas encore connues au moment de la parution de cette note, proposait le remboursement de séances d'accompagnement psychologique dans quatre départements (Bouches-du-Rhône, Haute-Garonne, Landes et Morbihan) pour les patients âgés de 18 à 60 ans présentant des troubles dépressifs et/ou anxieux d'intensité légère à modérée.

<sup>24</sup>Voir Institut Montaigne, *Santé mentale : faire face à la crise*, op. cit.

### Assurance maladie et Agences régionales de santé : des soutiens à l'innovation en santé

L'Assurance maladie garantit la protection de la santé à tous les assurés. Elle a trois missions : garantir l'accès universel aux droits et l'accès aux soins ; accompagner chacun dans la préservation de sa santé ; améliorer l'efficacité du système.

Les Agences régionales de santé (ARS) sont placées sous la tutelle du ministère de la santé. Elles sont en charge du pilotage de la santé publique en région et de la régulation de l'offre de santé. À ce titre, elles contribuent à la définition, le financement et l'évaluation des actions de prévention et de promotion de la santé.

**La dégradation importante de la santé mentale des Français à la faveur de la crise sanitaire a accéléré le passage à l'échelle du remboursement des séances avec le psychologue**, au prix de quelques ajustements, et ce, avant même que le résultat des évaluations menées ne soit connu. Deux mesures phares, la *Mesure 31 du Ségur de la Santé* et *MonSoutienPsy*, ont ainsi été adoptées dès 2021 pour répondre rapidement à l'essor des besoins de soins en santé mentale. Elles s'appuient sur la mise en place d'un binôme médecin généraliste-psychologue et proposent des séances de soutien psychologique sans reste à charge pour les patients, sur adressage par le médecin traitant.

### MonSoutienPsy au 31 mai 2023

Lancé en avril 2022, le dispositif *MonPsy* (rebaptisé *MonParcoursPsy* puis *MonSoutienPsy*) a, en un peu moins d'un an, permis de :

- suivre 144 848 patients
- prendre en charge 664 674 séances
- réunir 39 441 médecins adresseurs, dont 92 % de médecins généralistes

Données à retrouver dans le rapport *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*. Propositions de l'Assurance maladie pour 2024.

Si ces mesures apparaissent comme une **première réponse** au défaut d'accès aux soins et à l'explosion des besoins en santé mentale post pandémie, elles suscitent une forte réserve de la communauté des psychologues qui a, dans sa grande majorité, appelé au boycott du dispositif *MonSoutienPsy*. Parmi les récriminations, le prix de la consultation jugé trop bas (40 € pour l'évaluation puis 30 € pour les séances de suivi alors que la moyenne nationale est estimée à 65 € la séance), le nombre de séances jugé insuffisant (8 à l'année), la durée des séances jugée trop courte (30 minutes), un accès via le médecin généraliste contesté (nombre de psychologues réclament un accès direct) et des indications perçues comme trop restrictives (troubles psychiques fréquents légers à modérés). Ainsi, un an après son lancement en avril 2022, *MonSoutienPsy* n'aurait mobilisé que 7,2 %<sup>25</sup> des psychologues.

Au-delà de la fronde des professionnels qui a restreint la portée comme le bénéfice de ces mesures, une autre limitation se fait jour qui tient à la diversité des situations cliniques et sociales prises en charge par les médecins généralistes, dont certaines vont nécessiter une coopération plus étroite avec les acteurs de la psychiatrie et les acteurs sociaux et médico-sociaux. **Face à ces situations complexes, la collaboration entre médecin généraliste et psychologue, bien qu'essentielle, peut se révéler insuffisante pour adresser l'ensemble des besoins.**

<sup>25</sup> Sénat, *Bilan du dispositif "Mon Parcours Psy"* Question écrite n°06733 - 16<sup>ème</sup> législature, 11 mai 2023.

C'est en substance l'alerte émise par un rapport publié en 2022 pour le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) : *"l'exercice dans un même lieu ne suffit pas à garantir une coordination interprofessionnelle [...]. Il est important [...] de ne pas limiter l'intégration de la santé mentale dans les maisons de santé pluriprofessionnelles à la présence d'un psychologue."*<sup>26</sup>

Dans ce contexte, l'examen des modèles de prise en charge développés à l'international mérite toute notre attention en ce qu'ils sont susceptibles de constituer une réponse complémentaire couvrant plus largement la diversité des défis qui se posent en soins primaires dans la prise en charge des troubles psychiques. C'est particulièrement le cas du modèle des soins collaboratifs, éprouvé avec succès dans le champ des maladies somatiques. Né dans les années 1990 aux États-Unis et porté par le *Centre Advancing Integrated Mental health Solutions (AIMS)* de l'Université de Washington (Seattle), ce modèle est issu d'une adaptation du *chronic care model*, pensé par le Dr Edward Wagner<sup>27</sup> pour mieux prendre en charge les maladies chroniques en médecine générale.

**En quoi consiste ce modèle et comment peut-il nous aider à relever les défis de l'explosion des besoins de soins en santé mentale ?**

### 2.3. LES SOINS COLLABORATIFS, UNE SOURCE D'INSPIRATION À HAUTE VALEUR AJOUTÉE

Le modèle des soins collaboratifs propose de "renforcer" le médecin généraliste. Il s'appuie sur la constitution, autour du médecin généraliste, d'**une équipe de soins spécialisée en santé mentale** :

- Le médecin généraliste assure le dépistage et la mise en œuvre du traitement

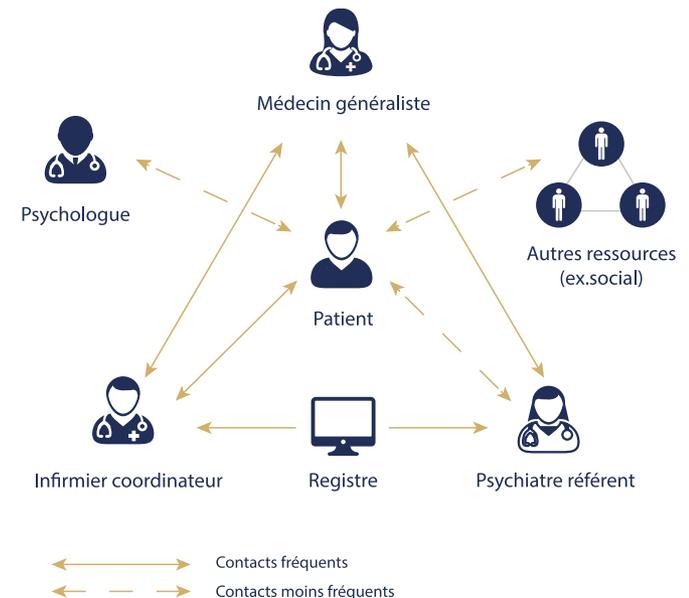
<sup>26</sup> Coldefy, *Approche population-centrée et partenariale en santé mentale*, HCAAM, mars 2022

