

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2023

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**[Étude quantitative : Évaluation du dispositif « Mon Psy »
par les médecins généralistes et les patients]**

Présentée et soutenue publiquement le 21/09/2023
à 16H

Par Marc-Antoine WOZNIAK

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Madame le Professeur Sabine BAYEN

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Éric THOMAZEAU

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CMP	Centre Médico Psychologique
OMS	Organisation Mondiale De La Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Études Économiques
CHS	Centres Hospitaliers Spécialisés
MDMA	Methylenedioxyamphetamine
THC	Tétrahydrocannabinol
GHB	Gammahydroxybutyrate
ICD10	<i>International Classification of Diseases, 10th revision (voir CIM10)</i>
CATTP	Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
HPST	<i>Hopital Patients Santé Territoires</i>

Sommaire

Remerciements	2
LISTE DES ABRÉVIATIONS	6
Sommaire	7
Introduction	10
1 Généralités sur la pandémie de COVID-19	10
2 Impact psychologique de la pandémie de Covid-19	11
2.1 Conséquences psychologiques engendrées par la COVID-19.....	11
2.1.1 Syndrome post COVID-19 : atteinte de la santé mentale globale.....	11
2.1.2 Suicides, tentatives de suicide et idées suicidaires	12
2.1.3 Troubles alimentaires	12
2.1.4 Dysfonction sexuelle	12
2.1.5 Violences intra-familiales	13
2.1.6 Addictions (cannabis, pornographie, alcool, tabac, drogues dites « récréatives »)	13
2.2 Populations à risque	14
2.2.1 Enfants, adolescent.....	14
2.2.2 Travailleurs de la santé	14
2.2.3 Personnes âgées	15
2.2.4 Populations marginalisées	15
3 Caractéristiques des soins psychiatriques en France	15
3.1 Historique.....	15
3.2 Organisation des soins psychiatriques en France	16
3.3 Épidémiologie des troubles mentaux.....	17
3.4 Le médecin généraliste : pierre angulaire de la prise en charge psychiatrique.....	18
3.4.1 Un rôle de première ligne	18
3.4.2 La nécessité d'une prise en charge somatique et psychologique	19
3.4.3 Un rôle de détection précoce	20
3.5 Relation médecin généraliste / psychiatre	20
4 Dispositif Mon Psy	22
4.1 La psychothérapie : traitement de première intention dans les troubles de la santé mentale	22
4.2 Psychothérapie chez un psychologue, un coût financier non négligeable ...	23
4.3 Difficultés d'interaction entre le psychologue et le médecin généraliste.....	24

4.4	Expérimentation puis instauration du dispositif Mon Psy	24
Matériel et Méthodes		27
1.	<i>Objectif principal de l'étude</i>	27
2.	<i>Objectif secondaire de l'étude</i>	27
3.	<i>Type d'étude</i>	27
4.	<i>Choix de l'étude</i>	27
5.	<i>Population étudiée et recrutement</i>	28
5.1	Choix des médecins généralistes	28
5.2	Choix des patients	28
5.3	Élaboration des questionnaires	29
6.	<i>Analyse statistique</i>	29
7.	<i>Protection des données</i>	29
Résultats.....		30
1	<i>Flowchart</i>	30
2	<i>Description des populations</i>	31
2.1	Les patients	31
2.1.1	Genre	31
2.1.2	Age.....	31
2.1.3	Diplôme	32
2.1.4	Distance entre le cabinet du psychologue et le domicile du patient.....	32
2.1.5	Nombre de visites annuelles chez le médecin généraliste.....	33
2.1.6	Connaissance du dispositif « Mon Psy »	33
2.1.7	Connaissance du psychologue	34
2.1.8	Suivi antérieur par un psychologue.....	34
2.1.9	Suivi antérieur et actuel par un psychiatre.....	36
2.1.10	Prise de psychotropes	37
2.1.11	Type de trouble psychologique	37
2.2	Les médecins	38
2.2.1	Genre	38
2.2.2	Age.....	38
2.2.3	Caractéristiques du cabinet.....	39
2.2.4	Environnement	39
2.2.5	Stage en psychiatrie	40
2.2.6	Connaissance du dispositif « Mon Psy »	40
2.2.7	Type de trouble psychologique	41
3.	<i>Analyse Descriptive</i>	42

3.1	Avis sur l'intérêt du suivi psychologique	42
3.2	Rôle du médecin généraliste pour le suivi psychologique.....	44
3.3	Le médecin généraliste : prescripteur initial du dispositif « Mon Psy ».....	46
3.4	Suivi du médecin généraliste	50
3.5	Une vision négative des soins psychiatriques par les médecins généralistes	53
3.6	Conséquence de la pandémie de Covid-19	55
3.7	Utilisation du dispositif « Mon Psy ».....	56
3.8	Choix entre CMP et « Mon Psy » pour les troubles anxieux et/ou dépressifs d'intensité légère à modérée	62
3.9	Évaluation du dispositif « Mon Psy »	65
4	<i>Analyse univariée des facteurs associés aux réponses des médecins et des patients</i>	70
4.1	Les médecins	70
4.1.1	Impact de l'âge du médecin	70
4.1.2	Avis sur la qualité des soins psychiatriques	71
4.1.3	Rôle de la reconnaissance du dispositif « Mon Psy » comme simple d'utilisation	73
4.2	Les patients	75
	<i>Discussions</i>	76
1	<i>Forces de l'étude</i>	76
2	<i>Limites de l'étude</i>	76
3	<i>Principaux résultats</i>	77
4	<i>Perspectives</i>	78
	<i>Conclusion</i>	80
	<i>Liste des tables</i>	81
	<i>Liste des figures</i>	82
	<i>Références</i>	85
	<i>Annexes</i>	92

Introduction

Le dispositif « Mon Psy » permet le remboursement jusqu'à 8 séances par an pour tout patient de plus de 3 ans chez un psychologue conventionné par l'Assurance Maladie sur prescription initiale et obligatoire d'un médecin. Il a été mis en place en France en avril 2022 à la suite d'une expérimentation dans 4 départements Français entre 2018 et 2022. Nous verrons tout d'abord les généralités sur la pandémie de Covid-19 et l'impact psychologique qu'elle a engendré. Ensuite nous développerons les caractéristiques des soins psychiatriques en France et enfin nous verrons le dispositif « Mon Psy » plus en détail.

1 Généralités sur la pandémie de COVID-19

Il s'agit d'une pandémie d'une maladie infectieuse émergente appelée la maladie à coronavirus 2019 ou Covid-19 provoquée par le Coronavirus Sars-CoV-2 [1].

- 17/11/2019 : La ville de Wuhan qui se trouve en Chine Centrale, rapporte un malade atteint d'un nouveau coronavirus proche du SRAS. Il s'agit du premier cas de Covid-19 confirmé.
- 09/01/2020 : L'OMS annonce que cette maladie est due à un nouveau coronavirus nommé initialement 2019-nCov. Le génome est dévoilé le lendemain.
- 24/01/2020 : Observation des trois premiers cas de Covid-19 en France.
- 11/05/2020 : L'OMS déclare l'état de pandémie mondiale, la première causée par un coronavirus [2].
- 17/03/2020 : Le premier confinement entre en vigueur en France. Il durera du 17 mars au 10 mai 2020 (1 mois et 25 jours). 30/10/2020 : le deuxième confinement durera du 30/10 au 14/12/2020 (1 mois et 15 jours).
- 09/11/2020 : Le groupe pharmaceutique américain Pfizer en association avec le laboratoire allemand BioNTech dévoile des résultats positifs pour son vaccin. Une semaine plus tard, la biotech américaine Moderna en fait de même [3]. 27/12/2020 : La vaccination débute en France.
- 03/04/2021 : Le troisième confinement durera du 03/04 au 02/05/2021 (28 jours).

- 09/08/2021 : La campagne de vaccination augmente fortement en France, le passe sanitaire devient nécessaire pour entrer dans les bars, restaurants, lieux de santé et transports publics. En 01/2022, il est remplacé par le passe vaccinal. Une étude de Ward JK. et al [4] montre que les leçons à tirer en France sont que le passe sanitaire (puis le passe vaccinal) ont été efficaces pour augmenter le nombre de vaccinations sans pour autant diminuer les obstacles. Pour atteindre une couverture vaccinale élevée, il faut une multiplicité d'outils. Il faut noter que la sensibilisation et les efforts pour motiver ceux qui hésitent devraient être la base de toute politique de vaccination contre la COVID-19. Une étude de Débarre F. et al [5] révèle que des facteurs liés, à l'immigration, à la pauvreté et à la confiance portée au gouvernement sont de forts déterminants du taux de vaccination.

2 Impact psychologique de la pandémie de Covid-19

De nombreuses études ont été rédigées sur les conséquences psychologiques engendrées par la pandémie de Covid 19.

2.1 Conséquences psychologiques engendrées par la COVID-19

2.1.1 Syndrome post COVID-19 : atteinte de la santé mentale globale

L'étude de Premraj L. et al [6] résume les manifestations cliniques les plus présentes post covid-19 : troubles du sommeil, fatigue, dysfonctionnement cognitif (brouillard cérébral, problèmes de mémoire, troubles de l'attention). Les manifestations psychiatriques (troubles du sommeil, anxiété et dépression) sont fréquentes également.

Dans leur étude, Ceban F. et al [7] confirment que les personnes atteintes de troubles de l'humeur préexistants étaient à risque plus élevé d'hospitalisation et de décès par la COVID-19 et devraient être classées comme un groupe à risque à part entière.

L'étude de Leung C. et al [8] rapporte que la COVID-19 et d'autres épidémies à plus petite échelle étaient toutes associées à un fardeau important pour la santé mentale de la population. Dans les populations échantillonnées au hasard, un adulte sur cinq a eu un trouble mental probable pendant la COVID-19. Cela serait comparable aux niveaux observés dans les épidémies précédentes (Maladie à virus Ebola, etc.) ainsi qu'aux autres catastrophes majeures et conflits armés. Il y a ainsi eu une

augmentation de l'anxiété, de la dépression, de la détresse psychologique pendant la COVID-19.

2.1.2 Suicides, tentatives de suicide et idées suicidaires

Contrairement à ce qu'une partie du monde médical avait redouté, la pandémie de coronavirus n'a pas fait accroître les cas de suicides. En effet, le rapport de l'Observatoire National du Suicide en France rapportait une diminution des décès par suicide en France pendant les confinements de 2020 [9].

Cela a été confirmé par la suite par des métaanalyses internationales : les études de Dubé JP et al [10] ainsi que celle de Yan Y. et al [11] rapportent certes une tendance à la hausse des idées suicidaires et des tentatives de suicide pendant la pandémie de COVID 19 mais le taux de suicide est resté stable.

Le gouvernement français a mis en place le 1^{er} Octobre 2021 un numéro national de prévention du suicide : le 3114 qui est gratuit, accessible 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24 [12].

2.1.3 Troubles alimentaires

Si nous retournons avant la pandémie de COVID-19, la prévalence de l'obésité chez les enfants et les adolescents avait atteint un plateau dans de nombreux pays riches (hormis une augmentation pour les niveaux d'obésité sévère). Au contraire, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire, la prévalence de l'obésité avait augmenté. Rappelons que l'obésité est associée à une comorbidité cardiométabolique et psychosociale ainsi qu'à la mortalité prématurée chez les adultes.

Pendant la pandémie, l'étude épidémiologique de Jebeile H. et al [13] a montré que la prise de poids chez les enfants et les adolescents a augmenté dans plusieurs pays. L'étude de Bakaloudi D. et al [14] montre que les augmentations du poids corporel sont un des effets du confinement pendant la pandémie de COVID-19. Au contraire, un risque majoré de perte de poids induite par le confinement et potentiellement de malnutrition dans la population âgée est rapporté.

De plus, l'étude de Devoe D. et al [15] rapporte une augmentation des symptômes des troubles de l'alimentation pendant la pandémie de COVID-19 chez les patients atteints de troubles de l'alimentation courants, notamment l'anorexie, le trouble de la frénésie alimentaire, la boulimie et d'autres troubles spécifiques de l'alimentation.

2.1.4 Dysfonction sexuelle

Selon l'OMS, la santé sexuelle est un état de bien-être physique, mental et social dans le domaine de la sexualité.

Contrairement à ce que l'on aurait pu penser, l'étude de Masoudi M. et al [16] montre que les restrictions liées à la COVID-19 étaient corrélées avec des taux plus élevés de réduction de l'activité sexuelle et de dysfonctionnement sexuel.

Dans la même lignée, l'étude de Eleuteri S. et al [17] résume que les mouvements limités, la distanciation sociale, la cohabitation imposée et l'isolement ont eu une influence négative sur l'ensemble de la vie des gens ainsi que sur leur sexualité. L'altération de la vie sexuelle semble être liée aux conflits, aux difficultés psychologiques et aux émotions, au fait d'être une femme, d'être célibataire ou loin de son partenaire, d'être un travailleur de la santé et d'avoir des enfants (les fermetures d'écoles et l'arrêt des activités périscolaires ont réduit la possibilité d'avoir des moments intimes pour les couples).

2.1.5 Violences intra-familiales

La maltraitance des enfants est un problème de santé publique associé à des résultats défavorables à court terme ou à long terme sur leur santé physique et psychologique.

L'étude de Huang N. et al [18] rapporte une baisse des allégations de maltraitance des enfants mais une augmentation des cas graves de maltraitance pendant la pandémie de COVID-19. En plus des facteurs spécifiques liés à la pandémie, les enfants de sexe féminin étaient plus susceptibles de subir des abus sexuels, mais moins susceptibles de subir des abus physiques et psychologiques. Un statut socio-économique élevé était un facteur de protection majeur. L'autre facteur était la structure familiale, telle que la taille de la famille et le statut de séparation/divorcé. De plus, une histoire de violence, de consommation de drogue et de maladie mentale contribuait également à la maltraitance des enfants.

L'étude de Piquero A. et al [19] rapporte que les incidents de violence conjugale ont également augmenté. Les mesures de maintien à domicile ont placé les personnes les plus vulnérables à la violence et aux abus à proximité de leur agresseur potentiel, ce qui a conduit à une augmentation continue des facteurs de risque associés à la violence domestique.

2.1.6 Addictions (cannabis, pornographie, alcool, tabac, drogues dites « récréatives »)

L'étude de Bonnet Udo et al [20] a résumé la situation de la consommation de cannabis pendant la pandémie. Les meilleures preuves reposent sur deux examens systématiques et dix-sept études prospectives, concernant principalement des adolescents. La consommation de cannabis ne semblait pas avoir changé chez les adolescents.

L'étude de Awan H. et al [22] rapporte une augmentation sans précédent de l'utilisation et de la consommation de pornographie en ligne pendant la pandémie, et peut-être même directement causée par celle-ci. Une autre étude, celle de Gjoneska B. et al [22] retrouve également une nette augmentation de la consommation des jeux en ligne et des jeux d'argent.

Concernant la consommation d'alcool, l'étude de Kilian C. et al [23] montre que pour les personnes qui présentaient des niveaux élevés de consommation d'alcool ou des troubles préexistants, leur consommation semble s'être solidifiée ou intensifiée.

Une hausse de la consommation de tabac est également constatée. Depuis mars 2020, Santé Publique France a démarré l'enquête CoviPrev [24] afin de suivre l'évolution des comportements dont la consommation tabagique. Parmi les fumeurs interrogés : 27% déclarent que leur consommation de tabac a augmenté à la suite du confinement, 55% qu'elle est stable, 19% qu'elle a diminué. Les individus déclarant avoir augmenté leur consommation étaient quasiment tous déjà fumeurs avant le confinement (94%). La hausse moyenne du nombre de cigarettes fumées par les fumeurs quotidiens est de 5 cigarettes par jour.

Pour les drogues dites « récréatives », une étude néerlandaise de Akhoundzadeh D. et al [25] retrouvait qu'au cours de la période COVID-19, les intoxications liées à la drogue avaient diminué de 53 %. Chez les résidents néerlandais, cette diminution a été de 20 %, avec une diminution significative des intoxications à la cocaïne, à la MDMA et au THC. Cependant, la quantité d'intoxications liées au GHB/GBL était comparable à celle de la période pré-COVID-19.

2.2 Populations à risque

2.2.1 Enfants, adolescent

Une étude de De Oliveira J. et al [26] retrouve une proportion d'enfants présentant des problèmes de santé mentale pendant la pandémie qui varie considérablement. Cependant, les résultats ont démontré une tendance générale au déclin de la santé mentale des jeunes, probablement en raison de la pandémie de COVID-19.

L'étude de Madigan S. et al [27] prouve que cette pandémie a entraîné des perturbations considérables du quotidien des enfants, des adolescents et des familles, ce qui est probablement associé à une augmentation des niveaux de temps d'écran.

2.2.2 Travailleurs de la santé

L'étude de Aymerich C. et al [28] prouve que les travailleurs de la santé exposés à la COVID-19 présentaient une augmentation de problèmes de santé mentale dans de nombreux domaines analysés : dépression, anxiété, stress aigu, insomnie, symptômes post-traumatiques, burnout. Les effets de la COVID-19 sur la santé mentale des travailleurs de la santé ont pu être sous-estimés. Dans leur étude, Christophe Pastural et Hugues Lefort [29]. décrivent les travailleurs de la santé comme des « super-héros psychotraumatisés » en raison des décès et du surpeuplement des hôpitaux engendrés par la pandémie de Covid 19.

Les médecins généralistes ont montré de grandes capacités de flexibilité et d'adaptation. Cependant, cette pandémie a provoqué une anxiété majeure chez eux comme le montrent les études de Dutour M. et Kirchhoff A. [30] dans la région Auvergne-Rhône-Alpes et celle de Luzet J. [31] dans les Bouches-du-Rhône.

2.2.3 Personnes âgées

Une étude de Soysal P. et al [32] retrouve une augmentation de l'aggravation des symptômes neuro-psychiatriques chez les personnes ayant une démence ou une déficience cognitive légère pendant le confinement dans la pandémie de COVID-19.

2.2.4 Populations marginalisées

L'étude de Camara C. et al [34] rapporte que la santé mentale des groupes marginalisés a été gravement touchée pendant la pandémie de COVID-19. Les symptômes des troubles de santé mentale signalés et étudiés comprenaient principalement l'anxiété, la dépression et le stress. Il est nécessaire de considérer le rôle du désavantage socio-économique, du fait d'être un migrant, d'être une minorité et/ou d'être sans-abri en ce qui concerne la mauvaise santé mentale, en particulier lors d'une pandémie telle que la COVID-19.

3 Caractéristiques des soins psychiatriques en France

3.1 Historique

La loi dite « des aliénés » datant de 1838 prescrit à chaque département de disposer d'un établissement public permettant d'accueillir les patients souffrant de troubles psychiatriques. Cette loi permet de les prendre en charge mais les isole également du reste de la société, on parle de fonctionnement asilaire.

Dans les années 50, découverte de nouvelles molécules même si le système asilaire de 1838 persiste.

En 1960, une circulaire, datant du 15 mars, révolutionne l'organisation territoriale des secteurs psychiatriques permettant une plus grande insertion des patients.

En 1970, grâce à la loi sur la réforme hospitalière, les hôpitaux psychiatriques sont inclus dans la catégorie des centres hospitaliers et deviennent des centres hospitaliers spécialisés (CHS).

La loi de 1838 ayant permis la création des premiers asiles fut abrogée par la loi du 27 juin 1990 permettant de définir les droits des patients et les modalités d'hospitalisation sans consentement.

3.2 Organisation des soins psychiatriques en France

L'organisation des soins psychiatriques en France est pluri-modale. Elle permet par ce fait de garantir l'accès aux soins, de favoriser l'insertion sociale et d'améliorer le parcours des patients. Les soins psychiatriques s'organisent actuellement autour de trois segments qui sont assurés par les services psychiatriques publics ou privés d'intérêt collectif.

- 1) Les hospitalisations complètes qui représentaient près de 18 millions de journées en 2016.
- 2) Les hospitalisations de jour (4,83 millions de journées) ou les accueils à temps partiel (7,2 millions de journées).
- 3) Les prises en charge ambulatoires, qui sont chiffrées à hauteur de 18 millions d'actes, ainsi que les consultations réalisées en secteur libéral (psychiatres, psychologues, etc.).

Les hospitalisations à temps plein permettent une continuité de la surveillance des patients, en milieu fermé ou ouvert. Il existe en France environ 600 établissements de santé consacrés à la psychiatrie, dont 46 % sont de nature publique. On compte environ 90 CHS ou établissements publics de Santé Mentale (EPSM), soit près d'un par département, 180 hôpitaux généraux disposant d'un service de psychiatrie et 158 établissements privés d'intérêts collectifs. Ces lieux représentent 80% des lits en psychiatrie, les 20% restants appartiennent aux cliniques privées à but lucratif. L'ensemble de ces établissements représente un total de plus de 57 469 lits, soit 13 % des lits toutes disciplines médicales confondues.

A côté des hospitalisations temps plein, on peut distinguer des alternatives qui sont soit à temps complet soit à temps partiel.

Tout d'abord, les alternatives à temps complet sont représentées par les appartements thérapeutiques, les accueils en famille thérapeutique et les hospitalisations à domicile. Il y a un déséquilibre entre l'offre et la demande (8000 lits).

Puis les alternatives à temps partiel, en plus grand nombre (39% des capacités d'accueil tous modes confondus), sont les hôpitaux de jour ou de nuit (plus de 25000 places) et les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) qui comptent environ 1700 structures.

Le troisième maillon des soins psychiatriques est représenté par les soins ambulatoires composés de 3654 centres médico-psychologiques (CMP) gérés par les hôpitaux publics et les organismes privés à but non lucratif. Les CMP fonctionnent comme des unités d'accueil et de consultation extrahospitalières et sont pluridisciplinaires (psychiatres, infirmiers, psychologues et assistants sociaux).

3.3 Épidémiologie des troubles mentaux

Dans sa constitution de 1948, L'OMS reconnaît l'importance de la santé mentale : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » [34].

En 2019, il est estimé qu'une personne sur huit dans le monde (soit environ 970 millions de personnes) présentent un trouble mental et que la plupart n'ont pas accès à des soins efficaces [35]. Les troubles psychiatriques sont au 3e rang des maladies les plus fréquentes après les cancers et les maladies cardiovasculaires. Parmi les troubles psychiatriques, les troubles dépressifs et les troubles anxieux sont les plus courants.

En France, plus de 8 millions d'assurés couverts par l'Assurance Maladie sont concernés par une pathologie ou un traitement chronique en lien avec la santé mentale. La santé mentale, en regroupant les « maladies psychiatriques » et l'ensemble des « traitements chroniques par psychotropes » (dont font partie les anxiolytiques et hypnotiques), représente 23,3 milliards d'euros, soit 14 % des dépenses remboursées par l'Assurance Maladie [36]. Cependant, la prévalence des troubles psychiatriques à l'échelle nationale est compliquée à saisir de manière précise en raison de l'importance du non-recours aux soins et de la difficulté à poser un diagnostic. Ils sont bien souvent sources de handicap et altèrent la qualité de vie des individus ainsi que celle de leurs proches.

Il y a 8214 personnes qui sont décédées par suicide en 2017 en France métropolitaine. De plus, 200 000 tentatives de suicide par an donnent lieu à un contact avec le système de soins. La France fait partie des pays européens les plus touchés par ce problème [37].

Selon une étude de Solmi M. et al [38], pour environ la moitié des troubles mentaux, l'apparition du trouble psychologique survient bien avant l'âge de 18 ans.

Selon l'étude de De Hert M. et al [39] Les personnes atteintes de troubles psychiatriques graves (schizophrénie, trouble dépressif majeur, bipolarité) ont un état de santé physique moins bon que celui de la population générale. On retrouve en effet chez ces patients une fréquence accrue des facteurs de risque cardiovasculaire comme le tabagisme, l'obésité, l'hypertension artérielle ou le diabète. De plus, la présence d'un trouble mental augmente le risque de présenter au moins un autre trouble mental, il faut donc toujours évaluer les comorbidités psychiatriques d'un trouble donné. Enfin, de nombreux obstacles à l'accès aux soins somatiques des

personnes vivant avec des troubles psychiques ont aussi un impact sur leur mortalité.

Il existe très peu d'études sur la prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale, il convient néanmoins de citer l'étude française datant de 2008 de Norton et De Roquefeuil [40], ils ont interrogé plus d'un millier de patients consultant une quarantaine de médecins généralistes. D'après leurs réponses au PHQ, 14,9 % des patients avaient les critères DSM-IV de trouble dépressif majeur ou de trouble anxieux, dont 66,3 % étaient étiquetés comme patients avec troubles psychiatriques par le médecin généraliste.

Nous sommes désormais à plus d'un demi-siècle de prescription de psychotropes. Comme rapportent Serge Kannas et Raymond Lepoutre [41], l'efficacité à court terme des psychotropes (la seule qui est actuellement reconnue), associée au développement des neurosciences, réduit désormais la vie psychique affective et intellectuelle à un ensemble de réactions chimiques sur lesquelles une action serait possible. Cela engendre un arrêt des recherches sur le fonctionnement psychique et affectif du sujet considéré. La France est l'un des pays les plus consommateurs de médicaments psychotropes, en particulier pour les classes des anxiolytiques et des hypnotiques, tandis que pour les antidépresseurs, la situation paraît moins claire [42]. Il existe aujourd'hui plus de vingt substances disponibles pour le traitement de la dépression. Cette surconsommation de psychotropes engendre de nombreux effets indésirables [43].

3.4 Le médecin généraliste : pierre angulaire de la prise en charge psychiatrique

3.4.1 Un rôle de première ligne

Dans son rapport sur la santé dans le monde de 2001, l'OMS insiste sur le fait que la prise en charge et le traitement des troubles mentaux au niveau des soins primaires est une mesure fondamentale qui permettra au plus grand nombre d'accéder plus facilement et plus rapidement aux services [44]. Si la définition des soins primaires est bien établie au niveau international, il a été plus compliqué d'avoir un consensus sur celle-ci en France. La loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) a donné en 2009 une définition des soins de premier recours dans son titre : « Accès de tous à des soins de qualité » [45].

En France, les médecins généralistes sont un premier maillon important dans l'organisation des soins : ils représentent le premier interlocuteur avec les patients et permettent l'accès primaire aux soins. De plus, ils doivent assurer la gestion et la continuité des soins [46]. De ce fait, les médecins généralistes sont donc également en première ligne pour la prise en charge des troubles psychiatriques. Le médecin généraliste est le premier interlocuteur de soins primaires avec pour lequel plus de

95% des Français ont un rendez-vous rapide et proche du domicile. En 2010, plus de 80 % de la population française vit dans une commune où exerce au moins un médecin généraliste libéral et 100 % réside à moins de 15 minutes d'une commune qui en est équipée. En moyenne, chaque Français consulte près de 4 fois par an un médecin généraliste [47].

Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE), les troubles mentaux représentent le deuxième motif de consultation chez les médecins généralistes et le premier chez les 25-60 ans [48].

Selon un article de Gallais JL et Alby ML [49], les médecins généralistes sont responsables d'un grand nombre de prescriptions de psychotropes : 86% des tranquillisants, 84% des hypnotiques et 68% des antidépresseurs.

3.4.2 La nécessité d'une prise en charge somatique et psychologique

Une étude de Kandek O. et al [50] portant sur 3400 actes de médecine générale rapporte qu'une consultation sur dix comporte un acte psychothérapeutique comme composante principale. Les consultations peuvent avoir pour sujet des conflits intra-familiaux, un mal-être au travail, la précarité, etc.

Le médecin généraliste doit également prendre en compte la dimension psychologique accompagnant chaque trouble somatique. Une plainte d'apparence organique peut masquer une nécessité de prise en charge psychologique. Il possède un véritable rôle d'alerte que le psychiatre ne pourrait se passer. La psychiatrie est encore difficilement sollicitée par les patients en raison de la stigmatisation encore présente de la spécialité, l'anosognosie des patients. La médecine générale et la psychiatrie sont des disciplines cliniques qui ne sont pas focalisées sur un organe ou une fonction mais sur une personne. Les interventions médicales de l'un et de l'autre s'inscrivent dans la durée.

Toutefois, le rôle et la place des médecins généralistes dans le parcours de soins en santé mentale reste mal défini. En effet, plusieurs études montrent que pour beaucoup il existe un manque d'intérêt, d'assurance, de temps et de compétence pour gérer la santé mentale. Les médecins généralistes sont également unanimes concernant la formation universitaire en santé mentale, jugée inadaptée tant sur le plan théorique que pratique. Les internes de médecine générale ne font pas forcément un stage en psychiatrie pendant leur cursus [51].

Par ailleurs, les généralistes manquent également de formation et de temps pour ces patients dont les consultations sont réputées plus longues (> 20 minutes) et multiples.

3.4.3 Un rôle de détection précoce

Une étude de Norton J. et al [52] signale des taux de détection du médecin généraliste relativement élevés avec environ 50 % des troubles mentaux courants, y compris les affections sous-syndromiques. Une autre étude de Rivière M. et al [53] met l'accent sur le rôle majeur et souvent solitaire du médecin généraliste dans la prise en charge des patients atteints des troubles mentaux courants liés au travail.

Les médecins généralistes jouent un rôle fondamental dans le dépistage du risque suicidaire et dans la recherche des facteurs de risque : le harcèlement scolaire ou sur les réseaux sociaux, les antécédents d'abus et de carences, la dysphorie de genre, les addictions, etc. Selon les recommandations actuelles, si il n'existe pas de comorbidités psychiatriques considérées comme majeures, le médecin généraliste peut prendre en charge un patient à faible ou moyen risque suicidaire [54].

Selon une étude de Laprevote V. et al [55], les troubles psychotiques peuvent être précédés d'un état mental à risque de psychose caractérisé par des symptômes qui sont bien répertoriés. La durée de maladie non traitée peut atteindre plusieurs années. Il est nécessaire de diminuer la durée de maladie non traitée en détectant et en intervenant le plus rapidement possible dans les états mentaux à risque de psychose. Cela permet également au patient de s'insérer dans les soins dans un moment où il est pleinement en état d'y consentir et d'y adhérer. Les meilleurs lieux de détection précoce de tout état mental à risque sont les lieux non spécialisés, considérés comme peu stigmatisants. Le cabinet du médecin généraliste peut donc constituer un lieu privilégié de détection et d'orientation des états mentaux à risque. Évidemment, la détection d'une psychose débutante ne constitue pas une tâche quotidienne pour un médecin généraliste, recevoir un tel patient n'est cependant pas un évènement impossible : une enquête menée par Gavin B. et al [56]. chez les médecins généralistes irlandais a montré que 71% des 264 participants recevaient 3 à 5 patients par an pour une psychose considérée comme débutante. Plus une psychose sera traitée sur le tard, plus la probabilité de rémission des symptômes positifs diminuera et de ce fait plus la sévérité générale de la maladie s'aggravera, et plus le fonctionnement général et le taux de retour à l'emploi diminueront.

3.5 Relation médecin généraliste / psychiatre

Il y a un réel manque de communication entre les psychiatres et les médecins généralistes. Une enquête dans les CMP du secteur de Grenoble de Dubois D. et al [57] datant de 2011 révèle que seulement 33% des patients pris en charge en CMP ont un médecin traitant. Pourtant 28 % d'entre eux ont au moins une pathologie somatique chronique. La maladie psychiatrique est méconnue des médecins traitants dans 56 % des cas et la pathologie somatique est méconnue des psychiatres dans 61 % des cas.

Ceci est préoccupant pour la santé du patient car il engendre des prescriptions croisées de psychotropes et des interactions médicamenteuses [58].

Dans une autre étude de Montariol P et al [59] de 2006, un médecin traitant était identifié chez seulement 26,4 % de l'ensemble des patients hospitalisés dans une structure psychiatrique à Paris alors que pour près de la moitié des sujets (48,6 %), il existait une pathologie somatique. Il est à noter tout de même qu'il existait une différence significative en fonction du type de diagnostic psychiatrique : un médecin traitant s'identifiant trois fois plus souvent chez les patients présentant un trouble de l'humeur que chez les autres et deux fois moins chez les patients présentant un diagnostic type schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants.

L'HAS a émis un guide en 2018 pour améliorer la coordination entre les médecins généralistes et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux [60].

Dans une étude de Milleret G. et al [61]., les médecins généralistes participant estiment que le système de psychiatrie privé offre une prise charge insuffisante qu'il s'agisse des soins en ambulatoire (87%) ou bien en hospitalisation (82%). Plus de 50% estiment que l'offre de soins spécialisée privée n'est pas adaptée en hospitalisation (59%) et en ambulatoire (56%). Les soins proposés dans le système de psychiatrie publique et assimilé sont perçus positivement. L'hospitalisation est jugée adaptée par la moitié des médecins consultés, et suffisante pour un quart d'entre eux. Cependant, les soins prodigués en ambulatoire sont considérés comme insuffisants par 84 % des généralistes.

Il y a une évolution de la densité de psychiatres en France, aujourd'hui la plus élevée d'Europe. Même si le nombre de postes d'internes a connu ces dernières années une augmentation très forte, celle-ci devrait dans le futur décroître très fortement compte tenu de la baisse programmée des effectifs d'ici à 2030 (-8%) alors que la demande de psychiatres est croissante [62].

Une étude de Hardy-Baylé M-C et al [63] note que 72% des médecins généralistes n'étaient pas satisfaits de leur collaboration avec les psychiatres. Il y a de nombreuses raisons à cela : des délais de rendez-vous trop importants qui résultent d'un déséquilibre entre l'offre et demande, une réticence des patients à consulter due à une négation des troubles, à une stigmatisation persistante et à l'image négative de la psychiatrie, la méconnaissance du système de soins par manque d'information (pas de contacts identifiés), le coût des thérapies en privé (dont celui des psychologues), une absence de communication sur l'évolution du patient adressé par le médecin généraliste.

Dans une étude de Lanoë J. et al [64]. auprès de médecins généralistes du 15ème arrondissement de Paris, 98% déclarent adresser un courrier pour une première consultation chez un psychiatre alors que seulement 23% déclarent recevoir un courrier des services de psychiatrie suivant leurs malades.

Une enquête sur la prise en charge somatique en psychiatrie de Gignoux-Froment F. et al [65] révèle que même si les psychiatres sont conscients des pathologies somatiques des patients, en tiennent compte et effectuent occasionnellement un

examen somatique, ils ne peuvent pas remplacer un médecin généraliste formé et compétent.

4 Dispositif Mon Psy

4.1 La psychothérapie : traitement de première intention dans les troubles de la santé mentale

Selon le psychologue Ginger S., les psychothérapies peuvent être résumées à des traitements basés sur des connaissances et des recherches scientifiques, opérant par des procédés psychiques ou psycho-physiologiques, dont le but est de soulager la souffrance, de traiter et si possible, de guérir la maladie [66].

Selon une étude de Flückiger C et al [67] qui porte sur l'alliance thérapeutique en psychothérapie, il est prouvé que la personnalité du thérapeute est aussi importante que ses connaissances théoriques et que son expérience clinique.

Les troubles de la santé mentale nécessitent un suivi régulier pour évaluer l'adhésion et la réponse du traitement quand ce dernier est nécessaire. La psychothérapie de soutien trouve son origine dans la psychanalyse. Elle est centrée sur l'adaptation et la réalité, utilisant des moyens de suggestion, des conseils pratiques et des encouragements.

Les recommandations françaises et internationales préconisent les psychothérapies comme traitement de première intention pour les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère à modérée [68]. Dans une étude de Pelissolo A [69] qui porte sur le dilemme entre la psychothérapie ou la prescription de médicaments, il est conclu que ce choix doit reposer sur des facteurs individuels comme la nature des symptômes, l'histoire du patient, sa personnalité, son attente. Une autre étude de Cuijpers P. et al [70] prouve que l'âge du patient joue également un rôle important sur la réponse à la psychothérapie, elle est jugée moins efficace chez les enfants et les adolescents que les adultes.

Dans l'enquête Anadep de Chan Chee C. et al de 2005 [71] qui représente des personnes âgées de 15 à 75 ans résidant en France métropolitaine, plus de 60% des patients souffrant de troubles de la santé mentale ayant consulté un médecin généraliste ont consommé des médicaments mais seulement 3% d'entre eux ont suivi une psychothérapie. 50% des psychothérapies sont réalisées par un psychiatre, et 25% par un psychologue. Les autres acteurs des psychothérapies peuvent être le médecin généraliste, les infirmiers., etc.

Des très nombreuses études prouvent l'efficacité de la psychothérapie pour de nombreuses pathologies psychologiques notamment l'étude de Zhang A. et al [72]

dans l'anxiété et la dépression ; l'étude de Watt J. et al [73] chez les personnes atteintes de démences présentant des troubles de l'humeur; l'étude de Linardon J. et al [74] pour les troubles de l'alimentation ; l'étude de Bonfils K. et al [75] et l'étude de Lee D. et al [76] pour le stress post-traumatique ; l'étude de Miklowitz D. [77] pour certaines maladies psychiatriques graves , l'étude de Ray L. et al sur les addictions [78].

4.2 Psychothérapie chez un psychologue, un coût financier non négligeable

Dans une étude de 2011 de Dumesnil et al [79] sur la prise en charge de la dépression en médecine générale de ville, plusieurs freins à l'accès aux psychothérapies réalisées par des psychologues libéraux sont soulignés par les médecins généralistes. Les plus fréquemment cités étant le non-remboursement des consultations avec un psychologue ou un psychothérapeute non-médecin (psychanalyste) à hauteur de 91 %, les délais d'obtention des rendez-vous avec un psychiatre (79 %) et la réticence des patients à suivre une psychothérapie (76%).

La majorité des médecins généralistes ont une opinion favorable des psychothérapies mais ils proposent de façon insuffisante les psychothérapies à leurs patients, notamment dans les dépressions d'intensité légère à modérée alors que celui-ci devrait être le traitement de première intention. Les psychothérapies sont rarement proposées seules aux patients.

Les psychothérapies réalisées dans les établissements du secteur public psychiatrique (CMP, hôpitaux de jour, etc.) sont prises en charge par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Les psychothérapies dispensées par des psychologues ou des psychothérapeutes non-médecins en cabinet privé étaient jusqu'à présent non remboursées (sauf certaines mutuelles qui prennent parfois en charge une partie des frais).

Le prix d'une consultation chez un psychologue s'élève en moyenne à 60 euros par séance. Un suivi rapproché souvent hebdomadaire ou bimensuel est préconisé mais cela peut être plus fréquent. Près de 70% des psychothérapies s'effectuent sur moins de 11 séances. Cependant, certaines psychothérapies peuvent durer de quelques semaines à plusieurs mois voire plusieurs années. L'aspect financier représente donc un sérieux frein pour beaucoup de patients [80].

Dans plusieurs pays d'Europe (Angleterre, Pays-Bas, Allemagne), les psychothérapies sont remboursées [81]. Dans l'étude de Dezetter A. [82] en vue de propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies en France datant de 2012, il est prouvé que pour 1 euro investi dans une psychothérapie, les économies étaient de 2 euros. Ceci démontre l'intérêt économique du remboursement des thérapies non médicamenteuses.

4.3 Difficultés d'interaction entre le psychologue et le médecin généraliste

En France, les interactions sont rares en pratique libérale entre le psychologue et le médecin généraliste. L'intérêt de développer la collaboration entre ces deux professions est souligné par les données de pratiques collaboratives en santé mentale développées à l'international, celles-ci montraient une nette amélioration de la prise en soins et des bénéfices sur la santé des patients, ainsi que des bénéfices pour les médecins généralistes, les psychologues et pour la communauté [83][84].

4.4 Expérimentation puis instauration du dispositif Mon Psy

En France, l'Assurance Maladie a expérimenté entre 2018 et 2022 une prise en charge de l'accompagnement psychologique pour les patients de 18 à 60 ans qui présentaient des troubles anxieux et/ou dépressifs d'intensité légère à modérée dans 4 départements :

- Les Bouches-du-Rhône,
- La Haute-Garonne
- Le Morbihan
- Les Landes

Cette expérimentation fait suite à la proposition 25 du rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour l'année 2016, publié en juillet 2015, pour « Expérimenter une organisation de soins coordonnée pour les dépressions légères à modérées ». Sa mise en œuvre a fait l'objet d'une concertation durant deux ans et il a été coconstruit avec un large panel d'acteurs [85].

La question de la prise en charge de soins de psychologues libéraux par l'Assurance Maladie pour des troubles psychiques légers à modérés a également fait l'objet de recommandations dans les rapports récents de l'Inspection Générale Des Affaires Sociales (IGAS) [86] de 2019, de la Cour Des Comptes [87] de 2021, du Conseil Economique Social Et Environnemental (CESE)[88]. Le 5 avril 2022, le dispositif « Mon Psy », faisant suite à l'expérimentation pilote, est entré en vigueur [89].

Le dispositif « Mon Psy » concerne donc les patients à partir de 3 ans en souffrance psychique d'intensité légère à modérée. Le consentement des titulaires de l'autorité parentale est nécessaire pour les mineurs. Les échelles d'évaluation psychologique ne sont pas obligatoires pour inclure le sujet. Pour les adultes, le mésusage de substance et les troubles du comportement alimentaire peuvent également être orientés vers ce dispositif [90]. Si le patient a des antécédents psychiatriques ou une prise de médicament psychotrope, un avis psychiatrique doit être demandé au préalable [91]. N'importe quel médecin peut orienter un patient vers ce dispositif et non uniquement le médecin traitant. L'ensemble des régimes de la sécurité sociale sont concernés.

Pour orienter le patient vers le dispositif « Mon Psy », il faut un courrier d'adressage administratif sans aucune information médicale, qui est valable pour 6 mois.

Il faut également un courrier d'accompagnement à destination du psychologue lui expliquant la situation et le motif de recours. Il est possible de réaliser jusque 8 séances de suivi, dont 1 séance d'évaluation.

A la fin des séances le psychologue doit adresser au médecin prescripteur un compte-rendu. A la fin des 8 séances, un avis psychiatrique est nécessaire pour, dans certains cas, reconduire le suivi [92].

Dans une étude qualitative de Bahezre De Lanlay M. [93] sur l'expérimentation de la psychothérapie remboursée entre 2018 et 2022 dans les Landes, l'utilisation de deux questionnaires par les médecins généralistes a été évaluée :

- PHQ9 (Patient Health Questionnaire) qui est un bref outil pour diagnostiquer et mesurer la sévérité de la dépression
- GAD7 (Generalized Anxiety Disorder-7) utilisé pour le dépistage du trouble anxieux

Ils n'étaient pas ceux utilisés dans la pratique courante des médecins, la plus utilisée est l'échelle de dépression d'Hamilton. Cependant, certains médecins remarquaient qu'ils aidaient grâce à ces échelles souvent les patients à prendre conscience de leurs symptômes, à structurer la consultation. D'autres médecins avaient trouvé cela superficiel.

Les questionnaires ont pour intérêt d'évaluer tous les patients de la même façon et de suivre l'évolution de la pathologie. Cependant, ces outils peuvent avoir des limites. En effet, il faut tout de même rappeler que les médecins ont également d'autres éléments pour poser un diagnostic et juger de l'intensité des symptômes. L'examen clinique, le recueil d'informations auprès du patient et sa propre « expérience personnelle » peuvent être des outils plus pertinents.

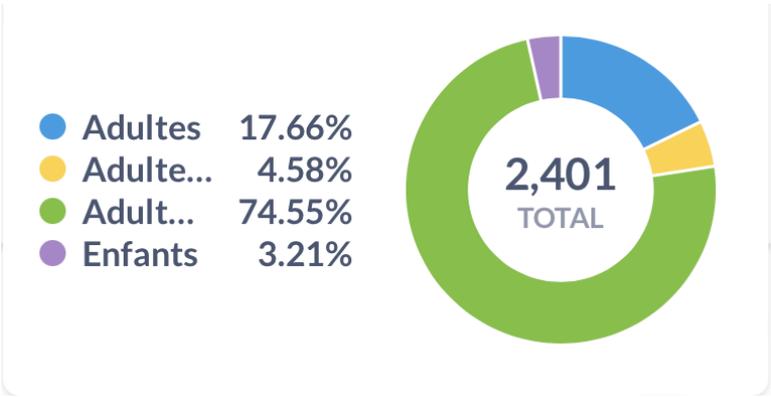
Le patient choisit son psychologue parmi ceux qui sont conventionnés par l'Assurance Maladie, répertoriés sur le site monpsy.sante.gouv.fr. Les psychologues concernés sont libres de décider du nombre de créneaux consacrés au dispositif et de continuer les consultations libres d'accès avec leurs tarifs habituels.

Leur rémunération nécessite de compléter une feuille de soins, que le patient doit envoyer avec le courrier d'adressage à sa caisse d'Assurance Maladie. Le patient est alors remboursé par son assurance maladie obligatoire à hauteur de 60% et par sa mutuelle à hauteur de 40%. Le tarif en vigueur est de 40€ pour la séance d'évaluation et de 30€ pour les séances de suivi. Le dépassement d'honoraire n'est pas possible [94].

Selon l'Assurance Maladie, au 1er janvier 2022, on dénombre 70 790 psychologues exerçant en France dont 35% ont une activité libérale ou mixte, composé à 88% de femmes [95]. En revanche, le nombre de psychologues conventionnés reste faible, estimé le 23/08/23 à 2401. On peut penser que la raison principale est une rémunération des consultations jugée insuffisante pour les psychologues [96] [97]. Sur ces 2401 psychologues, 1790(75,55%) ont un public composé d'adultes, adolescents et enfants ; 424(17,66%) un public composé uniquement d'adultes, 110 (4,58%) un public d'adultes et adolescents ; 77(3,21%) un public composé uniquement d'enfants.



