



HAL
open science

Expérimentation de la psychothérapie remboursée entre 2018 et 2022 : ressenti des médecins généralistes installés dans les Landes ayant utilisé le dispositif

Manon Bahezre de Lanlay

► To cite this version:

Manon Bahezre de Lanlay. Expérimentation de la psychothérapie remboursée entre 2018 et 2022 : ressenti des médecins généralistes installés dans les Landes ayant utilisé le dispositif. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03833779

HAL Id: dumas-03833779

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03833779v1>

Submitted on 28 Oct 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Bordeaux
U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Thèse pour l'obtention du
DIPLÔME D'ETAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le :
20 octobre 2022

Par

Manon BAHEZRE de LANLAY

Née le 15 mai 1993 à Arcachon

**Expérimentation de la psychothérapie remboursée entre 2018 et 2022 :
ressenti des médecins généralistes installés dans les Landes ayant utilisé le
dispositif**

Sous la direction du Docteur Laurent QUESSARD

Membres du jury :

Professeur Jean-Philippe JOSEPHPrésident
Docteur Marco ROMERO.....Rapporteur et Juge
Docteur Jean-François GUILLE.....Juge
Docteur Laurent QUESSARD.....Directeur et Juge

Université de Bordeaux

U.F.R. DES SCIENCES MÉDICALES

Thèse pour l'obtention du

DIPLÔME D'ETAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le :

20 octobre 2022

Par

Manon BAHEZRE de LANLAY

Née le 15 mai 1993 à Arcachon

**Expérimentation de la psychothérapie remboursée entre 2018 et 2022 :
ressenti des médecins généralistes installés dans les Landes ayant utilisé le
dispositif.**

Sous la direction du Docteur Laurent QUESSARD

Membres du jury :

Professeur Jean-Philippe JOSEPHPrésident

Docteur Marco ROMERO.....Rapporteur et Juge

Docteur Jean-François GUILLE.....Juge

Docteur Laurent QUESSARD.....Directeur et Juge

REMERCIEMENTS

Aux membres du jury

Au Professeur JOSEPH,

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail et d'être le président de notre jury, veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements et de notre profond respect.

Au Docteur QUESSARD,

Merci d'avoir accepté d'être le directeur de notre thèse et de nous avoir si bien accompagnées. Tu nous as enseigné ton savoir, ta médecine, avec toute ton humilité et ton humour qui te sont propres. Merci encore.

Au Docteur ROMERO,

Vous nous faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

Au Docteur GUILLE,

Merci d'avoir contribué à notre travail de thèse et de faire partie de ce jury.

Aux médecins généralistes landais

Merci pour votre investissement précieux.

A Laurine

Ce fut un plaisir de travailler à tes côtés. Merci infiniment pour ta gentillesse et ta grande efficacité.

Aux médecins et équipes médicales/paramédicales

Merci d'avoir pris le temps de me former, de votre patience, merci de m'avoir fait confiance, de m'avoir senti soutenu et de m'avoir permis d'aimer cette profession. Merci à Fabienne et Christophe de m'avoir accueilli dans votre quotidien, j'ai adoré chaque instant avec vous.

A Tanguy, pour notre merveilleuse enfance au Pyla, à nos moments de bonheurs partagés et à notre famille si belle. J'ai essayé du mieux possible de suivre tes traces de spécialiste santé à BFM (je n'arrive même pas à ta cheville !). Je suis si fière de mon grand frère. A Lise, merci de rendre mon frère aussi heureux et épanoui chaque jour. Je suis ravie de te compter dans la famille.

A toi Daddy, pour toute l'admiration que j'ai pour toi depuis mes plus jeunes années et qui m'amène à être où je suis aujourd'hui. A ce regard de papa, bienveillant, que tu me portes chaque jour. A nos aventures à deux toujours folkloriques que ça soit dans la vallée d'Arpa à plus de 4000m ou au simple café chez Tony, j'adore ces moments passés avec toi.

A toi Maman, pour ton soutien indéfectible, de m'avoir donné le courage de ne rien lâcher et d'aller au bout des choses, pour ton écoute de mère et ton amour. Tu t'es dévouée pour moi, pour mes centaines de matchs de tennis à tes côtés, pour nos moments de complicité, pour m'avoir encouragé dans mes choix et m'avoir montré que tout est possible avec de la volonté et du travail ! Merci de t'occuper aussi bien de nous trois. Tu es notre pilier.

A ma famille, Marie-Céline ma reine, Jean Marc, cousins, oncles et tantes. Pour ce soutien et cet amour qu'on partage dans les bons moments comme dans les mauvais. Merci d'être là.

A ceux qui sont partis, à mes deux grands-mères, à Michel, à Isa, à Odile. Cela me déchire le cœur de ne pas vous voir aujourd'hui et me rend si triste mais je vous garde auprès de moi, et j'espère vous rendre fiers.

A mes amis de toujours, A Charles, Margot B, Loulou, Margot L, Juliet, Emma, Alice, Baptiste, Lisa et toute cette bande qui m'a permis de grandir au fil des années avec des fou-rires incessants. On a toujours les mêmes anecdotes à raconter (le mur, l'Hermitage...) qui nous ferons toujours rire, vous garderez toujours une place spéciale dans mon cœur.

Au tennis, qui m'aura donné la passion et la possibilité de vivre des émotions uniques. A cette chance d'avoir rencontré des amies si chères. Merci Laura et Adèle pour tout. Merci Justine, Elodie, Agnès, Anett et l'équipe de Las Vegas. Merci à toutes les autres pour ces moments intenses.

Aux belles rencontres de l'externat. Salim et Ana pour ces diners, ces révisions et ces fou rires incessants. Charlotte et Titi, d'avoir été là durant tous ces stages. A Marion et notre amitié grandissante au fil de cette 6ème année catastrophique. A Anouk, Julien, et tous les autres qui auront réussi à me faire rire dans cette BU... A Arthur et ce soutien sans faille, dans la vie comme dans Mafate. A Antoine, pour ce chemin de vie partagé ensemble, à ton amour et ta gentillesse.

Aux copains de l'internat. Romane, MF, Justine, Brianne, Manon S, Fred, Laure, Nina et tous les autres qui auront un sourire aux lèvres en lisant ces quelques mots. Quelle belle aventure !

Et enfin, A toi Rosalie, pour cette nouvelle page de vie qui s'écrit chaque jour un peu plus avec toi. A cette légèreté que tu m'apportes tous les jours et qui me fait comprendre qu'il faut profiter de la vie tout simplement. Merci pour ta patience et ton amour infini. Merci à tes parents et ta famille de m'avoir accueillie avec toute leur gentillesse et générosité.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	3
TABLE DES MATIERES	6
LISTE DES ABBREVIATIONS.....	8
RESUME	9
ABSTRACT	10
INTRODUCTION.....	11
LA SANTE MENTALE, L'ANXIETE ET LA DEPRESSION.....	11
LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA SANTE MENTALE	12
LA PSYCHOTHERAPIE, TRAITEMENT DE PREMIERE INTENTION DANS LES TROUBLES DE LA SANTE MENTALE	14
PSYCHOTHERAPIE CHEZ UN PSYCHOLOGUE : UN COUT FINANCIER NON NEGLIGEABLE	15
LE DISPOSITIF EXPERIMENTAL DE REMBOURSEMENT DES THERAPIES NON MEDICAMENTEUSES PAR L'ASSURANCE MALADIE DANS LES LANDES	16
LES OBJECTIFS DE L'ETUDE	18
MATERIELS ET METHODES	19
LA RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE	19
L'ETUDE QUALITATIVE	19
LA POPULATION DE L'ETUDE	20
LE RECRUTEMENT DE LA POPULATION.....	21
L'ENTRETIEN SEMI-DIRIGE	22
LE GUIDE D'ENTRETIEN.....	22
LE DEROULEMENT DES ENTRETIENS.....	23
LA RETRANSCRIPTION DES DONNEES.....	24
LA METHODE D'ANALYSE DES RESULTATS	24
RESULTATS	26
DESCRIPTIF DE L'ECHANTILLON.....	26
CONSTAT, REALITE DU QUOTIDIEN DU MEDECIN GENERALISTE LANDAIS EN SANTE MENTALE.	29
<i>Fréquence du motif « santé mentale »</i>	29
<i>Consultations « santé mentale » au cabinet avant le dispositif.....</i>	29
<i>Motif somatique caché, en second plan</i>	29
<i>Système de soins des professionnels de la santé mentale</i>	31
RESSENTI DES MEDECINS SUR LE DISPOSITIF.....	32
<i>Connaissance initiale du dispositif par les médecins</i>	32
<i>Connaissance initiale du dispositif par les patients selon les médecins.....</i>	32
<i>L'inclusion en consultation.....</i>	33
<i>L'inclusion par l'appel à la sécurité sociale.....</i>	35
<i>Les psychologues agréés, faisant partis du dispositif.....</i>	38
<i>Ressenti final des médecins à la fin du dispositif</i>	41
DISCUSSION	45
LIMITES DE L'ETUDE	45
<i>Biais de recrutement</i>	45
<i>Biais de connaissances</i>	45
<i>Biais d'intervention et interprétation :.....</i>	46
FORCES DE L'ETUDE.....	46
RESULTATS PRINCIPAUX	47
<i>Réalité du médecin généraliste en santé mentale</i>	47

<i>Ressenti des médecins sur le dispositif</i>	49
EXPANSION NATIONALE, DISPOSITIF « MONPSY »	52
<i>Le nombre de psychologues agréés limite l'utilisation du dispositif national</i>	54
CONCLUSION	57
REFERENCES	59
ANNEXES	62
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE GAD7	62
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE PHQ9.....	63
ANNEXE 3 : CARTOGRAPHIE DES MEDECINS GENERALISTES INTERROGES	64
ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN.....	65
ANNEXE 5 : FICHE D'INFORMATION ET FORMULAIRE DE CONSENTEMENT	68
ANNEXE 6 : GRILLE DE COREQ	69
ANNEXE 7 : CARTE DES PSYCHOLOGUES CONVENTIONNES DU DISPOSITIF NATIONAL MONPSY, ACTUALISEE AU 27 SEPTEMBRE 2022.	71
SERMENT D'HIPPOCRATE	72

LISTE DES ABBREVIATIONS

ARS	Agence Régionale de la Santé
CCAS	Centre Communal d'Action Sociale
CIM-10	Classification Internationale des Maladies-10
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNQSP	Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie
CMP	Centre Médico-Psychologique
COREQ	COnsolidated Criteria for REporting Qualitative Research
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPTS	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé
DAM	Délégué d'Assurance Maladie
DSM-V	Diagnostic Statistical Manual-V
EMDR	Eye Movement Desentitization and Reporcessing
EMPSA	Equipe Mobile de Psychiatrie du Sujet Agé
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder-7
HAS	Haute Autorité de Santé
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MG	Médecin généraliste
MGEN	Mutuelle Générale de l'Education Nationale
MSA	Mutualité Sociale Agricole
MSP	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PHQ-9	Patient Health Questionnaire-9
REPOP	Réseau de Prévention de l'Obésité Pédiatrique
ROSP	Rémunération sur Objectif de Santé Publique
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale

RESUME

PSYCHOTHERAPIE REMBOURSEE SUR ORDONNANCE : RESENTI DES MEDECINS GENERALISTES LANDAIS AYANT UTILISE LE DISPOSITIF EXPERIMENTAL DE 2018 A 2022.

Introduction : La recommandation de première intention selon la HAS dans le traitement de l'anxiété et la dépression d'intensité légère à modérée est la psychothérapie. En 2018, la CNAM a lancé un dispositif expérimental de psychothérapie remboursé dans 4 départements y compris les Landes. L'objectif principal de ce travail était d'évaluer le ressenti des médecins généralistes landais ayant utilisé ce dispositif expérimental.

Population et méthodes : Étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes installés dans les Landes ayant eu recours au dispositif. Le recueil des données a été réalisé par le biais d'entretiens individuels semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien. Les récits (verbatim) ont été retranscrits et codés par une approche inductive, puis analysés via une triangulation des données.

Résultats : Les médecins généralistes étaient favorables à l'utilisation de ce dispositif. Les critères d'inclusion et l'appel à la sécurité sociale étaient des freins selon eux. La mise en place du dispositif a été jugé trop fastidieuse. Les psychologues agréés étaient peu nombreux dû au fait que le remboursement des séances par l'assurance maladie était insuffisant. Une nette amélioration des symptômes de santé mentale a été constatée pour les patients inclus selon les médecins de l'étude.

Conclusion : La psychothérapie est le traitement de première intention selon la HAS. C'est un moyen thérapeutique efficace pour les symptômes d'anxiété et de dépression d'intensité légère à modérée. Les médecins généralistes landais interrogés étaient en faveur d'une expansion nationale de ce dispositif avec une partie administrative moins fastidieuse et une valorisation du remboursement des séances auprès des psychologues.

Mots-clés : « santé mentale » ; « dépression » ; « anxiété » ; « psychothérapie » ; « remboursement psychothérapie » ; « soins primaires » ; « médecin généraliste » ; « médecin traitant » ; « assurance maladie » ; « psychothérapie de soutien » ; « thérapies cognitivo-comportementales » ; « psychothérapies psychodynamiques » ; « thérapie systémique » ; « psychologues ».

ABSTRACT

REIMBURSED PSYCHOTHERAPY: FEEDBACK OF LANDAIS GENERAL PRACTITIONERS WHO HAVE USED THE EXPERIMENTAL DEVICE BETWEEN 2018-2022.

Introduction: The treatment in first intention of choice in mild to moderate anxiety and depression is psychotherapy (recommendation of HAS). In 2018, the CNAM set up an experimental device for reimbursed psychotherapy in 4 departments including Landes. The aim of our study was to assess the feelings of the doctors who had used the device.

Methods: We carried out a qualitative study among 15 general practitioners based in Landes and who have used the experimental device. Data collection was carried out through semi-structured interviews with the help of a guide. The stories (verbatim) were transcribed and coded using an inductive approach, then analyzed via data triangulation.

Results: General practitioners questioned were generally satisfied with the device. They had noticed a significant clinical improvement in the patients included. However, inclusion criteria and phone calls to the health insurance were considered failures. Indeed, setting up the device was considered too tedious. Also, there were very few registered psychologists due to insufficient reimbursement by health insurance.

Conclusion: Psychotherapy is well recognized as an indispensable treatment for the mental disorders studied. The physicians questioned were in favor of a national expansion of the device. Yet, they claimed a less tedious administrative part as well as a valuation of the reimbursement of psychotherapy sessions.

Keywords: « mental health » ; « depression » ; « anxiety » ; « psychotherapy » ; « psychotherapy reimbursement » ; « primary care » ; « general practitioners » ; « doctor » ; « health insurance » ; « supportive psychotherapy » ; « cognitive-behavioral therapies » ; « psychodynamic psychotherapies » ; « systemic therapy » ; « psychologists »

INTRODUCTION

La santé mentale, l'anxiété et la dépression

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « La santé mentale correspond à un état de bien être, permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté ». La bonne santé mentale ne se limite donc pas à l'absence de maladies psychiatriques ou de handicaps mentaux (1). Les troubles de la santé mentale peuvent se présenter sous la forme de simples symptômes aspécifiques, transitoires, stables ou récidivants. Ils peuvent être réactionnels, isolés ou associés, ou encore constituer la manifestation d'une véritable maladie psychiatrique (2).

Pour définir ces troubles de la santé mentale, il existe deux classifications (3) :

- La Classification Internationale des Maladies de l'OMS, dixième version (CIM-10)
- Le Diagnostic Statistical Manual, cinquième version (DSM-V), développé par l'Association américaine de psychiatrie.

Notre travail de thèse portera sur les troubles psychiques dits « courants », avec une prévalence élevée dans la population générale. Ils correspondent aux troubles anxieux et dépressifs d'intensité légère à modérée. Selon l'étude ESEMeD, cela correspondrait à environ 80% des troubles mentaux (4).

L'anxiété est une sensation de tension intérieure de danger imminent, elle peut être générée par une situation ou un objet particulier. L'anxiété devient pathologique lorsqu'elle perturbe de manière importante la vie du patient (5). Elle se traduit par des signes moteurs liés à une hypertonie sympathique, dont les principaux symptômes sont des tremblements, des palpitations, des sueurs, une agitation nerveuse ou à l'inverse une inhibition (6). Lors de certains états anxieux aigus, le patient peut vivre des expériences de dépersonnalisation, qui est le sentiment de se sentir étranger de son propre corps. Dans la nouvelle classification du DSM-V, les troubles anxieux regroupent les troubles anxieux généralisés, les phobies, les troubles du spectre obsessionnel-compulsif, et enfin les troubles liés aux traumatismes et au stress.

Le Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) est une échelle qui évalue les symptômes de l'anxiété. Cet auto-questionnaire est présenté en Annexe 1. Si le score est supérieur à 7, on doit suspecter un trouble anxieux généralisé.

