



HAL
open science

Expérimentation de la psychothérapie remboursée entre 2018 et 2022 : ressenti des médecins généralistes installés dans les Landes n'ayant pas inclus de patients dans le dispositif

Laurine Bret

► To cite this version:

Laurine Bret. Expérimentation de la psychothérapie remboursée entre 2018 et 2022 : ressenti des médecins généralistes installés dans les Landes n'ayant pas inclus de patients dans le dispositif. Médecine humaine et pathologie. 2022. dumas-03833852

HAL Id: dumas-03833852

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03833852>

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.

U.F.R des sciences médicales

Année 2022

Thèse n°120

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 20 octobre 2022

par Laurine BRET

née le 14 septembre 1994 à Caen

Expérimentation de la psychothérapie remboursée entre 2018 et 2022 : ressenti des
médecins généralistes installés dans les Landes n'ayant pas inclus de patients dans le
dispositif

Sous la direction de Monsieur le Docteur Laurent QUESSARD

Membres du Jury :

Professeur Jean-Philippe JOSEPH	Président
Docteur Marco ROMERO	Rapporteur et juge
Docteur Jean-François GUILLE	Juge
Docteur Laurent QUESSARD	Directeur et juge

Remerciements

Aux membres du jury,

Au Professeur Jean-Philippe JOSEPH,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse et je vous en remercie. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Au Docteur Marco ROMERO,

Je vous remercie de m'avoir proposé ce sujet de thèse et d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail.

Au Docteur Jean-François GUILLE,

Merci d'avoir répondu à mes sollicitations pour participer à ce travail, et d'avoir accordé un entretien à Manon. Je vous remercie d'avoir accepté de juger ma thèse.

A mon directeur de thèse,

Au Docteur Laurent QUESSARD,

Je te remercie chaleureusement d'avoir tout de suite accepté de diriger ma thèse quand je te l'ai demandé. Merci de ton engagement et de ton expertise en tant que directeur. Ta réactivité et tes remarques m'ont permis d'avancer sereinement dans ce travail. Je te suis vraiment reconnaissante.

Aux médecins ayant participé à cette étude,

Sans vous, ce travail n'aurait pas pu voir le jour. Merci d'avoir pris le temps de me répondre et de m'accorder ces entretiens très enrichissants.

A Manon,

Merci pour ton travail et ta persévérance, j'ai beaucoup apprécié notre entre-aide. Avancer toutes les deux en parallèle m'a permis de conserver ma motivation jusqu'au bout.

Aux médecins et paramédicaux qui ont croisé ma route,

Au Docteur Piotr BUDZYNSKI,

Merci de m'avoir accueillie lors de mon premier stage d'externat il y a déjà quelques années. Tu m'as montré la réalité de la médecine générale rurale, j'ai beaucoup apprécié ton approche et ta vision de la médecine. Cela a très certainement orienté mon choix à l'ECN.

A l'équipe des urgences du CHU de Caen,

Je vous suis très reconnaissante de m'avoir formée sur de nombreux gestes techniques. Apprendre à vos côtés dans la bonne humeur malgré le stress permanent lié à ce service a été un réel plaisir.

Aux médecins m'ayant supervisée lors de mes nombreuses gardes d'externe, notamment aux urgences, en SMUR et à l'USIC,

Je reste profondément marquée de certaines situations tant sur le plan médical que sur le plan humain. Je vous remercie de votre compagnonnage lors de ces longues nuits à l'hôpital.

A l'équipe des urgences de Langon,

Je vous remercie de votre bienveillance lors de mes premiers pas en tant qu'interne. J'ai énormément appris lors de ce stage, l'ambiance familiale m'a aidé à surmonter les moments difficiles. Les crises de rire et les concours de fléchette à 3h du matin sont de précieux souvenirs de mon semestre à vos côtés.

Aux médecins du Clos Voissard, les Docteurs Maryse GARRABOS, Valérie DEGENNE, Didier SIMON et Laurent QUESSARD

Maryse, merci de m'avoir accueillie en stage au sein de ton cabinet, j'ai apprécié travailler à tes côtés. Valérie, ta gentillesse et ton empathie m'ont beaucoup touchées. J'espère que nous aurons d'autres occasions de discuter auprès du feu dans ta belle maison ! Didier, merci de tes éclaircissements sur la comptabilité et les cotations. Je te remercie également pour les très bons moments passés en dehors du cabinet, notamment pour le trail à Larrau, mes mollets s'en souviennent ! Laurent, tu m'as montré qu'il était possible de vivre 5 vies en 1, ta faculté à conduire tant de choses de front m'a impressionnée. Je te remercie pour ton aide matérielle pour mes travaux. Je profite de ce paragraphe pour te remercier encore une fois d'avoir dirigé ma thèse.

Au Docteur Emilie CLABE,

Tu vois, tu me chambrais sur ma thèse, mais finalement je soutiens avant Audreys ! Merci d'avoir été si présente et aidante pour mon stage de gériatrie. Nous avons vécu tellement de situations difficiles ensemble, ce stage est inoubliable. Tu m'as montré que douceur et fermeté ne sont pas incompatibles. Je suis ravie que de chef tu sois devenue une amie, j'espère que l'on continuera à passer de bons moments ensemble.

Au Docteur Natalie BAZIADOLY-RISSE et Arbia EL MEKAOUI,

Natalie, tu m'as redonné goût en la médecine après une période compliquée. Ton autorité naturelle et ton déchiffrement des patients toujours juste est une grande source d'inspiration. Je suis enchantée de revenir au Caillou régulièrement. Arbia, ta rigueur et ton implication sans limite pour tes patients m'ont impressionnées. Tu m'as sensibilisée à garder un esprit critique et à toujours me remettre en question, ce qui est une aide précieuse en médecine. Je suis honorée que tu me confie la prise en charge de tes patients lors de tes (rares) vacances.

A ma famille et mes amis

A mes parents,

Maman, merci pour toutes ces années que tu as consacré pour le bonheur de tes filles. Les valeurs que tu m'as transmises sont ancrées à jamais. Les années au Petit Château ont renforcé ma passion pour le patrimoine, et j'espère un jour contribuer à le préserver à mon échelle. Merci pour ton amour sans limite. Je te remercie également pour ta relecture attentive de ma thèse.

Papa, tu m'as toujours inculqué le goût de l'effort, ta phrase « Ton meilleur professeur, c'est toi » a toujours raisonné dans ma tête depuis l'enfance. Merci de m'avoir permis de réaliser mes études de médecine dans les meilleures conditions possibles.

A ma sœur,

Hélo, je te remercie d'être toi tout simplement. Merci pour ce trajet de bus en terminal qui a fait germer l'idée de faire des études de médecine. L'idée a fait son chemin et me voilà en fin de parcours 10 ans plus tard ! Je te remercie d'avoir relue ma thèse si vite, tes tournures de phrases étaient tellement évidentes ! Petit clin d'œil à la Team Raquette qui a été spectatrice des derniers ajustements de ce travail pendant nos petites vacances.

Je suis si fière de ton parcours scolaire et professionnel, j'espère que tu t'épanouiras dans ton métier de magistrate, tu es faite pour ça.

A Pacôme,

Merci de m'avoir soutenue pendant ces longues études, de la PACES au doctorat tu m'as vu évoluer au cours des années, merci d'avoir fait partie des relecteurs de ce travail. Tu m'as aidé à rebondir quand j'avais des doutes, et tu m'as permis de m'évader quand j'en avais besoin. Merci pour ta présence à mes côtés, dans les moments de joie comme dans les moments plus difficiles.

A nos projets en cours et à venir...

A ma belle-famille,

Merci pour votre accueil dans votre famille, et de m'avoir permis d'avoir ce point de chute dans votre maison pendant l'internat. Cela m'a permis d'être plus sereine lors des changements de stage.

A Audreys (avec l'accent Audrreyssss c'est encore mieux), ce « mini-stage » CPAM/MSA aura permis notre rencontre. J'ai su dès le début que notre amitié serait spéciale. Merci pour ces 2 semestres en commun, ils auraient été bien différents sans toi. Merci de me faire l'honneur d'être témoin de ton mariage, j'ai hâte que ce moment arrive ! Mais avant, à ton tour de soutenir ta thèse en décembre.

J'en profite également pour remercier du fond du cœur Sylvie et Raymond qui m'ont hébergée et accueillie comme un membre de leur famille, sans me connaître, je sais que je pourrai toujours compter sur vous.

A Johana,

Merci pour ta bonne humeur indéfectible, malgré la distance notre amitié est inchangée depuis le collège.

A Charlotte,

Au violon et aux souvenirs du conservatoire avec les auditions internes, publiques, semi-internes, semi-publiques de Dorothea... Merci pour les années médecine à Caen en ta compagnie, je garde de très bons souvenirs des moments passés ensemble en cours ou en soirée. Bon courage pour la suite de ton internat !

Table des matières

RESUME	7
ABSTRACT	8
Liste des abréviations utilisées.....	9
INTRODUCTION	10
1. La santé mentale, l'anxiété et la dépression	10
2. La place du médecin généraliste dans la santé mentale.....	11
3. La psychothérapie, traitement de première intention dans les troubles de la santé mentale	12
4. Psychothérapie chez un psychologue : un coût financier non négligeable pour le patient.....	13
5. Le dispositif expérimental de remboursement des thérapies non médicamenteuses par l'Assurance Maladie dans les Landes.....	13
6. La question de recherche et les objectifs de l'étude	14
MATERIELS ET METHODES	15
1. La recherche bibliographique	15
2. L'étude qualitative.....	15
3. La population de l'étude.....	16
4. Le recrutement de la population	16
5. L'entretien semi-dirigé	16
6. Le déroulement des entretiens	17
7. La retranscription des données	17
8. La méthode d'analyse des résultats	18
RESULTATS	19
1. Les caractéristiques de l'échantillon.....	19
2. La carte heuristique des résultats.....	21
3. Le quotidien du médecin généraliste en santé mentale.....	22
3.1. L'état des lieux de la santé mentale au cabinet.....	22
3.2. La gestion des consultations psychologiques au cabinet.....	23
3.3. Les lacunes de la formation initiale en santé mentale	24
3.4. Le réseau de professionnels de la santé mentale	24
3.5. L'aspect financier de la psychothérapie	25
3.6. Les autres moyens d'accéder à la psychothérapie prise en charge	26
3.7. Les impressions sur l'état du système de santé général en France	27
4. Le ressenti des médecins généralistes sur le dispositif.....	27
4.1. Les différents modes d'information de l'existence du dispositif.....	27
4.2. L'avis initial des médecins généralistes à l'annonce du dispositif.....	28
4.3. L'impression des médecins vis-à-vis des critères d'inclusion.....	29
4.4. Le ressenti vis-à-vis de l'utilisation des échelles PHQ9 et GAD7	31
4.5. Le ressenti vis-à-vis de l'appel téléphonique à la CPAM nécessaire à l'inclusion.....	31
4.6. Le ressenti par rapport aux psychologues agréés.....	32

4.7.	L'échec de l'inclusion et l'abandon du dispositif.....	34
4.8.	L'avis final des médecins généralistes après l'avoir expérimenté.....	35
5.	Les propositions d'amélioration du dispositif par les médecins généralistes.....	36
5.1.	Une inclusion plus souple.....	36
5.2.	Les idées d'organisation différentes pour accéder aux séances de psychothérapie prises en charge	36
6.	Les avis et les connaissances du patient à propos du dispositif.....	37
6.1.	La psychothérapie remboursée : une demande des patients	37
6.2.	L'échec de l'inclusion suite à une mauvaise compréhension du patient	37
7.	Le point de vue des psychologues rapporté par les médecins généralistes	38
7.1.	Le manque de discussion en amont avec les psychologues.....	38
7.2.	L'insuffisance de rémunération des psychologues	38
7.3.	Les psychologues ne souhaitent pas devenir des paramédicaux et dépendre d'une ordonnance médicale.....	38
	DISCUSSION.....	39
1.	La validité interne de l'étude.....	39
1.1	Les forces de l'étude.....	39
1.2	Les faiblesses de l'étude.....	39
2.	La discussion des résultats.....	40
2.1	La santé mentale, élément omniprésent des consultations de médecine générale	40
2.2	Le réseau de professionnels en santé mentale.....	42
2.3	L'avis des médecins généralistes n'ayant pas utilisé le dispositif expérimental	43
2.4	L'avis des médecins généralistes ayant inclus des patients dans le dispositif expérimental, rapporté dans le travail de thèse de Manon BAHEZRE DE LANLAY	44
2.5	Les attentes des professionnels de la santé	45
3.	Les perspectives.....	46
3.1	La psychothérapie remboursée au niveau national par le dispositif « Mon Psy » mis en place depuis avril 2022	46
3.2	Une utilisation du dispositif national limité par le nombre de psychologues	48
	CONCLUSION	50
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	52
	ANNEXES.....	56
	Annexe 1 : Questionnaire GAD7	56
	Annexe 2 : Questionnaire PHQ9	57
	Annexe 3 : Grille de COREQ.....	58
	Annexe 4 : Cartographie des médecins généralistes interrogés	61
	Annexe 5 : Guide d'entretien	62
	Annexe 6 : Fiche d'information et formulaire de consentement	64
	Annexe 7 : Liste des psychologues agréés dans les Landes au 8 septembre 2022.....	65

RESUME

Objectif : Explorer les freins des médecins généralistes landais à l'inclusion des patients au sein du dispositif expérimental de psychothérapie remboursée entre 2018 et 2022.

Méthode : Etude qualitative auprès de 16 médecins généralistes installés dans les Landes. Le recueil des données a été réalisé par le biais d'entretiens individuels semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien. Les verbatims ont été codés par une approche inductive, puis analysés selon une analyse thématique.

Résultats : Les médecins généralistes interrogés ont déclaré que la santé mentale faisait pleinement partie des consultations de médecine générale de premier recours, avec des motifs de consultations variés. Ces consultations demandent beaucoup de temps et d'énergie. Pour gérer ces consultations, les médecins ont une attitude d'écoute active, ont recours aux thérapeutiques médicamenteuses et proposent un suivi avec un psychologue. Le recours au psychiatre étant utilisé seulement dans les situations difficiles à prendre en charge.

Concernant l'accès au psychologue, l'absence de remboursement est considérée comme un frein à l'accès aux soins en santé mentale, par conséquent la proposition de remboursement des séances de psychothérapie par la CNAM a été accueillie de manière favorable.

En ce qui concerne le dispositif expérimental de remboursement, les médecins ont souvent déploré une information insuffisante de la part de la CPAM. De plus le parcours d'inclusion comportait une part administrative fastidieuse, considérée comme une limite à son utilisation.

Sur le plan médical, d'après les médecins, l'obstacle principal à l'inclusion était la présence d'antécédent psychiatrique, et notamment la prise de traitement psychotrope. Les critères d'âge étaient également jugés trop restrictifs. L'utilisation des échelles d'intensité était rarement faite en pratique quotidienne, mais était acceptable dans ce cadre particulier. Enfin, la validation de l'inclusion via un appel téléphonique à la CPAM était chronophage, avec une utilité limitée.

En ce qui concerne l'accessibilité aux psychologues agréés, la majorité des médecins n'avait pas de psychologue proche de chez eux, ou alors ils ne faisaient pas partie des thérapeutes avec lesquels ils avaient l'habitude de collaborer. De plus, du fait du faible nombre de psychologues agréés, il n'était pas toujours possible pour le patient de choisir son thérapeute, or le respect de la liberté de choix du soignant est un pilier du système de soins français.

Les médecins interrogés étaient unanimes pour proposer une facilitation du parcours d'inclusion et de favoriser l'échange entre les psychologues et les autorités afin d'inciter plus de psychologues à se conventionner, permettant une offre de soin plus large.

Conclusion : Les médecins généralistes landais sollicités pour cette étude sont en faveur d'un remboursement des séances de psychothérapie. En revanche, ils estiment que le dispositif tel qu'il a été testé entre 2018 et 2022 n'est pas en accord avec la réalité du terrain. Cela s'explique par un temps administratif important, des critères d'inclusion restrictifs et du nombre limité de psychologues ayant adhéré à l'expérimentation.

ABSTRACT

Objective : To explore the obstacles of Landes general practitioners (GP) to the use of the experimental reimbursed psychotherapy system.

Method : Qualitative study of 16 general practitioners in the Landes region. Data were collected through individual semi-directed interviews using an interview guide. The verbatims were coded using an inductive approach and then analyzed using a thematic analysis.

Results : The GPs interviewed stated that mental health was an integral part of primary care consultations, with various reasons for consultation. These consultations require a lot of time and energy. To manage these consultations, the GPs have an active listening attitude, use drug therapies and propose a follow-up with a psychologist; recourse to a psychiatrist is used in particular cases. Concerning the access to the psychologist, the absence of reimbursement was considered as an obstacle to the access to mental health care, so the proposal of reimbursement of psychotherapy sessions by the Health Insurance is welcomed.