Figure 1: Nombre de psychologues conventionnés – Cumulés par mois



PUBLIC		
● Adultes, adolescents et enfants	1,790	74.55 %
● Adultes	424	17.66 %
● Adultes et adolescents	110	4.58 %
● Enfants	77	3.21 %
= Total	2,401	100 %

Figure 2: Psychologues – Répartition par public

Matériel et Méthodes

1. Objectif principal de l'étude

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer le dispositif « Mon Psy » par les médecins généralistes et les patients des Hauts-De-France.

2. Objectif secondaire de l'étude

Cette étude a également pour but d'objectiver l'avis que portent les médecins généralistes et les patients des Hauts-De-France sur la prise en charge psychologique.

3. Type d'étude

Ce travail de recherche est une étude quantitative, observationnelle.

Deux questionnaires ont été réalisés : un pour les médecins généralistes et un pour les patients utilisant le dispositif « Mon Psy ».

4. Choix de l'étude

La méthode quantitative a été choisie car il s'agit de la méthode de collecte de données la plus adaptée à l'objet de recherche. Elle vient compléter le travail d'une étude qualitative récente concernant l'expérimentation de la psychothérapie remboursée entre 2018 et 2022 sur le ressenti des médecins généralistes installés dans les Landes n'ayant pas inclus de patients dans le dispositif [93].

5. Population étudiée et recrutement

Les participants de l'étude ont été recrutés exclusivement dans la région des Hauts-De-France. En effet, l'envoi des questionnaires était plus rationnel dans cette région puisque c'est le lieu où réside et travaille l'investigateur.

La taille de l'échantillon n'a pas été déterminée au préalable.

5.1 Choix des médecins généralistes

Les médecins généralistes ont été recrutés par courrier.

Les critères d'inclusion à l'étude étaient :

- être médecin généraliste
- être installé ou remplaçant
- exercer dans la région des Hauts-De-France
- exercer en cabinet

Le critère d'exclusion à l'étude était :

- être non thésé

Initialement, le recrutement des médecins généralistes a été fait à partir des connaissances de l'intervieweur, des pages jaunes.

5.2 Choix des patients

Un courriel a été adressé à tous les psychologues conventionnés par la sécurité Sociale dans le cadre du dispositif « Mon Psy » qui étaient visibles sur l'annuaire « Mon Psy ». Les questionnaires pour les patients ont été envoyés aux psychologues ayant donné leur accord et ont été placés dans leur salle d'attente. Tous les questionnaires remplis étaient mis sous enveloppe par les patients eux-mêmes et donnés aux psychologues.

Les critères d'inclusion à l'étude étaient :

- Être suivi par un psychologue conventionné avec le dispositif « Mon Psy » dans les Hauts-De-France

Le critère d'exclusion à l'étude était :

- Être mineur

5.3 Élaboration des questionnaires

Nous avons retranscrit notre questionnaire dans Microsoft Word®.

L'ensemble des questions était obligatoirement à valider par le médecin généraliste ou le patient afin de pouvoir compléter entièrement le questionnaire et de ne pas avoir de données manquantes.

Ces questionnaires ont été envoyés entre le 1^{er} juin et le 15 juin 2023 par courrier à 500 médecins généralistes (un questionnaire par médecin) et mis dans 50 salles d'attente de psychologues conventionnés dans le cadre du dispositif « Mon Psy » ayant donné leur accord (10 questionnaires par psychologue).

Ces questionnaires étaient anonymes, nous ne récupérons aucune données personnelles des médecins généralistes ni des patients interrogés. Le psychologue renvoyait l'ensemble des questionnaires remplis à la date butoire (le 15 juillet 2023)

La durée de participation au questionnaire de chaque médecin généraliste et chaque patient était estimée à environ 5 minutes.

6. Analyse statistique

Une analyse descriptive de la population a été conduite sur l'ensemble de l'échantillon.

Les variables qualitatives sont présentées sous forme de pourcentage.

Un plan d'analyse univariée est proposé pour l'étude de la nature des liens des variables d'intérêt. Le recueil des données a été effectué sous Excel®.

Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'acc. ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout fait d'accord	à
----------------------------	---------------------------	---------------------------------	--------------------	--------------------------	---

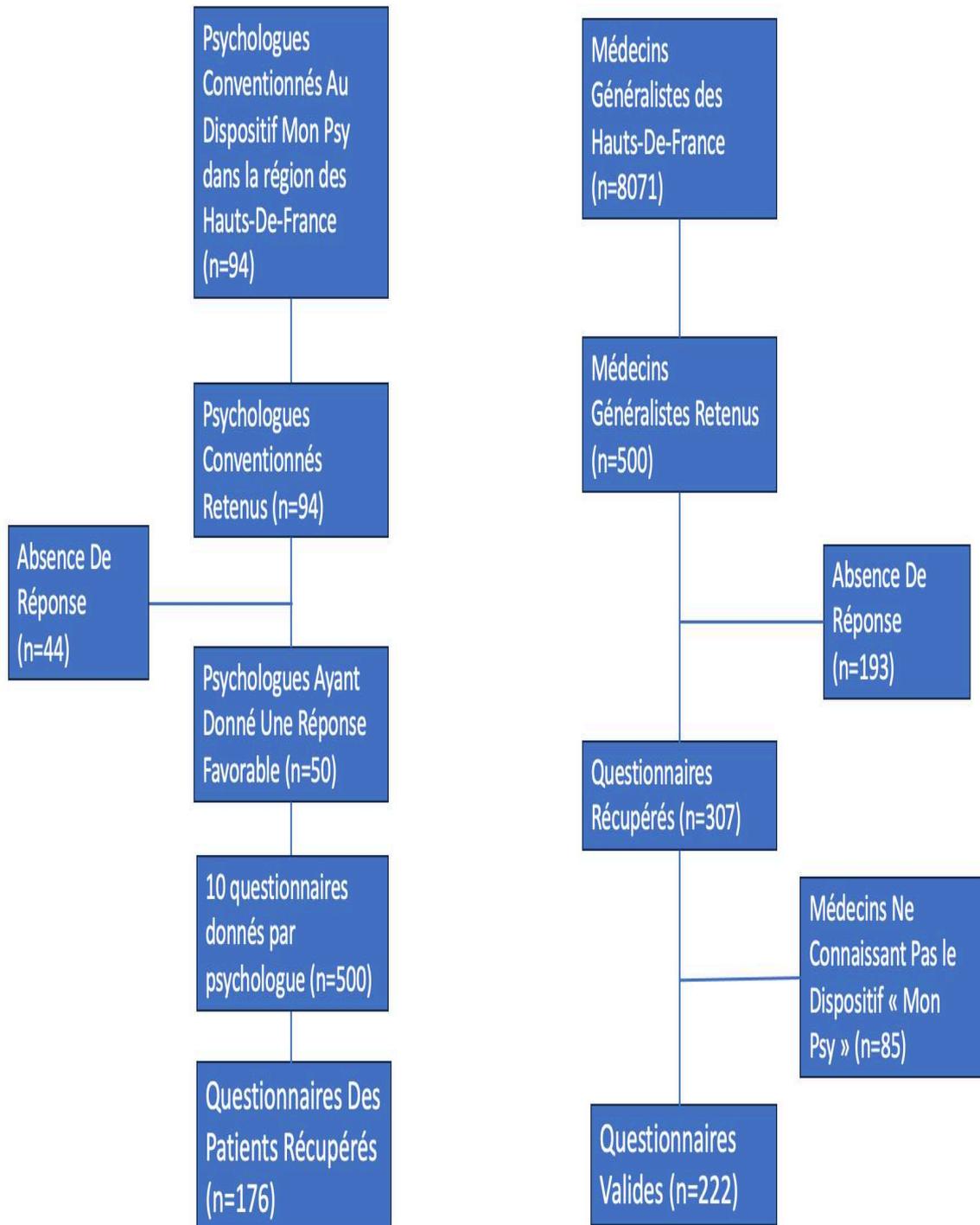
Afin de permettre une analyse en deux sous-groupes, les réponses positives (« tout à fait d'accord » et « plutôt d'accord ») et négatives (« plutôt pas d'accord » et « pas du tout d'accord ») de l'échelle de Likert ont été regroupées. Pour comparer les variables qualitatives, le test paramétrique du Chi2 a été utilisé si les conditions d'application le permettaient. Le risque de première espèce alpha a été fixé à 5% pour toutes les analyses.

7. Protection des données

Respect de la méthodologie de référence élaborée par la CNIL (MR004)

Résultats

1 Flowchart



2 Description des populations

2.1 Les patients

2.1.1 Genre

140(79,54%) des patients sont des femmes et 36(20,46%) sont des hommes.

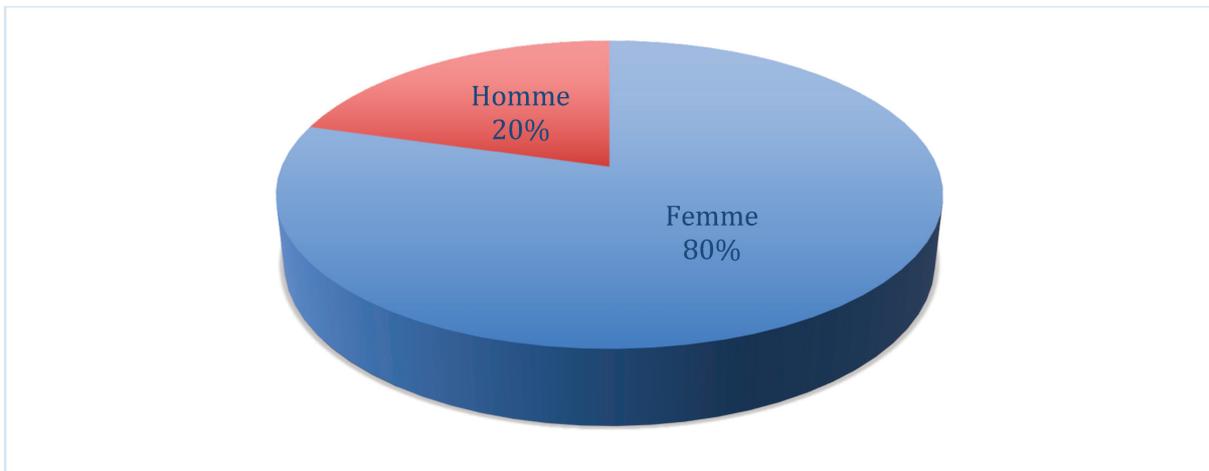


Figure 3: Genre des patients

2.1.2 Age

Les tranches d'âge sont réparties de manière homogène jusque 59 ans. 47(26,7%) ont moins de 30 ans, 37(21,02%) ont entre 30 et 39 ans, 40(22,72%) ont entre 40 et 49 ans et 38 (21,59%) ont entre 50 et 59 ans. 6(3%) ont entre 60 et 69 ans, 8(4%) ont plus de 70 ans.

Au final, seulement 14(7,94%) des patients ont plus de 60 ans.

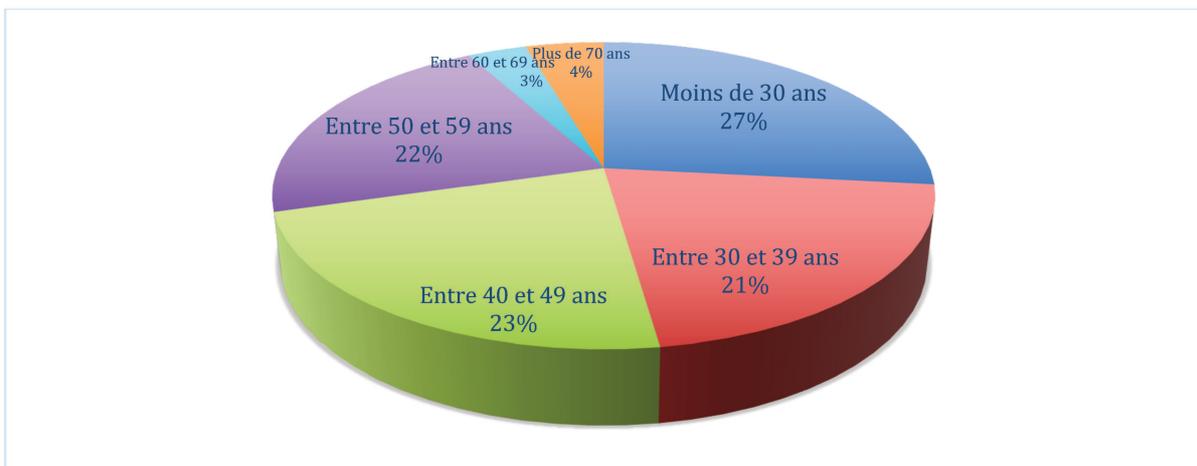


Figure 4: Age des patients

2.1.3 Diplôme

8(4,54%) des patients n'ont aucun diplôme, 6(3,4%) ont le brevet des collèges ; 26(14,77%) ont un CAP ou BEP ou équivalent ; 38(21,59%) ont un baccalauréat, brevet professionnel ou équivalent ; 34(19,31%) ont un diplôme du supérieur court (BAC+2) et 64(36,36%) ont un diplôme du supérieur long.

Au final, 136(77,26%) des patients ont un niveau baccalauréat, brevet professionnel ou un diplôme supérieur.

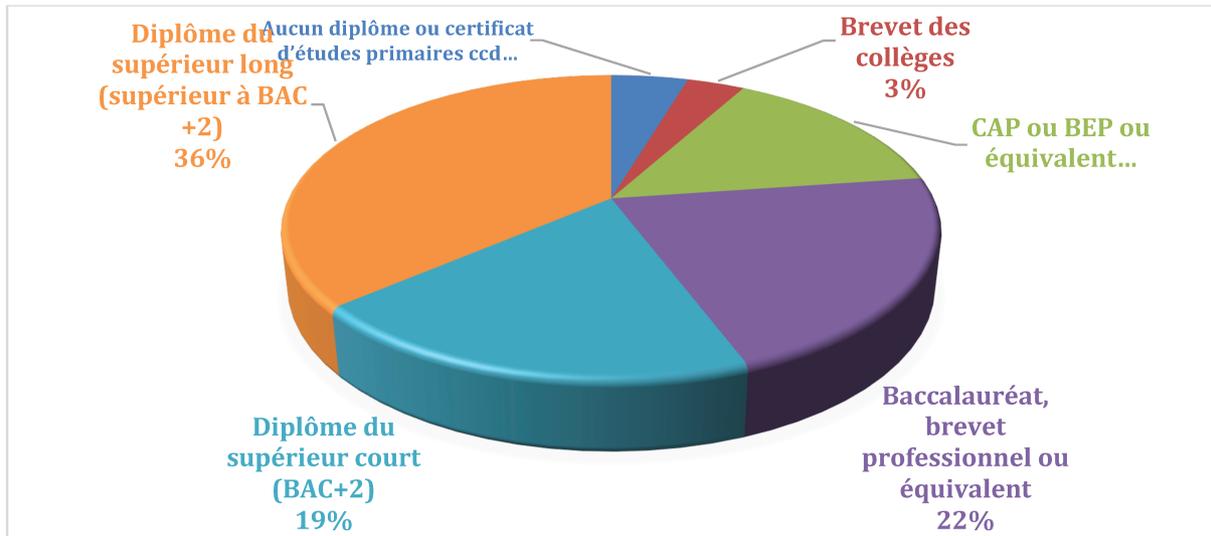


Figure 5: Diplôme des patients

2.1.4 Distance entre le cabinet du psychologue et le domicile du patient

96(54,54%) des patients vivent à moins de 10 km du cabinet de leur psychologue ; 45(25,56%) entre 10 et 20 km ; 20(11,36%) entre 20 et 30 km ; 7(3,97%) entre 30 et 40 km ; 8(4,54%) à plus de 40 km.

Au total, 141(80,11%) des patients habitent à moins de 20 km du cabinet de leur psychologue.

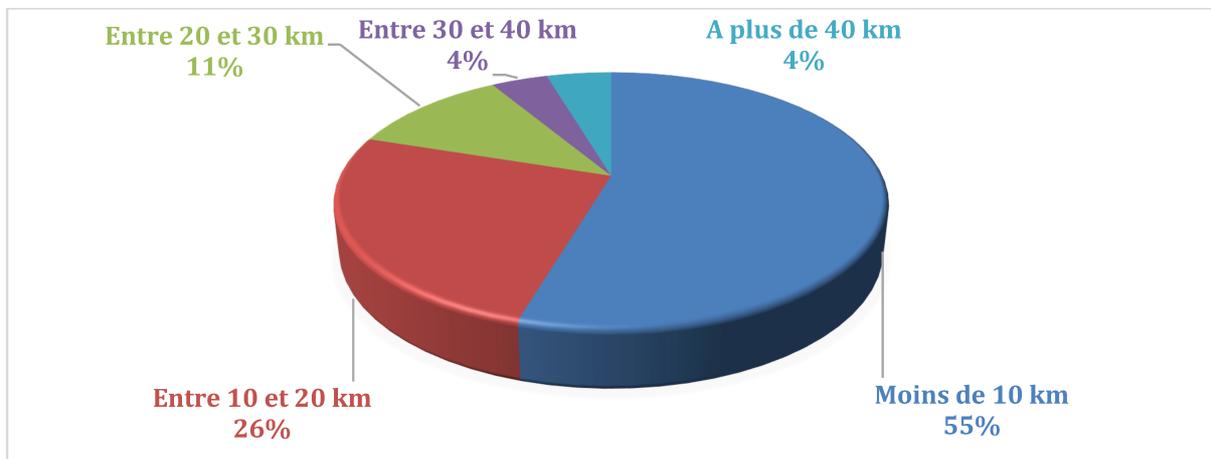


Figure 6: Distance entre le cabinet du psychologue et de domicile du patient

2.1.5 Nombre de visites annuelles chez le médecin généraliste

9(5,11%) des patients voient moins d'1 fois par an leur médecin généraliste, 55 (31,25%) le voient 1 à 2 fois par an ;

La majorité des patients 112(63,63%) consultent 3 fois ou plus leur médecin généraliste par an.

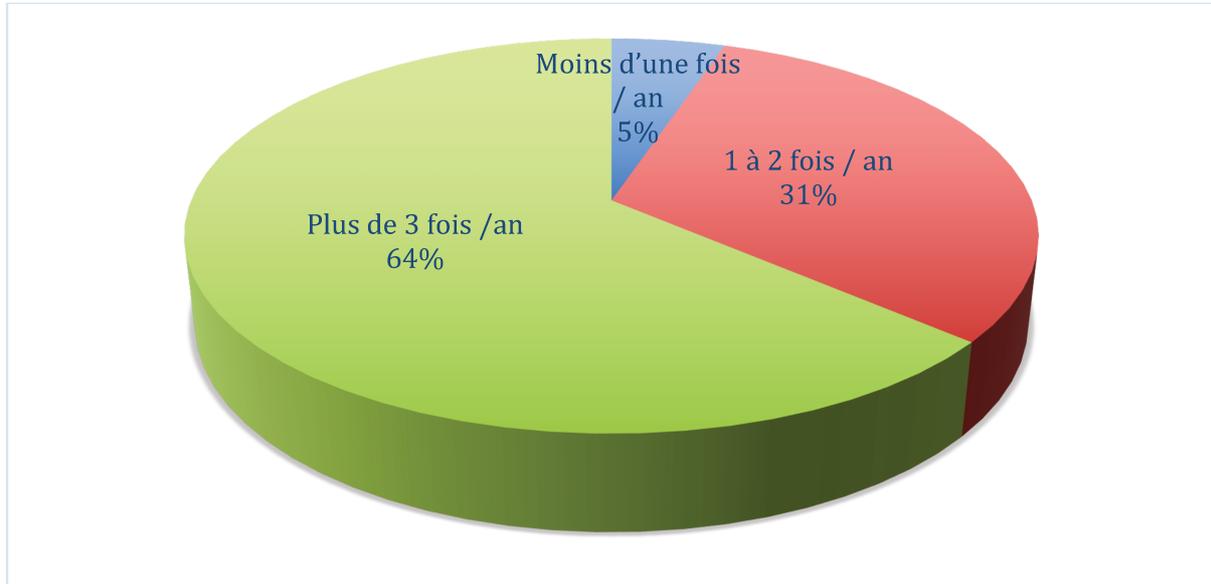


Figure 7 : Nombre de visites annuelles chez le médecin généraliste

2.1.6 Connaissance du dispositif « Mon Psy »

La majorité des patients 94(53,4%) ont connu le dispositif « Mon Psy » via leur médecin généraliste.

15(8,52%) via leur psychologue directement ; 7(3,97%) via leur psychiatre ; 9(5,11%) par un autre professionnel de santé ; 15(8,52%) via les médias ; 24(13,63%) de bouche à oreille et 12(6,81%) via un autre moyen.

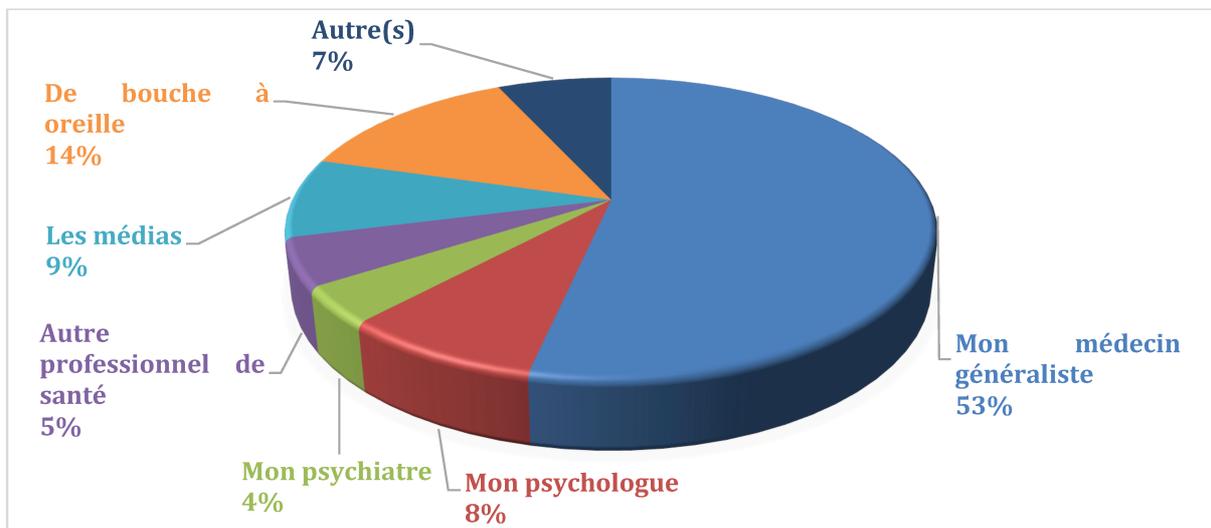


Figure 8 : Origine de la connaissance du dispositif « Mon Psy » par les patients

2.1.7 Connaissance du psychologue

Les patients ont connu leur psychologue surtout via deux moyens : 72(40,90%) via l'annuaire du dispositif « Mon Psy ». 58(32,95%) via leur médecin généraliste. Les autres canaux étaient : 13(7,38%) de bouche à oreille ; 7(3,97%) via un autre professionnel de santé ; 6(3,40%) via leur psychiatre ; 19(10,79%) via un autre moyen.

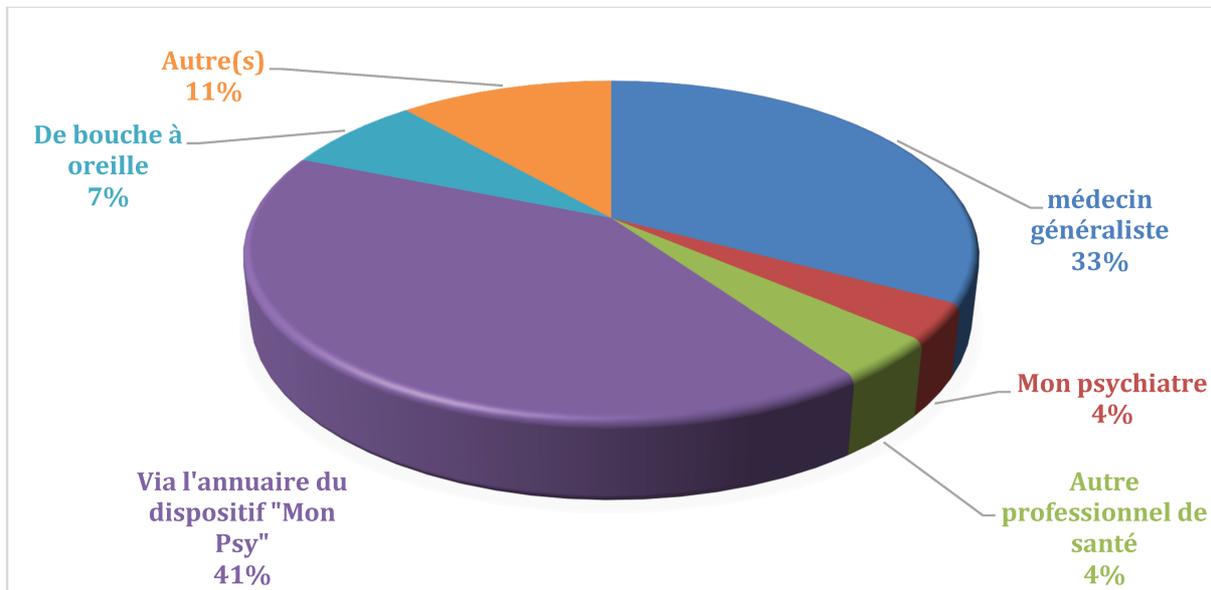


Figure 9: Origine de la connaissance du psychologue par les patients

2.1.8 Suivi antérieur par un psychologue

74(42,05%) des patients avaient déjà été suivi dans le passé par un psychologue ; 102(57,95%) n'en avaient pas.

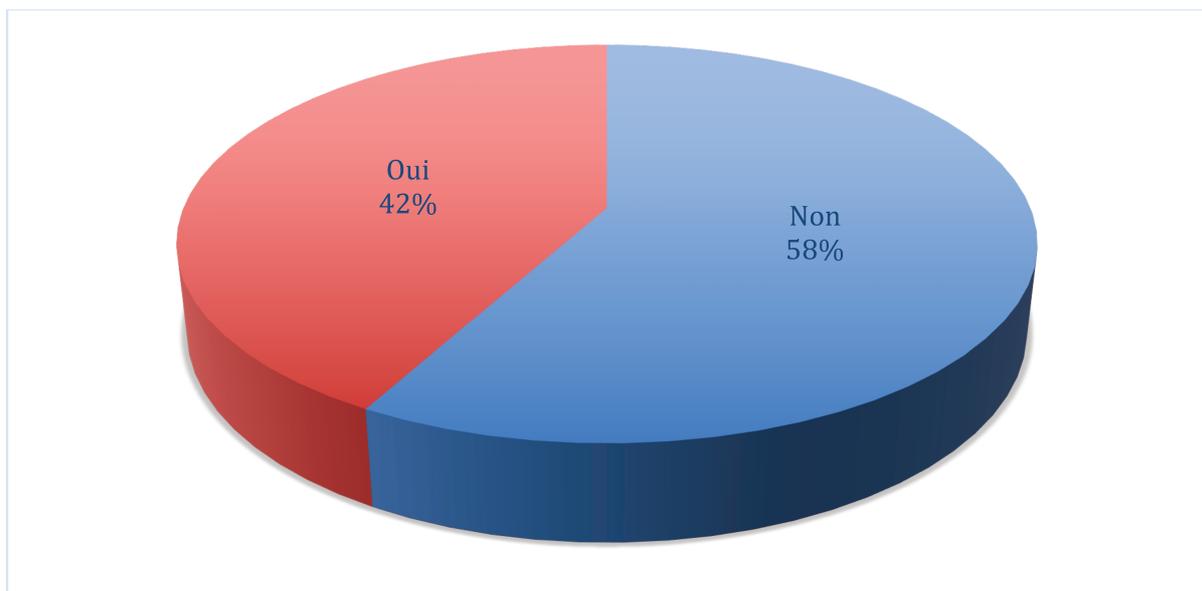


Figure 10: Suivi antérieur par un psychologue des patients

Pour les patients qui avaient un suivi antérieur par un psychologue, à la question à choix multiples, les raisons pour lesquelles ils étaient entrés dans le dispositif « Mon Psy » au lieu de continuer avec leur ancien psychologue étaient pour 14(18,91%) car c'était trop cher ; 4(5,40%) car leur ancien psychologue n'exerçait plus ; 14(18,91%) car leur ancien psychologue n'était pas conventionné au dispositif « Mon Psy » ; 9(12,16%) car ils avaient envie de changer de psychologue ; 18(24,32%) car leur médecin généraliste leur avait conseillé ce psychologue en particulier ; 33(44,59%) pour une autre raison.

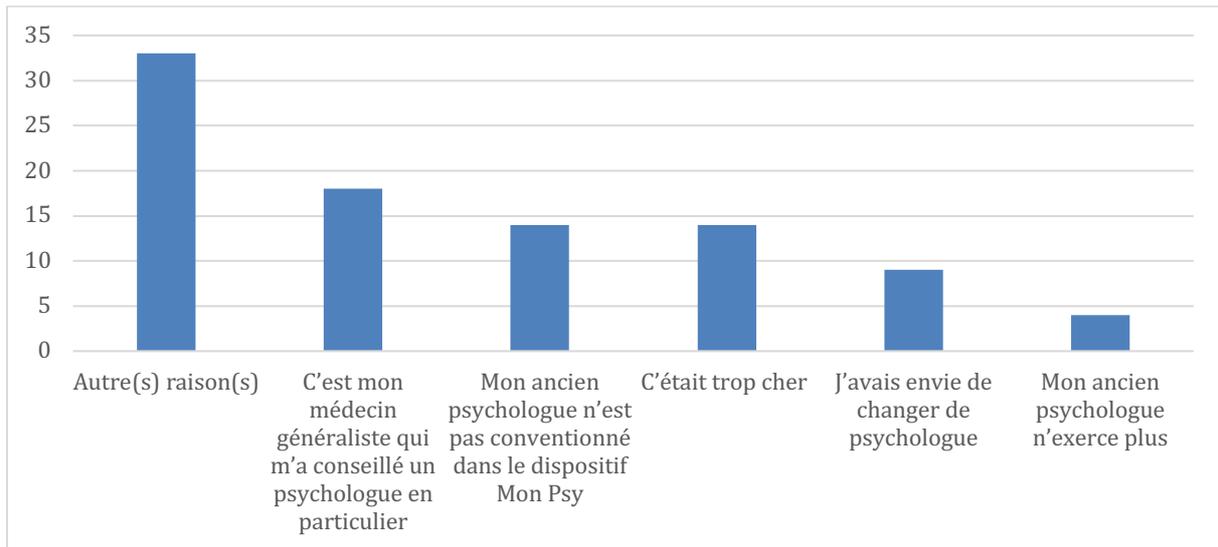


Figure 11 : Raisons de l'arrêt du suivi par l'ancien psychologue des patients

Pour les patients qui n'avaient pas un suivi antérieur par un psychologue, à la question à choix multiples, les raisons étaient pour 48(47,05%) qu'ils n'y avaient pas pensé ; 33(32,35%) n'avaient pas de trouble psychologique ; 24(23,52%) rapportent que c'était trop cher ; 11(10,78%) en raison du regard négatif qu'ils portaient sur la profession de psychologue ; 1(0,98%) car ils voulaient être uniquement suivi par un psychiatre et 5(4,9%) pour une autre raison.

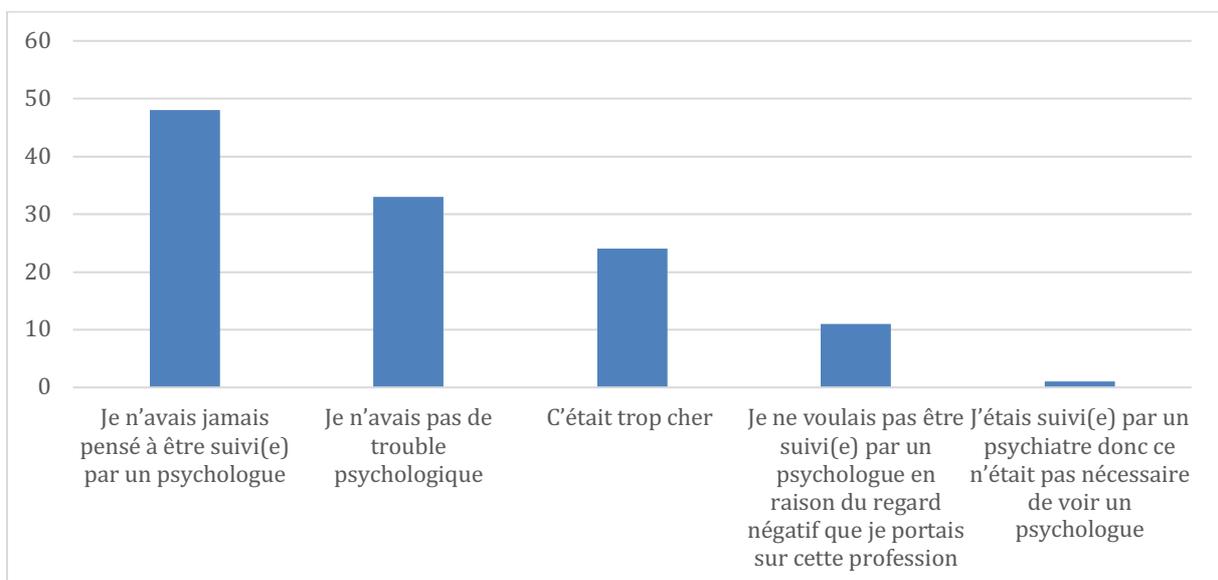


Figure 12: Raisons de l'absence d'un suivi psychologique antérieur des patients

2.1.9 Suivi antérieur et actuel par un psychiatre

33(18,75%) des patients avaient déjà été suivi par le passé par un psychiatre et 143(81,25%) ne l'avaient pas été.

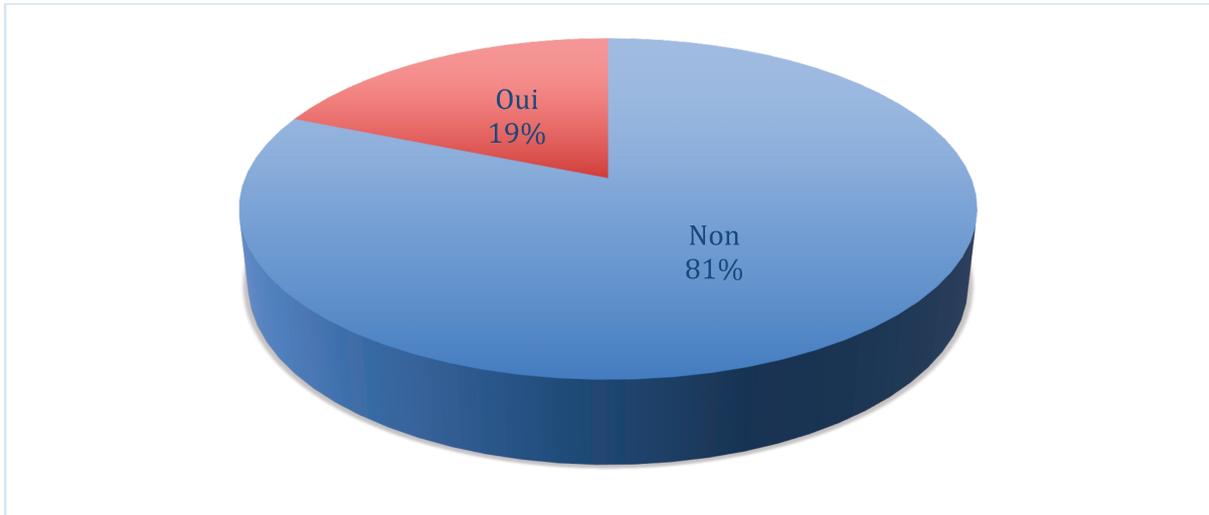


Figure 13: Suivi antérieur des patients par un psychiatre

29(16,47%) des patients sont actuellement suivis en parallèle par un psychiatre et 147(83,53%) ne le sont pas.

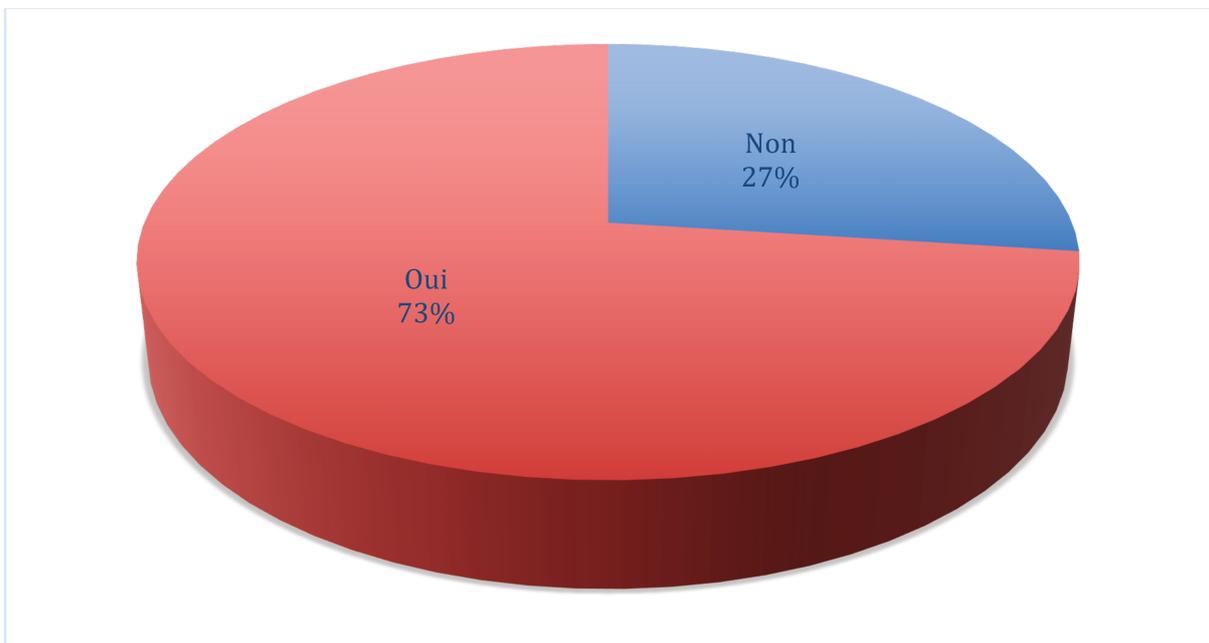


Figure 14: Suivi actuel des patients par un psychiatre

2.1.10 Prise de psychotropes

78(44,31%) des patients prennent un traitement type psychotrope. 98(55,68%) n'en prennent pas.

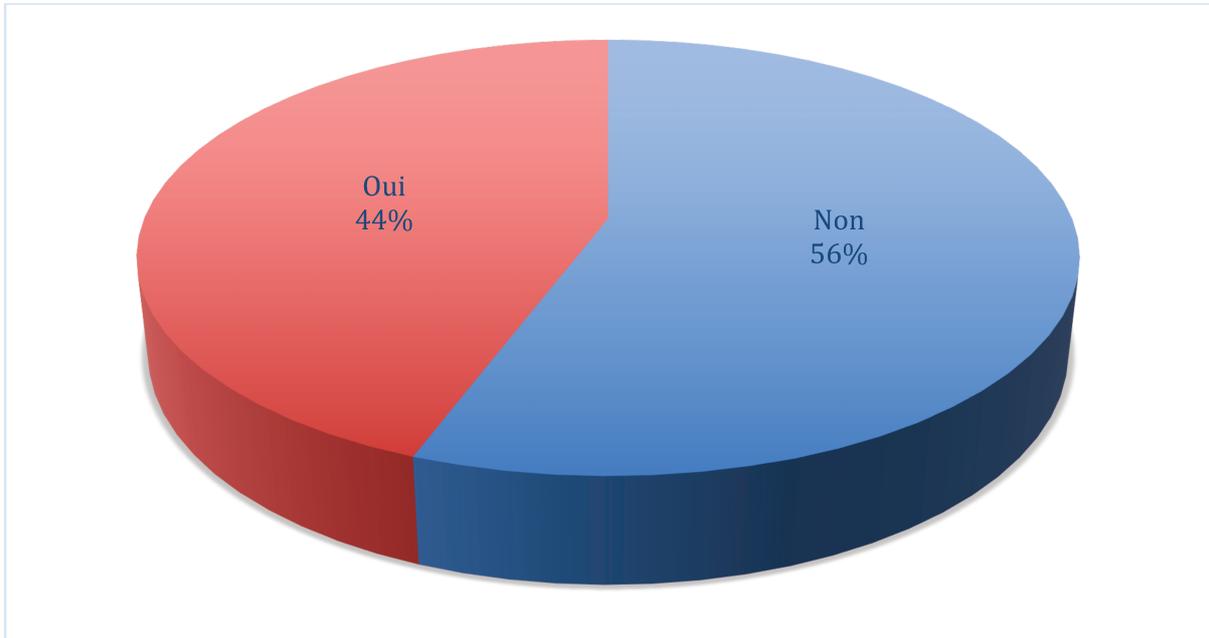


Figure 15: Prise de psychotropes chez les patients

2.1.11 Type de trouble psychologique

A la question 7 à choix multiples « Pour quelle(s) trouble(s) psychologique(s) êtes-vous suivi(e) ? » la majorité des patients présentent des troubles relationnels 80(45,45%), ensuite de l'anxiété 78(41,31%); 75(42,61%) une dépression, 61(34,65%) une ou des addictions; 27(15,34%) un stress post-traumatique; 12(6,81%) de(s) trouble(s) alimentaire(s); 3(1,70%) pour trouble(s) de la personnalité et 8(4,54%) pour d'autres pathologies.

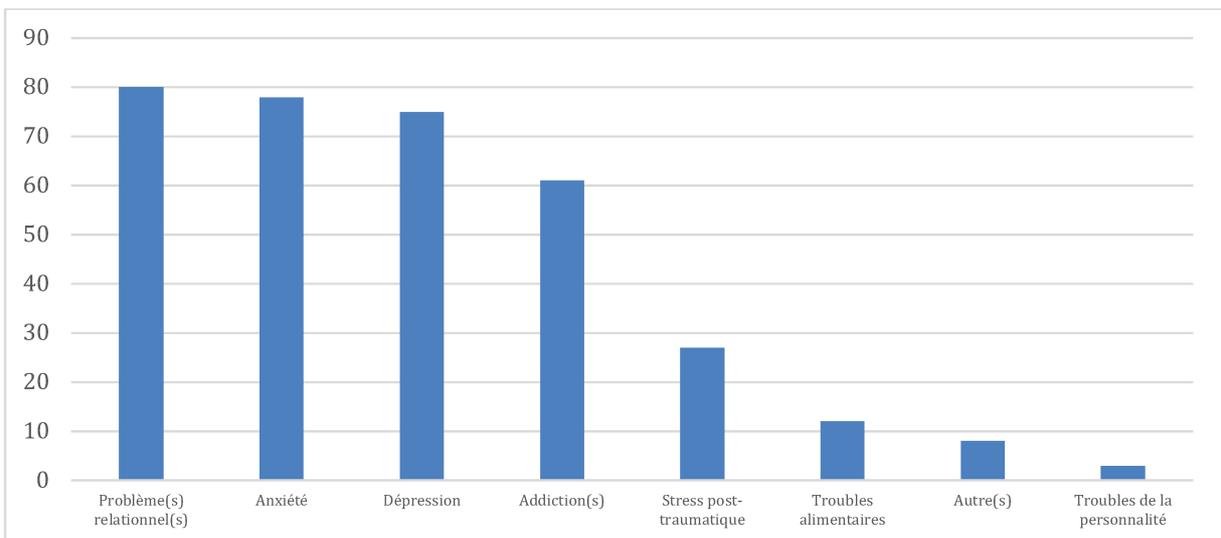


Figure 16: Type de trouble psychologique (patients)

2.2 Les médecins

2.2.1 Genre

Chez les médecins, y a 136(61,26%) hommes et 86(38,74%) femmes.

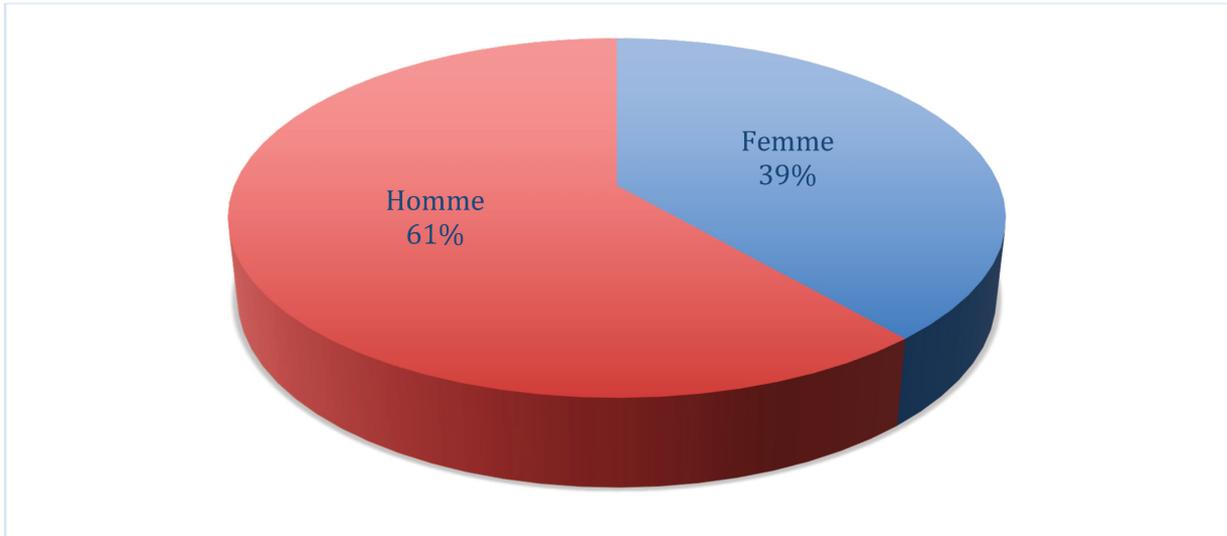


Figure 17 : Genre des médecins

2.2.2 Age

La tranche d'âge la plus représentée est la catégorie « 60 ans et plus » avec 65(29,27%) ; 61(27,47%) ont entre 30 et 39 ans ; 56(25,22%) ont entre 50 et 59 ans. 36(16,21%) ont entre 40 et 49 ans et enfin 4(1,80%) ont moins de 30 ans.

