

Projet Registre psychiatrique

Dossier de conception

Sommaire

Sommaire	1
Objet du document	5
Documents de référence	5
Versions du document	5
Présentation générale	6
Organisation du projet	6
Définitions	8
Outil ou plateforme	8
Formulaire	8
IDE	8
PSY	8
MG	8
Épisode de soin	8
Visite	8
Alertes	9
Notifications	9
Cinétique de saisie	10
Description des étapes	10
Prise de rendez-vous initial	10
Évaluation initiale	10
Suivi du patient	11
Saisie dans l'outil informatique du MG	11
Revue des cas	11

Cinétique IDE	12
Précisions	14
Cinétique Psychiatre	15
Cinétique Patient	18
Cinétique Montaigne	19
Cinétique globale	20
Structure de la base de données	22
Arborescence	23
Rôles et droits	23
Descriptif général des différents intervenants	23
Droits par varset	24
Groupes	24
Principaux écrans	26
Page d'accueil IDE	26
Contraintes techniques	27
Recherche ou Ajout de patient	27
Section Alertes actives	28
Section Visites	28
File Active des patients	28
Page d'accueil PSY	30
Recherche	30
Section Alertes actives	30
File Active des patients	30
Dossier Patient	31
Contraintes techniques	32
Section Informations du patient	32
Bandeau patient	33
Liste des alertes	33
Liste des visites	34
Planification	35
Liste des adressages	35
Graphique PHQ9 et GAD7	36
Section traitements	37
Liste des Psychotropes	38
Liste des Stratégies TCC	38

Liste des MonSherpa	38
Bilans biologiques	39
Page de la visite	40
Contraintes techniques	41
Cinétique de saisie	41
Section Visite	41
Section Rappel Socle Santé	41
Section Mesures soins collaboratifs	42
Section Adressages	42
Section Observation clinique	42
Section Alertes	42
Section Statut dossier patient	42
Section Planification	42
Espace Patient	43
Page d'accueil du Pilote Institut Montaigne	43
Liste des écrans	44
Infirmier	48
Patient	49
Psychiatre référent	49
Fonctionnalités à développer	49
Création et désactivation des comptes utilisateurs	49
Création du compte patient	49
Désactivation du compte patient	49
Autres comptes utilisateurs	50
Planification des visites	51
Objectifs de la fonctionnalité	52
Référentiel des Auto-questionnaires	52
Fonctionnement de la planification	52
Décaler une visite	53
Disponibilité des auto-questionnaires	53
Interface	54
Variables "statut"	54
Statuts du dossier patient	54
Validation d'une visite, d'un entretien ou d'un questionnaire standardisé	55
Fonctionnement et utilité de la variable "Statut de la visite"	56

Fonctionnement et utilité de la variable “Saisie terminée”	56
Espace patient	57
Notifications	57
Notification de visite prochaine au patient	58
Autorisation à recevoir des notifications	58
Anonymisation automatique	58
Saisie de l’Alerte	59
Présentation des étapes	59
État de l’alerte	60
Qualification de l’alerte	60
Notes PSY	61
Interface	62
Échanges entre IDE et Psychiatre	63
Bandeau Patient	63
Tableaux de bord	63
Tableau récapitulatif de fin de visite	63
Objectif	63
Accès	63
File active	64
Description	64
Filtres	65
Précisions	66
Tableau de bord Alertes	66
Tableau de bord Visites	68
Visites de la semaine	68
Visites à reprogrammer	69
Tableau de bord Activité	70
Section Maison de santé	70
Maquette	74
Impressions	74
Annexe	75
Liste des pages / Formulaires	75

Objet du document

Ce document contient la description fonctionnelle et technique du système à implémenter sous Voozano.

Documents de référence

Document	Description
Proposition commerciale	Proposition commerciale Epiconcept
Cinetique-IDE-SESAME.pptx	Powerpoint décrivant la cinétique IDE
Cinetique-parcours-SESAME.pptx	Powerpoint décrivant la cinétique globale par profil

Versions du document

Date	Version	Auteur	Notes de version
22/03/2021	1.0	DKO	Initiation du document
05/05/2021	2.0	ANR	Livraison de la version à valider
11/05/2021	2.1	ANR	Ajout de maquettes

Présentation générale

Le projet mené par l'Institut Montaigne a pour objectif d'identifier des méthodes pour améliorer la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques modérés (trauma, troubles anxieux, dépression,....).

Aujourd'hui la prise en charge est laissée aux médecins généralistes qui n'ont pas les compétences nécessaires.

Le dispositif pilote va permettre d'adjoindre les compétences d'un infirmier coordinateur à la prise en charge par un médecin généraliste : Dans ce modèle de soin collaboratif, l'infirmier devient l'interlocuteur privilégié du patient.

Le registre a une double dimension :

- Outil de travail et d'échanges entre les professionnels de santé avec la présence d'alertes.
- Outil de suivi pour l'infirmier avec des listes de travail pour son organisation et la fourniture d'un suivi de l'évolution des échelles dans le temps pour chaque patient.

L'infirmier coordinateur contacte le patient toutes les deux semaines. Le patient pourra, quant à lui, se voir proposer des auto-questionnaires courts via un accès individuel sur le registre.

Deux échelles principales sont utilisées pour l'inclusion et le suivi : PHQ9 (score de dépression) GAD7 (échelle pour scorer les troubles anxieux). Tout au long du suivi, ces échelles sont utilisées pour améliorer et ajuster la prise en charge.

Le dispositif va s'appuyer sur des maisons de santé pluri-disciplinaires. Une ouverture ultérieure aux maisons de santé des réseaux privés ou associatifs est envisagée.

La volumétrie envisagée pour le pilote est de 1 000 patients par an. Un infirmier coordinateur est en mesure de suivre 200 patients par an dans 5 maisons de santé.

Dès la mise en place du dispositif, plusieurs évaluations auront lieu :

- Modèle économique (utilisation de référentiels validés pour le codage et appariement ultérieur avec le SNIIRAM)
- Parcours patient avant/après
- Identification des freins ou leviers qui peuvent permettre la réussite du modèle.

Organisation du projet

Le découpage suivant est initialisé et sera mis à jour au cours du travail de conception :

Phase	Planning prévisionnel	Remarque	Responsables	Livrables/ Objectifs
Contractualisation	Avant le set-up	En cours, conditions particulières à prévoir	Epiconcept / Institut Montaigne	Contrat + annexes + registre RGPD

Conception	22/03 - 30/04	Planifier le maquettage UX Designer	Epiconcept / Institut Montaigne	Dossier de conception
Validation du dossier de conception	Avant le 10/05 ?	Permet de passer à la phase de mise en place	Institut Montaigne	
Formation administration	ASAP		Epiconcept	IM en capacité de réaliser les fichiers de variables
Fourniture de la charte graphique	Avant le 30/04 ?		IM	
Fourniture des fichiers de variable	Avant le 30/04 ?		IM	
Set-up, mise en place de la structure, des formulaires, des rôles et des groupes	31/05 ?		Epiconcept	Application utilisable en version simplifiée (pas de css spécifique, pas de tableau de bord, navigation basique)
Démarrage des comités de suivi	15/05 ?			
Développement accès infirmier	Stratégie d'implémentation à venir Juin			
Développement accès psychiatre				
Développement accès patient				
Développement accès pilote IM				
Développement accès Médecin				

Définitions

Outil ou plateforme

Ces termes font référence à l'application qui sera développée dans le cadre de ces spécifications.

Formulaire

On utilisera la dénomination de formulaire pour faire référence à toutes les pages nécessitant une **saisie** utilisateur.

IDE

Fait référence au profil **Infirmier Diplômé d'État**.

PSY

Fait référence au profil **Psychiatre**.

MG

L'abréviation MG fait référence au profil **Médecin Généraliste**. Le MG n'a pas de compte utilisateur sur l'outil. L'IDE se chargera de reporter les informations dans le Système d'Information du MG.

Épisode de soin

Un patient peut avoir au cours de sa vie différents épisodes de soin. À ces épisodes de soins sont associés des visites. Un épisode de soin peut être en cours ou clôturé.

Visite

Le terme visite fait référence aux visites de suivi. Ce sont ces visites qui sont planifiées. Au cours de ces visites, l'IDE peut saisir différents formulaires associés à cette visite.

La périodicité des visites varie en fonction du statut des patients :

- Statut « soins » : les visites de suivi ont lieu tous les 15 jours
- Statut « prévention des rechutes » : les visites de suivi ont lieu tous les mois

Alertes

La notion d'Alertes fait référence à un formulaire dédié. Ce formulaire sert de base de communication entre l'IDE et le PSYCHIATRE. Ces alertes sont catégorisées et disposent de leurs propres statuts. Par ailleurs des éléments visuels permettent de mettre en avant certaines informations afin de faciliter la prise en charge et les décisions réalisées par les IDE et PSY.

Ces termes qualifient les méthodes d'affichage (couleurs, drapeaux, tableaux spécifiques) qui visent à mettre en avant des informations cliniques importantes appelant une action de la part de l'IDE ou du psychiatre.

Exemples :

- Case cochée pour un patient à traiter lors de la revue de cas
- Affichage spécifique des messages IDE->Psy ou Psy->IDE pour échanger des observations ou questions cliniques sur un patient donné
- ~~Reporter un changement de traitement préconisé dans le logiciel médical des MG~~
- Rendez-vous de la semaine à venir
- Les rdv ou relances à faire car retard dans les rencontres avec patient
- Caractériser l'état clinique du patient (vert, jaune, rouge) selon son score PHQ-GAD et son niveau de réponse au traitement

Notifications

Les notifications font référence aux mails ou sms qui peuvent être envoyés aux utilisateurs afin de les prévenir d'une action en attente.

Cinétique de saisie

Le MG fait passer au patient un PHQ2. En fonction du résultat, le MG propose au patient l'accompagnement.

En cas d'acceptation par le patient, le MG adresse le patient à l'Infirmier (en dehors du SI), via une feuille d'orientation.

L'infirmier crée le dossier du patient dans l'outil et fixe la date de l'évaluation initiale.

Description des étapes

Prise de rendez-vous initial

L'infirmier reçoit l'information d'ajout du patient dans l'outil selon deux options :

- Le MG lui adresse directement le patient en lui présentant à son bureau et en remettant le feuillet d'adressage
- Le MG transmet un feuillet d'adressage à l'IDE dans sa bannière

L'IDE crée son dossier patient contenant l'identité du patient dans son intégralité + saisit également le score PHQ2 et les indications du MG, transmis sur feuillet libre d'adressage + planifie un rendez-vous avec le patient pour l'évaluation initiale.

Si la rencontre se fait en présentiel, l'IDE peut expliquer la prise en charge proposée et recueillir le consentement ou la signature du patient.

Le retour d'expérience sur le projet américain indique 50% de non venue au rendez-vous de l'évaluation initiale.

Si celui-ci ne se présente pas au rendez-vous, il faudra prévoir une **anonymisation des patients** non venus au-delà d'un **délai à définir**.

Action Montagne

- Quel est le délai avant anonymisation ?

La stratégie d'anonymisation doit être décrite dans la section dédiée.

Évaluation initiale

Lors de l'évaluation initiale, l'IDE a plusieurs missions :

- Recueillir le consentement papier du patient (si pas fait plus tôt)
- Saisir les données socio-démographiques
- Saisir l'histoire médicale
- Administrer le PHQ9, le GAD7 et la RUD
- Renseigner les traitements psys :
 - Traitements psychotropes

- Adressage Psychologue
- MonSherpa
- Remplir observations cliniques
- Planifier les deux prochaines réunions

Planification : Quand le patient est inclus, l'infirmier définit le calendrier de prise en charge.

Le rythme des rendez-vous va être fonction du statut du patient :

- Tous les 15 jours si le patient est sous statut « soins »
- Tous les mois si le patient est sous statut « prévention rechute »

Suivi du patient

Le suivi du patient est associé au statut **Soins** ou **Prévention rechutes**. En fonction du statut, les visites sont espacées de **15 jours (Soins)** ou d'**un mois (Prévention rechutes)**.

Saisie dans l'outil informatique du MG

L'IDE reportera des informations du registre directement dans l'outil du MG.

Ce copier/coller ne se traduit pas par une fonctionnalité particulière dans le registre informatique.

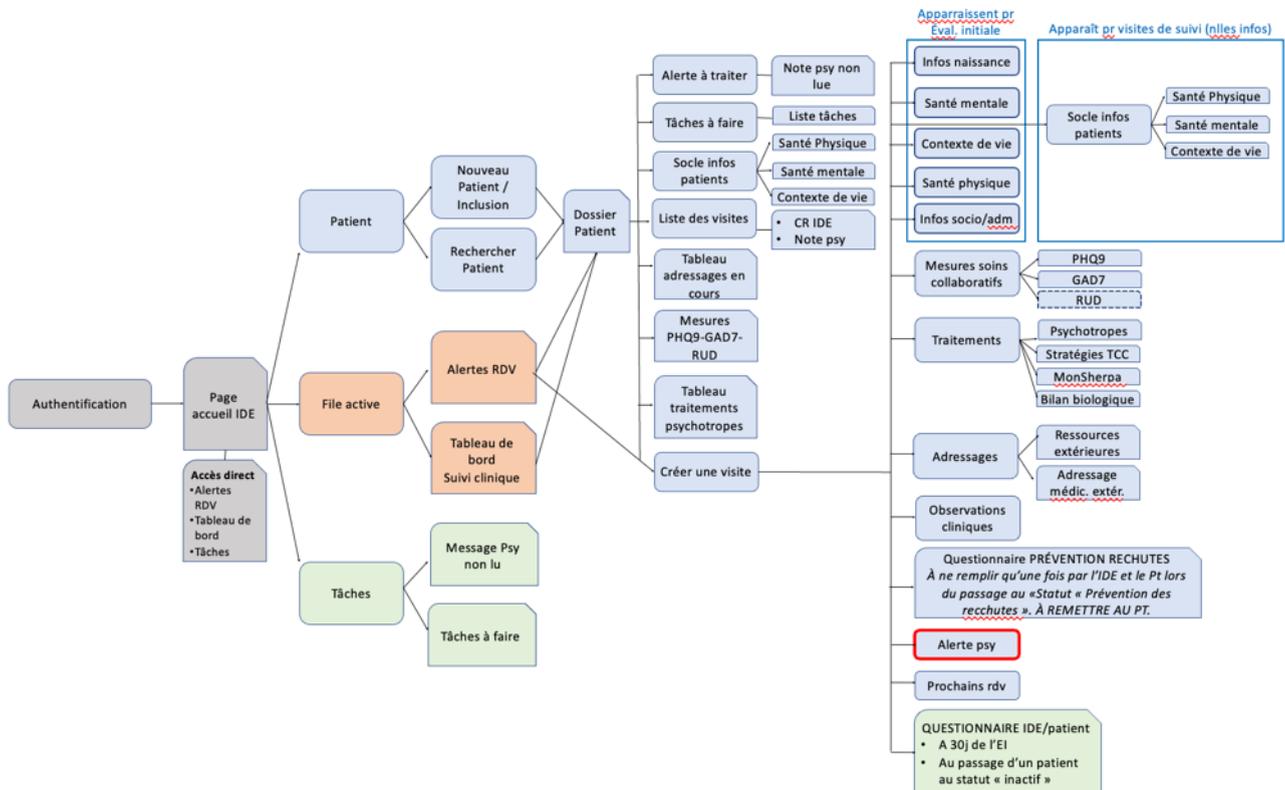
Les graphes ne pourront sans doute pas être exportables dans l'outil du MG.

Revue des cas

La revue des cas a lieu une fois par semaine entre l'IDE et le PSY. Les alertes sont revues par ordre de priorité au cours de cette réunion. Des décisions peuvent être prises à l'issue de la revue.