With regard to the experimental reimbursement scheme, doctors often complained about insufficient information from the Health Insurance. In addition, the inclusion procedure included a significant administrative component which was considered to be an obstacle to its use.

From a medical point of view, the main obstacle to inclusion was the presence of a psychiatric history, and in particular the use of psychotropic medication, and the age criteria were also considered too restrictive. The use of intensity scales is rarely used in daily practice, but was acceptable in this particular setting. Finally, validation of inclusion via a telephone call to the Health Insurance was time-consuming and of limited use.

Regarding the accessibility of accredited psychologists, the majority of physicians did not have a psychologist close to their home, or those who did were not part of their usual network. Moreover, due to the low number of accredited psychologists, it was not always possible for the patient to choose his or her therapist, which is an important element in the French health care system.

The doctors interviewed were unanimous in asking for the inclusion process to be facilitated, and for discussions to be encouraged for encouraging psychologists to become registered in order to have a wider range of care.

Conclusion : The general practitioners in Landes are in favour of reimbursing psychotherapy sessions. On the other hand, they feel that the system as tested since 2018 is not in line with the reality in the field. This is due to its significant administrative time, restrictive inclusion criteria and the limited number of psychologists who have joined the experimentation.

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

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 (Désensibilisation et Retraitement par les Mouvements Oculaires)
EMPSA	Equipe Mobile de Psychiatrie du Sujet Agé
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder-7
IGAS	Inspection Générale des Affaires Sociales
IJ	Indemnités Journalières
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
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
SNP	Syndicat National des Psychologues
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale

INTRODUCTION

1. 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 d'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).

Au niveau international, pour définir ces troubles de la santé mentale il existe actuellement 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).

On estime que 21% des adultes seront touchés par l'anxiété au cours de la vie d'après l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (Inserm) (5).

C'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 (6). 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 (7). Lors de certains états anxieux aigus, le patient peut vivre des expériences de dépersonnalisation, définies comme étant 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, il faut suspecter un trouble anxieux généralisé.

La dépression, dénommée épisode dépressif caractérisé, a une prévalence de 10% entre 18 et 75 ans d'après Santé Publique France (8).

Elle 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'accoutumé 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 (9).

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. Un épisode dépressif caractérisé d'intensité légère aura une incidence mineure sur les activités socio-professionnelles ou les relations avec les autres. 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 caractéristiques psychotiques, les symptômes perturbent nettement les activités courantes et les relations aux autres (10).

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. Un score de moins de 5 n'est pas en faveur d'un diagnostic de dépression. Au-dessus de 14, la dépression peut être considérée comme sévère.

2. 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 santé disponible avec un rendez-vous rapide et proche du domicile des patients pour plus de 95% des français (11). Selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (Insee), les troubles mentaux représentent le deuxième motif de consultation en médecine générale et la première chez les 25-60 ans. Un acte de médecine générale sur dix comporterait un soutien psychothérapeutique comme composante principale (12).

Les consultations peuvent avoir notamment pour objet des conflits intrafamiliaux, un mal-être au travail, ou encore les conséquences de la précarité... 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 s'est expliqué par l'isolement, la perte d'un emploi, la baisse d'activité physique, l'ennui (13).

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 généralistes sont également unanimes concernant la formation universitaire en santé mentale, jugée inadaptée tant sur le plan théorique que pratique (14). 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 de médecine générale.

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 (15). 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 ayant baissé de 9% depuis 2010. En France, la médiane est de 123 médecins généralistes pour 100 000 habitants. Dans les Landes, la

hausse entre 2010 et 2021 a été de 1,9%. Cependant on peut remarquer une variation négative entre 2020 et 2021. En effet elle est de -3,4%, avec un nombre de praticiens de 693 et une densité de 143 MG pour 100 000 habitants (16).

En France, il y a 15 560 psychiatres en exercice. Dans les Landes, la densité de psychiatres est de 11 pour 100 000 habitants, avec une hausse de 17,3% entre 2010 et 2021 (17). Concernant les psychologues, 78 197 sont recensés sur le territoire national au 1^{er} janvier 2021. En Nouvelle Aquitaine, le nombre de psychologues est de 6 949, d'après les données du répertoire Adeli.

3. 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 (18).

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 à travers 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 (19).

Il existe différents types de psychothérapie ayant fait preuve d'efficacité. Elles sont d'inspirations très variées, mais cherchent à résoudre les mêmes difficultés. Le choix de la 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 (20).
- 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 (21).
- Les psychothérapies psycho-dynamiques sont également liées à la psychanalyse. Le thérapeute aide le patient à atteindre un sentiment de singularité en utilisant le transfert et contre-transfert. Le but étant de faire prendre conscience au patient de processus inconscients (22).
- 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 (23).

Les recommandations françaises et internationales préconisent les psychothérapies comme traitement de première intention pour les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère à modérée (24). 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. Cela met en évidence des freins à l'accès à la psychothérapie, notamment le coût financier. 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 (25).

4. Psychothérapie chez un psychologue : un coût financier non négligeable pour le patient

Plusieurs freins à l'accès aux psychothérapies sont soulignés par les médecins généralistes (26). 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 entre 50 et 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 (25). Cependant, certaines psychothérapies peuvent durer de quelques semaines à plusieurs mois voire plusieurs années. L'aspect financier représente certainement un frein pour beaucoup de patients.

Dans plusieurs pays d'Europe (notamment en Angleterre, aux Pays-Bas, en Allemagne), les psychothérapies sont remboursées. C'est dans ce contexte que le 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 sont de 2€ (27). C'est un argument allant dans le sens de l'intérêt économique de rembourser les thérapies non médicamenteuses.

5. 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 (SNP) participe aux comités de pilotage (national et locaux) de ce dispositif.

Le médecin généraliste est au centre du dispositif étant donné qu'il adresse le patient (avec son accord) au psychologue s'il remplit les critères d'inclusion. En plus d'apporter un soutien aux médecins généralistes, ce dispositif peut représenter une solution pour les patients en favorisant l'accès à la psychothérapie.

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 présentant des antécédents ou comorbidités psychiatriques, un risque suicidaire, des signes psychotiques ou un score PHQ9 et GAD7 inadaptés sont exclus du dispositif.

Lorsque le médecin 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 généraliste 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 (28) En fonction des conclusions de l'entretien d'évaluation, le patient revient voir le médecin pour que celui-ci prescrive entre 1 et 10 séance(s) d'accompagnement psychologique de soutien.

En l'absence d'amélioration à la suite de ces 10 séances, une réévaluation et une concertation entre médecin généraliste/psychothérapeute/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 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.

6. La question de recherche et les objectifs de l'étude

Notre travail de thèse a pour but de répondre à la question de recherche suivante : Quel est le ressenti des médecins généralistes landais concernant le dispositif expérimental de remboursement des psychothérapies, mené entre 2018 et 2022 ?

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les freins des médecins généralistes landais à l'inclusion des patients au sein du dispositif expérimental de psychothérapie remboursée.

En parallèle, la thèse de Manon BAHEZRE DE LANLAY a pour objectif d'explorer le ressenti des médecins landais ayant inclus des patients dans ce dispositif.

L'objectif secondaire est commun à ces deux thèses : il s'agit d'apporter des pistes d'amélioration dans l'efficacité du parcours de soin des patients en santé mentale.

MATERIELS ET METHODES

1. La recherche bibliographique

Une revue de la littérature a été réalisée en amont de la réalisation de ce travail de thèse, dans le but de poser le contexte préalablement à l'étude.

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, SUDOC, ont été utilisés.

Les principaux mots-clefs ainsi que les termes MeSh retrouvés avec le site HeTOP, que nous avons utilisés ont été 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 » ; « psychotherapy ».

2. 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. Elle permet d'explorer les phénomènes sociaux et leur signification, les perceptions et l'expérience des personnes incluses dans l'étude. 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 à partir de 1920, puis s'est peu à peu développée en sciences médicales, et notamment en médecine générale (29).

Concernant notre étude, l'objectif était de rendre compte de l'avis des médecins généralistes concernant le dispositif test de psychothérapie remboursée. La méthodologie qualitative était la plus adaptée pour répondre à notre problématique afin d'étudier les raisons personnelles de la non utilisation de l'expérimentation.

Nous avons utilisé la « grounded theory », méthode de théorisation ancrée 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.

La grille Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ), présentée en Annexe 3 a été utilisée et a permis d'évaluer la qualité de cette étude qualitative.

3. La population de l'étude

Notre étude ciblait une population de médecins généralistes installés dans les Landes, n'ayant pas inclus de patient dans l'expérimentation de psychothérapie remboursée entre 2018 et 2022.

Les critères d'inclusion étaient d'être un médecin généraliste installé dans les Landes.

Les critères d'exclusion étaient d'être un médecin qui avait une pratique exclusive autre que la médecine générale (par exemple acupuncture, homéopathie, ostéopathie...), d'être un médecin remplaçant et de ne pas avoir connaissance du dispositif ou au contraire d'y avoir inclus des patients au sein de l'expérimentation.

Les caractéristiques de chaque participant étaient recueillies oralement au début de l'entretien. Cela concernait les informations sociodémographiques ainsi que des informations liées à la pratique professionnelle, détaillées dans le Guide d'entretien en Annexe 5.

4. Le recrutement de la population

Pour que notre étude soit la plus représentative possible, nous avons prévu la réalisation d'un échantillonnage à variation maximale. Initialement, nous avons utilisé l'annuaire disponible sur le site du CNOM, ciblant les médecins généralistes installés dans les Landes. Nous avons ensuite délimité le territoire en suivant les frontières des différentes communautés de communes des Landes. Nous avons chacune, choisi au hasard des médecins présents dans les différentes communautés de commune, en essayant de respecter la parité et d'avoir des âges variés.

Malheureusement, nous avons eu des difficultés pour joindre les médecins en passant par leur secrétariat téléphonique.

Nous avons alors changé de stratégie de recrutement en contactant des médecins connus de notre entourage puis en élargissant par un effet « boule de neige ». Cela a permis de contacter directement le médecin concerné par SMS ou par e-mail, ce qui a facilité les échanges.

Selon les situations, le recrutement s'est ensuite fait par téléphone, SMS ou e-mail en exposant brièvement le sujet de l'étude, la durée approximative de l'entretien et une date pour le RDV à la convenance du médecin interrogé.

Une cartographie des médecins interrogés est présentée dans l'Annexe 4.

5. 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 différentes thématiques, tout en laissant la liberté au participant de développer son point de vue et d'éventuellement aborder d'autres points. Ainsi, les échanges entre l'investigatrice et les médecins interrogés ont pu être libres, autour

de thèmes pertinents pour notre problématique.

Le rôle du guide d'entretien a été de structurer la discussion, sans la diriger.

Le guide d'entretien a été préparé en amont des entretiens afin d'avoir un fil conducteur lors des entrevues (Annexe 5). Il débute par une question générale, afin de laisser libre court à la pensée du médecin interrogé, puis contient quelques questions ouvertes sur les grands thèmes pertinents pour notre problématique. L'ordre des thèmes n'est pas à respecter scrupuleusement, mais doit s'adapter au fil de la discussion qui doit rester la plus naturelle possible. Ainsi l'investigatrice se doit de connaître parfaitement le guide, sans avoir à regarder ses notes.

Le guide d'entretien a été testé en situation réelle sur un médecin généraliste, qui n'a pas été 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.

L'effectif a été déterminé par la saturation des données. Cela signifie que plus aucune nouvelle idée n'a été mise en évidence lors des derniers entretiens. Dans cette étude, nous avons confirmé la saturation des données par la réalisation de deux entretiens supplémentaires n'ayant pas apporté de notion supplémentaire.

6. Le déroulement des entretiens

Les entretiens ont été menés par l'investigatrice, Laurine BRET, médecin généraliste remplaçant. Les entretiens ont été tous réalisés dans les cabinets médicaux des médecins interrogés, sauf un qui a été fait au domicile du médecin, et deux qui ont été réalisés en visio-conférence. La date et l'horaire du rendez-vous ont été déterminés lors de la première prise de contact pour l'inclusion dans notre étude.

Les entretiens ont été enregistrés par le biais de l'application dictaphone d'un téléphone portable.

Avant chaque entretien, le sujet était brièvement présenté. Le consentement oral du participant a été recueilli pour l'enregistrement et l'utilisation des données, sous couvert d'une anonymisation des propos. Nous avons également remis aux médecins interrogés une fiche d'information et un formulaire de consentement écrit (Annexe 5). Le choix entre le tutoiement et le vouvoiement a été déterminé au préalable selon les préférences du médecin interrogé.

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

7. La retranscription des données

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

Les données recueillies ont 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 application dictaphone d'un téléphone portable a été utilisée pour écouter l'enregistrement audio, et le logiciel de traitement de texte utilisé était Microsoft Word®. Une fois retranscrits, les fichiers d'enregistrement ont été effacés afin de préserver l'anonymat des participants.

8. La méthode d'analyse des résultats

Le logiciel N'Vivo12® a été utilisé pour l'analyse des données. Les retranscriptions ont été importées dans le logiciel afin de faire ressortir des thèmes principaux, et de les croiser.

Le codage des données est défini par la transformation de données brutes en données permettant une interprétation.

Le codage s'est déroulé en 3 étapes successives.

Tout d'abord, un premier codage ouvert se base sur les verbatims qui sont analysés fragments par fragments pour en faire ressortir des idées. Ainsi, nous n'avons pas réalisé de grille de codage au préalable, les nœuds ont été identifiés au fur et à mesure directement sur des fragments de texte. Cette étape a été réalisée à 2. En effet, la triangulation des données a été possible grâce à un double codage, réalisé avec Manon BAHEZRE DE LANLAY. Cette triangulation permettait d'éviter un biais d'interprétation.

Ensuite un deuxième codage axial a pour objectif de combiner les codes dans des codes généraux, en thèmes et sous-thèmes. Les thèmes et sous-thèmes ont été la base pour élaborer le plan des résultats de notre étude.

Enfin, un codage sélectif a été utilisé pour construire une théorie à partir du codage axial.

RESULTATS

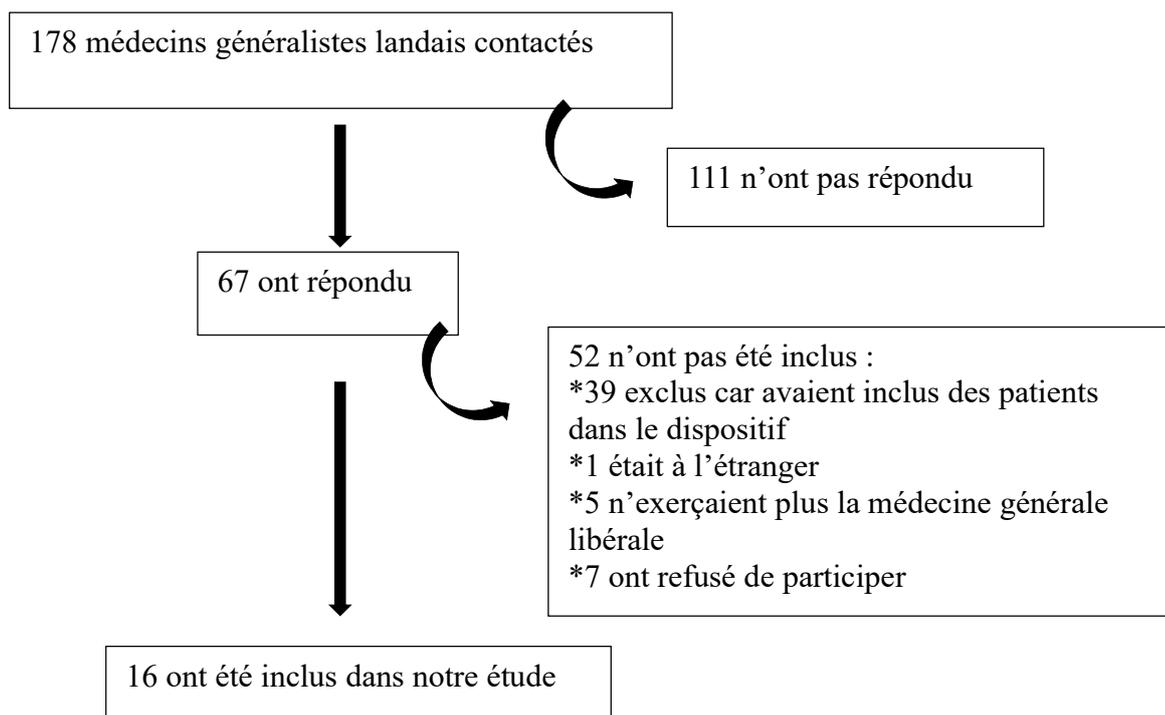
1. Les caractéristiques de l'échantillon

Sur les 178 médecins contactés par téléphone, SMS ou e-mail, 111 n'ont pas répondu, 52 n'ont pas été inclus, et 16 étaient d'accord pour un entretien avec l'investigatrice.