<sup>27</sup> Wagner et al. *Organizing care for patients with chronic illness*. Milbank Q. 1996

- Le *care-manager* (travailleur social, infirmier ou psychologue) est placé au sein du cabinet médical et s'occupe du suivi rapproché du patient
- Le psychiatre propose appui et supervision à distance au *care-manager* (il ne voit pas le patient)

La prise en charge dans le cadre des soins collaboratifs repose sur plusieurs principes clés parmi lesquels la prise en compte des **préférences du patient**, l'adoption d'une **approche populationnelle** visant le dépistage systématique de la patientèle, la mise en œuvre d'un **suivi rapproché et structuré**, des soins s'appuyant sur les **recommandations de bonne pratique** et réajustés autant que nécessaire, et enfin, une **communication interprofessionnelle** renforcée s'appuyant sur le partage de dossiers médicaux via un logiciel médical dédié ou encore la tenue de réunions cliniques régulières.

### L'équipe de soins collaboratifs



La très large évidence scientifique dont les soins collaboratifs font l'objet constitue une invitation forte à nous inspirer de ce modèle. Près de 100 études randomisées contrôlées dans le monde ayant porté sur plus de 30 000 patients<sup>28</sup> ont conclu à une **efficacité plus grande des soins collaboratifs par rapport aux soins usuels dans la prise en charge des troubles mentaux fréquents chez l'adulte**. Plusieurs bénéfices sont rapportés : une rémission clinique plus rapide et plus durable, un meilleur suivi des recommandations de bonnes pratiques, une meilleure observance, une réduction des dépenses de santé et une grande satisfaction des patients comme des professionnels de santé.

De même, sa diffusion dans de nombreux pays (parmi lesquels le Canada, l'Inde, le Royaume-Uni, l'Allemagne, les Pays-Bas, le Chili ou la Suède) démontre sa transposabilité, son acceptabilité et sa répliquabilité dans des systèmes de santé très différents.

**Véritable outil de gradation des soins, ils constituent un échelon manquant entre la médecine générale et les soins spécialisés.** En permettant d'assurer la prise en charge des troubles mentaux les plus fréquents en médecine générale, **ils régulent une filière psychiatrique sous tension afin qu'elle puisse se consacrer aux troubles sévères et persistants.**

Présenté comme le modèle le plus intégratif dans un guide publié en 2018 par la Haute Autorité de santé<sup>29</sup>, le modèle des soins collaboratifs est également identifié comme "*l'orientation à privilégier*"<sup>30</sup> dans le rapport réalisé pour le Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie en 2022.

<sup>28</sup> Voir Institut Montaigne, *Santé mentale : faire face à la crise*, op. cit.

<sup>29</sup> HAS, *Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux*, 2018

<sup>30</sup> "Le principe d'associer un professionnel, ayant une expérience en santé mentale (infirmier notamment) aux côtés du médecin généraliste en charge de la coordination du parcours de santé de la personne (sanitaire, hospitalier, psychiatrique et somatique, social éventuellement), du suivi 'actif' de la personne, et la possibilité d'adressage rapide vers un psychologue et/ou vers le dispositif spécialisé en psychiatrie selon les besoins de la personne, nous paraît l'orientation à privilégier" in Coldefy, *Approche population-centrée et partenariale en santé mentale*, HCAAM, mars 2022, p82

## 3 Expérimentation : premier pilote français de soins collaboratifs

### 3.1. LES AMBITIONS DE SÉSAME

À la lumière des données de preuve existantes et en l'absence de toute expérimentation menée en France, **l'Institut Montaigne et le Centre hospitalier de Versailles se sont associés pour mettre en place le premier pilote français de soins collaboratifs**. Ils ont reçu l'appui méthodologique du Centre *Advancing Integrated Mental health Solutions* (AIMS) de l'Université de Washington.

Baptisée **Soins d'Équipe en Santé MENTale (SÉSAME)**, cette première expérimentation a pris place dès 2020 dans le département des Yvelines pour une durée de 32 mois, grâce au financement de deux fondations philanthropiques et du Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP).

**Son ambition** : améliorer le repérage, la caractérisation clinique et la prise en charge des troubles mentaux fréquents d'intensité modérée à sévère chez l'adulte en médecine générale.

**Ses objectifs** : améliorer l'accès aux soins, renforcer la pertinence comme la qualité des soins de santé mentale dispensés en médecine générale et contribuer à réguler une filière psychiatrique saturée en utilisant les ressources professionnelles à bon escient.

**Sa méthode** : co-construire le projet avec quatre sites de soins primaires représentant des conditions d'exercice, des territoires et des profils socio-démographiques très diversifiés : la maison de santé pluriprofessionnelle des Mureaux, la maison médicale de Chevreuse, des médecins en exercice isolé à Versailles et le cabinet médical de Porcheville. Les inclusions de patients dans cette démarche se sont faites au fur et à mesure de l'intégration progressive des sites de soins primaires.

### Le Centre hospitalier de Versailles : un pionnier dans la coopération soins primaires - psychiatrie

Précurseur de la coopération entre soins primaires et psychiatrie en France, le service de psychiatrie et d'addictologie du Centre hospitalier de Versailles développe depuis 20 ans un partenariat structuré avec les médecins généralistes du territoire Yvelines Sud qui s'est concrétisé par la création du premier dispositif de soins partagés (DSP) en France. Ce dispositif propose un accès rapide, pour les patients, à une consultation psychiatrique pour avis, à la demande du médecin généraliste. Ces consultations peuvent être suivies par la mise en place d'un projet de soins partagés avec le médecin généraliste, et/ou par une orientation vers les soins spécialisés selon la situation clinique rencontrée.