Cinétique IDE

CINÉTIQUE IDE - PROJET SÉSAME

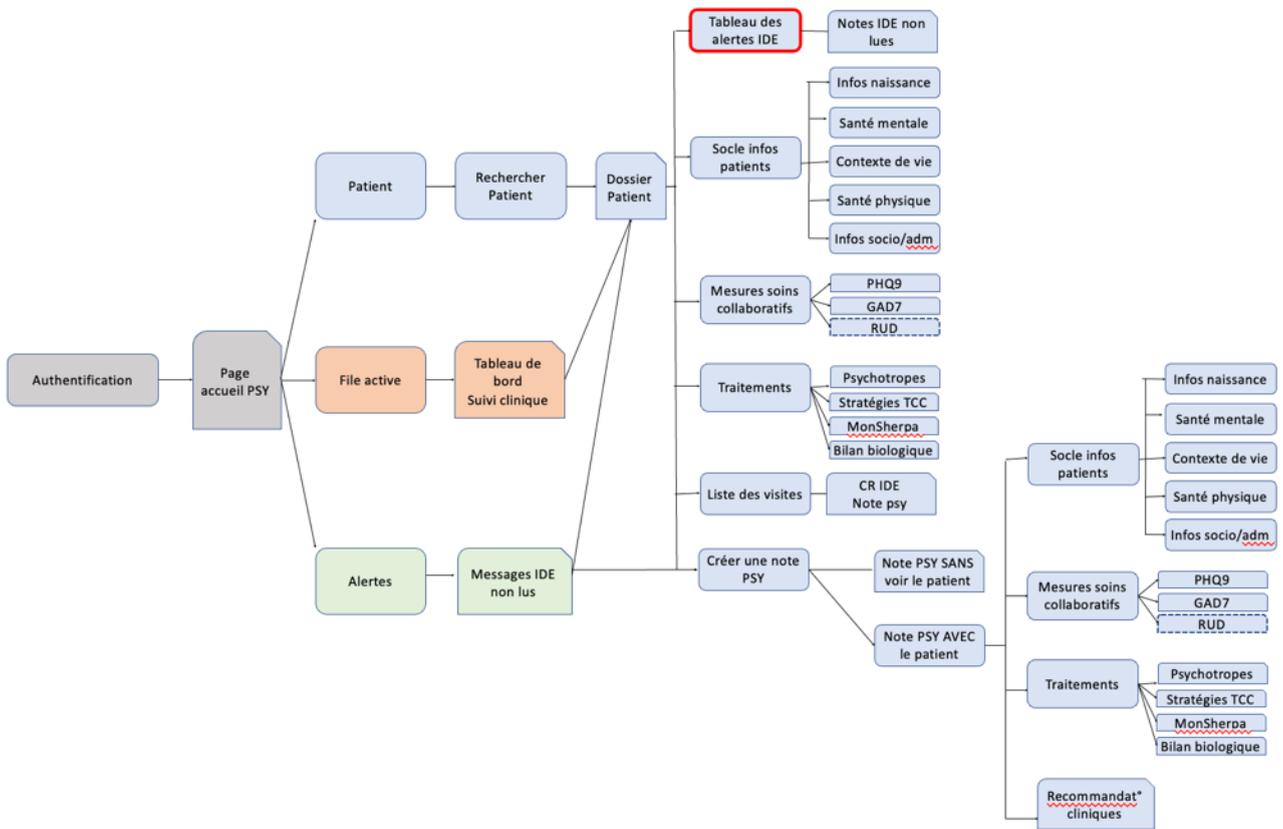


Précisions

L'objectif est de simplifier le plus possible l'interface. Dans ce contexte, la notion de **tâche** a été supprimée. Les messages PSY non lus correspondent aux commentaires des alertes non lus.

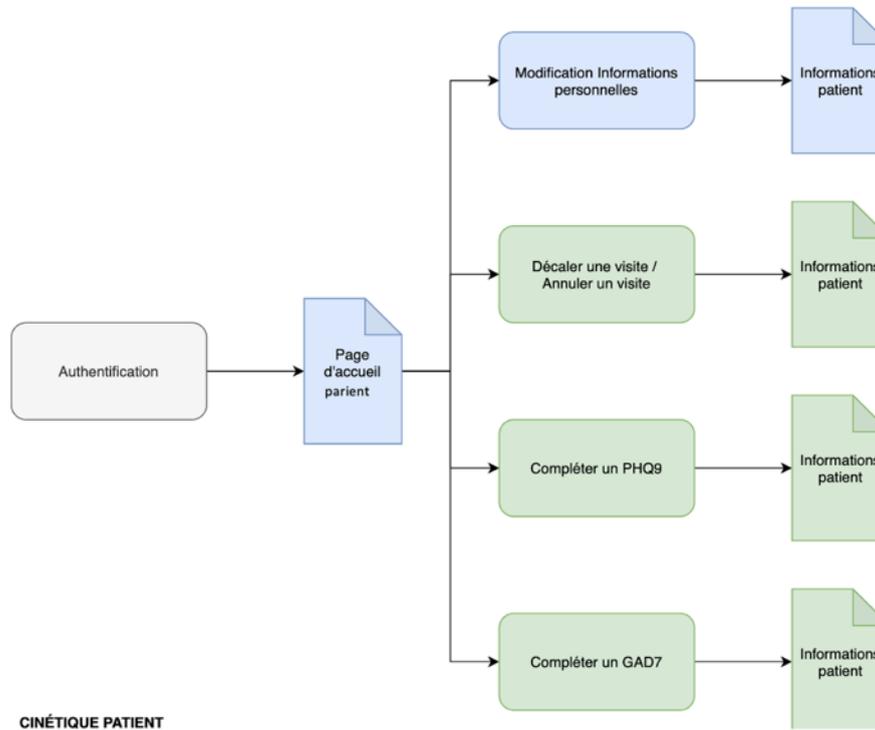
Cinétique Psychiatre

CINÉTIQUE PSY - PROJET SÉSAME



Cinétique Patient

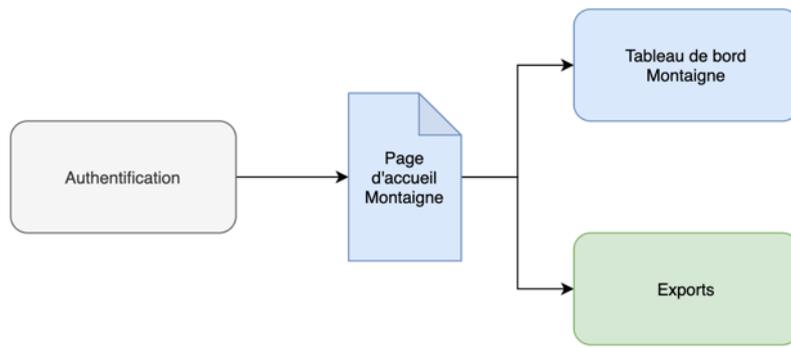
CINÉTIQUE PATIENT - PROJET SÉSAME



Questions

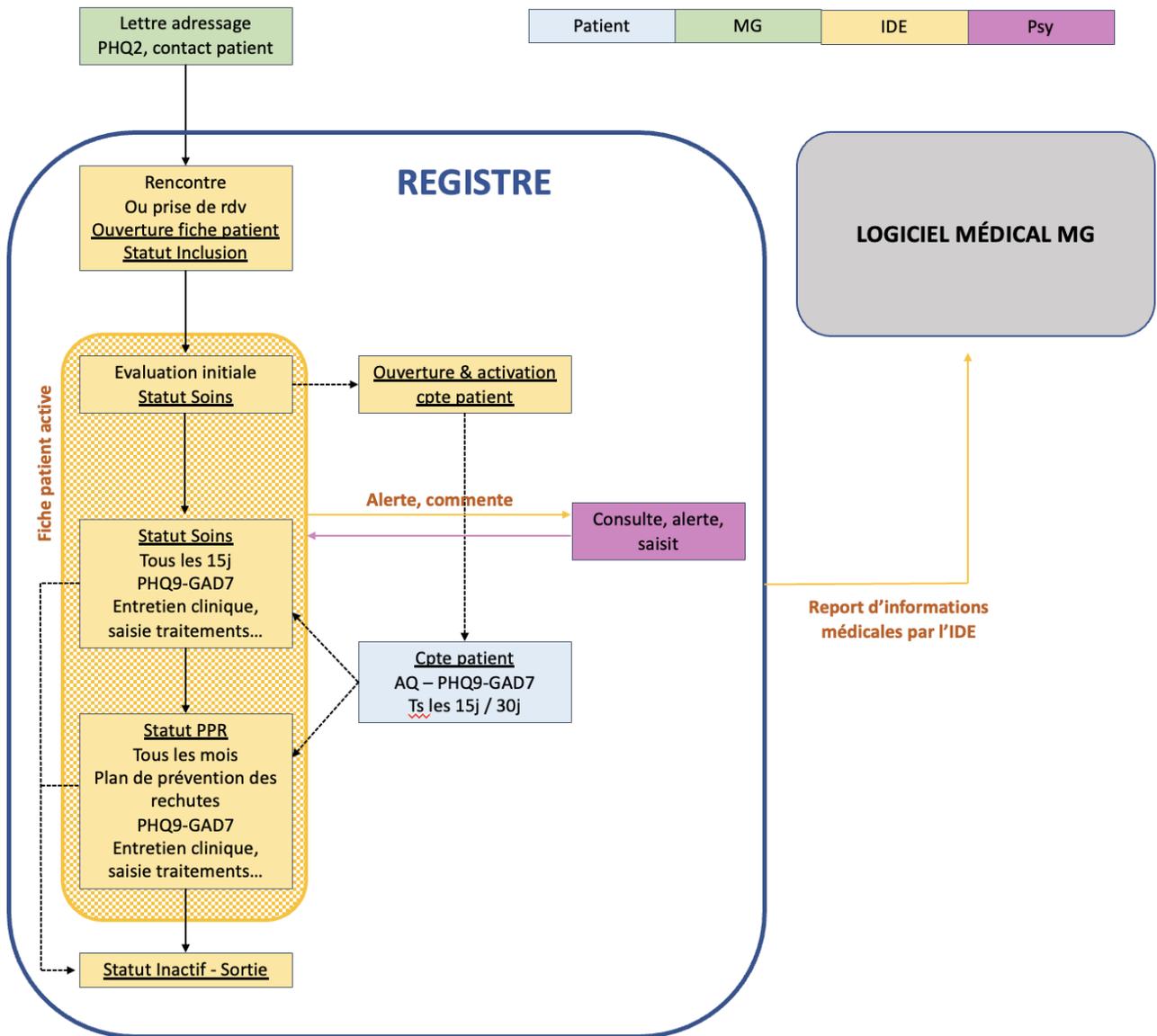
1. Le patient a-t-il accès à ses questionnaires une fois saisi ?
 - a. Non
2. La courbe des PHQ9 et GAD7 est-elle toujours d'actualité pour le patient ?
 - a. Non