Parmi les 52 médecins non inclus, 39 étaient exclus de cette étude pour avoir intégré des patients dans le dispositif ; 1 médecin était à l'étranger, 5 n'exerçaient plus la médecine générale en libéral, 7 ont refusé l'entretien par manque de temps ou de manque d'intérêt pour le sujet.

Ces données sont résumées dans le diagramme de flux présenté en Figure 1.

Figure 1 : Diagramme de flux



Les entretiens ont été réalisés du 3 mars 2022 au 18 mai 2022 et ont été retranscrits au fur et à mesure de l'étude. La date de début a été définie par la réalisation du premier entretien test.

La durée des entretiens était comprise entre 6 minutes 30 et 31 minutes 26, pour une moyenne de 16 minutes 58.

L'échantillon final de médecins interrogés était composé de 11 femmes et de 4 hommes. La majorité des médecins était installée depuis plus de 10 ans. Les zones d'exercice étaient équilibrées, et ils exerçaient principalement en cabinet de groupe. La plupart des médecins avait une activité moyenne de 20 à 30 patients par jour. Le détail des caractéristiques de l'échantillon est proposé dans le Tableau 1.

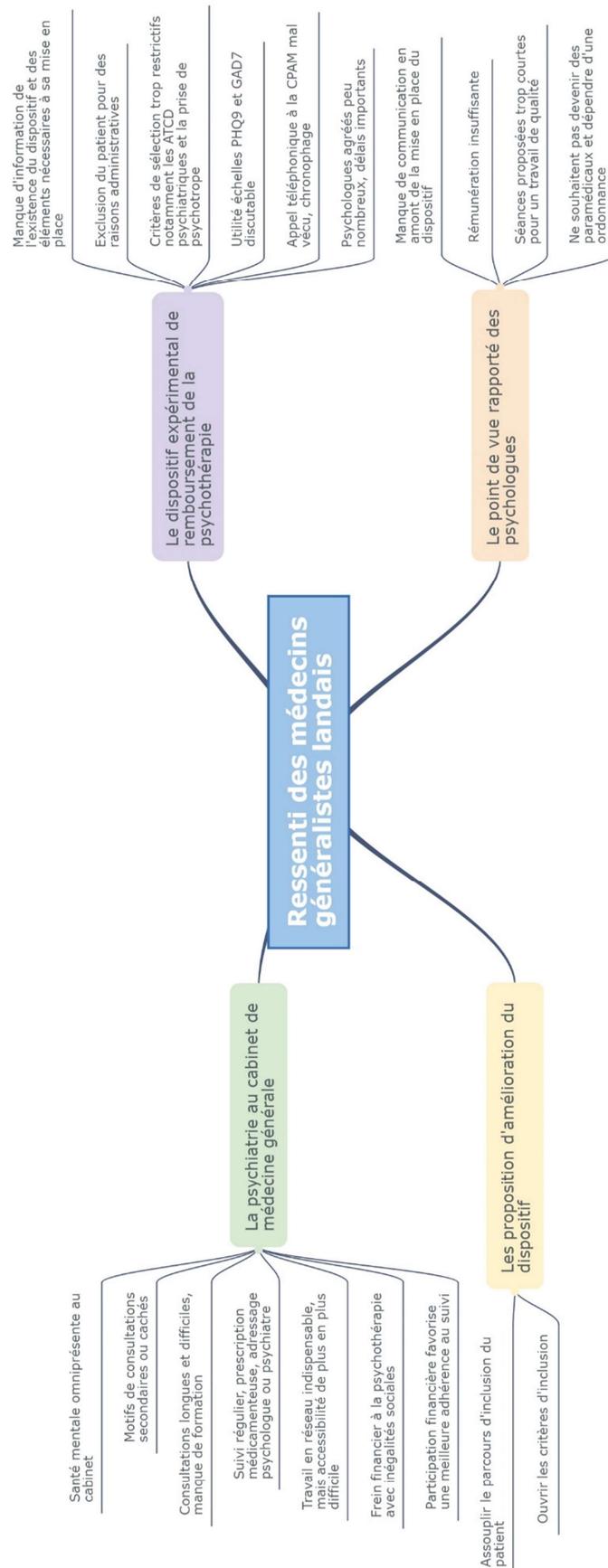
Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

	Genre	Date d'installation	Zone	Mode d'exercice	Moyenne d'activité (consultations/jour)	Durée de l'entretien
M1	F	5 à 10 ans	Semi-rural	Cabinet de groupe	20 à 30	6min30
M2	F	> 10 ans	Semi-rural	Cabinet de groupe	20 à 30	31min26
M3	F	< 5 ans	Rural	Cabinet de groupe	20 à 30	14min01
M4	M	> 10 ans	Semi-rural	MSP	> 30	22min47
M5	F	< 5ans	Urbain	Cabinet de groupe	20 à 30	9min50
M6	F	5 à 10 ans	Urbain	Cabinet de groupe	20 à 30	10min14
M7	F	> 10 ans	Urbain	Cabinet de groupe	20 à 30	16min06
M8	M	< 5 ans	Urbain	Cabinet individuel	20 à 30	25min29
M9	M	5 à 10 ans	Semi-rural	Cabinet individuel	20 à 30	17min43
M10	M	< 5 ans	Rural	MSP	20 à 30	9min43
M11	F	> 10 ans	Rural	Cabinet de groupe	20 à 30	16min31
M12	F	5 à 10 ans	Semi-rural	Cabinet de groupe	20 à 30	20min09
M13	M	> 10 ans	Semi-rural	Cabinet de groupe	20 à 30	21min35
M14	F	> 10 ans	Semi-rural	Cabinet individuel	20 à 30	20min44
M15	F	> 10 ans	Urbain	Cabinet individuel	20 à 30	14min17
M16	F	> 10 ans	Rural	Cabinet de groupe	> 30	20min40

2. La carte heuristique des résultats

La figure 2 représente la carte heuristique des résultats, ces derniers sont détaillés dans les paragraphes suivants.

Figure 2 : Carte heuristique des résultats



3. Le quotidien du médecin généraliste en santé mentale

3.1. L'état des lieux de la santé mentale au cabinet

En début d'entretien, l'un des médecins a rappelé que la santé mentale était un élément indispensable à la bonne santé.

M8 : « De toute façon, le premier des biens quand même, c'est la santé mentale hein, vraiment. Parce que quand vous déraillez, vous avez beau être bien physiquement, c'est mauvais hein, la vie est pas belle. ».

La quasi-totalité des médecins interrogés estimait que les consultations en lien avec la santé mentale étaient très fréquentes dans leur pratique quotidienne. Les motifs de consultations étaient variés.

M6 : « Tous les jours au moins un ! Une demande d'arrêt de travail pour... euh... difficultés au travail, même sans aller jusqu'au burn-out hein, mais bon ça peut être ça. »

M7 : « Au quotidien ? Bah j'en trouve toujours (rires) ! Fin... une venue directe pour ça... euh (réflexion 5sec) je dirais 10%, et après indirectement vu que je suis médecin traitant, médecin de famille, je sais toujours un petit peu les difficultés donc... j'arrive toujours à dévier sur ce... sur ce sujet-là. Facilement une consultation sur cinq sur les difficultés de certains. ».

M14 : « On voit des états d'anxiété banale, généralisée, beaucoup d'épuisement professionnel, des dépressions, des maladies psychiatriques... ».

Ils ont également remarqué une hausse de fréquence de ces consultations depuis la pandémie de COVID 19.

M10 : « En tout cas c'est vrai que depuis 2 ans, c'est vrai qu'on a vraiment remarqué une hausse. Alors COVID ou pas COVID je sais pas, mais en tout cas on a vraiment remarqué une augmentation des besoins ».

M12 : « Oui de toute façon je pense que après la période qu'on vient de vivre, ça fait entièrement partie de notre exercice, et c'est omniprésent de toute façon ».

Cependant, les motifs de consultation psychologiques sont rarement mentionnés de prime abord par le patient, ils sont souvent cachés par des motifs plus somatiques.

M2 : « Elle est venue dans mon bureau pour tout autre chose. Mais j'ai bien senti que c'était pas ça le problème. Euh... elle a lâché, la consultation a été super compliquée, j'ai réussi à lui faire lâcher, lui faire comprendre que le problème il était là. ».

M11 : « Après... j'avais tendance à considérer aussi, mais parce que j'aime bien travailler comme ça, que même celui qui vient pour une angine, il y a quand même de la santé mentale dessous. (...) ».

Quelque fois suffit de dire un « Ah bon ? » au bon moment, et hop ça y est, ya tout qui part. ».

3.2. La gestion des consultations psychologiques au cabinet

Les médecins interrogés étaient d'accord sur le fait que les consultations pour des motifs psychologiques sont longues et difficiles à gérer.

M2 : « Et j'y ai passé à chaque fois 45 minutes, mais sur une consultation normalement déjà de 20 minutes... ».

M5 : « Non mais c'est vrai que la psy, si on veut bien la faire, c'est quand même assez chronophage je pense donc... ».

M14 : « Hier on a eu une grosse consultation d'une anxiété généralisée qui était difficile à prendre en charge ! On s'est retrouvé en difficulté, je me suis retrouvée en difficulté ! ».

Certains médecins ont déclaré avoir une certaine routine pour la prise en charge de ces pathologies.

M5 : « Fin même moi qui suis jeune installée, j'ai un peu pris des habitudes de faire un petit peu toujours les mêmes styles de prise en charge, et du coup c'est vrai que se mettre dans autre chose... ».

La plupart du temps, le médecin prend en charge les patients au cabinet, seul, en proposant un suivi régulier en consultation. Parfois la mise en place de traitement médicamenteux est nécessaire. Dans un second temps le patient peut être adressé à un psychologue pour débiter une psychothérapie, ou alors à un psychiatre en fonction de la gravité.

M5 : « Ça se passe plutôt au cabinet, moi je fais un petit peu le débrouillage et après c'est vrai que assez vite quand il y a, voilà une souffrance psychologique, moi je donne assez facilement des noms de psychologues. ».

M7 : « Et ensuite beh souvent on essaye quand même de, de gérer un petit peu, de faire un accompagnement, même si on n'est... on n'est pas psychologue, mais on essaye quand même de faire un accompagnement et souvent on instaure quand même des anxiolytiques de façon temporaire. Et après bon quand je vois que ça s'enkyste un petit peu, à ce moment-là je vais passer la main, mais du coup ils sont déjà sous anxiolytiques ».

M8 : « Voilà d'aller sereinement voir quelqu'un, d'en parler, et d'éviter de le mettre sous antidépresseur direct, et de l'assommer pour qu'il dorme la nuit, tout ça quoi ! Il suffit d'en parler ! ».

M9 : « L'entretien motivationnel notamment, c'est une technique d'écoute active, je suis assez impliqué comme ça avec les patients pendant un petit moment. Et le moment où je passe la main c'est quand effectivement je sens qu'on est arrivé au bout d'un cycle, et que le patient a besoin d'une tierce personne, que cette tierce personne ça ne peut pas être uniquement moi. ».

M11 : « Mon rôle c'est aussi d'engager le patient vers un suivi spécialisé ».

Il arrive que les patients soient réfractaires à l'idée d'aller voir un psychologue ou un psychiatre, et préfèrent conserver un suivi par leur médecin traitant.

M2 : « J'ai mis des graines à germer, je l'ai revu, et sur la deuxième consultation elle était d'accord pour avoir un suivi avec un psychologue. Mais pas sur la première consult' ! »

M7 : « Ils sont plutôt réfractaires ; pour le psychiatre le côté réfractaire c'est que c'est un médecin, et qu'il est identifié comme... comme clinique psychiatrique, donc les fous. »

M15 : « Donc un patient qui vient pour ça, il veut peut-être pas qu'on l'envoie de suite, fin qui a jamais eu ces problèmes, qui a jamais eu de traitement, il veut peut-être pas aller chez le psychologue de suite hein. »

3.3. Les lacunes de la formation initiale en santé mentale

Certains généralistes interrogés ont mentionné un manque de formation initiale en santé mentale.

M2 : « Si je ne l'ai pas mise sous traitement, si j'ai pas fait la démarche, en plus un vendredi après-midi, mettre un jeune adolescent avant le week-end sous traitement au domicile, fin c'est facile vous voyez ! Niveau responsabilité, si je l'ai pas fait c'est qu'entre guillemets j'ai pas les reins, la formation et que j'estime que je ne suis pas euh... voilà. »

M8 : « L'enseignement n'a pas été forcément bien fait pour nous hein, après on se retrouve un peu démuni. C'est sûr »

Par ailleurs, certains médecins aimeraient être plus sensibilisés au travail des psychologues et savoir comment se déroulent les psychothérapies.

M4 : « Et puis peut être nous sensibiliser plus un peu à ce que fait un psychologue. Alors pourquoi pas juste faire des soirées de formation, fin des formations je sais pas mais... on a plein de réunions de toute façon. »

M6 : « Donc ça, ça serait déjà quelque chose de bien, peut-être une présentation fin... ou quelque chose avec les psychologues du coin. Ouais une présentation de leur travail, des différents psychologues... »

3.4. Le réseau de professionnels de la santé mentale

La majorité des médecins participant à l'étude a un réseau de psychologues satisfaisant.

L'un des médecins travaillant en MSP était en faveur de l'arrivée d'une psychologue au sein de la MSP.

M7 : « J'ai mon réseau donc je sais qui appeler, et quand j'arrive pas trop, ils arrivent à m'orienter vers un confrère pour une prise en charge. En tout cas, au niveau des psychologues j'y arrive facilement voilà, parce que je bosse plus avec 2 ou 3 dans mon secteur ».

M8 : « Et peut-être, je ne sais pas si une psychologue arrive avec nous, ça serait bien ! Ça serait bien... ».

En revanche, en ce qui concerne les psychiatres, l'accès est devenu de plus en plus compliqué d'après les médecins interrogés. De plus, les psychiatres n'ont pas suffisamment de temps en consultation pour réaliser des psychothérapies.

M8 : « Parce qu'il y a pas assez de psychiatre, ils ont pas le temps de parler comme ferait un psychologue ».

M9 : « Les psychiatres c'est la croix et la bannière pour avoir un rendez-vous ».

M12 : « Nous ici notre gros souci, c'est qu'on n'a pas vraiment, on n'a pas beaucoup de spécialistes psychiatres très disponibles. ».

M14 : « On a un psychiatre, là en ce moment y a un psychiatre au CMP ! On est super contents ! Mais on sait pas combien de temps il va rester, on a des délais moyens entre 2-3-6 mois de consultation, on a un psychiatre qui voit les gens tous les 2-3 mois. ».

Pour pallier les difficultés d'adressage classique, l'un des médecins a utilisé les nouveaux outils à disposition, moins formels pour adresser un patient à un psychiatre.

M9 : « Entre parenthèses Doctolib nous aide bien quand même ! Quand on maîtrise bien l'outil Doctolib, on peut avoir des réseaux d'adressage assez rapides. Ça a été une chance, je suis tombé comme ça sur quelqu'un, et on a pu échanger via une nouvelle messagerie interne à Doctolib, donc ça rend l'adressage moins formel ».

Il est également ressorti des entretiens que la communication avec les professionnels de la santé mentale était généralement difficile.

M6 : « Peut-être un meilleur euh... un meilleur échange avec les psychologues. C'est vrai que bon, on n'a pas trop... souvent on n'a pas trop leur retour sur comment se passe la psychothérapie, même pratiquement jamais. ».

M13 : « Les contacts sont pas si simples que ça. La communication n'est pas... fin pas aussi fluide qu'avec les autres spécialistes ».

3.5. L'aspect financier de la psychothérapie

En ce qui concerne l'aspect financier de la psychothérapie, la majorité des médecins interrogés

estimait qu'il y avait un net frein financier à l'utilisation de la psychothérapie entraînant une inégalité sociale face aux soins.

M10 : « C'est clairement un frein pour les patients hein, c'est clairement un frein oui. Ici on est quand même en milieu rural, on va avoir de tout niveau socio-économique, on a des familles très aisées et d'autres beaucoup moins, et c'est vrai que... et malheureusement les familles précaires sont encore plus touchées par le côté psychologique, l'isolement social, les choses comme ça, et du coup clairement c'est un frein ouais ».

M13 : « Et ça coute assez cher hein, une consultation chez un psychologue, et y a beaucoup de personnes qui... qui hésitent à y aller, et en plus s'il faut payer 50€ par séance, c'est juste pas possible en fait. C'est assez régulièrement pour certaines personnes, ce n'est pas possible financièrement ».