### L'Institut Montaigne : penser les politiques publiques de santé

L'Institut Montaigne contribue à la réflexion sur les politiques publiques en mobilisant de manière collégiale des représentants de la société civile et en s'inspirant des meilleures pratiques internationales. Dès 2014, l'Institut Montaigne s'est emparé du sujet de la santé mentale et de la psychiatrie à travers la publication de plusieurs travaux<sup>31</sup> et l'organisation de Parlons Psy, série d'ateliers interactifs et collaboratifs à travers la France, conduite avec la Fondation de France.

<sup>31</sup> Institut Montaigne, *Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français*, octobre 2014, en collaboration avec la Fondation FondaMental

- Leboyer M et Llorca PM, *Psychiatrie : l'état d'urgence*, éditions Fayard, septembre 2018, en collaboration avec la Fondation FondaMental

- Institut Montaigne, *Santé mentale : faire face à la crise*, décembre 2020

### Les chiffres clés du pilote SÉSAME dans les Yvelines en septembre 2023

- **17** médecins généralistes, **3** infirmières SÉSAME et **3** psychiatres référents.
- **670 patients** adressés à SÉSAME par les médecins généralistes entre octobre 2021 et septembre 2023 en plusieurs vagues d'inclusion.
- La durée moyenne de prise en charge est de **5 mois** par patient.
- **31 %** des patients suivis ont bénéficié d'un **adressage vers des ressources extérieures** (psychologiques, sanitaires, sociales, médico-sociales ou associatives).
- **75 %** des patients SÉSAME sont des **femmes**.
- **46 ans** : âge moyen des patients suivis.

### 3.2. LE PARCOURS DE SOINS SÉSAME

Le parcours du patient dans SÉSAME est très proche du protocole tel que défini par l'Université de Washington et se déploie en différentes étapes.

Le **dépistage** constitue une phase essentielle du modèle des soins collaboratifs. Il s'appuie sur la passation de l'échelle clinique PHQ2 (cf. encadré ci-dessous) complétée d'une évaluation clinique, les deux étant assurées par le médecin généraliste lors de sa consultation. Les patients répondant aux critères d'inclusion se voient proposer une rencontre avec l'infirmière SÉSAME dans les jours qui suivent.

### Les échelles cliniques : évaluer les troubles dépressifs et anxieux

Les professionnels de santé peuvent avoir recours à des questionnaires standardisés pour évaluer l'intensité d'un trouble ou poser un diagnostic. Proposant une trame identique pour tous les patients, ces échelles se traduisent souvent par un score dont les seuils permettent de déterminer la prise en charge adaptée.

Le **PHQ2** (*Patient Health Questionnaire*) est une échelle clinique scientifiquement validée et comprenant deux questions relatives à l'humeur et l'anhédonie : facile à passer, il constitue une première approche pertinente de dépistage de la dépression en médecine générale. Le **PHQ9** est une échelle clinique composée de 9 questions évaluant l'intensité de la symptomatologie dépressive. Le **GAD7** (*Generalized Anxiety Disorder*) est une échelle clinique de 7 questions évaluant l'intensité des différentes dimensions des troubles anxieux. Ces trois échelles font l'objet d'une large validation à l'international.

La première consultation avec l'infirmière SÉSAME correspond à **l'évaluation initiale**. Cette étape est déterminante et permet de recueillir des informations cliniques sur le contexte de vie du patient, sa santé somatique et psychique, ses antécédents, ses attentes vis-à-vis des soins comme ses préférences de traitement. Cette première rencontre pose le cadre de la prise en charge à venir ainsi que les bases de la future alliance thérapeutique. Elle est également une occasion précieuse d'avancer dans la caractérisation des troubles et la définition d'un plan de traitement en accord avec le patient.

À l'issue de cette évaluation initiale, une **phase active de prise en charge** par l'infirmière SÉSAME permet la mise en œuvre du plan de soin, lors de contacts réguliers proposés environ tous les quinze jours. Une attention constante est portée à l'engagement du patient dans les soins et à la réponse au traitement. L'infirmière SÉSAME mobilise pour ce faire de nombreux outils et compétences allant de l'évaluation clinique et fonctionnelle, à l'éducation thérapeutique du patient (pour aider le patient à acquérir les compétences qui lui permettront de prendre en charge sa maladie), en passant par le suivi des traitements pharmacologiques prescrits par le médecin généraliste, la passation systématique des échelles cliniques PHQ9 et GAD7 (voir encadré ci-dessus) ou encore la mise en relation avec les ressources psychologiques, sanitaires, sociales, médico-sociales ou associatives nécessaires au bon suivi du patient.