Cinétique Montaigne



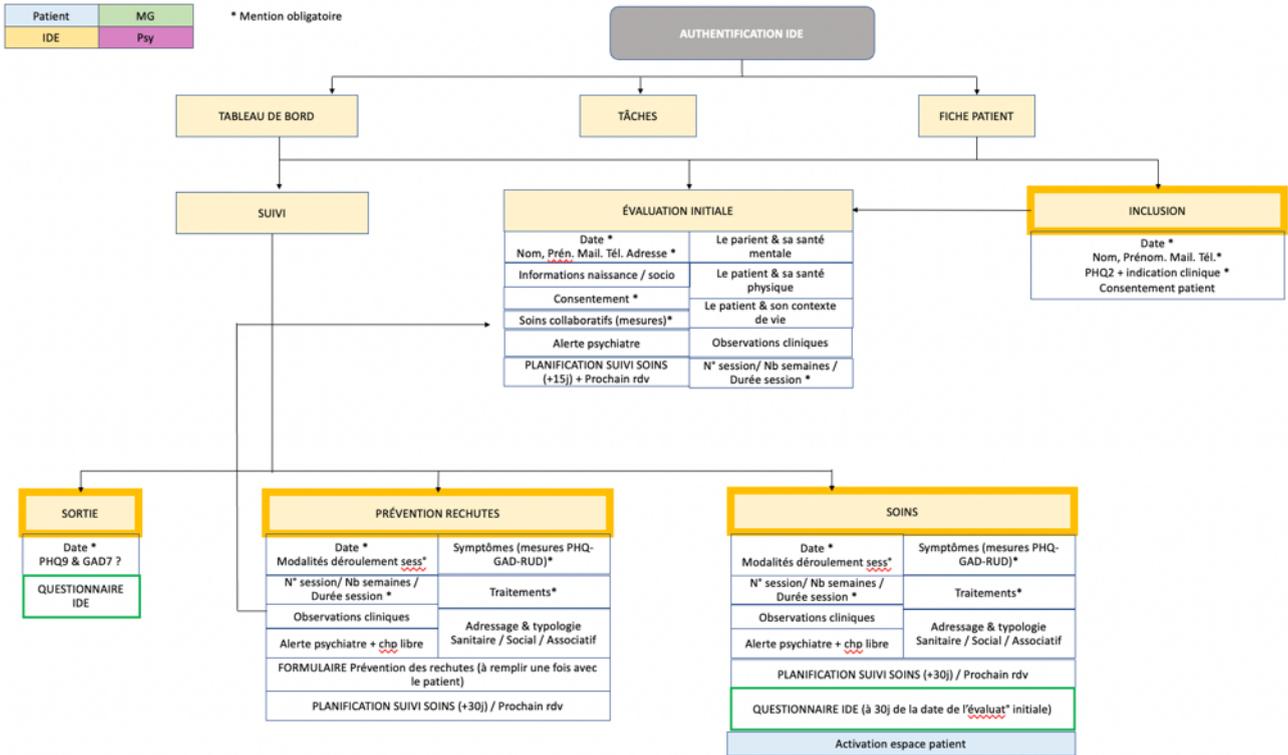
CINÉTIQUE MONTAIGNE

Cinétique globale

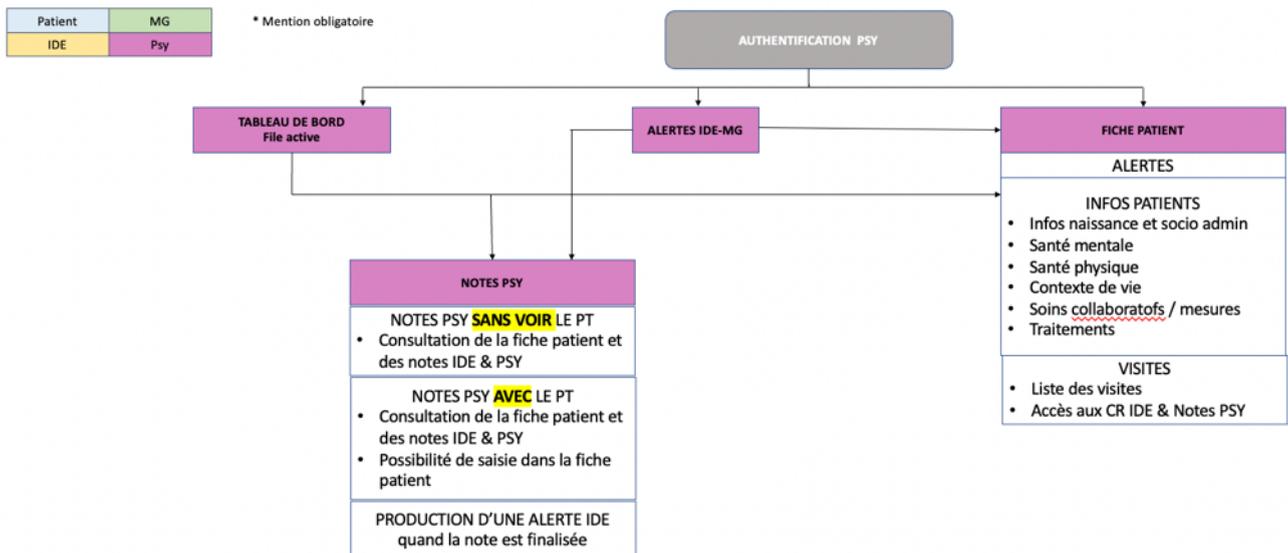


Cinétique globale

Dossier de conception

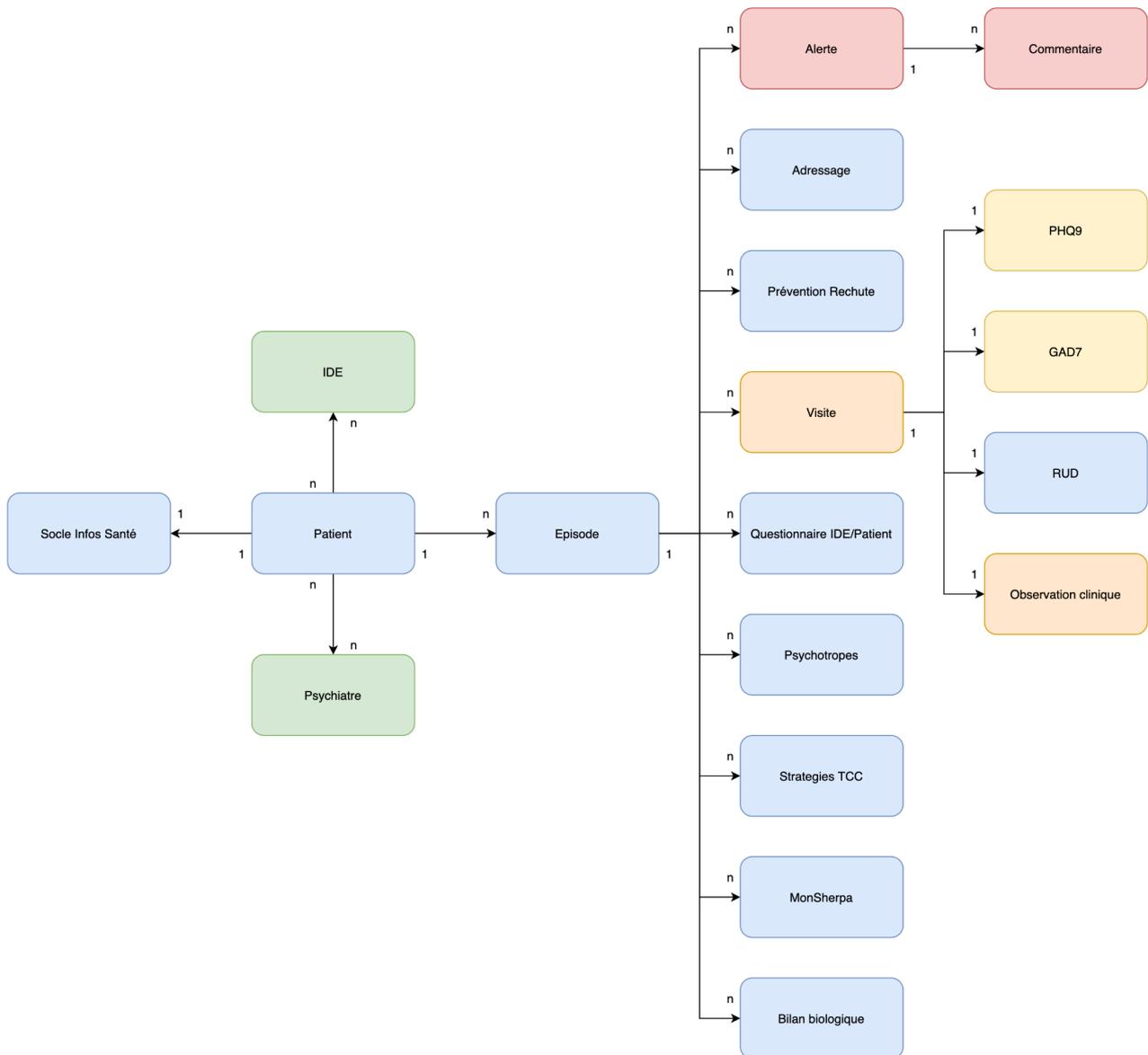


Cinétique IDE

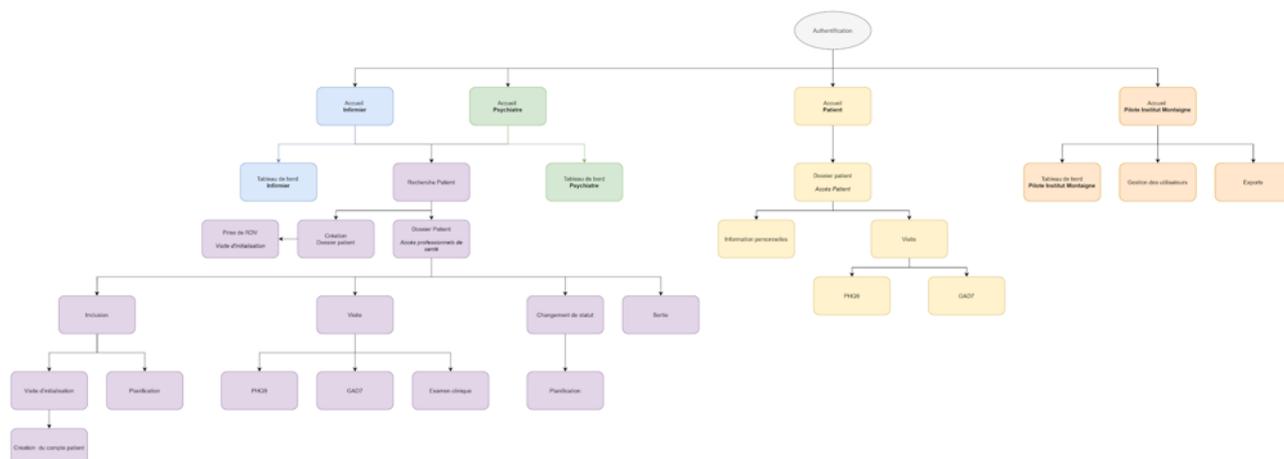


Cinétique Psychiatre

Structure de la base de données



Arborescence



À mettre à jour [Epiconcept]

Rôles et droits

Descriptif général des différents intervenants

Rôle	Descriptif
Infirmier coordinateur (IDE)	Contact privilégié du patient Fait des points tous les 15 jours, ajuste le traitement Passage de 2 échelles (PHQ9 score de dépression et GAD7 score des troubles anxieux) : tous les 15 jours puis tous les mois après amélioration Suit 200 patients par an.
Psychiatre référent (PSY)	Fait un point toutes les semaines avec l'infirmier pour suivre l'état clinique du patient et l'ajustement des traitements. Mobilisé quelques heures par semaine. Possibilité (rare) de recevoir les patients en consultation.
Pilote Inst. Montaigne Nom à confirmer	Gestion des utilisateurs - Accès aux rapports d'activité (objectif : repérer si des centres santé sont débordés)- Extraction pour le compte des chercheurs évaluateurs
Patient	Afin d'accéder à la saisie des auto-questionnaires en ligne
Médecin généraliste	Le médecin généraliste ne fait pas partie de l'outil. L'IDE sera en charge de recopier les données dans le système d'information utilisé par le médecin généraliste.

Droits par varset

	Infirmier coordinateur	Psychiatre référent	Pilote Inst. Montaigne	Patient	Médecin généraliste
Patient	L,E,S Ses patients Son groupe Tous les groupes				
Anamnèse	L,E,S Ses patients Son groupe Tous les groupes				
Questionnaires standardisés	L,E,S Ses patients Son groupe Tous les groupes				
Visite de suivi	L,E,S Ses patients Son groupe Tous les groupes				
Utilisateurs, rôles, groupes					
Listings					
Exports					
Filtres					

Groupes

Les groupes représentent ici les **Maisons de santé**. Cette notion de groupe permet de définir les droits d'accès par rapport aux groupes. Ainsi les utilisateurs assignés à un groupe ne pourront voir que les données de leur maison de santé et non pas celles des autres.

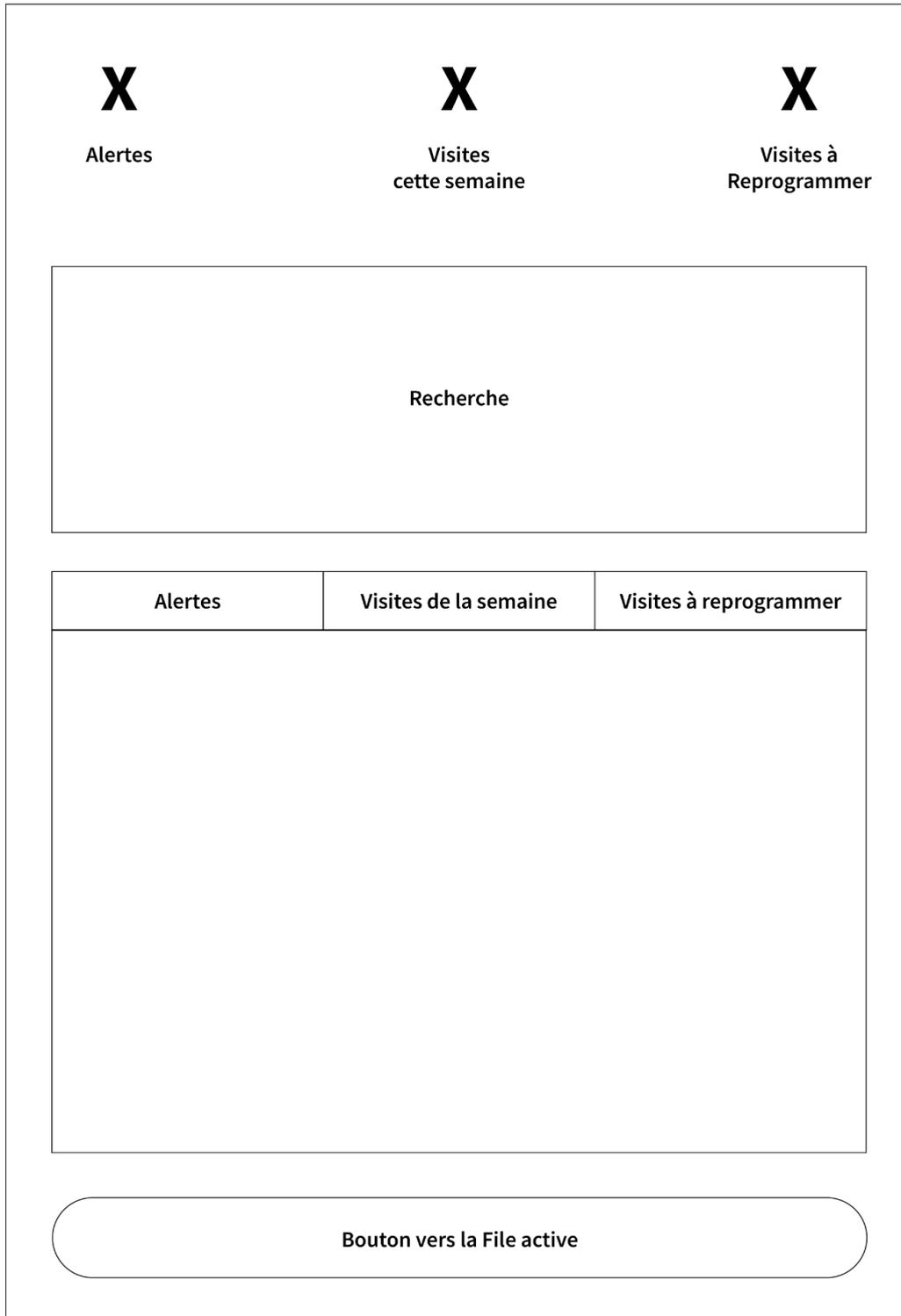
L'infirmier, le psychiatre et le patient sont associés à un groupe. Un psychiatre peut être rattaché à plusieurs groupes.

Les groupes disponibles dans l'outil sont les suivants :

- À définir

Principaux écrans

Page d'accueil IDE



La **page de l'accueil de l'IDE** doit d'aider l'IDE dans ses tâches au quotidien. La page est donc hiérarchisée par priorité de la manière suivante :

- Section **Recherche ou Ajout de patient**
- Section **Alertes actives**
- Section **Visites**
 - Liste des visites de la semaine
 - Liste des visites à reprogrammer
- Section **File active des patients**

Contraintes techniques

La quantité d'information à afficher étant importante, nous utiliserons des onglets. L'utilisation de boutons permet de charger les onglets en arrivant dessus et non au chargement de la page. Les onglets doivent rester sous forme de rectangle.

La recherche ne doit pas figurer dans le menu.

Le bouton d'édition dans les listings doit rester à gauche.

Recherche ou Ajout de patient

Recherche Patient

Identifiant patient

Nom

Date

Identifiant patient Logiciel MG

Prénom

	ID patient	ID patient MG	Prénom NOM	Date de naissance	Statut	Date d'inclusion
⋮	A9RF3P	0001	Thierry MARX	19/09/1959	Soin	19/09/2022
Accéder au dossier		0002	Anne-Sophie PIC	12/07/1969	Prévention Rechute	12/07/2021
⋮	PE2EZ3	0003	Yann COUVREUR	20/06/1983	Inactif	20/06/2020

Cette section permet de retrouver un dossier patient simplement en effectuant une recherche sur les champs suivants :

Champ de recherche	Précision
Identifiant patient	<ul style="list-style-type: none"> Formule : [Égal]
Identifiant patient logiciel MG	<ul style="list-style-type: none"> Formule : [Égal]
Nom	<ul style="list-style-type: none"> Formule : [Contient] Nombre de caractères minimum : 3
Prénom	<ul style="list-style-type: none"> Formule : [Contient] Nombre de caractères minimum : 3
Date de naissance	<ul style="list-style-type: none"> Formule : [Égal]
À compléter	

Les résultats de la recherche sont affichés dans le tableau suivant :

Lien	ID patient	ID patient logiciel MG	Prénom NOM	Date de naissance	Statut du dossier	Date d'inclusion
- Accès au dossier patient	Identifiant registre du patient	Identifiant patient dans le logiciel du MG	Prénom et NOM du patient (Paul DUPONT)	Date de naissance	Statut du dossier	Date d'inclusion

Le tableau est trié par **ordre alphabétique croissant** des **noms**.

L'IDE a également la possibilité d'ajouter un nouveau patient via un bouton dédié "**Ajouter un patient**".

Section Alertes actives

Cf. [Section dédiée à la liste des alertes](#) dans les tableaux de bord.

Section Visites

Cf. [Section dédiée aux visites](#) dans les tableaux de bord.

File Active des patients

Cf. [Section dédiée à la file active](#) dans les tableaux de bord.

Page d'accueil PSY

La **page de l'accueil PSY** doit d'aider PSY dans ses tâches au quotidien. La page est donc hiérarchisée par priorité de la manière suivante :

- Section **Recherche**
- Section **Alertes actives**
- Section **File active des patients**

Recherche

Identique à la [section Recherche de l'IDE](#) à l'exception près que le PSY **n'a pas la possibilité** d'ajouter de nouveau patient.