Les généralistes sont globalement tous en faveur d'un remboursement des séances de psychothérapie. D'ailleurs, certaines caisses d'assurance maladie avaient déjà mis en place des systèmes de remboursement.

M13 : « Ce qui me semble clair, c'est que il y a un intérêt majeur à ce qu'il y ait une prise en charge au moins pour certains patients ».

M14 : « Donc oui oui, moi je pense que y aurait largement besoin de rembourser les psychologues, bien sûr ».

M3 : « Et en fait la MSA leur propose des, des séances de suivi prises en charge, et du coup ils ont fait ça ».

En revanche, certains généralistes mettaient en avant qu'une implication financière du patient favorisait une meilleure adhérence à la prise en charge proposée. Ainsi quelques-uns proposaient un remboursement partiel des séances.

M7 : « Et après le tout gratuit... (moue expressive) je suis pas certaine que du coup ça engage les gens dans un réel suivi et dans une réelle implication. Et donc une somme minimum me semblerait... judicieux pour montrer leur investissement et leur envie de changement quoi ».

M9 : « Voilà, 22€ sont pris en charge, donc effectivement tu peux considérer que la moitié de la séance de psychothérapie va être remboursée par la sécu, et potentiellement l'autre moitié peut être remboursée par la mutuelle ».

3.6. Les autres moyens d'accéder à la psychothérapie prise en charge

Afin de remédier à cet obstacle financier, les généralistes utilisaient certaines structures permettant une prise en charge des séances de psychothérapie. Cela passait principalement par le Centre Médico-Psychologique (CMP), le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) et l'Equipe Mobile de Psychiatrie du Sujet Agé (EMPSA). L'écueil étant les délais de prise en charge qui étaient globalement longs.

M9 : « Ca m'est aussi arrivé d'envoyer des gens au CCAS, qui est une antenne de psychiatrie de Ville 3 et donc on avait des consults' aussi avec des infirmières pysy pour des gens qui n'ont pas beaucoup de ressources ».

M10 : « On a la chance d'avoir une infirmière psychologue qui vient du CMP de Ville 1, une fois par semaine à la MSP ».

M11 : « Alors je bosse pas mal avec le CSM de Ville 2 ».

M11 : « Ya les équipes mobiles qui étaient très utiles, les équipes mobiles de psychiatrie-précarité, j'avais de bons... mais alors c'est pareil au fil du temps c'est devenu compliqué... Et l'EMPSA aussi pour les personnes âgées, au domicile ça marchait aussi ».

3.7. Les impressions sur l'état du système de santé général en France

Quant au système de santé global en France, certains médecins ont mis en avant le fait que la CPAM a tendance à tout vouloir réguler, rendant les choses de plus en plus protocolisées. De plus ils ont mentionné que leurs devoirs envers la caisse étaient de plus en plus importants.

M8 : « Comment dire... je trouve que la sécu fourre son nez un peu trop là-dedans, à vouloir régler etc des problèmes qui peuvent se régler un peu plus... d'une façon humaine quoi. ».

M16 : « Moi j'estime qu'au niveau de la CPAM c'est toujours dans le même sens ! Nous on a beaucoup de devoirs, on doit faire la carte vitale, on a des réunions pour une CPTS, on va devoir vérifier maintenant si les patients ont bien un médecin traitant, qui est le médecin traitant... On a beaucoup de devoirs, mais nous on n'a pas beaucoup d'informations de la caisse. ».

D'autres médecins ont mentionné une dégradation du système de santé actuel, avec un accès aux soins de plus en plus difficile.

M14 : « Mais bon encore une fois c'est le système de rustines du système médical actuel, du système de santé. Et ça c'est... moi je trouve que c'est assez effrayant, assez effrayant ».

M16 : « Mon ressenti c'est sur l'évolution de la santé en général, les choses se dégradent et l'accès aux soins paraît de plus en plus difficile pour tout type de patients ».

4. Le ressenti des médecins généralistes sur le dispositif

4.1. Les différents modes d'information de l'existence du dispositif

En fonction des médecins, les moyens d'information de l'existence du dispositif étaient très différents les uns des autres. Certains ont été informés par leur délégué d'Assurance Maladie, d'autres par mail, d'autres ont reçu le fascicule explicatif.

M4 : « On a reçu les documents, la pochette, les critères d'inclusion, je pense que nos délégués d'assurance maladie nous en ont parlé, mais c'était il y a longtemps ».

M6 : « Alors moi j'avais la dame qui, qui est mon contact à la sécurité sociale, qui est Mme A, qui était passée m'en parler, mais très rapidement, en même temps qu'on avait fait les ROSP ou quelque chose comme ça ».

M7 : « Je pense, je pense que j'ai dû voir passer un mail ».

Plusieurs généralistes interrogés ont déploré un manque, voire une absence totale d'information de l'existence du dispositif et de sa mise en place.

M8 : « Personne n'est venu m'en parler ».

M12 : « Un truc que j'ai à rajouter, c'est le dispositif et l'introduction du dispositif au début. En fait on a été extrêmement mal informé, on a glané des infos, mais plus dans les médias généralistes que dans les relations à la CPAM ».

M16 : « L'information moi je l'ai eu par les professionnels sur le terrain et absolument pas par la CPAM ! Ni par nos DAM ! ».

Au début de l'expérimentation, tout le personnel administratif de la CPAM ne semblait pas au courant des modalités d'inclusion. En outre, plusieurs changements notamment des critères d'inclusion et du numéro de téléphone ont été notifiés et ont participé à l'impression de manque d'organisation du test.

M1 : « La dame de la CPAM que j'avais eu n'était pas trop au courant ».

M9 : « Il y avait tout un tas de critères qui changeaient en plus régulièrement, c'était au début de la mise en place du truc, donc les critères d'inclusion ont évolué ».

Un médecin a mis en évidence que le manque d'information des professionnels entraînait une perte de chance pour le patient.

M16 : « Du coup ça on n'a pas été vraiment bien mises à l'information, et du coup bah voilà, c'était une perte de chance pour le patient ! ».

4.2. L'avis initial des médecins généralistes à l'annonce du dispositif

Les médecins étaient enthousiastes à l'annonce du dispositif de remboursement de la psychothérapie.

M2 : « L'idée elle était géniale pour moi, parce qu'on déborde ».

M2 : « Je m'étais dit « Mais c'est super, là je vais être aidée, je vais réellement rendre service à mes patients », parce que je fais ce que je peux, mais je ne suis pas formée particulièrement ».

M11 : « Alors... d'abord je me suis dit « Mais chouette ! » Justement ça va me débayer un peu de, un peu de temps d'écoute ».

M13 : « Alors ma première réaction super positive (...) j'ai accueilli avec beaucoup d'intérêt ce dispositif ».

4.3. L'impression des médecins vis-à-vis des critères d'inclusion

Tout d'abord, certains patients étaient exclus pour des raisons administratives, comme par exemple le médecin demandant l'inclusion qui n'était pas le médecin traitant, le patient qui n'habitait pas dans les Landes ou alors qui dépendait d'une autre caisse d'Assurance Maladie.

M2 : « Et là une fois que j'ai finis tout le truc, on me dit « Mais vous êtes pas le médecin traitant de la dame ». Ah beh non, je ne suis pas le médecin traitant mais je travaille dans le même cabinet, mais on soigne quand même ! « Ah bah dans ce cas-là faut que ce soit son médecin traitant qui appelle » « Oui, mais c'est pas lui qui a fait la consultation ! ».

M4 : « Et pour une autre patient qui était une patiente du cabinet, dont là j'étais pas le médecin traitant mais qui était suivie par un de mes collègues, on m'a dit « Non vous n'êtes pas le médecin traitant, c'est pas possible » ».

M1 : « Et puis finalement la dame habitant Ville 1, qui est une ville qui est à deux minutes quoi de Ville 2, bah du coup paf, ça marchait pas ».

M4 : « Alors au tout début, on est très content, on a tout fait, et puis on appelle, et là « Ah il est à la MSA » ah putain ! »

M14 : « Je rentre dans les critères etc., j'appelle, elle me dit « Mais non je ne retrouve pas son numéro ! Elle est où ? » « MGEN » « Ah bah non ! Bah non ! Pas MGEN ! ». Bon ok pas MGEN... ».

Ensuite le frein principal à l'inclusion était la présence d'antécédent psychiatrique, et notamment la prise de traitement psychotrope.

M5 : « En fait ce qui m'a beaucoup limité moi, c'est le fait que le patient euh... il fallait que ce soient des patients qui n'aient pas d'antécédents psy. Moi ça m'a énormément limité ça, parce que globalement quand tu creuses un peu, tu te rends compte que c'est des patients qui ont souvent des antécédents de dépression. ».

M12 : « J'ai eu une patiente qui avait été récusée parce qu'elle avait eu une prescription de benzo que je n'avais pas fait, ça faisait presque deux ans mais pas tout à fait, et du coup elle a été récusée pour ça ».

M14 : « Le problème c'est de n'avoir pas pris de médicaments psychotropes pendant les six derniers mois. C'est-à-dire que celui qui avait pris 3 comprimés de LEXOMIL... Ah bah mon 3^{ème} refus c'était ça ».

M16 : « Moi en pratique ça n'a jamais été possible ! Parce que ou les gens n'étaient pas bien, on

était obligé de les mettre sous antidépresseur avant qu'ils arrivent à avoir un rendez-vous chez le psychologue ».

En ce qui concerne les critères d'âge entre 18 et 60 ans, quelques médecins estimaient que c'était trop restrictif.

M4 : « C'est arrivé ça, qu'il y ait des patients euh... je me suis posé la question. Ah mince, 66ans-67 ans... fin voilà ».

M8 : « Mais bon y a bien des gens qui par exemple ont le deuil de leur... de leur femme à 68 ans, comment font-ils quoi ? Bon ils doivent payer, souvent ils ont de petites retraites... ».

M12 : « Pour les personnes plus âgées, voilà, qui auraient peut-être eu besoin d'une thérapie de soutien pour certains aspects et qui pouvaient pas, puisque exclus par l'âge ».

M12 : « Les deux, 18-65 ans ça réduit quand même bien le champ, alors qu'on a parfois des problématiques adolescentes qui auraient pu tout à fait rentrer dans ces critères ».

Sur le plan des réponses aux questionnaires PHQ9 ou GAD7, quelques médecins ont déclaré avoir parfois dû adapter les réponses pour faire rentrer le patient dans les cases.

M4 : « Je crois qu'il y a quelques collègues qui ont parfois fait « Bon mince il faut que ça rentre », donc on adapte un petit peu la réalité pour cocher le nombre de cases, le bon nombre... ».

M13 : « Il y a eu quelques situations voilà, petit à petit où je me suis arrangé avec les tests, les prises de benzo pour faire rentrer les patients qui n'avaient pas de solution sinon quoi ! ».

M14 : « Donc en fait, bah il faut piper les dés dès le début. Pour les faire entrer, et bah il faut qu'on soit dans les critères ! ».

Globalement, les critères d'inclusion ont été décrits comme étant trop restrictifs. Cependant certains médecins les ont trouvés plutôt adaptés, notamment celui de l'âge, permettant de cibler la catégorie des personnes actives.

M13 : « Je me suis vite rendue compte que y avait beaucoup de critères d'exclusion ».

M15 : « J'ai dû regarder une ou deux fois, je ne me rappelle plus pour qui du tout, mais c'était trop... c'était trop restrictif ».

M9 : « Après c'est bien, mais c'est la prévention du burn-out voilà. Essentiellement c'est dans cette, c'est la tranche des actifs quoi, donc pour ça c'est bien. ».

M10 : « Après les critères en vrai je les trouve pas trop mal, ils paraissent quand même adaptés, on comprend bien la logique. Le but est pas de financer des séances chez le psychologue pour des gens qui rempliraient plutôt des critères pour aller voir un psychiatre avec une thérapie plus évoluée ».

4.4. Le ressenti vis-à-vis de l'utilisation des échelles PHQ9 et GAD7

Concernant l'utilisation des échelles d'intensité des troubles dépressif et anxieux, en règle générale les médecins interrogés n'utilisaient jamais d'échelle dans leur pratique quotidienne, en dehors de l'échelle d'Hamilton de temps en temps. Aucun d'entre eux ne connaissait PHQ9 ou GAD7 avant le dispositif.

M3 : « Après les échelles déjà... bon s'il faut les faire je les fais, mais fin dans ma pratique courante je ne les fais pas de manière officielle ».

M7 : « La seule échelle que je connaisse c'est Hamilton, c'est le score de dépression je pense ? »

M12 : « Et puis le fait de connaître les gens qu'on adresse quoi... Quand on voit qu'il y a des fléchissements de l'humeur ou des troubles anxieux qui sont là-dedans, voilà on n'a pas forcément besoin de le scorer ».

Certains médecins ont souligné avoir dû trouver les échelles par eux-mêmes, sans lien fourni par la CPAM.

M1 : « Les questionnaires je les ai trouvés toute seule en fait, sur Google ».

M15 : « Il faudrait que j'ai le questionnaire accessible sous les yeux. Comme il faut le télécharger je suppose... ! ».

Malgré cela, leur utilisation paraissait accessible et acceptable lors de la consultation. L'une des médecins proposait au patient de pré-remplir le questionnaire avant la consultation ce qui permettait de gagner un peu de temps.

M13 : « Je les connaissais pas ces échelles. Elles sont assez simples, assez rapides, j'imagine qu'elles sont évaluées ».

M7 : « C'est possible de demander à la personne de remplir le test avant de venir en consultation et déjà d'économiser 5 minutes ».

4.5. Le ressenti vis-à-vis de l'appel téléphonique à la CPAM nécessaire à l'inclusion

L'appel téléphonique à la CPAM pour valider l'inclusion du patient a globalement été mal vécu par les médecins. Tout d'abord il était chronophage, ensuite les horaires d'ouvertures n'étaient pas concordants avec la pratique de la médecine générale. Cela obligeait souvent les médecins à réaliser le parcours d'inclusion en deux temps, un premier temps avec le patient, et un deuxième temps à appeler la CPAM sur un moment de repos du médecin.

M2 : « Alors le numéro de téléphone déjà par rapport à nos horaires de consultation, comment vous

dire... ».

M3 : « Fin c'est surtout le fait d'appeler la sécu quoi, qui m'aurait... oui parce qu'il faut appeler pendant les heures ouvrables... ».

M12 : « Pour nous c'est impossible de prendre le temps de ça ».

M2 : « Donc en général vous voyez je reviens le mercredi matin sur mon jour de congé pour faire ce genre de bêtises. (...) On me demandait à moi encore un effort supplémentaire, encore un truc, du travail supplémentaire gratuit ».

Ensuite, l'utilité de cet appel téléphonique était remise en cause car la personne au téléphone reprenait tous les critères d'inclusion et vérifiait le travail du médecin. Certains médecins ont eu la sensation d'être jugé par un personnel administratif.

M2 : « Vous téléphonez, on vous prend de haut, euh en gros pour vérifier votre boulot ».

M2 : « Donc moi j'ai eu l'impression qu'on me coupait l'herbe sous le pied. J'ai eu l'impression que tout le boulot que j'avais fait, on me disait « C'est nul, ça sert à rien » (...) Donc ça a été un peu violent ».

M14 : « Pour avoir l'autorisation de prescrire des séances de psychothérapie ! Là on a à faire à quelqu'un, on ne sait pas qui ! C'est un monsieur administratif ou une madame administrative, qui nous donne l'autorisation de la psychothérapie ! ».

Enfin, l'un des médecins aurait aimé que cet appel puisse aboutir directement sur un rendez-vous avec l'un des psychologues agréés.

M2 : « On ne sait pas quand on aurait un rendez-vous, donc c'était pas, on n'avait pas un rendez-vous immédiat comme quand nous on appelle ».

4.6. Le ressenti par rapport aux psychologues agréés

En ce qui concerne les psychologues agréés, certains médecins auraient apprécié qu'une liste de psychologues leur soit fournie.

M15 : « Parce que j'ai même pas de liste de psychologues en tête vous voyez... ».

Concernant l'accessibilité aux psychologues conventionnés, plusieurs généralistes en avaient à proximité de leur lieu d'exercice. Une majorité cependant n'avait pas de psychologue proche de chez eux, ou alors ceux qui se trouvaient à proximité ne faisaient pas partie de leur réseau habituel.

M12 : « Alors je dirais que une avec laquelle je travaille beaucoup était agréée ».

M13 : « Alors quelques psychologues dans le secteur qui se sont agréés ».

M10 : « On a rencontré le problème de la distance, puisque nous les psychologues d'ici n'étaient pas affiliés (...) c'est vrai que ça faisait vite loin quoi. ».