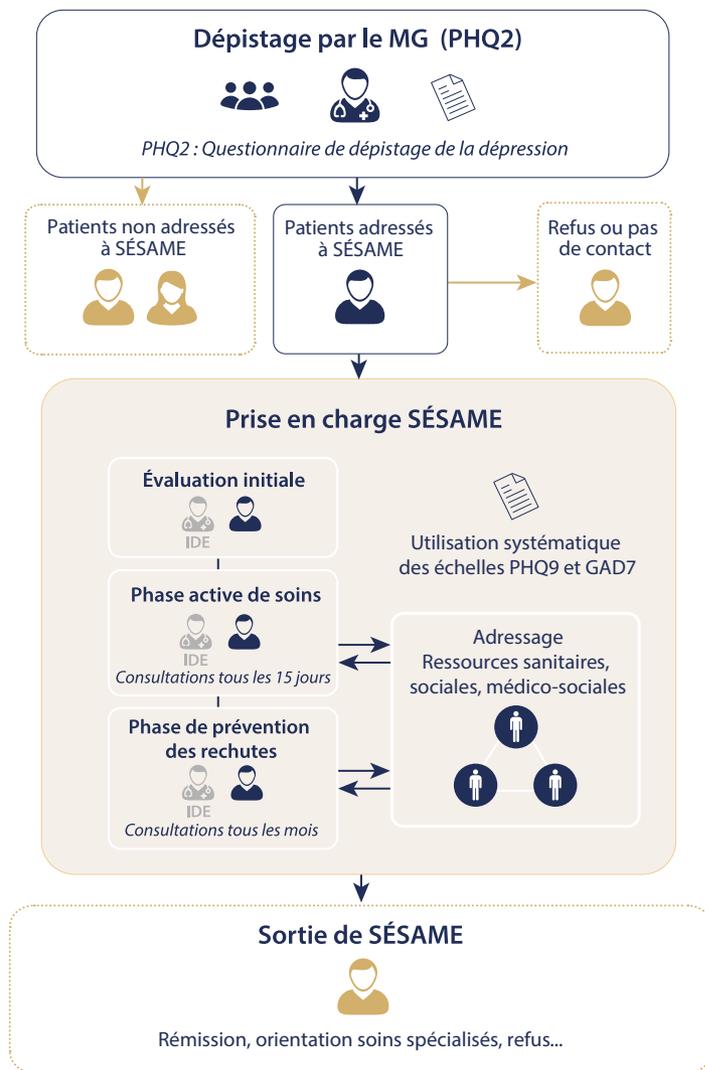
Lorsque les symptômes sont en recul, les consultations avec l'infirmière SÉSAME sont espacées et deviennent mensuelles. Cette phase, dite de **prévention des rechutes**, permet de travailler à l'autonomisation du patient. Elle a pour ambition de lui donner les ressources pour agir de façon précoce en cas de rechute, qui peut concerner près de 50 % des patients après un premier épisode dépressif.

Tout au long de la prise en charge SÉSAME, **le patient reste suivi par son médecin généraliste**, étroitement impliqué dans sa prise en charge. Ainsi, le patient peut bénéficier d'une consultation avec son médecin pour toute modification de la stratégie thérapeutique, qu'il s'agisse de l'introduction ou du changement d'un psychotrope et de l'évaluation clinique qui en résulte, de l'adressage vers des soins spécialisés ou qu'il s'agisse, par exemple, d'un arrêt maladie.

La **sortie du dispositif** peut survenir à tout moment du parcours du fait de la rémission clinique du patient, de son orientation vers les soins spécialisés en cas de troubles plus sévères, du souhait du patient ou à l'issue d'un adressage inapproprié par le médecin généraliste (par exemple lorsque les scores à l'évaluation initiale sont en deçà des seuils attendus).

**La durée de prise en charge dans les soins collaboratifs est généralement comprise entre 6 et 12 mois.**

## Parcours de prise en charge dans SÉSAME



Graphique de l'auteur.

## 3.3. LA MÉTHODE SÉSAME

L'une des forces du projet SÉSAME tient à la **forte coordination interprofessionnelle**.

**Véritable gage de la qualité des soins, celle-ci repose sur des temps formalisés d'échanges pluriprofessionnels** ainsi que sur la construction d'**un système d'information** soutenant le partage d'informations cliniques et la gestion de la file active des patients.

**La sanctuarisation de temps dédiés** est indispensable au développement des pratiques collaboratives. La revue de cas hebdomadaire entre infirmière SÉSAME et psychiatre en constitue un pilier. D'autres temps d'échanges formalisés avec les médecins généralistes, entre infirmières ou entre psychiatres sont essentiels au partage des savoirs, à la construction d'une culture commune et à l'ajustement des pratiques.

La coordination interprofessionnelle s'appuie également sur **la construction d'un système d'information dédié**. Deux raisons principales ont rendu nécessaire le développement d'une solution ad-hoc : les solutions logicielles de consultation en médecine générale ne sont pas accessibles aux psychiatres, rendant impossible le partage d'informations cliniques ; les fonctionnalités des solutions logicielles existantes ne permettent pas une gestion optimisée de la file active des patients suivis par SÉSAME.

Utilisée par les infirmières et les psychiatres, **la solution numérique e-Quartet** propose diverses fonctionnalités : des guides d'entretiens qui permettent de structurer les consultations ; l'accès à diverses échelles cliniques pour aider au diagnostic différentiel sous supervision étroite du psychiatre ; la mise en forme synthétique de la file active permettant de disposer d'une vision populationnelle et d'identifier facilement les patients qui ne s'améliorent pas ; un système d'alerte permettant à l'infirmière et au psychiatre de s'interpeller sur des situations cliniques jugées problématiques ; un module de planification des rendez-vous ou encore une interface dédiée aux patients. Enfin, au-delà

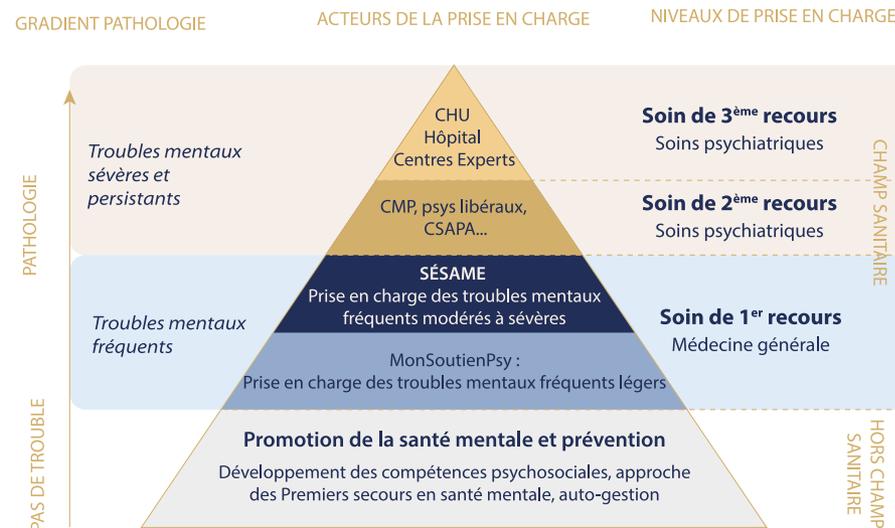
du recueil et du partage de données cliniques, e-Quartet constitue un outil puissant de remontée d'indicateurs de qualité des soins et de pilotage du projet.