Au total, la majorité 121(54,49%) a plus de 50 ans.

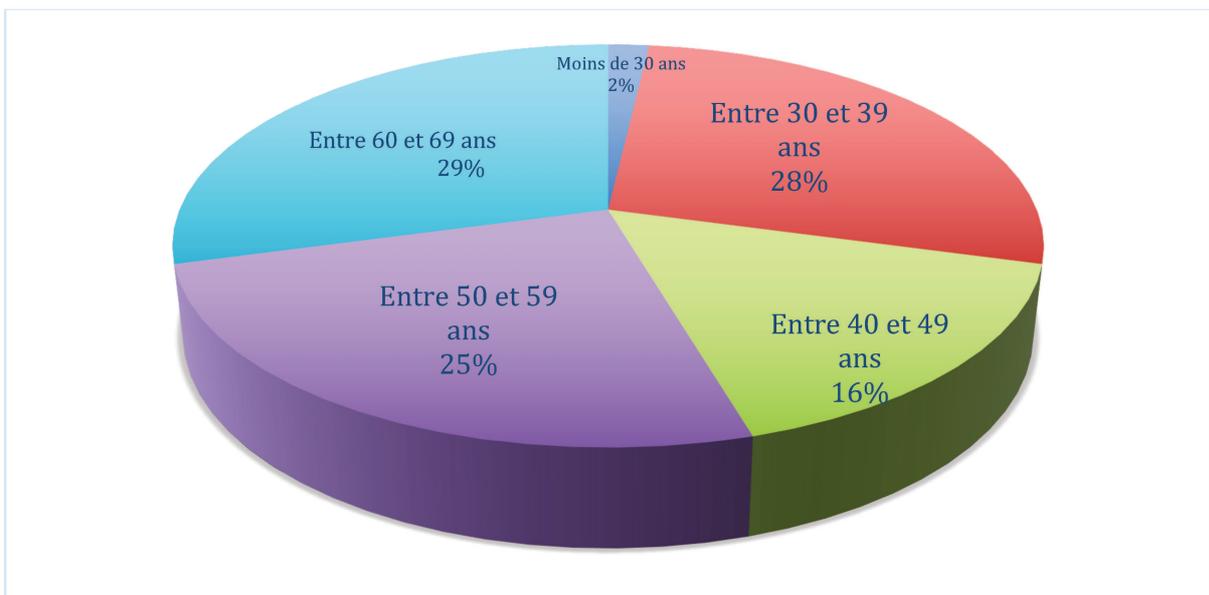


Figure 18 : Age des médecins

2.2.3 Caractéristiques du cabinet

A la question 3 à choix multiples concernant les cabinets où travaillent les médecins généralistes, la majorité 145 (65,31%) travaillent avec d'autres médecins. 74(33,33%) travaillent avec des professionnels paramédicaux et 52(23,42%) travaillent seuls.

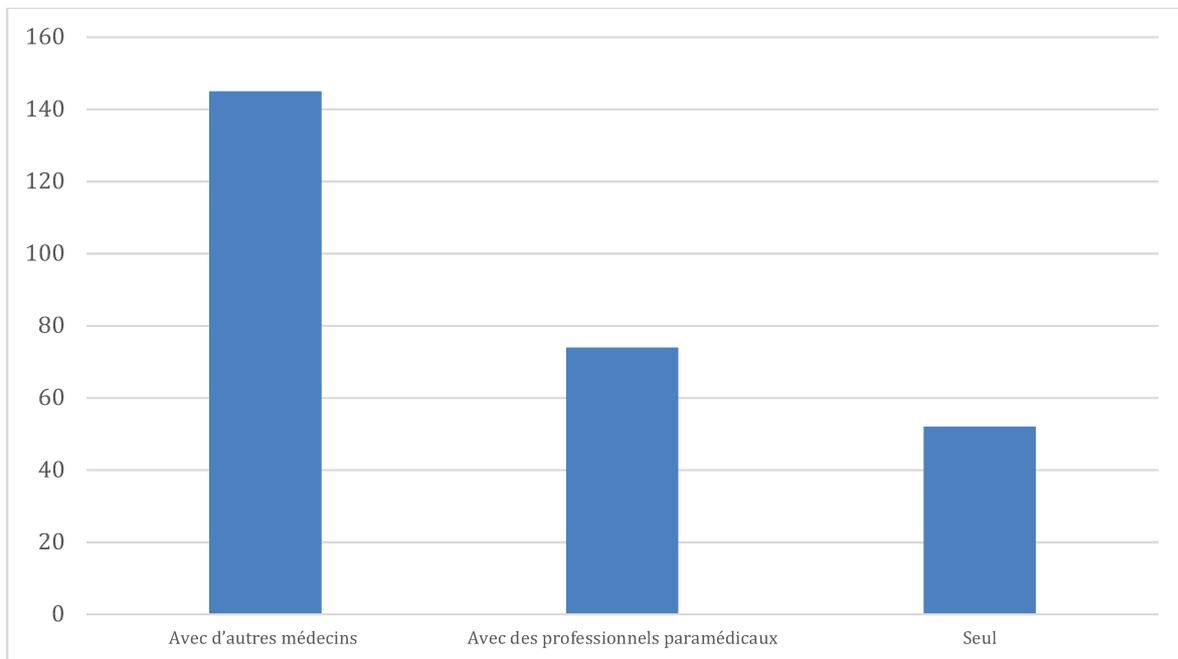


Figure 19: Caractéristiques du cabinet des médecins

2.2.4 Environnement

Pour l'environnement, 111(50%) travaillent en milieu urbain ; 92(41,45%) travaillent en milieu semi-urbain et seulement 19(8,55%) travaillent en milieu rural.

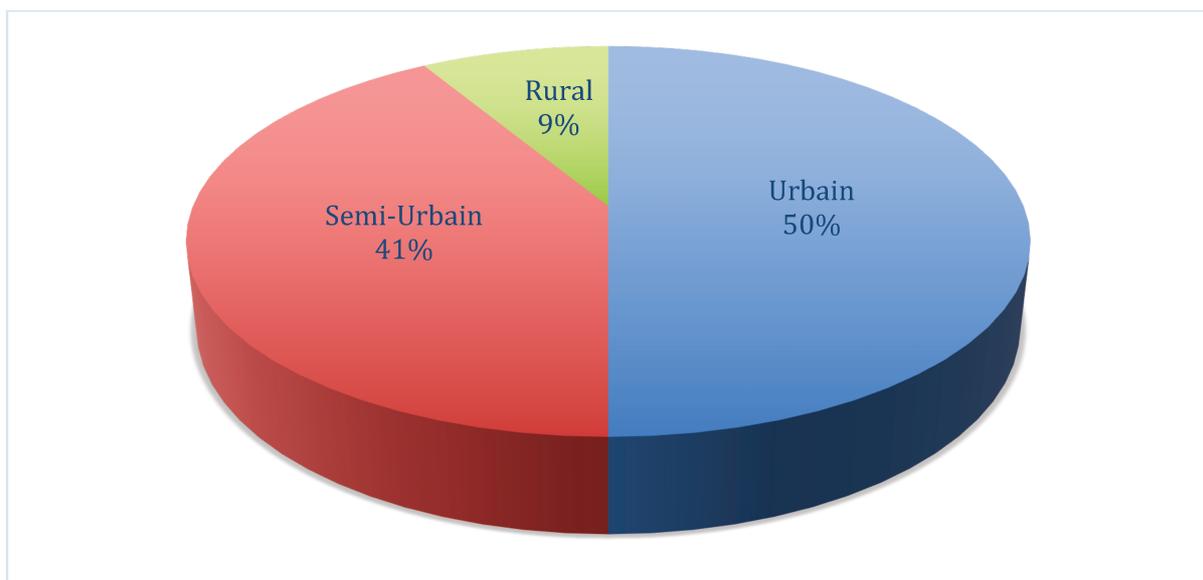


Figure 20 : Environnement de travail des médecins

2.2.5 Stage en psychiatrie

La majorité des médecins généralistes 142(63,96%) n'a pas fait de stage en psychiatrie pendant leurs études de médecine. 80(36,04%) d'entre eux ont fait un stage en psychiatrie.

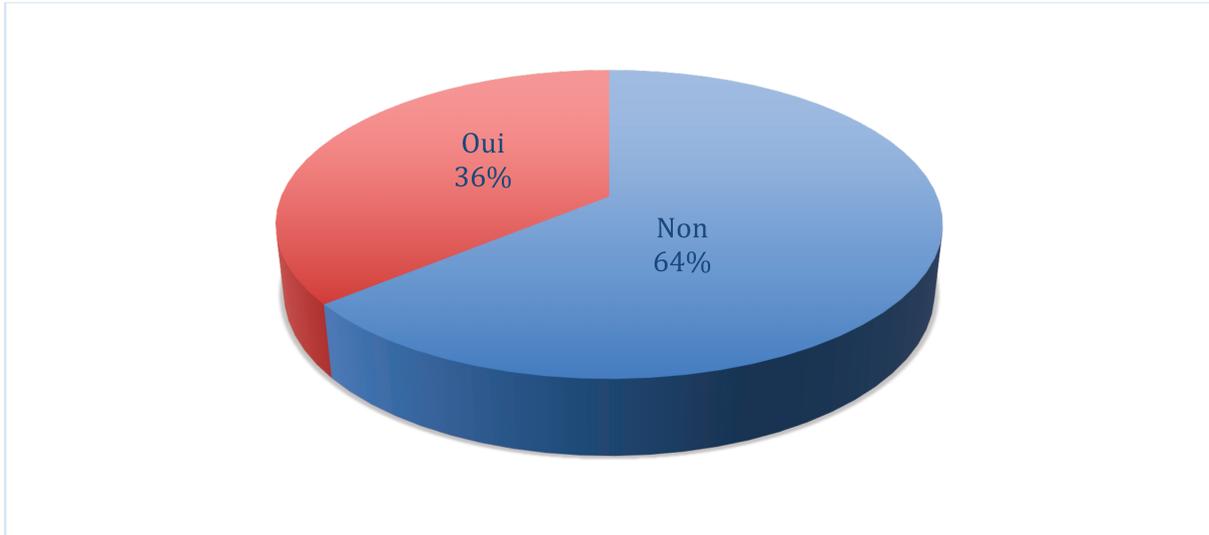


Figure 21: Stage en psychiatrie pour les médecins

2.2.6 Connaissance du dispositif « Mon Psy »

La majorité des médecins généralistes 77(34,68%) ont connu le dispositif « Mon Psy » via un courriel de présentation de la sécurité sociale ; 56(25,22%) directement via un rendez-vous avec un représentant de la sécurité sociale.

14(6,3%) via un autre professionnel de santé ; 12(5,4%) via un de leurs patients ; 10(4,5%) via à un de leur confrère médecin généraliste ; 53(23,87%) via un autre moyen.

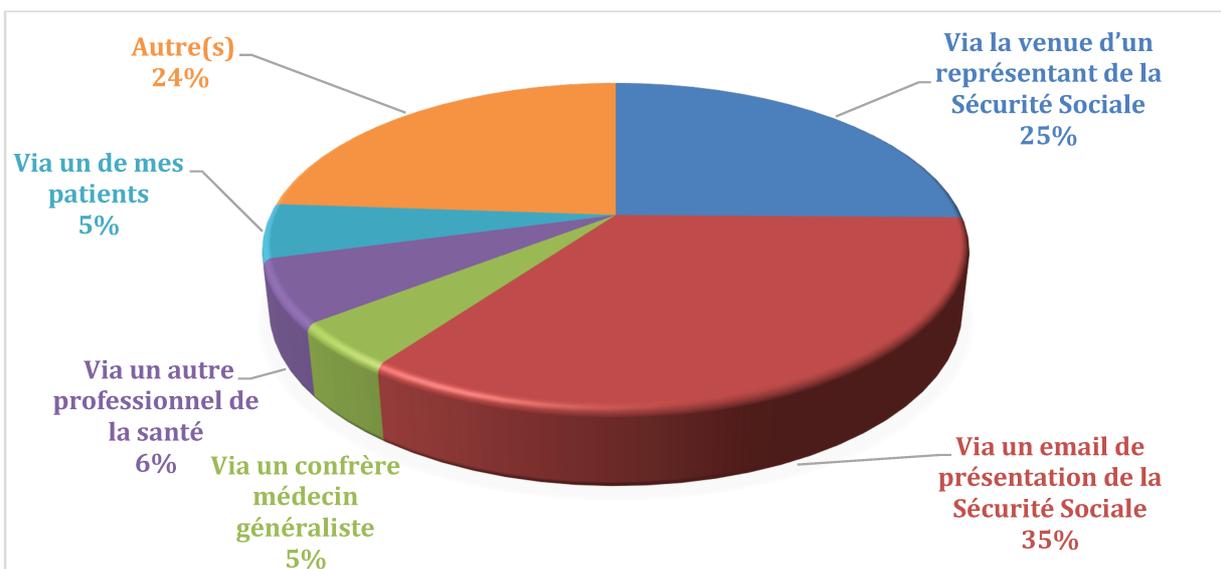


Figure 22: Connaissance du dispositif « Mon Psy »

2.2.7 Type de trouble psychologique

A la question 19 à choix multiples « Pour quel(s) trouble(s) psychologique(s) orientez-vous vos patients vers le dispositif Mon Psy ? », Les troubles psychologiques étaient le trouble anxieux 185(83,33%), le syndrome dépressif 183(42,33%), les problèmes relationnels 142(63,96%), le stress post-traumatique 108(48,64%). Les troubles de la personnalité 49(22,07%), les troubles de l'alimentation, 39(17,56%), les addictions 39(17,56%), les autres pathologies représentaient 12(5,4%).

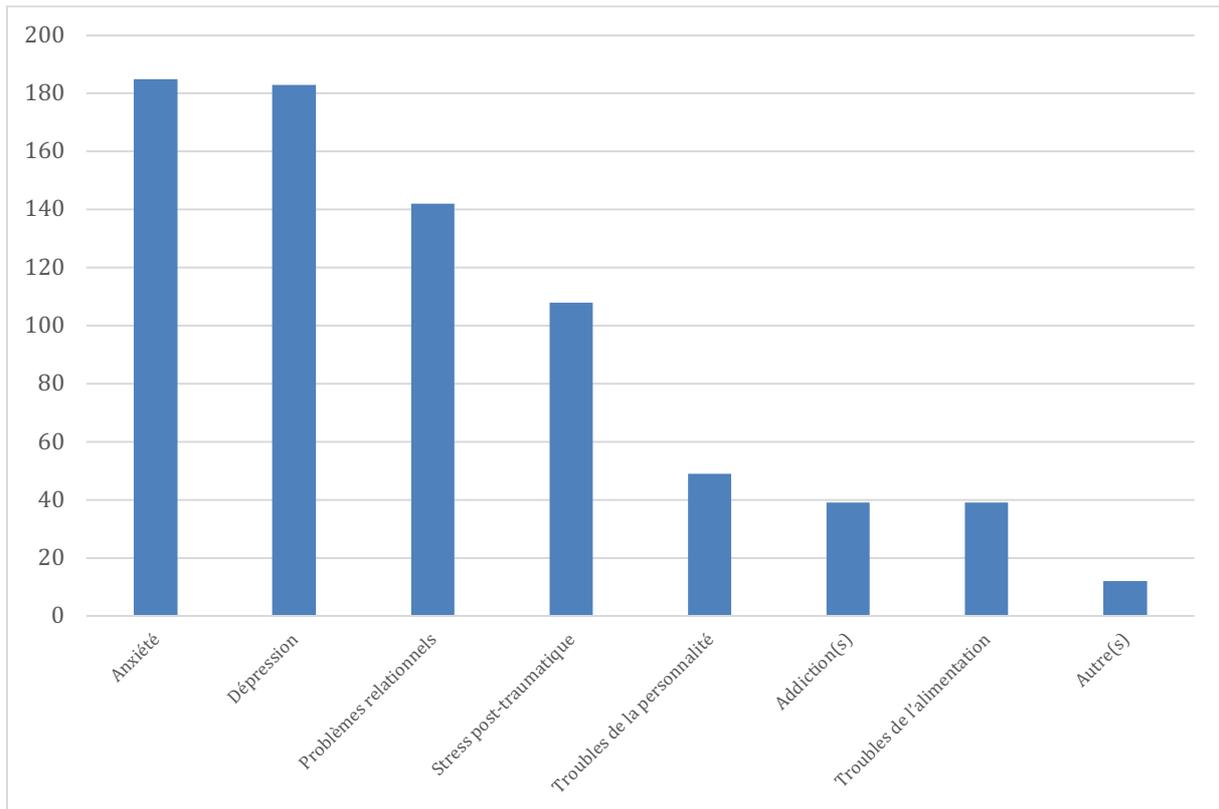


Figure 23: Types de troubles psychologiques pour lesquels les médecins orientent vers le dispositif « Mon Psy »

3. Analyse Descriptive

3.1 Avis sur l'intérêt du suivi psychologique

La question 20 sondait les médecins afin de savoir s'ils pensaient que la psychothérapie était une pierre angulaire de la prise en charge psychologique des patients avec des troubles psychologiques, 198(89,18%) d'entre eux ont répondu de manière positive contre seulement 3(1,35%) qui ont répondu de manière négative.

La question 20 interrogeait les patients pour savoir si la psychothérapie était une pierre angulaire de la prise de leur trouble psychologique, 163(92,61%) ont répondu de manière positive contre seulement 4(2,27%) qui ont répondu de manière négative.

Q20.La psychothérapie est une pierre angulaire de la prise en charge psychologique : (Médecins, n=222)					
n		%	n		%
Pas du tout d'accord	0	0%	Plutôt d'accord	98	44,14%
Plutôt pas d'accord	3	1,35	Tout à fait d'accord	100	45,04%
Ni d'accord ni pas d'accord	21	9,45%			
Q20.La psychothérapie est une pierre angulaire de la prise de mon trouble psychologique : (Patients, n=176)					
n		%	n	%	
Pas du tout d'accord	1	0,56%	Plutôt d'accord	51	28,97%
Plutôt pas d'accord	3	1,70%	Tout à fait d'accord	112	63,63%
Ni d'accord ni pas d'accord	9	5,11%			

Tableau 1: La psychothérapie, pierre angulaire de la prise en charge psychologique

La question 22 interrogeait les médecins afin de savoir s'ils considéraient la prise en charge par un psychologue ou un psychiatre comme un sujet tabou pour leurs patients. 120(54,05%) ont répondu de manière positive contre 49(22,07%) qui ont répondu de manière négative.

La question 21 sondait les patients afin de savoir s'ils considéraient que la prise en charge par un psychologue ou par un psychiatre restait un sujet tabou pour eux, 93(52,84%) ont répondu de manière positive contre 63(35,79%) de manière négative.

Q22.La prise en charge par un psychologue ou par un psychiatre reste un sujet tabou pour les patients : (Médecins, n=222)					
		n	%		
Pas du tout d'accord	3	1,35%	Plutôt d'accord	103	46,39%
Plutôt pas d'accord	46	20,72%	Tout à fait d'accord	17	7,65%
Ni d'accord ni pas d'accord	53	23,87%			

Q21.La prise en charge par un psychologue ou par un psychiatre reste un sujet tabou (Patients, n=176)					
		n	%		
Pas du tout d'accord	37	21,02%	Plutôt d'accord	57	32,38%
Plutôt pas d'accord	26	14,77%	Tout à fait d'accord	36	20,45%
Ni d'accord ni pas d'accord	20	11,36%			

Tableau 2: La prise en charge par un psychologue ou psychiatre comme sujet tabou

La question 21 sondait les médecins afin de savoir s'ils considéraient que la psychothérapie réalisée par un psychologue était équivalente à celle d'un psychiatre, 122(54,95%) ont répondu de manière positive, 54(24,32%) n'avaient pas d'opinion.

La question 22 interrogeait les patients pour savoir s'ils pensaient que la psychothérapie réalisée par un psychologue était équivalente à celle d'un psychiatre, 56(31,81%) d'entre eux ont répondu que oui et 98(55,68%) étaient sans d'opinion.

Q21.La qualité de la psychothérapie d'un psychologue est équivalent à celle d'un psychiatre : (Médecins, n=222)					
		n	%		
Pas du tout d'accord	12	5,4%	Plutôt d'accord	84	37,83%
Plutôt pas d'accord	34	15,31%	Tout à fait d'accord	38	17,11%
Ni d'accord ni pas d'accord	54	24,32%			

Q22.La thérapie psychologique réalisée par mon psychologue est de même efficacité que celle qui serait réalisée par un psychiatre : (Patients, n=176)					
		n	%		
Pas du tout d'accord	10		5,68%	Plutôt d'accord	26
Plutôt pas d'accord	12		6,81%	Tout à fait d'accord	30
Ni d'accord ni pas d'accord	98		55,68%		

Tableau 3: Équivalence psychothérapie d'un psychologue et psychiatre

3.2 Rôle du médecin généraliste pour le suivi psychologique

La question 9 avait pour but de savoir si les médecins étaient à l'aise avec la prise en charge des troubles psychologiques. 125(56,3%) ont répondu de manière positive contre seulement 34(15,31%) de réponses négatives.

La question 10 interrogeait les médecins pour savoir s'ils considéraient que leur rôle était fondamental dans la prise en charge des patients avec des troubles psychologiques, un nombre significatif 207(93,24%) ont répondu de manière positive contre seulement 4(1,8%) de réponses négatives.

La question 9 questionnait les patients pour savoir s'ils jugeaient que leur médecin était compétent pour la prise en charge de leur trouble psychologique. 88(50%) d'entre eux ont répondu positivement contre 56(31,81%) de réponse négatives.

Q9.Je suis à l'aise avec la prise en charge des troubles d'ordre psychologiques : (Médecins, n=222)					
		n	%		
Pas du tout d'accord	3		1,35%	Plutôt d'accord	109
Plutôt pas d'accord	31		13,96%	Tout à fait d'accord	16
Ni d'accord ni pas d'accord	63		28,37%		

Q10.En tant que médecin généraliste, je joue un rôle important dans la prise en charge des troubles d'ordre psychologique : (Médecins, n=222)					
		n	%		
Pas du tout d'accord	0		0%	Plutôt d'accord	118
Plutôt pas d'accord	4		1,80%	Tout à fait d'accord	89
Ni d'accord ni pas d'accord	11		4,95%		

Q9. Mon médecin généraliste est compétent pour la prise en charge de mon trouble psychologique : (Patients, n=176)					
		n	%		
Pas du tout d'accord	21		11,93%	Plutôt d'accord	43
Plutôt pas d'accord	35		19,88%	Tout à fait d'accord	45
Ni d'accord ni pas d'accord	32		18,18%		

Tableau 4 : Compétence du médecin généraliste pour le suivi psychologique

A la question 7 « J'ai suffisamment de temps en consultation avec les patients atteints de trouble psychologique », les médecins ont répondu qu'ils avaient le ressenti qu'ils n'avaient pas assez de temps pour une nette majorité 171(77%) contre seulement 29(13,06%) qui ont répondu de manière positive.

A la question 10 « Je me sens écouté(e) par mon médecin généraliste pour mon trouble psychologique », les patients à hauteur de 111(63%) ont répondu nettement de manière positive alors que 33(18,74%) ont répondu de manière négative.

A la question 11 « La durée de consultation avec mon médecin généraliste est suffisante pour la prise en charge de mon trouble psychologique », les patients ont jugé la durée de la consultation insuffisante pour 83(47,15%) contre 70(39,76%) de réponses positives.

Q7. J'ai suffisamment de temps en consultation avec les patients atteints de trouble psychologique : (Médecins, n=222)					
		n	%		
Pas du tout d'accord	63		28,37%	Plutôt d'accord	26
Plutôt pas d'accord	108		48,64%	Tout à fait d'accord	3
Ni d'accord ni pas d'accord	22		9,90%		

Q10. Je me sens écouté(e) par mon médecin généraliste pour mon trouble psychologique : (Patients, n=176)					
		n	%		
Pas du tout d'accord	14		7,95%	Plutôt d'accord	54
Plutôt pas d'accord	19		10,79%	Tout à fait d'accord	57
Ni d'accord ni pas d'accord	32		18,18%		

Q11.La durée de consultation avec mon médecin généraliste est suffisante pour la prise en charge de mon trouble psychologique : (Patients, n=176)					
		n	%		
Pas du tout d'accord	41		23,29%	Plutôt d'accord	34
Plutôt pas d'accord	42		23,86%	Tout à fait d'accord	36
Ni d'accord ni pas d'accord	23		13,06%		

Tableau 5: Avis sur la durée de consultation et l'écoute du médecin généraliste

A la question 6 qui portait sur le temps de consultation nécessaire pour un patient avec trouble psychologique selon les médecins, 3(1,35%) pensaient qu'il fallait moins de 10 minutes, 6(2,7%) entre 10 et 15 minutes, 36(16,21%) entre 15 et 20 minutes, 110(49,54%) entre 20 et 30 minutes, 67(30,18%) plus de 30 minutes.

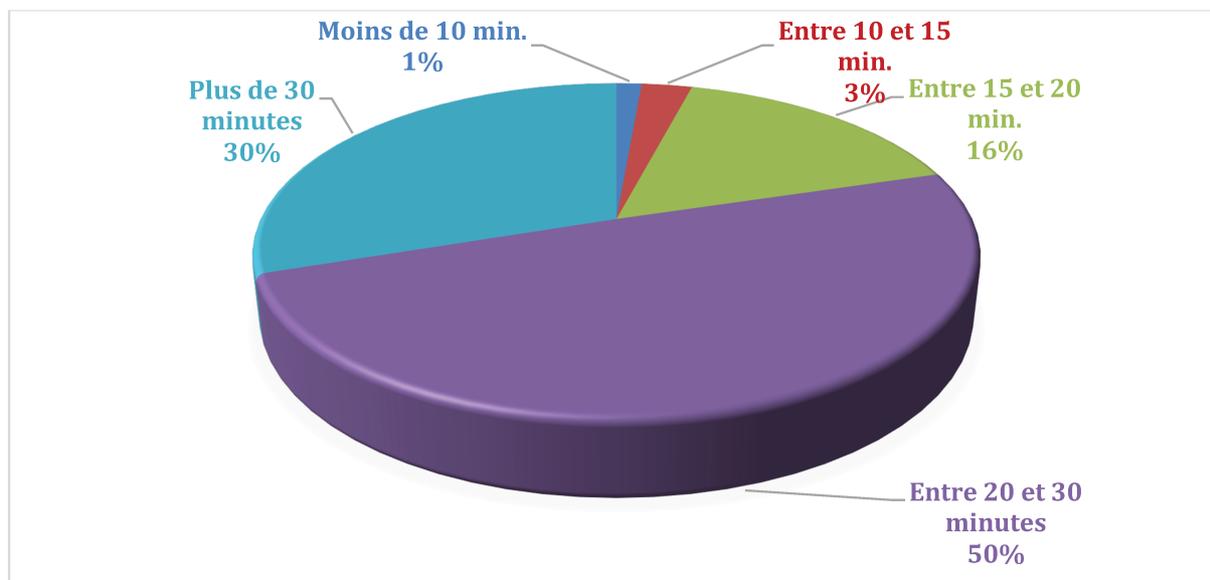


Figure 24: Temps de consultation nécessaire pour un patient avec trouble psychologique

3.3 Le médecin généraliste : prescripteur initial du dispositif « Mon Psy »

A la question 30 posée aux médecins sur le fait d'être le prescripteur initial et obligatoire du dispositif « Mon Psy », une nette majorité 158(71%) validaient le fait qu'ils devaient être les prescripteurs initiaux du dispositif « Mon Psy » contre 64(28,82%) de réponses négatives.

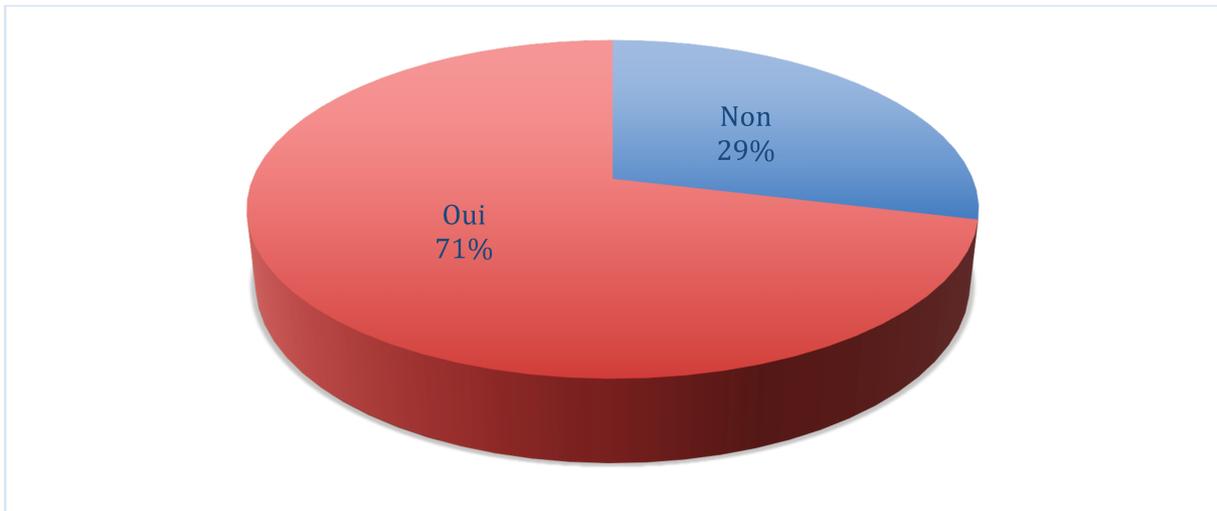


Figure 25: Obligation du médecin généraliste comme prescripteur initial du dispositif « Mon Psy » (selon les médecins)

Pour les médecins qui avaient répondu positivement à la question 30, à la question à choix multiples, les raisons rapportées étaient qu'il y avait nécessité d'un avis médical initial 116(73,41%) ; la prise en charge globale du patient était de meilleure qualité 98(62,02%), l'organisation du suivi du patient était de meilleure qualité 79(50%), la qualité d'adressage du patient était de meilleure qualité 74(46,83%). Les autres raisons représentaient 6(3,79%).

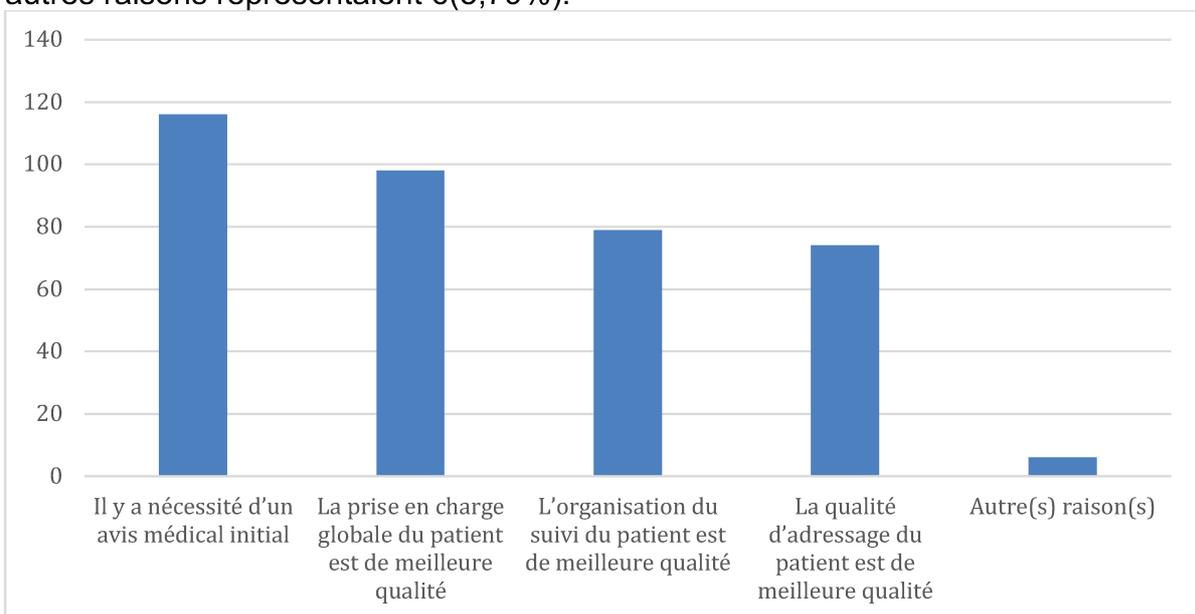


Figure 26: Raisons du médecin comme prescripteur initial du dispositif « Mon Psy » selon les médecins

Pour les médecins qui avaient répondu négativement à la question 30, à la question à choix multiples, les raisons rapportées étaient que le psychologue pouvait conseiller le patient de voir le médecin généraliste si problème 52(81,25%), le patient pouvait déjà aller voir un psychologue en dehors du dispositif « Mon Psy » sans voir le médecin généraliste 47(73,43%), la durée pour la prise en charge du patient serait raccourcie 25(39,06%), il y avait parfois un souhait du patient de ne pas parler de

son trouble psychologique au médecin généraliste 24(37,5%). Les autres raisons représentaient 8(12,5%).

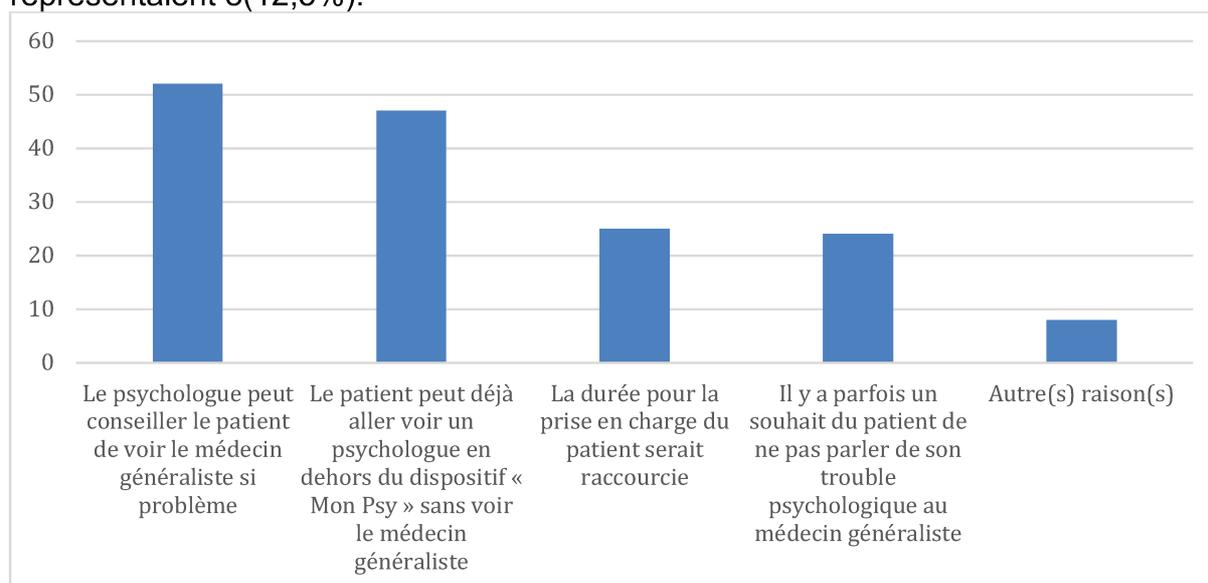


Figure 27: Raisons de la non nécessité du médecin comme prescripteur initial du dispositif « Mon Psy » selon les médecins

A la question 29 sur le fait que le médecin soit prescripteur initial et obligatoire du dispositif « Mon Psy », 140(79,54%) des patients jugeaient que cela était nécessaire contre 36(20,45%) de réponses négatives.

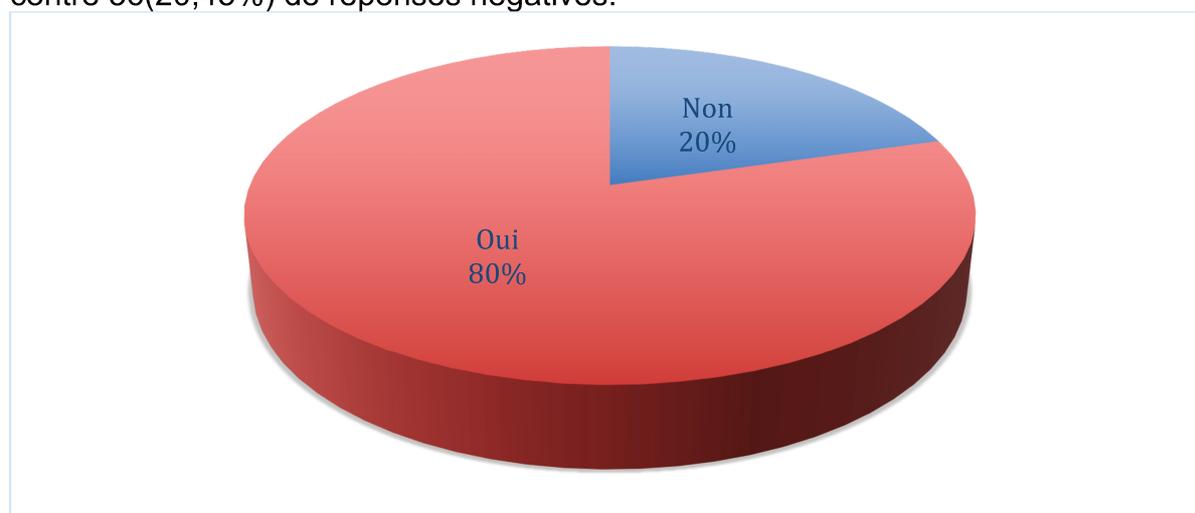


Figure 28: Le médecin généraliste comme prescripteur initial obligatoire du dispositif « Mon Psy » selon les patients

Pour les patients qui avaient répondu oui à la question 29, à la question à choix multiples, les raisons rapportées étaient que leur médecin les connaissait bien et cela aidait à la prise en charge de leur trouble psychologique 73(52,14%), le diagnostic de leur trouble psychologique était meilleur car il était posé par un médecin 57(40,71%), cela était bénéfique pour le suivi des autres problèmes médicaux engendrés par leur trouble psychologique 46(32,85%), cela permettait de discuter de l'instauration d'un traitement médicamenteux pour les aider 39(27,85%), les conseils sur l'orientation

médicale étaient de meilleure qualité 32(22,85%). Les autres raisons représentaient 13(9,28%).

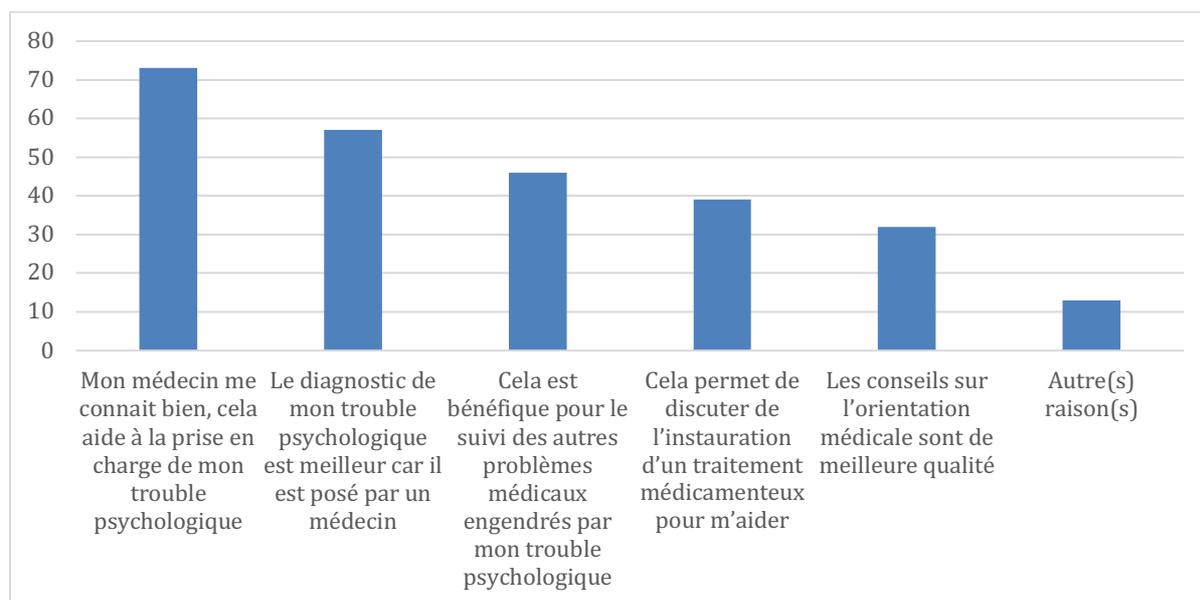


Figure 29: Raisons pour le médecin généraliste comme prescripteur initial obligatoire du dispositif « Mon Psy » selon les patients

Pour les patients qui avaient répondu non, les raisons étaient que le diagnostic de leur trouble psychologique n'était pas de la compétence de leur médecin généraliste 15(41,66%), le fait d'aller voir son médecin allongeait la durée avant la prise en charge par un psychologue 15(41,66%), ils n'avaient pas envie de parler des problèmes psychologiques à leur médecin généraliste 10(27,77%), ils pouvaient déjà aller voir directement un psychologue en payant 8(22,22%). Les autres raisons représentaient 3(8,33%).

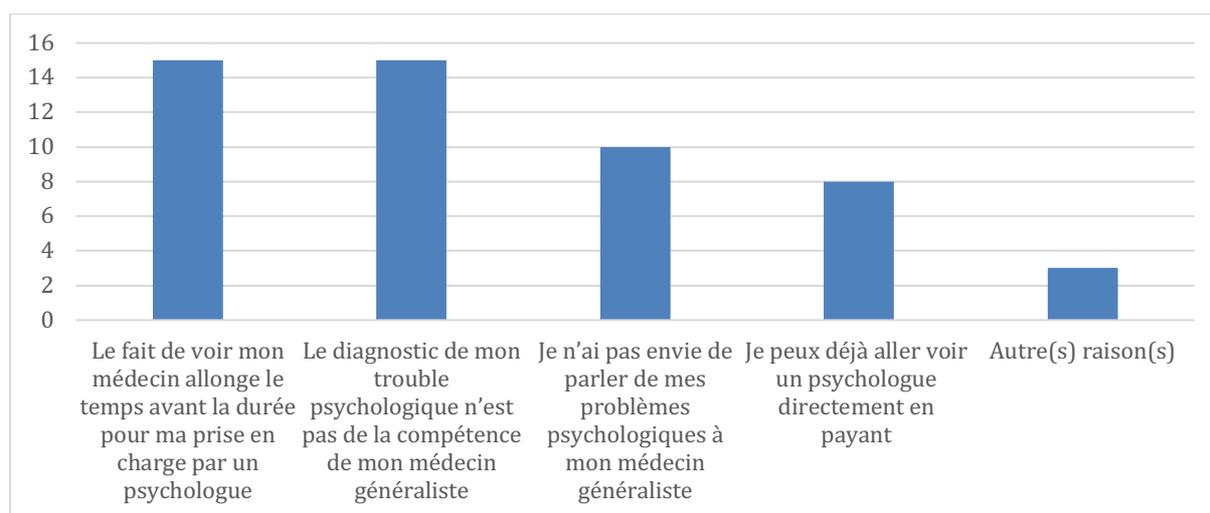


Figure 30: Raisons pour le médecin généraliste comme prescripteur initial non obligatoire du dispositif « Mon Psy » selon les patients

Pour la question 28 qui avait pour but de savoir si les patients avaient vu leur médecin généraliste uniquement pour le courrier d'adressage, une minorité de 62(35,23%) a répondu de manière positive contre 114(64,77%) de manière négative.