M3 : « Je crois qu'il y a 1 ou 2 psychologues qui sont conventionnés, mais euh... en discutant avec mon associée qui est installée depuis plusieurs années ici, elle m'a dit que c'était des psychologues chez qui en général ça se passait mal avec les patients ».

M5 : « Et puis c'est vrai que moi je bosse souvent avec les mêmes psychologues, je sais qu'elles ont de la place... ».

Un médecin a appuyé sur le fait qu'il était important pour le patient de pouvoir choisir son thérapeute, ce qui n'est pas forcément possible au vu du faible nombre de psychologues agréés.

M8 : « D'abord un soignant doit être choisi par la personne. Si on va voir quelqu'un contraint parce qu'on n'a pas choisi, c'est pas bon (...). La relation c'est le top départ d'un soin. Si on n'a pas de bonnes relations bah... ça marche pas. ».

De plus, il a été mentionné que les psychologues du fait de leur faible remboursement ne pouvaient pas proposer beaucoup de créneaux de consultations. Les délais étaient importants et les patients avaient souvent du mal à trouver un rendez-vous.

M12 : « Et même ceux qui étaient agréés limitaient quand même leur nombre de prise en charge à peu de patients au final. (...) Elle avait décidé de ne pas prendre plus de 1 à 2 patients par mois dans le dispositif parce que sinon c'était impossible à gérer quoi ».

M16 : « Finalement les freins principaux ça a été 1) l'impossibilité pour eux d'avoir des rendez-vous relativement corrects entre guillemets. C'est-à-dire moi les délais... c'était 1 mois de délai, donc quand les gens ils sont pas bien, 1 mois de délai c'est... ».

M9 : « Non mais se dire au bout de 3-4 coups de fil avec soit des rendez-vous qui collent pas avec les heures de travail, soit avec des gens qui disent « bah oui je suis agréé mais en fait à 22€ de l'heure je peux pas, donc je fais une séance de temps en temps et là j'ai plus de place ». Fin je pense que c'est pas si simple de trouver quelqu'un en fait ».

Ils devaient donc voir un trop grand nombre de patients, entraînant des psychothérapies de moins bonne qualité.

M13 : « On est pratiquement sur la consultation entre guillemets de médecine générale, en tout cas à un rythme qui se rapproche on va dire. Donc il faut en voir beaucoup plus ».

M9 : « Donc ça semble aussi être la fausse bonne idée d'un truc qui va uberiser un petit peu les séances de psys et rendre... voilà faire de la psy, de psychologie pardon, et faire de la TCC un peu low-cost, rapide... ».

Quelques médecins se sont questionnés sur le contrôle du travail des psychologues agréés.

M12 : « Elle était, elle, en quête, en recherche de patients dans le dispositif, bon avec un profil extrêmement particulier. Donc je me dis que c'est aussi le danger de voir s'engouffrer des gens pas forcément toujours voilà, recommandables. Diplômés pas recommandables avec des pratiques un peu à la marge on va dire ».

M14 : « Entre les psychologues cliniciens qui ont un bac +7 etc. qui ont une formation comme ça, une formation psychanalytique etc. des mecs qui sont comme ça ; puis les mecs qui font un stage le week-end au fin fond de la Belgique pour être psychologue, je pense que la caisse elle a pas envie de rembourser, et à juste titre ! Donc le problème c'est très très compliqué, va falloir trier les psychologues ».

Sur l'organisation des séances, tous les médecins étaient d'accord pour dire que le nombre de séances était trop limité et que la durée de celles-ci étaient trop courtes.

M12 : « Moi je proposerai un peu plus de séances prises en charge déjà, (...) ça fait court pour des problématiques parfois complexes. »

M13 : « Une des psychologues me disait « Mais en fait habituellement nous on fait des séances de 45 à 60 minutes généralement à peu près. Plutôt dans les 50€, ce qui nous permet de faire de vraies séances, d'avoir aussi le temps de se poser sur chaque patient, de voir peut-être 5-6 patients dans la journée. »

4.7. L'échec de l'inclusion et l'abandon du dispositif

Plusieurs des généralistes interrogés pensaient avoir inclus des patients, cependant le parcours d'inclusion utilisé n'était pas valable.

M3 : « Mais en fait elle, je lui avais... fin j'avais juste fait un petit courrier, fin une ordonnance avec un petit courrier d'adressage, et j'avais pas fait plus. Donc je ne sais pas s'il aurait fallu que je fasse autre chose ».

M9 : « Ici ça m'est arrivé de faire l'ordonnance et d'envoyer le patient voir le psychologue, et il se débrouillait un petit peu avec... ».

Après plusieurs échecs d'inclusion de patients malgré le temps passé, les médecins finissaient par abandonner le dispositif.

M4 : « Mais en tout cas, le résultat c'est que voilà, il n'y a pas eu de prise en charge ».

M12 : « Donc c'est arrivé plusieurs fois où il y a eu des ratés, on a transmis, on a retransmis, fin ça a été voilà, chaotique ».

M16 : « Voilà mon ressenti, et donc moi j'ai aucun patient qui vraiment est allé au bout de la

démarche ».

4.8. L'avis final des médecins généralistes après l'avoir expérimenté

La mise en place de ce dispositif par les médecins interrogés a demandé beaucoup de temps et d'énergie, l'organisation était à améliorer.

M9 : « Ya le côté un peu usine à gaz de ce truc-là (...). Il y a plein de bonnes idées qui viennent des autorités de santé (...) en fait on se rend compte quand ça se met en place que c'est une usine à gaz, que nous on n'a pas le temps de faire ça ».

M14 : « Enfin je veux dire il faut trouver le psychologue, il faut trouver la bonne caisse, le bon timing, le bon dossier, le téléphone... c'est extrêmement chronophage ! ».

M16 : « Ces démarches sont extrêmement chronophages, et sont extrêmement épuisantes moralement aussi quand on a des journées de 8h-20h ».

M2 : « J'ai essayé d'être, de mettre de l'eau dans mon vin, parce que si vous voulez je pense que c'est important, mais qu'il faut l'organiser autrement ».

Le dispositif test nécessitait beaucoup de démarches administratives et était en décalage par rapport à la réalité du terrain. Il était globalement difficile à mettre en pratique. L'un des médecins estimait que c'était une volonté de la CPAM de rendre le parcours d'inclusion si difficile.

M2 : « Donc si vous voulez, il y a un moment où vous vous dites mais il y a des gens qui sont pas dans notre réalité pratique de tous les jours. ».

M4 : « C'était une bureaucratie pas possible ».

M13 : « Donc c'était beaucoup de temps administratif, et pas mal d'échec en fait ».

M16 : « C'est une volonté sciemment de la CPAM de dire « Ah bah c'est mis en place ! », mais c'est tellement compliqué en pratique à mettre en œuvre pour des médecins généralistes et on n'a même pas les informations, que moi j'estime que c'est fait exprès. ».

Au final, après avoir essayé de l'utiliser sans succès, les médecins interrogés avaient un avis du dispositif plutôt défavorable.

M2 : « Non parce qu'après moi j'ai été tellement déçue ! Le mot je crois que c'est déçue. J'étais en colère parce que j'étais déçue. J'étais frustrée, j'étais déçue franchement ».

M4 : « Au final, tout a été... une non réussite ».

5. Les propositions d'amélioration du dispositif par les médecins généralistes

5.1. Une inclusion plus souple

Les médecins étaient unanimes pour dire qu'il fallait assouplir le parcours d'inclusion. En effet, celui-ci doit être fluide, facile et rapide afin de pouvoir être utilisé au quotidien par les généralistes.

M5 : « Après c'est toujours pareil, nous on cherche toujours la simplicité (...) comme on est tout le temps en train d'essayer de trouver des gains de temps sur tout, oui c'est plutôt ça, simplifier le dispositif ».

M8 : « Que le recours au psychologue doit être... doit être plus, enfin je sais pas, doit être plus de faire quelque chose d'un petit peu plus souple pour pouvoir accéder à ces gens-là dont on a besoin ».

Au lieu de valider l'inclusion par l'appel téléphonique à la CPAM, certains médecins ont proposé l'utilisation d'une plateforme unique type Ameli Pro, d'autres l'envoi de mail. Enfin l'un des médecins a fait un parallèle avec l'organisation du Réseau de Prévention de l'Obésité Pédiatrique (REPOP).

M10 : « Qu'on ait pas forcément besoin d'appeler à chaque fois la CPAM pour faire valider la chose pour gagner un petit peu de temps, puisqu'on vérifie déjà tous les critères ».

M7 : « Voilà, après un mail serait peut-être plus... voilà y a les espaces sécurisés, un mail pour moi c'est plus simple parce que le mail on l'envoie quand on veut, en face ils répondent quand ils peuvent et du coup on n'est pas obligé de courir derrière l'interlocuteur pour exposer le truc ».

M16 : « Par Ameli Pro ! C'est le plus simple puisque au jour d'aujourd'hui quand on fait des arrêts de travail, des accidents de travail en ligne, des déclarations de médecin traitant, on passe par là. (...) Et puis faut pas oublier que dans la mesure où on est tous formés à travailler sur ce genre de support, on va pas nous mettre encore un énième support, parce qu'au bout d'un moment... ».

M2 : « Le REPOP je peux le faire, je le fais à 8h le soir. Je remplis le dossier à 8h le soir si vous voulez ».

5.2. Les idées d'organisation différentes pour accéder aux séances de psychothérapie prises en charge

L'un des médecins a fait une proposition d'organisation différente, en passant par une plateforme qui se chargerait de trouver un rendez-vous chez le psychologue.

M2 : « Ou alors il faut que ce soit organisé, comme on nous demande de faire maintenant vu qu'on est en sous-nombre, des consultations d'urgence, où on prend des gens qui sont pas du cabinet, pour les dépanner etc. Et donc avec les psychologues, c'est-à-dire que nous, on puisse appeler un numéro qui va les caler, ou qu'on appelle directement, et qu'elles aient des rendez-vous ».

M2 : « On alors dans ce cas-là, il faut dire aux gens « Bah si vous avez un problème psychologique, venez nous consulter, on va vous remplir un questionnaire », dans ce cas-là, vous vous tapez la consultation quoi. Voyez. Dans ce cas-là, ça peut être possible aussi, faire une antenne en disant voilà les gens qui ont des problèmes... Nous on donnera le numéro de l'antenne et basta. Et eux ils évalueront, il y a différentes manières de le faire. ».

Un autre praticien a partagé son expérience au sein de sa MSP qui parfois finançait elle-même les psychothérapies dans des cas particuliers.

M4 : « A un moment, notre maison de santé avait mis en place effectivement cette possibilité pour les patients qui n'avaient pas les capacités financières, qui ne pouvaient pas voir un psychiatre par manque de psychiatres, de les aider ponctuellement. Fin de prendre en charge les consultations psychologiques ».

6. Les avis et les connaissances du patient à propos du dispositif

6.1. La psychothérapie remboursée : une demande des patients

Les médecins ont mentionné qu'il arrivait régulièrement que des patients demandent spontanément une ordonnance de psychothérapie prise en charge. Certains étaient au courant de l'existence du dispositif expérimental, mais ils ne connaissaient pas les conditions d'inclusion.

M3 : « J'avais quand même une patiente qui avait des soucis financiers, qui voulait quand même, fin qui était quand même intéressée par ce dispositif ».

M5 : « Mais là depuis 1 an, oui les patients me sollicitent régulièrement pour prescrire quelques séances de psychothérapie ».

M7 : « Pour le patient en fait c'est un peu identifié « séances prises en charge à condition que vous ayez une ordonnance de votre médecin » ».

6.2. L'échec de l'inclusion suite à une mauvaise compréhension du patient

Un médecin a évoqué l'échec de l'inclusion causé par une mauvaise compréhension du patient.

M4 : « J'ai plus les éléments en tête, mais je pense que je lui ai ben présenté comment... Mais c'est vrai que ça fait pas mal d'infos, entre les grilles à remplir, et euh... voilà, mais je pense que je lui ai tout donné. Elle m'a dit, la seule chose qui m'a interpellé quand je l'ai croisé, elle m'a dit « Je n'ai pas été recontactée ». Donc peut-être que elle, elle attendait vraiment qu'on la contacte, et qu'elle n'ait pas de démarche active à faire ».

7. Le point de vue des psychologues rapporté par les médecins généralistes

7.1. Le manque de discussion en amont avec les psychologues

Des généralistes ont rapporté un manque de discussion avec les psychologues avant la mise en place de l'expérimentation.

M12 « Après je pense qu'au vue des discussions que j'ai eues avec quelques psychologues, il aurait mérité qu'ils soient un peu plus concertés avec les praticiens de terrain. Parce que ça correspond pas tout à fait à la pratique de la psychologie clinique sur le terrain quoi ».

M13 « Mais le gros écueil là que je vois, c'est que je pense qu'il y a pas eu de de discussions avec les psychologues tellement en amont ».

7.2. L'insuffisance de rémunération des psychologues

Le remboursement qui a été proposé pour rémunérer les psychologues est considéré comme étant trop faible par rapport au temps consacré à la psychothérapie.

M3 : « Sa rémunération serait trop faible pour que ce soit rentable pour elle et pour qu'elle puisse faire un travail de qualité ».

M7 : « Du coup si y a peu de psychologues qui adhèrent au dispositif, à mon avis c'est... un aspect financier ».

M9 : « Et des fois on aime bien travailler avec des psychologues qui ont des qualifications à côté, EMDR, psychopathologie, fin des choses un peu particulières et ces ressources-là et ces qualifications-là elles doivent être rémunérées. Et par ce truc-là c'est absolument impossible ».

7.3. Les psychologues ne souhaitent pas devenir des paramédicaux et dépendre d'une ordonnance médicale

L'un des médecins a également relaté qu'un des arguments des psychologues pour ne pas se conventionner était leur volonté de ne pas dépendre d'une ordonnance médicale.

M13 : « D'abord il y a l'argument que leurs patients consultent souvent directement, sans voir un généraliste, et qui il ou elle n'ont pas envie de devenir des paramédicaux, et d'imposer à leurs patients de passer chez les généralistes. Et elles ont le sentiment que pour un certain nombre de consultants, ça serait une façon en fait, ça bloquerait leur accès à leurs consultations. Ça c'est leur point de vue, c'est peut-être une réalité que je ne connais pas, parce que forcément mes patients ils viennent chez le généraliste ! (rires) ».

DISCUSSION

1. La validité interne de l'étude

1.1 Les forces de l'étude

La grille Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ), présentée en Annexe 6 a permis d'évaluer la qualité de l'étude.

Notre étude était une étude originale, en effet il n'y a pas eu de retour d'expérience publié concernant l'expérimentation de remboursement de la psychothérapie. De plus, le fait de confronter les points de vue de médecins ayant utilisé ou non le dispositif, permettait d'avoir un retour exhaustif de la part des médecins généralistes landais.

En outre, la réalisation d'entretiens individuels plutôt que celle de « focus groupe » permet au médecin interrogé d'utiliser un temps de parole non limité lui permettant de développer son point de vue autant qu'il le souhaite. Le « focus groupe » a également pour biais une éventuelle influence d'idées des participants envers les autres, d'un autre côté il aurait permis une confrontation des points de vue. Ce choix d'entretiens individuels avait également l'avantage de faciliter le rendez-vous avec les médecins, qui ne dépendaient pas des autres emplois du temps pour proposer une date d'entretien.

Un entretien test a été réalisé au début de l'étude afin de valider la grille d'entretien. Cela a également permis à l'investigatrice de s'approprier le canevas. Au fur et à mesure de l'étude, les entretiens étaient de plus en plus fluides du fait de l'appropriation de la technique par l'investigatrice de l'entretien semi-dirigé. Le guide d'entretien a été modifié une fois après le 3^{ème} entretien.

En dehors de 2 entretiens, tous ont été réalisés en face à face. Cela a permis un contact et une conversation naturelle avec les médecins interrogés.

La saturation des données a été obtenue après 14 entretiens, nous avons programmé 2 entretiens supplémentaires afin de confirmer qu'il n'était pas mis en avant de nouvelles idées.

L'anonymat des médecins interrogés a été respecté en attribuant un numéro à chaque participant, suivant l'ordre chronologique de participation. Les noms, villes ou départements cités lors des entretiens ont été remplacés par des lettres ou des chiffres.

Lors de l'analyse des résultats, le codage a été réalisé de manière ouverte, c'est-à-dire en se basant sur les verbatims, sans a priori pouvant influencer l'investigatrice. De plus, la triangulation du codage a été réalisée avec Manon BAHEZRE DE LANLAY qui travaillait sur une population différente mais avec la même thématique. Nous avons pu ajuster l'analyse des verbatims en cas de désaccord initial. Cela a permis d'éviter un biais d'interprétation.