La dépression ou épisode dépressif caractérisé, se définit par une triade symptomatique associant une humeur dépressive, un ralentissement psychomoteur et des signes somatiques associés. L'humeur dépressive est caractérisée par une tristesse, une douleur morale, une perte de l'estime de soi. Il existe également un désintérêt pour les activités habituelles, une lassitude. Son installation est souvent progressive. Le ralentissement psychomoteur se traduit par une impression de fatigabilité plus importante qu'à l'accoutumée, où tout mouvement devient un effort épuisant. Il existe aussi des troubles de l'attention, de la concentration et de la mémoire. Par ailleurs, les troubles somatiques constituent parfois la seule plainte du patient, il s'agit principalement de céphalées, lombalgies, myalgies (7).

Pour poser le diagnostic, les symptômes doivent durer depuis au moins 15 jours et marquer une rupture avec l'état antérieur. Une fois le diagnostic posé, il est important de préciser son niveau de sévérité. Lors de l'épisode dépressif caractérisé d'intensité légère, les activités socio-professionnelles ou les relations avec les autres sont impactées de manière mineure. Quand le trouble est modéré, les activités et relations sont réalisées avec peine et nécessitent un effort. Enfin quand le trouble est sévère et s'accompagne éventuellement de caractéristique psychotique, les symptômes perturbent nettement les activités courantes et les relations aux autres (8).

Le Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) est un outil qui permet d'évaluer la sévérité de la dépression. Il évalue l'intérêt à faire des choses, le sommeil, l'appétit, la concentration. Le questionnaire détaillé est présenté en Annexe 2. Le score maximal est de 27, la dépression est considérée légère à modérée en cas de score compris entre 5 et 14 points.

La place du médecin généraliste dans la santé mentale

Le médecin généraliste (MG) a un rôle primordial dans le parcours de soins des patients ayant des troubles de la santé mentale. En effet, il est le premier interlocuteur de soins primaires disponible avec un rendez-vous rapide et proche du domicile des patients pour plus de 95% des français (9).

Selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (Insee), les troubles

mentaux représentent le deuxième motif de consultation chez les généralistes et la première chez les 25-60 ans. Un acte de médecine générale sur dix comporterait un soutien psychothérapeutique comme composante principale (10).

Les consultations peuvent avoir pour sujet des conflits intra-familiaux, un mal-être au travail, la précarité... De plus, les troubles mentaux qui en découlent ont été exacerbés par la crise sanitaire du COVID-19 avec ses restrictions et confinements. En effet, un rapport publié en mars 2021 a mis en évidence que 34% des personnes interrogées en février 2021 présentaient un état anxieux ou dépressif. Cela est expliqué par l'isolement, la baisse d'activité physique, l'ennui (11).

Cependant, le rôle et la place des médecins généralistes dans le parcours de soins en santé mentale est mal défini. En effet, plusieurs études montrent que pour beaucoup il existe un manque d'intérêt, d'assurance, de temps et de compétences pour gérer la santé mentale. Les MG sont également unanimes concernant la formation universitaire en santé mentale, jugée inadaptée tant sur le plan théorique que pratique (12). Les internes de médecine générale n'ont pas forcément l'occasion d'effectuer un stage dans un service de psychiatrie durant leur cursus, alors que la santé mentale représenterait 15% des consultations du MG. De plus, hors urgence, le recours aux spécialistes ou aux thérapies structurées est souvent difficile pour des raisons d'accès aux soins, géographiques et financières, de longs délais d'attente et de stigmatisation éventuelle (13). La perception des difficultés d'accès aux professionnels spécialisés en santé mentale s'avère également fortement corrélée aux densités de psychiatres libéraux et salariés sur le territoire.

D'après le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), 85 364 médecins généralistes en activité sont actuellement recensés sur le territoire, ce nombre a baissé de 9% depuis 2010. En France, la médiane est de 123 MG pour 100 000 habitants. Dans les Landes, la variation entre 2010 et 2021 a été de 1,9%, cependant on peut remarquer que la variation entre 2020 et 2021 est négative (-3,4%), avec un nombre de praticien de 693 et une densité de 143 MG pour 100 000 habitants (14).

En France, il y a 15 560 psychiatres en exercice. Dans les Landes, la densité de psychiatre est de 11 pour 100 000 habitants.(15). Concernant les psychologues, 78 197 sont recensés sur le territoire national au 1^{er} janvier 2021. En Nouvelle Aquitaine, il y a d'après le répertoire ADELI 6 949 psychologues.

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

Les psychothérapies sont des traitements fondés 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 (16).

La vocation de la psychothérapie est de lutter contre les effets pathologiques des conflits intra et interpersonnels, en agissant sur le système de communication du sujet en lui-même et avec autrui. Cela s'exerce de par la relation qui s'établit entre le patient et son thérapeute. En psychothérapie, la personnalité du thérapeute est aussi importante que ses connaissances théoriques et que son expérience clinique (17).

Il existe différents types de psychothérapie ayant fait preuve de leur efficacité. Elles sont d'inspirations très variées, mais cherchent à résoudre les mêmes difficultés. Le choix de telle ou telle thérapie dépend avant tout des préférences du patient, de ses réponses positives à des psychothérapies antérieures, des compétences et de la disponibilité du praticien dans les approches spécifiques. Une psychothérapie nécessite un suivi régulier pour évaluer l'adhésion et la réponse du traitement.

- 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 (18).

- Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont issues de la psychologie expérimentale. La thérapie vise à remplacer le comportement inadapté par un comportement correspondant à ce que souhaite le patient, par un nouvel apprentissage (19).

- Les psychothérapies psychodynamiques sont également liées à la psychanalyse. Le thérapeute aide le patient à atteindre un sentiment de singularité en utilisant le transfert et contre-transfert pour aider les patients à prendre conscience de processus inconscients (20).

- Dans la thérapie systémique, le symptôme n'est pas l'élément central, il est recontextualisé dans son environnement socio-familial et environnemental. Au cours des séances, le thérapeute

se base sur les relations interpersonnelles du patient, il suggère un sens au comportement des autres (21).

Les recommandations françaises et internationales préconisent les psychothérapies comme traitement de première intention pour les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère à modérée (22). Les données de l'enquête ANADEP de 2005 montrent que plus de 60% des patients souffrant de troubles de la santé mentale ayant consulté un généraliste ont consommé des médicaments, or seulement 3% d'entre eux ont suivi une psychothérapie. Ce pourcentage très faible de patients ayant eu une psychothérapie, témoigne de freins majeurs et de questionnements concernant cet accès aux soins. Il est intéressant de noter que 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, les thérapeutes (23).

Psychothérapie chez un psychologue : un coût financier non négligeable

Plusieurs freins à l'accès aux psychothérapies sont soulignés par les médecins généralistes (24). Les plus fréquemment cités étant le non-remboursement des consultations avec un psychologue ou un psychothérapeute non-médecin (91 %), les délais d'obtention des rendez-vous avec un psychiatre (79 %) et la réticence des patients à suivre une psychothérapie (76 %).

Les psychothérapies dispensées dans les établissements du secteur public psychiatrique (Centres Médico-Psychologiques, hôpitaux de jour, etc.) sont prises en charge par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM). Les psychothérapies dispensées par des psychologues ou des psychothérapeutes non-médecins en cabinet privé étaient jusque-là non remboursées (même si certaines mutuelles prennent parfois en charge une partie des frais).

Le prix moyen d'une consultation chez un psychologue s'élève généralement à 50-70 € par séance. Selon la psychothérapie choisie entre le médecin/soignant et le patient, un suivi rapproché souvent hebdomadaire ou bimensuel est préconisé mais cela peut être plus fréquent. On peut noter que près de 70% des psychothérapies s'effectuent sur moins de 11 séances (23). Cependant, certaines psychothérapies peuvent durer de quelques semaines à plusieurs mois voire plusieurs années. L'aspect financier représente un frein pour beaucoup de patients.

Dans plusieurs pays d'Europe (Angleterre, Pays-Bas, Allemagne), les psychothérapies sont remboursées. C'est dans ce contexte que Dr Anne Dezetter a réalisé son travail de thèse sur l'efficacité de la psychothérapie. Elle en a conclu que pour 1€ investi dans une psychothérapie, les économies étaient de 2€ (25). Ceci démontre l'intérêt économique du remboursement des thérapies non médicamenteuses.

Le dispositif expérimental de remboursement des thérapies non médicamenteuses par l'Assurance Maladie dans les Landes

Depuis 2018, la CNAM a mis en place dans quatre départements (Landes, Haute Garonne, Bouches du Rhône et Morbihan) un projet expérimental de prise en charge de la psychothérapie en ville pour les patients présentant des troubles de santé mentale d'intensité légère à modérée de 18 à 60 ans. Ce dispositif associe les médecins généralistes traitants, les psychologues cliniciens, les psychothérapeutes agréés Agence Régionale de la Santé (ARS) et les psychiatres. Il a été élaboré par la CNAM en association avec le Ministère des Solidarités et de la Santé, les ARS concernées, le Collège de Médecine Générale, le Collège National Professionnel de Psychiatrie, l'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive, des psychologues cliniciens et le Syndicat des Psychiatres Français. Le Syndicat National des Psychologues participe aux comités de pilotage (national et locaux) de ce dispositif. Le MG est au centre du dispositif étant donné qu'il adresse son malade (après son accord) au psychologue s'il remplit les critères d'inclusion. En plus d'apporter une solution aux médecins généralistes, ce dispositif facilite l'accès à la psychothérapie pour tous les assurés sociaux. Cela est une aide majeure pour l'amélioration de la prise en charge en santé mentale des patients.

Le dispositif concerne la prise en charge à 100% des nouveaux patients de 18 à 60 ans présentant des troubles de santé mentale d'intensité légère à modérée, sans application du ticket modérateur et sans dépassement d'honoraires. Les patients avec antécédents ou comorbidités psychiatriques, risque suicidaire, signes psychotiques ou score PHQ9 et GAD7 inadaptés sont exclus.

Lorsque le MG estime que le patient remplit tous les critères, il doit contacter la plateforme

téléphonique du service médical de la CPAM afin de procéder à l'inclusion du patient. Après accord de la CPAM, un entretien d'évaluation est prescrit et le MG oriente le patient vers un psychologue ou un psychothérapeute agréé ARS faisant partie du dispositif. Une brochure éditée par la CNAM répertorie les psychologues cliniciens et les psychothérapeutes agréés dans les Landes (26).

En fonction des conclusions de l'entretien d'évaluation, le patient revient voir le MG pour que celui-ci prescrive entre 1 et 10 séance(s) d'accompagnement psychologique de soutien.

En l'absence d'amélioration suite à ces 10 séances, une réévaluation et une concertation entre MG, psychothérapeute et psychiatre peut être nécessaire et conduire à la prescription supplémentaire de 1 à 10 séance(s) de psychothérapie structurée.

L'objectif de ce dispositif est de réduire les dépenses de sécurité sociale en abaissant le nombre de jours d'arrêt de travail et de diminuer la consommation de psychotropes.

Durant notre stage de Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) dans le même cabinet médical à Mont de Marsan, nous avons pu observer nos praticiens et expérimenter nous-mêmes ce dispositif.

Nous nous sommes rendu compte dans notre expérience personnelle, qu'il n'était pas simple de mettre en place le dispositif, mais qu'il y avait un réel bénéfice pour le patient. De même, le dispositif s'étant arrêté en mars 2022, nous avons ressenti un réel manque à ne plus pouvoir le proposer aux patients. De ce fait, et en discussion avec notre maître de stage et futur directeur de thèse, nous avons voulu travailler avec les médecins généralistes landais qui ont utilisé ce dispositif expérimental, pour connaître leur ressenti. Notre question de recherche était la suivante : **Quel est le ressenti des médecins généralistes landais ayant utilisé le dispositif expérimental de psychothérapie remboursée entre 2018 et 2022 ?**

De plus, afin d'approfondir notre recherche, nous avons jugé intéressant d'apprécier le ressenti des médecins généralistes landais qui ne s'étaient pas servi du dispositif expérimental. Ce travail a été mené par Laurine BRET. Pour cette thèse, une recherche qualitative nous a paru être la plus pertinente pour répondre à notre problématique.

Les objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude était d'explorer le ressenti des médecins généralistes landais qui avaient utilisé le dispositif expérimental au cours de ces 4 dernières années.

L'objectif secondaire était commun à nos deux thèses. Il s'agissait d'apporter des pistes d'amélioration dans l'efficience à l'utilisation du parcours de soin en santé mentale.

MATERIELS ET METHODES

La recherche bibliographique

Une revue de la littérature a été réalisée en amont de la réalisation de ce travail de thèse.

La majorité de la bibliographie a été réalisée grâce aux bases de données disponibles sur le portail de la bibliothèque universitaire de Bordeaux « Babord+ ». Les moteurs de recherche tels que PUBMED, CAIRN, Google Scholar et SUDOC ont été utilisés.

Les principaux mots-clefs et les termes MeSH retrouvés avec le site Het OP, que nous avons utilisé étaient les suivants : « santé mentale » ; « dépression » ; « anxiété » ; « psychothérapie » ; « remboursement psychothérapie » ; « soins primaires » ; « médecin généraliste » ; « psychothérapie de soutien » ; « thérapies cognitivo--comportementales » ; « psychothérapies psychodynamiques » ; « thérapie systémique » ; « mental health » ; « anxiety » ; « psychothérapie ».

L'étude qualitative

La recherche qualitative produit et analyse des données descriptives, l'objectif étant de décrire et de comprendre des comportements et les facteurs qui les déterminent. La recherche qualitative est généralement inductive, c'est-à-dire qu'elle permet de proposer des hypothèses pouvant par la suite se confirmer par le biais d'études quantitatives. Elle a initialement été utilisée en sciences humaines et sociales.

Concernant cette étude, l'objectif était de connaître l'avis des médecins généralistes landais concernant le dispositif test de psychothérapie remboursée. La méthodologie qualitative nous semblait la plus adaptée pour répondre à cette problématique.

Nous avons utilisé la méthode de théorisation ancrée (grounded theory) dont le but est de proposer des théories à partir des données collectées, et non à partir d'hypothèses définies par avance. Ainsi, le chercheur commence la collecte de données par le biais des entretiens, sans a priori, pour ensuite les analyser et les thématiser. Durant la réalisation de l'étude, nous nous

sommes aidées de la grille COREQ, pour avoir un travail de recherche qualitative de qualité (grille annexe 6).

La population de l'étude

Cette étude ciblait une population de médecins généralistes installés dans les Landes et ayant inclus au moins un patient dans le dispositif expérimental de psychothérapie remboursée.

Étaient exclus les médecins qui avaient une pratique exclusive autre que la médecine générale (par exemple acupuncture, homéopathie, ostéopathie...), les médecins remplaçants ainsi que ceux n'ayant pas connaissance du dispositif.

Les caractéristiques de chaque participant étaient recueillies oralement au début de l'entretien. Cela concernait les informations socio-démographiques ainsi que les informations liées à la pratique professionnelle, détaillées dans le guide d'entretien en Annexe 3.