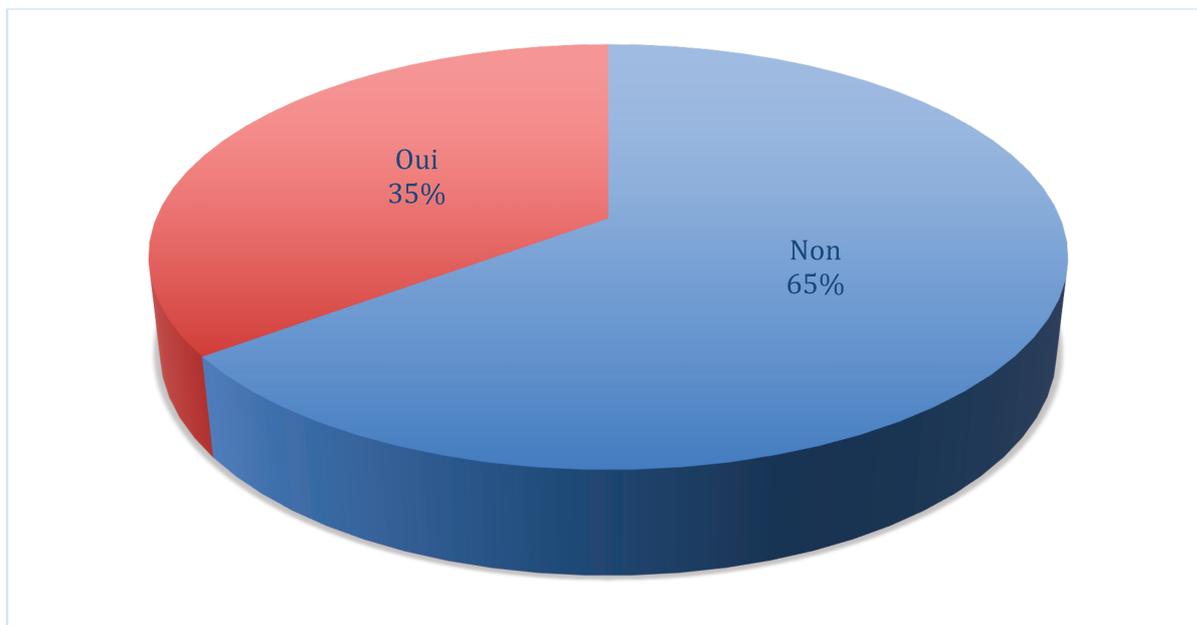


Figure 31: Visite du médecin généraliste uniquement pour le courrier d'adressage

3.4 Suivi du médecin généraliste

A la question 31 posée aux médecins pour savoir s'ils jugeaient que leur suivi des patients avec trouble psychologique en parallèle du suivi par le psychologue était important, 179(80,64%) avaient un avis positif et 43(19,36%) avaient un avis négatif.

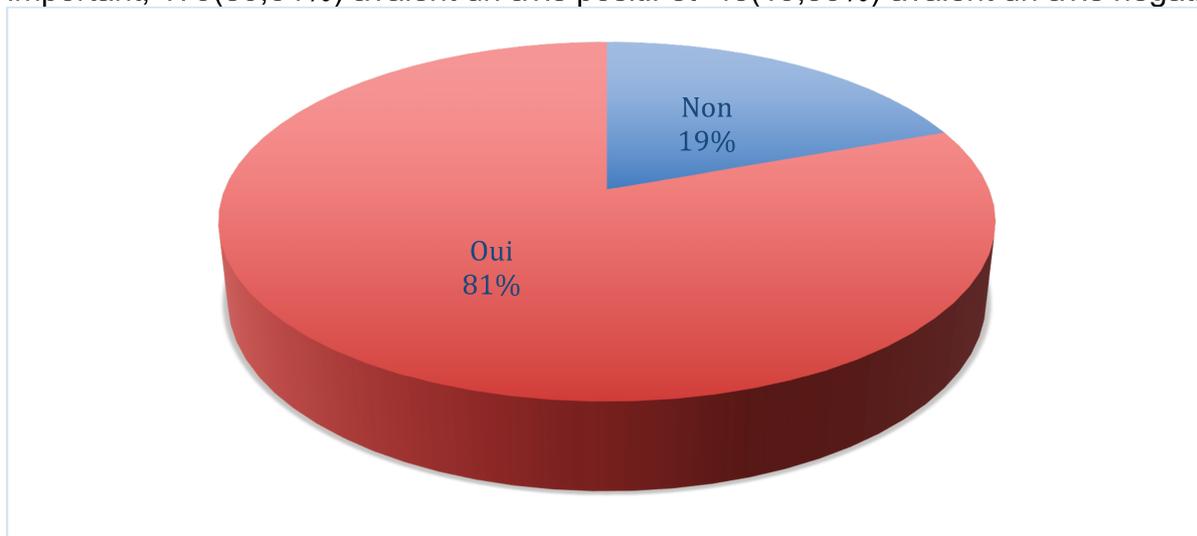


Figure 32: Importance du suivi par le médecin généraliste des patients avec troubles psychologiques selon les médecins

Pour les médecins qui avaient répondu oui à la question 31, à la question à choix multiples, les raisons évoquées étaient la nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire (médecin et psychologue) 136(75,97%), d'une réévaluation médicale du patient pour modifier ou instaurer un médicament à visée psychologique 133(74,30%), d'une réévaluation médicale du patient pour initier ou prolonger un arrêt de travail 132(73,74%), d'une réévaluation médicale du patient sur le plan psychologique 115(64,24%), d'une réévaluation médicale du patient sur le plan somatique 102(56,98%). Les autres raisons représentaient 6(3,35%).

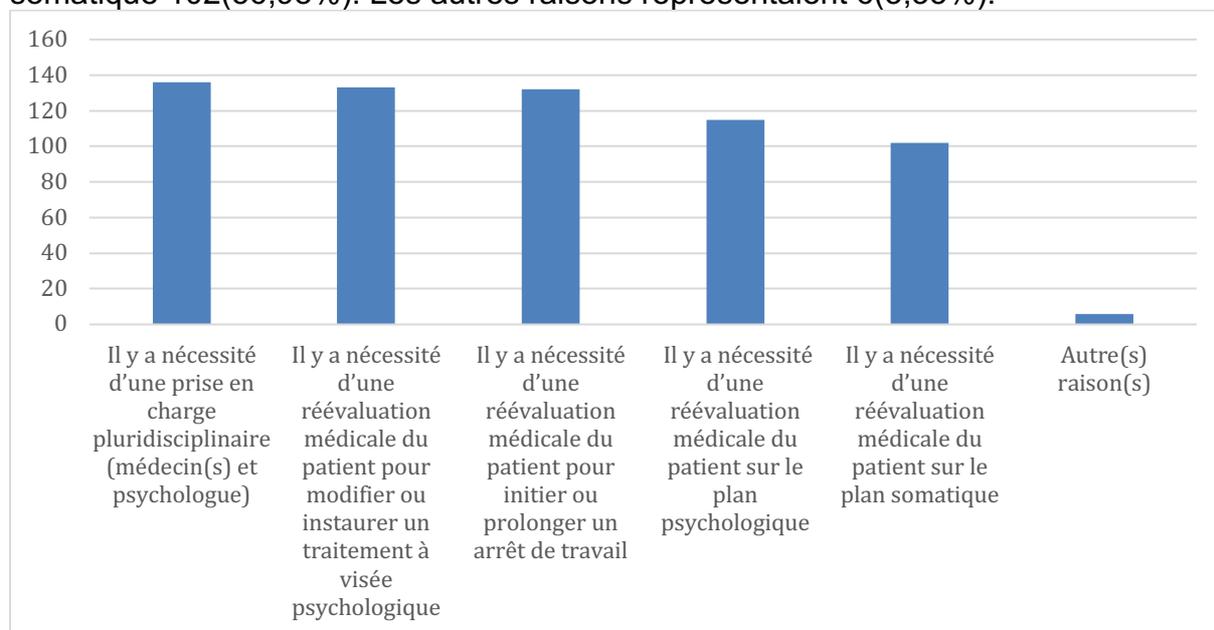


Figure 33: Raisons de l'importance du suivi du médecin généraliste des patients avec des troubles psychologiques selon les médecins

Pour les médecins qui avaient répondu non à la question 31, à la question à choix multiples, les raisons étaient majoritairement qu'ils ne trouvaient pas cela nécessaire sauf si le patient le demandait 31(72%), qu'ils ne voulaient pas faire doublon avec le psychologue dans la prise en charge du patient 18(41,86%), qu'ils ne se trouvaient pas compétents dans le suivi psychologique 7(16,27%), qu'ils ne voulaient pas faire perdre de temps aux patients 4(9,30%). Les autres raisons représentaient 4(9,30%).

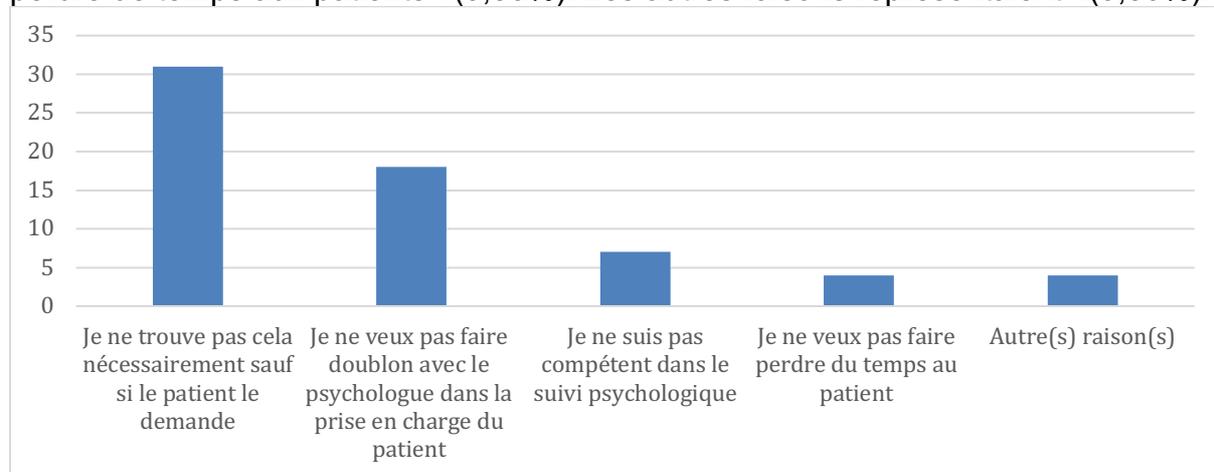


Figure 34: Raisons de la non-importance du suivi du médecin généraliste pour les patients avec des troubles psychologiques selon les médecins

A la question 27 sur le fait de continuer ou non à voir son médecin généraliste pour son trouble psychologique en parallèle du psychologue, une majorité de patients 102(57,95%) répondaient de manière négative contre 74(42,05%) de réponses positives.

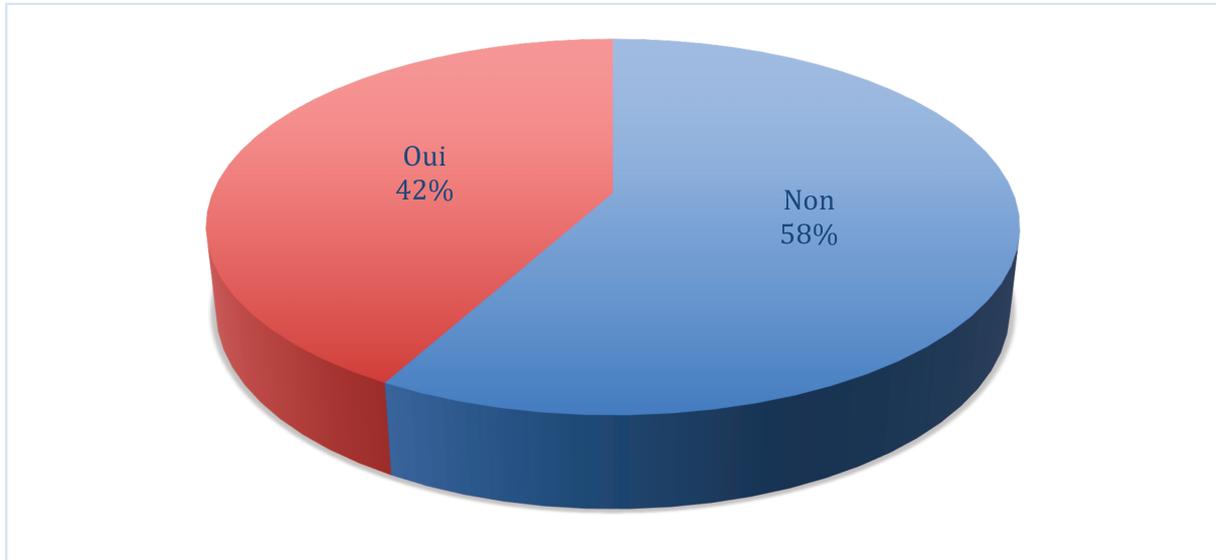


Figure 35 : Poursuite du suivi par le médecin généraliste (selon les patients)

Pour les patients qui avaient répondu oui à la question 27, à la question à choix multiples, les raisons étaient pour le renouvellement de leurs médicaments à visée psychologique 54(72,97%), pour la prolongation de leur arrêt de travail 36(48,64%), à leur demande car ils trouvaient cela bénéfique pour leur trouble psychologique 20(27,02%), c'était une demande spécifique de leur médecin généraliste pour leur suivi psychologique 17(22,97%). Les autres raisons représentaient 4(5,40%).

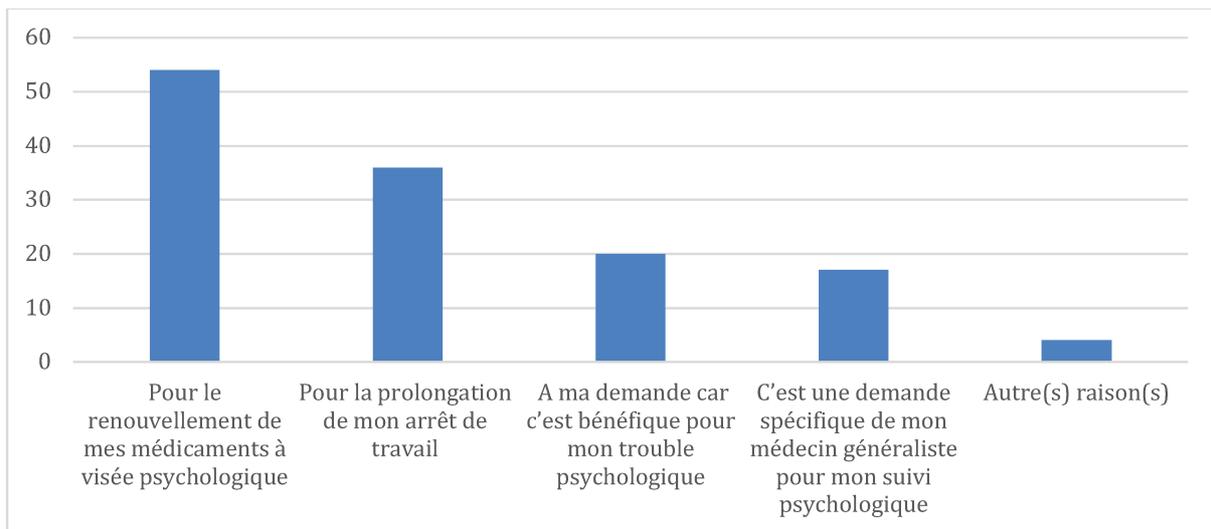


Figure 36: Raisons pour lesquelles les patients continuent de voir leur médecin généraliste pour leur trouble psychologique

Pour les patients qui avaient répondu non à la question 27, à la question à choix multiples, les raisons étaient qu'ils n'en voyaient pas l'intérêt 45(44,11%), que leur médecin généraliste n'était pas compétent pour la prise en charge de leur trouble psychologique 34(33,33%), qu'ils ne voulaient pas déranger leur médecin généraliste avec leur trouble psychologique 27(26,47%), que leur médecin généraliste ne prenait pas assez de temps pour suivre leur trouble psychologique 16(15,68%). Les autres raisons représentaient 4(3,92%).

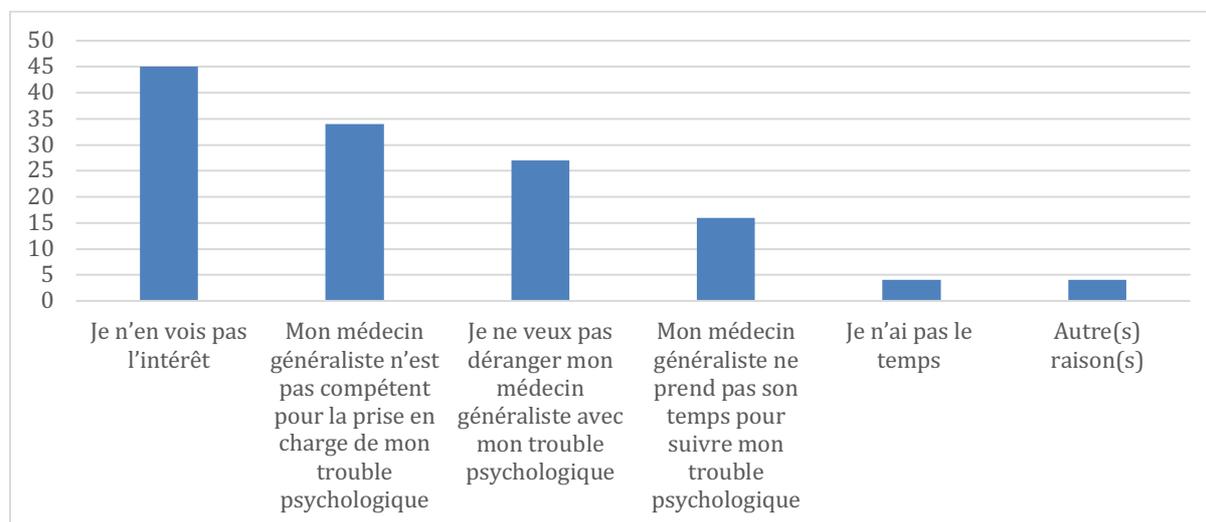


Figure 37: Raisons pour lesquelles les patients ne continuent pas de voir leur médecin généraliste pour leur trouble psychologique

3.5 Une vision négative des soins psychiatriques par les médecins généralistes

A la question 11 qui avait pour but d'avoir l'avis des médecins sur la qualité des soins psychiatriques dans la région des Hauts-De-France, les médecins étaient partagés avec 84(37,83%) de réponses négatives contre 68(30,63%) de réponses positives.

A la question 12 qui avait pour objectif d'avoir l'avis des médecins sur la qualité des soins en CMP dans la région des Hauts-De-France, les médecins ont répondu négativement à hauteur de 100(45,04%) contre 65(29,27%) d'opinion positive.

A la question 14 qui avait pour but d'avoir la vision des médecins sur la qualité des soins par les psychiatres libéraux, celle-ci était plutôt positive avec 96(43,24%) de réponses positives contre 57(25,67%) d'opinion négative.

Q11. Les soins psychiatriques en structure hospitalière sont de bonne qualité dans les Hauts-De-France : (Médecins, n=222)					
		n	%		
Pas du tout d'accord	27	12,16%	Plutôt d'accord	60	27,02%
Plutôt pas d'accord	57	25,67%	Tout à fait d'accord	8	3,60%
Ni d'accord ni pas d'accord	70	31,53%			

Q12.Les soins psychiatriques en structure publique extrahospitalière (type CMP) sont de bonne qualité dans les Hauts-De-France : (Médecins, n=222)					
		n	%		
Pas du tout d'accord	35	15,76%	Plutôt d'accord	58	26,12%
Plutôt pas d'accord	65	29,27%	Tout à fait d'accord	7	3,15%
Ni d'accord ni pas d'accord	57	25,67%			

Q14.La prise en charge par les psychiatres en secteur libéral est de bonne qualité : (Médecins, n=222)					
		n	%		
Pas du tout d'accord	17	7,65%	Plutôt d'accord	80	36,03%
Plutôt pas d'accord	40	18,01%	Tout à fait d'accord	16	7,20%
Ni d'accord ni pas d'accord	69	31,08%			

Tableau 6: Avis des médecins généralistes sur la qualité des soins psychiatriques

A la question 15 « La communication entre les psychiatres et les médecins généralistes est de bonne qualité », les médecins jugeaient que la communication est plutôt mauvaise avec 130(58,55%) de réponses négatives contre seulement 37(16,66%) de réponses positives.

Q15.La communication entre les psychiatres et les médecins généralistes est de bonne qualité : (Médecins, n=222)					
		n	%		
Pas du tout d'accord	56	25,22%	Plutôt d'accord	30	13,51%
Plutôt pas d'accord	74	33,33%	Tout à fait d'accord	7	3,15%
Ni d'accord ni pas d'accord	55	24,77%			

Tableau 7: Avis sur la communication entre médecins généralistes et psychiatres

La question 16 avait pour objectif de savoir si les médecins avaient un psychiatre libéral en contact qui prend de nouveaux patients, la majorité des médecins 128(57,65%) n'en ont pas contre 94(42,35%) qui en ont un.

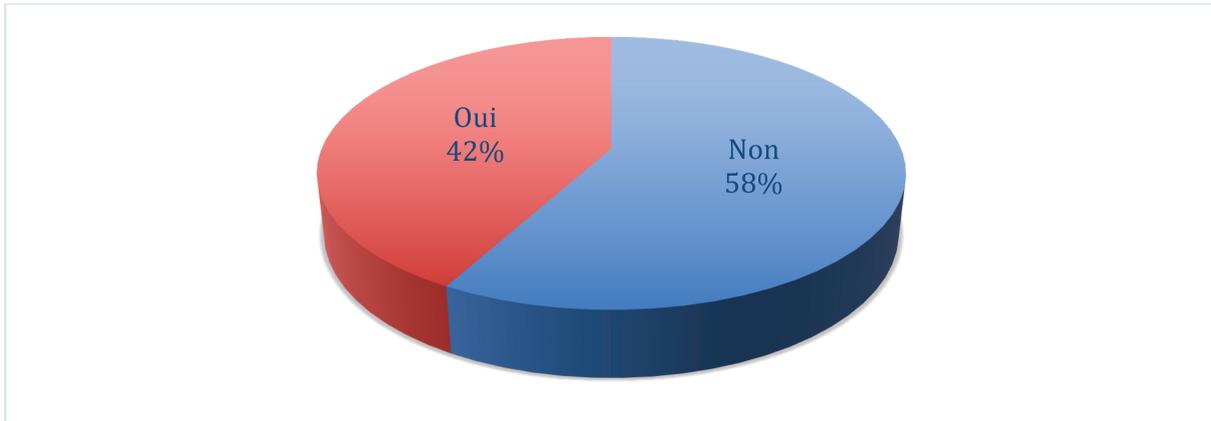


Figure 38: psychiatre libéral qui prend de nouveaux patients en contact

3.6 Conséquence de la pandémie de Covid-19

A la question 8 sur « La pandémie de Covid-19 a augmenté les troubles d'ordre psychologique », une nette majorité de médecins 182 (81,98%) étaient d'accord contre 13(15,85%) d'avis négatifs.

A la question 8 sur « La pandémie de Covid-19 a eu des conséquences négatives sur mon trouble psychologique », une courte majorité de patients 79(44,88%) estimaient que non contre 74(42,04%) d'avis positifs.

Q8.La pandémie de Covid-19 a augmenté les troubles d'ordre psychologique: (Médecins, n=222)					
		n	%		
Pas du tout d'accord	3	1,35%	Plutôt d'accord	118	53,15%
Plutôt pas d'accord	10	4,50%	Tout à fait d'accord	64	28,82%
Ni d'accord ni pas d'accord	27	12,16%			
Q8.La pandémie de Covid-19 a eu des conséquences négatives sur mon trouble psychologique: (Patients, n=176)					
		n	%		
Pas du tout d'accord	52	29,54%	Plutôt d'accord	43	24,43%
Plutôt pas d'accord	27	15,34%	Tout à fait d'accord	31	17,61%
Ni d'accord ni pas d'accord	23	13,06%			

Tableau 8: Conséquences de la pandémie de Covid-19 sur les troubles psychologiques

3.7 Utilisation du dispositif « Mon Psy »

A la question 23 « Le dispositif « Mon Psy » est simple d'utilisation », 109(49,09%) des médecins ont répondu positivement à hauteur de 109(49,09%). Il y a 62(27,92%) de sans opinion.

A la question 23 « Le dispositif « Mon Psy » est simple d'utilisation », 158(89,77%) des patients ont répondu favorablement contre 7(3,97%) de réponses négatives avec 11(6,25%) de sans opinion.

Q23.Le dispositif « Mon Psy » est simple d'utilisation : (Médecins, n=222)					
		n	%		
Pas du tout d'accord	21	9,45%	Plutôt d'accord	80	36,03%
Plutôt pas d'accord	30	13,51%	Tout à fait d'accord	29	13,06%
Ni d'accord ni pas d'accord	62	27,92%			
Q23.Le dispositif « Mon Psy » est simple d'utilisation : (Patients, n=176)					
		n	%		
Pas du tout d'accord	3	1,70%	Plutôt d'accord	54	30,68%
Plutôt pas d'accord	4	2,27%	Tout à fait d'accord	104	59,09%
Ni d'accord ni pas d'accord	11	6,25%			

Tableau 9: Avis sur la simplicité du dispositif « Mon Psy »

La question 19 « La rapidité de la prise de rendez-vous avec le psychologue est importante dans la prise en charge de mon trouble psychologique », 165(93,74%) des patients ont répondu positivement contre 3(1,70%) de réponses négatives.

Q19.La rapidité de la prise de rendez-vous avec le psychologue est importante dans la prise en charge de mon trouble psychologique : (Patients n=176)					
		n	%		
Pas du tout d'accord	0	0%	Plutôt d'accord	67	38,06%
Plutôt pas d'accord	3	1,70%	Tout à fait d'accord	98	55,68%
Ni d'accord ni pas d'accord	8	4,54%			

Tableau 10: Avis sur l'importance d'un délai court pour le premier rendez-vous avec le psychologue

A la question 17 sur le délai avant le premier rendez-vous avec le psychologue du dispositif « Mon Psy », 143(81,24%) des patients rapportent qu'ils ont eu leur premier rendez-vous en moins d'un mois. En détail, 93(52,84%) entre 1 jour et 15 jours, 50(28,40%) entre 16 jours et un mois, 27(15,34%) entre 1 mois et 3 mois, 5(2,84%) entre 3 mois et 6 mois et 1(0,56%) plus de 6 mois.

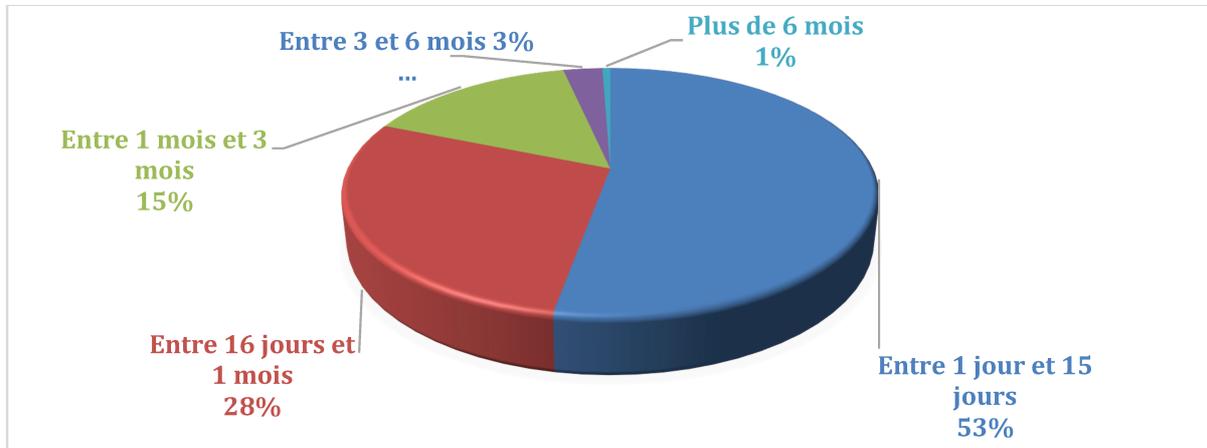


Figure 39: Délai avant premier rendez-vous avec le psychologue du dispositif « Mon Psy »

A la question 24 qui avaient pour but de savoir si les médecins proposaient régulièrement le dispositif « Mon Psy » à leurs patients qui présentent un trouble psychologique, une majorité de médecins 124(55,85%) répondaient positivement contre 98(44,15%) qui répondaient négativement.

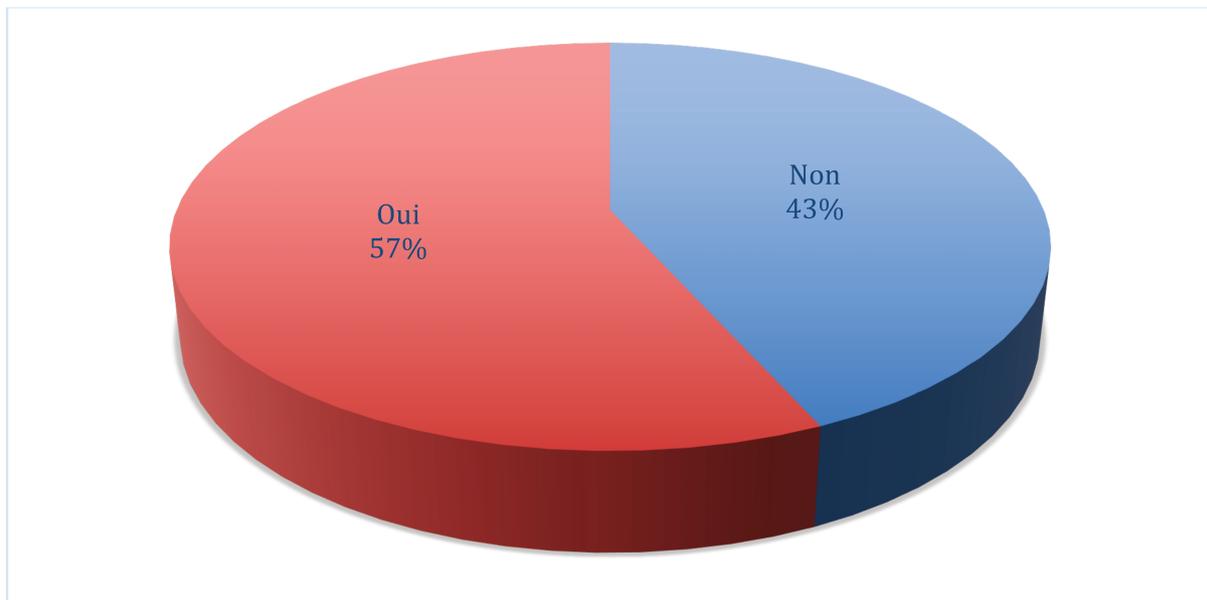


Figure 40: Proposition du dispositif « Mon Psy » aux patients avec troubles psychologiques

La question 26 avait pour objectif de savoir si les médecins écrivaient un courrier d'accompagnement en plus du courrier d'adressage, une majorité des médecins 138(62,16%) ont répondu que oui contre 84(37,84%) qui ne le faisaient pas.

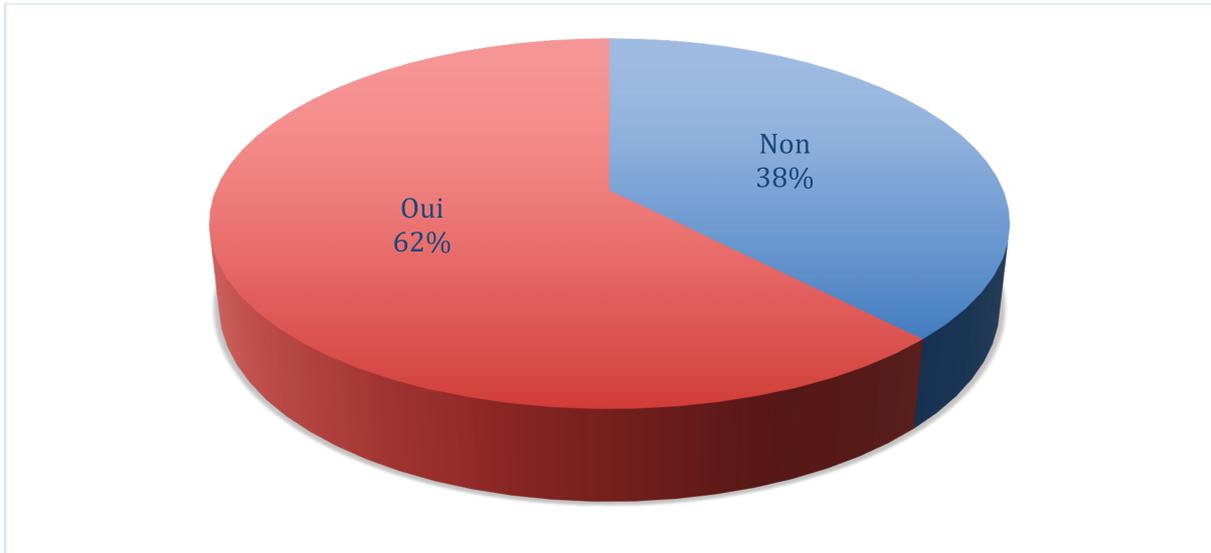


Figure 41: Écriture d'un courrier d'accompagnement

Pour les médecins qui écrivent le courrier d'accompagnement, à la question à choix multiples, les raisons étaient que celui-ci aide le psychologue à mieux connaître le patient 79(57,24%), il y avait une trace écrite de l'adressage dans le dossier du patient 73(52,89%), c'était une recommandation de la sécurité sociale 41(29,71%), le psychologue pouvait comparer son diagnostic à celui du médecin prescripteur 37(26,81%). Les autres raisons étaient à 4(2,89%).

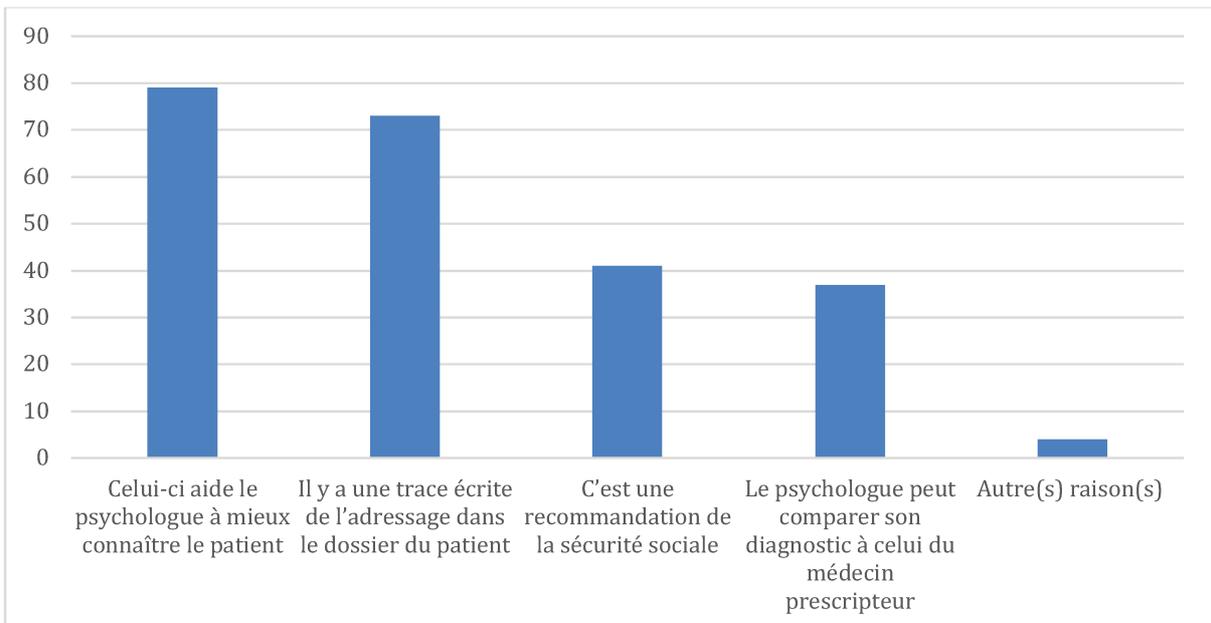


Figure 42: Raisons pour lesquelles les médecins généralistes écrivent un courrier d'accompagnement

Pour les médecins qui n'écrivaient pas le courrier d'accompagnement, à la question à choix multiples, les raisons étaient qu'ils n'avaient pas en général le temps de le rédiger 27(32,14%), qu'ils mettaient toutes les informations sur le courrier d'adressage 23(27,38%), que le courrier d'accompagnement n'avait aucun intérêt 13(15,47%), c'était un oubli 5(5,95%). Les autres raisons étaient au nombre de 12(14,28%).

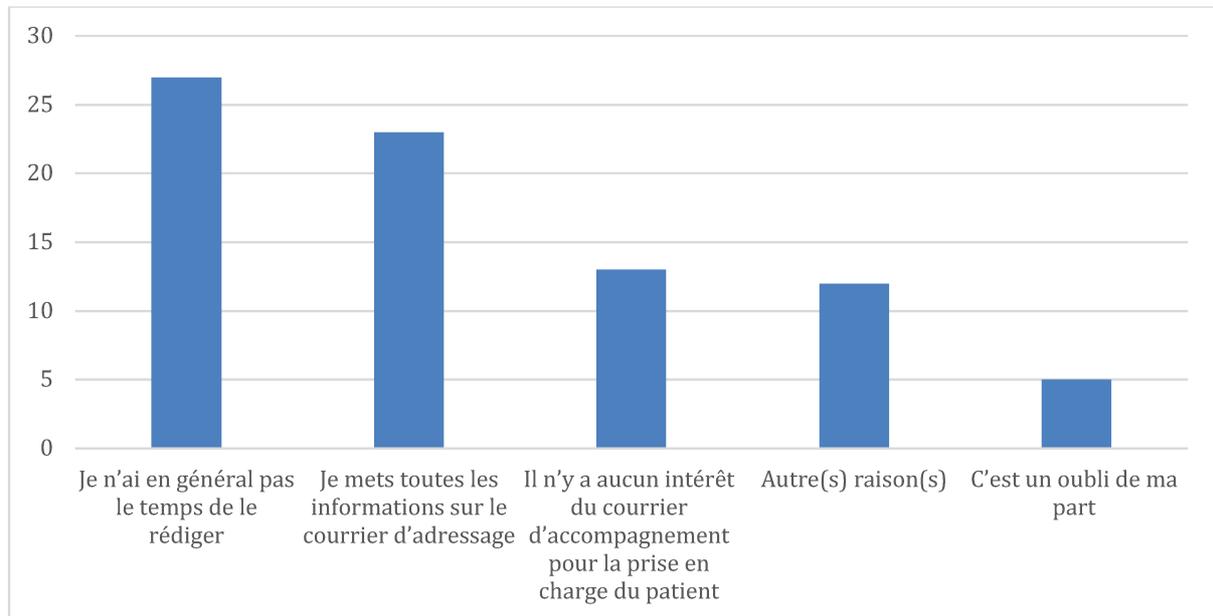


Figure 43: Raisons pour lesquelles les médecins généralistes n'écrivent pas de courrier d'accompagnement

Le but de la question 27 était de savoir si les médecins faisaient des échelles d'évaluation psychologique lors de l'adressage du patient, une nette majorité des médecins 154(69,36%) ne le faisaient pas contre 68(30,63%) qui le faisaient.

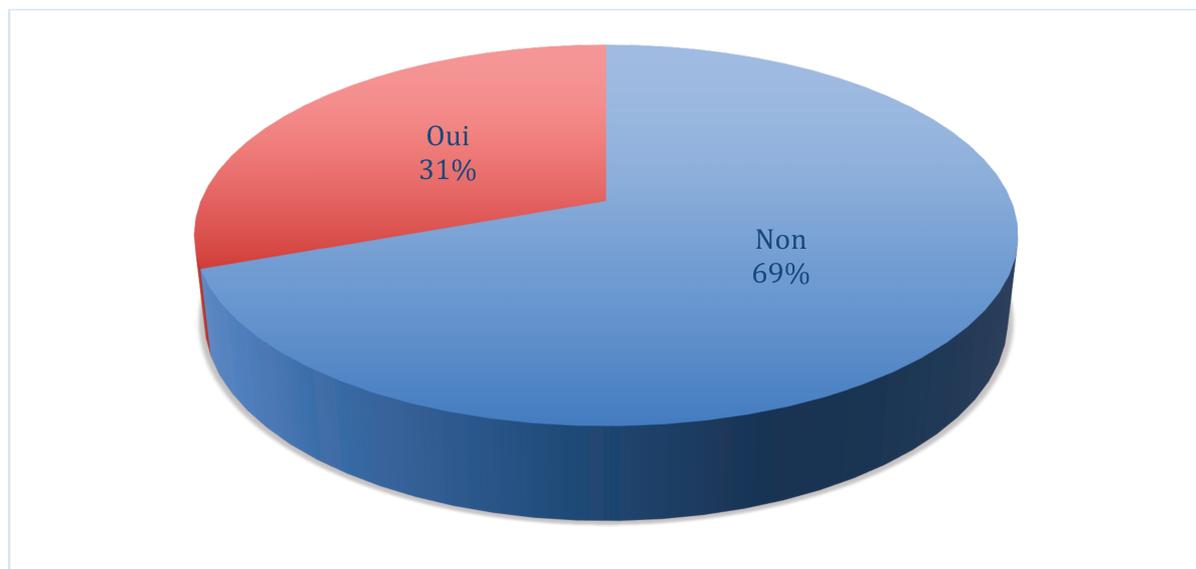


Figure 44: Utilisation des échelles d'évaluations psychologiques

Pour les médecins qui font ces échelles d'évaluation psychologiques, à la question à choix multiples, les raisons étaient que cela avait un intérêt dans le diagnostic de la pathologie psychologique 41(60,29%), il y avait une cotation pour l'échelle d'Hamilton 32(47,05%), cela avait un réel gain pour le patient 20(29,41%), c'était une aide pour le psychologue 13(19,11%). Les autres raisons étaient au nombre de 2(2,94%).

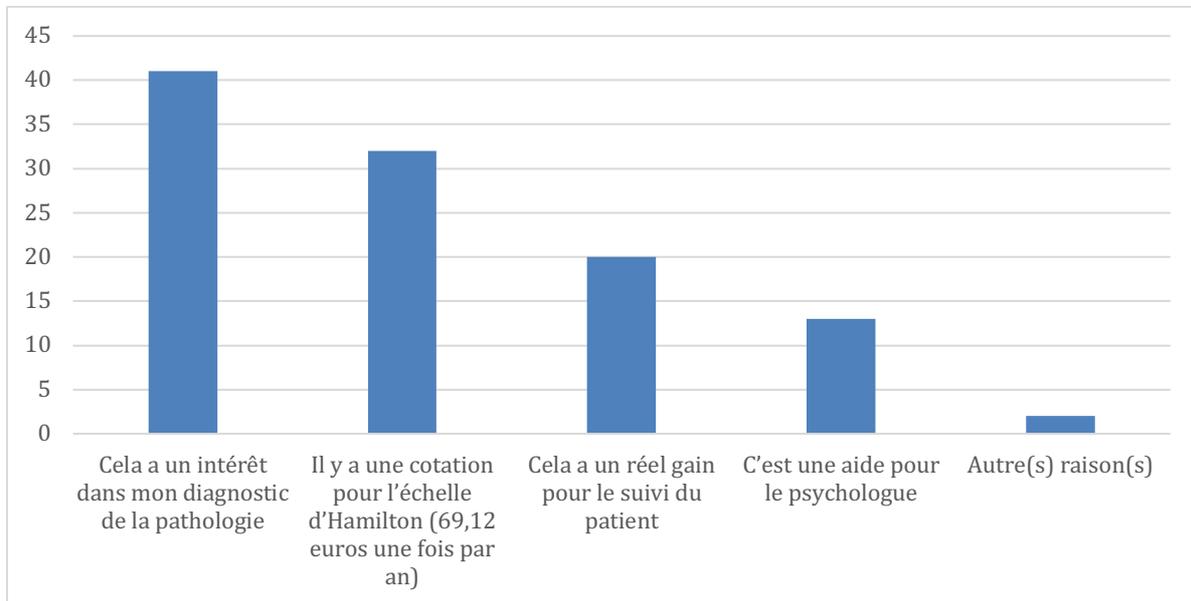


Figure 45: Raisons pour lesquelles les médecins utilisent les échelles d'évaluation psychologiques

Pour les médecins qui ne faisaient pas ces échelles d'évaluation, à la question à choix multiples, les raisons étaient qu'ils n'avaient pas le temps 70(45,45%), ils ne connaissaient pas du tout ces échelles 48(31,16%), ils connaissaient ces échelles mais ne les maîtrisaient pas assez pour les utiliser en pratique courante 42(27,27%), cela n'avait pas d'intérêt pour le suivi du patient 12(7,79%). Les autres raisons étaient au nombre de 16(10,38%).