1.2 Les faiblesses de l'étude

Comme il a été détaillé dans la partie méthodologie, la sélection des participants était initialement basée sur l'échantillonnage par variation maximale. Cependant, devant la difficulté pour obtenir notre

échantillon, nous avons eu recours au recrutement par effet « boule de neige ». Ainsi lors de la prise de contact, il était demandé au médecin concerné les coordonnées de confrères qui pourraient accepter de participer à cette étude. Cela a pu engendrer un biais de recrutement. Malgré les efforts déployés, nous n'avons pas pu obtenir de rendez-vous avec des médecins installés dans tout le territoire landais. En effet, nous n'avons pas pu réaliser d'entretien dans les communautés de communes des Landes d'Armagnac, du Pays de Villeneuve en Armagnac, des Terres de Chalosse, des Coteaux et Vallées des Luys, du Pays de Tarusate, du Pays Morcenais, de la Côte Lande Nature et de Mimizan. Cela peut s'expliquer par l'éloignement géographique des psychologues agréés, le Nord Landes en étant complètement dépourvu par exemple.

De plus, le sujet de la thèse a été mentionné lors du premier contact avec les médecins interrogés, ce qui a pu entraîner un biais de sélection en favorisant la participation des praticiens intéressés par ce sujet.

Le manque d'expérience en recherche qualitative de l'enquêtrice a pu engendrer une limite d'influence à l'origine d'un effet de cadrage, c'est-à-dire influencer de manière involontaire certains participants par la manière de poser les questions ou de relancer. Un entretien test a néanmoins permis de constituer une mise en situation pour l'enquêtrice.

Nous pouvons également mettre en avant un biais d'intervention et d'interprétation étant donné que les entretiens, la retranscription et le codage ont été réalisés par la même personne, à savoir l'investigatrice. La triangulation du codage a permis toutefois de limiter ce biais.

Les entretiens ont duré 16 minutes 58 en moyenne, ce qui est plutôt court. Malgré cela, la saturation des données a été atteinte au 14^{ème} entretien.

2. La discussion des résultats

2.1 La santé mentale, élément omniprésent des consultations de médecine générale

Les entretiens réalisés ont confirmé que la santé mentale était incontournable au sein des consultations de médecine générale de premier recours. Les motifs de consultations principaux étaient les troubles anxio-dépressifs et les difficultés au travail. Le suivi des pathologies psychiatriques plus lourdes était également mentionné mais semblait représenter une part plus faible dans la pratique quotidienne. Cette impression est confirmée par les chiffres de l'Insee, permettant de constater 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 (12).

De plus, une augmentation des consultations pour une souffrance psychologique a été rapportée par plusieurs médecins depuis la pandémie de COVID 19.

En revanche, les médecins ont été unanimes sur le fait que finalement, peu de patients se présentaient avec un motif psychologique clairement annoncé. En général, les médecins ressentaient que le problème n'était pas somatique et orientaient leurs entretiens avec les patients pour essayer de les faire parler de leur santé mentale.

Une fiche concept regroupée dans un manuel co-édité par la Société Française de Médecine Générale annonce qu'il est possible que le motif de consultation affiché par le patient ne soit pas le vrai problème à résoudre. On parle de « demande écran ». C'est alors au médecin, par son écoute, son expérience et sa connaissance du patient de rechercher quel est le motif réel ayant motivé la consultation (30).

Il semble alors primordial lors d'une consultation de médecine générale, d'explorer le champ de la santé mentale peu importe le motif de consultation.

En ce qui concerne la gestion des consultations orientées sur la santé mentale, tous se sont accordés pour dire que ces consultations demandent beaucoup de temps et d'énergie.

L'écoute active était l'un des piliers de la gestion de ces consultations. Un ouvrage explorant les pratiques des médecins face à la souffrance psychique renforce l'importance de l'écoute en inscrivant que la première réponse en matière de souffrance psychique est l'écoute. La plainte du patient demande à être écoutée et reconnue. Cette attitude d'écoute s'acquiert par l'expérience plutôt que par le savoir. Dans l'écoute active, le médecin laisse parler le patient et rebondit sur certains propos, le fait reformuler, lui fait rechercher des solutions par lui-même pour le rendre acteur de sa prise en charge. Il peut également parfois le guider en proposant des solutions pratiques et des conseils. En revanche dans l'écoute empathique, le médecin reçoit le discours du patient et ses difficultés ce qui renvoie le médecin à sa propre impuissance et à sa propre souffrance, pouvant être vécu comme douloureux (31). Cela peut être lié à un manque de distance du soignant dans sa posture par rapport au patient dans une situation donnée, à la méconnaissance de la notion de transfert/contre-transfert, et à une attitude de sympathie.

Ensuite chez quelques patients, une aide médicamenteuse par anxiolytiques ou anti dépresseurs pouvait être mise en place plus ou moins rapidement. D'après la Société Française de Médecine Générale, 24,5% des prescriptions d'un échantillon représentatif de médecin généraliste comportaient un psychotrope. Les médecins généralistes sont d'ailleurs les premiers prescripteurs de psychotropes. En effet ils sont à l'origine de 86% des anxiolytiques, 84% des hypnotiques et 68% des antidépresseurs. En Europe, la France est le pays où la consommation de psychotropes est la plus importante. Ces prescriptions médicamenteuses ont augmenté de 6,2% en 2020 d'après un rapport de la CNAM publié en juillet 2022, s'expliquant par les effets indirects de la COVID 19 (32). Une étude de Santé Publique France publiée en 2014 a montré que les cadres en consomment le moins contrairement aux ouvriers et employés qui sont les plus gros consommateurs (33). Le non recours à la psychothérapie à cause de raisons financières pour ces populations est une hypothèse possible à cette surconsommation médicamenteuse. On peut noter que les médecins estiment prescrire trop de médicaments mais paradoxalement, tous ne se sont pas saisis de la possibilité de proposer des séances de psychothérapie sans avance des frais, ce qui limiterait le recours aux antidépresseurs ou anxiolytiques dans leur patientèle.

Les prescriptions de psychotropes représentent 13% du volume des prescriptions totales et 7,5% des dépenses de santé (34). Le récent rapport de la CNAM a évalué le coût des médicaments psychotropes à 1 225€ par an par patient (32). Ce chiffre ne prend pas en compte le versement des indemnités journalières (IJ) des arrêts maladies en lien avec la santé mentale. La CNAM a analysé les données des motifs des arrêts maladies de 2014. Elle estime que 22,3% des dépenses d'IJ en maladie ou accident de travail/maladie professionnelle, soit 3 milliards d'euros, concerne la santé mentale (35). Nous reviendrons sur cet aspect économique de dépense de santé en 2.3.

Le suivi avec un psychologue était également rapidement proposé. En revanche le recours aux psychiatres n'était utilisé qu'en cas d'impasse ou de gravité initiale.

La plupart des généralistes interrogés pouvaient se retrouver en difficulté vis-à-vis de ces consultations, notamment du fait de lacunes sur la formation en santé mentale. L'expérience et le relationnel semblaient plus importants que la formation théorique dans ces situations.

Un seul des médecins avait une formation spécifique en hypnose, et consacrait des plages de consultations dédiées aux séances d'hypnose.

Sans aller jusqu'à des formations spécifiques, quelques médecins ont proposé d'être davantage sensibilisés au travail des psychologues et aimeraient savoir comment se déroulent les psychothérapies, leurs différences et leurs indications.

2.2 Le réseau de professionnels en santé mentale

La majorité des médecins participant à l'étude a déclaré avoir un réseau satisfaisant de psychologues. En revanche, l'absence de remboursement était considérée comme un frein à l'accès aux soins en santé mentale.

Malgré cela, certains généralistes estimaient qu'il était important que les patients conservent un reste à charge, afin de les impliquer financièrement et donc personnellement dans leur prise en charge. De plus, la séance faite par le psychothérapeute et le patient a pour but le bénéfice du patient, créant un déséquilibre entre les deux acteurs. Au moment du passage au paiement, la position s'inverse et s'équilibre et nous arrivons à une position de transfert (36). On pourrait ainsi discuter de l'opportunité de demander au patient de régler la consultation puis d'être remboursé secondairement par la sécurité sociale et sa mutuelle. Un reste à charge sur des éventuels dépassements d'honoraires pourrait s'appliquer. En effet, l'absence d'avance des frais de santé entraîne une méconnaissance des coûts de la santé par le patient. Cela pourrait l'amener à croire que tout est gratuit et l'amener à consulter plus souvent sans que son état ne le nécessite.

En ce qui concerne les psychiatres, l'accès reste difficile, avec un allongement des délais de consultation importants. C'est également le cas pour les différentes structures telles que les CMP, les CCAS et l'EMPSA.

Par exemple, le délai d'obtention d'un rendez-vous médical au sein d'un CMP peut aller jusqu'à 3 mois, sachant que les délais les plus importants sont souvent associés à une faible présence médicale selon l'IGAS (37).

Il est également ressorti des entretiens que la communication avec les professionnels de la santé mentale était généralement difficile.

Ce point est confirmé par un Guide de la Haute Autorité de Santé, publié en 2018 à propos de la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins de santé mentale. La coordination doit s'améliorer en France. En effet les échanges de courriers et les retours d'informations ne sont pas systématiques. De plus les acteurs de la santé mentale sont perçus comme n'étant pas facilement accessibles (38).

Afin d'améliorer la communication et le partage d'informations nécessaires au suivi du patient, les professionnels peuvent utiliser les recommandations du Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP). Ces recommandations rappellent que le courrier d'adressage doit mentionner le motif du recours sous forme de question, les hypothèses diagnostiques, les attentes du suivi partagé et les antécédents du patient. En retour, le courrier de réponse doit donner un avis diagnostique et un projet thérapeutique. Il est évident que ces échanges doivent respecter la vie privée du patient et le secret médical, tout en échangeant les informations nécessaires à la coordination et à la continuité des soins (39).

2.3 L'avis des médecins généralistes n'ayant pas utilisé le dispositif expérimental

En ce qui concerne les modes d'information de l'existence du dispositif, certains entretiens ont fait ressortir une disparité de communication par la CPAM. Les praticiens ont souvent déploré une information insuffisante et des outils nécessaires au parcours d'inclusion pas toujours faciles à trouver (liste des critères d'inclusion et d'exclusion, questionnaires PHQ9 et GAD7, liste des psychologues agréés). La majorité des généralistes aurait souhaité une information plus claire de la part de leurs délégués respectifs.

Une information plus structurée avec un support voire un tutoriel informatique aurait favorisé l'adhésion des médecins pour s'impliquer davantage dans ce dispositif expérimental.

Concernant le parcours d'inclusion en lui-même, les raisons administratives (pas le médecin traitant, mauvaise caisse d'assurance maladie...) étaient considérées comme des freins à l'utilisation du dispositif. C'est effectivement une contrainte, mais les autres caisses ne faisant pas partie de l'expérimentation, il n'aurait pas été possible de rembourser les assurés sociaux affiliés à d'autres assurances maladie.

Sur le plan médical, le frein principal à l'inclusion était la présence d'antécédent psychiatrique, et notamment la prise de traitement psychotrope.

Les critères d'âge étaient également jugés trop restrictifs.

Sur le plan de l'utilisation des échelles d'intensité des troubles dépressif et anxieux, nécessaires à l'inclusion, les généralistes interrogés en utilisaient rarement dans leur pratique quotidienne.

Les médecins connaissant bien leurs patients dans leur globalité médico-psycho-sociale devraient pouvoir inclure ces derniers dans le dispositif s'ils estiment que les séances de psychothérapie pourraient leur être bénéfiques. Ils pourraient juger seuls de la pertinence de la psychothérapie pour un patient particulier et ne pas la proposer s'ils estiment que ce n'est pas la prise en charge la plus adaptée.

Concernant la validation de l'inclusion, les médecins étaient d'accord pour dire que l'appel téléphonique à la CPAM était chronophage, avec une utilité très limitée.

Cette étape du parcours d'inclusion pourrait effectivement être évitée, en faisant confiance au médecin qui adresse le patient sans avoir besoin de vérifier son travail. De plus, les difficultés à avoir un correspondant de la caisse au téléphone n'incite pas à inclure beaucoup de patients de par le temps perdu.

En ce qui concerne l'accessibilité des psychologues agréés, la majorité des médecins était limitée par le faible nombre de psychologues conventionnés à proximité de leur cabinet.

Du fait du faible nombre de psychologue agréé, il n'était pas toujours possible pour le patient de choisir son thérapeute, ce qui est pourtant un élément important dans le système de soin français.

La relation soignant-soigné est un élément essentiel à la prise en charge. Si cette relation n'est pas choisie, ou que le médecin n'a pas confiance dans le psychologue, cela peut aboutir à un échec de la thérapie. Dans ce cas, le patient aura du mal à se réinvestir avec un autre thérapeute.

En raison du peu de créneaux de consultations proposés par les psychologues, notamment en lien avec une rémunération peu attractive, quelques médecins ainsi que des psychologues ont eu des inquiétudes sur la qualité des psychothérapies remboursées. Ils craignaient que certains professionnels ayant des pratiques à la marge utilisent ce système et se conventionnent afin d'acquérir une patientèle plus large grâce au remboursement.

De plus le nombre de séance semblait trop limité et les séances en elles-mêmes trop courtes, ce qui ne correspond pas au temps habituel d'une psychothérapie, venant renforcer le manque de valorisation de la séance, en particulier sur le plan de la rémunération.

D'après les chiffres conséquents concernant les dépenses en rapport avec la santé mentale que nous avons rapporté en 2.1, on pourrait envisager que l'assurance maladie puisse revaloriser le remboursement des psychologues afin de s'aligner sur leurs tarifs habituels de 50€. Cela pourrait permettre de réduire les dépenses engendrées par le remboursement des médicamenteuses et des IJ. C'est un aspect qui serait intéressant d'explorer en terme de cout et de service rendu à la population par la généralisation du remboursement des séances de psychothérapie.

Aussi, nous pouvons penser que dans le cadre d'une démarche de qualité de prise en soins égale pour tous, la CNAM se charge d'évaluer la légitimité du thérapeute quant à ses diplômes ainsi qu'à son expérience professionnelle avant de valider le conventionnement.

En effet, la question du contrôle du travail des psychologues agréés se pose car les formations sont très diverses. Cette question de la disparité des formations des psychologues est également abordée dans le rapport de l'IGAS de 2019 qui mentionne que le cadre des formations et du titre de psychologue clinicien est peu lisible pour les autorités sanitaires (40). En effet, le titre de psychothérapeute n'a pas valeur de qualification professionnelle et indique simplement les compétences que peuvent revendiquer les professionnels. De plus il n'existe pas de maquette nationale pour la formation des psychologues.

2.4 L'avis des médecins généralistes ayant inclus des patients dans le dispositif expérimental, rapporté dans le travail de thèse de Manon BAHEZRE DE LANLAY

La majorité des médecins interrogés par Manon BAHEZRE DE LANLAY ayant utilisé le dispositif a été informé par leurs délégués d'assurance maladie, en face à face.

En ce qui concerne l'inclusion, sur le plan administratif, certains médecins notamment dans les zones rurales et semi-rurales ont déploré que leurs patients devaient absolument être au régime général. Une grande partie des généralistes ont estimé que les critères étaient trop restrictifs, notamment la prise médicamenteuse de psychotropes. Sur le plan des échelles PHQ9 et GAD7, les médecins ont déclaré qu'ils ne les utilisaient pas en pratique courante. Parfois, les réponses ont dû être adaptées afin de pouvoir intégrer le patient dans le dispositif.

L'appel téléphonique à la CPAM était un point négatif de l'expérimentation, avec une mise en attente trop longue avant d'avoir un interlocuteur. De plus, les horaires d'ouverture de la plateforme n'étaient pas compatibles avec les horaires des médecins, par conséquent ils devaient souvent le réaliser dans un deuxième temps, sur un moment libre. Quelques médecins ont mentionné que cet appel était payant et à leur charge. Globalement, ils se sont senti jugés par un personnel administratif et ont mal vécu cet appel qui manquait d'intérêt.

Les généralistes interviewés estimaient qu'au fil du temps il y avait de moins en moins de psychologues agréés, ce qui rendait leur accès difficile. Parfois les patients devaient se déplacer loin pour bénéficier des séances remboursées. La liste des psychologues conventionnés fournie n'était pas mise à jour et pas toujours facile à trouver d'après quelques médecins.

La communication entre le médecin prescripteur et le psychologue était à parfaire, peu de médecins avaient des retours officiels sur l'évolution clinique du patient.

Les médecins ont également rapporté l'avis des psychologues dont l'une des critiques principales est la rémunération insuffisante. Ensuite ces derniers ont critiqué la durée de consultation jugée trop courte.

En résumé, les médecins étaient largement favorables au remboursement des séances de psychothérapie. En ce qui concerne le dispositif en lui-même, le ressenti général était plutôt positif, malgré des bémols quant à la complexité du parcours d'inclusion.