Le recrutement de la population

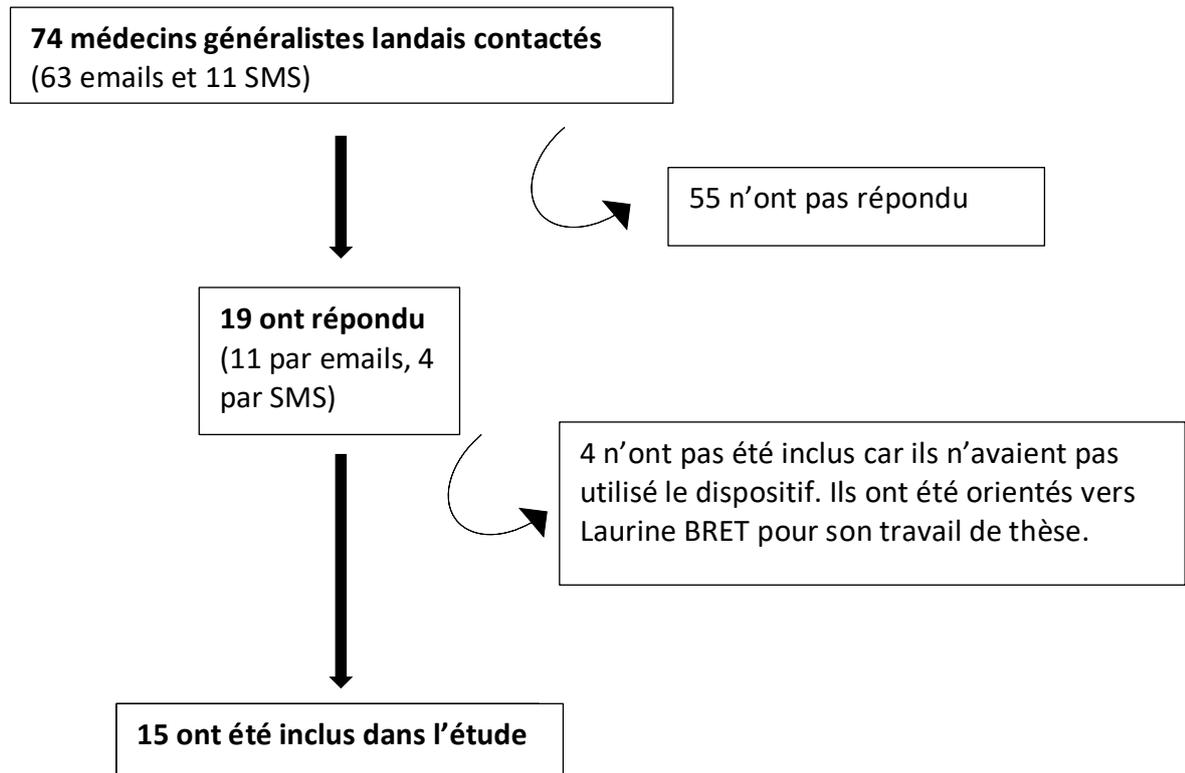


Figure 1 : Diagramme de flux

Pour que notre étude soit la plus représentative possible, dans un premier temps, nous avons réalisé un échantillonnage à variation maximale. Pour cela, nous avons utilisé l'annuaire santé proposé par l'assurance maladie ciblant les médecins généralistes installés dans les Landes. Laurine Bret et moi nous étions partagés une carte des Landes. J'avais comme répartition les médecins présents dans le SUD/EST des Landes. Quant à Laurine Bret, elle était chargée du NORD/OUEST. Nous avons chacune choisi au hasard des médecins présents dans diverses villes (campagne, bord de mer, ville), en essayant de respecter la parité et d'avoir des âges variés. Cependant nous n'avions pas eu de retour de la part des médecins en utilisant cette méthode. En effet, soit nous laissions des messages via les secrétaires, soit nous avions les médecins au téléphone qui consultaient et n'étaient donc pas disponibles pour nous répondre. Sur une multitude d'appels aucun ne nous avait permis de programmer des entretiens. Dans un second temps, nous avons donc décidé, en accord avec notre directeur de thèse, de contacter les médecins landais par email ou par SMS via nos réseaux personnels (anciens remplacements, maîtres de stage d'amis internes, confrères de notre directeur de thèse). Pour le recrutement, j'avais envoyé 63 emails et 11 SMS. Ceux-ci expliquaient brièvement le travail de thèse et proposaient aux médecins landais de participer à l'étude. Au total, 11 médecins avaient répondu

favorablement par email et 4 médecins avaient répondu favorablement par SMS, constituant ainsi une cohorte de 15 médecins. A noter que 4 médecins avaient répondu ne jamais avoir utilisé ce dispositif. Ils ont donc été adressés à Laurine pour son étude). La saturation des données avait été atteinte lors du 11eme entretien. Les entretiens s'étaient déroulés du 24 février 2022 au 31 mars 2022. Pour ma part, ils avaient tous été effectués à distance, par appel téléphonique. Le guide téléphonique est présenté en Annexe 4.

L'entretien semi-dirigé

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés individuels. Un guide d'entretien permettait d'avoir une trame pour aborder différents aspects, tout en laissant la liberté à l'interviewé de développer son point de vue et d'éventuellement aborder certains points. Ainsi, les échanges entre l'investigatrice et les médecins interrogés avaient pu être libres, autour de thèmes pertinents pour notre problématique.

L'effectif avait été déterminé par la saturation des données, c'est-à-dire quand plus aucune nouvelle notion n'était mise en évidence lors des entretiens. Nous avons confirmé la saturation des données par la réalisation de deux entretiens supplémentaires n'apportant pas de nouvelles données.

Les entretiens avaient été réalisés de février 2022 à fin mars 2022 et retranscrits au fur et à mesure de l'étude. La date de début était définie par la réalisation du premier entretien test. Nous avons décidé d'utiliser des entretiens semi-dirigés plutôt que des « focus groupes » (rassemblement de tous les médecins interrogés en une seule réunion) car selon nous, en individuel il n'y avait pas l'influence d'autres participants et l'interlocuteur se sentait libre d'exprimer ses idées. De plus, il aurait fallu l'aide d'une personne entraînée à ce type de technique en recherche qualitative afin de pouvoir organiser ce focus groupe, et cela était une première expérience pour moi.

Le guide d'entretien

Le rôle du guide d'entretien était de structurer la discussion, sans la diriger. Un guide d'entretien avait été préparé en amont afin d'avoir un fil conducteur lors des interviews (Annexe 4). Il débutait par une question générale afin de laisser libre court à la pensée de l'interviewé, puis

contenait quelques questions ouvertes sur les thèmes jugés pertinents pour notre problématique. L'ordre des thèmes n'était pas à respecter scrupuleusement mais devait s'adapter au fil de la discussion. Ainsi l'investigatrice se devait de connaître parfaitement le guide.

Il avait été testé en situation réelle sur deux médecins généralistes non inclus dans notre étude, afin d'évaluer sa pertinence et de l'ajuster le cas échéant. Le test permettait également de rendre compte du temps nécessaire à prévoir pour la réalisation des entretiens.

Le déroulement des entretiens

	Genre	Age	Date d'installation	Zone	Mode d'exercice	Consult /j	CS/jour Santé M	Durée de l'entretien téléphonique
1	F	50	2011	Semi-rurale	Groupe	30	7 (23%)	6 min 58 sec
2	F	58	1998	Semi-rurale	Groupe	25	2 (8%)	9 min 52 sec
3	F	41	2015	Semi-rurale	Groupe	25	6 (24%)	7 min 37 sec
4	F	38	2016	Rurale	Groupe	30	3 (10%)	7 min 43 sec
5	F	34	2017	Semi-rurale	Groupe	33	3 (9%)	6 min 20 sec
6	F	34	2019	Semi-rurale	Groupe	27	3 (11%)	7 min 24 sec
7	F	55	2008	Urbaine	Seul	30	3 (10%)	9 min 9 sec
8	M	58	1992	Rurale	MSP	35	10 (28%)	11 min 41 sec
9	M	37	2017	Rurale	Groupe	27	3 (11%)	7 min 22 sec
10	M	32	2018	Semi-rurale	MSP	25	5 (20%)	9 min 35 sec
11	F	39	2012	Semi-rurale	Groupe	35	4 (11%)	13 minutes 31 sec
12	F	36	2019	Semi-rurale	Groupe	20	4 (20%)	8 min 54 sec
13	F	40	2018	Semi-rurale	Groupe	30	3 (10%)	7 min 21 sec
14	F	30	2020	Semi-rurale	MSP	27	2 (7%)	11 min 16 sec
15	M	63	1985	Urbaine	Groupe	40	5 (12%)	6 min 56 sec

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés

Les entretiens avaient été menés par l'investigatrice, Manon BAHEZRE de LANLAY, médecin généraliste remplaçant. Les entretiens avaient été réalisés par téléphone à une date et à un horaire convenu en amont avec le médecin interrogé.

La durée des entretiens était comprise entre six minutes vingt secondes et treize minutes trente-et-une secondes.

Ils avaient été enregistrés par le biais de l'application dictaphone d'un téléphone portable et d'un ordinateur.

Avant chaque entretien, l'investigatrice présentait brièvement le sujet. Le consentement oral du participant avait été recueilli pour l'enregistrement et l'utilisation des données, sous couvert d'une anonymisation des propos.

Lors des entretiens, l'enquêtrice avait opté pour une écoute active, avec respect du langage non verbal, comme les silences. Elle avait essayé d'intervenir le moins possible, pour reformuler, faire préciser des propos ou recentrer le sujet de la discussion. Il était important que le chercheur observe une neutralité afin de ne pas influencer l'interlocuteur par son attitude verbale ou non verbale.

La retranscription des données

Le recueil et l'analyse des données avaient été réalisés simultanément. En effet, tous les entretiens étaient codés au fur et à mesure de l'étude.

Les données recueillies avaient été retranscrites ad verbatim, c'est-à-dire intégralement, en insérant entre parenthèses le langage non verbal comme les hésitations, les rires, les soupirs... Il n'y a pas eu de reformulation ou de correction. Une fois retranscrits, les fichiers d'enregistrement avaient été effacés afin de préserver l'anonymat des interviewés.

Le logiciel de traitement de texte utilisé était Microsoft Word®.

La méthode d'analyse des résultats

Le logiciel N'Vivo® avait été utilisé pour l'analyse des données. Les retranscriptions avaient été importées dans le logiciel afin de faire ressortir des thèmes principaux et de les croiser.

Le codage des données était défini par la transformation de données brutes en données permettant une interprétation. A partir des données retranscrites, nous avons réalisé un double codage avec Laurine Bret permettant une triangulation des données. Cette triangulation permettait d'éviter un biais d'interprétation.

RESULTATS

Descriptif de l'échantillon

Sur les 15 médecins sollicités, 10 étaient des femmes (66%) et 5 des hommes (33%) (figure 1). L'âge moyen était de 43 ans. 60 % des médecins interrogés avaient entre 30 et 40 ans. En moyenne, les médecins généralistes interrogés avaient 4 consultations par jour concernant la santé mentale, à type de dépression ou anxiété. Cela variait de 2 par jour à 10 par jour selon les médecins. 73 % des médecins étaient installés dans des cabinets de groupe. (Tableau 1) Sur la carte des Landes, les 15 médecins interrogés étaient dispersés dans tout le territoire excepté la zone du Nord de Mont de Marsan, le cœur des Hautes Landes. (Annexe 3)

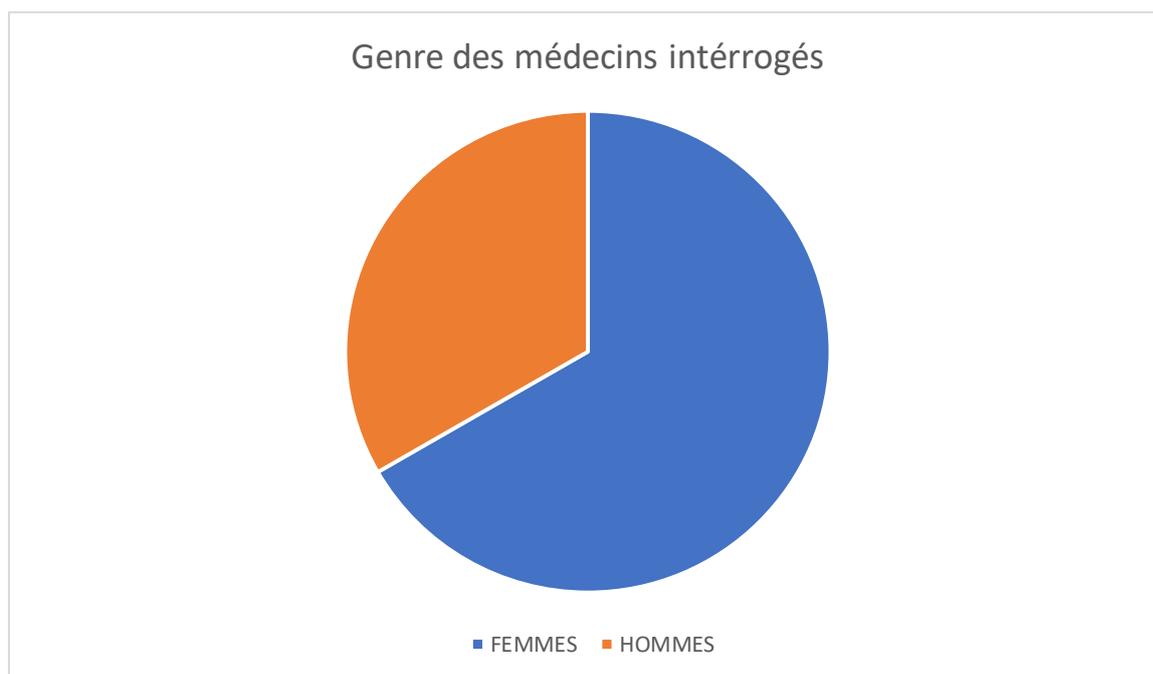


Figure 2 : Genre des médecins généralistes Landais interrogés

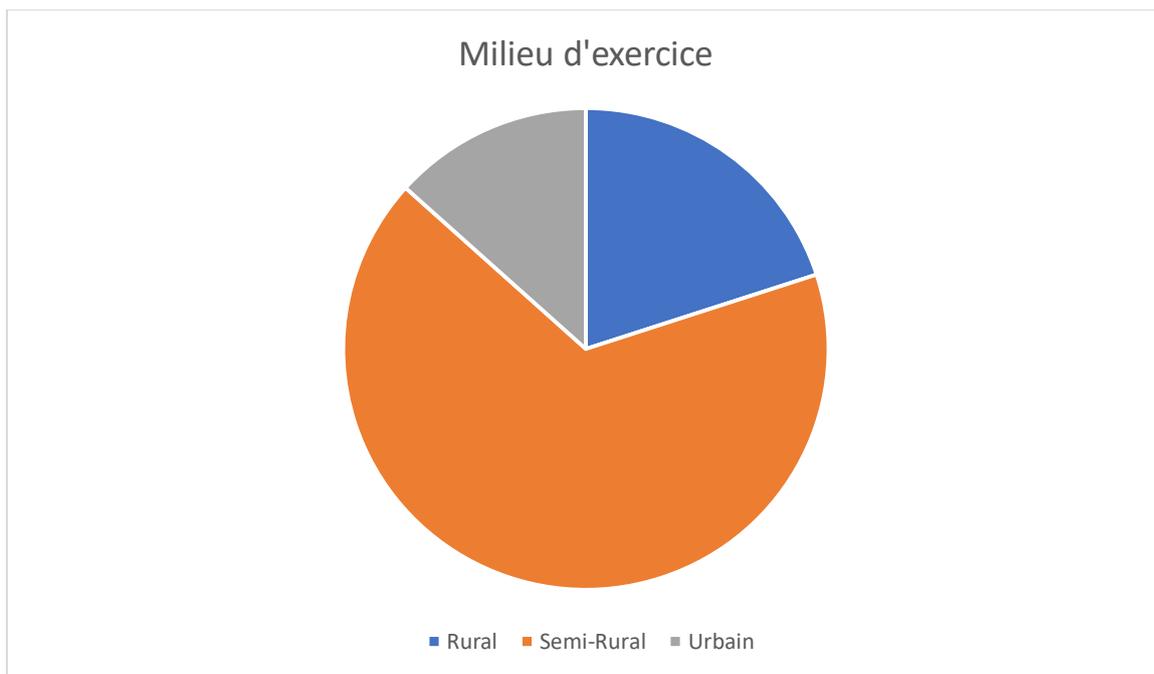


Figure 3 : Répartition géographique des médecins interrogés.