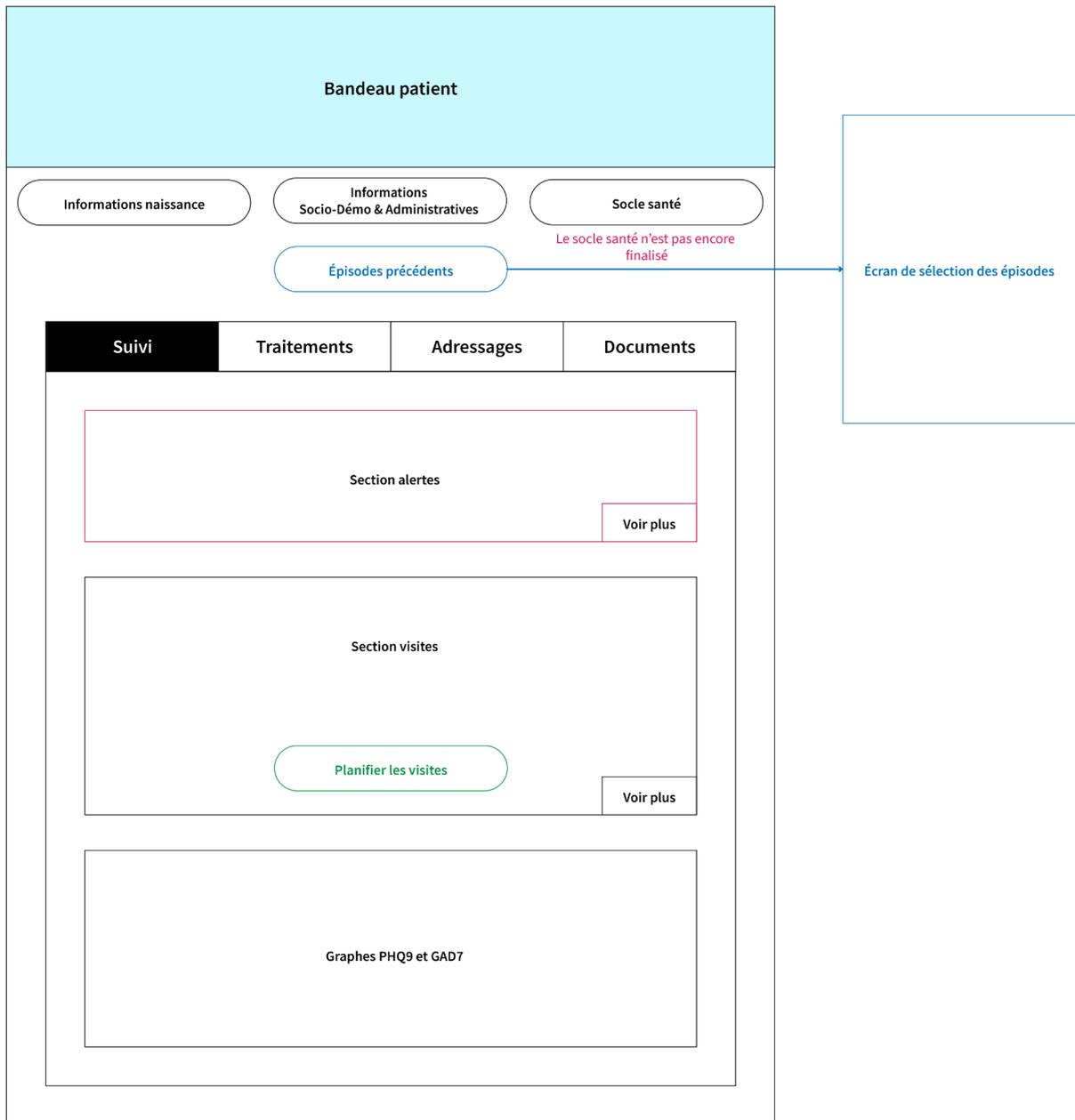
Section Alertes actives

Cf. [Section dédiée à la liste des alertes](#) dans les tableaux de bord.

File Active des patients

Cf. [Section dédiée à la file active](#) dans les tableaux de bord.

Dossier Patient



Le **dossier patient** doit être facilement lisible et donner accès aux principales fonctionnalités attendues. La page est donc hiérarchisée par priorité de la manière suivante :

- Section **Informations du patient**
- Section **Liste des alertes**
- Section **Liste des visites**
- Section **Liste des adressages**
- Section **Gaphique PHQ9 et GAD7**
- Section **Section traitements**

Contraintes techniques

Une interface doit permettre de changer facilement de **statut**. Une fois le statut modifié, on propose à l'utilisateur d'accéder à la **planification** via un bouton.

Par défaut, le dossier patient affiche **l'épisode** en cours. **Il ne peut y avoir qu'un seul épisode en cours**. Un bouton redirige l'utilisateur vers une page/modale de sélection de l'épisode précédent qu'il souhaite afficher. Une fois sélectionné, l'utilisateur est redirigé vers le dossier patient en **mode lecture**. L'interface précise l'épisode précédent sélectionné. Un bouton permet de revenir à l'épisode en cours.

Le **listing des alertes** affiche toutes les alertes qui ne sont pas terminées. Un bouton voir plus permet d'accéder à la liste complète des alertes. La pagination par défaut affiche 10 items dans la liste.

Le **listing des visites** affiche toutes les alertes qui ne sont pas réalisées. Un bouton voir plus permet d'accéder à la liste complète des visites. La pagination par défaut affiche 10 items dans la liste.

Section Informations du patient

Informations du patient

ID patient	A9RF3P	ID patient MG	0001	Statut	Soin
Nom	MARX	Prénom	Thierry	Date de naissance	19/09/1959

Informations de naissance

Informations socio-démographiques et administratives

Socle santé

Le Socle Santé n'est pas encore finalisé

La section Informations du patient contient le **Bandeau patient** (présenté plus bas) ainsi que des boutons de redirections vers les formulaires **Informations de naissance**, **Informations sociodémographiques et administratives**, ainsi que le **Socle Santé**.

Un message apparaît lorsque le Socle Santé n'est pas finalisé. Il faut donc prévoir une variable de finalisation de la saisie du socle santé.

Comment gérer la notion d'Épisode de soins ?

Bandeau patient

Le bandeau patient est un élément d'identito-vigilance. Il permet de s'assurer que l'on traite bien les données du bon patient. Ce bandeau patient présent dans le dossier du patient sera également présent en haut de page de tous les formulaires associés au patient ou ses visites.

Le bandeau patient doit contenir les éléments suivants :

- ID patient
- ID patient MG
- Statut du dossier
- Nom
- Prénom
- Date de naissance
- **À compléter**

Ces éléments sont présentés de façon statique. Leur modification passera par des formulaires spécifiques.

Liste des alertes

Alertes						
_filtre 1		_filtre 2		_filtre 3		
Date de début	Date de fin	Type	État	Lu PSY	Lu IDE	
12/12/2021		Aggravation	Urgente	Non	Oui	Accéder à l'alerte
		Note PSY	Nouvelle	Oui	Non	
12/06/2021	25/06/2021	Question	Terminée	Oui	Oui	

La **liste des alertes** permet de visualiser l'ensemble des alertes du patient.

La liste est triée par **État (ordre croissant)** :

- 1. Urgente
- 2. Nouvelle
- 3. En cours
- 4. Terminée

Un lien de redirection permet d'accéder à l'alerte.

Le listing doit contenir les informations suivantes :

Lien	Date de début	Date de fin	Type de l'alerte	État de l'alerte	Lu PSY	Lu IDE
- Alerte	Date de création	Date de clôture	Type de l'alerte	État de l'alerte	Confirmation de lecture PSY	Confirmation de lecture IDE

Les filtres utilisés sont les suivants :

Filtres	Précision
Identifiant patient	● Formule : [Égal]
Type de l'alerte	● Formule : [Égal]
Statut de l'alerte	● Formule : [Égal]
Lu PSY	● Formule : [Égal]
Lu IDE	● Formule : [Égal]
À compléter	

Liste des visites

The screenshot shows a web interface titled 'Visites'. At the top, there are three filter boxes labeled 'Filtre 1', 'Filtre 2', and 'Filtre 3'. Below them is a table with the following columns: 'Date prévue', 'Date réalisée', 'Statut', 'PHQ9', and 'GAD7'. The table contains three rows of data. The first row has a menu icon (three dots) on the left, the date '12/12/2021' in the 'Date prévue' column, '12/12/2021' in the 'Date réalisée' column, 'Prévue' in the 'Statut' column, 'Non' in the 'PHQ9' column, and 'Non' in the 'GAD7' column. A tooltip 'Accéder à la visite' is visible over the first row. The second row has the date '11/12/2021' in the 'Date prévue' column, '11/12/2021' in the 'Date réalisée' column, 'Prévue' in the 'Statut' column, 'Oui' in the 'PHQ9' column, and 'Non' in the 'GAD7' column. The third row has the date '10/12/2021' in the 'Date prévue' column, '10/12/2021' in the 'Date réalisée' column, 'Réalisée' in the 'Statut' column, 'Oui' in the 'PHQ9' column, and 'Oui' in the 'GAD7' column. At the bottom of the interface is a blue button labeled 'Planification'.

La **liste des visites** permet de visualiser l'ensemble des visites du patient. L'IDE ou le PSY peuvent accéder à une visite donnée via un lien de redirection. Le listing est trié par **statut (ordre croissant)** :

- 1. Prévue
- 2. Réalisée
- 3. Décalée
- 4. Annulée

Le listing doit contenir les informations suivantes :

Lien	Date prévue	Date réalisée	Statut	PHQ9	GAD7
- Visite	Date initiale de la visite	Date de réalisation de la visite	Statut de la visite	PHQ9 réalisé par le patient	GAD7 réalisé par le patient

Les filtres utilisés sont les suivants :

Filtres	Précision
Statut de la visite	<ul style="list-style-type: none"> Formule : [Égal]
À compléter	

Planification

Un bouton “ **Planification** ” permet d’accéder à l’interface de planification.

Liste des adressages

The screenshot shows a web interface titled "Adressages". It features three filter input fields labeled "Filtre 1", "Filtre 2", and "Filtre 3". Below the filters is a table with the following columns: ID patient, ID patient MG, Prénom NOM, Date de naissance, Statut, and Date d'inclusion. The table contains three rows of data:

ID patient	ID patient MG	Prénom NOM	Date de naissance	Statut	Date d'inclusion
AB1F3P	0001	Thierry MAIIX	18/08/1959	Soin	18/08/2022
	0002	Anne-Sophie		Prévention Rechute	12/07/2021
PE2EZ3	0003	Yann COUVREUR	20/06/1983	Inactif	20/06/2020

A tooltip "Accéder au dossier" is visible over the first row. A large "À définir" label is overlaid on the second row.

La **section Adressage** liste l’ensemble des adressages proposés. Un lien de redirection permet de revenir sur l’adressage sélectionné afin de compléter son avancement. Les adressages peuvent être de 2 types : **Médical** ou **Ressources externes**.

Le listing est trié par **date d’adressage chronologique**.

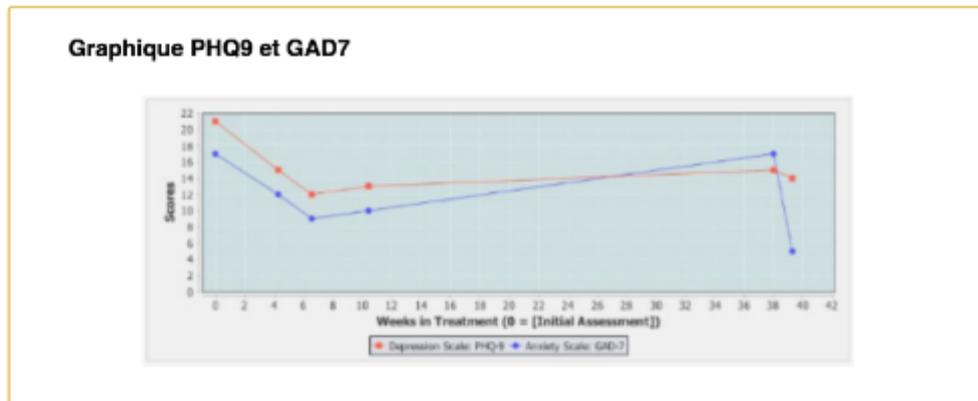
Le listing reprend les éléments suivants :

Lien	Date adressage	Type	État	À compléter	À compléter
- Adressage	Date de création de l’adressage	Type de l’adressage	État de l’adressage	À compléter	À compléter

Les filtres utilisés sont les suivants :

Filtres	Précision
À compléter	

Graphique PHQ9 et GAD7



Cette section permet de suivre l'évolution du patient à travers les courbes de ses scores au PHQ9 et GAD7 dans le temps.

Les courbes peuvent être affichées ensemble ou séparément via un bouton dédié.

L'accès à un PHQ9 ou GAD7 spécifique se fait via la visite correspondante dans le listing des visites.

Section traitements

Traitements

Liste des psychotropes

ID patient	ID patient MG	Prénom NOM	Date de naissance	Statut	Date d'Inclusion	
...	A9RF3P	0001	Thierry MARX	19/09/1959	Soin	19/09/2022
...	Accéder au dossier	0002	Anne-Sophie	12/07/2021	Prévention Rechute	12/07/2021
...	PE2EZ3	0003	Yann COUVREUR	20/06/1983	Inactif	20/06/2020

À définir

[Ajouter un psychotrope](#)

Liste des stratégies TCC

ID patient	ID patient MG	Prénom NOM	Date de naissance	Statut	Date d'Inclusion	
...	A9RF3P	0001	Thierry MARX	19/09/1959	Soin	19/09/2022
...	Accéder au dossier	0002	Anne-Sophie	12/07/2021	Prévention Rechute	12/07/2021
...	PE2EZ3	0003	Yann COUVREUR	20/06/1983	Inactif	20/06/2020

À définir

[Ajouter une stratégie](#)

MonSherpa

ID patient	ID patient MG	Prénom NOM	Date de naissance	Statut	Date d'Inclusion	
...	A9RF3P	0001	Thierry MARX	19/09/1959	Soin	19/09/2022
...	Accéder au dossier	0002	Anne-Sophie	12/07/2021	Prévention Rechute	12/07/2021
...	PE2EZ3	0003	Yann COUVREUR	20/06/1983	Inactif	20/06/2020

À définir

[Ajouter une entrée](#)

Bilans biologiques

Date d'ajout	Auteur	Nom du document	
...	12/12/2021	Paul DUPONT	20211210 - Bilan biologique
...	Télécharger	Paul DUPONT	20211010 - Bilan biologique
...	10/01/2021	Paul DUPONT	20210104 - Bilan biologique

[Téléverser un document](#)

La section **Traitements** est divisée en plusieurs sous-sections présentées sous la forme de listing :

- Section **Psychotropes**
- Section **Stratégie TCC**
- Section **MonSherpa**
- Section **Bilans biologiques**

Liste des Psychotropes

La **liste des Psychotropes** reprend l'ensemble des psychotropes prescrits au patient. Un lien de redirection permet de revenir sur le psychotrope. Un bouton permet d'ajouter un nouvel élément.

Le listing est trié par **À compléter**.

Le listing reprend les éléments suivants :

| Lien | À compléter |
|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| - Psychotrope | À compléter |

Les filtres utilisés sont les suivants :

Filtres	Précision
À compléter	

Liste des Stratégies TCC

La **liste des Stratégies TCC** reprend l'ensemble des stratégies présentées au patient. Un lien de redirection permet de revenir sur la stratégie. Un bouton permet d'ajouter un nouvel élément.

Le listing est trié par **À compléter**.

Le listing reprend les éléments suivants :

| Lien | À compléter |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| - Stratégie TCC | À compléter |

Les filtres utilisés sont les suivants :

Filtres	Précision
À compléter	

Liste des MonSherpa

MonSherpa est une application proposée au patient. Le listing reprend les questionnaires de suivi de l'utilisation de l'application MonSherpa. Un lien de redirection permet de revenir sur le questionnaire sélectionné. Un bouton permet d'ajouter un nouvel élément.

Le listing est trié par **À compléter**.

Le listing reprend les éléments suivants :

Lien	À compléter				
------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

- MonSherpa	À compléter				
-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Les filtres utilisés sont les suivants :

Filtres	Précision
À compléter	

Bilans biologiques

La section Bilans biologiques permet de téléverser et/ou télécharger des documents PDF ou images dans le dossier du patient.

Le listing est trié par **date d'ajout antéchronologique**.

Le listing reprend les éléments suivants :

Lien	Date de l'ajout	Auteur	Rôle	Nom
- Téléchargement	Date de création	Identifiant de connexion de la personne ayant ajouté le document	Rôle de la personne ayant ajouté le document	Nom complet du document

Un bouton permet d'accéder à l'interface d'ajout d'un bilan biologique.