D'aucuns ont mentionné le fait que chez certains patients, le dispositif a permis de débiter une prise en charge spécifique plus classique hors remboursement afin d'aller plus loin dans le travail.

Les généralistes ont été unanimes pour dire que le dispositif a permis une amélioration de la santé des patients, ils ont observé une diminution du nombre ou de la durée des arrêts maladie, ainsi que de la prescription médicamenteuse.

2.5 Les attentes des professionnels de la santé

Les médecins généralistes interrogés étaient en faveur d'un remboursement au moins partiel des séances de psychothérapies afin de faciliter l'accès aux soins, notamment pour les populations présentant des vulnérabilités sociales.

On peut d'ailleurs noter que dans notre échantillon, sur les 67 médecins ayant répondu à nos sollicitations, 39 avaient inclus des patients au sein du dispositif, soit 58%. Cela semblerait en faveur d'un intérêt des médecins à proposer ce service aux patients malgré la lourdeur du parcours administratif.

Un rapport de l'IGAS publié en octobre 2019 préconise le remboursement des psychothérapies suite à l'expérimentation. Il y est déclaré *« une présence renforcée des psychologues aux côtés des psychiatres – et mieux encore dans le cadre d'une prise en charge coordonnée – est une opportunité pour améliorer l'accès aux soins psychiatriques et pour éviter que l'état des patients ne se dégrade »* (40).

En revanche les médecins interrogés étaient unanimes pour demander une facilitation du parcours d'inclusion. En effet, les tâches administratives se multiplient et ils cherchent à perdre le moins de temps possible. Une étude de la DRESS en 2019 s'est intéressée au temps de travail des médecins généralistes libéraux en France. Il est ressorti qu'ils travaillent en moyenne 54h par semaine dont 5h30 sont consacrées aux tâches administratives (41). Dès lors, ajouter des démarches administratives supplémentaires n'incite pas les médecins à s'approprier le dispositif et à le proposer aux patients.

L'avis des psychologues a également été rapporté par certains praticiens. Leur rémunération est insuffisante pour proposer un suivi de qualité. Par ailleurs, ils ont formulé une certaine inquiétude à voir l'accès à leurs consultations restreintes par une ordonnance médicale, et souhaitent garder une indépendance d'accès libre.

Ce point de vue est confirmé par Patrick-Ange RAOULT, secrétaire général du syndicat national des psychologues qui déclare *« Le principe d'un remboursement des consultations constituait une avancée très nette, demandée depuis longtemps par la profession (...). La précédente initiative de remboursement par la CNAM, au titre des expérimentations avait buté sur des points : la tarification et la prescription médicale »* (42).

3. Les perspectives

3.1 La psychothérapie remboursée au niveau national par le dispositif « Mon Psy » mis en place depuis avril 2022

L'annonce de la généralisation du dispositif par le gouvernement a eu lieu en septembre 2021, alors que la santé mentale a été mise en avant de manière prépondérante suite aux conséquences des confinements liés à la COVID 19. Ainsi le 5 avril 2022, le dispositif Mon Psy, est entré en vigueur à la fin de la période expérimentale (43).

En France, le dispositif 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.

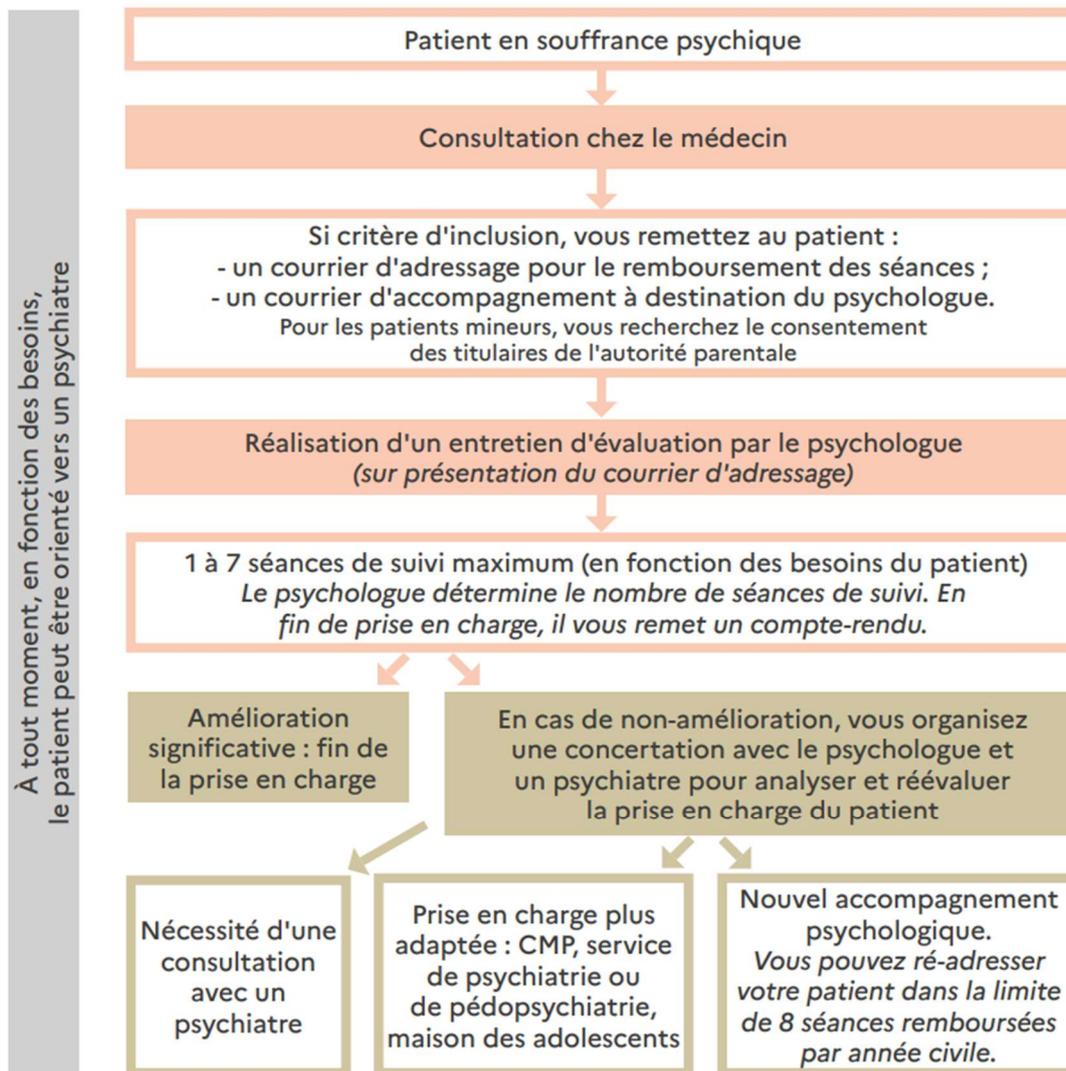
Tout médecin peut orienter un patient vers ce dispositif et non uniquement le médecin traitant, bien que l'intervention de ce dernier soit encouragée.

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 2).

Figure 2 : Guide du parcours d'inclusion dans le dispositif Mon Psy



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 les éléments de réflexions rapportés par les médecins généralistes dans notre travail a été pris en compte pour la généralisation du dispositif test. 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 a également été facilité. Les critères d'âges ont été retirés, les troubles pris en charge ont été élargis, l'utilisation des échelles n'est pas obligatoire. Enfin, l'appel téléphonique a été supprimé. Ces éléments ont permis d'alléger le travail du médecin généraliste et par ce biais d'inciter son utilisation par les médecins.

La France rejoint alors plusieurs pays européens qui remboursent la psychothérapie réalisée par les

psychologues. En Autriche, la psychothérapie est entièrement remboursée si elle est réalisée par un thérapeute agréé. L'agrégation est un processus qui dure 7 ans. En Allemagne au début des années 2000, 20 000 psychothérapeutes conventionnés pouvaient être remboursés (44). L'Allemagne, l'Espagne et la Suède sont les seuls pays européens où en plus d'être remboursées, les séances de psychothérapie ne sont pas limitées en nombre. Cependant, bien que les soins psychologiques soient remboursés dans plusieurs pays d'Europe, l'accessibilité est un frein. En effet il faut en moyenne attendre plus d'un mois pour obtenir un rendez-vous chez un psychologue (45).

En revanche, nous relevons que le nombre de psychologues conventionnés dans ce nouveau dispositif reste faible pour les raisons que nous pouvons penser financières comme déjà développées. Cela nous amène à un constat d'échec relatif du dispositif lié au manque d'adhésion des professionnels concernés.

3.2 Une utilisation du dispositif national limité par le nombre de psychologues

Au 8 septembre 2022, 14 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. La liste des psychologues agréés au 8 septembre est présentée en Annexe 7.

On peut noter qu'au total, 123 psychologues libéraux sont répertoriés dans les Landes.

Ce phénomène peut s'expliquer par l'appel au boycott du dispositif par plusieurs regroupements de psychologues, comme par exemple le SNP et le Manifeste des Psychologues Cliniciens et des Psychologues Psychothérapeutes.

On peut noter que le SNP était pourtant présent dans le comité de pilotage du dispositif, mais qu'il semblerait qu'un consensus n'ait pas été trouvé, en particulier pour ce qui est de la rémunération des séances.

Pour inciter les psychologues à se conventionner, il faudrait tout d'abord une revalorisation des tarifs. 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 envisagées.

On peut penser qu'investir aujourd'hui dans une psychothérapie pourrait, à moyen terme, limiter les dépenses de santé en psychotropes et paiements d'IJ, en alignant les tarifs de prise en charge sur les tarifs habituellement constatés, soit environ 50. Cela concerne le coût direct des traitements médicamenteux souvent instaurés au long cours, mais également leur coût indirect. Ce coût indirect est en lien avec l'iatrogénie de ces traitements qui est majeure, pouvant entraîner des hospitalisations notamment après 65 ans. D'après la HAS, dans cette catégorie d'âge 130 000 hospitalisations par an sont liées aux effets indésirables des médicaments et sont à l'origine de 7 500 décès (46). Les anxiolytiques, les hypnotiques et les antidépresseurs font partie des traitements les plus à risque, aux côtés des médicaments cardiovasculaires, des anti-inflammatoires et des anti-infectieux. Ce phénomène incite à éviter la prescription de psychotropes en préférant la psychothérapie, notamment chez les plus de 65 ans. On rappelle aussi les notions de dépendance et accoutumance des benzodiazépines (47).

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 considèrent également que 8 séances sont insuffisantes et que cela pose 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 au vu des

difficultés d'accès aux psychiatres, cette règle semble peu réalisable à cause des délais. Par conséquent, il serait peut-être opportun de laisser au psychologue le soin d'évaluer la pertinence de la poursuite des soins séances en fonction de l'évolution clinique du patient. Cette organisation est possible pour les kinésithérapeutes diplômés d'Etat par exemple, et pourrait servir d'inspiration, bien que les psychologues ne souhaitent pas devenir des paramédicaux. Cela s'explique par leur volonté à conserver un accès libre à leurs consultations, sans dépendre d'une ordonnance médicale.

Il serait intéressant de réaliser une étude explorant le ressenti des psychologues suite à l'expérimentation et comment faire évoluer le dispositif pour les inciter à se conventionner plus massivement

De même, une piste de travail du dispositif « Mon Psy » serait d'évaluer le service rendu aux patients pris en charge en psychothérapie ainsi que l'évolution de prescriptions de psychotropes et d'arrêts maladie dans le même temps.

A titre de comparaison, en Angleterre il existe depuis 2007 une prise en charge des psychothérapies par le biais du programme Improving Access for Psychological Therapies (IAPT). Le programme a initialement ciblé les personnes actives, puis s'est élargi à une grande partie de la population. Il est estimé que le coût pour les troubles modérés ou sévères s'élève à £754 par personne et il est de £136 pour les troubles légers. Les coûts évitables grâce à la prise en charge de la psychothérapie ont été estimés annuellement à £2 740 pour les personnes en âge de travailler. Cela se divise en une économie de £510 pour la productivité, £160 pour les coûts médicaux et médicamenteux, £1 650 pour l'incapacité et £420 pour les prestations d'invalidités.

Grâce à ses données, le plan Layard chargé d'évaluer le coût du dispositif, a estimé un investissement pour la société de £620 millions mais une économie de £2,2 milliards (48).

Ces données sont encourageantes pour le dispositif français « Mon Psy » et vont dans le sens que le remboursement de la psychothérapie permettrait un bénéfice sur la santé mentale mais aussi sur l'économie.

CONCLUSION

Les troubles de la santé mentale représentent une part conséquente de l'exercice de la médecine générale, un soutien psychologique étant réalisé dans 10% des consultations.

Parmi eux, l'anxiété et la dépression occupent une place prépondérante avec respectivement 21% et 10% de prévalence.

En première intention, la psychothérapie est recommandée avant la prise de médicament psychotrope. Or, les séances de psychothérapie hors dispositif expérimental ont un coût financier non négligeable pour certains ménages, et peuvent représenter un frein à l'accès aux soins en santé mentale.

Il pourrait y avoir un intérêt financier à rembourser les séances de psychothérapie : en effet, cela permettrait de prescrire moins de médicaments psychotropes au long court, et de limiter le recours aux arrêts maladies pour ces motifs. Cette diminution pourrait permettre une baisse des coûts liés au remboursement des traitements, au versement des IJ, et aux conséquences de l'iatrogénie.

C'est dans ce contexte que la CNAM a décidé de mettre en place un dispositif expérimental de remboursement des psychothérapies dans 4 départements dont les Landes entre 2018 et 2022.

La réalisation de cette étude qualitative a eu pour objectif d'explorer le ressenti des médecins généralistes landais n'ayant pas inclus de patient dans l'expérimentation.

Nous avons pu mettre en avant le fait que les médecins ayant abandonné le dispositif ont déploré une lourdeur administrative contraignante. Il s'agit de devoir être le médecin traitant pour pouvoir inclure un patient, et de vérifier que le patient soit assuré social de la CNAM. La validation finale de l'inclusion du patient par un appel téléphonique à un personnel administratif de la CNAM a également été un point négatif de l'expérimentation en étant trop chronophage.

Les critères d'exclusions restrictifs, comme l'âge limité aux patients de 18 à 60 ans, les antécédents psychiatriques et surtout la prise antérieure de traitement psychotropes, ne permettaient pas d'inclure des patients qui auraient eu besoin de séances remboursées.

En revanche l'utilisation des échelles PHQ9 et GAD7 n'étaient pas des freins à l'inclusion des patients, bien que les réponses devaient parfois être adaptées. Pour autant, les médecins ont déclaré ne pas utiliser d'échelles d'évaluation en pratique quotidienne.

D'après le travail de Manon BAHEZRE DE LANLAY, Les médecins ayant réussi à utiliser le dispositif ont globalement eu une expérience favorable. En revanche, ils rejoignent l'avis des médecins n'ayant pas inclus de patient sur la charge administrative et complexe du parcours d'inclusion. Les patients ayant été inclus présentaient de bons résultats avec la psychothérapie. Les médecins ont rapporté une impression de baisse de la prescription du nombre ou de la durée des arrêts maladie pour cause de troubles anxio-dépressifs, ainsi qu'une baisse de prescription de benzodiazépines ou d'antidépresseurs. Ce dernier élément est intéressant du point de vue de santé publique, et confirme le constat selon lequel la psychothérapie est un moyen de baisser la consommation médicamenteuse de psychotropes en France.

Globalement, les médecins généralistes landais critiquaient le faible nombre de psychologues conventionnés inscrits dans le dispositif. En effet, cela limitait fortement son utilisation.

Les raisons du faible engagement des thérapeutes ont été rapportées par les généralistes interrogés. Cela s'explique par une rémunération insuffisante, un nombre de séances trop limité avec des séances trop courtes, et une volonté des psychologues de conserver une indépendance d'accès vis-à-vis de l'ordonnance médicale.

Les arguments des médecins et des psychologues pour ne se saisir de cette opportunité de proposer des séances remboursées sont-ils suffisamment importants devant la détresse psychologique de certains patients ?

Suite à cette expérimentation, le gouvernement a décidé de généraliser au niveau national le remboursement des séances, sous réserve de certaines règles. Ce nouveau cadre mis en place en avril

2022 a allégé la charge administrative des médecins et, est plus ouvert au niveau des critères d'inclusion. En revanche, le nombre de psychologues reste très faible, voire plus faible que dans l'expérimentation. Dans les Landes, on passe de 28 psychologues agréés lors de l'expérimentation à 13 au moment de la mise en place du dispositif Mon Psy. Ce phénomène peut s'expliquer par un intérêt des thérapeutes à proposer des séances remboursées mais que la mise en pratique et les conditions n'étaient pas en phase avec leurs attentes.