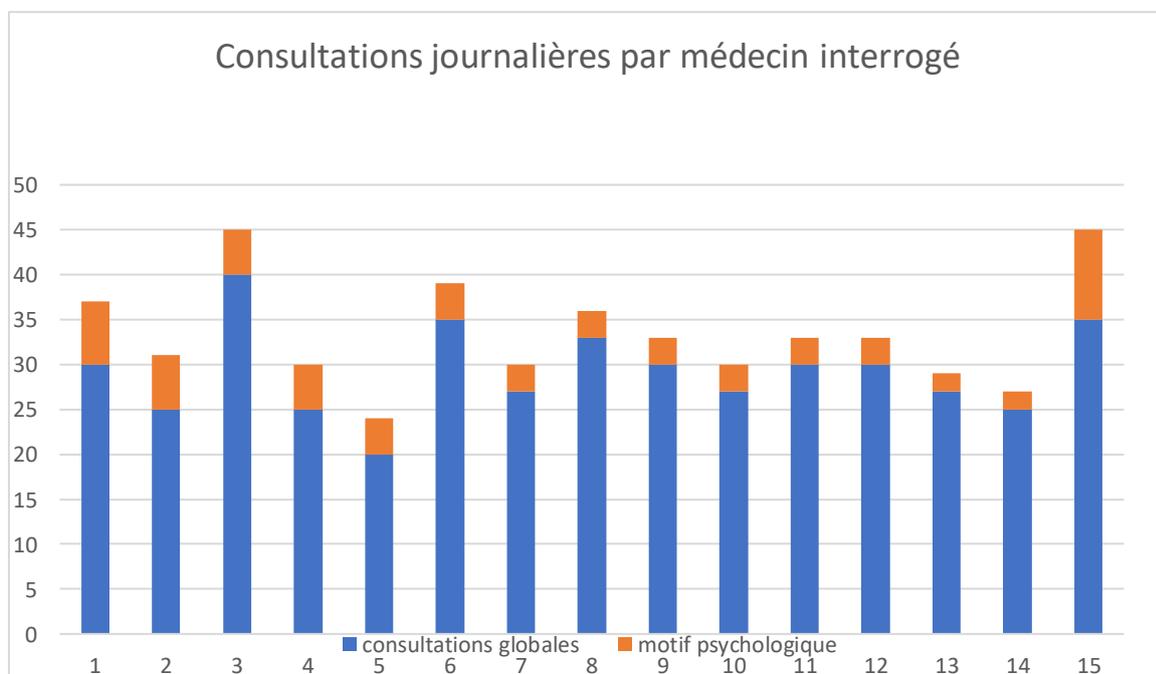


Figure 4 : Proportion des consultations journalières pour motif psychologique

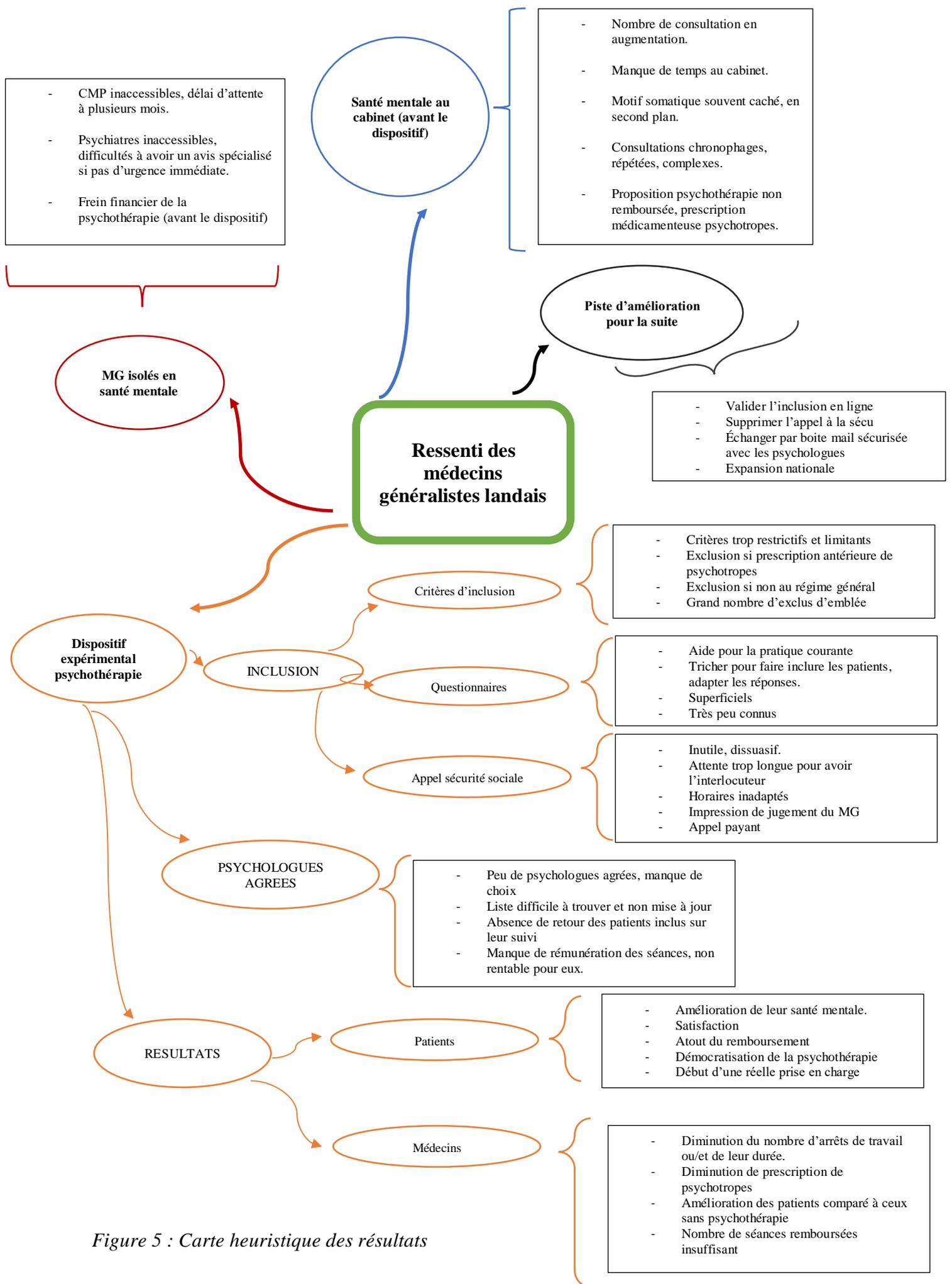


Figure 5 : Carte heuristique des résultats

Constat, réalité du quotidien du médecin généraliste landais en santé mentale.

Fréquence du motif « santé mentale »

Les médecins interrogés côtoient tous les jours dans leur pratique des pathologies de santé mentale dans sa globalité. Certains médecins m'ont notifié que depuis le COVID, ils avaient le sentiment que la demande était plus forte qu'avant.

Entretien 1 *« Ouf j'en vois beaucoup je trouve, tous les jours, je dirais qu'il y en a bien 1/4, je trouve que ça a augmenté depuis le COVID, j'avais d'ailleurs appelé la sécu pour savoir si c'était qu'une impression personnelle ou non, et elle me l'avait confirmé. »*

Entretien 8 *« Depuis le COVID, j'en ai tous les jours oui au moins 2, et puis même si ce n'est pas le motif initial de la consultation ça arrive vite dans la conversation ».*

Consultations « santé mentale » au cabinet avant le dispositif

Avant le dispositif, dans le cadre des troubles mentaux d'intensité légère à modérée, la grande majorité de médecins interrogés essayaient dans un premier temps de gérer la situation au cabinet médical.

Entretien 9 *« Je les écoute, c'est des patients qui viennent régulièrement, par exemple j'en ai une depuis le covid qui vient chaque semaine. Je les reconvoque, je réévalue. »*

Entretien 12 *« Lorsque c'est d'intensité légère à modérée on peut en prendre quelques-uns en charge au cabinet à notre niveau, c'est des patients qu'on connaît extrêmement bien donc on connaît leur problématique, leur mode de vie et souvent on est tout à fait apte à stabiliser voire améliorer les choses »*

Motif somatique caché, en second plan

Sur la description des troubles mentaux, les médecins interrogés côtoient en majorité des syndromes anxiodépressifs et des troubles du sommeil. Certains des médecins déclaraient que souvent le motif somatique était caché par un motif organique autre.

Entretien 15 « *C'est compliqué car ils ne viennent jamais directement pour ça mais en discutant avec eux ça ressort.* »

Entretien 3 « *Souvent le problème somatique interfère et donne des symptômes cliniques autres.* »

Consultation longue, chronophage et répétée au cabinet

Tous étaient unanimes pour dire que ces consultations étaient trop chronophages. Selon eux, la cotation GS de 25€ était insuffisante pour ces consultations qui dépassaient largement le ¼ d'heure habituel.

Entretien 2 : « *Je sais que je n'ai pas le temps, je n'ai pas assez de temps pour les aider suffisamment* »

Entretien 1 « *J'essayais de les convaincre d'aller voir des psychologues en leur expliquant que clairement ils avaient plus de temps que moi pour parler.* »

Entretien 12 : « *Certains prennent du temps et se font coter 25€, c'est dommage pour eux, alors qu'avec le ALQP003, la majoration est intéressante.* »

Entretien 7 : « *On sait que ce type de patient, on ne peut pas les expédier en 15 minutes, ça déborde largement.* »

Prescription médicamenteuse par le médecin

Les médecins au cabinet avaient également pour beaucoup recours à une prescription médicamenteuse. La majorité des médecins ont cité la mise en place de médicaments, anxiolytiques et anti-dépresseurs avec une évaluation régulière au cabinet.

Entretien 5 « *Sur de l'anxiété, si c'était léger je pouvais prescrire de l'ATARAX ou des plantes, et si c'était plus sévère je peux mettre des antidépresseurs sauf pour les jeunes, je fais surtout ça pour des adultes.* »

Entretien 7 « *J'aime beaucoup le STRESAM, le DONORMYL. J'évite au maximum les benzo mais bon le sommeil c'est important.* »

Entretien 14 « *J'essayais de gérer aussi au cabinet avec une prescription de médicaments contre l'anxiété ou même des plantes en fonction de l'intensité.* »

Adressage chez le psychologue avec le frein financier

Plus de la moitié des médecins incitaient les patients à consulter un psychologue, en notifiant qu'il y avait donc un frein financier et une inégalité sociale.

Entretien 5 : « *Incitation à aller voir un psychologue en sachant que le psychologue n'était pas remboursé et que c'était un frein majeur.* »

Entretien 12 : « *Effectivement adresser chez les psychologues, mais avec la prise en charge que devait avoir les gens donc inégalité en fonction de la richesse de chacun. [...] Il y avait des refus de la part des patients quand je leur expliquais qu'il fallait payer la prise en charge chez le psychologue.* »

Entretien 15 « *Le grand frein c'est le facteur payant de la chose...* »

Système de soins des professionnels de la santé mentale

Le médecin généraliste a un rôle primordial dans le cadre du parcours de soins d'un patient ayant des troubles touchant la santé mentale. Il est le premier interlocuteur. En effet, il essaie souvent de gérer la situation au cabinet en prenant du temps ou/et utilisant la prescription médicamenteuse. Concernant l'adressage vers les autres professionnels de la santé mentale, les médecins interrogés déploraient un manque de simplicité et une certaine forme d'isolement.

Entretien 9 : « *On n'a plus de psychiatres dans le coin, les psychologues ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale le reste du temps et le CMP est débordé et inaccessible.* »

Entretien 12 : « *Le CMP, je ne m'en suis jamais servie en 35ans ! Pourquoi ? Inaccessibilité, délai de prise en charge excessivement long.* »

Entretien 5 « *On est isolé, il faut faire minimum 25km pour aller voir le premier psychologue donc ce n'est pas à côté.* »

Ressenti des médecins sur le dispositif

Connaissance initiale du dispositif par les médecins

Concernant la connaissance initiale, les médecins étaient mis au courant par leur délégué de l'assurance maladie. Les délégués venaient expliquer en personne le dispositif avec une brochure et une plaquette pour certains. Un des médecins expliquait que ce n'était pas forcément le motif principal de la visite mais qu'au décours de la conversation, la déléguée lui en avait parlé. Trois d'entre eux m'avaient aussi notifié avoir reçu des courriels explicatifs de la sécurité sociale.

Un des médecins interrogés avait contribué personnellement à la mise en place du dispositif dans les Landes.

Entretien 12 : « *J'étais au courant de l'expérimentation dans 2-3 départements, j'ai dit au directeur de la sécu de Mont de Marsan que c'était une bonne idée d'avoir le dispositif dans les Landes et de voir avec la CNAM (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie) si on pouvait avoir un département supplémentaire, et c'est parti de là.* »

Entretien 11 : « *C'est la déléguée de la sécurité sociale qui au décours d'une conversation m'en avait parlé ; elle n'était pas venue directement pour me le présenter.* »

Cependant sur les entretiens nous avons retrouvé chez un des médecins une mauvaise compréhension de la mise en place du dispositif avec du coup des patients non inclus.

Entretien 1 : « *Je faisais les ordonnances d'adressage, mais je n'appelais jamais la sécu. Je n'avais pas bien compris que cette étape était primordiale.* »

Connaissance initiale du dispositif par les patients selon les médecins

Il y a eu des patients qui s'étaient présentés spontanément pour être inclus ou avoir des informations concernant le dispositif expérimental auprès des médecins.

Entretien 12 : « *J'ai dans une famille, deux jeunes qui sont venus me voir car ils avaient entendu parler du process et ils voulaient l'intégrer.* »

Entretien 9 : « *J'ai eu des patients qui étaient venus voir une psychologue et c'est elle qui les a orientés vers moi pour que j'initie la démarche auprès de la sécu.* »

Entretien 4 : « *Oui tout à fait j'en ai eu qui se sont présentés d'eux-mêmes.* »

L'inclusion en consultation

Les critères d'exclusion

De nombreux médecins avaient été freinés par les critères d'inclusion trop restrictifs à leur sens. Le critère jugé le plus excluant était celui de la prise d'anxiolytiques ou benzodiazépines dans les 24 derniers mois. D'un point de vue administratif, les médecins avaient été gênés (surtout en milieu rural et ½ rural) par le fait que les patients devaient appartenir au régime général.

Le médecin devait être aussi obligatoirement le médecin traitant du patient, lui et lui seul pouvait ensuite appeler la sécurité sociale.

Entretien 10 : « *Il ne doit pas avoir ou avoir eu de prescriptions médicales donc ça concerne au final pas non plus un grand nombre de patients.* »

Entretien 12 « *Si tu ne faisais pas partie du régime général, alors tu étais exclu d'entrée.* »

Entretien 8 : « *Il faut que ça soit le médecin lui-même qui appelle, la secrétaire ne peut pas appeler la sécu.* »

« *J'avais prescrit du XANAX à la patiente, qu'elle n'avait pas pris finalement mais rien que la prescription l'éliminait du protocole, donc c'était trop pour moi.* »

Entretien 10 : « *Déjà je trouve que c'est limitant, ça veut dire qu'on doit avoir en face de nous un patient malade mais pas trop.* »

Entretien 1 : « *Je n'en ai pas inclus beaucoup car souvent les patients étaient dans la limite de la sévérité et aussi beaucoup avaient des anxiolytiques à côté.* »

Cependant sur les 15 médecins interrogés, 2 n'ont pas considéré cela comme négatif :

Entretien 15 : « *Pour moi, le mode d'inclusion n'était même pas un frein car de toute manière pour ce type de patients, tu sais que cela va déborder. [...] Le mode d'utilisation était plutôt simple.* »

Entretien 14 : « *Moi j'étais ravie ! J'ai dû inclure une quinzaine de patients !* »

Les questionnaires PHQ9 et GAD7

Concernant les questionnaires à remplir, il avait été noté que le PHQ9 et GAD7 n'étaient pas les questionnaires utilisés dans la pratique courante des médecins. La plupart utilisait le test HAMILTON.

Un des médecins avait relevé qu'ils avaient pu être intéressants alors qu'un autre a trouvé cela superficiel.

Entretien 1 : « *Après c'est vrai que ce n'est pas des questionnaires que j'utilisais dans ma pratique, et c'est vrai que je me suis rendue compte que les patients réagissaient sur certaines questions et ça leur permettait de rebondir sur des problématiques qu'ils ne voyaient pas et ça pouvaient leur faire ouvrir les yeux. Ce côté m'a vraiment apporté, et puis même pour réévaluer, ça m'a donné une échelle, des questions type à poser.* »

Entretien 7 : « *Les questionnaires je trouvais ça superficiel, en consultation on pousse un peu les choses donc ce côté-là on le faisait de manière informelle.* »

Pour la grande majorité ils arrivaient à faire les questionnaires au cours de la consultation, en expliquant que cela prenait beaucoup de temps. Pour gagner du temps, un médecin faisait remplir les questionnaires par les patients eux-mêmes.

Certains médecins m'avaient expliqué « tricher » pour que le patient rentre dans le bon score concernant les questionnaires.

Entretien 3 : « *Je vous avouerais que depuis que j'ai appris comment cela fonctionnait, je me suis débrouillé pour qu'ils rentrent dans les cases.* »

Entretien 4 : « *Je me suis débrouillée avec leur test pour que les gens rentrent dans les clous.* »

L'inclusion par l'appel à la sécurité sociale

Inclusion en deux temps

Beaucoup de médecins étaient obligés d'essayer de contacter la sécurité sociale dans un deuxième temps sur leur temps libre, durant leurs pauses.

Entretien 2 : « *On n'avait pas toujours le temps, donc on perdait parfois 1 à 2 semaines pour le patient le temps d'avoir un créneau pour joindre la sécu.* »

Entretien 3 : « *Je demandais à ma secrétaire d'appeler pour moi le lendemain, tous les papiers étaient remplis, même si normalement ça doit être le médecin qui appelle, ça me faisait perdre trop de temps.* »

Entretien 8 : « *Hors consultation il fallait après appeler, et le monsieur de la sécu te reposait exactement les mêmes questions, c'est vraiment le point négatif.* »

Entretien 6 : « *C'était à chaque fois en deux temps, je disais aux patients que j'appellerai la sécu sur un temps libre.* »

L'attente pour avoir l'interlocuteur de la sécurité sociale

Les médecins lors des entretiens se plaignaient de l'attente trop longue avant d'avoir un interlocuteur de la sécurité sociale. Ils exprimaient une perte de temps pour eux.

Entretien 8 : « *Pour avoir quelqu'un au bout du fil, le temps d'attente était... enfin quand on finit enfin par avoir une personne, c'est une perte de temps terrible !* »

Entretien 10 : « *Le temps d'attente est indécent, en plus le numéro a changé donc on attend 10 minutes pour avoir une personne qui nous dit de faire un autre numéro. Tout cela sans avoir eu de communication nous indiquant que le numéro avait changé. Moi il m'est arrivé une fois d'attendre entre 30 et 40 minutes !* »

Entretien 3 : « *Vraiment il faut se dire qu'on attend déjà quelques minutes, on tombe sur la plateforme, on explique une première fois ensuite ils nous passent le côté médical et on réexplique de nouveau, pour savoir si effectivement le patient peut être inclus, sachant qu'en appelant on se débrouillait toujours pour que les gens rentrent dans les clous.* »

Plateforme payante

Des médecins déplorait le fait que l'appel à la sécurité sociale soit payant.