Page de la visite



La **page de la visite** doit être claire et simple afin que l'IDE soit en mesure de saisir les données attendues sans perdre de temps à chercher comment compléter les informations. La page est divisée en sections de la manière suivante :

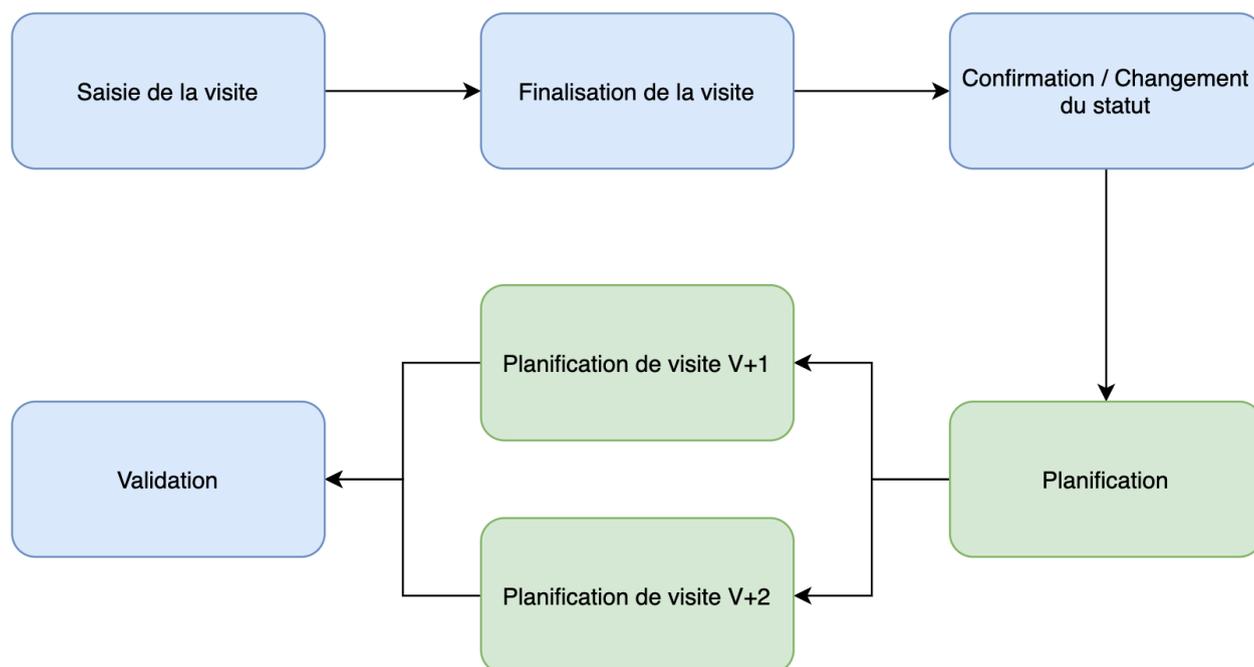
Le bandeau patient est rappelé en haut de page.

- Section **Visite**
- Section **Rappel Socle Santé**
- Section **Mesures soins collaboratifs**
- Section **Adressages**
- Section **Observation clinique**
- Section **Alertes**
- Section **Statut dossier patient**
- Section **Planification**

Toutes les redirections doivent enregistrer la page en cours.

Contraintes techniques

Cinétique de saisie



Section Visite

Cette section reprend les informations à saisir pour la visite y compris les informations de la personne saisissant les données (identifiant de connexion).

Les informations de la visite doivent contenir les éléments suivants :

- Date prévue
- Date de réalisation
- Un statut
- Évaluation initiale
 - Oui / Non

La variable Évaluation initiale conditionne l'affichage de boutons de redirection vers les formulaires **Informations de naissance** et **Informations sociodémographiques et administratives**.

Section Rappel Socle Santé

Lorsque le Socle Santé n'est pas entièrement renseigné, un message accompagné d'un bouton invite l'IDE à compléter le Socle Santé.

Section Mesures soins collaboratifs

Cette section se présente sous la forme de 2 boutons permettant d'accéder aux questionnaires PHQ9 et GAD7 (saisis en amont par le patient). Un 3ème bouton permet d'ajouter un RUD si l'IDE le juge nécessaire.

Section Adressages

Cette section renvoie vers le listing des adressages. L'IDE est alors en mesure de compléter les adressages précédents ou d'en ajouter de nouveaux via un bouton dédié.

Section Observation clinique

La section **Observation clinique** fait partie de la visite. Cette section est incorporée dans un bloc.

Section Alertes

Le listing des alertes est rappelé dans cette section. L'IDE est alors en mesure d'ajouter des commentaires aux alertes existantes et de la mettre à jour ou encore d'en ajouter de nouvelles.

Section Statut dossier patient

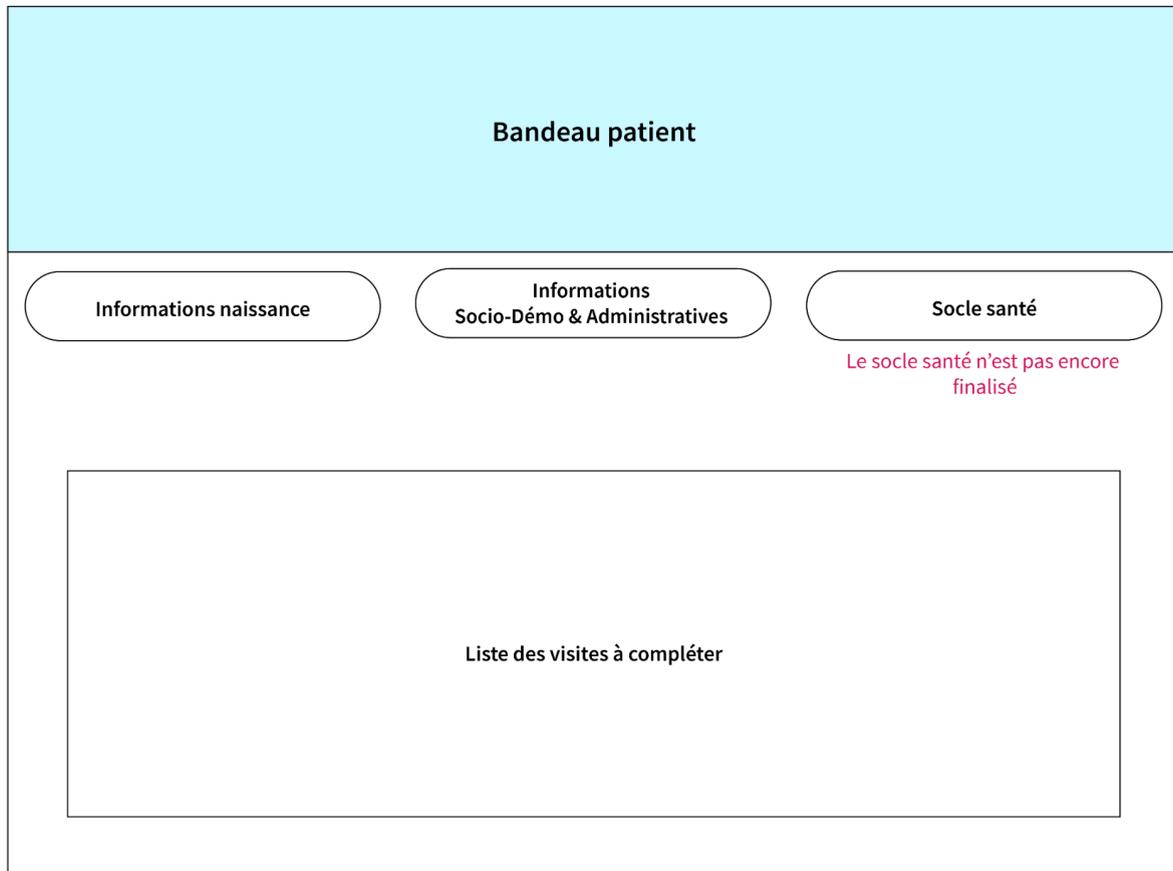
La finalisation de la visite renvoie vers l'interface de changement de statut. Cette page propose à l'IDE de modifier le statut du patient. Si celui-ci passe à "**Prévention rechutes**", un bouton renvoie vers le formulaire correspondant.

L'affichage du bouton de redirection vers le formulaire **Questionnaire IDE/Patient** est conditionné par le passage du statut à "**Inactif**" ou si la variable "**Visite à 30 jours de l'évaluation initiale**" est égale à Oui.

Section Planification

Un bouton sur l'interface de changement de statut redirige l'IDE vers l'interface de planification des visites.

Espace Patient



Certains patients peuvent disposer d'un compte utilisateur Patient. Ce compte leur donne accès à une interface leur permettant de :

- Mettre à jour leurs informations personnelles
- De décaler ou d'annuler une visite à travers un listing des visites à venir
- De compléter leurs questionnaires (PHQ9 et GAD7) en amont de leurs visites.

La liste des visites ne contient que les visites planifiées.

Page d'accueil du Pilote Institut Montaigne

À compléter

Liste des écrans

A compléter

Page	Contenu	Saisie par	Précisions
Page d'accueil IDE	<ul style="list-style-type: none"> ● Section Recherche ou Ajout de patient ● Section Alertes actives ● Section Visites <ul style="list-style-type: none"> ○ Liste des visites de la semaine ○ Liste des visites à reprogrammer ● Section File active des patients 	N/A	
Page d'accueil Psychiatre	<ul style="list-style-type: none"> ● Section Recherche ou Ajout de patient ● Section Alertes actives ● Section File active des patients 	N/A	
Espace patient	<ul style="list-style-type: none"> ● Informations personnelles ● Les rendez-vous à venir ● Les auto-questionnaires à remplir 	N/A	Créer l'accès patient plutôt par un formulaire dédié en visite de suivi si c'est possible.
Page d'accueil Montaigne	<ul style="list-style-type: none"> ● Tableaux de bord Montaigne ● Exports 	N/A	
Dossier patient	<ul style="list-style-type: none"> ● Encadré de synthèse : nom, prénom, âge, sexe, statut, nb de semaine de traitement, date EI, alertes, flagged, équipe médicale ● Informations du patient : <ul style="list-style-type: none"> ○ infos administratives & naissances & sociales ○ Santé mentale ○ Contexte de vie ○ Santé physique ● Liste des alertes et tâches ● Liste des visites : accès aux CR IDE et notes PSY ● Liste des revues cliniques, notes de consultations ● Historique traitements (tableau psychotropes...) ● Mesures (Graphiques PHQ9) 	IDE Psychiatre	

	et GAD7)		
Inclusion	<ul style="list-style-type: none"> ● Formulaire d'inclusion ● Planification du prochain rdv de suivi 	IDE	<p>Les infos contenues sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> Nom, prénom Adresse / Tel / Mail Score PHQ2 Indication MG Validation consentement
Évaluation initiale	<ul style="list-style-type: none"> ● Informations administratives : naissance & sociales ● Le patient & sa santé mentale ● Le patient & son contexte de vie ● Le patient & sa santé physique ● Soins collaboratifs / mesures <ul style="list-style-type: none"> ○ PHQ9 ○ RUD ○ GAD7 ● Traitements psys <ul style="list-style-type: none"> ○ Psychotropes ○ Stratégies de soutien ○ MonSherpa ● Observations cliniques / Plan de traitement ● Alertes ● Planification du prochain rdv de suivi 	IDE	<ul style="list-style-type: none"> ● Les informations administratives et médicales peuvent être complétées au fil de l'eau
Suivi	<ul style="list-style-type: none"> ● Symptômes / mesures <ul style="list-style-type: none"> ○ PHQ9 ○ RUD (si Q9 du PHQ9 ≥1) ○ GAD7 ● Traitements psys <ul style="list-style-type: none"> ○ Psychotropes ○ Examens biologiques ○ Stratégies de soutien ○ MonSherpa ● Adressages ● Observation clinique / Plan de traitement ● Accès à historique médical et infos administratives ● Alertes ● Planification du prochain rdv de suivi ● Création accès patient 	IDE	<ul style="list-style-type: none"> ● Le PHQ9 et GAD7 peuvent être complétés en amont par le patient

<p>Note de consultation</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Formulaire note initiale du psychiatre <ul style="list-style-type: none"> ○ Motif de la demande ○ Modalités déroulement session ○ Synthèse de cas ○ Traitements médicamenteux ○ Objectifs du patient ○ Évaluation / diagnostic prévisionnel ○ Recos ● Formulaire note de suivi du psychiatre <ul style="list-style-type: none"> ○ Motif de la demande ○ Modalités déroulement session ○ Outils de mesure ○ Traitements médicamenteux ○ Objectifs du patient ○ Évaluation / diagnostic prévisionnel ○ Recos 	<p>IDE Psychiatre</p>	<p>Les notes de consultation du PSY doivent être comptabilisées dans le tableau des visites d'un patient (avec la date de la note) : ces notes de consultations suivent souvent les revues de cas.</p>
<p>PHQ9</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Formulaire PHQ9 	<p>IDE Patient</p>	
<p>GAD7</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Formulaire GAD7 	<p>IDE Patient</p>	
<p>MARS</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Formulaire MARS 	<p>IDE Patient</p>	<p>Questionnaire sur l'observance à ne proposer que pour les patients sous traitements psychotropes. Temporalité et périodicité à définir.</p>
<p>RUD</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Formulaire RUD 	<p>IDE</p>	
<p>Formulaire Prévention des rechutes</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● Dare ● Diagnostic ● Traitement psychotrope ● Traitements divers ● Signaux d'alertes d'une rechute ● Dispositifs d'auto-soins ● Rappel des contacts des professionnels de santé 	<p>IDE / Patients</p>	<p>Rendre accessible sur l'espace Patient et idéalement possibilité de lui imprimer le document</p>

Traitement psys	<ul style="list-style-type: none"> ● Formulaire traitements psys : <ul style="list-style-type: none"> ○ Psychotropes ○ Adressage psychologue ○ MonSherpa 	IDE	
Observation clinique	<ul style="list-style-type: none"> ● Formulaire observation clinique 	IDE	
Messageries / à visée alerte ou notification	<ul style="list-style-type: none"> ● Messagerie et notes de revue de cas : <ul style="list-style-type: none"> ○ Formulaire Commentaires / Recos IDE > Psy ○ Formulaire Commentaires / Recos Psy > IDE 	IDE Psychiatre	<ul style="list-style-type: none"> ● Les alertes sont complétés en plusieurs fois par l'IDE ou le Psychiatre
Informations administratives	<ul style="list-style-type: none"> ● Formulaire des informations administratives 	IDE	
Informations médicales	<ul style="list-style-type: none"> ● Formulaire des informations médicales 	IDE Psychiatre	
Adressages	<ul style="list-style-type: none"> ● Formulaire des adressages <ul style="list-style-type: none"> ○ Social ○ Médico-social ○ Associatif ○ Soins spécialisés 	IDE	

QUESTION IMPORTANTE : Serait-il possible de charger des pièces jointes (résultats de bilans biologiques) pour les patients ? Il n'est pas impossible que le psychiatre préconise un bilan biologique et ait besoin des résultats.

Si oui, s'agit-il d'un formulaire selon les définitions d'Epiconcept ? En gros, comment spécifier ce besoin dans le présent document ?

Réponse Epiconcept :

Il est prévu d'ajouter une interface de téléversement/téléchargement de document dans le dossier du patient. Vous n'avez rien à paramétrer de votre côté.

Le patient peut-il également ajouter ces documents sur son Espace Patient ?

Infirmier

- Page d'accueil spécifique avec accès aux tableaux de bord

- Tableau de bord : Nombre de patients par statut, nombre de visites faites et à revoir
- Accès aux différentes alertes et notifications
 - Rendez-vous à planifier
 - Messagerie IDE-PSY-IDE
 - Tâche à reporter dans le logiciel MG (changement de traitement, adressage...)
 - Suivi des adressages
- Liste des prochaines visites de la semaine à faire et les visites non faites (avec filtre)
- Accès à une nouvelle inclusion
- Accès à une recherche par patient et listing des patients
- Dossier patient accessible à partir du listing des patients
- Visite accessible à partir :
 - De la liste des prochaines visites de la semaine
 - Du listing des patients

Patient

Page d'accueil spécifique avec accès rapides :

- Aux questionnaires à saisir : Liste des questionnaires dans un même écran (nom du questionnaire, statut -répondu/non répondu - , classement par ordre chronologique décroissant)
- Au calendrier de visites : Listing des prochaines visites avec leur date
- Rappel du traitement en cours et posologie
- Aux principaux contacts dans le dispositif : Listing des contacts

Psychiatre référent

- Page d'accueil spécifique avec accès aux tableaux de bord
- Tableau de bord : Nombre d'alertes, avis/validation requis
- Recherche par patient et listing des patients et de leurs visites
- Dossier patient : Accessible à partir du listing des patients
- Accès à une visite : À partir du listing des patients
- Possibilité de créer une visite dans l'hypothèse où le psychiatre reçoit le patient

Fonctionnalités à développer

Création et désactivation des comptes utilisateurs

Création du compte patient

Le compte du patient peut être créé à tout moment du suivi par l'infirmier.