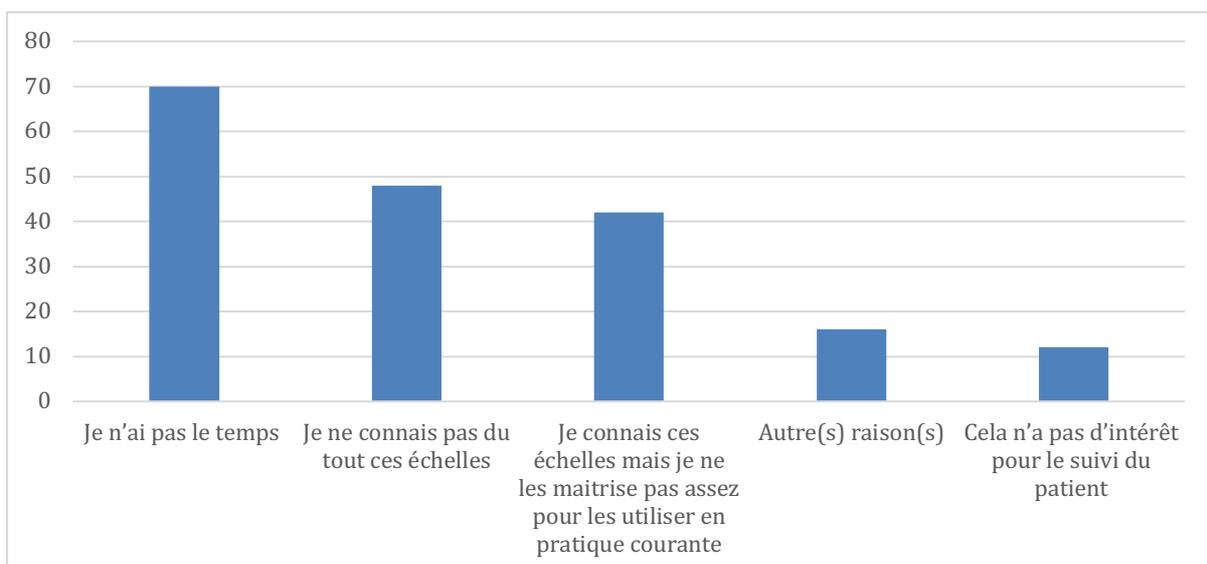


Figure 46: Raisons pour lesquelles les médecins n'utilisent pas les échelles d'évaluation psychologiques

La question 28 des médecins avait pour but de savoir s'ils obtenaient des comptes-rendus finaux de prise en charge des patients par les psychologues, une nette majorité des médecins 197(88,73%) ont répondu que non contre 25(11,27%) qui en recevaient un.

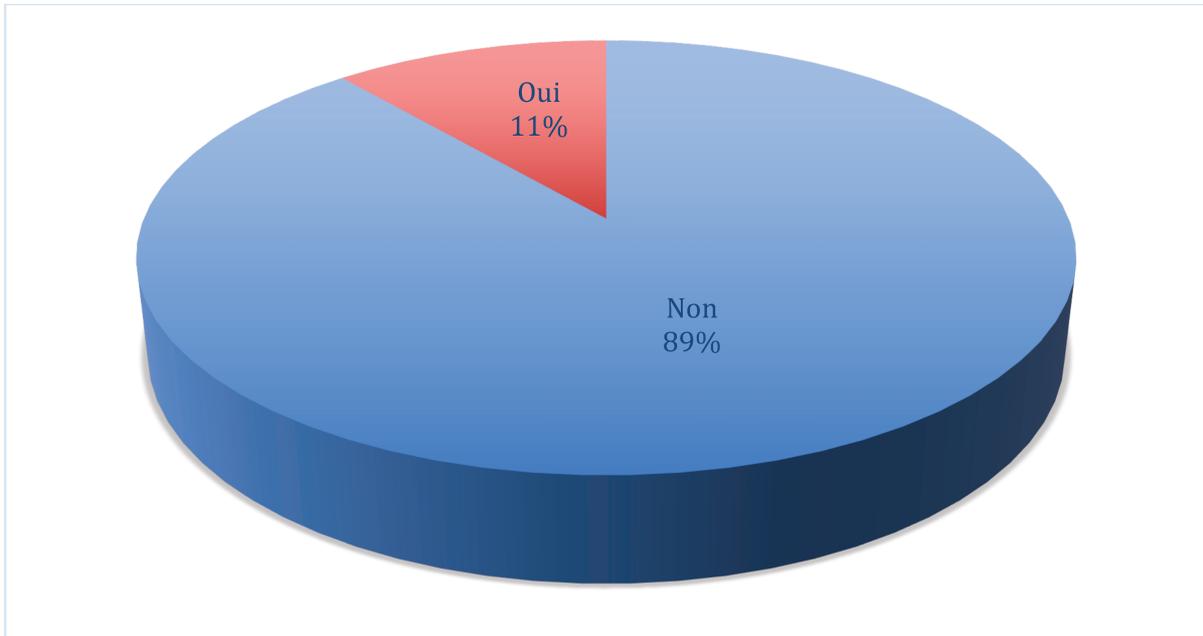


Figure 47: Obtention d'un compte-rendu final par le psychologue du dispositif « Mon Psy »

A la question 29 qui avait pour objectif de savoir si les médecins jugeaient ces comptes-rendus nécessaires à la bonne prise en charge des patients, une nette majorité 185(83,33%) ont répondu que oui contre 37(16,66%) qui ne le pensaient pas.

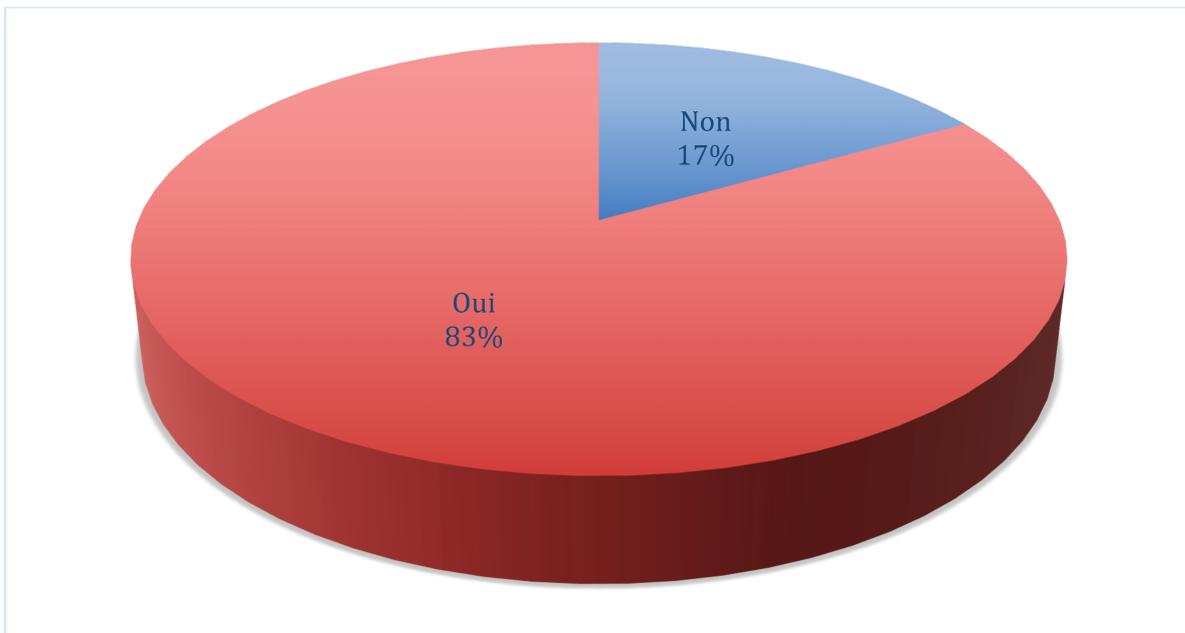


Figure 48 : Nécessité d'un compte-rendu final du psychologue du dispositif « Mon Psy »

3.8 Choix entre CMP et « Mon Psy » pour les troubles anxieux et/ou dépressifs d'intensité légère à modérée

La question 25 qui interrogeait les médecins pour savoir s'ils préféraient utiliser le dispositif « Mon Psy » plutôt qu'adresser au CMP les troubles anxieux et/ou dépressifs d'intensité légère à modérée, 124(55,85%) des médecins généralistes ont répondu que oui.

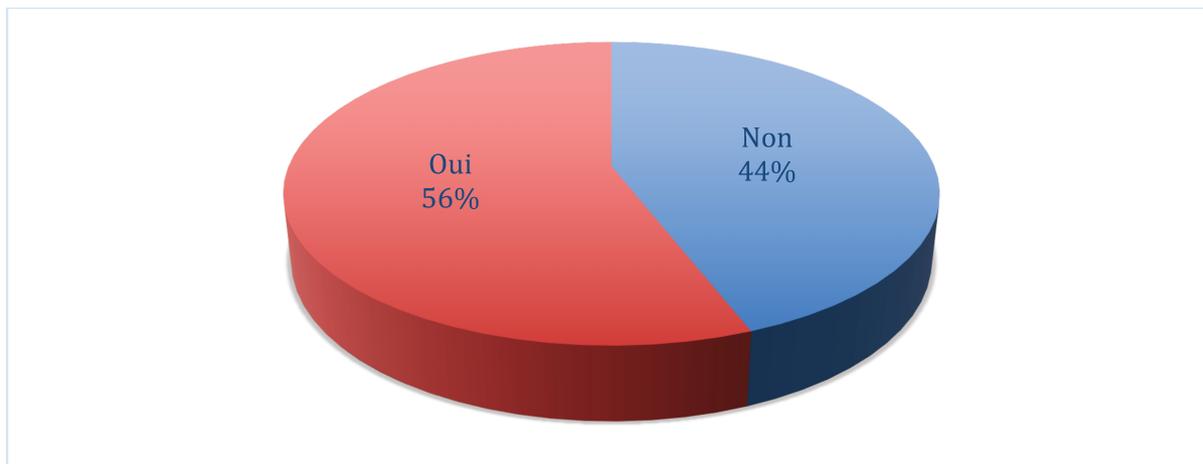


Figure 49: Préférence des médecins généraliste pour le dispositif « Mon Psy » plutôt que le CMP pour les troubles anxieux et/ou dépressifs d'intensité légère à modérée

Pour les médecins qui préféraient utiliser le dispositif « Mon Psy » plutôt qu'adresser au CMP les troubles anxieux et/ou dépressifs d'intensité légère à modérée, à la question à choix multiples, les raisons étaient le délai d'attente pour un rendez-vous qui était plus court avec le dispositif « Mon Psy » 63(64,28%), les patients préféraient le dispositif « Mon Psy » plutôt qu'un suivi en CMP 54(55,1%), les médecins pouvaient conseiller un psychologue qu'ils connaissaient 33(33,67%), le suivi psychologique des patients était meilleur avec le dispositif « Mon Psy » 26(26,53%). Les autres raisons représentaient 3(3,06%).

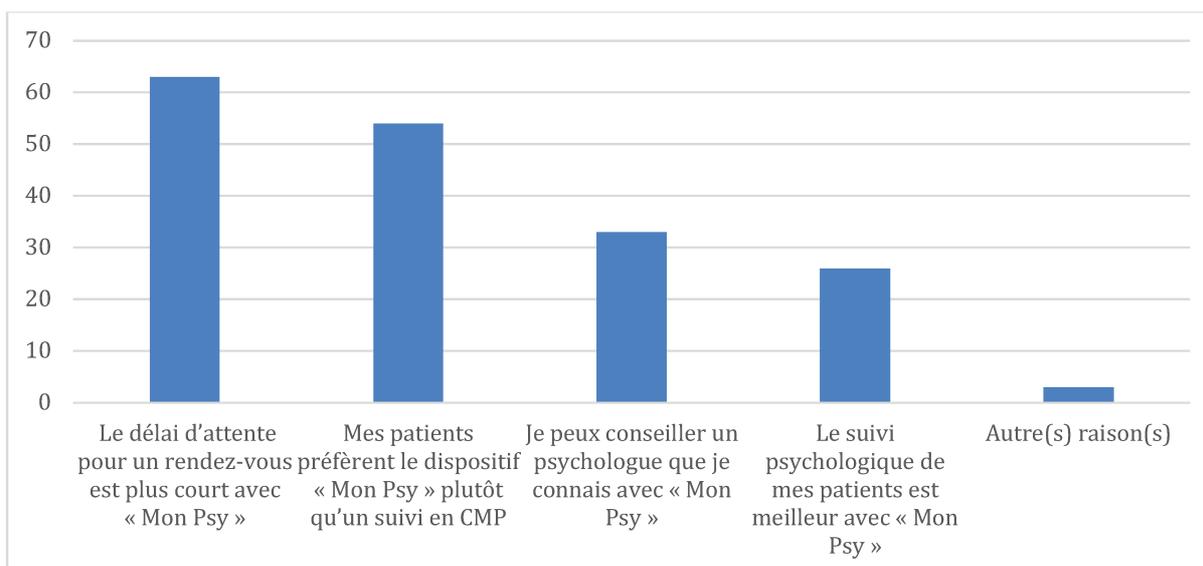


Figure 50: Raisons du choix du dispositif « Mon Psy » plutôt que le CMP pour les troubles anxieux et/ou dépressifs d'intensité légère à modérée par les médecins généraliste

Pour les médecins qui préféraient adresser au CMP plutôt qu'utiliser le dispositif « Mon Psy » les troubles anxieux et/ou dépressifs d'intensité légère à modérée, à la question à choix multiples, les raisons étaient le suivi pluridisciplinaire qui existait uniquement en CMP 44(35,48%), l'habitude qu'avaient les médecins à adresser au CMP et le refus de changer 35(28,22%), la communication qui était meilleure avec le personnel soignant des CMP 7(5,64%) et le suivi psychologique qui était meilleur est CMP 6(4,83%). Les autres raisons représentaient 45(36,29%).

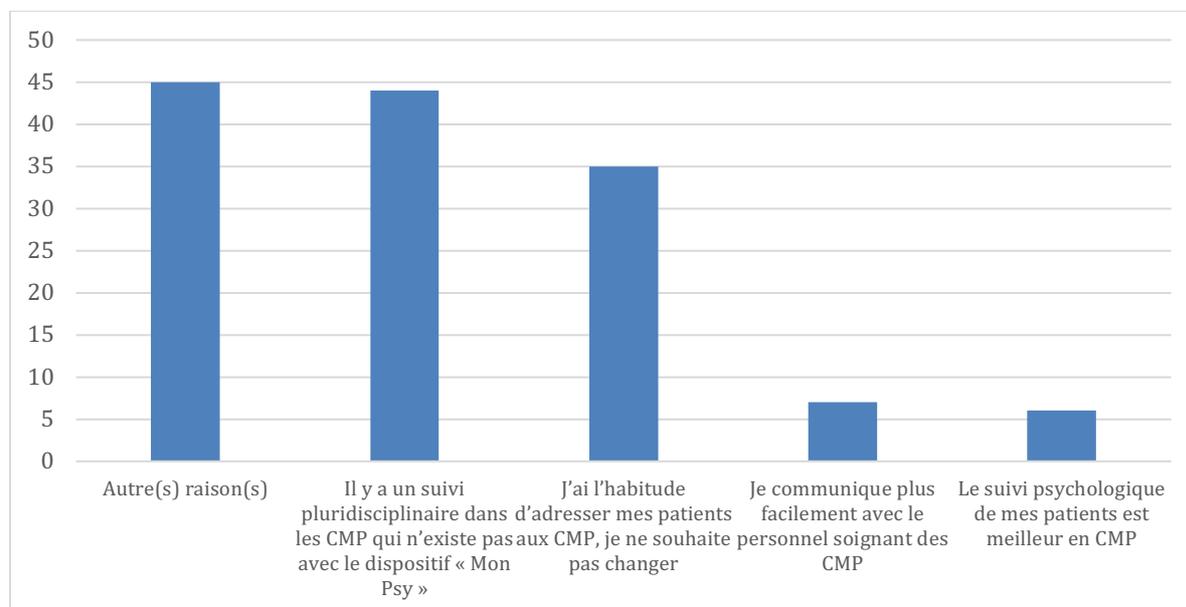


Figure 51: Raisons du choix du CMP plutôt que le dispositif « Mon Psy » pour les troubles anxieux et/ou dépressifs d'intensité légère à modérée par les médecins généralistes

A la question 13 qui avait pour but de savoir si les médecins considéraient le délai de prise de rendez-vous avec le CMP court, une nette majorité 196(88,28%) considéraient que non. 13(5,85%) étaient sans opinion.

Q13. Le délai de prise de rendez-vous avec le CMP de secteur est court (n=222)					
		n	%		
Pas du tout d'accord	143	64,41%	Plutôt d'accord	11	4,95%
Plutôt pas d'accord	53	23,87%	Tout à fait d'accord	2	0,90%
Ni d'accord ni pas d'accord	13	5,85%			

Tableau 11: Durée pour le premier rendez-vous en CMP

A la question 24, 45(25,56%) des patients ont un suivi dans un CMP en plus du suivi dans le cadre du dispositif Mon Psy et 131(74,44%) n'en ont pas.

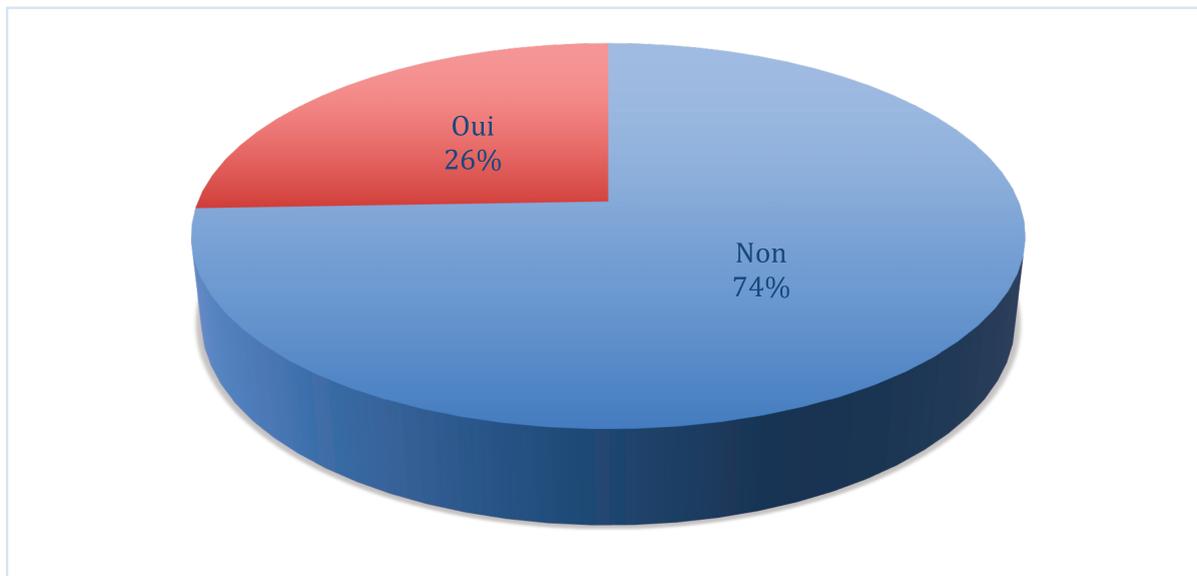


Figure 52: Suivi dans un CMP en plus du suivi dans le cadre du dispositif « Mon Psy »

A la question 25 à choix multiples, les raisons pour lesquelles les patients avaient utilisé le dispositif « Mon Psy » plutôt qu'un suivi en CMP étaient parce que cette orientation avait été privilégiée par le médecin 73,(41,47%), l'obtention du rendez-vous était plus rapide 66(37,5%), leur médecin ne leur avait pas parlé du CMP 39(22,15%), ils avaient été conseillés par une personne (ami, famille, connaissance) 28(15,9%), ils avaient déjà eu un suivi par le CMP de leur secteur mais ne souhaitaient plus continuer avec cette structure 22(12,5%), ils étaient déjà suivis ou en attente de suivi par un CMP 12(6,81%). Les autres raisons étaient au nombre de 23(13,06%).

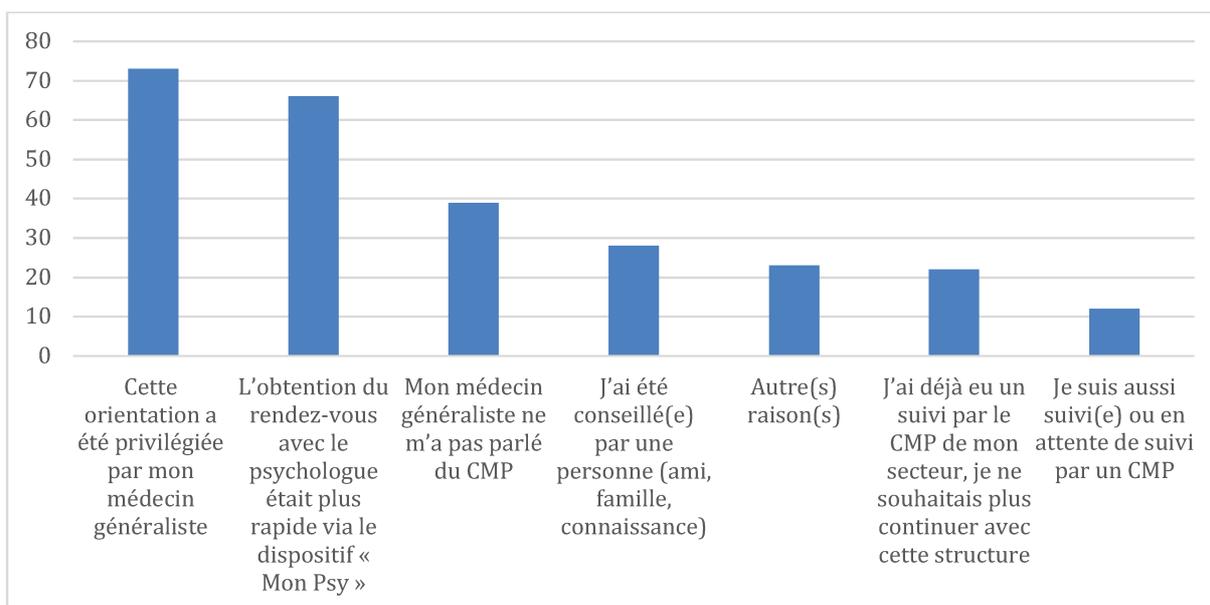


Figure 53: Raisons pour lesquelles les patients ont préféré le dispositif « Mon Psy » plutôt qu'un suivi en CMP

A la question 26 à choix multiples, les patients avaient préféré entrer dans le dispositif « Mon Psy » plutôt qu'un suivi par un psychiatre libéral car le rendez-vous était plus rapide 59(33,52%), cette orientation avait été privilégiée par leur médecin 50(28,40%), leur médecin n'avait pas conseillé d'être suivi par un psychiatre libéral 45(25,56%), leur psychologue avait été conseillé par une personne (ami, famille, connaissance) 20(11,36%), ils avaient déjà été suivis par un psychiatre libéral mais ne souhaitaient plus continuer un suivi avec ce professionnel de santé 7(3,97%), leur ancien psychiatre n'exerçait plus 2(1,13%). Les autres raisons étaient au nombre de 38(21,59%).

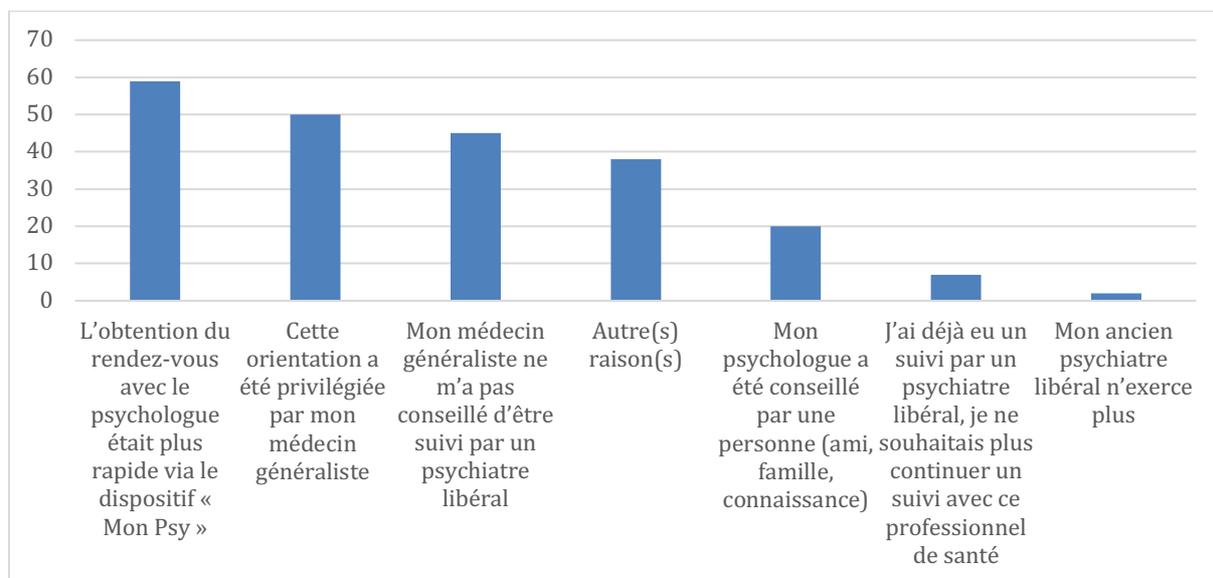


Figure 54: Raisons pour lesquelles les patients ont préféré le dispositif « Mon Psy » plutôt qu'un suivi par un psychiatre libéral

3.9 Évaluation du dispositif « Mon Psy »

A la question 32 « le remboursement des séances de psychologie via le dispositif « Mon Psy » a facilité l'initiation du suivi des patients par un psychologue », une nette majorité des médecins 155(69,81%) ont répondu de manière positive contre 24(10,81%) qui ont répondu de manière négative.

A la question 31 « Sans le dispositif « Mon Psy », j'aurais commencé un suivi par un psychologue », les réponses des patients étaient partagées avec 80(45,49%) qui pensaient que oui contre 74(42,04%) d'avis négatif.

Q32.Le remboursement des séances de psychologie via le dispositif « Mon Psy » a facilité l'initiation du suivi des patients par un psychologue (Médecins, n=222)					
		n	%		
Pas du tout d'accord	10	4,5%	Plutôt d'accord	87	39,18%
Plutôt pas d'accord	14	6,3%	Tout à fait d'accord	68	30,63%
Ni d'accord ni pas	43	19,36%			

d'accord					
Q31.Sans le dispositif « Mon Psy », j'aurais commencé un suivi par un psychologue (Patients, n=176)					
	n	%		n	%
Pas du tout d'accord	32	18,18%	Plutôt d'accord	46	26,13%
Plutôt pas d'accord	42	23,86%	Tout à fait d'accord	34	19,31%
Ni d'accord ni pas d'accord	22	12,5%			

Tableau 12: Dispositif « Mon Psy » et bénéfique pour l'initiation du suivi psychologique du patient

A la question 34 « Le dispositif « Mon Psy » a été bénéfique pour les patients avec des troubles psychologiques dans leur prise en charge », 151(68,01%) des médecins pensent que le dispositif « Mon Psy » a été bénéfique contre seulement 23(10,36%) qui avaient un avis négatif.

A la question 33 « Le suivi par un psychologue a été bénéfique dans la prise en charge de mon trouble psychologique », une majorité significative des patients 169(96,02%) considéraient que cela avait été bénéfique. Seulement 1(0,56%) avaient un avis négatif.

Q34.Le dispositif « Mon Psy » a été bénéfique pour les patients avec des troubles psychologiques dans leur prise en charge (Médecins, n=222)					
	n	%		n	%
Pas du tout d'accord	9	4,05%	Plutôt d'accord	101	45,49%
Plutôt pas d'accord	14	6,30%	Tout à fait d'accord	50	22,52%
Ni d'accord ni pas d'accord	48	21,62%			
Q33.Le suivi par un psychologue a été bénéfique dans la prise en charge de mon trouble psychologique (Patients, n=176)					
	n	%		n	%
Pas du tout d'accord	1	0,56%	Plutôt d'accord	55	31,25%
Plutôt pas d'accord	0	0%	Tout à fait d'accord	114	64,77%
Ni d'accord ni pas d'accord	6	3,4%			

Tableau 13: Dispositif « Mon Psy » et bénéfique pour le patient

A la question 33 « Le dispositif « Mon Psy » a été bénéfique pour les médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients avec des troubles psychologiques », une majorité des médecins 120(54,05%) estimaient que le dispositif « Mon Psy » a été bénéfique pour les médecins contre seulement 38(17,11%) d'avis négatif.

A la question 35 « Le dispositif « Mon Psy » a permis de réduire la prescription de traitement(s) à visée psychiatrique et/ou le(s) arrêt(s) de travail aux patients avec troubles psychologiques », 68(30,6%) des médecins estimaient que le dispositif « Mon Psy » a diminué la prescription de traitement psychotiques au patients atteints de troubles psychologiques mais 106(47,74%) n'avaient pas d'opinion.

Q33.Le dispositif « Mon Psy » a été bénéfique pour les médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients avec des troubles psychologiques : (n=222)					
		n	%		
Pas du tout d'accord	11	4,95%	Plutôt d'accord	77	34,68%
Plutôt pas d'accord	27	12,16%	Tout à fait d'accord	43	19,36%
Ni d'accord ni pas d'accord	64	28,82%			
Q35.Le dispositif « Mon Psy » a permis de réduire la prescription de traitement(s) à visée psychiatrique et/ou le(s) arrêt(s) de travail aux patients avec troubles psychologiques : (n=222)					
		n	%		
Pas du tout d'accord	14	6,30%	Plutôt d'accord	48	21,62%
Plutôt pas d'accord	34	15,31%	Tout à fait d'accord	21	9,45%
Ni d'accord ni pas d'accord	106	47,74%			

Tableau 14: Dispositif « Mon Psy » et bénéfice pour le médecin généraliste

A la question 36 sur le nombre de consultations remboursées idéal, 91(40,99%) des médecins estimaient que le nombre nécessaire de séances remboursées chez le psychologue dans le cadre dispositif 'Mon Psy » devrait être de 12 par an. 72(32,43%) estimaient que le nombre de séances remboursées devrait être non limité. Seulement 36(16,21%) jugeaient que le nombre actuel de séances remboursées était suffisant. 21(10%) pensaient que le nombre idéal devrait être entre 12 et 20 séances par an. 2(1%) jugeaient qu'il faudrait plus de 20 séances remboursées par an.

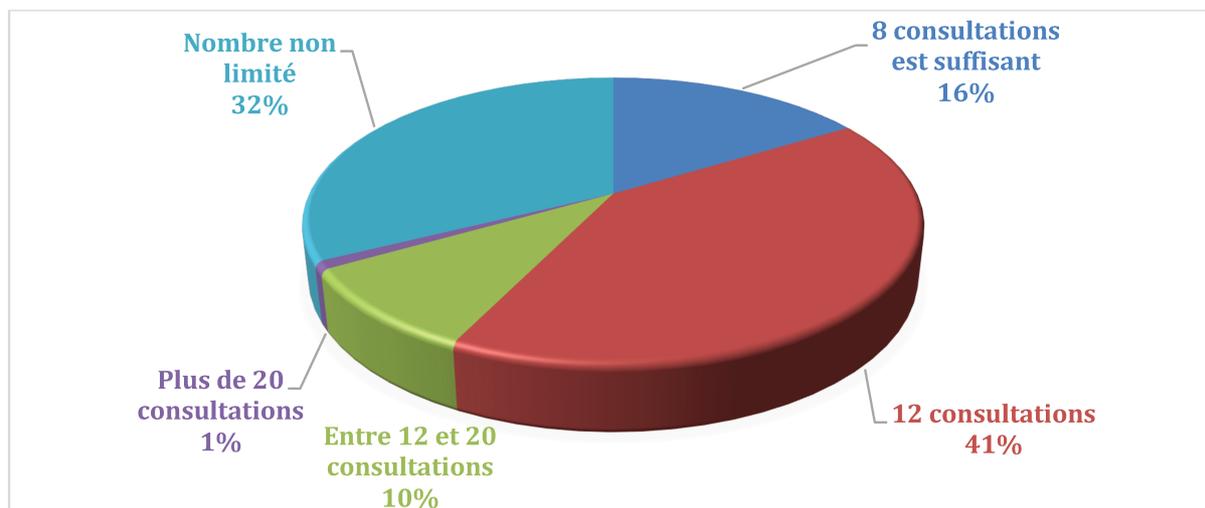


Figure 55: Nombre de consultations remboursées idéal pour les médecins

A la question 35 sur le nombre de consultations remboursées idéal, 71(40,34%) des patients estimaient que le nombre nécessaire de séances remboursées chez le psychologue dans le cadre du dispositif « Mon Psy » devrait être de 12 par an. 61(34,65%) pensaient que le nombre ne devrait pas être limité. Seulement 10(5,68%) jugeaient que le nombre actuel était suffisant. 24(13%) entre 12 et 20 consultations par an. 10(6%) plus de 20 consultations par an.

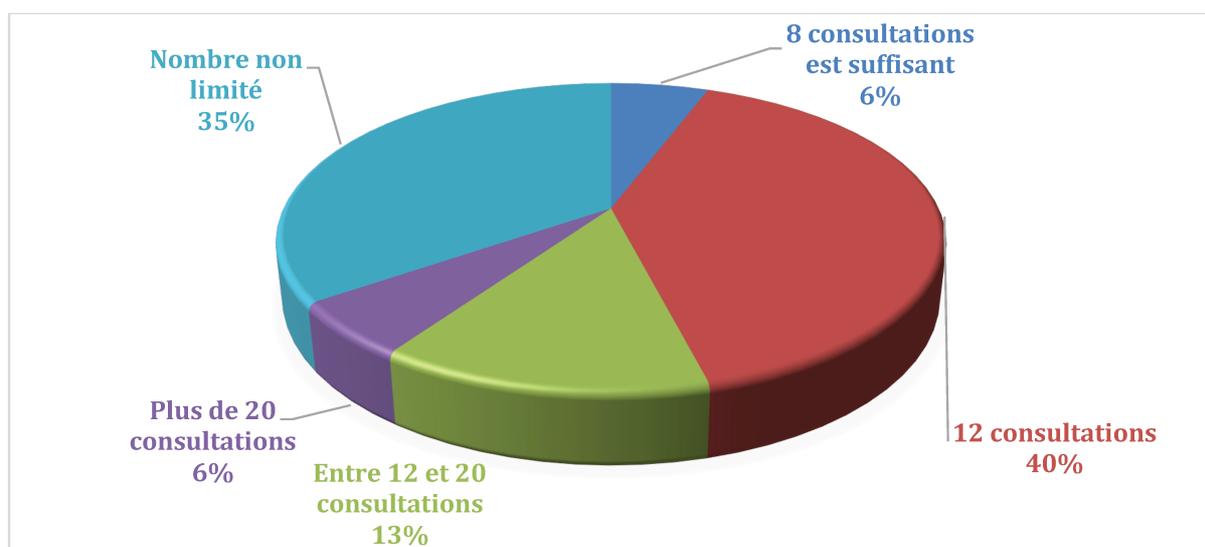


Figure 56: Nombre de consultations remboursées idéal pour les patients

A la question 36 à choix multiples, selon les patients, les inconvénients du dispositif « Mon Psy » étaient qu'il y avait trop peu de psychologues qui étaient conventionnés pour le dispositif « Mon Psy » 130(73,86%), il était nécessaire pour les patients (hors ALD-CMU-Accident travail) d'avancer l'argent avant d'être remboursés 62(35,22%), la durée des séances avec le psychologue était trop courte 53(30,11%), il n'y avait pas de prise en charge pluridisciplinaire (type CMP) 16(9,09%), la distance entre leur domicile et le bureau du psychologue conventionné le plus proche était trop grande 15(8,52%). Les autres raisons représentaient 15(8,52%).

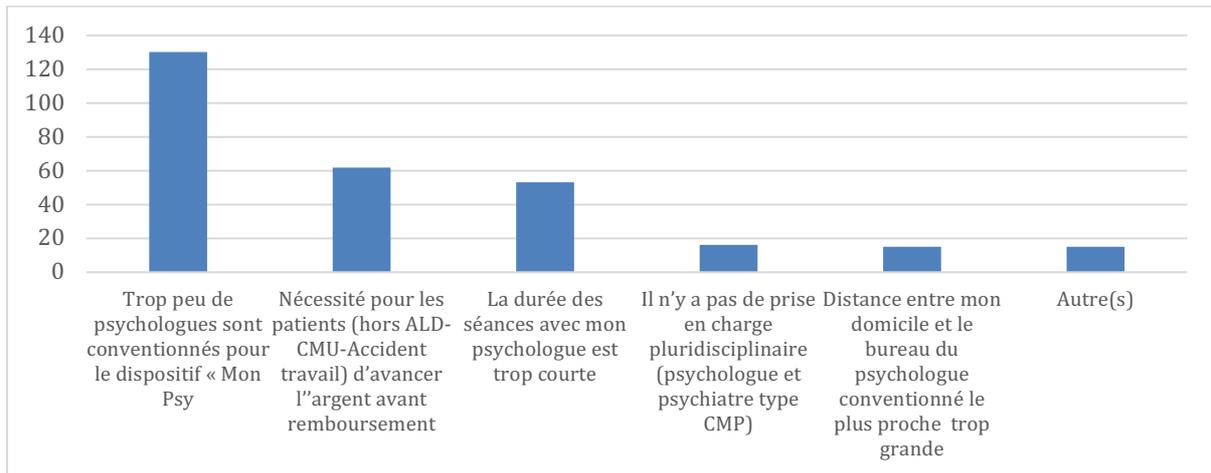


Figure 57: Inconvénients du dispositif « Mon Psy » pour les patients

A la question 37 à choix multiples, selon les médecins, les inconvénients du dispositif « Mon Psy » étaient : il n'y avait qu'un faible nombre de psychologues conventionnés 193(86,93%) , il y avait une faible correspondance entre les psychologues et les médecins généralistes 88(39,63%), les psychologues conventionnés ne faisaient pas partie des psychologues avec qui les médecins avaient l'habitude de travailler 85(38,28%), il n'y avait pas de prise en charge pluridisciplinaire comme en CMP 47(21,17%), il était nécessaire pour les patients (Hors CMU-ALD et accident de travail) d'avancer l'argent avant d'être remboursés 36(16,21%), les médecins trouvaient les psychologues du dispositif « Mon Psy » inexpérimentés 2(0,9%). Les autres réponses représentaient 19(8,55%).

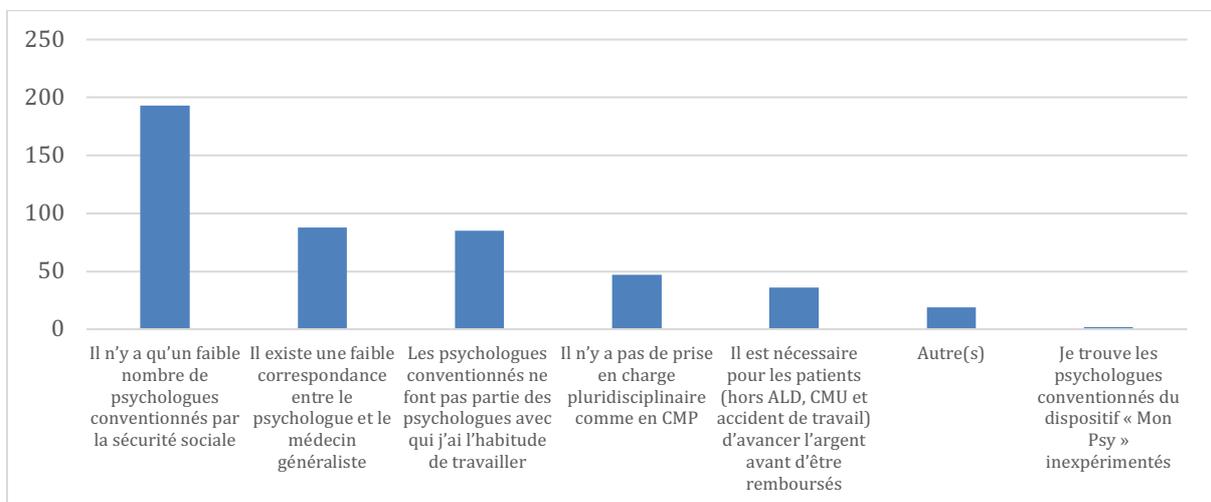


Figure 58: Inconvénients du dispositif « Mon Psy » pour les médecins

4 Analyse univariée des facteurs associés aux réponses des médecins et des patients

4.1 Les médecins

4.1.1 Impact de l'âge du médecin

Nous avons retrouvé une association significative entre l'âge des médecins (Question 2) et le fait de proposer régulièrement le dispositif « Mon Psy » à leurs patients (Question 24). En effet, plus les médecins sont âgés, moins ils proposent régulièrement le dispositif « Mon Psy » à leurs patients avec troubles anxieux et/ou dépressifs d'intensité légère à modérée.

Nous avons retrouvé une association significative entre l'âge du médecin (Question 2) et le fait de trouver le dispositif « Mon Psy » bénéfique pour les médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients avec des troubles psychologiques (Question 33). En effet, plus le médecin est âgé, plus il trouve cela bénéfique pour les médecins généralistes.

	Je ne propose pas régulièrement le dispositif « Mon Psy » à mes patients	Je propose régulièrement le dispositif « Mon Psy » à mes patients	P=0,01
Moins de 40 ans	21	44	65
Entre 40 et 49 ans	20	16	36
Entre 50 et 59 ans	22	34	56
60 ans et plus	38	27	64
	101	121	222
	Le dispositif « Mon Psy » a été bénéfique pour les médecins généralistes	Le dispositif « Mon Psy » n'a pas été bénéfique pour les médecins généralistes	P=0,0002
Moins de 40 ans	15	28	43
Entre 40 e 49 ans	13	14	27
Entre 50 et 59 ans	3	36	39
60 ans et plus	7	42	49
	38	120	158

Tableau 15: Influence de l'âge du médecin

4.1.2 Avis sur la qualité des soins psychiatriques

Nous avons retrouvé une association significative entre l'avis sur la qualité des soins psychiatriques en structure publique extrahospitalière (type CMP) dans les Hauts-De-France (Question 12) et l'avis sur le délai de prise de rendez-vous avec le CMP du secteur (Question 13). En effet, plus les médecins considèrent ce délai long, plus ils trouvent que les soins en CMP sont de mauvaise qualité.

	Le délai de prise de rendez-vous avec le CMP de secteur n'est pas court	Le délai de prise de rendez-vous avec le CMP de secteur est court	P= 0,007
Les soins psychiatriques en structure publique (type CMP) sont de bonne qualité dans les Hauts-De-France	95	4	99
Les soins psychiatriques en structure publique (type CMP) ne sont pas de bonne qualité dans les Hauts-De-France	51	10	61
	146	14	160

Tableau 16 : Influence du délai de prise en charge en CMP

Nous avons retrouvé une association significative entre l'avis sur la communication entre les psychiatres et les médecins généralistes (Questions 15) et l'avis sur la qualité des soins psychiatriques en structure hospitalière dans les Hauts-De-France (Question 11). Plus les médecins trouvent que la communication est de mauvaise qualité, plus les soins psychiatriques en structure hospitalière dans les Hauts-De-France sont jugés mauvais.

Nous avons retrouvé une association significative entre l'avis sur la communication entre les psychiatres et les médecins généralistes (Questions 15) et l'avis sur la qualité des soins psychiatriques en structure publique extrahospitalière (type CMP) dans les Hauts-De-France (Question 12). Plus les médecins trouvent que la communication est de mauvaise qualité, plus ils trouvent que les soins en CMP sont de mauvaise qualité.

Nous avons retrouvé une association significative entre l'avis sur la communication entre les psychiatres et les médecins généralistes (Questions 15) et l'avis sur la qualité la prise en charge par les psychiatres en secteur libéral (Question 14). Plus les médecins trouvent que la communication est de mauvaise qualité, plus ils trouvent que la prise en charge par psychiatres en secteur libéral est de mauvaise qualité.

	Les soins psychiatriques en structure hospitalière ne sont pas de bonne qualité dans les HDF	Les soins psychiatriques en structure hospitalière sont de bonne qualité dans les HDF	P =0,032
La communication avec les psychiatres est de mauvaise qualité	59	31	90
La communication avec les psychiatres est de bonne qualité	11	15	26
	70	46	116
	Les soins psychiatriques en structure publique (type CMP) ne sont pas de bonne qualité dans les HDF	Les soins psychiatriques en structure publique (type CMP) sont de bonne qualité dans les HDF	P=0,006
La communication avec les psychiatres est de mauvaise qualité	66	27	93
La communication avec les psychiatres est de bonne qualité	13	17	30
	79	44	123
	La prise en charge par les psychiatres en milieu libéral n'est pas de bonne qualité	La prise en charge par les psychiatres en milieu libéral est de bonne qualité	P=0,015
La communication avec les psychiatres est de mauvaise qualité	40	44	84
La communication avec les psychiatres est de bonne qualité	7	24	31
	47	68	115

Tableau 17: Influence de l'avis sur la communication avec les psychiatres

Nous avons retrouvé une association significative entre le fait d'avoir au moins un psychiatre libéral en contact qui prend de nouveaux patients (Questions 16) et l'avis sur la qualité la prise en charge par les psychiatres en secteur libéral (Question 14). Moins les médecins ont en contact un psychiatre libéral qui prend de nouveaux patients, plus ils trouvent que la prise en charge par psychiatres en secteur libéral est de mauvaise qualité.

	La prise en charge par les psychiatres en milieu libéral n'est pas de bonne qualité	La prise en charge par les psychiatres en milieu libéral est de bonne qualité	P=0,01
Je n'ai pas de psychiatre libéral en contact qui prend de nouveaux patients :	40	47	87
J'ai un psychiatre libéral en contact qui prend de nouveaux patients :	17	49	66
	57	96	

Tableau 18: Influence d'avoir un psychiatre qui prend de nouveaux patients en contact

4.1.3 Rôle de la reconnaissance du dispositif « Mon Psy » comme simple d'utilisation

Nous avons retrouvé une association significative entre l'avis sur la simplicité du dispositif « Mon Psy » (Questions 23) et le fait de proposer régulièrement ou non le dispositif « Mon Psy » à ses patients (Question 24). Plus les médecins considèrent ce dispositif comme simple d'utilisation, plus ils le proposent à leurs patients.