Entretien 4 : « *L'appel à la sécu, faut quand même savoir qu'il est payant. C'est nous qui devons payer donc je ne trouve pas ça super même si c'est quelques centimes, dans l'idée c'est scandaleux.* »

Entretien 2 : « *La plateforme est payante. Dès que ça décroche vous payez, alors évidemment ce n'est pas grand-chose mais dans l'idée ce n'est pas très classe je trouve. On nous dit de faire des protocoles de recherches pour aider mais on vous fait payer.* »

L'entretien avec l'interlocuteur de la sécurité sociale

Dans l'ensemble, l'entretien téléphonique avec le salarié de la sécurité sociale était mal vécu par les médecins. Certains avaient ressenti cet appel comme un jugement de leur travail, avec un manque d'intérêt.

Entretien 6 : « *Mon opinion c'est qu'on demande à des employés de la sécu qui sont bac +2 de juger ton travail.* »

Entretien 3 : « *Moi j'estimais que mon patient avait besoin de cette prise en charge, c'est ensuite à valider ou pas par le psychologue, mais pour moi ce n'était pas à la sécu de dire si oui ou non, enfin de gérer cet aspect-là.* »

Entretien 11 : « *D'appeler un mec qui n'a aucune connaissance médicale et qui juge si ton patient relève du dispositif ou non.* »

Ils regrettaient aussi que le salarié de la sécurité sociale reprenne tous les items des questionnaires. Certains médecins trouvaient cela inutile.

Entretien 11 : « *Le point vraiment négatif à mon avis c'est que le mec te repose exactement les mêmes questions du questionnaire, une par une.* »

Entretien 13 : « *C'était contraignant car l'appel de la Sécu reprenait les mêmes questions qu'on avait déjà posées.* »

Entretien 10 : « *En fait il pense que tu fais mal ton boulot ; j'exagère mais en vrai soit tu appelles car tu sais que ton patient doit être inclus, soit tu n'appelles pas ! mais refaire tous les scores etc. au téléphone, c'est clairement trop lourd pour moi. »*

Trois des médecins interrogés n'avaient pas ressenti de difficulté particulière par rapport à cette étape.

Entretien 15 : « *J'appelais la sécu pour inclure et avoir leur accord si oui ou non c'était possible, c'était plutôt bien fait. »*

Les horaires d'appel de la sécurité sociale

Les horaires d'ouverture de la sécurité sociale pour les appels étaient aussi un frein pour les médecins.

Entretien 10 : « *On doit appeler à des horaires qui ne sont pas des horaires de médecins. C'est l'équivalent de dire qu'après 17h nous ne pouvez plus voir des patients anxieux, ce n'est clairement pas la réalité d'horaires de la médecine générale. »*

Entretien 11 : « *Je rappelais le lendemain, car c'était cette partie qui pouvait prendre le plus de temps ».*

Entretien 6 : « *C'était à chaque fois en deux temps. En général, je disais aux gens que j'appellerai la sécu plus tard et je le faisais sur mon temps libre, et ensuite je rappelais les patients.*

Entretien 12 : « *Avant on envoyait un email c'était plus simple mais ça s'est arrêté, il fallait ensuite appeler à des horaires de bureaux et puis il fallait attendre, donc ça clairement c'était chiant. »*

Un médecin expliquait que pour gagner du temps il fallait appeler sur des heures « creuses ».

Entretien 14 : « *En fait l'astuce était d'appeler entre 8h30 et 9h la sécu. Il n'y avait jamais personne et je n'avais aucun problème à les joindre. Il y a une fois où j'ai appelé à 10h et où ça avait été un enfer. »*

Les psychologues agréés, faisant partis du dispositif

Liste des psychologues

Les médecins relevaient des difficultés à trouver la liste des psychologues agréés.

Entretien 10 : « *C'était très compliqué de retrouver la liste des psychologues agréés. J'avais d'ailleurs appelé la déléguée de la sécu qui m'avait dit que lorsque le patient inclus recevait la confirmation, il recevait également la liste de tous les psychologues agréés, mais dans mes patients inclus, aucun n'a reçu cette fameuse liste. Cette liste est introuvable et surtout elle n'est pas mise à jour.* »

Manque de psychologues agréés

Les médecins déploraient qu'au fil du temps il y avait de moins en moins de psychologues agréés, rendant la prise en charge du patient plus compliquée à mettre en place.

Entretien 7 : « *Au départ on avait du choix par rapport aux psychologues et à la fin du dispositif, on n'avait plus ce choix-là.* »

Entretien 9 : « *Nous on l'a vu, au départ, pas mal faisaient partie du dispositif et très rapidement il n'y en avait quasiment plus qui y rentraient. [...] Nous n'avions pas le choix concernant les psychologues.* »

Certains médecins regrettaient que les psychologues agréés n'étaient pas toujours ceux avec qui ils avaient l'habitude de travailler.

Entretien 8 : « *Il faut savoir que tous les psychologues populaires dans le coin ont refusé de faire partie de ce dispositif.* »

Distance entre le cabinet médical et les psychologues

Pour une majorité, il y avait un psychologue agréé dans la commune du cabinet. Pour d'autres, la ou le psychologue appartenait au même établissement de santé.

Un médecin faisant partie d'une MSP déplorait le départ de la psychologue travaillant au sein de cette même MSP (pour raisons personnelles). L'isolement qui en découlait était pour lui une difficulté supplémentaire à la mise en place du dispositif. Pour 4 des médecins interrogés, le cabinet était isolé des psychologues agréés et pour certains cela était dissuasif pour le patient. Pour un des médecins la distance n'était pas un souci si le patient était motivé.

Entretien 9 : « *Il n'y avait pas de psychologues dans notre commune, les patients étaient obligés de faire un peu de voiture mais pour autant ils étaient motivés donc ça ne posait pas de problème je pense.* »

Entretien 5 : « *Non ça fait une trotte, environ 25 kilomètres donc ce n'est pas à côté !* »

Entretien 1 : « *La distance des psychologues et du cabinet rajoutait une contrainte. On est en milieu rural et le premier psychologue est à 25 minutes.* »

Communication médecin-psychologue au sein du dispositif

Une majorité de médecins déplorait ne pas avoir eu de retour des psychologues concernant les patients inclus.

Certains notifiaient n'avoir eu aucun retour, d'autres nous expliquaient avoir des retours mais de manière « officieuse ». Un seul avait reçu un courrier.

Entretien 1 : « *Il n'y avait pas de suivi alors qu'on avait fait une prescription au départ... mais bon j'imagine que ce n'est pas forcément évident.* »

Entretien 2 : « *Non je n'ai jamais eu de retour, pas d'appel ou de courrier, c'est vrai que c'est dommage.* »

Entretien 11 : « *C'était les patients eux-mêmes qui me donnaient des nouvelles pour me dire que ça leur faisait du bien mais rien d'officiel quoi.* »

Entretien 9 : « *Alors oui ce n'était pas protocolisé mais comme elle faisait partie de la MSP, on se croisait tout le temps donc c'était facile d'échanger.* »

Entretien 3 : « *Alors nous c'est particulier car notre psychologue travaille au-dessus de chez nous, donc de temps en temps on pouvait se croiser et se dire deux mots mais c'était informel.* »

Entretien 14 : « *Alors la psychologue du cabinet oui, elle m'avait écrit un courrier pour me donner l'évolution d'un patient en milieu de parcours et à la fin des 10 séances.* »

Point de vue des psychologues rapportés par les médecins interrogés

Plusieurs médecins nous avaient fait part du ressenti des psychologues qu'ils côtoyaient concernant le dispositif. La principale faille selon eux était liée aux remboursements des séances. En effet, ils avaient constaté que la rémunération était insuffisante par rapport à leur pratique habituelle.

Entretien 14 : « *Le tarif de la consultation n'était pas assez élevé. La caisse paye les consultations moins chères que son tarif à elle et donc ce n'est pas viable d'un point de vue financier pour elle.* »

Entretien 12 « *Si tu interrogues le syndicat des psychologues, ils vont te dire que le remboursement était insuffisant.* »

Entretien 10 « *Si les psychologues refusent un contrat rémunéré c'est que vraiment ça ne doit pas être intéressant pour eux.* »

Entretien 5 : « *Elle avait hésité à faire partie du dispositif car niveau financier, ce n'est vraiment pas intéressant, mais elle a voulu surtout nous faire plaisir. Elle avait un paiement qui était meilleur quand elle prenait des patients hors dispositif.* »

Entretien 2 « *Les psychologues ils trouvaient ça pas terrible, car il y avait une durée dans le temps, c'était limité, ils étaient obligés de faire des séances courtes et de manière répétée, ce n'est pas leur manière de travailler.* »

La durée de consultation était jugée trop courte.

Entretien 1 : « *Ce qui lui posait problème c'était la durée de consultation. Ça lui arrivait de prendre les patients plus longtemps par exemple faire deux consultations en une et donc coter deux pour laisser plus de temps.* »

Ressenti final des médecins à la fin du dispositif

Impression générale des médecins à la fin du dispositif

Tous les médecins interrogés avaient fait part de leur approbation pour que les séances chez le psychologue soient remboursées.

Concernant ce dispositif, lorsque nous avons demandé quel était le ressenti personnel du médecin, la majorité avaient un ressenti positif.

Concernant les ressentis positifs (quelques exemples) :

Entretien 5 : *« J'en ai ressenti que du bien ! j'avais d'ailleurs répondu il y a un an je crois à une enquête de la sécu car ils hésitaient à le prolonger. »*

Entretien 7 : *« Bonne expérience et un bon ressenti personnellement j'ai trouvé ça très chouette. »*

Entretien 15 : *« J'ai trouvé que c'était bénéfique pour le médecin et pour le patient. »*

Entretien 2 : *« Pour moi ça a été positif »*

Concernant les ressentis négatifs et mitigés, l'explication principale était la complexité de la mise en place.

Entretien 8 : *« C'est présenté comme un joli paquet bien ficelé mais qui ne fonctionne pas. »*

Entretien 9 : *« J'ai trouvé que c'était pas mal en soit, en revanche au niveau de l'utilisation et de la faisabilité c'était impossible. »*

Entretien 10 : *« Je trouve qu'à la base ça aurait pu être une super idée mais que ça a été saboté par des règles ridicules. »*

Initiation à une prise en charge spécifique

Pour certains médecins, ce dispositif avait permis de débiter une prise en charge psychologique qui n'aurait peut-être pas eue lieu hors dispositif.

Entretien 1 : *« J'ai des gens qui sont allés chez le psychologue alors que sans le dispositif ils n'y seraient sûrement pas allés. »*

Entretien 7 : *« Il y en a quelques-uns pour lesquels on a débuté avec le dispositif et ensuite il y a eu une réelle prise en charge avec une implication du patient, donc ça c'était très bien. »*

Le remboursement avait permis aux médecins de proposer une psychothérapie plus facilement aux patients.

Entretien 12 : *« Bon globalement j'ai été surpris, il y avait plus d'acceptation que de refus quand on leur dit qu'il n'y a rien à payer par rapport à la situation antérieure. »*

Entretien 13 : *« On va dire qu'en fait, le fait que la psychothérapie soit remboursée, moi ça m'a permis de leur proposer plus facilement au patient. »*

Entretien 14 : *« Pour les personnes qui n'auraient pas pu payer ou qui n'y seraient pas allées, ça leur a permis de les mettre dedans et du coup ensuite de ressentir un soulagement. »*

Un des médecins expliquait que ce dispositif était le seul moyen pour que les patients aient une prise en charge spécialisée.

Entretien 6 : *« Le seul moyen pour que les patients se fassent suivre, c'était que les psychologues soient pris en charge donc ça en effet c'est le point positif car on n'a pas de psychiatre et le CMP est débordé et inaccessible. »*

Amélioration des patients

Les médecins étaient unanimes pour dire que le dispositif sur les patients inclus avait amélioré leur santé.

Entretien 12 : *« On se rendait compte que les patients allaient bien mieux. En plus on ne connaissait pas forcément les psychologues donc forcément en les revoyant on leur posait la question et on voyait bien que les résultats étaient positifs. »*

Entretien 15 : « *Et sur les patients que j'ai revus, ils étaient plutôt satisfaits, ça leur avait permis de verbaliser certains problèmes, se rendre compte que ça n'allait pas et puis leur permettre d'avancer concrètement.* »

Entretien 13 : « *Pour la plupart, au fil des séances ça a réglé leur souci d'anxiété ou de dépression* »

Entretien 3 : « *Moi je trouve qu'il y a vraiment une plus-value par rapport à une prise en charge sans psychologue.* »

L'amélioration des patients s'était aussi faite sentir auprès des médecins par une diminution du nombre ou de la durée d'arrêt de travail ainsi qu'une diminution des prescriptions médicamenteuses.

Entretien 5 : « *Je n'ai pas eu besoin d'initier de traitement, donc d'une certaine manière ça leur a servi à passer un cap intéressant.* »

Entretien 11 : « *Y'a vraiment eu un retentissement sur la durée des anxiolytiques, sur la durée des arrêts de travail, ils ont évolué, ils se sont sentis mieux beaucoup plus vite que les patients qui n'ont pas bénéficié du dispositif!* »

Entretien 14 : « *Peut-être qu'avec du recul ça leur a permis aussi d'éviter d'avoir des anxiolytiques ou un arrêt de travail.* »

Proposition d'amélioration par les médecins

Certains médecins proposaient des pistes d'amélioration pour simplifier le dispositif. Ils imaginaient un système en ligne pour valider l'inclusion.

Entretien 11 : « *En soit pour avoir l'accord de la sécu on pourrait faxer les résultats ou par échange de mail avec les boites email sécurisées.* »

Entretien 2 : « *C'est vrai que si cela pouvait être quelque chose en ligne, ça aurait pu être bien plus pratique.* »

DISCUSSION

Devant la problématique grandissante de la santé mentale en France et sa prévalence, le sujet de notre travail de thèse était, nous semble-t-il, pertinent. En effet avec la pandémie de COVID 19, la guerre en Ukraine et ses répercussions économiques dans le monde (hausse du prix de l'essence et des matières premières...) une grande proportion de français ressent des symptômes d'anxiété et de dépression. De plus, cette expérimentation a participé à l'essor d'une expansion nationale. Il était judicieux de connaître le ressenti des médecins landais à la fin du dispositif expérimental.

Limites de l'étude

Biais de recrutement

Nous avons recruté les intervenants par le biais de connaissance soit personnelles soit via notre directeur de thèse et maître de stage. Nous pouvions supposer que les médecins ayant répondu favorablement à notre demande d'entretien étaient ceux qui étaient intéressés par le sujet ou/et qui souhaitaient nous aider du mieux possible dans notre travail de thèse.

Biais de connaissances

Comme il s'agissait de notre premier travail en recherche qualitative, la force de l'étude a pu être impactée par notre manque d'expérience. Le recours à la grille COREQ avait pour but de limiter ce biais. De même, le manque d'expérience dans la réalisation d'entretiens semi-dirigés a pu limiter la richesse des réponses. Toutefois, la réécoute et la retranscription au fil des entretiens a pu en partie permettre de corriger certaines maladresses et améliorer les entretiens suivants en essayant le moins possible de laisser transparaître un jugement ou une orientation des réponses. Par conséquent, les derniers entretiens étaient surement plus spontanés, plus développés en contenu et moins orientés par notre point de vue.

Biais d'intervention et interprétation :

Les entretiens, la retranscription et le codage étaient fait par la même personne. Cela a pu créer un manque d'objectivité. Il aurait fallu prendre une personne différente pour chaque étape de l'étude afin d'avoir la meilleure validité interne. Pour pallier ces biais au maximum, nous avons réalisé un codage initial indépendant puis une triangulation des données pour garantir une meilleure robustesse de l'étude. Tous les entretiens avaient été enregistrés par le chercheur. Cette situation inhabituelle aurait pu susciter une certaine retenue dans le discours des médecins généralistes interrogés. L'individualisation des entretiens ainsi que l'anonymisation des verbatims avaient pour objectif de limiter ce biais.

Forces de l'étude

Il était judicieux de connaître le ressenti des médecins landais à la fin du dispositif expérimental. Aucune étude qualitative durant les quatre années d'expérimentation s'était intéressée au point de vue des médecins généralistes landais. La saturation des résultats était apparue rapidement au cours de l'analyse des données ce qui montre une réelle convergence d'opinions dans ce domaine, renforçant ainsi la validité de l'étude.

Nous avons utilisé la grille COREQ (annexe 6) pour nous guider lors de la conception, l'élaboration et l'analyse, ce qui avait renforcé notre validité interne. La triangulation des données lors de l'analyse avait permis de prendre du recul et de renforcer également la validité interne de l'étude en étant le plus objectif possible.