L'infirmier disposera d'un bouton "**créer le compte du patient**", uniquement accessible si le patient n'a pas déjà un compte et si le patient a donné son autorisation à ce qu'un compte utilisateur lui soit créé.

L'autorisation à la création d'un compte sera enregistrée dans le formulaire "socio-démographique".

Les logins sont générés de la façon suivante : chaîne de caractère aléatoire (ex: HJIX)

Le patient recevra un lien d'activation valable 24 heures. Il devra cliquer sur ce lien et mettre à jour son mot de passe. Le mot de passe devra au minimum contenir 8 caractères et être composé conformément aux exigences de la CNIL.

Une fois le compte utilisateur du patient créé, celui-ci pourra à tout moment modifier son mot de passe.

Désactivation du compte patient

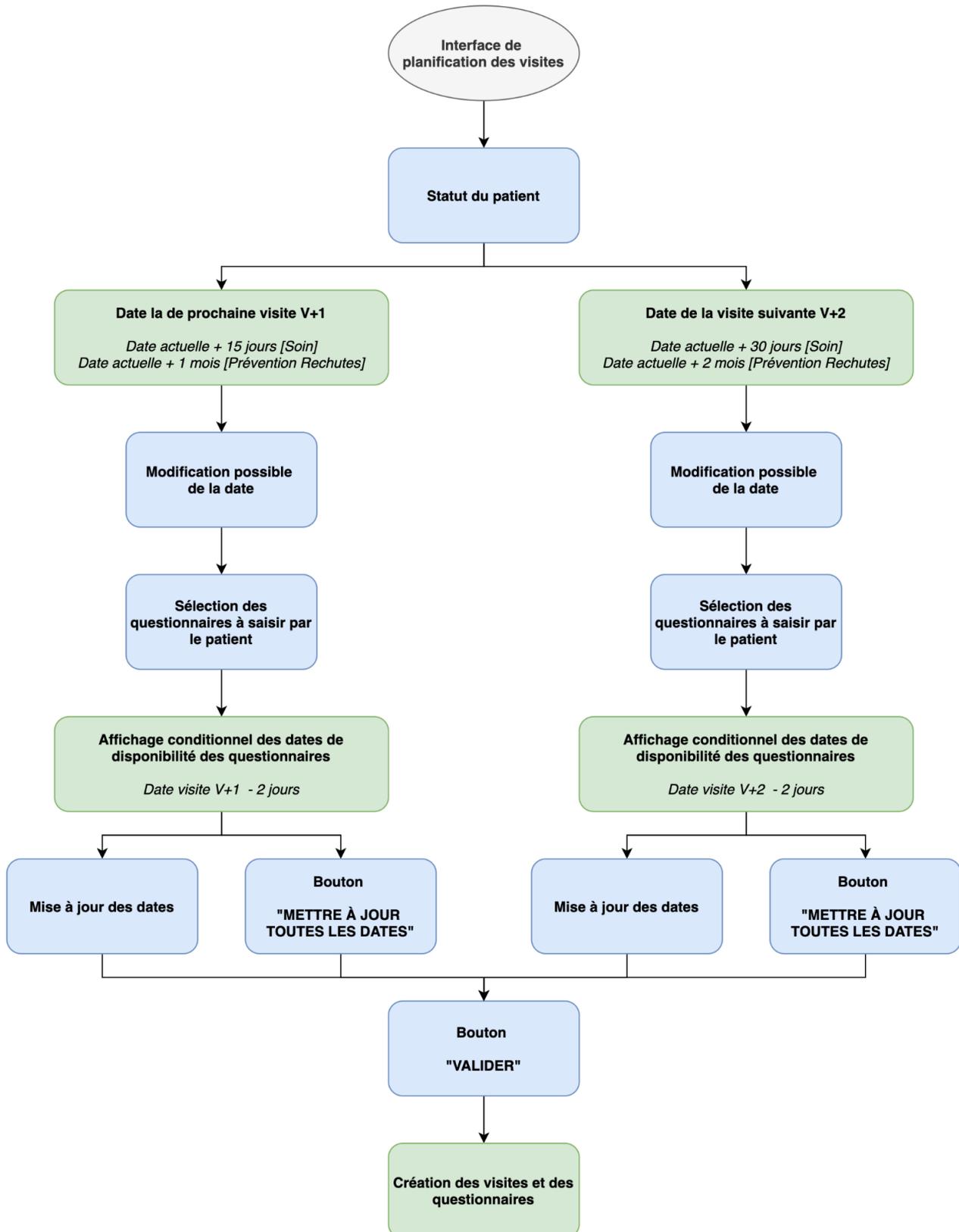
Le compte du patient pourra être désactivé de deux façons :

- Manuellement par l'administrateur central.
- Lorsque le statut du patient est passé à **Inactif**

Autres comptes utilisateurs

Pour la création ou la désactivation des comptes des utilisateurs hors patients, l'administrateur central devra passer par la gestion des utilisateurs.

Planification des visites



Objectifs de la fonctionnalité

1. Créer des visites en avance, au moment ou à la suite de l'évaluation initiale.
2. Donner à l'infirmier une visibilité en avance des visites/entretiens à réaliser.
3. Pouvoir envoyer au patient un rappel en amont de la visite planifiée
4. Pouvoir modifier une date de visite proposée par l'algorithme de planification automatique
5. Planifier la disponibilité des questionnaires qui doivent être saisis par le patient

Le rythme théorique des visites est fonction de la phase du parcours du patient :

- En prise en charge initiale, le rythme théorique est d'une visite tous les 15 jours en « Soins »
- En « Prévention rechutes », le rythme théorique est d'une visite tous les mois.

Référentiel des Auto-questionnaires

Le référentiel des Auto-questionnaires permet de sélectionner les questionnaires qui devront être créés et complétés par le patient en amont de la visite.

Ce référentiel contient :

- La liste des questionnaires à compléter par le patient associés en 1-1 à une visite
- Les identifiants des questionnaires

Questionnaire	Commentaire
PQU9	
GAD7	

Fonctionnement de la planification

La planification se fait via une interface dédiée.

1. L'IDE accède à l'interface dédiée
2. L'IDE s'assure que le statut du patient est à jour
3. Un affichage permet de visualiser toutes les visites à venir
4. Si le statut du dossier patient est mis à jour, l'IDE modifie ou supprime les visites en conséquence
5. Un bouton permet d'ajouter une nouvelle visite V+1
6. La date prévue de la visite V+1 est automatiquement proposée
 - a. Soins : [Date prévue de la visite V+1] = [Date actuelle] + 15 jours
 - b. Prévention rechutes : [Date prévue de la visite V+1] = [Date actuelle] + 1 mois
7. L'IDE peut modifier ces dates
8. L'IDE sélectionne les auto-questionnaires que le patient doit compléter
9. Pour chaque auto-questionnaire sélectionné une date de disponibilité est proposée
 - a. [Date prévue de la visite V+1] - 2 jours
10. Un bouton « Appliquer à tous » permet d'associer une date de disponibilité à tous les auto-questionnaires de la visite en question

11. Un bouton permet d'ajouter une **nouvelle visite V+2**
12. La date prévue de la visite V+2 est automatiquement proposée
 - a. [Soin] : Date prévue de la visite V+2 = Date actuelle + 30 jours
 - b. [Prévention rechutes] : Date prévue de la visite V+2 = Date actuelle + 2 mois
13. L'IDE peut modifier ces dates
14. L'IDE sélectionne les auto-questionnaires que le patient doit compléter
15. Pour chaque auto-questionnaire sélectionné un date de disponibilité est proposée
 - a. **[Date prévue de la visite V+2] - 2 jours**
16. Un bouton **« Appliquer à tous »** permet d'associer un date de disponibilité à tous les auto-questionnaires de la visite en question

17. Un bouton **« Valider »** permet lancer la planification des visites présentes dans l'interface
 - a. Les visites sont créées au statut **« Prévue »**
 - b. Les auto-questionnaires sont créés avec la variable **[Saisie terminée] = Non**

Ce fonctionnement rend possible la création d'une visite / d'un entretien à tout moment du parcours patient.

Décaler une visite

Le décalage de visite se fait via l'interface de planification. Cette interface reprend les différentes visites à venir. L'IDE peut donc modifier les dates simplement des visites ou bien directement supprimer une visite.

Disponibilité des auto-questionnaires

Les auto-questionnaires disposent d'une date de disponibilité et d'une date de réalisation. Les auto-questionnaires sont affichés dans l'Espace Patient selon les conditions suivantes :

- **[Saisie terminée] = Non**
- **[Date actuelle] >= [Date de disponibilité]**
- **[Date actuelle] <= [Date de la visite associée]**

En dehors de ces conditions les auto-questionnaires ne sont plus accessibles à partir de l'Espace Patient mais le reste du côté IDE et Psychiatre.

Interface

Planification des visites

Statut du dossier patient

1 2 + ✕

Statut de la visite Prévüe Terminée Annulée

Date de la visite

Auto-questionnaires PHQ9 GAD7 MARS Date disponibilité autoquestionnaires

Date disponibilité PHQ9

Date de la visite	Statut de la visite
12/11/2021	Terminée
12/12/2021	Prévüe

1

Variables “statut”

Statuts du dossier patient

Le statut du dossier patient est une notion importante qui conditionne un certain nombre d'éléments dont la planification. Le nombre de statuts doit être limité au maximum. Le tableau ci-dessous reprend les différents statuts possibles du dossier patient.

Statut	Déclenchement	Précision	Commentaire
Inclus / À évaluer	Lors de la création du dossier patient	Avant l'évaluation initiale	
Soin	Manuellement dans le dossier du patient	Après l'évaluation initiale	
Prévention	Manuellement dans le	Lorsque le patient s'améliore	

des rechutes	dossier du patient		
Inactif	Manuellement dans le dossier du patient	Une variable précision permet de caractériser le statut : <ul style="list-style-type: none"> ● Refus ● Perdu de vue ● Déménagement ● Orientation soins spé ● Guérison ● Autre 	La variable de précision est une variable supplémentaire à prévoir dans le dossier du patient

Le passage d'un statut à un autre d'un dossier se fera grâce à l'utilisation de variables "statut". Le changement de statut sera opéré manuellement par les utilisateurs - IDE, Psychiatre - lors de la saisie des formulaires.

La cinétique classique est la suivante :



Toutefois, il est possible dans certains cas de passer du statut **Prévention rechutes** au statut **Soin**.

Probablement, que cela amènerait toutefois à questionner la stratégie thérapeutique en cours ou encore le diagnostic (et donc à envisager une orientation vers soins spécialisés).

Validation d'une visite, d'un entretien ou d'un questionnaire standardisé

Plusieurs variables permettent de suivre le parcours du patient et la complétion des différents formulaires et questionnaires :

- **Indicateur de complétion** : Variable qui va permettre à un utilisateur d'indiquer si la saisie est terminée
- **Indicateur de statut d'une visite** : Variable qui va permettre à un utilisateur d'indiquer si la visite a eu lieu ou a été annulée.

Saisie terminée Oui Non

Statut de la visite Prévus

 Terminée

 Annulée

Fonctionnement et utilité de la variable “Statut de la visite”

Par défaut, une visite / un entretien est prévu. Lorsque la visite est planifiée automatiquement, elle a donc le statut “**Prévue**”.

L’infirmier aura le droit de modifier ce statut en “**Terminée**” lorsque la visite aura été effectuée ou “**Annulée**” si celle-ci a été annulée par le patient. Le patient n’aura pas accès à cette variable “Statut de la visite”.

Lorsqu’une visite a le statut “**Terminée**” ou “**Annulée**” elle n’est plus visible par le patient dans son espace.

L’infirmier continue à voir toutes les visites, quel que soit leur statut.

Le statut de la visite pourra être utilisé dans des filtres ou dans des statistiques de perte de vue.

Statut	Précisions
Prévue	Lorsque la visite est planifiée mais qu’elle n’a pas encore eu lieu
Terminée	Lorsque la visite a été réalisée
Annulée / À planifier	Lorsque la visite est annulée par le patient et qu’elle doit être replanifiée
Décalée	Lorsque la visite est décalée par le patient

Epiconcept :

La mise en place d’évènement iCal n’est pas prévue dans le budget imparti.

Fonctionnement et utilité de la variable “Saisie terminée”

Par défaut la saisie n’est pas terminée.

Cette variable est accessible dans tous les formulaires, elle permet de bloquer la saisie du patient ou d’indiquer que toutes les données attendues ont été recueillies par l’infirmier.

Lorsque le patient complète un questionnaire standardisé depuis son espace, il met à jour cette variable pour indiquer qu’il a terminé de compléter le questionnaire. La variable pourra être passée à “**Non**” par l’infirmier si nécessaire pour que le patient puisse à nouveau accéder à ce questionnaire s’il rencontre des soucis.

Espace patient

L’activation de cet espace se fait directement par l’IDE dans le dossier du patient via un bouton.

Le patient pourra voir la liste des visites à venir.

Il pourra accéder aux questionnaires liés à la prochaine visite uniquement pour les compléter (PHQ9 et GAD7).

A la fin de chaque formulaire il devra indiquer si la saisie est terminée :

Saisie terminée Oui Non

Lorsque la variable “**Saisie terminée**” est passée à “**Oui**”, un second message s’affiche au patient pour lui demander de confirmer car la saisie ne sera plus possible ultérieurement.

Merci de confirmer la fin de la saisie et la transmission de ces informations :

Je confirme

Lorsqu’une visite a le statut “**Annulée**” elle n’est plus visible par le patient dans son espace.

Lorsqu’une visite a le statut “**Terminée**” elle n’est plus visible par le patient dans son espace, sauf si la visite a “**Non**” pour la variable “**Saisie terminée**” et qu’il s’agit de la première visite à venir. Ceci permet de couvrir le cas où un patient a complété un questionnaire et mis “**Saisie terminée**” à “**Oui**” mais a demandé à l’infirmier de lui ré-ouvrir le questionnaire à la saisie.

La planification des visites suivantes se fait via l’interface de planification. Aucune planification automatique n’est prévue lors qu’une visite est passée à “**Terminée**”.

Notifications

Les notifications se présentent sous la forme de la réception d’un mail ou d’un SMS à l’attention du patient.

Des affichages spécifiques sur les pages d’accueil des IDE et Psychiatre sont prévus pour mettre en évidence les alertes.

Au vu des discussions avec l’Institut Montaigne, nous n’avons identifié qu’une seule notification décrite ci-dessous.

Pour information la notification de création de compte est automatique et permet au patient de créer son compte patient.

Le texte des notifications mails ou sms ne sera pas paramétrable (pas de personnalisation de type “Bonjour Mme Dupont”), de même que les modalités d’affichage sur la page d’accueil.

Les sms ne doivent pas contenir plus de 160 caractères.

Notification de visite prochaine au patient

Notification	Cette notification permet de rappeler au patient qu’il doit compléter ses questionnaires en vue de sa prochaine visite.
---------------------	---

Objet	[NOM_PROJET] - Vos questionnaires sont disponibles en vue de votre prochaine visite.
Contenu du mail	<p>Bonjour,</p> <p>Nous vous rappelons que votre prochaine visite aura lieu dans deux jours. Vous pouvez dès à présent compléter vos questionnaires sur votre espace personnel.</p> <p>Connectez-vous directement sur votre espace personnel en suivant ce lien : [Lien].</p> <p>Excellente journée, L'équipe [Nom_Projet]</p>
Contenu du SMS (160 caractères)	<p>Bonjour,</p> <p>Veuillez compléter vos questionnaires avant votre visite dans deux jours. [Lien]</p> <p>Bonne journée, L'équipe [Nom_Projet]</p>
Déclenchement	<p>La notification sera envoyée à 7h00 deux jours avant chaque visite.</p> <p>Une CRON permet de vérifier tous les jours si une visite est prévue dans 2 jours et d'envoyer la notification aux patients concernés.</p>
Destinataire	Patient

Autorisation à recevoir des notifications

Le patient devra donner son autorisation qui sera enregistrée dans ses informations socio-démographiques. Il devra également spécifier s'il souhaite recevoir ces notifications par mail ou sms.