**Développé par l'Institut Montaigne pour répondre spécifiquement aux besoins de SÉSAME**, e-Quartet doit maintenant relever le défi de l'interopérabilité<sup>32</sup> avec les solutions logicielles utilisées par les médecins généralistes. L'interfaçage est un enjeu majeur pour fluidifier la communication ou le transfert d'informations entre les différents outils utilisés : aujourd'hui, les infirmières doivent reporter les recommandations de prise en charge formulées par le psychiatre dans les dossiers patients des médecins généralistes.

### 3.4. SÉSAME : L'ÉCHELON MANQUANT ENTRE SOINS PRIMAIRES ET SOINS PSYCHIATRIQUES

Dans une organisation des soins marquée par un renforcement de la médecine générale et la volonté de créer des passerelles entre soins primaires et soins spécialisés (tel que vu dans le paragraphe *La France en quête de modèle*), **SÉSAME constitue l'échelon manquant entre médecine générale et soins psychiatriques, se révèle complémentaire des mesures d'accès au soutien psychologique** via le remboursement de séances chez le psychologue et constitue un mode d'emploi éprouvé pour accompagner la coopération et la coordination des acteurs.

## SÉSAME : l'échelon manquant entre médecine générale et psychiatrie



Graphique de l'auteur.

#### 3.4.1. SÉSAME fait le lien avec la psychiatrie

Particulièrement adapté pour les patients présentant des troubles dépressifs et/ou anxieux d'intensité modérée à sévère, SÉSAME propose, à travers la supervision du psychiatre, **la construction d'un lien précieux entre médecine générale et soins spécialisés en psychiatrie**. L'expertise combinée de l'infirmier et du psychiatre permet d'interroger le diagnostic initial du médecin généraliste, d'ajuster autant que de besoin les stratégies thérapeutiques proposées, d'identifier plus rapidement les patients nécessitant un recours aux soins spécialisés et de les accompagner vers ce nouveau niveau de prise en charge.

<sup>32</sup> Voir sur ce point les travaux de l'Institut Montaigne : le rapport *E-santé, augmentons la dose*, juin 2020 et la note *Filière santé : gagnons la course à l'innovation*, mars 2021

### 3.4.2. SÉSAME répond à des besoins de soins non couverts par les psychologues

Le travail infirmier permet le suivi de dimensions non prises en compte par le psychologue et pour lesquelles ce dernier n'est pas formé. C'est le cas du suivi du traitement psychotrope (observance, effets indésirables, éducation thérapeutique) comme du suivi des bilans paracliniques (examens médicaux complémentaires prescrits par le médecin généraliste sur recommandation éventuelle du psychiatre pour consolider le diagnostic ou la prise en charge des comorbidités somatiques fréquemment associées aux troubles psychiques). L'accompagnement et la mise en lien des patients avec les ressources sociales, médico-sociales ou associatives constituent une autre des missions dévolues à l'infirmière SÉSAME non prise en charge par les psychologues.

Enfin, **SÉSAME représente une réponse pour les patients ne souhaitant pas consulter un psychologue en première intention** (pour des raisons culturelles ou de stigmatisation, encore prégnantes parmi la population du pilote) ou qui n'expriment pas leur besoin en santé mentale. Pour ces patients, le travail infirmier est un facilitateur de l'accès à des soins en santé mentale et peut favoriser l'adressage ultérieur à des soins psychothérapeutiques pour des patients pour lesquels l'indication est posée.

### 3.4.3. SÉSAME ne se substitue pas aux psychologues

L'infirmier SÉSAME mobilise des outils psycho-comportementaux élémentaires qui peuvent se révéler insuffisants pour une partie des patients du fait, notamment, d'une symptomatologie résistante, de psycho-traumatismes ou de troubles de la personnalité pouvant conduire à un risque élevé de rechute. Garants de l'accès à des psychothérapies structurées et bien conduites, **les psychologues sont de fait des partenaires indispensables du parcours de soins pour une partie des patients SÉSAME**. Dans bien des cas, le travail infirmier contribue à faciliter l'acceptation des soins psychothérapeutiques par le patient et l'adressage à un psychologue.

### Prestation dérogatoire de psychothérapie

Le Fonds d'innovation organisationnel en psychiatrie a apporté son soutien à SÉSAME en 2021 en permettant la prise en charge dérogatoire de séances de psychothérapies pour les patients les plus précaires. Antérieur à la généralisation de *MonSoutienPsy*, cette prestation dérogatoire de psychothérapie propose la prise en charge de 10 séances de psychothérapie structurée renouvelables une fois. Les psychothérapies sont des traitements psychologiques dispensés par des psychologues ou des psychiatres qui visent à aider une personne à se sentir mieux, à trouver des réponses à ses questions, à résoudre des problèmes et à mieux se comprendre. On distingue plusieurs approches théoriques parmi lesquelles les thérapies cognitives et comportementales, les thérapies systémiques ou encore les thérapies psychodynamiques d'inspiration psychanalytique.

### 3.5. SÉSAME : UN MODÈLE PLÉBISCITÉ

Près de 24 mois après son lancement, le projet SÉSAME est plébiscité par les acteurs qui l'utilisent ou en bénéficient.

**Les médecins généralistes** saluent le gain de temps, **une charge mentale amoindrie, la rapidité de la prise en charge des patients** (rappelés généralement dans les 48 à 72h) ainsi que **l'appui expertal du psychiatre**. Ils rapportent également des bénéfices cliniques chez leurs patients (diminution des symptômes et engagement dans les soins) et soulignent de façon unanime la qualité du travail infirmier, dont l'expertise psychiatrique est jugée déterminante et semble constituer un socle de l'alliance entre professionnels.

**Les infirmières**, qui ont entre 5 et 15 ans d'expérience en psychiatrie dans des services hospitaliers, en prison ou aux urgences psychiatriques, soulignent la **valeur ajoutée d'une intervention en soins primaires** : offrant un cadre rassurant, de proximité et non stigmatisant, la consultation de médecine générale facilite un repérage précoce. **La confiance placée dans le médecin généraliste** favorise, quant à elle, l'abord de sujets sensibles par les patients (souffrances psychiques, problématiques sociales...).