Nous avons retrouvé une association significative entre l'avis sur la simplicité du dispositif « Mon Psy » (Questions 23) et le fait de considérer que le remboursement des séances de psychologie via le dispositif « Mon Psy » a facilité l'initiation du suivi des patients par un psychologues (Question 32). Plus les médecins considèrent le dispositif « Mon Psy » comme simple d'utilisation, plus ils considèrent que le dispositif « Mon Psy » a facilité l'initiation du suivi des patients par un psychologues.

Nous avons retrouvé une association significative entre l'avis sur la simplicité du dispositif « Mon Psy » (Questions 23) et le fait de considérer que le dispositif « Mon Psy » a été bénéfique pour les médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients avec des troubles psychologiques (Question 33). Plus les médecins considèrent le dispositif « Mon Psy » comme simple d'utilisation, plus ils considèrent que le dispositif « Mon Psy » a été bénéfique pour les médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients avec des troubles psychologiques.

Nous avons retrouvé une association significative entre l'avis sur la simplicité du dispositif « Mon Psy » (Questions 23) et le fait de considérer que le dispositif « Mon Psy » a été bénéfique pour les patients dans la prise en charge de leurs troubles

psychologiques (Question 34). Plus les médecins considèrent le dispositif « Mon Psy » comme simple d'utilisation, plus ils considèrent que le dispositif « Mon Psy a été bénéfique pour les patients avec des troubles psychologiques.

	Je ne propose pas régulièrement le dispositif Mon Psy à mes patients	Je propose régulièrement le dispositif Mon Psy à mes patients	P =6,24.10⁻⁵
Mon Psy n'est pas simple d'utilisation	28	23	51
Mon Psy est simple d'utilisation	25	84	109
	53	107	160
	Le remboursement des séances de psychologie via le dispositif « Mon Psy » n'a pas facilité l'initiation du suivi des patients par un psychologues	Le remboursement des séances de psychologie via le dispositif « Mon Psy » a facilité l'initiation du suivi des patients par un psychologues	P=7,78*10⁻⁷
Mon Psy n'est pas simple d'utilisation	17	30	47
Mon Psy est simple d'utilisation	5	95	100
	22	125	
	Le dispositif « Mon Psy » n'a pas été bénéfique pour les médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients avec des troubles psychologiques	Le dispositif « Mon Psy » a été bénéfique pour les médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients avec des troubles psychologiques	P=2,16*10⁻⁷
Le dispositif Mon Psy n'est pas simple d'utilisation	21	20	41
Le dispositif Mon Psy est simple d'utilisation	8	76	84
	29	96	127
	Le dispositif « Mon Psy » n'a pas été bénéfique pour les patients avec des troubles psychologiques dans leur prise en charge	Le dispositif « Mon Psy » a été bénéfique pour les patients avec des troubles psychologiques dans leur prise en charge	P=7,05*10⁻⁵
Le dispositif Mon Psy n'est pas simple d'utilisation :	13	26	39
Le dispositif Mon Psy est simple d'utilisation	7	93	100
	20	119	139

Tableau 19: Influence de l'avis de simplicité du dispositif « Mon Psy »

4.2 Les patients

Nous avons retrouvé une association significative entre le fait que la prescription du médecin pour l'entrée dans le dispositif soit justifiée (Questions 9) et le fait de considérer que son médecin généraliste soit compétent pour la prise en charge du trouble psychologique du patient (Question 29). Plus le patient considère son médecin généraliste comme compétent pour la prise en charge de son trouble psychologique, plus il adhère que son médecin soit le prescripteur initial.

	Mon médecin généraliste n'est pas compétent pour la prise en charge de mon trouble psychologique	Mon médecin généraliste est compétent pour la prise en charge de mon trouble psychologique	P =0,02
La prescription initiale via un médecin pour entrer dans le dispositif « mon Psy » n'est pas justifiée	17	13	30
La prescription initiale via un médecin pour entrer dans le dispositif « mon Psy » est justifiée	39	75	114
H	56	88	144

Tableau 20: Influence de la considération que le médecin généraliste soit compétent pour le suivi psychologique

Discussions

1 Forces de l'étude

Il s'agit de la première étude quantitative en France sur l'avis des patients et des médecins généralistes sur le dispositif « Mon Psy » instauré en Avril 2022. À notre connaissance, il n'existe qu'une étude qualitative rédigée en 2022 sur la phase expérimentale de la psychothérapie remboursée entre 2018 et 2022 et le ressenti des médecins généralistes installés dans les Landes n'ayant pas inclus de patients dans le dispositif. Notre étude enrichit donc ce travail.

Notre étude est complète car elle étudie deux populations distinctes : les patients qui sont dans le dispositif « Mon Psy » et les médecins généralistes qui connaissent ce dispositif.

L'analyse descriptive des réponses aux questions est concluante. Elle permet de définir une nette tendance de l'avis des patients et des médecins généralistes à chaque question, avec plus de 50% des patients ou des médecins généralistes ayant une opinion défavorable ou favorable sur presque chaque question. Nous pouvons conclure à partir de notre hypothèse de départ que les patients et les médecins généralistes apprécient majoritairement le dispositif « Mon Psy ».

L'inclusion des « sans opinion » est une force de notre étude, celle-ci laisse la possibilité aux patients et aux médecins généralistes de ne pas avoir d'avis sur les questions posées. Elle a permis d'analyser la probabilité d'avoir une opinion sur chaque question et de limiter l'effet d'imposition d'une problématique.

2 Limites de l'étude

La méthode que nous avons utilisée présente plusieurs biais.

Tout d'abord, le biais de déclaration (ou biais vers le « oui ») : les enquêtés ayant peu d'opinion sur une question auront plus tendance à répondre oui que non, ou choisir la réponse qui leur semble attendue.

Ensuite le biais de formulation : les réponses peuvent être influencées par la formulation des questions.

Puis le biais d'imposition de problématique : les questions sont définies par les enquêteurs et s'imposent aux sondés qui n'avaient pas d'idées définies sur les questions.

Enfin le biais de fatigabilité : lorsque le questionnaire est trop long, les enquêtés répondent plus rapidement, sans réfléchir au problème posé, pour arrêter l'exercice.

3 Principaux résultats

Notre étude est une étude quantitative observationnelle réalisée sur 172 patients et 222 médecins généralistes. Celle-ci révèle que la majorité des patients et les médecins généralistes apprécient majoritairement le dispositif « Mon Psy ».

Concernant l'analyse descriptive :

Il est considéré comme simple d'utilisation par **109(49,09%) des médecins** et par **158 (89,77%) des patients**.

Il est jugé comme bénéfique pour les patients selon **151(68,01%) des médecins** et **169(96,02%) des patients**. Il est considéré comme bénéfique pour les médecins par **120(54,05%) des médecins**.

Il faciliterait l'initiation d'un suivi psychologique selon **155(69,81%) des médecins** et **80(45,49%) des patients**. **158(71%) des médecins** et **140(79,54%) des patients** valident le fait que les médecins doivent être les prescripteurs initiaux et obligatoires du dispositif « Mon Psy ».

154(69,36%) des médecins ne font pas d'échelles d'évaluation psychologique. **84(37,83%) des médecins** ne font pas de courrier d'accompagnement. **197(88,73%)** des médecins n'obtiennent pas de comptes rendus finaux de prise en charge par les psychologues alors que **185(83,33%) d'entre eux** le jugent nécessaire.

196(88,28%) des médecins considèrent que le délai avant rendez-vous en CMP est trop long. **100(45,04%) des médecins** jugent négativement la qualité des soins en CMP. **124(55,85%) des médecins** proposent régulièrement le dispositif « Mon Psy » à leurs patients. **124(55,85%) des médecins** préfèrent utiliser le dispositif « Mon Psy » plutôt qu'adresser au CMP les troubles anxieux et/ou dépressifs d'intensité légère à modérée. Pour les médecins qui préfèrent utiliser le dispositif « Mon Psy » les raisons sont le délai d'attente pour un rendez-vous qui est plus court avec le dispositif « Mon Psy » pour **63(64,28%) d'entre eux**, les patients préfèrent le dispositif « Mon Psy » plutôt qu'un suivi en CMP pour **54(55,1%) d'entre eux**.

Pour **96(43,24%) des médecins**, la vision de la qualité des soins par les psychiatres libéraux est positive mais **128(57,65%) des médecins** n'ont pas de psychiatre libéral en contact qui prend de nouveaux patients.

182(81,98%) des médecins sont d'accord sur le fait que la pandémie de Covid-19 a augmenté les troubles d'ordre psychologiques. **207(93,24%) des médecins** jugent que leur rôle est fondamental dans la prise en charge des patients avec des troubles psychologiques. **125(56,3%) des médecins** se sentent à l'aise dans la prise en charge des troubles psychologiques et **88(50%) des patients** les trouvent compétents dans ce rôle. **198(89,18%) des médecins** et **163(92,61%) des patients**

ont répondu favorablement sur l'intérêt du suivi psychologique. **120(54,05%) des médecins** et **93(52,84%) des patients** ont répondu positivement sur le fait que le suivi psychologique reste un sujet tabou.

171(77%) des médecins ont le ressenti qu'ils n'ont pas assez de temps en consultation avec les patients atteints de troubles psychologiques. **110(49,54%) des médecins** estiment qu'il faudrait entre 20 et 30 minutes par consultation et **67(30,18%) des médecins** plus de 30 minutes. **83(47,15%) des patients** jugent la durée de la consultation insuffisante avec leur médecin généraliste. **111(63%) des patients** répondent de manière positive sur le fait qu'ils se sentent écoutés par leur médecin généraliste.

Le dispositif « Mon Psy » n'en reste pas moins sans défaut, les principaux rapportés sont un nombre de séances remboursées par an insuffisant, un nombre de psychologues conventionnés trop faible pour **193(86,93%) des médecins** et **130(73,86%) des patients**, une communication déficiente entre psychologues et médecins généralistes pour **88(39,63%) des médecins**, qu'il faut avancer l'argent pour **62(35,22%) des patients** et que les séances sont trop courtes pour **50(30,11%) des patients**.

Concernant les associations significatives (test du Khi 2) :

-Plus les médecins sont âgés, moins ils proposent régulièrement le dispositif « Mon Psy » à leurs patients avec troubles anxieux et/ou dépressifs d'intensité légère à modérée ($p=0,01$).

-Plus les médecins considèrent le dispositif « Mon Psy » comme simple d'utilisation, plus ils considèrent que le dispositif « Mon Psy » a été bénéfique pour les patients avec des troubles psychologiques ($p=7,05 \cdot 10^{-5}$) et les médecins ($p=2,16 \cdot 10^{-7}$)

-Plus le patient considère son médecin généraliste comme compétent pour la prise en charge de son trouble psychologique, plus il adhère que son médecin soit le prescripteur initial ($p=0,02$)

-Plus les médecins considèrent le délai avant le rendez-vous en CMP long, plus ils trouvent que les soins en CMP sont de mauvaise qualité ($p=0,007$).

4 Perspectives

Au-delà de ces résultats, il serait intéressant de réaliser une étude qualitative à l'échelle nationale sur l'évaluation du dispositif « Mon Psy » par les patients et/ou les médecins généralistes.

Il serait intéressant de faire une étude sur l'avis des psychologues conventionnés par la sécurité sociale qui constituent le troisième maillon du dispositif « Mon Psy ».

Il est nécessaire de continuer de présenter et d'expliquer le dispositif « Mon Psy » à l'ensemble des médecins généralistes en expliquant les différentes pathologies qui

peuvent être concernées par ce dispositif et qui ne nécessitent pas forcément un suivi pluridisciplinaire type CMP ou de voir un psychiatre.

Puis il serait bon d'améliorer la communication entre les psychologues conventionnés et les médecins prescripteurs en favorisant l'écriture des courriers d'accompagnement par les médecins et l'élaboration des comptes rendus finaux par les psychologues.

Enfin faudrait insister sur l'importance de l'utilisation des échelles d'évaluation psychologiques par les médecins.

Le nombre de séances remboursées par an pourrait être augmenté. De plus, la durée des séances chez le psychologue pourrait être allongée avec une meilleure rémunération de la consultation du psychologue ou la création de cotations spéciales comme il existe en médecine générale. Ensuite, il faudrait continuer d'inciter les psychologues libéraux à se conventionner avec l'Assurance Maladie. Enfin, il faudrait permettre l'utilisation du tiers payant chez les psychologues conventionnés.

L'aide de ce dispositif ne doit pas cacher les problèmes de la psychiatrie en France : nombre de psychiatre libéraux qui va décroître dans les années à venir, sous-effectif dans les CMP, etc.

Conclusion

Instauré en France en Avril 2022, le dispositif « Mon Psy » permet le remboursement jusqu'à 8 séances par an chez un psychologue conventionné par la Sécurité Sociale après prescription initiale et obligatoire de tout médecin pour les patients de plus de 3 ans.

Notre étude est une étude quantitative observationnelle réalisée sur 172 patients et 222 médecins généralistes. Celle-ci révèle que la majorité des patients et les médecins généralistes apprécient le dispositif « Mon Psy » mais que celui-ci doit être amélioré.

Liste des tables

Tableau 1: La psychothérapie, pierre angulaire de la prise en charge psychologique	42
Tableau 2: La prise en charge par un psychologue ou psychiatre comme sujet tabou	43
Tableau 3: Équivalence psychothérapie d'un psychologue et psychiatre	44
Tableau 4 : Compétence du médecin généraliste pour le suivi psychologique	45
Tableau 5: Avis sur la durée de consultation et l'écoute du médecin généraliste.....	46
Tableau 6: Avis des médecins généralistes sur la qualité des soins psychiatriques	54
Tableau 7: Avis sur la communication entre médecins généralistes et psychiatres ..	54
Tableau 8: Conséquences de la pandémie de Covid-19 sur les troubles psychologiques	55
Tableau 9: Avis sur la simplicité du dispositif « Mon Psy »	56
Tableau 10: Avis sur l'importance d'un délai court pour le premier rendez-vous avec le psychologue	56
Tableau 11: Durée pour le premier rendez-vous en CMP	63
Tableau 12: Dispositif « Mon Psy » et bénéfice pour l'initiation du suivi psychologique du patient	66
Tableau 13: Dispositif « Mon Psy » et bénéfice pour le patient	66
Tableau 14: Dispositif « Mon Psy » et bénéfice pour le médecin généraliste	67
Tableau 15: Influence de l'âge du médecin	70
Tableau 16 : Influence du délai de prise en charge en CMP	71
Tableau 17: Influence de l'avis sur la communication avec les psychiatres	72
Tableau 18: Influence d'avoir un psychiatre qui prend de nouveaux patients en contact.....	73
Tableau 19: Influence de l'avis de simplicité du dispositif « Mon Psy »	74
Tableau 20: Influence de la considération que le médecin généraliste soit compétent pour le suivi psychologique	75

Liste des figures

Figure 1: Nombre de psychologues conventionnés – Cumulés par mois	26
Figure 2: Psychologues – Répartition par public.....	26
Figure 3: Genre des patients.....	31
Figure 4: Age des patients	31
Figure 5: Diplôme des patients	32
Figure 6: Distance entre le cabinet du psychologue et de domicile du patient	32
Figure 7 : Nombre de visites annuelles chez le médecin généraliste	33
Figure 8: Origine de la connaissance du dispositif « Mon Psy » par les patients	33
Figure 9: Origine de la connaissance du psychologue par les patients	34
Figure 10: Suivi antérieur par un psychologue des patients	34
Figure 11 : Raisons de l'arrêt du suivi par l'ancien psychologue des patients	35
Figure 12: Raisons de l'absence d'un suivi psychologique antérieur des patients	35
Figure 13: Suivi antérieur des patients par un psychiatre	36
Figure 14: Suivi actuel des patients par un psychiatre.....	36
Figure 15: Prise de psychotropes chez les patients.....	37
Figure 16: Type de trouble psychologique (patients).....	37
Figure 17 : Genre des médecins	38
Figure 18 : Age des médecins	38
Figure 19: Caractéristiques du cabinet des médecins	39
Figure 20 : Environnement de travail des médecins	39
Figure 21: Stage en psychiatrie pour les médecins	40
Figure 22: Connaissance du dispositif « Mon Psy »	40
Figure 23: Types de troubles psychologiques pour lesquels les médecins orientent vers le dispositif « Mon Psy ».....	41
Figure 24: Temps de consultation nécessaire pour un patient avec trouble psychologique	46
Figure 25: Obligation du médecin généraliste comme prescripteur initial du dispositif « Mon Psy » (selon les médecins)	47
Figure 26: Raisons du médecin comme prescripteur initial du dispositif « Mon Psy » selon les médecins.....	47
Figure 27: Raisons de la non nécessité du médecin comme prescripteur initial du dispositif « Mon Psy » selon les médecins.....	48
Figure 28: Le médecin généraliste comme prescripteur initial obligatoire du dispositif « Mon Psy » selon les patients	48

Figure 29: Raisons pour le médecin généraliste comme prescripteur initial obligatoire du dispositif « Mon Psy » selon les patients	49
Figure 30: Raisons pour le médecin généraliste comme prescripteur initial non obligatoire du dispositif « Mon Psy » selon les patients.....	49
Figure 31: Visite du médecin généraliste uniquement pour le courrier d'adressage .	50
Figure 32: Importance du suivi par le médecin généraliste des patients avec troubles psychologiques selon les médecins	50
Figure 33: Raisons de l'importance du suivi du médecin généraliste des patients avec des troubles psychologiques selon les médecins	51
Figure 34: Raisons de la non-importance du suivi du médecin généraliste pour les patients avec des troubles psychologiques selon les médecins	51
Figure 35 : Poursuite du suivi par le médecin généraliste (selon les patients)	52
Figure 36: Raisons pour lesquelles les patients continuent de voir leur médecin généraliste pour leur trouble psychologique	52
Figure 37: Raisons pour lesquelles les patients ne continuent pas de voir leur médecin généraliste pour leur trouble psychologique.....	53
Figure 38: psychiatre libéral qui prend de nouveaux patients en contact	55
Figure 39: Délai avant premier rendez-vous avec le psychologue du dispositif « Mon Psy »	57
Figure 40: Proposition du dispositif « Mon Psy » aux patients avec troubles psychologiques	57
Figure 41: Écriture d'un courrier d'accompagnement	58
Figure 42: Raisons pour lesquelles les médecins généralistes écrivent un courrier d'accompagnement.....	58
Figure 43: Raisons pour lesquelles les médecins généralistes n'écrivent pas de courrier d'accompagnement.....	59
Figure 44: Utilisation des échelles d'évaluations psychologiques.....	59
Figure 45: Raisons pour lesquelles les médecins utilisent les échelles d'évaluation psychologiques	60
Figure 46: Raisons pour lesquelles les médecins n'utilisent pas les échelles d'évaluation psychologiques	60
Figure 47: Obtention d'un compte-rendu final par le psychologue du dispositif « Mon Psy »	61
Figure 48 : Nécessité d'un compte-rendu final du psychologue du dispositif « Mon Psy »	61
Figure 49: Préférence des médecins généraliste pour le dispositif « Mon Psy » plutôt que le CMP pour les troubles anxieux et/ou dépressifs d'intensité légère à modérée	62
Figure 50: Raisons du choix du dispositif « Mon Psy » plutôt que le CMP pour les troubles anxieux et/ou dépressifs d'intensité légère à modérée par les médecins généraliste	62

Figure 51: Raisons du choix du CMP plutôt que le dispositif « Mon Psy » pour les troubles anxieux et/ou dépressifs d'intensité légère à modérée par les médecins généralistes	63
Figure 52: Suivi dans un CMP en plus du suivi dans le cadre du dispositif « Mon Psy »	64
Figure 53: Raisons pour lesquelles les patients ont préféré le dispositif « Mon Psy » plutôt qu'un suivi en CMP	64
Figure 54: Raisons pour lesquelles les patients ont préféré le dispositif « Mon Psy » plutôt qu'un suivi par un psychiatre libéral	65
Figure 55: Nombre de consultations remboursées idéal pour les médecins	68
Figure 56: Nombre de consultations remboursées idéal pour les patients	68
Figure 57: Inconvénients du dispositif « Mon Psy » pour les patients	69
Figure 58: Inconvénients du dispositif « Mon Psy » pour les médecins.....	69

Références

- [1] Chronologie de l'action de l'OMS face à la COVID-19 n.d. <https://www.who.int/fr/news/item/29-06-2020-covidtimeline> (accessed March 16, 2023).
- [2] Allocution liminaire du Directeur général de l'OMS lors du point presse sur la COVID-19 - 11 mars 2020 n.d. <https://www.who.int/fr/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020> (accessed March 14, 2023).
- [3] Patel R, Kaki M, Potluri VS, Kahar P, Khanna D. A comprehensive review of SARS-CoV-2 vaccines: Pfizer, Moderna & Johnson & Johnson. *Hum Vaccines Immunother* n.d.;18:2002083. <https://doi.org/10.1080/21645515.2021.2002083>.
- [4] Ward JK, Bauer J. Attitudes of French adults toward COVID-19 vaccination. *Infect Dis Now* 2022;52:S19–20. <https://doi.org/10.1016/j.idnow.2022.09.007>.
- [5] Débarre F, Lecoœur E, Guimier L, Jauffret-Roustide M, Jannot A-S. The French Covid-19 vaccination policy did not solve vaccination inequities: a nationwide study on 64.5 million people. *Eur J Public Health* 2022;32:825–30. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac125>.
- [6] Premraj L, Kannapadi NV, Briggs J, Seal SM, Battaglini D, Fanning J, et al. Mid and long-term neurological and neuropsychiatric manifestations of post-COVID-19 syndrome: A meta-analysis. *J Neurol Sci* 2022;434:120162. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2022.120162>.
- [7] Ceban F, Ling S, Lui LMW, Lee Y, Gill H, Teopiz KM, et al. Fatigue and cognitive impairment in Post-COVID-19 Syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun* 2022;101:93–135. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2021.12.020>.
- [8] Leung CMC, Ho MK, Bharwani AA, Cogo-Moreira H, Wang Y, Chow MSC, et al. Mental disorders following COVID-19 and other epidemics: a systematic review and meta-analysis. *Transl Psychiatry* 2022;12:205. <https://doi.org/10.1038/s41398-022-01946-6>.
- [9] Observatoire national du suicide | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques n.d. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/article/observatoire-national-du-suicide> (accessed March 12, 2023).
- [10] Dubé JP, Smith MM, Sherry SB, Hewitt PL, Stewart SH. Suicide behaviors during the COVID-19 pandemic: A meta-analysis of 54 studies. *Psychiatry Res* 2021;301:113998. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113998>.
- [11] Yan Y, Hou J, Li Q, Yu NX. Suicide before and during the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review with Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20:3346. <https://doi.org/10.3390/ijerph20043346>.
- [12] 3114, le numéro national de prévention du suicide. *Gouvernement.fr* n.d. <https://www.gouvernement.fr/actualite/3114-le-numero-national-de-prevention-du-suicide> (accessed March 16, 2023).
- [13] Jebeile H, Kelly AS, O'Malley G, Baur LA. Obesity in children and adolescents: epidemiology, causes, assessment, and management. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2022;10:351–65. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(22\)00047-X](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(22)00047-X).
- [14] Bakaloudi DR, Barazzoni R, Bischoff SC, Breda J, Wickramasinghe K, Chourdakis M. Impact of the first COVID-19 lockdown on body weight: A combined systematic review

and a meta-analysis. *Clin Nutr Edinb Scotl* 2022;41:3046. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2021.04.015>.

[15] J. Devoe D, Han A, Anderson A, Katzman DK, Patten SB, Soumbasis A, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on eating disorders: A systematic review. *Int J Eat Disord* 2022;10.1002/eat.23704. <https://doi.org/10.1002/eat.23704>.

[16] Masoudi M, Maasoumi R, Bragazzi NL. Effects of the COVID-19 pandemic on sexual functioning and activity: a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2022;22:189. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12390-4>.

[17] Eleuteri S, Alessi F, Petrucci F, Saladino V. The Global Impact of the COVID-19 Pandemic on Individuals' and Couples' Sexuality. *Front Psychol* 2021;12:798260. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.798260>.

[18] Huang N, Yang F, Liu X, Bai Y, Guo J, Riem MME. The prevalences, changes, and related factors of child maltreatment during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Child Abuse Negl* 2023;135:105992. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105992>.

[19] Piquero AR, Jennings WG, Jemison E, Kaukinen C, Knaul FM. Domestic violence during the COVID-19 pandemic - Evidence from a systematic review and meta-analysis. *J Crim Justice* 2021;74:101806. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2021.101806>.

[20] Bonnet U, Specka M, Roser P, Scherbaum N. Cannabis use, abuse and dependence during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *J Neural Transm Vienna Austria* 1996 2023;130:7–18. <https://doi.org/10.1007/s00702-022-02564-8>.

[21] Awan HA, Aamir A, Diwan MN, Ullah I, Pereira-Sanchez V, Ramalho R, et al. Internet and Pornography Use During the COVID-19 Pandemic: Presumed Impact and What Can Be Done. *Front Psychiatry* 2021;12:623508. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.623508>.

[22] Gjoneska B, Potenza MN, Jones J, Sales CM, Hranov G, Demetrovics Z. Problematic use of the Internet in low- and middle-income countries before and during the COVID-19 pandemic: a scoping review. *Curr Opin Behav Sci* 2022;48:101208. <https://doi.org/10.1016/j.cobeha.2022.101208>.

[23] Kilian C, O'Donnell A, Potapova N, López-Pelayo H, Schulte B, Miquel L, et al. Changes in alcohol use during the COVID-19 pandemic in Europe: A meta-analysis of observational studies. *Drug Alcohol Rev* 2022;41:918–31. <https://doi.org/10.1111/dar.13446>.

[24] CoviPrev : une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19 n.d. <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19> (accessed March 9, 2023).

[25] Akhoundzadeh D, Kamali P, van den Bogaard B, Gresnigt FMJ. [Impact of the COVID-19 pandemic on recreational drug intoxications]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2022;166:D6546.

[26] de Oliveira JMD, Butini L, Pauletto P, Lehmkuhl KM, Stefani CM, Bolan M, et al. Mental health effects prevalence in children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Worldviews Evid Based Nurs* 2022;19:130–7. <https://doi.org/10.1111/wvn.12566>.

[27] Madigan S, Eirich R, Pador P, McArthur BA, Neville RD. Assessment of Changes in Child and Adolescent Screen Time During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr* 2022;176:1188–98. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.4116>.

- [28] Aymerich C, Pedruzo B, Pérez JL, Laborda M, Herrero J, Blanco J, et al. COVID-19 pandemic effects on health worker's mental health: Systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry* 2022;65:e10. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.1>.
- [29] Patural C, Lefort H. [Covid-19 caregivers, psychotraumatized superheroes]. *Soins Psychiatr* 2023;44:41–4. <https://doi.org/10.1016/j.spsy.2023.01.010>.
- [30] Dutour M, Kirchhoff A. Analyse du stress et de ses déterminants chez les médecins généralistes de la région Auvergne-Rhône-Alpes durant la première vague pandémique de la COVID-19 n.d.
- [31] Luzet J. Crise du COVID-19: Vécu des médecins généralistes des Bouches-duRhône, impact sur la pratique et la relation médecin/patient 2020.
- [32] Soysal P, Smith L, Trott M, Alexopoulos P, Barbagallo M, Tan SG, et al. The Effects of COVID-19 lockdown on neuropsychiatric symptoms in patients with dementia or mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *Psychogeriatr Off J Jpn Psychogeriatr Soc* 2022;22:402–12. <https://doi.org/10.1111/psyg.12810>.
- [33] Camara C, Surkan PJ, Van Der Waerden J, Tortelli A, Downes N, Vuillermoz C, et al. COVID-19-related mental health difficulties among marginalised populations: A literature review. *Camb Prisms Glob Ment Health* 2022;10:e2. <https://doi.org/10.1017/gmh.2022.56>.
- [34] Constitution n.d. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution> (accessed March 9, 2023).
- [35] Troubles mentaux n.d. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders> (accessed March 14, 2023).
- [36] Les propositions de l'Assurance Maladie pour 2022 | L'Assurance Maladie 2021. <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-charges-produits> (accessed March 12, 2023).
- [37] Épidémiologie France Suicides – Infosuicide.org n.d. <https://www.infosuicide.org/reperes/epidemiologie/epidemiologie-france-suicides/> (accessed March 14, 2023).
- [38] Solmi M, Radua J, Olivola M, Croce E, Soardo L, Salazar de Pablo G, et al. Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Mol Psychiatry* 2022;27:281–95. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>.
- [39] DE Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA* 2011;10:52–77. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2011.tb00014.x>.
- [40] Norton J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger J-P, Ritchie K, Mann A. [Prevalence of psychiatric disorders in French general practice using the patient health questionnaire: comparison with GP case-recognition and psychotropic medication prescription]. *L'Encephale* 2009;35:560–9. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2008.06.018>.
- [41] Kannas S, Lepoutre R. Un demi-siècle de prescription de psychotropes : quel bilan pour les utilisateurs, la psychiatrie et la société? *Clin Méditerranéennes* 2008;77:93–110. <https://doi.org/10.3917/cm.077.0093>.
- [42] SPF. Les consommations de médicaments psychotropes en France. n.d. <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/les-consommations-de-medicaments-psychotropes-en-france> (accessed March 16, 2023).

- [43] Bien utiliser les médicaments antidépresseurs. VIDAL n.d. <https://www.vidal.fr/maladies/psychisme/depression-adulte/bien-utiliser.html> (accessed March 16, 2023).
- [44] World Health Organization. Rapport sur la santé dans le monde 2001 : La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Organisation mondiale de la Santé; 2001.
- [45] LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (1). 2009.
- [46] Soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France et à l'étranger 2022.
- [47] Offre de soins de premier recours : proximité ne rime pas toujours avec accessibilité - Insee Première - 1418 n.d. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281420> (accessed March 12, 2023).
- [48] Gallais J-L. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. *Inf Psychiatr* 2014;90:323. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9005.0323>.
- [49] Gallais J-L, Alby M-L. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. *EMC - Psychiatr* 2004;1:1–6. [https://doi.org/10.1016/S0246-1072\(02\)00067-6](https://doi.org/10.1016/S0246-1072(02)00067-6).
- [50] Kandel O. Existe-t-il une typologie des actes n.d.
- [51] Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret F, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *L'Encéphale* 2010;36:D73–82. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2009.04.002>.
- [52] Norton J, David M, Gandubert C, Bouvier C, Gutierrez L-A, Frangeuil A, et al. [Ability of French General Practitioners to detect common mental disorders identified using the Patient Health Questionnaire: Has this changed with the introduction of gatekeeping and registration with a chosen doctor?]. *L'Encephale* 2018;44:22–31. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2016.07.009>.
- [53] Rivière M, Toullic Y, Lerouge P, Blanchon T, Leroyer A, Plancke L, et al. Management of work-related common mental disorders in general practice: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract* 2020;21:132. <https://doi.org/10.1186/s12875-020-01203-z>.
- [54] Adolescents et jeunes adultes suicidaires : rôle du médecin généraliste n.d. <https://www.larevuedupraticien.fr/article/adolescents-et-jeunes-adultes-suicidaires-role-du-medecin-generaliste> (accessed March 10, 2023).
- [55] Laprevote V, Heitz U, Di Patrizio P, Studerus E, Ligier F, Schwitzer T, et al. [Why and how to treat psychosis earlier?]. *Presse Medicale Paris Fr* 1983 2016;45:992–1000. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2016.07.011>.
- [56] Gavin B, Cullen W, O'Donoghue B, Ascencio-Lane JC, Bury G, O'Callaghan E. Schizophrenia in general practice: a national survey of general practitioners in Ireland. *Ir J Med Sci* 2005;174:38–42. <https://doi.org/10.1007/BF03169146>.
- [57] Dubois-Fabing D, Pichon P, Arnevielle A, Sussillon M-P, Caron B, Saillard F, et al. Santé mentale, précarité et pratiques des médecins généralistes, enquête en Centres de santé de Grenoble. *Santé Publique* 2011;23:97–111. <https://doi.org/10.3917/spub.110.0097>.
- [58] Bohn I, Denis U, Guegan M. SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE n.d.
- [59] Montariol P, Guillard M, Bollengier O, Escaffre-Groussard N, Hallouche N, Petitdemange M, et al. Les patients hospitalisés en psychiatrie ont-ils un médecin traitant ? *Inf*

Psychiatr 2006;82:793–800. <https://doi.org/10.3917/inpsy.8210.0793>.

[60] Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration. Haute Aut Santé n.d. https://www.has-sante.fr/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration (accessed March 9, 2023).

[61] Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt J-L. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». *Inf Psychiatr* 2014;90:311–7. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9005.0311>.

[62] Coldefy M, Le Fur P, Lucas-Gabrielli V, Mousquès J. Une mise en perspective de l’offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale. *Prat Organ Soins* 2009;40:197–206. <https://doi.org/10.3917/pos.403.0197>.

[63] Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? *Inf Psychiatr* 2014;90:359–71. <https://doi.org/10.3917/inpsy.9005.0359>.

[64] Lanoë J. Coordination entre médecine générale et secteur psychiatrique: enquête auprès des généralistes du 15^e arrondissement de Paris. La création d’une équipe mobile en soins psychiatriques par les CMP répond-elle à un besoin dans la pratique des médecins généralistes? n.d.

[65] Gignoux-Froment F, Cano N, Hallouche N. Regard des patients psychiatriques sur leur prise en charge somatique en psychiatrie : enquête et propositions. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2022. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2022.08.012>.

[66] Ginger S. Place de la psychothérapie dans la société d’aujourd’hui. Colloque national de la ffdp Paris, palais du Luxembourg, le 19 octobre 1997. *J Fr Psychiatr* 2004;21:14–6. <https://doi.org/10.3917/jfp.021.0014>.

[67] Flückiger C, Del Re AC, Wampold BE, Horvath AO. The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy* 2018;55:316–40. <https://doi.org/10.1037/pst0000172>.

[68] Sladana P. Haute Autorité de santé 2017.

[69] Pelissolo A. Psychothérapies ou médicaments ? *Troubl. Mentaux Psychothérapies, Auxerre: Éditions Sciences Humaines;* 2016, p. 163–6. <https://doi.org/10.3917/sh.marmi.2016.01.0163>.

[70] Cuijpers P, Karyotaki E, Eckshtain D, Ng MY, Corteselli KA, Noma H, et al. Psychotherapy for Depression Across Different Age Groups: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2020;77:694–702. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0164>.

[71] Chan Chee C, Institut national de prévention et d’éducation pour la santé (France), éditeurs. *La dépression en France: enquête Anadep 2005*. Saint-Denis: INPES; 2009.

[72] Zhang A, Borhneimer LA, Weaver A, Franklin C, Hai AH, Guz S, et al. Cognitive behavioral therapy for primary care depression and anxiety: a secondary meta-analytic review using robust variance estimation in meta-regression. *J Behav Med* 2019;42:1117–41. <https://doi.org/10.1007/s10865-019-00046-z>.

[73] Watt JA, Goodarzi Z, Veroniki AA, Nincic V, Khan PA, Ghassemi M, et al.

Comparative efficacy of interventions for reducing symptoms of depression in people with dementia: systematic review and network meta-analysis. *BMJ* 2021;372:n532. <https://doi.org/10.1136/bmj.n532>.

[74] Linardon J, Wade TD, de la Piedad Garcia X, Brennan L. The efficacy of cognitive-behavioral therapy for eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 2017;85:1080–94. <https://doi.org/10.1037/ccp0000245>.

[75] Bonfils KA, Tenny CL, Congedo BA, Dolowich BA, Hammer LA, Haas GL. Functional outcomes from psychotherapy for people with posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. *J Anxiety Disord* 2022;89:102576. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102576>.

[76] Lee Y, Lui LMW, Chen-Li D, Liao Y, Mansur RB, Brietzke E, et al. Government response moderates the mental health impact of COVID-19: A systematic review and meta-analysis of depression outcomes across countries. *J Affect Disord* 2021;290:364–77. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.04.050>.

[77] Miklowitz DJ, Efthimiou O, Furukawa TA, Scott J, McLaren R, Geddes JR, et al. Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder: A Systematic Review and Component Network Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2021;78:141–50. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.2993>.

[78] Ray LA, Meredith LR, Kiluk BD, Walthers J, Carroll KM, Magill M. Combined Pharmacotherapy and Cognitive Behavioral Therapy for Adults With Alcohol or Substance Use Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Netw Open* 2020;3:e208279. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.8279>.

[79] Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville n.d.

[80] Laprevote V, Heitz U, Di Patrizio P, Studerus E, Ligier F, Schwitzer T, et al. Pourquoi et comment soigner plus précocement les troubles psychotiques ? *Presse Médicale* 2016;45:992–1000. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2016.07.011>.

[81] Grosbois P. Regards européens sur les psychothérapies. Présentation. *Bull Psychol* 2015;Numéro 537:235–235. <https://doi.org/10.3917/bupsy.537.0235>.

[82] Dezetter A. Analyses épidémiologiques et socioéconomiques de la situation des psychothérapies en France, en vue de propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies n.d.

[83] Vergès Y, Vernhes S, Vanneste P, Braun É, Poutrain J-C, Dupouy J, et al. Collaboration entre médecins généralistes et psychologues en libéral. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2021;179:757–67. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.08.014>.

[84] Vanneste P, Néron A. Collaboration médecins généralistes – psychologues : où en est-on ? *Psychol Fr* 2022. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2021.11.002>.

[85] Les propositions de l'Assurance Maladie pour 2016 | L'Assurance Maladie 2015. <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2015-rapport-propositions-pour-2016-charges-produits> (accessed March 16, 2023).

[86] 2019-002r_.pdf n.d.

[87] Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie | Cour des comptes 2021. <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-parcours-dans-lorganisation-des-soins-de-psychiatrie> (accessed March 16, 2023).

- [88] Améliorer le parcours de soin en psychiatrie. Cons Économique Soc Environnemental n.d. <http://www.lecese.fr/travaux-publies/ameliorer-le-parcours-de-soin-en-psychiatrie> (accessed March 16, 2023).
- [89] A D, A D. MonPsy : ouverture du dispositif de remboursement de séances de psychologues. Ministère Santé Prév 2023. <https://sante.gouv.fr/actualites/actualites-du-ministere/article/monpsy-ouverture-du-dispositif-de-remboursement-de-seances-de-psychologues> (accessed March 16, 2023).
- [90] Les patients concernés par le dispositif remboursé n.d. <https://www.ameli.fr/psychologue/exercice-professionnel/patients-concernes> (accessed March 16, 2023).
- [91] MonPsy_Guide medecin_2022.pdf n.d.
- [92] MonParcoursPsy : Le dispositif de remboursement des séances chez le psychologue | Ministère de la Santé n.d. <https://monparcourspsy.sante.gouv.fr/> (accessed March 12, 2023).
- [93] de Lanlay MB. Expérimentation de la psychothérapie remboursée entre 2018 et 2022: ressenti des médecins généralistes installés dans les Landes ayant utilisé le dispositif n.d.
- [94] Rejoindre le réseau de psychologues partenaires | MonParcoursPsy n.d. <https://monparcourspsy.sante.gouv.fr/psychologues> (accessed March 16, 2023).
- [95] admin_staff_content. Psychologue : chiffres clés. STAFFSANTÉ 2022. <https://www.staffsante.fr/contenu/psychologue-chiffres-cles/> (accessed March 16, 2023).
- [96] Lemoine L. “MonPsy” : Ni fait ni à faire ? Carnet PSY 2022;255:20–3. <https://doi.org/10.3917/lcp.255.0020>.
- [97] ECHEC DU DISPOSITIF MONPSY : A peine 5 % des Psychologues – Syndicat national des psychologues 2022. <https://psychologues.org/actualites-single/echec-du-dispositif-monpsy-a-peine-5-des-psychologues/> (accessed March 16, 2023).
- [98] Psychiatrie et addictologie - CHV n.d. <https://www.ch-valenciennes.fr/services/psychiatrie-adulte/> (accessed March 9, 2023).
- [99] ADMIN7233. Quelle différence entre CMP, CMPP, CATTP ? Blog Santé En Fr 2018. <https://www.santeenfrance.fr/blog/quelle-difference-entre-cmp-cmpp-cattp-757> (accessed March 17, 2023).