Anonymisation automatique

L'anonymisation consiste à supprimer les données nominatives. Les patients existeront toujours mais seront anonymisés. Aucune suppression de données n'est nécessaire, le patient doit être informé (en dehors de l'outil) que ses données seront conservées dans les 2 ans suivants son inclusion.

Les dossiers patient sont créés en amont de l'évaluation initiale. Une anonymisation de ces dossiers patient est indispensable dans les cas suivants :

Déclencheur	Statut	Précision	Délais
Le patient n'est pas éligible à la	Inactif	Sortie -> Non pris en	A définir

prise en charge		charge	
Le patient ne souhaite plus participer au programme	Inactif	Refus de participation	A définir
Le patient ne se présente plus à ses rendez-vous	Inactif	Perdu(e) de vue	A définir
Le patient a fini son parcours dans l'outil	Inactif	Sortie -> Parcours terminée	A définir (X mois à partir de la date d'évaluation initiale)

Mécanisme d'anonymisation à décrire [Institut Montaigne].

Un patient peut avoir plusieurs épisodes de soin.

Comment gérer l'anonymisation en cas de nouvel épisode ?

Saisie de l'Alerte

La saisie d'alerte permet d'alerter le psychiatre de l'état du patient. La notion d'alerte nécessite des informations complémentaires (date de début, date de fin, commentaires ...) et fait l'objet d'un formulaire dédié.

Les alertes doivent être qualifiées (Question, Aggravation ...).

Présentation des étapes

La déclaration d'alerte se fait via un formulaire dédié ce qui permet de suivre l'évolution de cette information dans le temps. Les alertes peuvent être déclarées par l'IDE ou le Psychiatre sur le dossier du patient ou lors d'une visite

Le formulaire de l'alerte est divisé en 2 sections :

1. Informations
2. Commentaire

La section **Informations** reprend les éléments suivants :

- Identifiant de la personne créant l'alerte
- Date de début et de fin de l'alerte
- L'état de l'alerte
- La qualification de l'alerte

État de l'alerte

État	Précision
------	-----------

Nouveau	L'alerte vient d'être lancée et n'a pas fait l'objet d'une revue lors des entretiens IDE/PSY.
En cours	L'alerte a été prise en charge mais un niveau d'attention est maintenu.
Terminée	L'alerte est terminée.
Urgent	L'alerte est prioritaire et demande une attention imminente.

Qualification de l'alerte

Qualification	Précision
Aggravation	Afin de prendre des décisions en regard de l'aggravation d'un patient.
Note Psychiatre	Lorsque le psychiatre juge nécessaire de rédiger une note.
Note IDE	Lorsque l'IDE juge nécessaire de rédiger une note.
Question	Lorsque l'IDE a une question qu'il souhaite adresser.
Autre	

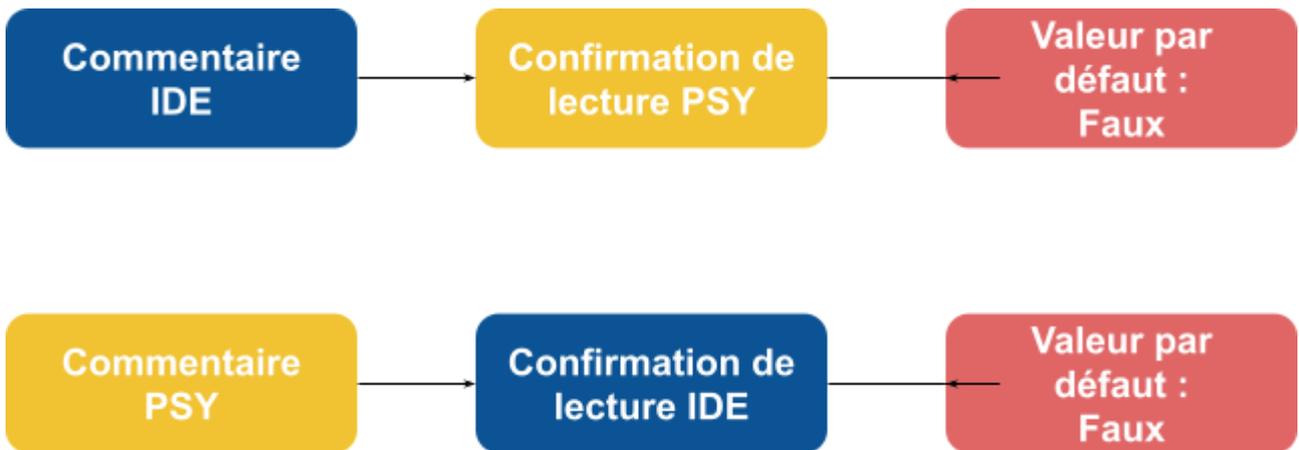
La section **Commentaires** affiche un listing de tous les commentaires en reprenant les informations de dates, un bouton permettant de lire le commentaire, et l'utilisateur à l'origine du commentaire.

Ainsi le listing des alertes est incrémenté en fonction de la saisie de ces formulaires d'alertes. Plusieurs formulaires peuvent-être saisis par patient, permettant ainsi la notion d'épisode d'aggravation.

Un statut de l'état de l'alerte (**Nouveau, En cours, Terminée, Urgente**) est à prévoir afin de pouvoir filtrer le listing (limitation de la taille).

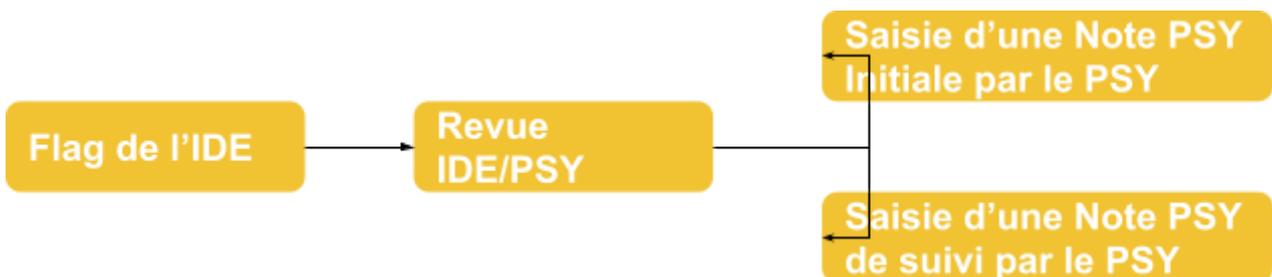
Une alerte peut mener à des Adressages. Ces derniers se font via un formulaire dédié décorrélé de l'alerte.

Des variables de confirmation de lecture doivent être mises en place. Une confirmation de lecture PSY est attendue pour les commentaires IDE et inversement.



Notes PSY

Les notes PSY peuvent être de deux types : **initiale** ou **de suivi**.



Il est très important de noter que la note PSY devra être précédée d'une mention « disclaimer », qui précise le cadre juridique et sa responsabilité médicale lorsque sa reco est faite sans avoir vu le patient :

«Les remarques et suggestions de traitement ci-dessus s'appuient sur des interactions et des échanges avec l'infirmier coordinateur du patient et un examen des informations disponibles dans le présent registre médical. Je n'ai pas personnellement examiné le patient. Toutes les recommandations doivent être mises en œuvre en tenant compte des antécédents pertinents du patient et de son état clinique actuel. N'hésitez pas à m'appeler pour toute question concernant les soins prodigués à ce patient. »

Dans le cas des notes du psychiatre, deux modèles de formulaire seront utilisés selon qu'il s'agit de la première étude de cas ou du suivi d'un cas déjà ouvert.

De même, les formulaires de suivi d'un cas déjà ouvert devront permettre de préciser l'origine de l'ouverture de cette « Note de psychiatre » (Demande de l'IDE / Demande du MG / Consultation avec le patient) ainsi que les modalités de déroulement de la session (sur site / par téléphone / par visio).

Interface

Informations

Date de début

Date de fin

Qualification de l'alerte

- Aggravation
- Question
- Note PSY
- Autre

Etat de l'alerte

- Nouvelle
- En cours
- Terminée
- Urgente

Commentaires

Date	Commentaire	Utilisateur	Rôle	Vu PSY	Vu IDE
30/06/2021	Voir commentaire	paul.dupond	Psychiatre		non
15/06/2021	Voir commentaire	emilie.duchamp	IDE	oui	
30/05/2021	Voir commentaire	paul.dupond	Psychiatre		oui
20/05/2021	Voir commentaire	emilie.duchamp	IDE	oui	

COMMENTAIRE

Utilisateur

Identifiant psy.test

Profil Psychiatre

Commentaire

Date

Type de Note PSY

- Initiale
- De suivi
- Autre

Disclaimer Oui Non

Les remarques et suggestions de traitement ci-dessus s'appuient sur des interactions et des échanges avec l'infirmier coordinateur du patient et un examen des informations disponibles dans le présent registre médical. Je n'ai pas personnellement examiné le patient. Toutes les recommandations doivent être mises en œuvre en tenant compte des antécédents pertinents du patient et de son état clinique actuel. N'hésitez pas à m'appeler pour toute question concernant les soins prodigués à ce patient.

Commentaire

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit, sed do eiusmod tempor incididunt ut labore et dolore magna aliqua.

Confirmation de lecture IDE Oui Non

Échanges entre IDE et Psychiatre

Les échanges entre IDE et Psychiatre se font via l'interface des alertes.

Bandeau Patient

Le bandeau patient est un élément d'identité-vigilance. Il permet de s'assurer que l'on traite bien les données du bon patient. Ce bandeau patient présent dans le dossier du patient sera également présent en haut de page de tous les formulaires associés au patient ou ses visites.

Le bandeau patient n'est pas affiché lorsque le patient accède à un formulaire.

Le bandeau patient doit contenir les éléments suivants :

- ID patient
- ID patient MG
- Statut du dossier
- Nom
- Prénom
- Date de naissance
- **À compléter**

Tableaux de bord

Ce sous-chapitre reprend la composition du graphique et des tableaux de bord à implémenter.

La phase de conception permettra de spécifier complètement leur contenu et les éventuels calculs à réaliser.

Tableau récapitulatif de fin de visite

Objectif

À compléter

Accès

Où est disponible cette interface ?

Pour qui est disponible cette interface ?

À compléter

N°	Indicateur	Précisions / Méthode de Calcul
----	------------	--------------------------------

File active

Description

Le tableau de bord du suivi clinique est disponible pour **l'infirmier** et le **psychiatre** sur leur **page d'accueil** respective.

Ce listing correspond à la file active des patients de l'infirmier ou du psychiatre. Il permet de visualiser rapidement l'état actuel de ses patients et leur amélioration ou dégradation.

Les **derniers scores** du PHQ9 et du GAD 7 suivent le **code couleur** suivant :

Couleur/ Signe	PHQ9	GAD7
Rouge	[Dernier score ≥ 10] ET [dernier score \geq Score initial -50%]	[Dernier score ≥ 10] ET [dernier score \geq Score initial -50%]
Jaune	[Dernier score ≥ 5 ET ≤ 9] OU [Dernier score \leq Score initial - 50%]	[Dernier score ≥ 5 ET ≤ 9] OU [Dernier score \leq Score initial - 50%]
Vert	Dernier score ≤ 4	Dernier score ≤ 4
(nombre)	Dernier score dont la date d'administration ≥ 30 jours	Dernier score dont la date d'administration ≥ 30 jours

N°	Indicateur	Précision / Méthode de calcul
1	- Lien de redirection vers le dossier du patient - Ajout d'une visite ?	
2	Alerte	Oui/Non
3	Identifiant du patient	
4	ID patient logiciel MG	
5	Nom, Prénom du patient	
6	Statut du dossier	
7	PHQ9 score d'inclusion	
8	PHQ9 Dernier score	
9	GAD7 Score d'inclusion	
10	GAD7 Dernier score	
11	Date de l'évaluation initiale	
12	Date de la dernière visite de suivi	
13	Date de la dernière note du psychiatre	
14	Date du passage en statut PPR (prévent ^o rechute)	
15	Nombre de rencontres ou d'interventions avec le patient depuis l'évaluation initiale (à l'exclusion des échanges pluriprofessionnels)	
16	Nombre de semaines depuis l'évaluation initiale	

Filtres

Les filtres utilisés sont les suivants :

Filtres	Précision
Identifiant patient	<ul style="list-style-type: none"> Formule : [Égal]
Identifiant patient MG	<ul style="list-style-type: none"> Formule : [Égal]

Nom	<ul style="list-style-type: none"> Formule : [Contient]
Statut du dossier	<ul style="list-style-type: none"> Formule : [Égal]
Présence d'alerte(s)	<ul style="list-style-type: none"> Formule : [Égal]

Normalement, possibilité de filtrer chaque colonne.

Précisions

Les calculs de la file active sont effectués sur le dernier épisode de soin des patients.

Tableau de bord Alertes

Alertes actives

Filtre 1 Filtre 2 Filtre 3

ID patient	Prénom NOM	Date de l'alerte	État	Lu PSY	Lu IDE
A9RF3P	Thierry MARX	19/09/1959	Urgente	Non	
	ie-Sophie PIC	12/07/1969	Nouvelle	Non	
	COUVREUR	20/06/1983	Terminée	Oui	Oui

La **liste des alertes actives** permet de visualiser les éventuels problèmes rencontrés. Cette liste servira de base de travail lors des **Reuves patients** entre IDE et PSY.

La liste est triée par **État (ordre croissant)** :

- 1. Urgente
- 2. Nouvelle
- 3. En cours
- 4. Terminée

Un lien de redirection permet d'accéder à l'alerte ou au dossier du patient.

Le listing doit contenir les informations suivantes :

Lien	ID Patient	Prénom NOM	Type de l'alerte	État de l'alerte	Date de début de l'alerte	Lu PSY	Lu IDE
- Alerte	ID du	Variable	Type de	État de	Date de	Confirmation	Confirmation

- Dossier patient	patient	calculée Prénom + NOM	l'alerte	l'alerte	création	de lecture PSY	de lecture IDE
-------------------	---------	-----------------------------	----------	----------	----------	-------------------	-------------------

Les filtres utilisés sont les suivants :

Filtres	Précision
Identifiant patient	<ul style="list-style-type: none"> Formule : [Égal]
Type de l'alerte	<ul style="list-style-type: none"> Formule : [Égal]
Statut de l'alerte	<ul style="list-style-type: none"> Formule : [Égal] Par défaut : Tout sauf Terminée
Lu PSY	<ul style="list-style-type: none"> Formule : [Égal]
Lu IDE	<ul style="list-style-type: none"> Formule : [Égal]
À compléter	

Préciser la typologie des alertes, notifications ou tâches à faire :

- Planification de rendez-vous si pas déjà prévu = notif IDE
- Notifications messagerie interne :
 - Un patient « flaggé » par l'IDE en vue de discussion pour la revue de cas et commentaire IDE = notif psychiatre
 - Synthèse revue de cas avec recos psychiatre = notif IDE
- Tâches à faire = notif IDE
 - Reporter commentaire psy après revue de cas dans logiciel médical MG (observation clinique ou changement de médication)
 - Reporter informations sur adressage des patients (social, asso, médico-social, psychologues, sanitaire) dans logiciel médical MG
 - Suivi adressage patient
 - Suivi changement de médication avec MG
 - Alerte évaluation clinique préoccupante : les patients actifs (au moins EI) **ET** suivis depuis au moins 60 jours (statut Soins), **QUI** ne s'améliorent pas (çad dont le dernier score PHQ-GAD reste ≥ 10 et n'a pas connu de baisse importante, en tout cas moins de 5 points p/r au score de l'évaluation initiale) **ET** qui n'ont pas fait l'objet d'aucune revue de cas avec le psychiatre. Pour tâche : alerte psychiatre.