Résultats principaux

Réalité du médecin généraliste en santé mentale

Les médecins généralistes landais nous avaient expliqué côtoyer chaque jour des pathologies de santé mentale. Les motifs les plus courants étaient l'anxiété, l'insomnie et la dépression. Des études confirment cet état de fait : la majorité des troubles psychiatriques en médecine générale sont de type dépressif ou anxieux. Les chiffres de l'Insee affirment que les troubles mentaux représentent le deuxième motif de consultation en médecine générale, et que 10% des actes de médecine générale comprennent un soutien psychologique. (10)

La totalité des médecins interrogés avaient recours à une prescription médicamenteuse malgré le fait qu'ils savaient que le traitement recommandé en première intention était la psychothérapie. Le MG est le premier prescripteur de traitements psychotropes avec 86% des anxiolytiques, 84% des hypnotiques et 68% des anti-dépresseurs (16). Ils expliquaient cela principalement par le manque de temps au cabinet et un manque de rémunération par rapport à la durée de consultation. Dans une étude de 2012, les médecins déclaraient percevoir les psychothérapies comme un traitement à part entière de la dépression et les jugeaient efficaces (27). Il pourrait être intéressant de valoriser la rémunération de la consultation d'accompagnement psychothérapeutique afin de sensibiliser davantage les médecins à cette pratique. Une cotation spéciale dans la CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) pourrait être créée. De plus, certains médecins peuvent ressentir un manque de formation spécifique pour effectuer une psychothérapie de soutien au cabinet. En 2014, une autre étude soulignait la nécessité d'améliorer la formation des médecins généralistes dans la prise en charge des troubles psychiques (28). Une piste d'amélioration pour les médecins généralistes déjà installés pourrait être d'effectuer des Enseignements Post Universitaires sur la santé mentale ou d'organiser des groupes de pairs multidisciplinaires (médecins, psychologues, infirmières etc..) mais cela dépendrait de la motivation et de l'intérêt de chacun. En amont, lors de la formation universitaire, la possibilité d'effectuer des stages chez des psychiatres libéraux ou au sein des CMP pourrait être bénéfiques, en tant qu'interne. (Il est déjà possible à Bordeaux d'effectuer des stages annexes de 8 demi-journées dans des CMP de la région mais de nouveau cela dépend de l'intérêt de l'étudiant en santé mentale, alors que chaque MG côtoiera des pathologies psychiatriques dans sa patientèle future.)

Concernant le réseau professionnel de santé mentale, les MG ont montré qu'ils se sentaient isolés avec des délais de prise en charge excessifs pour les psychiatres de ville, les praticiens hospitaliers, les CMP et autres structures. Dans les Landes, le délai de rendez-vous dans un CMP pour un nouveau patient est en moyenne de 18 mois. Une des explications possibles également, est le manque de psychiatres libéraux. En effet, le département connaît un déficit en psychiatres libéraux (3,97 pour 100 000 habitants / vs 9,8/ 100 000 en région). En 2018, seuls 17 psychiatres libéraux ou mixtes sont installés dans le département dont 59 % dans le sud. 53 % des psychiatres libéraux sont âgés de 60 ans et plus. (29) Très souvent en pratique courante, les psychiatres libéraux ne prennent pas de nouveau patient car ils sont surchargés. Selon un rapport de l'Assurance Maladie de 2015, trois-quarts des consultations des psychiatres libéraux avaient lieu avec des patients réguliers, ce qui impliquait que seulement 12 % de la population souffrant d'une pathologie mentale avait accès à des consultations auprès de psychiatres. Les consultations ponctuelles (une ou deux consultations) visant à confirmer des diagnostics ou à faire le bilan de prise en charge, même si elles représentaient presque un tiers de la patientèle des psychiatres libéraux, ne gênaient que 4 % de leur activité. (30) De plus, en cabinet de psychiatrie libérale, très régulièrement, il existe un dépassement d'honoraires sur la consultation, remettant de nouveau une inégalité sociale des soins pour les patients. Il serait utile de connaître le ressenti des psychiatres sur cette organisation du système de soins de santé mentale afin d'essayer d'adapter les modes de pratiques. Encore une fois, des réunions multi-professionnels entre MG/psychiatres/CMP pourraient permettre de faire rencontrer tous les acteurs de santé mentale, pour former un réseau. Une solution pourrait être d'avoir encore davantage d'équipes mobiles avec des infirmiers formés à la psychiatrie ou alors des psychiatres de l'hôpital venant consulter une fois/semaine dans les MSP. Recruter des psychologues au sein des cabinets de médecine générale permettrait d'accroître la communication de ces différents acteurs.

En France, les psychologues sont en accès direct pour les patients qui le souhaitent, ils ne sont pas obligés de passer par le MG, cependant le remboursement par l'assurance maladie ne s'applique pas dans ce cas-là. Les psychologues, sont pour les MG, une aide importante dans la prise en charge des troubles d'anxiété ou de dépression d'intensité légère à modérée. Cependant, une thèse de 2017 met en évidence la faible collaboration entre les médecins généralistes et les psychologues (31) puisque trois-quarts des patients qui consultent un psychologue ne seraient pas adressés par un médecin généraliste. Nous pouvons penser qu'en

2017, l'absence de remboursement des séances était un frein aux MG à proposer cette prise en charge pour leurs patients. Les comparaisons internationales ont montré que les dispositifs d'accès à la psychothérapie remboursée variaient très largement d'un pays à l'autre, et ces différences portaient sur plusieurs modalités (l'accès aux soins psychologiques, le statut et le rôle du psychologue, les soins dispensés et la tarification.) (32)

A l'exception du dispositif anglais, aucun pays ne propose un accès direct aux soins psychologiques remboursés. Ceux-ci sont généralement prescrits par des intervenants de première ligne, que les patients peuvent librement consulter. En Allemagne, la première consultation peut se faire en accès direct, mais une attestation du médecin généraliste est exigée au-delà de 5 à 8 séances. Via le programme Improving Access to Psychological Therapie (IAPT), l'Angleterre autorise l'accès direct à certains spécialistes de la santé mentale. Le but est de lever le frein que semblait constituer l'obligation de passer par un médecin généraliste pour une partie de la population, et plus particulièrement pour les minorités ethniques. Plusieurs pays conditionnent le remboursement à des diagnostics précis : aux Pays-Bas, en Allemagne, en Suisse et en Australie, cette sélection se fait sur la base d'une liste de diagnostics du DSM ou de la CIM. Dans la plupart des cas un remboursement total est effectué. A titre d'exemple, l'Allemagne rembourse 77 euros par séance, l'Angleterre rembourse entre 31 et 66 euros en fonction de la thérapie et du professionnel, la Suisse rembourse intégralement des séances allant de 90 minutes à 105 minutes. Nous voyons dans ce rapport, que le remboursement est primordial dans l'accès aux soins de la psychothérapie. Le remboursement dans les pays étrangers a l'air d'être supérieur à celui du système français avec des séances qui sont plus longues.

Ressenti des médecins sur le dispositif

Médecins généralistes qui ont utilisé le dispositif

Initialement, le dispositif avait été accueilli très favorablement auprès des médecins généralistes landais interrogés. En effet, tous avaient trouvé l'initiative très bonne. Ils voyaient la possibilité d'élargir la prise en charge en santé mentale de leurs patients, et ceci indépendamment de leurs revenus. Lever le frein financier a permis de proposer aux patients de manière beaucoup plus simple un traitement par psychothérapie et cela a également amélioré la communication et l'isolement entre les médecins généralistes et les psychologues. Il serait intéressant de savoir si

depuis le remboursement de la psychothérapie, les médecins généralistes ont diminué leur prescription de psychotropes ainsi que le nombre et durée d'arrêt de travail. Une recherche quantitative pourrait être réalisée sur le sujet.

De plus, le coût des arrêts de travail et de la prescription des psychotropes est colossal. La santé mentale représente à elle seule 23,3 milliards d'euros, soit près de 14 % des dépenses totales si l'on regroupe les « maladies psychiatriques » et l'ensemble des « traitements chroniques par psychotropes ». Le coût moyen est de 2 800 euros par personne (30). La prise de psychotropes au long cours entraîne également des effets secondaires conséquents (neurologiques avec des troubles moteurs extrapyramidaux et troubles cognitifs, digestifs...). Il serait donc judicieux à mon sens, de faciliter la mise en place de la psychothérapie, afin de limiter les dépenses de santé mentale en lien avec la prescription médicamenteuse (et ses conséquences) pour valoriser le remboursement des psychologues.

Concernant la communication de la sécurité sociale de l'assurance maladie des Landes pour expliquer le dispositif, tous les médecins avaient été contactés soit par la DAM soit par e-mails. Les médecins avaient également tous reçu des patients qui s'étaient présentés spontanément, souhaitant avoir des informations complémentaires et/ou intégrer ce dispositif. Les médecins semblaient satisfaits de ce mode utilisé par la sécurité sociale pour expliquer le dispositif. Cependant, les médecins dénonçaient le caractère payant de la plateforme.

Le mode d'inclusion du dispositif était perçu comme fastidieux et chronophage. Selon les médecins interrogés, les critères d'inclusion étaient trop restrictifs, la prescription médicamenteuse étant le critère d'exclusion ayant posé le plus de problème. Lors de l'expansion nationale une plateforme en ligne sur internet permettrait d'éviter de devoir appeler la sécurité sociale avec ses horaires restreints et d'éviter le caractère payant. De plus, un adoucissement des critères d'inclusion permettrait de pouvoir prendre en charge plus de patients en demande. Il aurait été opportun, en amont du lancement de ce dispositif de poser la question aux acteurs principaux, les médecins généralistes, en leur demandant quel aurait été le moyen d'inclusion le plus simple et pratique à leurs yeux.

Les questionnaires PHQ9 et GAD7 n'étaient pas ceux utilisés dans la pratique courante des médecins. Cependant, certains médecins remarquaient qu'ils aidaient souvent les patients à prendre conscience de leurs symptômes. Ces questionnaires servaient aussi d'aide à certains médecins pour structurer la consultation. D'autres, au contraire, avaient trouvé ça superficiel et

informel.

Les questionnaires ont pour intérêt d'évaluer tous les patients de la même façon et de suivre l'évolution de la pathologie. Pour autant, 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.

Concernant les psychologues agréés, les médecins déploraient avoir de moins en moins de choix concernant les thérapeutes au fil des quatre années. Il n'était pas toujours possible pour le patient de choisir son psychologue, ce qui est pourtant un élément important dans le système de soin français. La plupart des médecins avaient un psychologue proche du cabinet, voire au sein du groupe médical ou MSP (situation la plus simple).

L'absence de retour concernant le suivi des patients inclus était déplorée par la majorité des médecins. Pour expliquer cette diminution du nombre de psychologues, le manque de rémunération des consultations était montré du doigt. En effet, la séance de psychothérapie dans le dispositif était remboursée mais dans une moindre mesure, (la consultation standard chez le psychologue étant mieux rémunérée). Le ressenti des psychologues était d'après les médecins interrogés négatif et n'incitait pas à faire partie du dispositif. De plus, beaucoup soulignait le nombre insuffisant de séances pour une prise en charge optimale. Encore une fois, une meilleure concertation au lancement du dispositif aurait permis peut-être de laisser le soin aux psychologues eux-mêmes, d'évaluer les besoins du patient et ainsi déterminer le nombre de séances nécessaires.

A la fin de ces quatre années d'expérimentation du dispositif, les médecins généralistes landais interrogés et requérants avaient un avis globalement positif. En effet, ils considéraient l'idée de la psychothérapie remboursée primordiale et nécessaire à l'amélioration des patients souffrant de troubles de santé mentale. Il faut à mon sens que l'amélioration clinique des patients prime sur les éventuelles contraintes liées à la mise en place du dispositif, relatées par les médecins (chronophage, peu lucratif).

Expansion nationale, dispositif « MonPsy »

L'annonce de la généralisation du dispositif par le gouvernement Casteix a eu lieu en septembre 2021, alors que la santé mentale a été mise en avant de manière massive pour donner suite aux conséquences des confinements liés à la COVID 19. Ainsi le 5 avril 2022, le dispositif Mon Psy, faisant suite à l'expérimentation pilote de 4 départements, est entré en vigueur (33).

Mon Psy concerne 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 (notamment PHQ9 et GAD7) sont des aides pour évaluer la gravité de la situation mais 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 dans ce dispositif. Si le patient a des antécédents psychiatriques ou une prise de médicament psychotrope, un avis psychiatrique doit être demandé au préalable.

Tout médecin peut orienter un patient vers ce dispositif et non uniquement le médecin traitant, bien que l'intervention de ce dernier soit encouragée. Tous les régimes de la sécurité sociale sont concernés et non uniquement le régime général.

Pour orienter le patient vers le dispositif, il faut lui fournir un courrier d'adressage, administratif ne contenant pas d'information médicale, valable 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 8 séances de suivi, dont 1 séance d'évaluation. A l'issue des séances le psychologue adresse au médecin prescripteur un compte-rendu. Après les 8 séances, un avis psychiatrique est nécessaire pour éventuellement reconduire le suivi.

Le parcours d'inclusion a été résumé par un guide édité par le ministère de la santé (Figure 3). Le patient choisit son psychologue parmi ceux qui sont agréés, répertoriés sur le site monpsy.sante.gouv.fr. Les psychologues concernés sont libres de décider du nombre de créneaux consacrés au dispositif. Ainsi, ils peuvent continuer les consultations libres d'accès avec leurs tarifs habituels, hors remboursement.

Pour la rémunération, les psychologues doivent 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 est interdit.

Nous pouvons remarquer que des améliorations notables ont été faites depuis le dispositif expérimental des Landes. En effet, le parcours administratif a été simplifié car même un médecin qui n'est pas le médecin traitant peut inclure un patient. Le parcours d'inclusion est également plus simple avec cette plateforme de la sécurité sociale par le site internet MonPsy.gouv.fr. Cela évite les horaires d'appels de la sécurité sociale et laisse le temps au médecin de pouvoir le faire quand il le souhaite. Les critères d'âges ont été retirés, les troubles pris en charge ont été élargis, l'utilisation des échelles n'est plus obligatoire. Ces éléments ont permis d'alléger le travail du médecin généraliste et de rendre son utilisation bien plus simple et pratique.

En revanche, le nombre de psychologues conventionnés reste faible. On peut penser que la raison principale est une rémunération des consultations insuffisantes pour les psychologues.

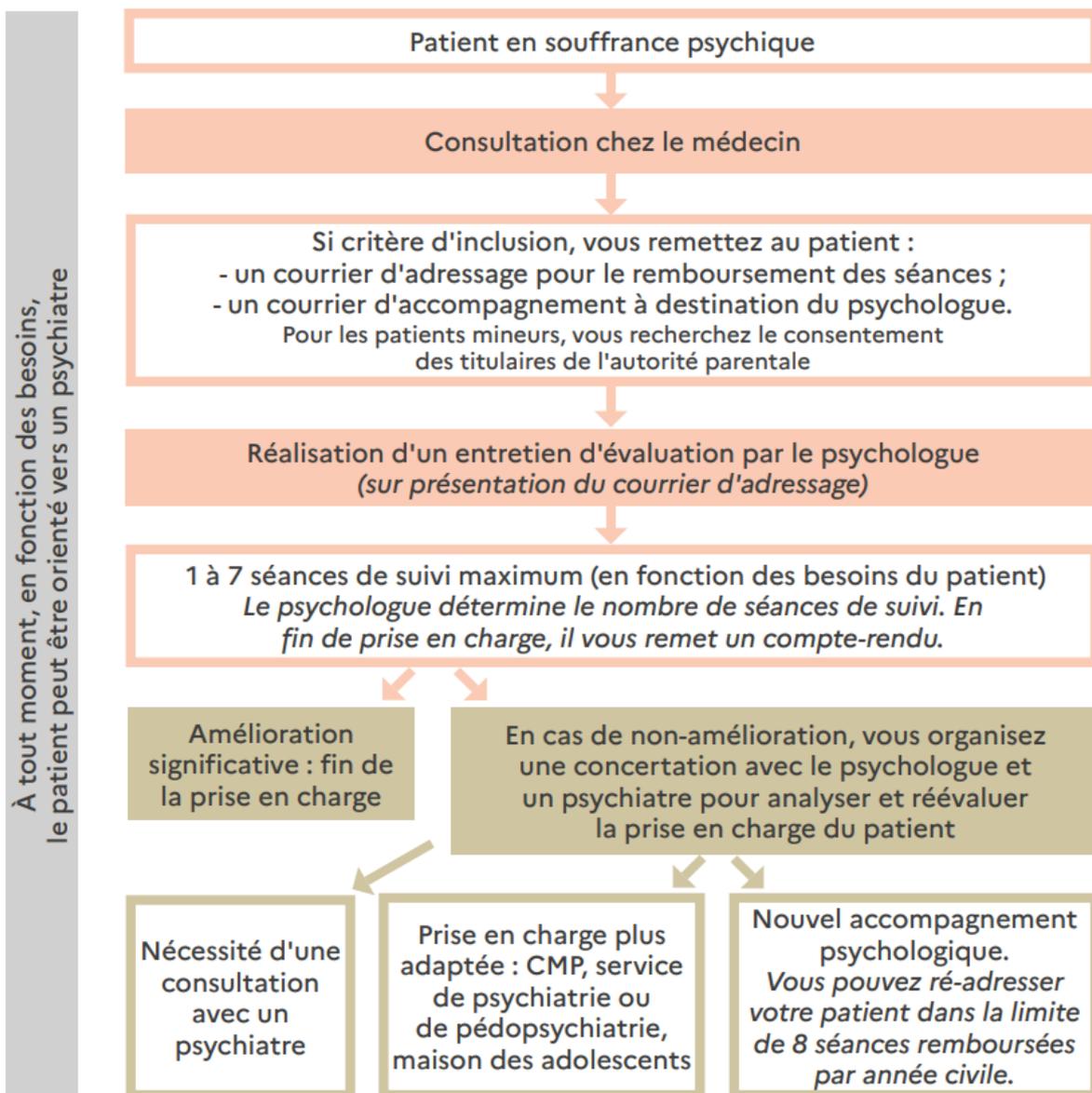


Figure 3 : Guide du parcours d'inclusion dans le dispositif Mon Psy

Le nombre de psychologues agréés limite l'utilisation du dispositif national

Au 18 juillet 2022, 13 psychologues sont répertoriés sur le site monpsy.sante.gouv.fr dans les Landes, alors qu'ils étaient 28 au début de l'expérimentation en 2018 d'après la liste de l'Assurance Maladie des Landes. On peut noter que 123 psychologues libéraux sont répertoriés dans les Landes. (Carte des psychologues conventionnés dans les Landes, annexe 7)

Il serait intéressant de réaliser une étude qualitative explorant le ressenti des psychologues quant à leur adhésion au dispositif. Cela pourrait ainsi expliquer l'appel au boycott du dispositif par plusieurs regroupements de psychologues, comme le Syndicat National des Psychologues (SNP) et le Manifeste des Psychologues Cliniciens et des Psychologues Psychothérapeutes.