Annexes

Annexe 1 : Questionnaire envoyé aux médecins généralistes des Hauts-De-France

1. Quel est votre sexe ?	<input type="radio"/> Femme	<input type="radio"/> Homme			
2. Quel âge avez-vous ? (Une seule réponse est possible)	<input type="radio"/> Moins de 30 ans <input type="radio"/> Entre 50 et 59 ans	<input type="radio"/> Entre 30 et 39 ans <input type="radio"/> 60 ans et plus	<input type="radio"/> Entre 40 et 49 ans		
3. Vous exercez dans un cabinet : (Plusieurs réponses sont possibles)	<input type="checkbox"/> Seul <input type="checkbox"/> Avec des professionnels paramédicaux	<input type="checkbox"/> Avec d'autres médecins			
4. Dans quel environnement exercez-vous ? (Une seule réponse est possible)	<input type="radio"/> Urbain	<input type="radio"/> Semi-Urbain.	<input type="radio"/> Rural		
5. Pendant vos études, aviez-vous fait un stage en psychiatrie ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non			
6. Quelle durée moyenne faut-il selon vous pour une consultation concernant un trouble psychologique ? (Une seule réponse est possible)	<input type="radio"/> Moins de 10 min. <input type="radio"/> Entre 20 et 30 minutes	<input type="radio"/> Entre 10 et 15 min. <input type="radio"/> Plus de 30 minutes	<input type="radio"/> Entre 15 et 20 min.		
	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'acc. ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
7. J'ai suffisamment de temps en consultation avec les patients atteints de maladie psychologique :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. La pandémie de Covid-19 a augmenté les troubles d'ordre psychologique :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Je suis à l'aise avec la prise en charge des troubles d'ordre psychologique :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. En tant que médecin généraliste, je joue un rôle important dans la prise en charge des troubles d'ordre psychologique :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Les soins psychiatriques en structure hospitalière sont de bonne qualité dans les Hauts-De-France :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Les soins psychiatriques en structure publique extrahospitalière (type CMP : centre médico-psychologique) sont de bonne qualité dans les Hauts-De-France :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Le délai de prise de rendez-vous avec le CMP de secteur est court :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. La prise en charge par les psychiatres en secteur libéral est de bonne qualité :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. La communication entre les psychiatres et les médecins généralistes est de bonne qualité :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Avez-vous au moins un psychiatre libéral en contact qui prend de nouveaux patients ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non			
17. Connaissez-vous le dispositif « Mon Psy » ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non			

<p>18. Comment avez-vous connu le dispositif « Mon Psy » ? (Une seule réponse est possible)</p>	<p><input type="radio"/> Via la venue d'un représentant de la Sécurité Sociale <input type="radio"/> Via un email de présentation de la Sécurité Sociale <input type="radio"/> Via un confrère médecin généraliste <input type="radio"/> Via un autre professionnel de la santé <input type="radio"/> Via un de mes patients <input type="radio"/> Autre(s)</p>					
<p>19. Pour quel(s) trouble(s) psychologique(s) orientez-vous vos patients vers le dispositif « Mon Psy » ? (Plusieurs réponses sont possibles)</p>	<p><input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Addiction(s) <input type="checkbox"/> Problème(s) relationnel(s) (Deuil, travail, couple, famille) <input type="checkbox"/> Troubles de l'alimentation <input type="checkbox"/> Troubles de la personnalité <input type="checkbox"/> Stress post-traumatique <input type="checkbox"/> Autre(s)</p>					
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="866 656 986 757">Pas du tout d'accord</th> <th data-bbox="986 656 1106 757">Plutôt pas d'accord</th> <th data-bbox="1106 656 1225 757">Ni d'acc. ni pas d'accord</th> <th data-bbox="1225 656 1345 757">Plutôt d'accord</th> <th data-bbox="1345 656 1588 757">Tout à fait d'accord</th> </tr> </thead> </table>	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'acc. ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'acc. ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord		
<p>20. La psychothérapie est une pierre angulaire de la prise en charge psychologique :</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<p>21. La qualité de la psychothérapie d'un psychologue est équivalente à celle d'un psychiatre :</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<p>22. La prise en charge par un psychologue ou par un psychiatre reste un sujet tabou pour les patients :</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<p>23. Le dispositif « Mon Psy » est simple d'utilisation :</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> <td><input type="radio"/></td> </tr> </table>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
<p>24. Je propose régulièrement le dispositif « Mon Psy » à mes patients :</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="radio"/> Oui</td> <td><input type="radio"/> Non</td> </tr> </table>	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non			
<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non					
<p>25. Pour les troubles anxieux et/ou dépressifs d'intensité légère à modérée, je préfère proposer le dispositif « Mon Psy » à mes patients plutôt qu'un suivi en CMP de secteur :</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="radio"/> Oui</td> <td><input type="radio"/> Non</td> </tr> </table>	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non			
<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non					
<p>Si la réponse à la question précédente est <u>OUI</u>, pour quelle(s) raison(s) ? (Plusieurs réponses sont possibles)</p>	<p><input type="checkbox"/> Je peux conseiller un psychologue que je connais avec « Mon Psy » <input type="checkbox"/> Le délai d'attente pour un rendez-vous est plus court avec « Mon Psy » <input type="checkbox"/> Le suivi psychologique de mes patients est meilleur avec « Mon Psy » <input type="checkbox"/> Mes patients préfèrent le dispositif « Mon Psy » plutôt qu'un suivi en CMP <input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s)</p>					
<p>Si la réponse à la question précédente est <u>NON</u>, pour quelle(s) raison(s) ? (Plusieurs réponses sont possibles)</p>	<p><input type="checkbox"/> Il y a un suivi pluridisciplinaire dans les CMP qui n'existe pas avec le dispositif « Mon Psy » <input type="checkbox"/> J'ai l'habitude d'adresser mes patients aux CMP, je ne souhaite pas changer <input type="checkbox"/> Le suivi psychologique de mes patients est meilleur en CMP <input type="checkbox"/> Je communique plus facilement avec le personnel soignant des CMP <input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s)</p>					
<p>26. J'adresse systématiquement un courrier d'accompagnement (avec le contexte, les éléments cliniques et le motif de l'adressage) à destination du psychologue du dispositif « Mon Psy » en plus du courrier d'adressage :</p>	<table border="1"> <tr> <td><input type="radio"/> Oui</td> <td><input type="radio"/> Non</td> </tr> </table>	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non			
<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non					

<p>Si la réponse à la question précédente est <u>OUI</u>, pour quelle(s) raison(s) ? (Plusieurs réponses sont possibles)</p>	<input type="checkbox"/> Celui-ci aide le psychologue à mieux connaître le patient <input type="checkbox"/> Le psychologue peut comparer son diagnostic à celui du médecin prescripteur <input type="checkbox"/> Il y a une trace écrite de l'adressage dans le dossier du patient <input type="checkbox"/> C'est une recommandation de la sécurité sociale <input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s)
<p>Si la réponse à la question précédente est <u>NON</u>, pour quelle(s) raison(s) ? (Plusieurs réponses sont possibles)</p>	<input type="checkbox"/> Je n'ai en général pas le temps de le rédiger <input type="checkbox"/> Il n'y a aucun intérêt du courrier d'accompagnement pour la prise en charge du patient <input type="checkbox"/> C'est un oubli de ma part <input type="checkbox"/> Je mets toutes les informations sur le courrier d'adressage <input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s)
<p>27.J'utilise les échelles d'évaluation psychologiques type Hamilton-PHQ9-GAD7 pour adresser mon patient au psychologue du dispositif « Mon Psy » :</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<p>Si la réponse à la question précédente est <u>OUI</u>, pour quelle(s) raison(s) ? (Plusieurs réponses sont possibles)</p>	<input type="checkbox"/> Cela a un intérêt dans mon diagnostic de la pathologie <input type="checkbox"/> Cela a un réel gain pour le suivi du patient <input type="checkbox"/> C'est une aide pour le psychologue <input type="checkbox"/> Il y a une cotation pour l'échelle d'Hamilton (69,12 euros une fois par an) <input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s)
<p>Si la réponse à la question précédente est <u>NON</u>, pour quelle(s) raison(s) ? (Plusieurs réponses sont possibles)</p>	<input type="checkbox"/> Je n'ai pas le temps <input type="checkbox"/> Je ne connais pas du tout ces échelles <input type="checkbox"/> Cela n'a pas d'intérêt pour le suivi du patient <input type="checkbox"/> Je connais ces échelles mais je ne les maîtrise pas assez pour les utiliser en pratique courante <input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s)
<p>28.Je reçois régulièrement un compte-rendu de fin de prise en charge par le psychologue du dispositif « Mon Psy » :</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<p>29.Le compte rendu du psychologue du dispositif « Mon Psy » est nécessaire pour une bonne prise en charge du patient :</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<p>30.La prescription initiale par un médecin pour entrer dans le dispositif « Mon Psy » est-elle justifiée ?</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<p>Si la réponse à la question précédente est <u>OUI</u>, pour quelle(s) raison(s) ? (Plusieurs réponses sont possibles)</p>	<input type="checkbox"/> Il y a nécessité d'un avis médical initial <input type="checkbox"/> La qualité d'adressage du patient est de meilleure qualité <input type="checkbox"/> L'organisation du suivi du patient est de meilleure qualité <input type="checkbox"/> La prise en charge globale du patient est de meilleure qualité <input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s)
<p>Si la réponse à la question précédente est <u>NON</u>, pour quelle(s) raison(s) ? (Plusieurs réponses sont possibles)</p>	<input type="checkbox"/> Le psychologue peut conseiller le patient de voir le médecin généraliste si problème <input type="checkbox"/> La durée pour la prise en charge du patient serait raccourcie <input type="checkbox"/> Le patient peut déjà aller voir un psychologue en dehors du dispositif « Mon Psy » sans voir le médecin généraliste <input type="checkbox"/> Il y a parfois un souhait du patient de ne pas parler de son trouble psychologique au médecin généraliste <input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s)
<p>31.En plus du suivi par le psychologue du dispositif « Mon Psy », un suivi par le médecin généraliste prescripteur régulier et systématique est- il nécessaire ?</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

<p>Si la réponse à la question précédente est <u>OUI</u>, pour quelle(s) raison(s) ? (Plusieurs réponses sont possibles)</p>	<input type="checkbox"/> Il y a nécessité d'une réévaluation médicale du patient sur le plan psychologique <input type="checkbox"/> Il y a nécessité d'une réévaluation médicale du patient pour modifier ou instaurer un traitement à visée psychotique <input type="checkbox"/> Il y a nécessité d'une réévaluation médicale du patient pour initier ou prolonger un arrêt de travail <input type="checkbox"/> Il y a nécessité d'une prise en charge pluridisciplinaire (médecin(s) et psychologue) <input type="checkbox"/> Il y a nécessité d'une réévaluation médicale du patient sur le plan somatique <input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s)
<p>Si la réponse à la question précédente est <u>NON</u>, pour quelle(s) raison(s) ? (Plusieurs réponses sont possibles)</p>	<input type="checkbox"/> Je ne veux pas faire doublon avec le psychologue dans la prise en charge du patient <input type="checkbox"/> Je ne trouve pas cela nécessairement sauf si le patient le demande <input type="checkbox"/> Je ne suis pas compétent dans le suivi psychologique <input type="checkbox"/> Je ne veux pas faire perdre du temps au patient <input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s)
	<p>Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'acc. ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord</p>
<p>32. Le remboursement des séances de psychologie via le dispositif « Mon Psy » a facilité l'initiation du suivi des patients par un psychologue :</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>33. Le dispositif « Mon Psy » a été bénéfique pour les <u>médecins généralistes</u> dans la prise en charge de leurs patients avec des troubles psychologiques :</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>34. Le dispositif « Mon Psy » a été bénéfique pour les <u>patients</u> avec des troubles psychologiques dans leur prise en charge :</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>35. Le dispositif « Mon Psy » a permis de réduire la prescription de traitement(s) à visée psychiatrique et/ou le(s) arrêt(s) de travail aux patients avec troubles psychologiques.</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>36. Quel serait selon vous le nombre idéal de consultation remboursées par an avec le dispositif « Mon Psy » ?</p>	<p><input type="radio"/> 8 consultations est suffisant <input type="radio"/> 12 consultations (soit une consultation par mois) <input type="radio"/> Entre 12 et 20 consultations <input type="radio"/> Plus de 20 consultations <input type="radio"/> Nombre non limité : c'est le psychologue qui détermine le nombre de séances remboursées</p>
<p>37. Quels sont les inconvénients du dispositif « Mon Psy » ? (Plusieurs réponses sont possibles)</p>	<p><input type="checkbox"/> Les psychologues conventionnés du dispositif « Mon Psy » ne font pas partie des psychologues avec qui j'ai l'habitude de travailler <input type="checkbox"/> Je trouve les psychologues conventionnés du dispositif « Mon Psy » inexpérimentés <input type="checkbox"/> Il n'y a qu'un faible nombre de psychologues conventionnés par la sécurité sociale <input type="checkbox"/> Il est nécessaire pour les patients (hors ALD, hors CMU et hors accident de travail) d'avancer l'argent avant d'être remboursés <input type="checkbox"/> Il existe une faible correspondance entre le psychologue et le médecin généraliste <input type="checkbox"/> Il n'y a pas de prise en charge pluridisciplinaire comme en CMP <input type="checkbox"/> Autre(s)</p>

Annexe 2 : Questionnaire envoyé aux patients des Hauts-De-France

1. Quel est votre sexe ?	<input type="radio"/> Femme	<input type="radio"/> Homme			
2. Quel âge avez-vous ? (Une seule réponse est possible)	<input type="radio"/> Moins de 30 ans	<input type="radio"/> Entre 30 et 39 ans	<input type="radio"/> Entre 40 et 49 ans		
	<input type="radio"/> Entre 50 et 59 ans	<input type="radio"/> Entre 60 et 69 ans	<input type="radio"/> Plus de 70 ans		
3. Quel est votre diplôme de niveau le plus élevé ? (Une seule réponse est possible)	<input type="radio"/> Aucun diplôme ou certificat d'études primaires c d <input type="radio"/> Brevet des collèges <input type="radio"/> CAP ou BEP ou équivalent <input type="radio"/> Baccalauréat, brevet professionnel ou équivalent <input type="radio"/> Diplôme du supérieur court (BAC+2) <input type="radio"/> Diplôme du supérieur long (supérieur à BAC +2)				
4. Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ? (Une seule réponse est possible)	<input type="radio"/> Agriculteur, exploitant <input type="radio"/> Commerçant, artisan, chef d'entreprise <input type="radio"/> Cadre ou profession intellectuelle supérieure <input type="radio"/> Profession intermédiaire (infirmier libéral, clergé, moniteur ou technicien à son compte, etc.) <input type="radio"/> Employé <input type="radio"/> Ouvrier <input type="radio"/> Retraité <input type="radio"/> Sans activité professionnelle				
5. A combien de kilomètres de votre domicile se trouve le cabinet de votre psychologue ?	<input type="radio"/> Moins de 10 km	<input type="radio"/> Entre 10 et 20 km	<input type="radio"/> Entre 20 et 30 km		
	<input type="radio"/> Entre 30 et 40 km	<input type="radio"/> A plus de 40 km			
6. Combien de fois par an voyez-vous votre médecin généraliste ? (Une seule réponse est possible)	<input type="radio"/> Moins d'une fois / an	<input type="radio"/> 1 à 2 fois / an.	<input type="radio"/> Plus de 3 fois / an		
7. Pour quelle(s) troubles(s) psychologiques(s) êtes-vous suivi(e) ? (Plusieurs réponses sont possibles)	<input type="checkbox"/> Dépression <input type="checkbox"/> Anxiété <input type="checkbox"/> Addiction(s) <input type="checkbox"/> Problème(s) relationnel(s) (Deuil, travail, couple, famille) <input type="checkbox"/> Troubles alimentaires <input type="checkbox"/> Troubles de la personnalité <input type="checkbox"/> Stress post-traumatique <input type="checkbox"/> Autre(s)				
	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'acc. ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
8. La pandémie de Covid-19 a eu des conséquences négatives sur mon trouble psychologique :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Mon médecin généraliste est compétant pour la prise en charge de mon trouble psychologique :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Je me sens écouté(e) par mon médecin généraliste pour mon trouble psychologique :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. La durée de consultation avec mon médecin généraliste est suffisante pour la prise en charge de mon trouble psychologique :	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Avez-vous déjà été suivi(e) dans le passé par un psychologue	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non			

<p>Si la réponse à la question précédente est <u>OUI</u>, pour quelle(s) raison(s) ? (Plusieurs réponses sont possibles)</p>	<input type="checkbox"/> C'était trop cher <input type="checkbox"/> Mon ancien psychologue n'exerce plus <input type="checkbox"/> Mon ancien psychologue n'est pas conventionné dans le dispositif Mon Psy <input type="checkbox"/> J'avais envie de changer de psychologue <input type="checkbox"/> C'est mon médecin généraliste qui m'a conseillé un psychologue en particulier <input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s)															
<p>Si la réponse à la question précédente est <u>NON</u>, pour quelle(s) raison(s) ? (Plusieurs réponses sont possibles)</p>	<input type="checkbox"/> C'était trop cher <input type="checkbox"/> Je n'avais pas de trouble psychologique <input type="checkbox"/> Je ne voulais pas être suivi(e) par un psychologue en raison du regard négatif que je portais sur cette profession <input type="checkbox"/> Je n'avais jamais pensé à 'être suivi(e) par un psychologue <input type="checkbox"/> J'étais suivi(e) par un psychiatre donc ce n'était pas nécessaire de voir un psychologue <input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s)															
<p>13. Avez-vous déjà été suivi(e) dans le passé par un psychiatre ?</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non															
<p>14. Etes-vous suivi(e) actuellement par un psychiatre en plus de votre psychologue du dispositif « Mon Psy » :</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non															
<p>15. J'ai connu le dispositif « Mon Psy » : (Une seule réponse est possible)</p>	<input type="radio"/> Via mon médecin généraliste <input type="radio"/> Via mon psychologue <input type="radio"/> Via mon psychiatre <input type="radio"/> Via un autre professionnel de la santé <input type="radio"/> Via les médias <input type="radio"/> De bouche à oreille (ami, famille, connaissance) <input type="radio"/> Autre(s)															
<p>16. J'ai connu mon psychologue : (Une seule réponse est possible)</p>	<input type="radio"/> Via mon médecin généraliste <input type="radio"/> Via mon psychiatre <input type="radio"/> Via un autre professionnel de la santé <input type="radio"/> Via l'annuaire du dispositif Mon Psy <input type="radio"/> De bouche à oreille (ami, famille, connaissance) <input type="radio"/> Autre(s)															
<p>17. Au bout de combien de temps avez-vous eu votre premier rendez-vous avec votre psychologue du dispositif « Mon Psy » ? (Une seule réponse est possible)</p>	<input type="radio"/> Entre 1 jour et 15 jours <input type="radio"/> Entre 16 jours et 1 mois <input type="radio"/> Entre 1 mois et 3 mois <input type="radio"/> Entre 3 mois et 6 mois <input type="radio"/> Plus de 6 mois															
<p>18. En plus de l'adressage via le dispositif « Mon Psy », prenez-vous également un traitement psychotrope (anxiolytique et /ou antidépresseur et / ou somnifère)?</p>	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non															
	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="799 1581 927 1682">Pas du tout d'accord</th> <th data-bbox="927 1581 1054 1682">Plutôt pas d'accord</th> <th data-bbox="1054 1581 1182 1682">Ni d'acc. ni pas d'accord</th> <th data-bbox="1182 1581 1310 1682">Plutôt d'accord</th> <th data-bbox="1310 1581 1592 1682">Tout à fait d'accord</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="799 1682 927 1805"><input type="radio"/></td> <td data-bbox="927 1682 1054 1805"><input type="radio"/></td> <td data-bbox="1054 1682 1182 1805"><input type="radio"/></td> <td data-bbox="1182 1682 1310 1805"><input type="radio"/></td> <td data-bbox="1310 1682 1592 1805"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="799 1805 927 1908"><input type="radio"/></td> <td data-bbox="927 1805 1054 1908"><input type="radio"/></td> <td data-bbox="1054 1805 1182 1908"><input type="radio"/></td> <td data-bbox="1182 1805 1310 1908"><input type="radio"/></td> <td data-bbox="1310 1805 1592 1908"><input type="radio"/></td> </tr> </tbody> </table>	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'acc. ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord	<input type="radio"/>									
Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Ni d'acc. ni pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>												
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>												
<p>19. La rapidité de la prise de rendez-vous avec le psychologue est importante dans la prise en charge de mon trouble psychologique :</p>																
<p>20. La psychothérapie est importante dans la prise en charge de mon trouble psychologique :</p>																

21.La prise en charge par un psychologue ou psychiatre reste un sujet tabou :	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
	Pas du tout d'accord. Plutôt pas d'accord Ni d'acc. ni pas d'accord. Plutôt d'accord Tout à fait d'accord
22.La thérapie psychologique réalisée par mon psychologue est de même efficacité que celle qui serait réalisée par un psychiatre :	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
23.Le dispositif « Mon Psy » est simple d'utilisation :	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
24.En plus du dispositif « Mon Psy », est ce que votre médecin vous a également proposé un suivi par le CMP de votre secteur ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
25.Pour quelle(s) raison(s) avez-vous voulu un suivi par un psychologue libéral conventionné du dispositif « Mon Psy » plutôt qu'un suivi par le CMP (Centre médico-psychologique) de votre secteur ? <i>(Plusieurs réponses sont possibles)</i>	<input type="checkbox"/> L'obtention du rendez-vous avec le psychologue était plus rapide via le dispositif « Mon Psy » <input type="checkbox"/> Cette orientation a été privilégiée par mon médecin généraliste <input type="checkbox"/> Mon médecin généraliste ne m'a pas parlé du CMP <input type="checkbox"/> J'ai déjà eu un suivi par le CMP de mon secteur, je ne souhaitais plus continuer avec cette structure <input type="checkbox"/> J'ai été conseillé(e) par une personne (ami, famille, connaissance) <input type="checkbox"/> Je suis aussi suivi(e) ou en attente de suivi par un CMP <input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s)
26.Pour quelle(s) raison(s) avez-vous voulu un suivi par un psychologue libéral conventionné du dispositif « Mon Psy » plutôt qu'un suivi par un psychiatre de votre secteur ? <i>(Plusieurs réponses sont possibles)</i>	<input type="checkbox"/> L'obtention du rendez-vous avec le psychologue était plus rapide via le dispositif « Mon Psy » <input type="checkbox"/> Cette orientation a été privilégiée par mon médecin généraliste <input type="checkbox"/> Mon médecin généraliste ne m'a pas conseillé d'être suivi par un psychiatre libéral <input type="checkbox"/> J'ai déjà eu un suivi par un psychiatre libéral, je ne souhaitais plus continuer un suivi avec ce professionnel de santé <input type="checkbox"/> Mon ancien psychiatre libéral n'exerce plus <input type="checkbox"/> Mon psychologue a été conseillé par une personne (ami, famille, connaissance) <input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s)
27.Je continue à voir régulièrement mon médecin généraliste pour mon trouble psychologique :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Si la réponse à la question précédente est <u>OUI</u> , pour quelle(s) raison(s) ? <i>(Plusieurs réponses sont possibles)</i>	<input type="checkbox"/> Pour le renouvellement de mes médicaments à visée psychologique <input type="checkbox"/> C'est une demande spécifique de mon médecin généraliste pour mon suivi psychologique <input type="checkbox"/> A ma demande car c'est bénéfique pour mon trouble psychologique <input type="checkbox"/> Pour la prolongation de mon arrêt de travail <input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s)
Si la réponse à la question précédente est <u>NON</u> , pour quelle(s) raison(s) ? <i>(Plusieurs réponses sont possibles)</i>	<input type="checkbox"/> Je n'en vois pas l'intérêt <input type="checkbox"/> Mon médecin généraliste n'est pas compétent pour la prise en charge de mon trouble psychologique <input type="checkbox"/> Je n'ai pas le temps <input type="checkbox"/> Je ne veux pas déranger mon médecin généraliste avec mon trouble psychologique <input type="checkbox"/> Mon médecin généraliste ne prend pas son temps pour suivre mon trouble psychologique <input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s)
28.Etes-vous allé(e) voir votre médecin généraliste uniquement pour avoir un courrier d'adressage :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

<p>29.La prescription initiale via un médecin pour entrer dans le dispositif « Mon Psy » est-elle justifiée selon vous ?</p>	<p><input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non</p>
<p>Si la réponse à la question précédente est <u>OUI</u>, pour quelle(s) raison(s) ? <i>(Plusieurs réponses sont possibles)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Le diagnostic de mon trouble psychologique est meilleur car il est posé par un médecin <input type="checkbox"/> Mon médecin me connaît bien, cela aide à la prise en charge de mon trouble psychologique <input type="checkbox"/> Cela est bénéfique pour le suivi des autres problèmes médicaux engendrés par mon trouble psychologique <input type="checkbox"/> Cela permet de discuter de l'instauration d'un traitement médicamenteux pour m'aider <input type="checkbox"/> Les conseils sur l'orientation médicale sont de meilleure qualité <input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s)</p>
<p>Si la réponse à la question précédente est <u>NON</u>, pour quelle(s) raison(s) ? <i>(Plusieurs réponses sont possibles)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Le fait de voir mon médecin allonge le temps avant la durée pour ma prise en charge par un psychologue <input type="checkbox"/> Je peux déjà aller voir un psychologue directement en payant <input type="checkbox"/> Je n'ai pas envie de parler de mes problèmes psychologiques à mon médecin généraliste <input type="checkbox"/> Le diagnostic de mon trouble psychologique n'est pas de la compétence de mon médecin généraliste <input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s)</p>
	<p>Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Ni d'acc. ni pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord</p>
<p>30.La durée des consultations avec mon psychologue est suffisante :</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>31.Sans le dispositif « Mon Psy », j'aurais commencé un suivi par un psychologue :</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>32.Mon psychologue est facilement accessible :</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>33.Le suivi par un psychologue a été bénéfique dans la prise en charge de mon trouble psychologique :</p>	<p><input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>
<p>34.A quelle fréquence voyez-vous votre psychologue dans le cadre du dispositif « Mon Psy » ? <i>(Une seule réponse est possible)</i></p>	<p><input type="radio"/> 1 fois par semaine <input type="radio"/> 1 fois tous les 15 jours <input type="radio"/> 1 fois par mois <input type="radio"/> 1 fois tous les 2 mois <input type="radio"/> 1 fois tous les 3 mois <input type="radio"/> Cela varie, c'est selon mes besoins</p>
<p>35.Quel serait selon vous le nombre idéal de consultation remboursées par an avec le dispositif « Mon Psy » ? <i>(Une seule réponse est possible)</i></p>	<p><input type="radio"/> 8 consultations est suffisant <input type="radio"/> 12 consultations (soit une consultation par mois) <input type="radio"/> Entre 12 et 20 consultations <input type="radio"/> Plus de 20 consultations <input type="radio"/> Nombre non limité : c'est le psychologue qui détermine le nombre de séances</p>
<p>36.Quels sont les inconvénients du dispositif « Mon Psy » ? <i>(Plusieurs réponses sont possibles)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> La durée des séances avec mon psychologue est trop courte <input type="checkbox"/> Trop peu de psychologues sont conventionnés pour le dispositif « Mon Psy » <input type="checkbox"/> Il est nécessaire pour les patients (hors ALD, hors CMU et hors accident de travail) d'avancer l'argent avant d'être remboursés <input type="checkbox"/> Il n'y a pas de prise en charge pluridisciplinaire (psychologue et psychiatre) comme en centre médico-psychologique (CMP) <input type="checkbox"/> La distance entre mon domicile et le bureau du psychologue conventionné du dispositif « Mon Psy » le plus proche est trop grande <input type="checkbox"/> Autre(s)</p>

DISPOSITIF MonPsy Échelles et outils d'évaluation

**Guide pratique
pour les médecins
et psychologues**



Février 2022

L'utilisation d'échelles est utile pour évaluer l'état de santé du patient et caractériser ses troubles psychiques.

Ce livret a donc pour objectif d'outiller au mieux les médecins et les psychologues dans leur évaluation, afin qu'ils puissent échanger ensemble sur des éléments partagés.

L'utilisation d'échelles dans le cadre du dispositif n'est pas obligatoire.

Le présent livret est composé d'une partie dédiée aux adultes et d'une seconde partie dédiée aux enfants et adolescents.



Table des matières

ADULTES	4
PHQ 9 – Évaluation d’un patient présentant des symptômes dépressifs	4
GAD 7 – Évaluation d’un patient présentant des symptômes anxieux	6
TEST FAGERSTRÖM – Évaluation d’un patient consommant du tabac	7
AUDIT – Évaluation d’un patient consommant de l’alcool	8
CUDIT – Évaluation d’un patient consommant du cannabis	10
ENFANTS ET ADOLESCENTS	12
ADRS – Évaluation d’un adolescent présentant des symptômes dépressifs	12
SDQ – Dépistage des problèmes de santé mentale chez les enfants	13
BITS – Score de dépistage du risque suicidaire chez l’adolescent	16

Échelles pour adultes

HEALTH QUESTIONNAIRE : PHQ 9 ÉVALUATION D'UN PATIENT PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS (ADULTES)

- > Patients éligibles au dispositif : Score PHQ 9 ≥ 5 et ≤ 19
- > Patients non éligibles au dispositif : Score PHQ 9 < 5 ou > 19

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?	Jamais 0	Plusieurs jours 1	Plus de la moitié des jours 2	Presque tous les jours 3
1- Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Avoir peu d'appétit ou manger trop	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7- Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8- Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9- Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Score total PHQ 9 :				

Si vous avez entouré au moins « 1 » à au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout difficile(s) Assez difficile(s) Très difficile(s) Extrêmement difficile(s)

Sources : K roenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. J G en Intern Med 2001;16:606-613

Le score maximal est 27.

- > Les items 1 à 9 sont cotés sur une échelle de 0 à 3.
- > L'item 10 (niveau de fonctionnement) est coté sur une échelle entre 0 et 4, allant de « pas du tout difficile » à « extrêmement difficile ».

Seuils diagnostiques concernant l'intensité des symptômes dépressifs :

- > Absence de dépression : 0-4 points
- > Dépression légère : 5-9 points → patient éligible
- > Dépression modérée : 10-14 points → patient éligible
- > Dépression modérément sévère : 15-19 points → patient éligible
- > Dépression sévère : 20-27 points



GENERALIZED ANXIETY DISORDER-7 (GAD 7) ÉVALUATION D'UN PATIENT PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES ANXIEUX (ADULTES)

> Patients éligibles au dispositif : Score GAD 7 ≥ 5 et ≤ 14

> Patients non éligibles au dispositif : Score GAD 7 < 5 ou > 14

Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?	Jamais 0	Plusieurs jours 1	Plus de la moitié des jours 2	Presque tous les jours 3
1- Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2- Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3- Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4- Difficulté à vous détendre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5- Devenir facilement contrarié(e) ou irritable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6- Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Score total GAD 7 :				

Référence : Spitzer et al., 2006

Le score maximum est de 21. Les items sont cotés sur une échelle de 0 à 3.

Seuils diagnostiques concernant l'intensité des symptômes anxieux :

- > Absence d'anxiété : 0-4 points
- > Anxiété légère : 5-9 points → patient éligible
- > Anxiété modérée : 10-14 points → patient éligible
- > Anxiété sévère : 15-21 points

TEST FAGERSTRÖM - ÉVALUATION D'UN PATIENT CONSOMMANT DU TABAC (ADULTES)

- > Patients éligibles au dispositif : Score Fagerström ≤ 6
- > Patients non éligibles au dispositif : Score Fagerström > 6

Test de Fagerström en six questions

1. Le matin, combien de temps après être réveillé(e) fumez-vous votre première cigarette ?	
a. Dans les 5 minutes	3
b. 6 - 30 minutes	2
c. 31 - 60 minutes	1
d. Plus de 60 minutes	0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex. : cinémas, bibliothèques)	
a. Oui	1
b. Non	0
3. À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?	
a. À la première de la journée	1
b. À une autre	0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?	
a. 10 ou moins	0
b. 11 à 20	1
c. 21 à 30	2
d. 31 ou plus	3
5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?	
a. Oui	1
b. Non	0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?	
a. Oui	1
b. Non	0

Interprétation selon les auteurs :

- > entre 0 et 2 : pas de dépendance ;
- > entre 3 et 4 : dépendance faible ;
- > entre 5 et 6 : dépendance moyenne ;
- > entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte.

Références : Heatherton et coll., 1991, Fagerström 2012.

Le score maximum est de 10.

Seuils diagnostiques concernant l'intensité de la dépendance au tabac :

- > Pas de dépendance : 0-2 points
- > Dépendance faible : 3-4 points → patient éligible
- > Dépendance moyenne : 5-6 points → patient éligible
- > Dépendance forte ou très forte : 7-10 points

ALCOHOL USE DISORDERS TEST (AUDIT) ÉVALUATION D'UN PATIENT CONSOMMANT DE L'ALCOOL (ADULTES)

> Patients éligibles au dispositif :

- Homme : Score ≥ 8 et ≤ 12
- Femme : Score ≥ 7 et ≤ 11

> Patients non éligibles au dispositif :

- Homme : Score > 12
- Femme : Score > 11

	0	1	2	3	4	Score de la ligne
1. Quelle est la fréquence de votre consommation d'alcool ?	Jamais	Au moins 1 fois par mois	2 à 4 fois par mois	2 à 3 fois par semaine	Au moins 4 fois par semaine	
2. Combien de verres contenant de l'alcool consommez-vous un jour typique où vous buvez ?	1 ou 2	3 ou 4	5 ou 6	7 ou 8	10 ou plus	
3. Avec quelle fréquence buvez-vous six verres ou davantage lors d'une occasion particulière ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
4. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous constaté que vous n'étiez plus capable de vous arrêter de boire une fois que vous avez commencé ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
5. Au cours de l'année écoulée, combien de fois votre consommation d'alcool vous a-t-elle empêché de faire ce qui était normalement attendu de vous ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
6. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu besoin d'un premier verre pour pouvoir démarrer après avoir beaucoup bu la veille ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
7. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous eu un sentiment de culpabilité ou des remords après avoir bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
8. Au cours de l'année écoulée, combien de fois avez-vous été incapable de vous rappeler ce qui s'était passé la soirée précédente parce que vous aviez bu ?	Jamais	Moins d'1 fois par mois	1 fois par mois	1 fois par semaine	Tous les jours ou presque	
9. Avez-vous été blessé(e) ou quelqu'un d'autre a-t-il été blessé parce que vous aviez bu ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	
10. Un parent, un ami, un médecin ou un autre soignant s'est-il inquiété de votre consommation d'alcool ou a-t-il suggéré que vous la réduisiez ?	Non		Oui, mais pas au cours de l'année écoulée		Oui, au cours de l'année	

Référence : Saunders et al., 1993

Le test (AUDIT) est un test simple comprenant dix questions développé par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour déterminer si la consommation d'une personne pouvait être dangereuse. Le test porte sur les 12 derniers mois. Le score maximum est de 40.

Seuils diagnostiques concernant l'intensité de la dépendance à l'alcool :

Chez l'homme :

- > Pas de mésusage actuel d'alcool : 0-7 points
- > Mésusage actuel d'alcool : 8-12 points → patient éligible
- > Dépendance à l'alcool : 13-40 points

Chez la femme :

- > Pas de mésusage actuel d'alcool : 0-6 points
- > Mésusage actuel d'alcool : 7-11 points → patiente éligible
- > Dépendance à l'alcool : 12-40 points



« THE CANNABIS USE DISORDER IDENTIFICATION TEST » CUDIT – ÉVALUATION D'UN PATIENT CONSOMMANT DU CANNABIS (ADULTES)

> Patients éligibles au dispositif : Score ≤ 8

> Patients non éligibles au dispositif : Score > 8

<p>Avez-vous consommé du cannabis pendant les 6 derniers mois ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Si OUI, veuillez répondre aux questions suivantes concernant votre consommation de cannabis. Merci de cocher la case qui décrit le mieux votre consommation de cannabis pendant les 6 derniers mois.</p>				
<p>1- À quelle fréquence consommez-vous du cannabis ?</p>				
<input type="checkbox"/> Jamais 0	<input type="checkbox"/> 1 fois par mois ou moins 1	<input type="checkbox"/> 2-4 fois par mois 2	<input type="checkbox"/> 2-3 fois par semaine 3	<input type="checkbox"/> 4 fois ou plus par semaine 4
<p>2- Les jours où vous avez consommé du cannabis, vous étiez « défoncé(e) » pendant combien d'heures pour une journée type ?</p>				
<input type="checkbox"/> Jamais 0	<input type="checkbox"/> 3 ou 4 1	<input type="checkbox"/> 5 ou 6 2	<input type="checkbox"/> 7 à 9 3	<input type="checkbox"/> 10 ou plus 4
<p>3- Combien de fois avez-vous été « défoncé(e) » sous cannabis pendant 6 heures ou plus ?</p>				
<input type="checkbox"/> Jamais 0	<input type="checkbox"/> Moins d'1 fois par mois 1	<input type="checkbox"/> Une fois par mois 2	<input type="checkbox"/> Une fois par semaine 3	<input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque 4
<p>4- Combien de fois pendant les 6 derniers mois vous est-il arrivé de ne plus pouvoir vous arrêter de consommer du cannabis une fois que vous aviez commencé ?</p>				
<input type="checkbox"/> Jamais 0	<input type="checkbox"/> Moins d'1 fois par mois 1	<input type="checkbox"/> Une fois par mois 2	<input type="checkbox"/> Une fois par semaine 3	<input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque 4
<p>5- Combien de fois pendant les 6 derniers mois n'avez-vous pas fait ce que l'on attendait de vous parce que vous aviez consommé du cannabis ?</p>				
<input type="checkbox"/> Jamais 0	<input type="checkbox"/> Moins d'1 fois par mois 1	<input type="checkbox"/> Une fois par mois 2	<input type="checkbox"/> Une fois par semaine 3	<input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque 4
<p>6- Combien de fois pendant les 6 derniers mois avez-vous éprouvé le besoin de consommer du cannabis ?</p>				
<input type="checkbox"/> Jamais 0	<input type="checkbox"/> Moins d'1 fois par mois 1	<input type="checkbox"/> Une fois par mois 2	<input type="checkbox"/> Une fois par semaine 3	<input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque 4
<p>7- Combien de fois pendant les 6 derniers mois vous êtes-vous senti(e) coupable ou avez-vous eu des regrets après avoir consommé du cannabis ?</p>				
<input type="checkbox"/> Jamais 0	<input type="checkbox"/> Moins d'1 fois par mois 1	<input type="checkbox"/> Une fois par mois 2	<input type="checkbox"/> Une fois par semaine 3	<input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque 4
<p>8- Combien de fois pendant les 6 derniers mois avez-vous eu des troubles de la mémoire ou avez-vous eu du mal à vous concentrer après avoir consommé du cannabis ?</p>				
<input type="checkbox"/> Jamais 0	<input type="checkbox"/> Moins d'1 fois par mois 1	<input type="checkbox"/> Une fois par mois 2	<input type="checkbox"/> Une fois par semaine 3	<input type="checkbox"/> Tous les jours ou presque 4

9- Vous êtes-vous fait mal ou avez-vous blessé physiquement quelqu'un parce que vous aviez consommé du cannabis dans les 6 derniers mois ? Non Oui
0 4

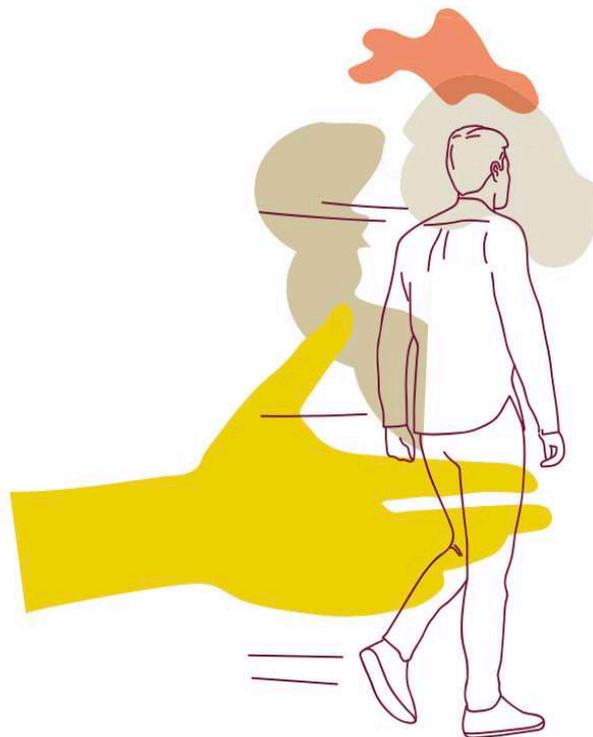
10- Une personne telle qu'un parent, un(e) ami(e), un médecin ou un professionnel de la santé s'est elle inquiétée de votre usage de cannabis ou vous a-t-elle conseillé de diminuer votre consommation de cannabis ? Non Oui
0 4

Référence : Simon Adamson, University of Otago (Nouvelle-Zélande), 2010

Le questionnaire d'entretien structuré (en dix items) est spécifique au cannabis et porte sur les six derniers mois. Le score maximum est de 40.

Seuils diagnostiques concernant l'intensité de la dépendance au cannabis :

- > Pas de dépendance au cannabis : 1-8 points → patient éligible
- > Dépendance au cannabis : 9-40 points



Échelles pour enfants et adolescents

AUTO-QUESTIONNAIRE « ADOLESCENT DEPRESSION RATING SCALE » (ADRS) ÉVALUATION D'UN PATIENT PRÉSENTANT DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS (ADOLESCENTS)

Consigne : Je coche « vrai » si la phrase correspond à ce que je vis, ou « faux » si elle ne correspond pas.

Je n'ai pas d'énergie pour l'école, pour le travail	V/F
J'ai du mal à réfléchir	V/F
Je sens que la tristesse, le cafard me débordent en ce moment	V/F
Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien qui ne m'amuse	V/F
Ce que je fais ne sert à rien	V/F
Au fond, quand c'est comme ça, j'ai envie de mourir	V/F
Je ne supporte pas grand-chose	V/F
Je me sens découragé(e)	V/F
Je dors très mal	V/F
À l'école, au boulot, je n'y arrive pas	V/F

Cotation : le score d'ADRS est compris entre 0 et 10. Il permet l'identification d'un risque de dépression chez l'adolescent.

Ce risque de dépression est :

- > modéré : 4-8 points → patient éligible
- > important : 9-10 points

QUESTIONNAIRE SDQ « STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE » – DÉPISTAGE DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES ENFANTS

Le SDQ est un questionnaire qui sert au dépistage des problèmes de santé mentale chez les enfants (Goodman, 1997, 2001; Goodman et Goodman, 2009, 2011). Il mesure notamment la présence de comportements qui témoignent de difficultés émotionnelles telles que l'agression physique, l'isolement, l'anxiété, la difficulté à se concentrer et l'impulsivité.

Cotation du Questionnaire Points fort – Points faible (SDQ-Fra) rempli par les parents ou les professeurs

Les 25 items au SDQ-Fra comprennent cinq échelles de cinq items chacune. Il est en général plus facile de coter d'abord les cinq échelles avant de calculer la note totale obtenue au questionnaire. Les items « parfois ou un peu vrai » sont toujours cotés 1 tandis que la cotation aux réponses « pas vrai » et « très vrai » peut varier selon l'item. Pour ces notes, veuillez vous référer aux cinq échelles ci-dessous. Pour chacune des cinq échelles, le score peut varier de 0 à 10 à condition que les cinq items soient complétés. Les scores des échelles peuvent être inférés à condition qu'au moins trois items soient complétés.

Échelle de troubles émotionnels	Pas vrai	Parfois ou un peu vrai	Très vrai
Se plaint souvent de maux de tête ou d'estomac...	0	1	2
S'inquiète souvent, paraît souvent soucieux(se)	0	1	2
Souvent malheureux(se), abattu(e)...	0	1	2
Mal à l'aise ou se cramponne aux adultes...	0	1	2
À de nombreuses peurs, facilement effrayé(e)	0	1	2
Échelles de troubles comportementaux	Pas vrai	Parfois ou un peu vrai	Très vrai
Fait souvent des colères, s'énerve facilement	0	1	2
En général obéissant(e) envers les adultes	2	1	0
Se bagarre souvent avec les autres enfants...	0	1	2
Ment ou triche souvent	0	1	2
Vole à la maison, à l'école ou ailleurs	0	1	2
Échelle d'hyperactivité	Pas vrai	Parfois ou un peu vrai	Très vrai
Agité(e), turbulent(e), hyperactif(ve)...	0	1	2
À la bougeotte, se tortille constamment	0	1	2
Facilement distrait(e), a du mal à se concentrer	0	1	2
Réfléchit avant d'agir	2	1	0
Va jusqu'au bout des tâches ou devoirs ...	2	1	0

Échelle de troubles relationnels avec les pairs	Pas vrai	Parfois ou un peu vrai	Très vrai
Plutôt solitaire, a tendance à jouer seul	0	1	2
A au moins un(e) ami(e)	2	1	0
Généralement aimé(e) des autres enfants	2	1	0
Se fait souvent embêter par les autres enfants	0	1	2
S'entend mieux avec les adultes qu'avec...	0	1	2
Échelle prosocial	Pas vrai	Parfois ou un peu vrai	Très vrai
Est sensible aux autres...	0	1	2
Partage facilement avec les autres enfants	0	1	2
Aide volontiers quand quelqu'un s'est fait mal...	0	1	2
Gentil(le) avec les enfants plus jeunes	0	1	2
Toujours prêt(e) à aider les autres	0	1	2
Score total de difficultés :			
Celui-ci est obtenu en sommant les notes aux autres échelles excepté celle de l'échelle prosocial			

Interprétation du score des symptômes et définition du cas des scores de symptômes

Les limites provisoires figurant ci-dessous ont été choisies de façon à ce que 80 % des enfants dans la population en général soient normaux, 10 % soient limite et 10 % soient anormaux. Dans une étude d'échantillon à haut risque et où les faux positifs ne représentent pas un problème sérieuse, on peut identifier des cas conformes par un score limite ou par un score élevé à une des échelles de difficultés globales. Dans une étude sur un échantillon à risque peu élevé où il était plus important de réduire les faux positifs, on peut identifier les cas conformes par un score élevé sur l'une des échelles de difficultés globales.

Questionnaire complété par les parents	Normal	État limite	Anormal
Score total de difficultés	0-13	14-16	17-40
Score troubles émotionnels	0-3	4	5-10
Score troubles comportementaux	0-2	3	4-10
Score d'hyperactivité	0-5	6	7-10
Score troubles relationnels	0-2	3	4-10
Score prosocial	6-10	5	0-4

Questionnaire complété par le professeur	Normal	État limite	Anormal
Score total de difficultés	0-11	12-15	16-40
Score troubles émotionnels	0-4	5	6-10
Score troubles comportementaux	0-2	3	4-10
Score d'hyperactivité	0-5	6	7-10
Score troubles relationnels	0-3	4	5-10
Score prosocial	6-10	5	0-4

Élaboration et interprétation des scores d'impact

Quand on utilise une version du SOQ-Fra qui comporte un « supplément d'impact », les items concernant les perturbations générales et sociales peuvent être additionnés pour élaborer un score d'impact, qui peut varier de 0 à 10 pour les versions cotées par les parents, et de 0 à 6 pour les versions cotées par les professeurs.

Questionnaire complété par les parents	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Les difficultés dérangent ou gênent l'enfant	0	0	2
Troubles dans la vie à la maison	0	0	2
Troubles dans les amitiés	0	0	2
Troubles dans les apprentissages à l'école	0	0	2
Troubles dans les loisirs	0	0	2
Questionnaire complété par le professeur	Pas du tout	Un peu	Beaucoup
Les difficultés dérangent ou gênent l'enfant	0	0	2
Troubles dans les amitiés	0	0	2
Troubles dans les apprentissages à l'école	0	0	2

Les réponses aux questions sur la chronicité et le fardeau ne sont pas incluses dans le score d'impact. Lorsque les sujets ont répondu « non » à la première question au supplément d'impact (c'est-à-dire lorsqu'ils ne perçoivent aucun trouble émotionnel ou du comportement chez l'enfant), alors on ne leur demande pas de répondre aux questions suivantes et le score d'impact est automatiquement coté 0 dans cette situation.

Selon que la cotation est faite par les parents ou par les professeurs, un score d'impact total de 2 ou plus est anormal, tandis qu'un score de 1 est limite et un score de 0 est normal.



QUESTIONNAIRE BITS « BULLYING-INSOMNIA-TOBACCO-STRESS TEST » – SCORE DE DÉPISTAGE DU RISQUE SUICIDAIRE CHEZ L'ADOLESCENT

Le BITS test permet de déterminer chez l'adolescent, en consultation courante, les situations où l'abord du risque suicidaire devient une nécessité. Ainsi, il participe à un ensemble d'attitudes qui permettent d'approcher progressivement un mal-être qui ne s'exprime pas.

En cas de test positif, il conviendra d'utiliser d'autres échelles afin d'évaluer la gravité de la situation.

Ce test est composé de quatre questions à poser en deux temps.

		Questions
Bullying	= harcèlement	As-tu récemment été maltraité(e) ou harcelé(e) à l'école, y compris via ton téléphone ou internet ? ... et en dehors de l'école ?
Insomnia	= troubles du sommeil	As-tu souvent des troubles du sommeil ? ... fais-tu fréquemment des cauchemars ?
Tobacco	= tabagisme	Consommes-tu du tabac ? ... quotidiennement ?
Stress	= stress	Te sens-tu stressé(e) par le travail scolaire ou l'atmosphère familiale ? ... par les deux ?

Score :

- > Une réponse positive à la première partie de la question compte pour 1 point.
- > Une réponse positive à la deuxième partie de la question compte pour 2 points.
- > Seul le score maximum de chaque question est pris en compte.
- > Le score maximal est donc de 8 points.

Résultats :

- > Un score ≥ 3 doit interpeller le praticien et l'amener à interroger l'adolescent sur ses idées suicidaires.



DISPOSITIF MonPsy

Guide pratique à destination des médecins



Mars 2022

SOMMAIRE

Présentation	3
Les patients concernés	5
Pour les enfants et adolescents	6
Pour les adultes	8
Le parcours de prise en charge	11
Étape 1 : Entretien d'évaluation	14
Étape 2 : Séances de suivi	14
La fin de l'accompagnement	16
Annexes	18
Modèle de courrier d'adressage	18
Modèle de courrier d'accompagnement	19

PRÉSENTATION

POURQUOI CE DISPOSITIF MONPSY ?

Près de **8 millions de personnes** reçoivent, chaque année, **des soins en lien avec leur santé mentale**. La dépression légère à modérée, les troubles de l'adaptation ou les troubles médicaux inexpliqués¹ concentrent la majorité des patients, **qui sont pris en charge essentiellement par vous, médecin**. Malheureusement, vous n'avez pas toujours le temps nécessaire pour prendre en charge la souffrance psychologique. De plus, les difficultés d'accès à la psychothérapie vous offrent peu de possibilités thérapeutiques non médicamenteuses à offrir à vos patients.