Ainsi, plusieurs infirmières témoignent : "*SÉSAME, c'est la marche qui manquait pour que les patients aient un accès aux soins*" ; "*la force c'est qu'on tient compte de toutes les dimensions de la personne, tant physiquement, psychologiquement que socialement*" ; "*avec SÉSAME, j'ai la sensation d'arriver au bon moment et d'éviter que les situations ne s'enkystent jusqu'à une prise en charge trop tardive, aux urgences, à l'occasion d'une décompensation*". Elles soulignent également que le travail engagé avec les patients participe à **déconstruire les idées reçues sur les soins psychiatriques** et facilite l'orientation ultérieure vers des soins psychothérapeutiques ou vers des soins psychiatriques spécialisés quand la situation des patients le requiert. Enfin, l'exercice en soins primaires a constitué **un changement de pratique important** qui a pu être déstabilisant pour les infirmières au début du projet : elles sont en effet passées d'un exercice très collectif et encadré à l'hôpital à un exercice plus solitaire en soins primaires.

Le besoin d'un accompagnement et l'organisation de temps d'échanges des pratiques ont été nécessaires pour aider à la prise de poste. Ainsi, des réunions hebdomadaires pilotées par l'Institut Montaigne ont été mises en place sur toute la durée du projet. Les infirmières ont également organisé des réunions mensuelles pour partager cas cliniques, outils et contacts.

**Pour les psychiatres investis dans le projet SÉSAME, la supervision clinique de l'infirmier sans consultation avec le patient s'est imposée naturellement.** Cet exercice de téléexpertise, assez nouveau, a été facilité par les compétences infirmières et leur expérience en clinique psychiatrique, qui ont permis des échanges cliniques de qualité du fait d'une culture professionnelle commune. Les psychiatres louent, de façon unanime, la qualité du travail infirmier comme la qualité des prises en charge dans SÉSAME.

Enfin, les témoignages de **patients** ayant bénéficié des soins SÉSAME recueillis dans le cadre d'entretiens semi-directifs<sup>33</sup>, sont riches d'enseignement sur le **poids de la stigmatisation des troubles psychiques, y compris des troubles psychiques les plus fréquents encore souvent perçus comme une faiblesse de caractère et associés à la honte.** Ainsi, de nombreux patients indiquent avoir accepté une prise en charge SÉSAME car celle-ci est assurée par une infirmière, refusant d'emblée une orientation vers un psychologue ou un psychiatre : "*c'est pas méchant ce que je vais dire mais enfin j'ai pas de problème psychologique en fait. Donc c'est dur de se dire, d'aller voir un psychologue, un psychiatre*" ; "*dans la tête des gens, c'est 'vous allez voir un psy', vous êtes fou quoi en fait*" ; "*quand on m'a parlé d'une infirmière, j'me suis dit 'Ah bah c'est génial, c'est original, c'est pas un Psy...' on me dirige d'abord vers une infirmière et je trouvais, j'ai trouvé la démarche super intéressante.*"

**La prise en charge financière comme l'intégration de cette nouvelle offre de soins au sein du cabinet de médecine générale sont aussi rapportées comme de puissants moteurs d'accès aux soins** : "*Je trouve que c'est super qu'elle soit dans le cabinet*" ; "*J'ai pas besoin de payer. [...] Oui, pour moi, c'est important, c'est même essentiel quoi.*"

**La prise en compte des préférences des patients** dans le choix des stratégies thérapeutiques comme **le recours aux échelles cliniques** sont également très appréciés. Ils redonnent du pouvoir d'action aux patients et participent à leur éducation thérapeutique : "*C'est donc [l'infirmière] qui a après l'entretien avec le psychiatre dit que pour ma problématique elles pensaient enfin toutes les deux, que c'était plutôt une orientation vers un psychologue. Donc là j'ai un peu rôlé en disant 'j'avais dit pas de psycho parce que c'est pas remboursé, bon je suis maman célib' avec des gamins, 80 € la consult et cetera'. Et en fait, elle m'a, elle avait tenu compte de ça, elle m'a proposé une psychologue qui déjà correspondait bien à ce que enfin, j'avais besoin d'avoir à ce moment-là. [...] Bon bah au final voilà elle m'a trouvé une psychologue un peu atypique et qui correspond vraiment à ce dont*

<sup>33</sup> Boué P., *Evaluation qualitative de l'expérience patient dans un projet pilote de soins primaires collaboratifs en santé mentale, mémoire de M2 Recherches en Santé Publique, Université Paris-Saclay, sous la direction de Coralie Gandré (IRDES), Julien Mousquès (IRDES), Pr Nadia Younès (CHV)*

*j'avais besoin. [...] C'est bien adapté à ma vie et à mes attentes et à mes demandes en fait" ; "J'en ai parlé à ma mère et je lui ai dit "il faut que je me fasse aider là parce que j'y arrive plus" [...] J'ai dit "maman, là je suis malade, c'est une dépression, ça s'appelle une dépression, ça a pas à être minimisé" à chaque fois elle me disait "Oh, c'est une petite déprime". "Maman, non, là c'est pas une déprime, ça s'appelle une dépression. J'ai, j'ai fait un score avec l'infirmière, et ça s'appelle une dépression. Arrête de minimiser, c'est pas une honte, la dépression, ça se soigne".*

Enfin, si de nombreux patients refusent une orientation vers un psychiatre, ils semblent **rassurés par la supervision à distance par un psychiatre**, notamment en cas d'introduction d'un traitement psychotrope, et sont plus prompts à accepter une orientation vers les soins spécialisés quand c'est indiqué : *"Il sait de quoi il parle et il donne des médicaments [...] Psychiatre, c'est quand même un diplôme assez élevé, donc sur ça j'ai pas de crainte du tout" ; "Et après, elle m'a aidée, tout doucement, à aller vers le CMP, ça a été plus dur. Alors au début, elle m'a dit, 'Je comprends, vous avez pas envie' et je pense que si elle avait pas été là, je serais pas retournée au CMP".*

## De l'expérimentation à la généralisation

Au regard de l'essor des besoins de soins de santé mentale, des défis auxquels sont confrontés les professionnels de santé et des difficultés d'accès aux soins qui en résultent, les soins collaboratifs et leur implémentation en France à travers le projet SÉSAME constituent une perspective prometteuse pour repenser nos modèles de prise en charge.