Tableau de bord Visites

Visites de la semaine

The screenshot shows a dashboard titled "Visites de la semaine". At the top, there are three filter input fields labeled "Filtre 1", "Filtre 2", and "Filtre 3". Below them is a table with the following columns: ID patient, Prénom NOM, Date de la visite, Statut, PHQ9, and GAD7. The table contains three rows of data. A dropdown menu is open over the first row, showing options "Accéder à la visite" and "Accéder au dossier".

ID patient	Prénom NOM	Date de la visite	Statut	PHQ9	GAD7
A9RF3P	Thierry MARX	12/12/2021	Prévue	Non	Non
	e-Sophie PIC	11/12/2021	Prévue	Oui	Non
	COUVREUR	10/12/2021	Réalisée	Oui	Oui

La **liste des visites de la semaine** permet à l'IDE d'accéder facilement à la visite qu'il doit effectuer ou encore à préparer sa visite avant l'arrivée du patient.

Un lien de redirection permet d'accéder à la visite ou au dossier du patient.

Le tableau est trié par **ordre chronologique de date de visite**.

Le listing doit contenir les informations suivantes :

Lien	ID Patient	Prénom NOM	Date prévue	Date réalisée	Statut	PHQ9	GAD7
- Alerte - Dossier patient	ID du patient	Variable calculée Prénom + NOM	Date prévue de la visite	Date de réalisation de la visite	Statut de la visite	PHQ9 réalisé par le patient	GAD7 réalisé par le patient

Le listing affiche 20 visites à la fois.

Les filtres utilisés sont les suivants :

Filtres	Précision
Identifiant patient	<ul style="list-style-type: none"> Formule : [Égal]
Statut de la visite	<ul style="list-style-type: none"> Formule : [Égal]
À compléter	

Visites à reprogrammer

ID patient	Prénom NOM	Date de la visite	Statut	PHQ9	GAD7
A9RF3P	Thierry MARX	12/12/2021	Prévue	Non	Non
A9RF3P	Sophie PIC	11/12/2021	Prévue	Oui	Non
A9RF3P	Sophie LUVREUR	10/12/2021	Annulée	Oui	Oui

La **liste des visites à reprogrammer** permet à l'IDE de replanifier les visites qui n'auraient pas eu lieu pour une raison ou pour une autre.

Epiconcept :

Comment définir une visite à reprogrammer ? Nous avons identifiés 3 cas d'usages :

1. Le patient ne s'est pas présenté :
 - a. Date prévu > date du jour ET statut = Prévue
2. Le patient a décalé sa visite
 - a. Statut Décalée
3. Le patient a annulé sa visite
 - a. Statut Annulée
 - b. Comment gérer la reprogrammation ?
 - i. L'IDE doit
 1. Soit supprimer la visite annulée une fois reprogrammée
 2. Soit modifier la date et le statut de la visite annulée

Un lien de redirection permet d'accéder à l'interface de planification ou au dossier du patient.

Le tableau est trié par **ordre chronologique de date de visite**.

Le listing doit contenir les informations suivantes :

Lien	ID Patient	Prénom NOM	Date prévue	Retard	Statut	PHQ9	GAD7
- Alerte - Dossier patient	ID du patient	Variable calculée Prénom + NOM	Date prévue de la visite	Date actuelle - Date prévue	Statut de la visite	PHQ9 réalisé par le patient	GAD7 réalisé par le patient

Le listing affiche 20 visites à la fois.

Les filtres utilisés sont les suivants :

Filtres	Précision
Identifiant patient	<ul style="list-style-type: none"> Formule : [Égal]
Statut de la visite	<ul style="list-style-type: none"> Formule : [Égal]
Retard	<ul style="list-style-type: none"> Formule : [Supérieur ou égal à]
À compléter	

Tableau de bord Activité

Le tableau de référence est celui qui agrège l'ensemble des données patients par Maison de santé (cf ci-dessous). C'est un tableau qui est dense et on peut s'interroger sur l'intérêt d'y ajouter de nouvelles variables ou un tableau complémentaire).

Section Maison de santé

Cette section permet de visualiser des indicateurs au niveau de la maison de santé.

Catégorie	Indicateur	Précisions
	File active (FA) par maison de santé	Nombre de patient actifs inclus dans SÉSAME par maison de santé : [FA]
Interventions de l'IDE	NB patients avec EI	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de patients ayant effectué une évaluation initiale = [EI] % des patients avec EI par rapport à la FA = $[EI]*100/[FA]$
	NB Patients sous suivi [PS]	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de patients avec au moins 1 visite de suivi = [PS] % des patients avec au moins une visite de suivi par rapport au nombre de patients total ayant une évaluation initiale = $[PS]*100/[EI]$
	MOY visites de suivi [SMoy]	<ul style="list-style-type: none"> Nombre moyen de visites de suivi par patient. Prise en compte du nombre total de visites de suivi [VS] et du nombre de patients suivis. $[SMoy]= [VS]/[PS]$
	MOY visites de suivi à la	<ul style="list-style-type: none"> Nombre moyen de visites de suivi effectuées à la

	MS [SMoyMS]	<p>maison de santé [VSMS] [SMoyMS] = [VSMS]/[PS]</p> <ul style="list-style-type: none"> % des suivis à la MS = [VSMS]*100/[VS]
	MOY visites de suivi par tél [SMoyT]	<ul style="list-style-type: none"> Nombre moyen de visites de suivi par téléphone [VST] [SMoyT] = [VST]/[PS] % des suivis par tél = [VST]*100/[VS]
	NB patients avec statut PR	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de patients sous statut Prévention des rechutes = [PR] % du nombre de patients en prévention des rechutes par rapport à tous ceux ayant reçu une évaluation initiale = [PR]*100/[EI]
Interventions du psychiatre	NB patients « flagged »	<ul style="list-style-type: none"> = [PF] % de patients « flagged » par rapport à ceux avec évaluation initiale = [PF]*100/[EI]
	NB patients avec revue de cas	<ul style="list-style-type: none"> Nombre de patients ayant fait l'objet d'une note du psychiatre = [PNP] % de patients [PNP] par rapport à ceux avec évaluation initiale = [PNP]*100/[EI]
	NB patients qui ne s'améliorent pas SANS revue de cas	<p>Nombre de patients actifs (au moins EI) ET suivis depuis au moins 60 jours (statut Soins), QUI ne s'améliorent pas (çad dont le dernier score PHQ-GAD reste ≥ 10 et n'a pas connu de baisse importante, en tout cas moins de 5 points p/r au score de l'évaluation initiale) ET qui n'ont pas fait l'objet d'aucune revue de cas avec le psychiatre. Enjeu : déclencher une ALERTE.</p> <p>= [PS] + Nb de semaines de suivi : 9 + last PHQ9 ≥ 10 + last PHQ9 \geq [first PHQ9 – 5pts] + NO revue de cas</p>
MOY PHQ9	MOY PHQ9 à l'EI	Moyenne des scores PHQ9 à l'évaluation initiale = [SOMME scores PHQ9 EI] / Nb de patients ayant passé PHQ9 à l'EI
	MOY derniers PHQ9	Moyenne des scores PHQ9 les plus récents = [SOMME last PHQ9] / Nb de patients ayant passé les derniers PHQ9
MOY GAD7	MOY GAD7 à l'EI	Moyenne des scores GAD7 à l'évaluation initiale = [SOMME scores GAD7 EI] / Nb de patients ayant passé GAD 7 à l'EI
	MOY derniers GAD7	Moyenne des scores GAD7 les plus récents = [SOMME last GAD7] / Nb de patients ayant passé les derniers GAD7
Pas de réponse	PHQ9	<ul style="list-style-type: none"> Deux nombres sont indiqués : [NB A] / [NB B]

		<ul style="list-style-type: none"> ○ [NB A] = NB patients actifs suivis depuis 10 semaines ou plus (p/r à la date de l'EI), dont les score initial PHQ9 ≥ 10 ET qui ne s'améliorent pas (çad dont le dernier score ≥ Score initial – 50%) [NB A] = [PS] + NB semaines de suivi ≥ 10 + last PHQ9 ≥ 10 + last PHQ9 ≥ first PHQ9 - 50% ○ [NB B] = NB patients actifs suivis depuis 10 semaines ou plus et dont le score initial PHQ9 ≥ 10 [NB B] = [PS] + NB semaines de suivi ≥ 10 + first PHQ9 ≥ 10 • % des patients qui ne répondent pas = [NB A] * 100 / [NB B]
	GAD7	<ul style="list-style-type: none"> • Deux nombres sont indiqués : [NB C] / [NB D] <ul style="list-style-type: none"> ○ [NB C] = NB patients actifs suivis depuis 10 semaines ou plus (p/r à la date de l'EI), dont les score initial GAD7 ≥ 10 ET qui ne s'améliorent pas (çad dont le dernier score ≥ Score initial – 50%) [NB C] = [PS] + NB semaines de suivi ≥ 10 + last GAD7 ≥ 10 + last GAD7 ≥ first GAD7 - 50% ○ [NB D] = NB patients actifs suivis depuis 10 semaines ou plus et dont le score initial GAD7 ≥ 10 [NB D] = [PS] + NB semaines de suivi ≥ 10 + first GAD7 ≥ 10 • % des patients qui ne répondent pas = [NB C] * 100 / [NB D]
Pas de rémission	PHQ9	<ul style="list-style-type: none"> • Deux nombres sont indiqués : NB E / NB F <ul style="list-style-type: none"> ○ NB E = NB patients actifs suivis depuis 10 semaines ou plus, dont les score initial PHQ9 ≥ 10 ET qui ne sont pas en rémission (çad dont le dernier score reste ≥ 5) [NB E] = [PS] + NB semaines de suivi ≥ 10 + first PHQ9 ≥ 10 + last PHQ9 ≥ 5 ○ NB F = NB patients actifs suivis depuis 10 semaines ou plus et dont le score initial PHQ9 ≥ 10

		<p>$[NB F] = [PS] + NB \text{ semaines de suivi } \geq 10 + \text{first PHQ9} \geq 10$</p> <ul style="list-style-type: none"> • % des patients qui ne sont pas en rémission = $[NB E] * 100 / [NB F]$
	GAD7	<ul style="list-style-type: none"> • Deux nombres sont indiqués : NB G / NB H <ul style="list-style-type: none"> ○ NB G = NB patients actifs suivis depuis 10 semaines ou plus, dont les score initial GAD7 ≥ 10 ET qui ne sont pas en rémission (çad dont le dernier score reste ≥ 5) <p>$[NB G] = [PS] + NB \text{ semaines de suivi } \geq 10 + \text{first GAD7} \geq 10 + \text{last GAD7} \geq 5$</p> ○ NB H = NB patients actifs suivis depuis 10 semaines ou plus et dont le score initial GAD7 ≥ 10 <p>$[NB H] = [PS] + NB \text{ semaines de suivi } \geq 10 + \text{first GAD7} \geq 10$</p> <ul style="list-style-type: none"> • % des patients qui ne sont pas en rémission = $[NB G] * 100 / [NB H]$

Questions : ce tableau de bord va être celui auquel les coordinateurs Montaigne auront accès.

Veut-on rajouter des variables ou le compléter par un autre tableau ?

Exemples de variables d'intérêt au niveau de la coordination :

- Nombre de semaines de traitement moyen par patient
- Nombre de patients inactifs (perdus de vue, déménagement, refus...)
- Nombre de patients suivis depuis plus de 60 jours, qui ne se sont pas améliorés et qui n'ont pas fait l'objet d'une revue de cas
- Nombre de visites effectuées et à venir (?)
- Temps moyen de consultation IDE
- Nombre de consultations patient-psychiatre
- Nombre moyen d'adressages et typologie des adressages (Médical ou Ressources externes)

Maquette

CARE MANAGER	CURRENT CASELOAD	CARE MANAGER CONTACTS						PSYCHIATRIC CONSULTATION NOTE			AVERAGE PHQ		AVERAGE GAD		No Response		No Res	
		Pts w/ I/A	Pts w/ F/U	Avg # F/U	Avg # In Clinic	Avg # By Phone	# in R/P	# FLAGGED	# w/ P/N	Not Imprv w/o P/N	FIRST	LAST	FIRST	LAST	PHQ	GAD	PHQ	GAD
Kristi Malmstrom	5	4 (80%)	3 (75%)	1.7	1 (60%)	0.7 (40%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0	22.3	10.5	7.5	2.5	0 / 1 (0%)	0 / 1 (0%)	1 / 1 (100%)	0 / 1 (0%)
Suzy Hunter, CM	18	15 (83%)	11 (73%)	3.2	2.7 (86%)	0.5 (14%)	3 (20%)	9 (50%)	4 (22%)	5	15.9	12.7	12.8	11.9	4 / 8 (50%)	3 / 4 (75%)	7 / 8 (88%)	4 / 4 (100%)
Tess Grover, CM	2	2 (100%)	1 (50%)	1	1 (100%)	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	1 (50%)	0	9.5	6.5	17	3	1 / 1 (100%)	0 / 1 (0%)	1 / 1 (100%)	0 / 1 (0%)
All	25	21 (84%)	15 (71%)	2.7	2.3 (83%)	0.5 (17%)	4 (19%)	9 (36%)	5 (20%)	5	16.5	11.7	12.4	9.9	5 / 10 (50%)	3 / 6 (50%)	9 / 10 (90%)	4 / 6 (67%)

Impressions

Aucun document ou compte rendu n'est à générer ou imprimer.

Seule la courbe d'évolution pourra être imprimée à partir de la fonction d'impression du navigateur. L'objectif de cette impression est d'utiliser la courbe comme outil d'interaction avec le patient.

Annexe

Liste des pages / Formulaire

Nous entendons par pages les différents formulaires qui constituent un recueil spécifique de variables :

- Données inclusion du patient (nom, prénom, PHQ2, indication MG...)
- Consentement patient recherche
- Consentement patient accès espace dédié
- Informations naissance
 - Date de naissance
 - Nationalité
 - Pays de naissance
- Le patient et sa santé mentale
 - Situation actuelle (champ libre)
 - Traitements médicamenteux en cours (QCM, tableau et champ libre)
 - Historique santé mentale (plusieurs champs libres)
- Le patient et son contexte de vie (mix QCM et champs libres)
 - Évènements de vie à rapporter
 - Situation familiale
 - Situation professionnelle
 - Scolarité et études
 - Langue parlée à la maison
 - Commentaires
- Le patient et sa santé physique (mix QCM et champs libres)
 - Questionnaire état de santé perçu
 - Statut contraception / allaitement si femme
 - Problèmes médicaux somatiques
 - Traitements en cours
 - Questionnaire addictions tabac & alcool
- Informations socio-administratives
 - Reconnaissance handicap
 - CMU
 - ALD
- Soins collaboratifs
 - Objectifs patient (champ libre)
 - Questionnaire PHQ9
 - Questionnaire RUD
 - Questionnaire GAD7
 - Commentaire (champ libre)
- Observations cliniques / Plan de traitement
 - Observations cliniques (champ libre)
 - Diagnostic prévisionnel (champ libre)
 - Stratégie thérapeutique (champ libre)
- Formulaire Commentaires / Recos (notamment pour préparer les revues de cas et les ajustements de traitements)
 - Alerte IDE : de l'IDE vers le psychiatre

- Note initiale du psychiatre vers l'IDE
 - Note de suivi du psychiatre
- Traitements psys
 - Traitements psychotropes
 - Examens biologiques
 - Stratégies brèves de soutien
 - MonSherpa
- Adressages
 - Orientation vers ressources extérieures
 - Adressage médical extérieur
- Formulaire dédié à l'IDE à remplir deux fois pour chaque patient (à 30j de l'évaluation initiale, au changement de statut en « inactif »)
 - Formulaire IDE visite de suivi (+30j)
 - Formulaire de clôture (statut « inactif »)