Pour avoir un dispositif efficace avec un grand nombre de psychologues présents, la première idée qui semble primordiale serait d'avoir des représentants de psychologues qui en concertation avec l'assurance maladie et le gouvernement demanderaient une revalorisation de leur pratique. En effet, augmenter le montant du remboursement, ou autoriser les dépassements d'honoraires en « reste à charge » pour le patient et/ou sa mutuelle pourrait être des options. De plus, une étude s'intéressant aux retombées économiques du dispositif « Mon Psy » à long terme serait utile en termes de dépense de santé.

En effet, L'Assurance Maladie évalue à 7,2 millions le nombre de Français touchés par une maladie psychiatrique ou consommant des psychotropes, ce qui représente environ 12,5% de la population qu'elle couvre. De plus, le coût des maladies psychiatriques et des psychotropes pour l'assurance maladie représente 20,3 milliards d'euros par an. Cela est 5 milliards de plus que celui des cancers et 6 de plus que celui des soins courants ou celui des pathologies cardiovasculaires. On sait également que pour ce qui concerne les psychotropes, la moyenne de prescription d'un antidépresseur est de six mois à un an, pour un anxiolytique de six à douze semaines et les hypnotiques ne doivent pas théoriquement dépasser quatre semaines. Nous savons que dans la pratique, il est très souvent difficile de faire arrêter un traitement au patient qui peut ressentir une dépendance pour celui-ci. De plus, le traitement par psychotropes au long cours peut avoir des effets secondaires importants (troubles métaboliques, troubles moteurs extrapyramidaux, cardiotoxicité...) Toutes ces explications permettent de souligner que le coût global concernant la prescription de psychotropes est colossal. Une solution serait peut-être d'orienter les dépenses de santé en priorité, vers un meilleur remboursement des psychothérapies pour ainsi avoir un large choix de psychologues sur le territoire national, une meilleure adhésion des patients au dispositif et donc à plus long terme de diminuer la prescription de psychotropes. Cela pourrait confirmer qu'investir dans les psychothérapies permettrait des économies de santé et de limiter la surconsommation de psychotrope en France avec toutes les conséquences que cela implique.

Au niveau des séances, il faudrait pouvoir allonger la durée, qui est de 30 minutes actuellement. Cela permettrait aux psychologues de conserver la durée de consultation qu'ils estiment nécessaire pour une prise en charge de qualité. Ils estiment également que 8 séances est insuffisant et que cela pose un problème si les patients n'ont pas les moyens de poursuivre les séances au tarif non remboursé. Pour continuer les soins après les 8 séances, un avis psychiatrique est obligatoire, mais aux vues des difficultés d'accès aux psychiatres, cette règle semble peu réalisable. De plus, dans la pratique beaucoup de psychiatres prennent des dépassements d'honoraires conséquents, ce qui remet le frein financier dans le système de soins. Une concertation des psychiatres pourrait être importante afin qu'on connaisse leur ressenti ainsi que la faisabilité de leurs actions dans le dispositif.

Il serait donc, peut-être plus pertinent, de laisser le psychologue décider de l'arrêt des séances en fonction de l'évolution clinique du patient. Cette organisation est possible pour les kinésithérapeutes diplômés d'État par exemple, et pourrait servir d'inspiration, bien que les psychologues ne souhaitent pas devenir des paramédicaux.

Pour finir, durant la pratique du dispositif MonPsy des enquêtes régulières prenant en compte dans un premier lieu l'avis des patients, puis dans un second temps l'avis des médecins généralistes, psychologues psychiatres permettraient de pouvoir effectuer des ajustements réguliers pour rendre ce dispositif le plus réalisable et efficace possible au cours du temps.

CONCLUSION

La santé mentale a une place de plus en plus importante dans la pratique du médecin généraliste. Le MG est le premier acteur en soins primaires, pivot du système ambulatoire. Quotidiennement dans sa patientèle, il est confronté à des patients ayant comme symptômes en majorité de l'anxiété et des troubles dépressifs. Depuis l'épidémie de COVID 19, puis les conflits politiques entre l'Ukraine et la Russie, cela s'est encore plus accentué. Les recommandations préconisent en première intention la psychothérapie comme traitement lorsque l'intensité est légère à modérée. Jusqu'à présent la psychothérapie n'était pas remboursée ce qui représentait un coût non négligeable et avait donc des répercussions sur les patients avec une inégalité de soins en fonction des revenus de chacun. Les autres solutions qui s'offraient aux patients pouvaient être les psychiatres mais certains ont des dépassements d'honoraires ou les CMP, et autres dispositifs hospitaliers mais qui sont saturés. Nous avons joint le CMP de Mont Marsan qui nous a expliqué que pour une demande classique, le délai de prise en charge était de 15 mois.

En 2018, la CNAM décidait de mettre en place un dispositif expérimental de remboursement des psychothérapies dans quatre départements dont les Landes.

Entre 2018 et mars 2022, les médecins landais ont pu adresser selon un protocole précis leurs patients pour avoir un suivi spécialisé et une psychothérapie remboursée à hauteur de dix séances.

Cette étude qualitative avait pour objectif de recueillir le ressenti des médecins généralistes landais sur ce dispositif. Conjointement, un autre travail de thèse était effectué par Laurine BRET en étudiant le ressenti des MG landais n'ayant pas utilisé le dispositif. Des idées conjointes de nos deux travaux sont ressortis : l'inclusion a été jugé trop fastidieuse et compliquée à mettre en place, avec des critères d'entrée trop restrictifs et l'appel à la CPAM pour la validation, laborieux voir inutile. Concernant les psychologues agréés, un point non abordé par mon travail de thèse était ressorti dans celui de Laurine. Quelques médecins ainsi que des psychologues avaient des inquiétudes sur la qualité des psychothérapies proposées à la suite du dispositif. En effet, ils craignaient que certains professionnels avec des pratiques marginales utilisent ce système et se conventionnent afin d'acquérir une patientèle plus large

grâce au remboursement. Les médecins avaient peur d'une prise en charge « low cost » moins efficace.

En revanche, les deux études se rejoignaient quant à la rémunération insuffisante et aux séances trop courtes et trop peu nombreuses.

Cependant, selon l'avis des médecins utilisateurs, une nette amélioration des patients inclus a pu être constaté. Ce travail témoigne le ressenti favorable des médecins concernant la nécessité du remboursement de la psychothérapie, jugée bénéfique à la santé mentale de leurs patients. Il serait judicieux d'effectuer des études quantitatives pour confirmer cette amélioration des patients ainsi que de vérifier la diminution du nombre d'arrêts de travail et/ou la prescription des psychotropes par exemple.

Suite à cette expérimentation, le gouvernement a décidé de généraliser le dispositif avec un plan national : MonPsy en ayant effectué quelques modifications. En effet, l'inclusion des patients a été rendue beaucoup plus simple avec une plateforme en ligne sur internet et des critères d'inclusion élargis. Cependant le nombre de psychologues agréés au dispositif reste faible (13 psychologues agréés pour tout le département des Landes.) Nous pouvons penser que le problème du manque de rémunération des séances des psychologues est toujours la cause principale de ce nombre insuffisant de psychologues agréés. Il semblerait que l'avis des psychologues n'ait pas été pris en compte dans ce nouveau dispositif, laissant aux patients, un nombre restreint de psychologues disponibles. Une meilleure orientation des dépenses de santé avec dans un premier temps une revalorisation des psychologues permettrait à long terme de diminuer le cout concernant la prescription des psychotropes, ainsi que le nombre d'arrêt de travail, tout ceci avec la concertation des acteurs principaux, c'est-à-dire les patients, les médecins et les psychologues.

REFERENCES

1. Organisation Mondiale de la Santé. Santé mentale : renforcer notre action [Internet]. 2018 [cité 10 janv 2022]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Thiesse A. Le médecin généraliste et la santé mentale. Vers quel recours serait adressé le patient : infirmier(e) de pratique avancée, psychologue ou psychiatre ? Th D Médecine Nancy ; 2018.
3. Chapelle F. CIM/DSM. In : Thérapies comportementales et cognitives. 2018. p. 27-35.
4. Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000. L'Encéphale. avr 2005;31(2).
5. Palazzolo J. Anxiété. In : Dépression et anxiété : Mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge. Elsevier Masson ; 2007. p. 61-79.
6. Fovet T, Hernout J, Pelissolo A. La sémiologie motrice dans les troubles anxieux et obsessionnels. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 juin 2017 ;175(5):469-73.
7. Agbokou C, Allilaire JF. Dépression de l'adulte. In : Les états dépressifs. Lavoisier ; 2010.
8. American Psychiatric Association, Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull MC. Mini DSM-5 Critères Diagnostiques. Elsevier Masson ; 2016.
9. Gallais JL. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. Inf Psychiatr. 12 juin 2014 ;90(5):323-9.
10. Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson JF, Boisnault P. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? Rev Prat Médecine Générale. 7 juin 2004 ;18(656):781-4.
11. Santé Publique France. Santé mentale et COVID-19 [Internet]. [Cité 15 déc 2021]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/enjeux-de-sante-dans-le-contexte-de-la-covid-19/articles/sante-mentale-et-covid-19>
12. 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. Juin 2010 ;36(2):73-82.
13. Hardy-Baylé MCH, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? Inf Psychiatr. 12 juin 2014 ;90(5) :359-71.

14. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de démographie médicale 2021 - Tome 1 [Internet]. 2021 [cité 20 janv 2022]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1riyb2q/atlas_demographie_medicale_-_cnom_-_2021.pdf
15. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de démographie médicale 2021 - Tome 2 [Internet]. 2021 [cité 20 janv 2022]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/analyse_etude/1hv7pva/atlas_cn timer_tome_2_approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales_-2021.pdf
16. Ginger S. Psychiatrie et psychothérapie. *J Francais Psychiatr.* 2004;21(1):10-2.
17. Widlöcher D. Psychothérapie [Internet]. [cité 20 déc 2021]. Disponible sur: <http://www.universalis.edu.com/encyclopedie/psychotherapie/>
18. Weyeneth M, Ambresin G, Carballeira Y, Contesse V, Crivii C, Glauser F, et al. La psychothérapie de soutien : un pas vers l'électisme. *Psychotherapies.* 2004;24(2):73-86.
19. Mirabel-Sarron C, Vera L. Leçon 1 : Des bases théoriques successives et complémentaires. In: *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive.* Dunod. 2014. p. 2-11.
20. Gabbard GO. Concepts clés. In: *Psychothérapie psychodynamique.* Elsevier Masson; 2010. p. 1-19.
21. Thurin JM, Thurin M. Psychanalyse et thérapies systémiques : écarts et complémentarité. *Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux.* févr 2010;45(2):67-89.
22. Haute Autorité de Santé. Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premiers recours. [Internet]. 2017 [cité 10 janv 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_recommandations_version_mel.pdf
23. Chan Chee C, Beck F, Sapinho, Guilbert P. La dépression en France : enquête Anadep 2005. INPES Editions; 2009.
24. 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. *DREES Etudes et Résultats.* sept 2012;(810):8.
25. Dezetter A. Analyses épidémiologiques et socioéconomiques de la situation des psychothérapies en France, en vue de propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies. Université René Descartes Paris V; 2013.
26. Assurance Maladie. Prise en charge par l'Assurance Maladie des thérapies non médicamenteuses pour des troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée [Internet]. 2019 [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <http://cpamdeslandes.fr/PSM/>

27. Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. *Etudes et Résultats*. sept 2012;(810):8.
28. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt J-L. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale », National Action Research “The Place of Mental Health in General Practice”. *L’information psychiatrique*. 12 juin 2014;me 90(5):311-7.
29. Diagnostic territorial partagé de santé mentale des Landes. [Internet]. 2018 [cité 25 septembre 2022]. Disponible sur : <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/media/59964/download?inline>
30. Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses - Propositions de l’Assurance Maladie pour 2015 [Internet]. 2015. Disponible sur : https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-15_assurance-maladie.pdf
31. Vergès Y. Collaboration entre médecins généralistes et psychologues : le point de vue des psychologues [Thèse d’exercice]. [France] : Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil ; 2017.
32. Inspection Générale des Affaires Sociales. Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d’évolution. [Internet]. 2019 [cité 25 septembre 2022]. Disponible sur : https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2019-002r_.pdf
33. Ministère des Solidarités et de la Santé. MonPsy Guide pratique à destination des médecins [Internet]. 2022 [cité 18 juill 2022]. Disponible sur: https://monpsy.sante.gouv.fr/documents/MonPsy_Guide%20m%C3%A9decin_2022.pdf

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire GAD7

Le patient peut être inclus pour un score compris entre 5 et 14.

GAD-7				
Au cours des 14 derniers jours, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants? <i>(Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)</i>	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
1. Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension	0	1	2	3
2. Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes	0	1	2	3
3. Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien	0	1	2	3
4. Difficulté à se détendre	0	1	2	3
5. Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille	0	1	2	3
6. Devenir facilement contrarié(e) ou irritable	0	1	2	3
7. Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver	0	1	2	3

(For office coding: Total Score T_____ = _____ + _____ + _____)

Mis au point par les D^{rs} Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke et collègues, grâce à une bourse de Pfizer Inc. Aucune permission requise pour reproduire, traduire, afficher ou distribuer.

Annexe 2 : Questionnaire PHQ9

Le patient peut être inclus pour un score compris entre 5 et 19.