**Si SÉSAME ne répond pas à l'ensemble des enjeux de prise en charge des troubles psychiatriques caractérisés, il en préfigure toutefois une brique essentielle**, à l'efficacité maintes fois démontrée à l'international pour les troubles psychiques fréquents d'intensité modérée à sévère et complémentaire des mesures gouvernementales déjà déployées en France.

Un travail de recherche en implémentation (MOSAÏQUE) est en cours. Portant sur le projet SÉSAME tel que mis en œuvre dans le pilote des Yvelines, il est conduit par une équipe de recherche pluridisciplinaire associant des chercheurs de l'Université Paris-Saclay (UVSQ, Inserm, CESP, Team DevPsy) , de l'Université Paris 8 (EA 4004 et EA 349) et du GIP IRDES. Il a pour ambition, au-delà des éléments présentés ici, d'explorer plus finement les impacts et le niveau de satisfaction ou d'insatisfaction des acteurs, les conditions de son acceptabilité comme de sa reproductibilité.

Ces résultats seront précieux pour identifier les conditions du déploiement de SÉSAME en France. La poursuite de l'expérimentation sur un territoire élargi constitue la prochaine étape de cette démarche engagée par l'Institut Montaigne aux côtés du Centre hospitalier de Versailles et de l'association Quartet Santé. **Notre ambition** : au-delà des recommandations, **contribuer à améliorer l'accès aux soins pour nos concitoyens à travers l'incubation d'un projet à fort impact.**

## L'opportunité de l'Article 51 : transformer l'essai

En juin 2023, le projet SÉSAME a été retenu au titre de l'Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 avec l'ambition de s'étendre à 5 départements d'Ile-de-France, 12 sites, 60 médecins généralistes, 8 infirmiers et 8 psychiatres. Il permettra de suivre un peu plus de 2 900 patients sur la période 2023-2026<sup>34</sup>.

### SÉSAME et l'Article 51

- **5 départements** : Hauts-de-Seine, Paris, Seine-Saint-Denis, Val d'Oise, Yvelines
- **11 villes** : deux centres de santé à Argenteuil, un centre de santé à Aubervilliers, une maison médicale à Chambourcy, une maison médicale à Chevreuse, une maison médicale à Gargenville, une maison de santé pluriprofessionnelle aux Mureaux, le centre de santé Richerand à Paris, une maison médicale à Porcheville, une maison médicale à Saint-Germain en Laye et Marly le Roi, une maison de santé pluriprofessionnelle et un centre de santé à Suresnes, des médecins en exercice isolé à Versailles
- **59 médecins généralistes**
- **8 infirmiers SÉSAME et 8 psychiatres**
- **Objectif d'inclusion et de suivi : 2910 patients**

Ainsi que le rappelle la Cour des comptes, ce dispositif a pour ambition de "définir un cadre juridique pérenne afin d'expérimenter de nouvelles organisations de soins et les conditions de leur financement."<sup>35</sup> Pour ce faire, il ouvre accès, de façon pluriannuelle, à des règles de rémunération dérogatoires et s'accompagne d'un dispositif d'évaluation externe pour déterminer la pertinence d'une entrée dans le droit commun sur la base de critères de faisabilité, d'efficacité et de reproductibilité.

La méthodologie de construction d'une expérimentation 51 est à la fois collaborative et itérative. Elle s'appuie, tout au long du processus, sur des échanges entre porteurs de projets et "référents Article 51", qui réunissent des représentants du ministère de la santé, de l'Agence régionale de santé et de l'Assurance maladie.

L'élaboration du cahier des charges et la définition d'un modèle de tarification sont des étapes cruciales lors desquelles le projet est discuté et passé au crible en vue d'évaluer sa recevabilité comme sa soutenabilité.

Les enseignements et retours d'expérience du pilote conduit dans les Yvelines comme les retours d'expérience du programme d'expérimentations relevant de l'Article 51 ont été précieux pour **ajuster le projet SÉSAME**, cibler au plus juste les soins proposés en fonction du niveau de sévérité des patients et **anticiper une sortie du cadre expérimental en cas de généralisation ultérieure**.

En effet, le pilote SÉSAME conduit dans les Yvelines a permis d'observer **une grande hétérogénéité des durées de suivi**, qui tient à la diversité des situations cliniques rencontrées comme à leur niveau de sévérité et de complexité : 88 % de la population suivie présente des troubles psychiques fréquents d'intensité modérée à sévère ; 12 % présente des troubles d'intensité légère nécessitant un suivi de moindre importance.

<sup>34</sup> Agence Régionale de Santé Ile-de-France, Arrêté n° DIRNOV-2023/02 relatif au projet d'expérimentation "SÉSAME : Soins d'Équipe en Santé Mentale", Recueil des actes administratifs spécial n°IDF-007-2023-07, publié le 5 juillet 2023.

<sup>35</sup> Cour des comptes, *Chapitre IV : Expérimenter pour réformer l'organisation et la tarification des soins*, in Sécurité sociale 2023

Afin de **nous adapter à ces situations cliniques ne requérant pas le même niveau de soins**, nous avons opté pour un modèle proposant deux séquences de soins :

- **Une séquence de soins SÉSAME classique de trois mois renouvelable trois fois (12 mois maximum)**, adaptée pour les patients présentant des troubles dépressifs et/ou anxieux d'intensité modérée à sévère ou des situations cliniques nécessitant un suivi renforcé (patient sous traitement psychotrope au long cours et inadapté ; grossesse chez une patiente sous traitement psychotrope...). Chaque séquence est composée des différentes étapes de prise en charge présentées supra et s'appuie sur une collaboration interprofessionnelle renforcée.
- **Une séquence de soins SÉSAME léger** dédiée aux patients présentant des troubles dépressifs et/ou anxieux d'intensité légère. Cette séquence comprend un suivi infirmier allégé ainsi qu'une mobilisation mineure du psychiatre et du médecin généraliste.

Quatre ans après le démarrage du programme d'"expérimentations 51", plus d'une centaine de projets ont été financés. L'Article 51 constitue, de fait, un laboratoire grandeur nature inédit pour "*adapter, moderniser et transformer le système de santé*".<sup>36</sup>

Le soutien apporté à SÉSAME dans le cadre de l'Article 51 **est une opportunité unique de transformer l'essai et de préparer le passage à l'échelle de ce modèle de prise en charge**.