C'est pourquoi, face aux besoins croissants liés à la crise sanitaire, et afin de permettre **un accès aux soins en santé mentale plus large, plus adapté et plus équitable**, le ministère en charge de la santé et l'Assurance Maladie ont travaillé avec les représentants du Collège de la médecine générale (CMG), des psychologues et au côté de la Commission nationale de psychiatrie (CNP) afin de proposer le dispositif MonPsy. Celui-ci organise une coopération entre les psychologues de ville et les intervenants du parcours de soin du patient sous la forme d'une **offre de première ligne, de dépistage et de prise en charge initiale** pour l'ensemble de la population à partir de 3 ans.

Ainsi, les patients en souffrance psychique d'intensité légère à modérée, après une orientation par leur médecin et dans le cadre d'un parcours de soins, peuvent bénéficier d'un accompagnement psychologique réalisé par un psychologue de ville, pris en charge par l'Assurance Maladie dans la limite d'un entretien d'évaluation et de sept séances de suivi par patient et par an.

¹ DOCQUIR Camille, « Les symptômes médicalement inexpliqués : précisions terminologiques, données épidémiologiques chez l'adulte et l'enfant, aperçu des contre-attitudes », *Bulletin de psychologie*, 2013/1 (numéro 523), p. 61-75. DOI : 10.3917/bupsy.523.0061. URL : www.cairn.info/revue-bulletin-de-psychologie-2013-1-page-61.htm

QUEL EST L'OBJET DU GUIDE PRATIQUE ?

Ce guide pratique est destiné à tous les médecins qui souhaitent participer au dispositif et en faire bénéficier leur patient.

Il a pour objectif de vous fournir des informations pratiques sur le dispositif MonPsy (parcours de soins, critères d'inclusion, critères de non-inclusion, etc.).

Il vous propose des outils pour faciliter les échanges avec le psychologue et vous offre des repères concrets pour la prise en charge de vos patients.

Un document pratique pour les psychologues est également réalisé.

Une brochure d'information à destination de vos patients est disponible sur le site internet du dispositif (monpsy.sante.gouv.fr).



LES PATIENTS CONCERNÉS

Dans le cadre du dispositif MonPsy, vous représentez, en tant que médecin², la porte d'entrée du dispositif.

MonPsy s'adresse **à tous les patients dès l'âge de 3 ans en souffrance psychique d'intensité légère à modérée.**

Si vous repérez une souffrance psychique chez l'un de vos patients et en fonction de l'examen clinique, vous pouvez lui proposer de bénéficier d'un accompagnement psychologique réalisé par un psychologue partenaire du dispositif.

Des échelles et des outils d'évaluation permettant d'évaluer le degré de gravité des troubles vous sont proposés (cf. livret dédié). Ces outils ne sont pas obligatoires mais peuvent faciliter la caractérisation du trouble et faciliter vos échanges avec le psychologue qui prendra en charge votre patient.

La prise en charge psychologique est préconisée comme solution de première intention pour les troubles d'intensité légère à modérée et peut représenter une alternative aux traitements médicamenteux.

Dans le cadre de ce dispositif, l'orientation par le médecin est obligatoire et un accès direct à l'accompagnement psychologique n'est pas possible.

Les patients en situation d'urgence, présentant un risque suicidaire ou avec des critères de gravité (signes de décompensation psychiatrique aigus, par exemple) doivent être orientés sans délai vers le psychiatre ou des structures spécialisées.

Un numéro national de prévention du suicide, le 3114, permet d'apporter une aide avec des psychologues et des infirmiers formés à la prévention du suicide et ce 24h/24 et 7j/7.

² Afin d'assurer une prise en charge globale du patient, l'orientation par le médecin traitant est encouragée. Cependant tout médecin impliqué dans la prise en charge peut orienter son patient dans le dispositif MonPsy.



POUR LES ENFANTS ET ADOLESCENTS

Les critères d'inclusion

MonPsy s'adresse aux enfants et adolescents de 3 à 17 ans inclus qui présentent :

- > **une situation de mal-être ou de souffrance psychique** d'intensité légère à modérée, pouvant susciter l'inquiétude de l'entourage (famille, milieu scolaire, médecin, etc.).

Les critères de non-inclusion

Ne sont pas concernés par le dispositif :

- > **les enfants âgés de moins de 3 ans ;**
- > **les enfants ou adolescents nécessitant d'emblée un avis spécialisé** (psychiatre ou pédopsychiatre) :
 - risques suicidaires,
 - formes sévères de troubles anxieux ou dépressifs,
 - troubles du comportement alimentaire avec signes de gravité (voir plus bas),
 - situations de retrait et d'inhibition majeures,
 - troubles neuro-développementaux,
 - toute situation de dépendance à des substances psychoactives,
 - troubles externalisés sévères :
 - exclusions scolaires à répétition,
 - retentissement majeur sur la scolarité et les apprentissages ou sur la vie familiale,
 - trouble des conduites avec acte légal ou médico-légal (arrestation, condamnation, acte hétéro-agressif...).
- > **les enfants et adolescents actuellement en cours de prise en charge en pédopsychiatrie ou psychiatrie ou en ALD pour motif psychiatrique (ou dans les deux ans).**

L'UTILISATION DES ÉCHELLES (CF. LIVRET DÉDIÉ)

Des échelles ou auto-questionnaires (BITS, ADRS, SDQ) à destination des enfants sont proposés aux professionnels qui suivent les patients afin de faciliter la caractérisation initiale et l'inclusion dans le dispositif ainsi que l'évolution du patient, le cas échéant.

CONSENTEMENT DES PARENTS POUR LES PATIENTS MINEURS

Le consentement des titulaires de l'autorité parentale (parents ou tuteurs) est nécessaire pour engager un parcours de soins pour un mineur et permettre le partage, entre les acteurs de ce parcours, dans la mesure où ils ont vocation à en connaître, des informations relatives à sa prise en charge en santé mentale.

Vous devez rechercher le consentement des deux titulaires de l'autorité parentale en orientant votre patient mineur vers un accompagnement psychologique.

Si seul un titulaire de l'autorité parentale est présent, vous informez le parent présent qu'il lui incombe de recueillir l'accord de l'autre titulaire de l'autorité parentale. Si l'accord ne peut être obtenu, vous lui demandez d'attester par écrit que l'accord du second parent n'a pu être obtenu pour cause d'impossibilité manifeste pour ce dernier d'être informé et qu'il prend l'entière responsabilité d'accorder seul cette autorisation.

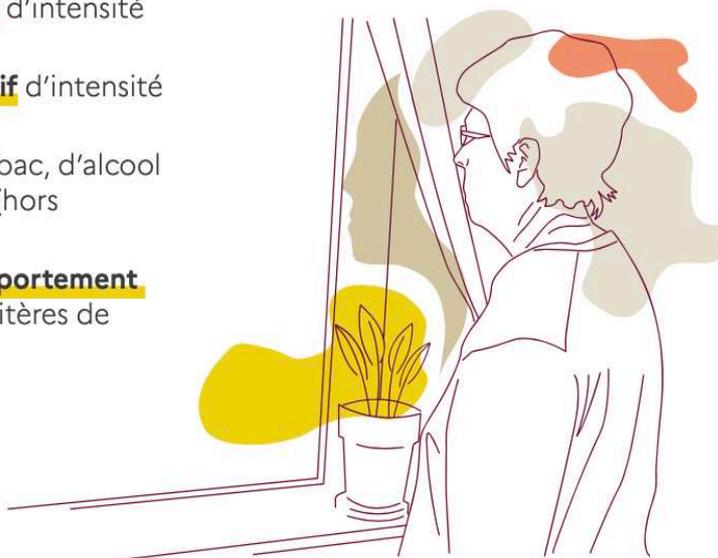


POUR LES ADULTES

Les critères d'inclusion

MonPsy s'adresse aux patients adultes de 18 ans ou plus en souffrance psychique qui présentent :

- > **un trouble anxieux** d'intensité légère à modérée ;
- > **un trouble dépressif** d'intensité légère à modérée ;
- > **un mésusage** de tabac, d'alcool et/ou de cannabis (hors dépendance) ;
- > **un trouble du comportement alimentaire** sans critères de gravité.



À savoir : si votre patient est éligible, mais qu'il est dans une des situations suivantes :

- > traitement par antidépresseurs depuis plus de 3 mois ;
- > traitement par hypnotiques ou benzodiazépines depuis plus d'un mois ;
- > traitement par un autre psychotrope ;
- > patients bipolaires ou borderline sous antiépileptiques.

Avant de l'orienter vers un accompagnement psychologique, vous sollicitez l'avis d'un psychiatre. Celui-ci formalise un avis quant à la prise en charge la plus adaptée pour votre patient et réévalue la pertinence des psychotropes prescrits.

BONNES PRATIQUES : RÉÉVALUATION DE LA PERTINENCE DES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Avant d'orienter votre patient vers un accompagnement psychologique, vous devez réévaluer les traitements médicamenteux de celui-ci et en particulier ses traitements psychotropes.

La Haute Autorité de santé (HAS) met par exemple en ligne des outils d'aide à la déprescription des benzodiazépines et médicaments apparentés :

- > Fiche de bon usage des médicaments : [Quelle place pour les benzodiazépines dans l'anxiété ?](#)
- > Recommandations de bonne pratique : [Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé](#)

Les critères de non-inclusion

Toutes les situations qui nécessitent d'emblée ou en cours de prise en charge un avis spécialisé par un psychiatre sont exclues du champ de ce dispositif.

Ne sont pas concernés par le dispositif :

- > **les situations qui nécessitent d'emblée ou en cours de prise en charge un avis spécialisé par un psychiatre**, notamment en cas de :
 - risques suicidaires,
 - formes sévères de troubles dépressifs ou anxieux,
 - troubles du comportement alimentaire avec signes de gravité (voir plus bas),
 - troubles neuro-développementaux sévères,
 - antécédents psychiatriques sévères dans les trois ans,
 - toute situation de dépendance à des substances psychoactives ;
- > **les patients actuellement en ALD ou en invalidité pour motif psychiatrique ou en arrêt de travail de plus de six mois** pour un motif psychiatrique (ou dans les deux ans).

L'UTILISATION DES ÉCHELLES (CF. LIVRET DÉDIÉ)

Plusieurs échelles (PHQ9, GAD7, CUDIT, AUDIT, Fagerström) sont à votre disposition et à celle du psychologue pour aider à caractériser un trouble psychiatrique d'intensité légère et modérée et les états de souffrance psychique afin de repérer les situations qui ne sont pas incluses dans le dispositif. Leur utilisation n'est pas obligatoire.

Pour information, les critères de non-inclusion ont pour traduction, pour les patients présentant :

- > des symptômes dépressifs : score PHQ 9 < 5 et > 19 ;
- > des symptômes anxieux : score GAD 7 < 5 et > 14 ;
- > une consommation de tabac : score Fagerström > 6 ;
- > une consommation d'alcool : score AUDIT > 12 hommes ou > 11 femmes ;
- > une consommation de cannabis : score CUDIT > 8.

Ces échelles peuvent faciliter les échanges (un langage commun) entre les différents professionnels (médecin, psychologue, psychiatre). Elles vous permettent de caractériser le niveau de trouble initial afin d'en informer le psychologue et, pour le psychologue, d'évaluer l'évolution du trouble suite à la prise en charge psychologique.

LES SIGNES DE GRAVITÉ DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE

Les signes impliquant une prise en charge spécialisée d'emblée sont les suivants :

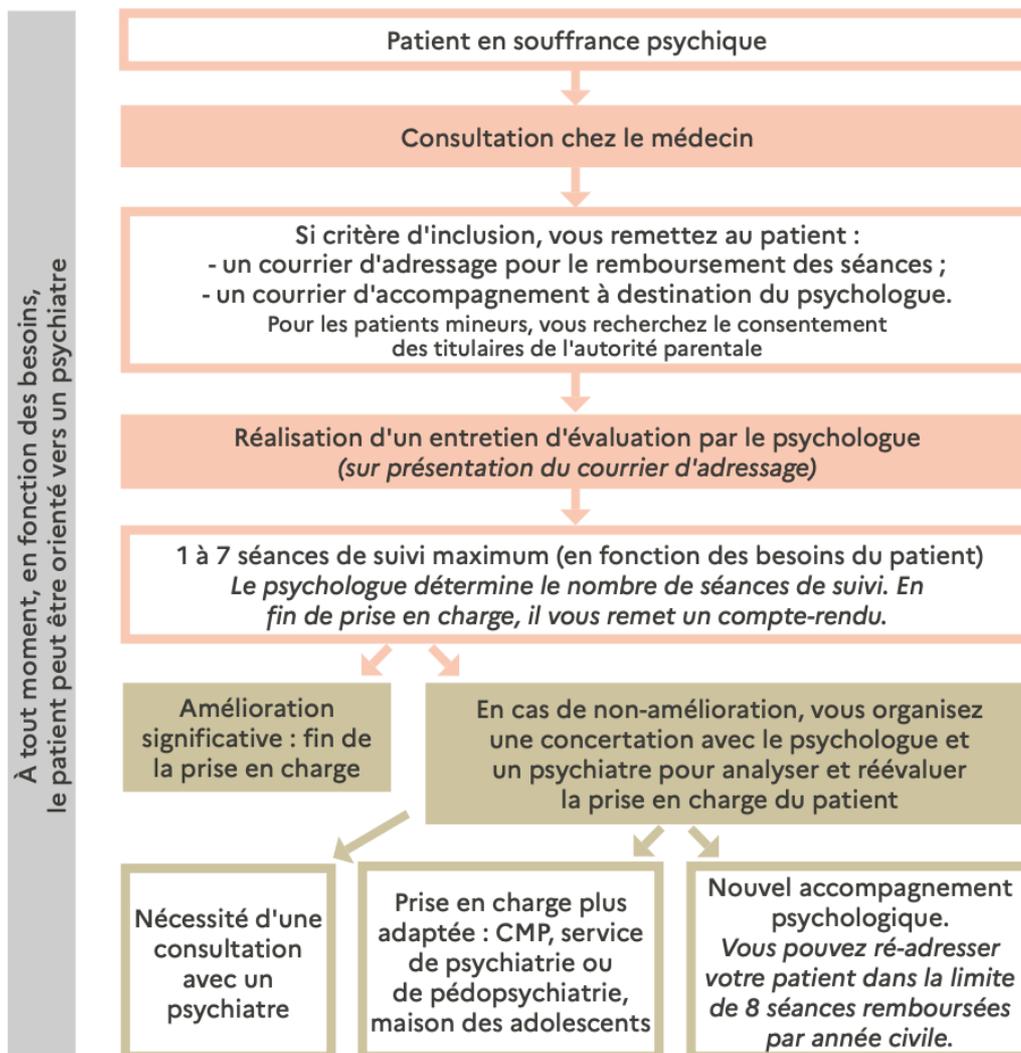
- > variation du poids de plus de 1 kg/semaine depuis quelques semaines ;
- > IMC bas (enfant adolescent : < 3^e percentile ; adulte < 17) ;
- > crises de boulimie/hyperphagie ne permettant pas le maintien de l'activité scolaire/professionnelle ou retentissement somatique important ;
- > comorbidité psychiatrique sévère ou risque suicidaire ;
- > complications somatiques du surpoids.

LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE

LA PRISE EN CHARGE PROPOSÉE ET LES ÉCHANGES ENTRE LES INTERVENANTS

L'échange et la concertation entre vous et le psychologue permettent la réussite de la prise en charge de votre patient.

NB : le parcours de prise en charge est le même pour les enfants/adolescents et les adultes.



EN PRATIQUE, COMMENT DOIS-JE ORIENTER MON PATIENT VERS LE DISPOSITIF MONPSY ?

Vous évaluez l'état de votre patient lors de l'examen clinique et, éventuellement, à l'aide des échelles et outils d'évaluation si nécessaire (cf. livret dédié).

Si votre patient répond aux critères d'inclusion, vous pouvez lui proposer de bénéficier d'un accompagnement psychologique dans le cadre du dispositif MonPsy. Pour ce faire, vous lui transmettez :

1. Un « **courrier d'adressage** » mentionnant votre nom, votre numéro AM ou celui de votre structure en indiquant la nécessité de réaliser un accompagnement psychologique.

Ce courrier d'adressage, valable six mois, est un **document administratif** nécessaire au remboursement de votre patient par l'Assurance Maladie. **Il ne doit contenir aucune information médicale.**

- > Le nombre de séances ne doit pas être indiqué sur le courrier d'adressage. C'est le psychologue conventionné qui, en accord avec le patient, propose le nombre de séances nécessaires.
- > Un modèle est disponible en annexe, mais vous pouvez rédiger ce courrier sur papier blanc ou utiliser une ordonnance.

2. Un « **courrier d'accompagnement** » destiné au psychologue (modèle en annexe). Ce document, à destination du psychologue, a vocation à lui **transmettre les éléments du contexte, les éléments cliniques et les motifs de l'adressage** et éventuellement les résultats des scores.

L'objectif est de concourir à l'amélioration de la prise en charge du patient, en fluidifiant les échanges entre les professionnels impliqués dans son parcours.



Votre patient peut choisir le psychologue de son choix parmi les psychologues partenaires listés sur le site monpsy.sante.gouv.fr. L'annuaire est régulièrement actualisé en fonction de l'entrée dans le dispositif de nouveaux psychologues.

Si vous le souhaitez, ou s'il vous le demande, vous pouvez aider le patient (ou la famille) dans le choix du psychologue.

Bon à savoir : En cas de questions de votre patient sur le dispositif (modalités de remboursement, etc), vous pouvez l'orienter vers la foire aux questions patients disponible sur le site monpsy.sante.gouv.fr.

LA PRESCRIPTION DE TRANSPORT

Si le recours au psychologue est en lien avec une ALD du patient et que celui-ci présente une déficience ou une incapacité justifiant la prescription d'un transport sanitaire (cf. référentiel de prescription fixé par l'arrêté du 23 décembre 2006), alors les transports pourront être pris en charge dans les conditions habituelles (article R.322-10 du Code de la sécurité sociale).

C'est le seul cas de prise en charge des transports.



ÉTAPE 1 : ENTRETIEN D'ÉVALUATION

Suite à votre adressage, votre patient bénéficie d'une première séance permettant au psychologue d'évaluer la prise en charge nécessaire et les modalités d'accompagnement adaptées (nombre de séances prévisionnels dans la limite d'un entretien et de 7 séances de suivi).

Si le psychologue détecte des indicateurs de gravité ou au moindre doute, il vous en informe afin d'orienter le patient vers une prise en charge plus adaptée.

En pratique, la première séance d'entretien d'évaluation doit permettre de :

- > réaliser une première évaluation de la situation avec le patient ;
- > caractériser les difficultés (l'utilisation d'outils standardisés est encouragée) ;
- > présenter la démarche des séances de prise en charge psychologique au patient ;
- > préciser l'accord du patient

À l'issue de cet entretien et avec l'accord du patient, un retour d'information écrit favorise la coordination avec le médecin, en précisant notamment la pertinence d'un accompagnement psychologique pour ce patient et les modalités de suivi proposées par le psychologue (en particulier, le nombre de séances envisagées).

À ce stade, le patient peut sortir du dispositif pour divers motifs : refus de la prise en charge, apparition de signes de non-inclusion (voir plus haut) ou nécessitant l'intervention d'emblée d'un psychiatre.

ÉTAPE 2 : SÉANCES DE SUIVI

En fonction de l'état de santé du patient et de ses besoins, le psychologue lui propose 1 à 7 séances de suivi. Le psychologue peut proposer au patient de réaliser ces séances de suivi à distance.

Durant son parcours :

- > Le patient peut changer de psychologue partenaire. En revanche, le nouveau psychologue ne pourra pas refaire un entretien d'évaluation, mais pourra réaliser les séances de suivi restantes dans le parcours du patient.
- > **En cas d'amélioration significative ou de disparition des troubles**, la prise en charge se termine.

- > **En cas d'apparition de critères de gravité ou d'urgence ou de risque suicidaire**, le patient doit être orienté sans délai vers le psychiatre ou des structures spécialisées.

Un numéro national de prévention du suicide, le 31 14, permet d'apporter une aide avec des psychologues et des infirmiers formés à la prévention du suicide et ce 24h/24 et 7j/7.

Suite à la dernière séance de suivi, le psychologue vous adresse un **compte-rendu de fin de prise en charge** comprenant :

- > le rappel de l'évaluation initiale ;
- > l'état actuel du patient ;
- > l'évolution des scores (si pertinent) ;
- > le nombre total de séances réalisées ;
- > une éventuelle proposition de conduite à tenir en fonction de l'évolution des troubles.

MODALITÉS D'INTERVENTION DU PSYCHOLOGUE

Dans les cas des troubles peu sévères, l'accompagnement psychologique de soutien est recommandé dans la littérature scientifique.

L'accompagnement psychologique de soutien représente une forme de thérapie relationnelle basée sur l'empathie, la confiance et le soutien. Celle-ci comprend une dimension d'écoute, de compréhension, de conseil, d'information et d'explication.

Si le psychologue le juge pertinent et selon les souhaits et ressources psychologiques du patient, les séances peuvent prendre la forme d'une psychothérapie brève qui s'appuie sur des modèles de thérapie individuelle, de couple ou plus largement familiale.



LA FIN DE L'ACCOMPAGNEMENT

À la fin de l'accompagnement, sur la base du compte-rendu qui vous est transmis, vous échangez avec le psychologue. En cas de non-amélioration après les 8 séances, cette concertation intègre un psychiatre pour analyser et réévaluer la prise en charge du patient.

Suite à cet échange, différents cas peuvent se présenter :

- > **la nécessité d'une consultation avec un psychiatre** (en libéral ou à l'hôpital) pour une évaluation plus approfondie ;
- > **la nécessité d'une prise en charge la plus adaptée** : centre médico-psychologique (CMP), CMP infanto-juvéniles, service de psychiatrie ou pédopsychiatrie, maison des adolescents... ;
- > **une évolution favorable** ne nécessitant pas de nouvel accompagnement psychologique ;
- > **un nouvel accompagnement psychologique.**

Dans ce dernier cas, vous pouvez ré-adresser votre patient dans la limite de 8 séances remboursées par année civile.

Tout nouvel adressage, après la réalisation des 8 séances, est ainsi conditionné à l'évaluation des troubles du patient, ce qui nécessite une concertation entre vous, le psychologue, et après avis psychiatrique formalisé (idéalement une consultation), pour adapter au mieux la prise en charge du patient, et le cas échéant avoir recours à une prise en charge plus spécialisée.

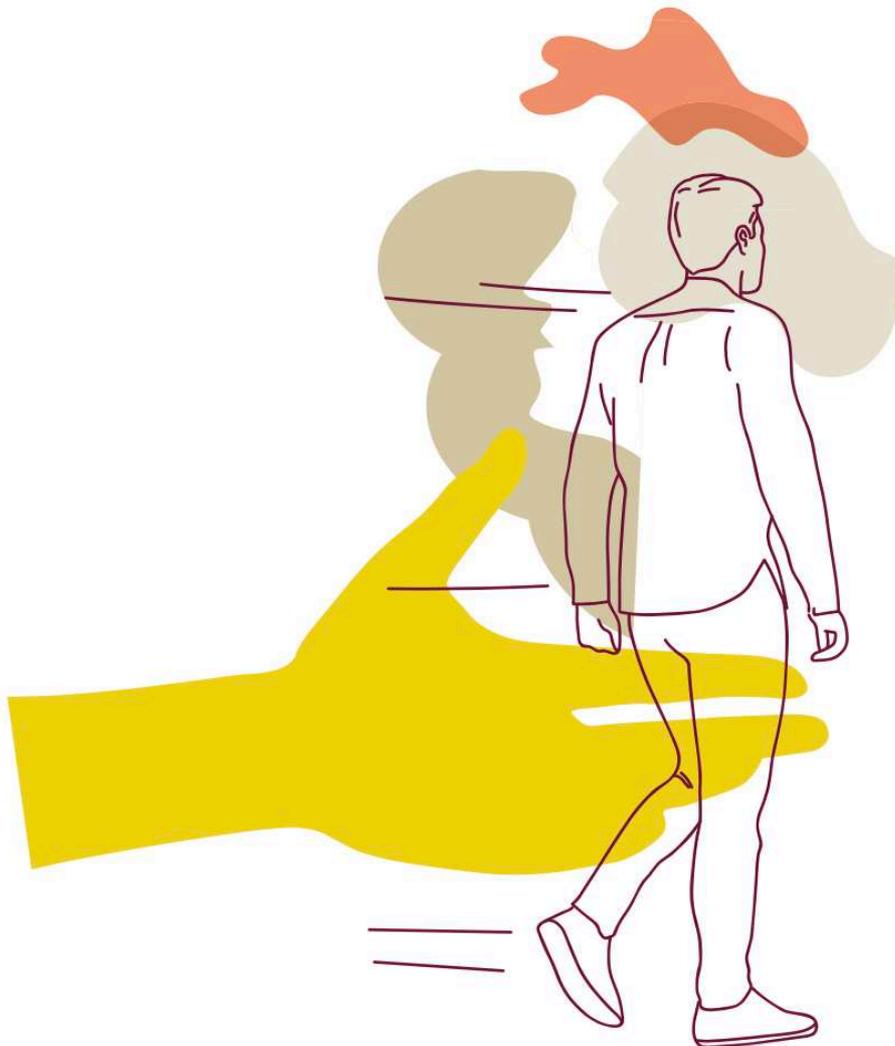
Un nouvel adressage ne peut donc pas être réalisé de façon automatique.

Le patient peut aussi décider de poursuivre avec le psychologue une prise en charge dans un cadre non remboursé. Si celui-ci n'en a pas les moyens, le patient peut être orienté vers une structure hospitalière de type centre médico-psychologique.

Dans quels cas et quand un psychiatre doit-il être sollicité ?

Un avis psychiatrique est sollicité dans les cas suivants :

- > évaluation initiale identifiant un critère de gravité ou de dépendance (cf. critère de non-inclusion) ;
- > orientation vers MonPsy d'un patient sous traitement psychotrope (antidépresseurs depuis plus de trois mois ou hypnotiques ou benzodiazépines depuis plus d'un mois) ;
- > aggravation en cours de suivi : apparition d'idées suicidaires, de dépendance... ;
- > doute sur la prise en charge thérapeutique ;
- > non-amélioration après 8 séances d'accompagnement psychologique.



ANNEXE – Modèles de courrier d'adressage et de courrier d'accompagnement

Courrier d'adressage

Nom et prénom du médecin :

Numéro AM du médecin ou de la structure :

Nom et prénom du patient :

Date :

Adressage pour un accompagnement psychologique (entretien d'évaluation et jusqu'à sept séances de suivi) par un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie (annuaire disponible sur monpsy.sante.gouv.fr).

Si besoin, précisez si les soins sont en lien avec :

- Maladie
 - Affection de longue durée (ALD)
 - Accident causé par un tiers
- Maternité (à partir du 6^e mois de grossesse)
- AT-MP (Accident du travail-Maladie professionnelle)

Signature et tampon du médecin

Document à présenter au psychologue puis transmettre à l'organisme d'assurance maladie avec la feuille de soins pour permettre le remboursement des séances réalisées.

Courrier d'accompagnement

Nom et prénom du médecin :

Numéro AM du médecin ou de la structure :

Nom et prénom du patient :

Date :

Adressage pour un accompagnement psychologique (entretien d'évaluation et jusqu'à sept séances de suivi) par un psychologue conventionné avec l'Assurance Maladie (annuaire disponible sur monpsy.sante.gouv.fr).

Motifs de l'adressage :

Informations sur l'évaluation initiale / Description de l'état actuel du patient :

.....
.....
.....
.....

Retentissement sur la vie quotidienne et professionnelle :

Éventuellement et si souhaité par le médecin et pour les patients adultes, scores des échelles PHQ 9/GAD 7 :

Autres éléments nécessaires :

Signature et tampon du médecin

Document à transmettre au psychologue uniquement

Annexe 5 : Fiche mémo pour les médecins



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

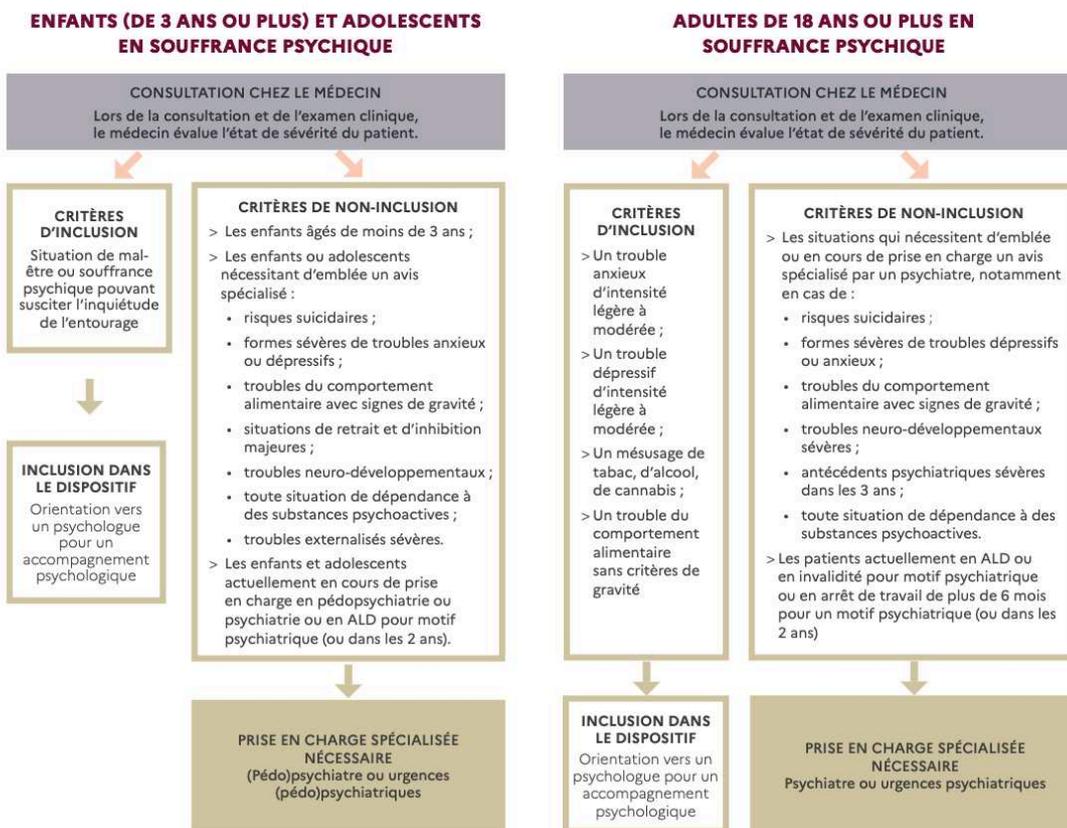
*Liberté
Égalité
Fraternité*

MONPSY : FICHE MÉMO À DESTINATION DES MÉDECINS (MONPSY.SANTE.GOUV.FR)

MonPsy est un dispositif de prise en charge, par l'Assurance Maladie, de séances d'accompagnement psychologique réalisées par un psychologue conventionné, dans le cadre d'un parcours de soins, sur adressage d'un médecin.

LES PATIENTS CONCERNÉS

Le dispositif s'adresse à tous les patients dès l'âge de 3 ans en souffrance psychique d'intensité légère à modérée. Si vous repérez une souffrance psychique chez l'un de vos patients et en fonction de l'examen clinique, vous pouvez lui proposer de bénéficier d'un accompagnement psychologique réalisé par un psychologue partenaire.



Les patients en situation d'urgence, présentant un risque suicidaire ou avec des critères de gravité (signes de décompensation psychiatrique aigus, par exemple) doivent être orientés sans délai vers le psychiatre ou des structures spécialisées.



CAS DES PATIENTS SOUS TRAITEMENT PSYCHOTROPE

Si votre patient est éligible, mais qu'il est dans l'une des situations suivantes :

- > traitement par antidépresseurs depuis plus de 3 mois ;
- > traitement par hypnotiques ou benzodiazépines depuis plus d'un mois ;
- > traitement par un autre psychotrope ;
- > patients bipolaires ou borderline sous antiépileptiques.

Avant de l'orienter vers un accompagnement psychologique, il vous faut solliciter l'avis d'un psychiatre. Celui-ci formalise un avis quant à la prise en charge la plus adaptée pour votre patient et réévalue la pertinence des psychotropes prescrits.

NB : Dans tous les cas, avant d'orienter un patient vers un accompagnement psychologique, vous devez réévaluer ses traitements médicamenteux. Des outils d'aide à la déprescription de benzodiazépines et médicaments apparentés sont disponibles en ligne sur les sites de la HAS et de l'Assurance Maladie.

Focus utilisation des échelles

Plusieurs échelles sont à votre disposition pour vous aider à caractériser un trouble psychiatrique d'intensité légère à modérée et les états de souffrance psychique. Leur utilisation n'est pas obligatoire.

Pour information, les critères de non-inclusion ont pour traduction, pour les patients présentant :

- > Symptômes dépressifs Score PHQ 9 < 5 et > 19
- > Symptômes anxieux Score GAD 7 < 5 et > 14
- > Consommation de tabac Score Fagerström > 6
- > Consommation d'alcool Score AUDIT > 12 hommes ou Score AUDIT > 11 femmes
- > Consommation de cannabis Score CUDIT > 8

L'ORIENTATION VERS UN ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

L'échange et la concertation entre vous et le psychologue permettent la réussite de la prise en charge de votre patient. Pour orienter un patient, vous lui remettez deux documents (modèles accessibles sur monpsy.sante.gouv.fr) :

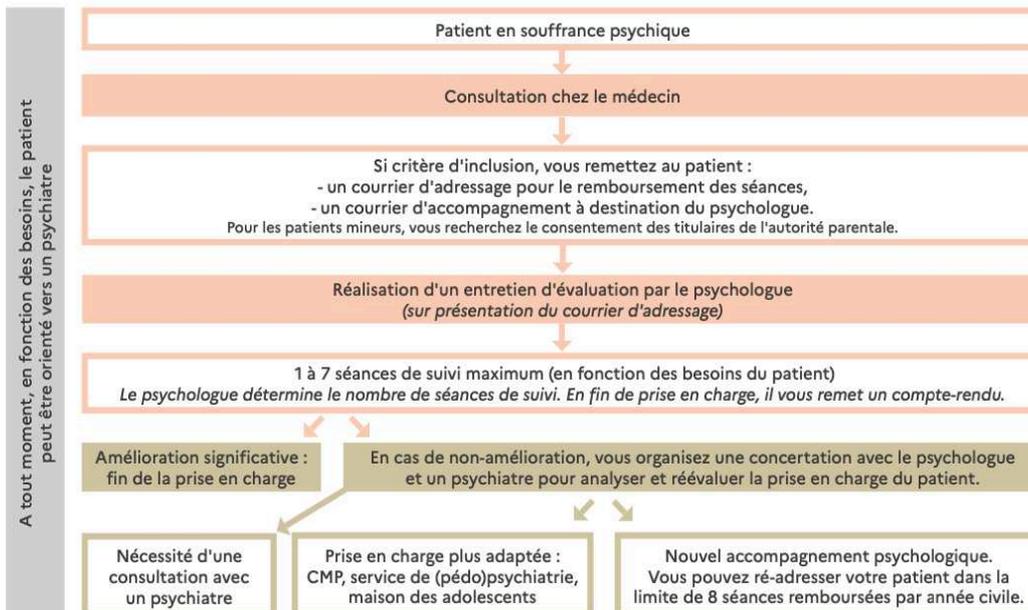
- > un « **courrier d'adressage** » indiquant la nécessité de réaliser un accompagnement psychologique. Il est valable 6 mois et est indispensable pour le remboursement des séances. Vous ne précisez pas le nombre de séances à réaliser ;
- > et un « **courrier d'accompagnement** » destiné au psychologue. Ce document précise des éléments de contexte, des éléments cliniques et les motifs de l'adressage.

NB : Avant d'orienter un patient mineur, vous vérifiez le **consentement des titulaires de l'autorité parentale**.

Lors de cette remise, **vous informez le patient que :**

- > il peut choisir le psychologue de son choix parmi les psychologues partenaires sur le site monpsy.sante.gouv.fr ;
- > 8 séances au maximum sont remboursées par année civile : 40 € la première et 30 € les suivantes. Aucun dépassement d'honoraire n'est possible ;
- > des séances à distance sont possibles, à l'exception de la 1^{re} séance (l'entretien d'évaluation) qui doit être réalisée en présentiel ;
- > le jour de son rendez-vous, le patient doit apporter le courrier d'adressage et son attestation de carte Vitale papier indiquant ses droits, s'il bénéficie d'une exonération d'avance de frais.

LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE



Pour en savoir plus, n'hésitez pas à consulter le site monpsy.sante.gouv.fr

En cas de question, vous pouvez contacter votre caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) :

3608 Service gratuit + prix appel

QUEL EST LE RÔLE DU MÉDECIN ?

Dans le dispositif MonPsy, vous devez nécessairement être orienté par un médecin.

Il vérifie votre état de santé et peut vous proposer un accompagnement psychologique. En cas de troubles plus sévères, il peut vous orienter vers une prise en charge adaptée.

En cas d'urgence ou de pensées suicidaires, contactez sans délai le

3114

QUEL EST LE RÔLE DU PSYCHOLOGUE ?

Le psychologue partenaire est là pour vous aider.

L'accompagnement psychologique comprend une dimension d'écoute, d'empathie et de compréhension. Pour les troubles légers à modérés, il est une alternative efficace à un traitement médicamenteux.

Avec votre accord, le médecin et le psychologue échangent régulièrement pour adapter votre parcours à vos besoins.

MonPsy, en bref

Toute personne peut bénéficier, en fonction de ses besoins, de séances remboursées chez un psychologue partenaire :

un dispositif pour toute la population à partir de 3 ans,

jusqu'à 8 séances d'accompagnement psychologique remboursées par année civile,

sur orientation d'un médecin.



Retrouvez toutes les informations sur le dispositif MonPsy sur : monpsy.sante.gouv.fr

En cas de question, vous pouvez contacter votre caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) :

3646 Service gratuit + prix appel

Édition : Direction de la sécurité sociale • Mise en page : Dicom des ministères sociaux Mars 2022


MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ
Liberté
Égalité
Fraternité

MONPSY

En parler,
c'est déjà se soigner

MonPsy (dès 3 ans)
Bénéficiez de séances remboursées
chez un psychologue conventionné
avec l'Assurance Maladie



monpsy.sante.gouv.fr


L'Assurance
Maladie
Agir ensemble, protéger chacun

Comment ça marche ?

Angoissé ? Anxieux ? Déprimé ?
Stressé ? Du mal à dormir ? Inquiétude
des proches ? Consommation de
tabac, alcool ou cannabis ? Trouble
du comportement alimentaire ?

1- VOUS CONSULTEZ VOTRE MÉDECIN

En l'absence de signes d'urgence ou de gravité,
il vous remet un courrier d'adressage.
Pour les mineurs, il vérifie le
consentement des titulaires de l'autorité
parentale (parents ou tuteurs).

2- VOUS PRENEZ RENDEZ- VOUS CHEZ UN PSYCHOLOGUE PARTENAIRE

Présentez-lui le courrier d'adressage de votre
médecin et votre attestation de carte Vitale
papier indiquant vos droits (notamment si vous
bénéficiez d'une exonération d'avance de frais).
**> Les coordonnées des psychologues
partenaires sont disponibles sur
le site monpsy.sante.gouv.fr**

3- VOUS BÉNÉFICIEZ DE 1 À 8 SÉANCES D'ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE

Les séances peuvent être réalisées à
distance, à l'exception de la 1^{re} séance
(entretien d'évaluation).

Combien ça coûte ?



VOUS RÉGLEZ DIRECTEMENT LE PSYCHOLOGUE :

- > 40 € pour la 1^{re} séance,
- > 30 € pour les suivantes.

Aucun dépassement d'honoraire n'est possible.
Il vous en remet une feuille de soins.



POUR VOUS FAIRE REBOURSER, VOUS ENVOYEZ À VOTRE ORGANISME D'ASSURANCE MALADIE (CPAM, ETC.) :

- > le courrier d'adressage remis par
votre médecin,
- > et la feuille de soins complétée par
le psychologue.



VOUS ÊTES REMBOURSÉ :

- > par votre organisme d'Assurance Maladie (60 %),
- > et par votre complémentaire
ou votre mutuelle (40 %).

DANS QUELLES SITUATIONS VOUS N'AVANCEZ PAS LES FRAIS ?

- > Bénéficiaire de la complémentaire
santé solidaire.
- > Bénéficiaire de l'aide médicale d'État.
- > Soins en lien avec une
affection de longue durée.
- > Soins en lien avec une maternité.
- > Soins en lien avec un accident du
travail ou une maladie professionnelle.

**Vous ne réglez donc rien au
psychologue à la fin des séances.**

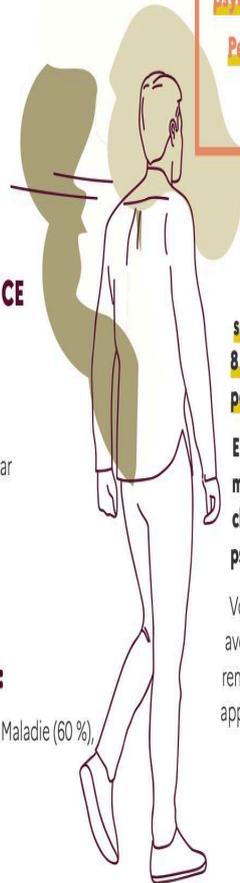
**Pensez à apporter votre attestation de
droits à jour lors de vos séances.**

ET APRÈS ?

**Dans la grande majorité des cas de
souffrance psychique légère à modérée,
8 séances d'accompagnement suffisent
pour que votre situation s'améliore.**

**En cas de non-amélioration, votre
médecin vous oriente vers la prise en
charge la plus adaptée : centre médico-
psychologique, psychiatre, etc.**

Vous pouvez aussi décider de poursuivre
avec votre psychologue dans un cadre non
remboursé par l'Assurance Maladie. Les tarifs
appliqués peuvent alors être différents.



AUTEUR : Nom : WOZNIAK **Prénom :** Marc-Antoine

Date de Soutenance : 21/09/2023 (16h00)

Titre de la Thèse : Étude quantitative : Évaluation du dispositif « Mon Psy » par les médecins généralistes et les patients

Thèse - Médecine - Lille 2023

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST ou option : Médecine Générale

Mots-clés : Évaluation

Dispositif Mon Psy

Remboursement séances

Médecins généralistes

Patients

Psychologues

Résumé :

Contexte : Dans le monde, les troubles psychiatriques sont au 3e rang des maladies les plus fréquentes, après les cancers et les maladies cardiovasculaires. En France, les médecins généralistes sont un premier maillon important dans l'organisation des soins : ils représentent le premier interlocuteur avec les patients et permettent l'accès primaire aux soins. Le dispositif « Mon Psy » a été mis en place en France le 05 Avril 2022. Il accorde le remboursement des séances chez les psychologues conventionnés par l'Assurance Maladie à hauteur de 8 séances par an avec prescription initiale et obligatoire d'un médecin. Il concerne les patients à partir de 3 ans en souffrance psychique d'intensité légère à modérée.

Matériel et Méthodes : Étude quantitative observationnelle. Les médecins généralistes et les patients (faisant partis du dispositif « Mon Psy ») devaient répondre à un questionnaire. Analyse descriptive des réponses aux questionnaires puis croisée univariée selon les caractéristiques des médecins et des patients

Résultats : Les questionnaires ont été envoyés entre le 1^{er} juin et le 15 juin 2023. 172 patients et 222 médecins généralistes ont répondu aux questionnaires. Pour les médecins généralistes : 155(69,81%) considèrent que le dispositif « Mon Psy » a facilité l'initiation d'un suivi des patients par un psychologue ; 151(68,01%) pensent qu'il a été bénéfique pour les patients ; 120(54,05%) estiment qu'il a été bénéfique pour les médecins généralistes. Pour les patients : 169(96,02%) considèrent que le dispositif « Mon Psy » leur a été bénéfique. **154(69,36%) des médecins** ne font pas d'échelles d'évaluation psychologique. **84(37,83%) des médecins** ne font pas de courrier d'accompagnement. **197(88,73%)** des médecins n'obtiennent pas de comptes rendus finaux de prise en charge par les psychologues alors que **185(83,33%) d'entre eux** le jugent nécessaire. Plus les médecins sont âgés, moins ils proposent régulièrement le dispositif « Mon Psy » à leurs patients avec troubles anxieux et/ou dépressifs d'intensité légère à modérée.

Discussion : Les médecins généralistes et les patients jugent le dispositif « Mon Psy » comme simple d'utilisation et bénéfique dans la prise en charge des troubles psychologiques. Les médecins généralistes se sentent et sont reconnus par les patients comme compétents dans la prise en charge des troubles psychologiques, ils sont considérés comme des prescripteurs initiaux nécessaires et obligatoires à l'entrée de ce dispositif. Ce dispositif n'en reste pas moins sans défauts : nombre de séances remboursées par an insuffisant, nombre de psychologues conventionnés trop faible, communication déficiente entre psychologues et médecins généralistes. Les échelles d'évaluation psychologiques sont trop peu utilisées par les médecins généralistes et les comptes rendus finaux des psychologues sont rares.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Madame le Docteur Sabine BAYEN

Directeur : Monsieur le Docteur Éric THOMAZEAU