PHQ-9

Questionnaire sur la santé du patient

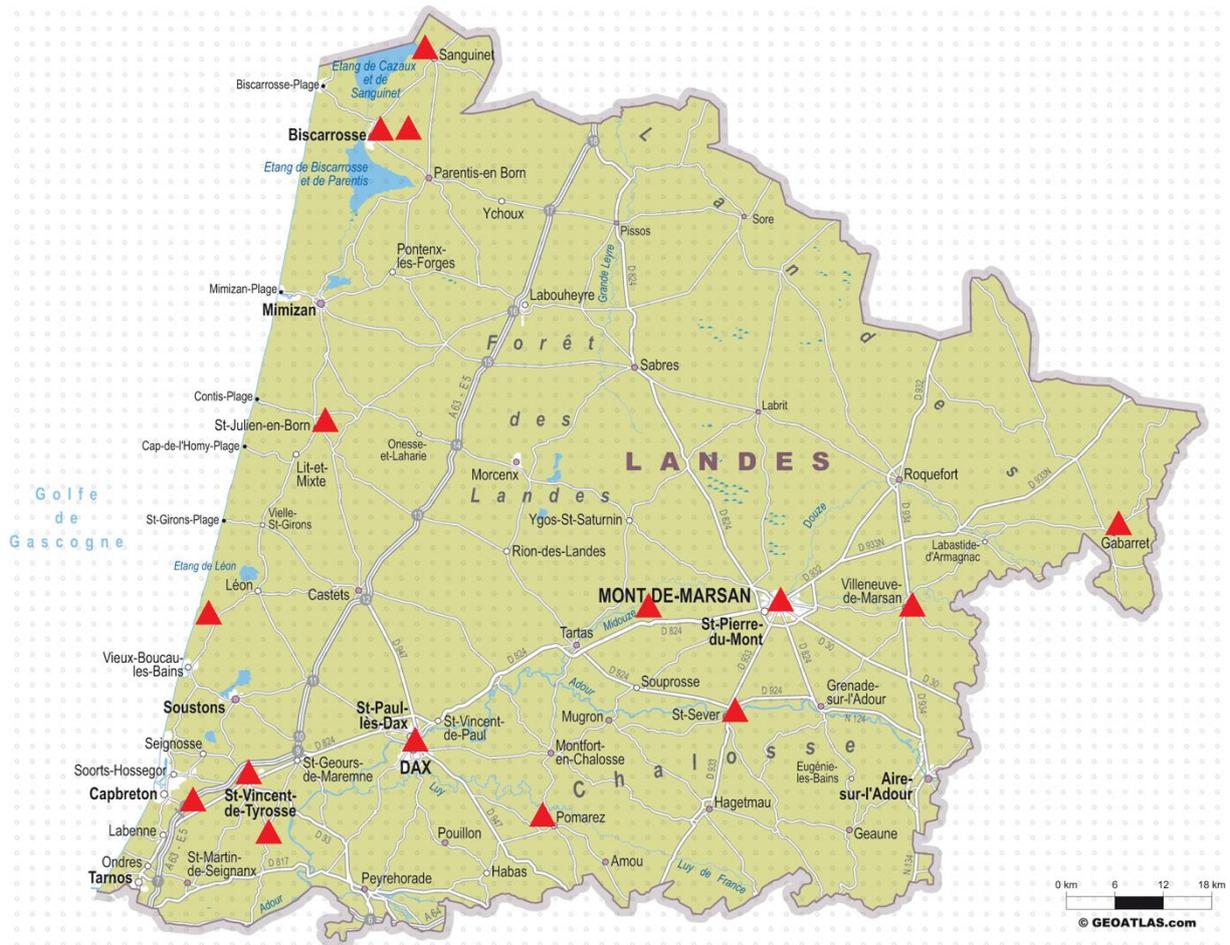
Instructions :				
Au cours des deux dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été dérangé(e) par les problèmes suivants? (Encercler votre réponse)	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1 Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses.	0	1	2	3
2 Se sentir triste, déprimé(e) ou désespéré(e).	0	1	2	3
3 Difficulté à s'endormir ou à rester endormi(e) ou trop dormir.	0	1	2	3
4 Se sentir fatigué(e) ou avoir peu d'énergie.	0	1	2	3
5 Peu d'appétit ou trop manger.	0	1	2	3
6 Mauvaise perception de vous-même ou vous pensez que vous êtes un perdant ou que vous n'avez pas satisfait vos propres attentes ou celles de votre famille.	0	1	2	3
7 Difficulté à se concentrer sur des choses telles que lire le journal ou regarder la télévision.	0	1	2	3
8 Vous bougez ou vous parlez si lentement que les autres personnes ont pu le remarquer, ou au contraire, vous êtes si agité(e) que vous bougez beaucoup plus que d'habitude.	0	1	2	3
9 Vous avez pensé que vous seriez mieux mort(e) ou pensé à vous blesser d'une façon ou d'une autre.	0	1	2	3

Si vous avez coché au moins un des problèmes nommés dans ce questionnaire, répondez à la question suivante :

Dans quelle mesure ce(s) problème(s) a-t-il (ont-ils) rendu difficile(s) votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à bien vous entendre avec les autres?

0) pas du tout difficile(s) 1) plutôt difficile(s) 2) très difficile(s) 3) extrêmement difficile

Annexe 3 : Cartographie des médecins généralistes interrogés



Annexe 4 : Guide d'entretien



Département
de médecine générale

Guide d'entretien

Psychothérapie remboursée sur ordonnance : avis des médecins généralistes installés dans les Landes n'ayant pas utilisé le dispositif expérimental

Les troubles mentaux représentent une part importante des motifs de consultation de médecine générale. D'après les recommandations françaises et internationales les psychothérapies sont le traitement de première intention en cas de dépression, anxiété d'intensité légère à modérée. Or ces thérapies ne sont actuellement non remboursées en France. Dans ce contexte, l'assurance maladie a expérimenté un remboursement sous conditions, dans 4 départements tests dont les Landes.

Ma thèse portera sur l'avis des médecins n'ayant pas intégré l'expérimentation. Une autre thèse interrogera les médecins ayant utilisé le dispositif. Ces deux études réalisées en miroir ont pour objectif de rendre compte des avis des médecins landais à propos du dispositif expérimental de remboursement des psychothérapies.

Le but de l'entretien est de bien comprendre votre point de vue, dites-moi les choses le plus librement possible. Les entretiens seront enregistrés pour une retranscription verbatim, les propos recueillis seront anonymisés.

Genre :

Nom :

Age :

Lieu et mode d'exercice : urbain, semi-rural, rural

Nombre de consultations par jour : <20 ; 20-30 ; >30

Date de l'installation :

Thème	Questions
Troubles mentaux au cabinet	<p>-Que représentent les troubles mentaux au sein de votre patientèle ?</p> <p>-Comment prenez-vous en charge ces patients souffrant de dépression/anxiété ? (<i>Gérer seul, adressé psy libéral, adressé CMP, adressé psychiatre...</i>)</p>
Information du dispositif	<p>-Par quels moyens avez-vous été informé de l'existence de cette expérimentation ? (<i>Via l'assurance maladie-confrères-patients</i>)</p> <p>-Par quels moyens auriez-vous souhaité être informé ? (<i>Téléphone-mail-courrier papier-visite de l'assurance maladie...</i>)</p>
Expérience personnelle	<p>-Que pensez-vous de cette expérimentation ?</p> <p>-Quelle est votre expérience personnelle par rapport à l'expérimentation de psychothérapie remboursée dans les Landes ? (<i>un peu essayé, pas du tout...etc</i>)</p> <p>-Qu'avez-vous répondu aux patients se présentant spontanément en consultation pour une demande de psychothérapie remboursée ?</p> <p>-Avez-vous eu des retours de confrères qui ont utilisé le dispositif ?</p> <p>-Avez-vous eu des retours de patients qui ont utilisé le dispositif ?</p>
Raisons du refus de l'utilisation du dispositif	<p>-Quelles sont les raisons pour lesquelles vous n'avez pas souhaité utiliser le dispositif ? (<i>Trop d'administratif, confirmer l'inclusion</i>)</p>

	<i>par téléphone, trop de critères d'exclusion, parcours de soin compliqué ?)</i>
Pistes d'amélioration	-Selon vous, quelles améliorations pourrait-on apporter pour que vous l'utilisiez ? <i>(Meilleure information des médecins, élargissement des critères d'inclusion)</i>

Avez-vous quelque chose à ajouter que nous n'aurions pas évoqué ?

Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à mes questions permettant la réalisation de cette étude. Si vous le souhaitez, je pourrais vous envoyer les résultats.

Annexe 5 : Fiche d'information et formulaire de consentement



Département
de médecine générale

Fiche d'information et Formulaire de consentement

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude qualitative dont l'intitulé est « Psychothérapie remboursée sur ordonnance : avis des médecins généralistes installés dans les Landes ayant utilisé le dispositif expérimental ». L'investigatrice est Manon BAHEZRE de LANLAY médecin généraliste remplaçant, sous la direction du Dr Laurent QUESSARD.

Le participant s'engage à participer à un entretien semi-dirigé individuel autour de la thématique de l'étude. Les entretiens seront intégralement enregistrés afin de pouvoir retranscrire la discussion de manière authentique. La collaboration du participant n'entraînera pas de participation financière, ni de rémunération.

L'investigatrice s'engage à mener l'entretien à la date et à l'heure choisie par le participant au préalable. Elle s'engage à assurer la confidentialité des informations recueillies et à fournir des informations supplémentaires concernant l'étude à la demande du participant.

Si vous avez des questions au décours de votre participation, vous pourrez contacter Manon BAHEZRE DE LANLAY

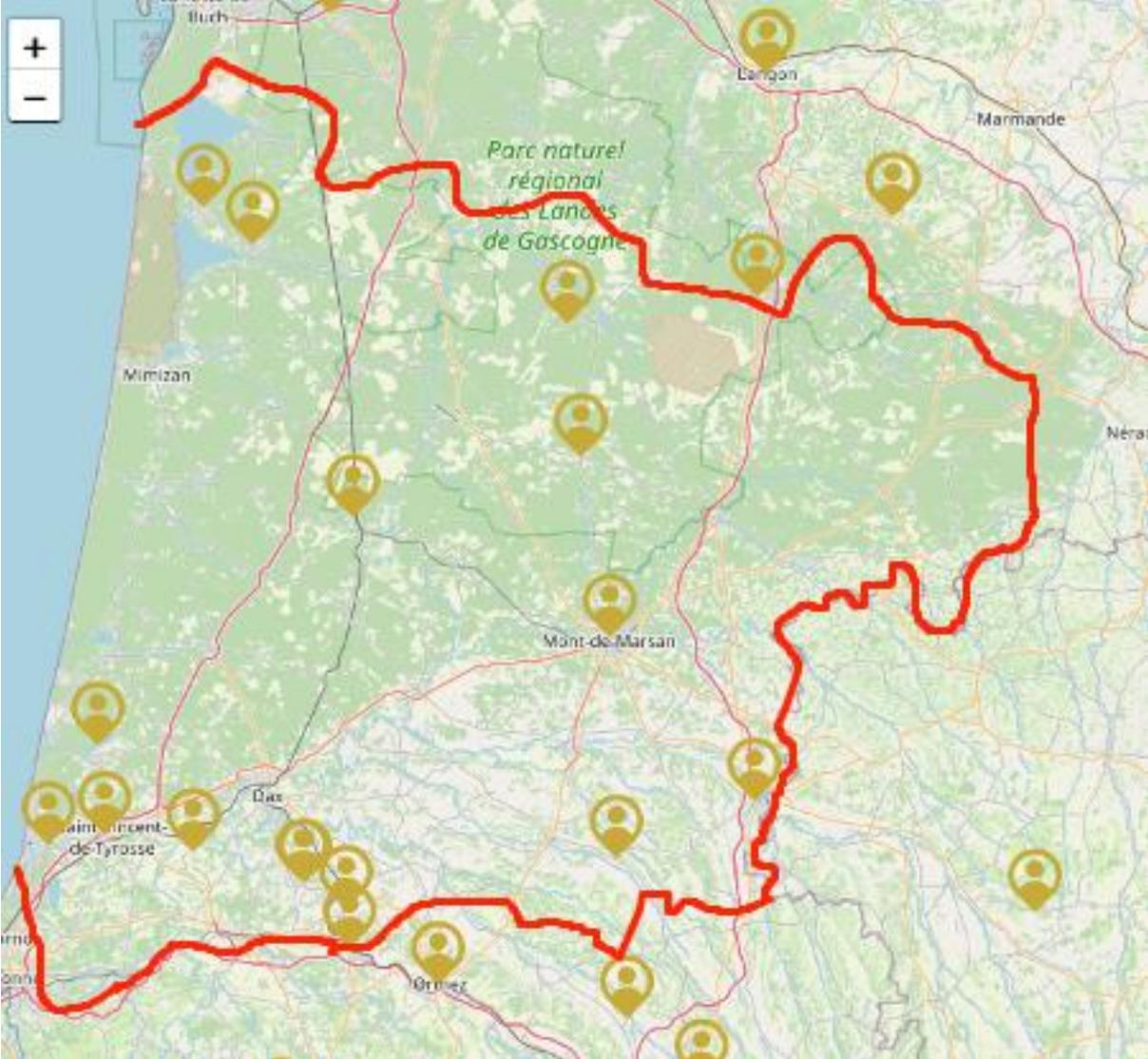
Formulaire lu au début de l'entretien afin de récolter l'accord ou non du participant avant de débiter la discussion.

Annexe 6 : Grille de COREQ

<u>Domaine 1 : Equipe de recherche et réflexion</u>		
Caractéristique personnelles		
1	Enquêteur/animateur	Manon BAHEZRE DE LANLAY
2	Titres académiques	Aucun
3	Activité	Médecin généraliste remplaçant
4	Genre	Femme
5	Expérience et formation	Première étude menée par l'enquêtrice
Relations avec les participants		
6	Relation antérieure	Enquêtrice connaissait un des participants (maitre de stage) sinon elle ne connaissait pas les autres participants
7	Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	Le statut de médecin remplaçant et le titre de l'étude lors du premier contact
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Mentionnées au début de l'entretien
<u>Domaine 2 : Conception de l'étude</u>		
Cadre théorique		
9	Orientation méthodologique et théorie	Étude qualitative par entretiens semi-dirigés et analyse selon la théorisation ancrée
Sélection des participants		
10	Échantillonnage	Échantillonnage recruté en variation maximale par des critères définis en amont de l'étude puis par effet boule de neige
11	Prise de contact	Téléphone, SMS, mail
12	Taille de l'échantillon	15 participants inclus
13	Non-participation	52 médecins n'ont pas répondu à mon email. 11 ont répondu à mon mail. Dans ces 11, 4 n'avaient jamais utilisé le dispositif et ont donc été orienté vers Laurine BRET. 11 SMS ont été envoyés, 7 n'ont pas répondu.
Contexte		
14	Cadre de la collecte de données	15 entretiens par appel téléphonique
15	Présence de non-participants	Aucun
16	Description de l'échantillon	Les entretiens ont été menés du 15/02/2022 au 26/04/2022 10 femmes et 5 hommes ont participé 11 exerçaient en groupe, 3 en MSP et 1 seul 2 exerçaient en zone urbaine ; 10 exerçaient en zone semi-rurale et 3 exerçaient en zone rurale

Recueil des données		
17	Guide d'entretien	Les participants n'avaient pas accès au guide d'entretien Il a été testé au préalable sur un entretien qui n'a pas été inclus dans l'échantillon
18	Entretiens répétés	Non répétés
19	Enregistrement audio/visuel	A partir de l'application Dictaphone d'un téléphone portable, avec recueil du consentement
20	Cahier de terrain	Un cahier de terrain n'a pas été tenu
21	Durée	La durée des entretiens est comprise entre 6 minutes 30 et 15 minutes, pour une moyenne de 10 minutes 34.
22	Seuil de saturation	Seuil de saturation des données obtenu après 13 entretiens
23	Retour des retranscriptions	Les verbatims n'ont pas été retournés aux participants
<u>Domaine 3 : Analyse et résultats</u>		
Analyse des données		
24	Nombre de personnes codant les données	2 personnes ont codé les entretiens de manière indépendante avec une mise en commun et ajustement si nécessaire
25	Description de l'arbre de codage	L'arbre de codage a permis d'établir le plan de présentation des résultats, suite au codage axial
26	Détermination des thèmes	Le thème a été déterminé lors du codage par théorisation ancrée
27	Logiciel	L'application Dictaphone du téléphone portable et le logiciel de traitement de texte WORD® ont été utilisés pour la retranscription des verbatims Le logiciel N'VIVO® a été utilisé pour l'aide au codage
28	Vérification par les participants	Le résultat du codage n'a pas été renvoyé aux participants
Rédaction		
29	Citations présentées	Des citations ont été utilisées
30	Cohérence des données et des résultats	Les résultats obtenus étaient cohérents
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes ont clairement été identifiés
32	Clarté des thèmes secondaires	Les thèmes secondaires ont été clairement identifiés et ont permis une ouverture

Annexe 7 : Carte des psychologues conventionnés du dispositif national MonPsy, actualisée au 27 septembre 2022.



SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort

délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.”

PSYCHOTHERAPIE REMBOURSEE SUR ORDONNANCE : RESENTI DES MEDECINS GENERALISTES LANDAIS AYANT UTILISE LE DISPOSITIF EXPERIMENTAL DE 2018 A 2022.

Introduction : La recommandation de première intention selon la HAS dans le traitement de l'anxiété et la dépression d'intensité légère à modérée est la psychothérapie. En 2018, la CNAM a lancé un dispositif expérimental de psychothérapie remboursé dans 4 départements y compris les Landes. L'objectif principal de ce travail était d'évaluer le ressenti des médecins généralistes landais ayant utilisé ce dispositif expérimental.

Population et méthodes : Étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes installés dans les Landes ayant eu recours au dispositif. Le recueil des données a été réalisé par le biais d'entretiens individuels semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien. Les récits (verbatim) ont été retranscrits et codés par une approche inductive, puis analysés via une triangulation des données.

Résultats : Les médecins généralistes étaient favorables à l'utilisation de ce dispositif. Les critères d'inclusion et l'appel à la sécurité sociale étaient des freins selon eux. La mise en place du dispositif a été jugé trop fastidieuse. Les psychologues agréés étaient peu nombreux dû au fait que le remboursement des séances par l'assurance maladie était insuffisant. Une nette amélioration des symptômes de santé mentale a été constatée pour les patients inclus selon les médecins de l'étude.

Conclusion : La psychothérapie est le traitement de première intention selon la HAS. Les médecins généralistes landais interrogés étaient en faveur d'une expansion nationale de ce dispositif avec un souhait d'amélioration des tâches administratives et une valorisation des psychologues

Mots-clés : « santé mentale » ; « dépression » ; « anxiété » ; « psychothérapie » ; « remboursement psychothérapie » ; « soins primaires » ; « médecin généraliste » ; « médecin traitant » ; « assurance maladie » ; « psychothérapie de soutien » ; « thérapies cognitivo-comportementales » ; « psychothérapies psychodynamiques » ; « thérapie systémique » ; « psychologues ».

DISCIPLINE : MEDECINE GENERALE

U.F.R. SCIENCES MEDICALES

UNIVERSITE DE BORDEAUX