Tout d'abord parce que cette expérimentation va permettre son déploiement sur un territoire plus grand et auprès de nouveaux acteurs qui n'ont pas participé à son élaboration : cette étape nous permettra donc de mesurer l'acceptabilité et la reproductibilité de SÉSAME.

Ensuite, parce que l'Article 51 va nous permettre d'éprouver un modèle de tarification bâti avec l'Assurance maladie, seul moyen de préparer une entrée dans le droit commun si l'expérimentation est réussie.

Enfin, parce que l'Article 51 s'accompagne d'une évaluation qui va documenter les impacts, l'efficacité comme la faisabilité du projet.

Un nouveau chapitre de SÉSAME s'ouvre, entraînant avec lui une période riche de débats ainsi qu'une réflexion collective sur les pratiques professionnelles et les conditions nécessaires à la transformation de notre système de santé.

<sup>36</sup> Cour des comptes, *ibid.*

L'Institut Montaigne tient à remercier **Angèle Malâtre-Lansac** qui a initié ce projet en tant que Directrice déléguée à la santé en 2020, **Johanna Couvreur** qui l'a porté et déployé avec l'aide d'**Emma Ros**.

Il remercie également l'engagement des mécènes qui ont soutenu cette expérimentation, parmi lesquels la Fondation Sisley d'Ornano et le Fonds d'innovation organisationnel en psychiatrie. Leur soutien a permis de lancer le premier pilote de soins collaboratifs dans les Yvelines.

Le projet SÉSAME (Soins d'Équipe en SAnté MEntale) est avant tout l'incarnation de l'engagement du **Pr Christine Passerieux** du Centre hospitalier de Versailles et des professionnels qui ont, aux côtés de l'Institut Montaigne, coconstruit un modèle de soins collaboratifs à la française au service de l'intérêt général. Cette opération spéciale leur est dédiée ainsi qu'aux patients et à toutes celles et ceux qui font l'expérience d'un trouble psychique.

Enfin, l'Institut Montaigne remercie les pouvoirs publics pour la confiance octroyée à travers l'obtention d'un financement dérogatoire au titre de l'Article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, préfiguration d'un passage à l'échelle vertueux tant pour les patients, que pour les personnels médicaux et les finances publiques.

*L'Institut Montaigne vous propose de contribuer  
à la réflexion sur ces enjeux afin d'élaborer  
collégalement des propositions  
au service de l'intérêt général.*

*Les opinions exprimées dans ce travail n'engagent ni les personnes  
précédemment citées ni les institutions qu'elles représentent.*

ABB France	Cohen Amir-aslani	Katalyse	Raise
Abbvie	Compagnie Plastic	Kea & Partners	RATP
Accenture	Omnium	Kearney	RELX Group
Accuracy	Conseil supérieur du notariat	Kedge Business School	Renault
Adeo	Crédit Agricole	KKR	Rexel
ADIT	D'angelin & Co.Ltd	KPMG S.A.	Ricol Lasteyrie
Air France - KLM	Dassault Systèmes	Kyndryl	Rivolier
Air Liquide	De Pardieu Brocas Maffei	La Banque Postale	Roche
Airbus	Doctolib	La Compagnie Fruitière	Rokos Capital
Allen & Overy	ECL Group	Linedata Services	Management
Allianz	Edenred	Lloyds Europe	Roland Berger
Amazon	EDF	L'Oréal	Rothschild & Co
Amber Capital	EDHEC Business School	Loxam	RTE
Amundi	Egis	LVMH - Moët-Hennessy -	Safran
Antidox	Ekimetrics France	Louis Vuitton	Sanofi
Antin Infrastructure	Enedis	M.Charraire	SAP France
Partners	Engie	MACSF	Schneider Electric
Archery Strategy	EQT	MAIF	Servier
Consulting	ESL & Network	Malakoff Humanis	SGS
Archimed	Ethique & Développement	Mazars	SIER Constructeur
Ardian	Eurogroup Consulting	Média-Participations	SNCF
Arqus	FGS Global Europe	Mediobanca	SNCF Réseau
Astrazeneca	Fives	Mercer	SNEF
August Debouzy	Getlink	Meridiam	Sodexo
Avril	Gide Loyrette Nouel	Michelin	SPVIE
AXA	Google	MicroPort CRM	SUEZ
Bain & Company France	Groupama	Microsoft France	Taste
Baker & Mckenzie	Groupe Bel	Mitsubishi France S.A.S	Tecnet Participations SARL
Bearingpoint	Groupe M6	Moelis & Company	Teneo
Bessé	Groupe Orange	Moody's France	The Boston Consulting
BNP Paribas	Hameur Et Cie	Morgan Stanley	Group
Bolloré	Henner	Natixis	Tilder
Bona Fidé	Hitachi Energy France	Natural Grass	Tofane
Bouygues	HSBC Continental Europe	Naval Group	TotalEnergies
Brousse Vergez	IBM France	Nestlé	Unibail-Rodamco
Brunswick	IFPASS	OCIRP	Unicancer
Capgemini	Inkarn	ODDO BHF	Veolia
Capital Group	Institut Mérieux	Oliver Wyman	Verlingue
CAREIT	International SOS	Ondra Partners	VINCI
Carrefour	Interparfums	Onet	Vivendi
Casino	Intuitive Surgical	Optigestion	Wakam
Chubb	Ionis Education Group	Orano	Wavestone
CIS	iQo	PAI Partners	Wendel
Cisco Systems France	ISRIP	Pelham Media	White & Case
Clifford Chance	Jantet Associés	Pergamon	Willis Towers Watson
Club Top 20	Jolt Capital	Prodware	France
CMA CGM	Kantar Public	Publicis	Zurich
CNP Assurances		PwC France & Maghreb	

Institut Montaigne  
59 rue La Boétie, 75008 Paris  
Tél. +33 (0)1 53 89 05 60  
*institutmontaigne.org*

Imprimé en France  
Dépôt légal : octobre 2023  
ISSN : 2999-3067