Il semblerait intéressant d'évaluer le ressenti des psychologues de terrain afin de discuter des améliorations à proposer à l'expérimentation, notamment au niveau du tarif applicable, du nombre et de la durée des séances. Sans ces améliorations, le dispositif pourrait s'apparenter à un « effet d'annonce » et ne pas représenter une réelle avancée pour la prise en charge en santé mentale de patients de plus en plus nombreux en cette période de COVID 19 et de difficultés économiques. De même, le retour de la satisfaction des patients serait également intéressant à prendre en compte dans des travaux ultérieurs.

Une étude s'intéressant aux retombées économiques du dispositif « Mon Psy » à long terme serait utile en terme de dépense de santé.

En effet 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.

Le projet de remboursement des séances de psychothérapie semble légitime pour les soignants, pour les patients et ambitieux sur le plan économique.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

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. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Troubles anxieux. Quand l'anxiété devient pathologique. [Internet]. Inserm. 2021 [cité 1 août 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/troubles-anxieux/>
6. Palazzolo J. Anxiété. In: Dépression et anxiété : Mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge. Elsevier Masson; 2007. p. 61-79.
7. 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.
8. Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire. 2018;637-44.
9. Agbokou C, Allilaire JF. Dépression de l'adulte. In: Les états dépressifs. Lavoisier; 2010. p. 26-34.
10. American Psychiatric Association, Crocq MA, Guelfi JD, Boyer P, Pull CB, Pull MC. Mini DSM-5 Critères Diagnostiques. Elsevier Masson; 2016.
11. Gallais JL. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. Inf Psychiatr. 12 juin 2014;90(5):323-9.
12. Kandel O, Duhot D, Very G, Lemasson JF, Boismault P. Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ? Rev Prat Médecine Générale. 7 juin 2004;18(656):781-4.
13. 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>
14. 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.
15. Hardy-Baylé MCH, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? Inf Psychiatr. 12 juin 2014;90(5):359-71.

16. 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
17. 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_cnom_tome_2_approche_territoriale_des_specialites_medicales_et_chirurgicales_-2021.pdf
18. Ginger S. Psychiatrie et psychothérapie. *J Francais Psychiatr.* 2004;21(1):10-2.
19. Widlöcher D. Psychothérapie [Internet]. [cité 20 déc 2021]. Disponible sur: <http://www.universalis.edu.com/encyclopedie/psychotherapie/>
20. Weyeneth M, Ambresin G, Carballeira Y, Contesse V, Crivii C, Glauser F, et al. La psychothérapie de soutien : un pas vers l'éclectisme. *Psychotherapies.* 2004;24(2):73-86.
21. Mirabel-Sarron C, Vera L. Leçon 1 : Des bases théoriques successives et complémentaires. In: *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive.* Dunod. Dunod; 2014. p. 2-11.
22. Gabbard GO. Concepts clés. In: *Psychothérapie psychodynamique.* Elsevier Masson; 2010. p. 1-19.
23. Thurin JM, Thurin M. Psychanalyse et thérapies systémiques : écarts et complémentarité. *Cah Crit Ther Fam Prat Reseaux.* févr 2010;45(2):67-89.
24. 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
25. Chan Chee C, Beck F, Sapinho, Guilbert P. La dépression en France : enquête Anadep 2005. INPES Editions; 2009.
26. 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.
27. 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.
28. 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 2021]. Disponible sur: <http://cpamdeslandes.fr/PSM/>
29. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer.* 2008;19(84):4.
30. Kandel O, Bousquet MA, Chouilly J. Manuel théorique. 41 concepts nécessaires à l'exercice de la discipline. GMSanté édition. 2015. 206 p.

31. Haxaire C, Genest P, Bail P. Pratiques et savoir pratique des médecins généralistes face à la souffrance psychique. In: Singuliers généralistes. Rennes: Presses de l'EHESP; 2010. p. 133-46.
32. Assurance Maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance Maladie pour 2023. [Internet]. [cité 29 juill 2022]. Disponible sur: https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022-07_rapport-propositions-pour-2023_assurance-maladie_3.pdf
33. Beck F, Guignard R, Haxaire C. Les consommations de médicaments psychotropes en France. Santé En Action. mars 2014;(427):3.
34. Gallais JL, Alby ML. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. EMC - Psychiatr. janv 2004;1(1):1-6.
35. Knecht D, Bert T, Freppel C, Dolléans P, Lépine C. Revue de dépenses. L'évolution des dépenses d'indemnités journalières. 2017. :341.
36. Mendiburu JP. Qu'est-ce que ça coûte ? Gestalt. 2011;40(2):11-20.
37. Dupays S, Emmanuelli DJ. Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale et leur place dans le parcours du patient. Inspection générale des Affaires Sociales; 2020.
38. Haute Autorité de Santé. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux [Internet]. 2018 [cité 16 juill 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf
39. Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie. Les courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique [Internet]. 2010 [cité 16 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.medecin-occitanie.org/wp-content/uploads/2020/06/AdressageMGPSYRecommandation.pdf>
40. Emmanuelli J, Schechter F, Seban I. Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution. Inspection générale des Affaires Sociales; 2019.
41. Chaput H, Monziols M, Fressard L, Verger P, Ventelou B, Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine [Internet]. 2019 [cité 18 juill 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er1113.pdf>
42. Raoult PA. Le remboursement : des convergences politiques ! Psychol Psychol. 2021;272(2):3-3.
43. 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
44. Van Deurzen E. Psychotherapy training in Europe: similarities and differences. Eur J Psychother Couns Health. déc 2001;4(3):357-71.
45. Bernardo A, Alvarez des vayo M. Pay up or put it off: how Europe treats depression and

anxiety [Internet]. Civio. [cité 8 sept 2022]. Disponible sur:
<https://civio.es/medicamentalia/2021/03/09/access-to-mental-health-in-europe/>

46. Haute Autorité de Santé. Campagne de prévention contre l’iatrogénie médicamenteuse [Internet]. 2019 [cité 1 août 2022]. Disponible sur:
<https://www.ameli.fr/sites/default/files/2019-03-01-dp-lutte-iatrogenie-medicamenteuse-personnes-agees-cpam-pays-de-la-loire.pdf>
47. Haute Autorité de Santé. Quelle place pour les benzodiazépines dans l’anxiété ? [Internet]. 2018 [cité 3 août 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-07/fiche_bum_benzodiazepines_anxiete_cd_27062018.pdf
48. Layard R, Clark D, Knapp M, Mayraz G. Cost-benefit analysis of psychological therapy. *Natl Inst Econ Rev.* oct 2007;202:90-8.

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?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
<i>(Utilisez un « ✓ » pour indiquer votre réponse)</i>				
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? <i>(Encerlez votre réponse)</i>	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 : Grille de COREQ

<u>Domaine 1 : Equipe de recherche et réflexion</u>		
Caractéristique personnelles		
1	Enquêteur/animateur	Laurine BRET
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	L'enquêtrice ne connaissait aucun des 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	Etude qualitative par entretiens semi-dirigés et analyse selon la théorisation ancrée
Sélection des participants		
10	Echantillonnage	Echantillonnage 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	16 participants inclus
13	Non-participation	163 médecins non-inclus : <ul style="list-style-type: none"> - 111 n'ont pas répondu - 39 avaient inclus des patients dans le dispositif (critère d'exclusion), dont 12 étaient d'accord pour participer à la thèse de Manon Bahezre de Lanlay - 1 médecin était à l'étranger - 5 n'exerçaient plus la médecine générale en libérale - 7 ont refusé l'entretien par manque de temps ou de non-intérêt pour le sujet
Contexte		
14	Cadre de la collecte de données	14 entretiens dans les cabinets des médecins 1 entretien au domicile du médecin

		2 entretiens en visio-conférence
15	Présence de non-participants	Lors de 2 entretiens, un interne était présent et avait un rôle d'observateur
16	Description de l'échantillon	Les entretiens ont été menés du 03/03/2022 au 18/05/2022 11 femmes et 5 hommes ont participé 14 exerçaient en groupe et 2 exerçaient seuls 5 exerçaient en zone urbaine ; 7 exerçaient en zone semi-rurale et 4 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 31 minutes 26, pour une moyenne de 16 minutes 58.
22	Seuil de saturation	Seuil de saturation des données obtenu après 14 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 ont 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 utilisé 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

Guide d'entretien

Introduction

Je suis médecin généraliste et mon travail de thèse a pour thème la psychothérapie remboursée dans les Landes. Ma thèse porte sur l'avis des médecins n'ayant pas intégré l'expérimentation. Une autre thèse interrogera les médecins ayant utilisé le dispositif. Les entretiens seront enregistrés pour une retranscription intégrale, les propos recueillis seront anonymisés.

Présentation de l'interviewé

Genre : Lieu d'exercice : urbain, semi-rural, rural
Nom : Mode d'exercice : cabinet individuel, cabinet de groupe, MSP
Nombre de consultations par jour : <20 ; 20-30 ; >30
Date de l'installation :

Trame de questions

Vous m'avez déclaré ne pas avoir utilisé le dispositif, pouvez-vous m'en dire plus ?

Thème	Questions
Troubles mentaux au cabinet	-Que représentent les troubles mentaux au sein de votre patientèle ? -Comment prenez-vous en charge ces patients souffrant de dépression/anxiété ? (<i>gérer seul, adressé psy libéral, adressé CMP, adressé psychiatre...</i>) -Quelle est l'accessibilité des psychologues et psychiatres sur votre territoire ?
Information du dispositif	-Par quels moyens avez-vous été informé de l'existence de cette expérimentation ? (<i>via l'assurance maladie-confrères-patients</i>) -Par quels moyens auriez-vous souhaité être informé ? (<i>téléphone-</i>

	<i>mail-courrier papier-visite de l'assurance maladie...)</i>
Expérience personnelle générale	<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>-Pouvez-vous me raconter une tentative d'inclusion ?</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>
Avis sur le parcours d'inclusion	<p>-Que pensez-vous des différents critères d'inclusion ? (patient à la CPAM et habitant dans les Landes, âge entre 18 et 65 ans, pas d'ATCD psychiatrique ou de prise médicamenteuse, échelle GAD 7 et PHQ9)</p> <p>-Comment avez-vous trouvé l'appel à la CPAM ?</p>
Accessibilité des psychologues agréés	<p>-Connaissez-vous des psychologues agréés près de chez vous ?</p> <p>-Quelle était leur accessibilité ?</p>
Raisons du refus de l'utilisation du dispositif	-Quelles sont les raisons pour lesquelles vous n'avez pas souhaité utiliser le dispositif ? <i>(trop d'administratif, confirmer l'inclusion par téléphone, trop de critères d'exclusion, parcours de soin compliqué ?)</i>
Pistes d'amélioration	<p>-Selon vous, quelles améliorations pourrait-on apporter pour que vous l'utilisiez ? <i>(meilleure information des médecins, élargissement des critères d'inclusion...)</i></p> <p>-Si vous deviez repenser un dispositif pour le rendre efficace pour les médecins généralistes, comment feriez-vous ?</p>

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

Conclusion

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 6 : 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 n'ayant pas utilisé le dispositif expérimental ». L'investigatrice est Laurine BRET, 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. La durée de cet entretien est d'environ 15 minutes. 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 au lieu choisi 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 Laurine BRET via l'adresse mail ***@***.com

Je soussigné(e)..... médecin généraliste installé(e) à..... Accepte de participer à la thèse d'exercice de docteur en médecine de Laurine BRET, dont le thème est le dispositif expérimental de psychothérapie remboursée dans les Landes, lors d'un entretien enregistré le

Je déclare avoir été informé(e) de façon loyale et claire que cet entretien est confidentiel. J'accepte que l'intégralité de cet entretien anonymisé soit retranscrite et que les données soient utilisées dans le cadre exclusif de cette thèse. J'ai noté que je pouvais retirer mon consentement à tout moment.

Formulaire établi en deux exemplaires à le

Signature :

Annexe 7 : Liste des psychologues agréés dans les Landes au 8 septembre 2022

Stéphanie VIDAL COTELLE

17 Rue Victor Hugo 40000 Mont-de-Marsan

Accompagne des adultes et enfants/adolescents

Possibilité de séances à distance

Muriel GUIMO

164 Rue Felix Robert 40400 Meilhan

Accompagne des adultes et enfants/adolescents

Valérie HAUVILLE

103 Route de Sabres 40420 Labrit

Voir le contact pour prendre rendez-vous

Accompagne des adultes et enfants/adolescents

Nancy BRONCHART

1150 Chemin de Fargot 40430 Luxey

Accompagne des adultes

Sabrina GARCIA

12 Rue Berthelot 40110 Morcenx-la-Nouvelle

Accompagne des adultes et enfants/adolescents

Possibilité de séances à distance

Autre(s) langue(s): Espagnol, anglais

Olivier MORISSET

174 Route de Dax 40290 Habas

20 Rue Charles Gounod 40990 Saint-Paul-lès-Dax

Accompagne des adultes et enfants/adolescents

Possibilité de séances à distance

Aurora FURTUNA

160 Route d'Estibeaux 40350 Pouillon

Accompagne des adultes et enfants/adolescents

Possibilité de séances à distance

Autre(s) langue(s): anglais, roumain

Valérie Nadine Renée VANAUDENHOVE

55 Impasse Chevaleryre 40350 Pouillon

Accompagne des adultes et enfants/adolescents

Possibilité de séances à distance

Marie-Céline DELARUE

115 Allée des Lucanes 40300 Orist

40 Chemin de Dernis 40300 Port-de-Lanne

Accompagne des adultes et enfants/adolescents

Marie-Cécile TROQUIER

120 Rue Lamartine 40160 Parentis-en-Born

26 Avenue du Général de Gaulle 33120 Arcachon

Accompagne des adultes et enfants/adolescents

Possibilité de séances à distance

Christian DOYHENART

66 Rue Camille Pissarro 40600 Biscarrosse

Accompagne des adultes et enfants/adolescents

Viviane GALY

65 Rue de Tenic 40140 Soustons

3bis Rue de l'Horloge 65200 Bagnères-de-Bigorre

Accompagne des adultes et enfants/adolescents

Céline Fleur De Neige CAPDEVIELLE-GEORGES

Groupe Médical de Tourren Chemin de Mattecu 40230 Saint-Vincent-de-Tyrosse

Accompagne des adultes et enfants/adolescents

Possibilité de séances à distance

Pauline DESBROSSE CARPENTIER

7 Rue de la Palinette 40130 Capbreton

Accompagne des adultes et enfants/adolescents

Serment Médical

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 leurs 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 gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont 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 aux 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.

RESUME DE LA THESE

Objectif : Explorer les freins des médecins généralistes landais à l'utilisation du dispositif expérimental de psychothérapie remboursée.

Méthode : Etude qualitative auprès de 16 médecins généralistes installés dans les Landes par le biais d'entretiens individuels semi-dirigés.

Résultats : L'absence de remboursement de la psychothérapie était considérée comme un frein à l'accès aux soins en santé mentale, donc la proposition de remboursement des séances de psychothérapie par la CNAM a été initialement accueillie de manière favorable. Cependant, les médecins ont souvent déploré une information insuffisante de la part de la caisse. Le parcours d'inclusion comportait une part administrative trop importante. Sur le plan médical, l'obstacle principal à l'inclusion était la présence d'antécédent psychiatrique, et notamment la prise de traitement psychotrope. Les critères d'âge étaient également jugés trop restrictifs. L'utilisation des échelles d'intensité était acceptable dans ce cadre particulier. Enfin, la validation de l'inclusion via un appel téléphonique à la CPAM était chronophage, avec une utilité limitée.

Le faible nombre de psychologues agréés limitait l'utilisation du dispositif. De fait, il n'était pas toujours possible pour le patient de choisir son thérapeute. Les médecins interrogés étaient unanimes pour demander une facilitation du parcours d'inclusion, et de favoriser la discussion pour inciter les psychologues à se conventionner afin d'avoir une offre de soin plus étoffée.

Conclusion : Les médecins généralistes landais sont en faveur d'un remboursement des séances de psychothérapie. En revanche, ils estiment que le dispositif tel qu'il a été testé depuis 2018 n'est pas en accord avec la réalité de terrain. Cela s'explique par son temps administratif important, ses critères d'inclusion restrictifs et du nombre limité de psychologues ayant adhéré à l'expérimentation.

TITRE EN ANGLAIS

Psychotherapy reimbursed by prescription: opinion of general practitioners in the Landes who did not included patients in the experimental system

DISCIPLINE : Thèse de Médecine Générale – Année 2022

MOTS CLES :

Psychothérapie remboursée – santé mentale – prise en charge des thérapies non médicamenteuses

U.F.R. SCIENCES MEDICALES

UNIVERSITE BORDEAUX SEGALIEN