



Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution

Dr Julien EMMANUELLI

François SCHECHTER

Membres de l'inspection générale des affaires sociales

avec le concours de Igor SEBAN, interne en pharmacie

N°2019-002R
Octobre 2019

SYNTHESE

Les troubles psychiques regroupent un ensemble de situations cliniques hétérogènes, plus ou moins sévères et invalidantes, souvent chroniques, et débutant généralement dans l'enfance ou chez le jeune adulte¹. En Europe, comme en Amérique du Nord, on observe une forte augmentation de la fréquence de ces troubles ainsi que leur complexification liée aux comorbidités et intrications avec les changements des situations de vie et/ou professionnelles.

Ces évolutions et le champ des travaux de la mission l'ont conduite à devoir traiter très majoritairement des troubles psychiques modérés (anxiété, troubles dépressifs...); mais aussi, chaque fois que les dispositifs étudiés ou les travaux d'étude le réclamaient, des troubles les plus lourds (épisode dépressif caractérisé, anxiété sévère, troubles du comportement, addictions...). Les observations comme les recommandations générales du rapport n'en sont pas affectées, mais plusieurs rappels préviennent les risques de confusion.

En France, l'ensemble de ces troubles en sont venus à constituer un enjeu majeur de prise en charge : ils sont classés au premier rang des maladies en matière de dépenses de soins² et touchent près d'un quart des français, directement ou via leurs proches³.

Cette situation sature les capacités d'une offre de soins en santé mentale devenue hyperspécialisée et segmentée. Elle se traduit à la fois par des difficultés d'accès aux soins et la production d'actes parfois non pertinents et coûteux (hospitalisations, sur-prescriptions...).

Pour répondre aux enjeux posés par cette situation, plusieurs expérimentations ont été lancées dont l'objet commun, au-delà de la diversité des publics et des organisations, est de mieux mobiliser les psychologues ayant une activité libérale et de prévoir de façon conditionnée un remboursement par l'assurance maladie (direct ou indirect) de leurs interventions.

L'objet premier de la mission était d'évaluer ces expérimentations et dispositifs au plan médico-économique⁴ et d'y associer des propositions pour une répartition, après la phase expérimentale, de la charge nouvelle de financement entre l'assurance maladie et les organismes de protection sociale complémentaire.

Pour des raisons calendaires (ces expérimentations devant s'achever, pour les plus avancées, au printemps 2020); de méthode (elles rentrent pour l'essentiel dans le cadre, mieux outillé, des évaluations dites « de l'article 51 »⁵) et de nature (aucune expérimentation ou dispositif ne prévoit de participation directe des assurés⁶ ni l'intervention d'organismes complémentaires), l'objet de la mission a été réorienté afin que la perspective d'une participation au parcours de soins coordonnés

¹ Ces affections se déclarent dans la moitié des cas avant l'âge de 14 ans et dans 70 % des cas avant l'âge de 22 ans.

² Le coût médical global directement associé à ces affections est de 20 milliards d'euros pour les bénéficiaires du régime générale (CNAM, 2019) et de 23 milliards d'euros en extrapolant aux autres régimes, soit 14 % des dépenses d'assurance maladie.

³ Ce point est parfaitement identifié et suivi par la CNAM depuis le compte « charges et produits » de 2015. Plus récemment, à travers l'analyse de la consommation de soins (CNAM, 2019), l'Assurance Maladie évalue le poids de la santé mentale à plus de sept millions de personnes.

⁴ Afin de disposer d'éléments mesurant l'impact de tels dispositifs sur l'accès aux soins, sur leur qualité ainsi que sur leurs externalités positives et négatives (réduction des dépenses de santé, dont celles liées aux prescriptions de psychotropes ; plus indirectement, effets sur les files actives des structures).

⁵ LFFSS 2018

⁶ A l'exception du dispositif de soins partagés de Versailles créé en 2001 et évalué en 2014 de façon non assimilable au cadre prévu à l'article 51 cité supra.

des psychologues cliniciens⁷ qui le souhaitent et de leur admission au remboursement soient examinés⁸ :

- Leur formation et leurs conditions d'exercice. En effet, les mentions de formation universitaires sont très diversifiées, et leur contenu parfois insuffisant au plan des approches cliniques et thérapeutiques. Pourtant chacune permet d'accéder, après des stages d'inégale valeur qualifiante, au même titre de psychologue et de prodiguer pour certains des soins psychiques en libéral sans y avoir été rigoureusement formés. Il a donc été demandé que soient proposés des compléments de formation cliniques, étant notamment observé qu'il existe des approches thérapeutiques dont l'efficacité est scientifiquement fondée.
- Les prérequis à leur intégration dans la prise en charge coordonnée des personnes en souffrance psychique⁹ faisant intervenir l'assurance maladie. Aujourd'hui, une partie des psychologues pratiquent sans qu'un cadre d'exercice¹⁰ garantisse, comme pour les professionnels de santé¹¹, l'équilibre entre liberté d'exercice, confidentialité et qualité des soins pour la personne prise en charge.

Sur le premier aspect, le rapport propose, outre un indispensable travail de quantification et de localisation de l'offre de psychologues cliniciens libéraux¹² de créer, à l'initiative du ministère de l'enseignement supérieur (qui y est favorable), un diplôme universitaire (DU) ou interuniversitaire (DIU) définissant la qualification de psychologue clinicien susceptible de participer au parcours de soins coordonnés. Un système de labellisation¹³ de ces diplômes (et des lieux de stage) par le ministère de la santé inciterait les universités à adapter leurs maquettes pédagogiques en conséquence et faciliterait l'examen des dossiers d'aptitude professionnelle soumis, avant installation, aux ARS. Associée à un dispositif de valorisation des acquis de l'expérience (VAE), cette évolution pourrait profiter aux nouveaux diplômés comme à ceux déjà en exercice.

Au-delà, la participation des psychologues à la prise en charge coordonnée¹⁴ des personnes en situation de souffrance psychique et l'ouverture au remboursement de leurs séances ou interventions réclament des évolutions plus significatives.

En effet, ces derniers, bien que règlementés (cf. supra) se sont jusqu'ici refusés à considérer les outils de régulation - et donc d'intégration- qui existent pour les professionnels de santé. Ils sont aujourd'hui à l'écart de ces derniers. Leur position officielle, portée par leurs représentants syndicaux¹⁵ est que, s'ils devaient devenir profession de santé, ce ne pourrait être qu'indépendamment de toute prescription médicale. En réalité, la mission a pu constater un certain écart entre ces positions et celles des professionnels de terrain comme en témoignent les taux

⁷ Le statut de psychologue clinicien n'existe pas en tant que tel mais désigne dans le rapport les psychologues délivrant des soins psychiques. Dans les expérimentations de la CNAM et de la DGS, sont inclus en tant que cliniciens les psychologues ayant un master 2 agréé par l'ARS du lieu d'exercice et présents dans le fichier ADELI.

⁸ C'est bien du point de vue des autorités régulatrices du système de soin et au regard des besoins sanitaires non couverts que la mission examine et propose une clarification de leur cadre d'activité.

⁹ Cette dernière incluant le médecin généraliste (libéral ou salarié), les psychiatres libéraux ou salariés travaillant en établissements ; les psychologues libéraux hors équipes de psychiatrie

¹⁰ Les psychologues constituent une profession réglementée notamment par la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 (article 44), le décret n° 90-255 du 22 mars 1990 et l'arrêté du 19 mai 2006 (qui définit les conditions de stage)

¹¹ Il s'agit d'une profession assimilée à la santé qui ne bénéficie pas du titre de profession de la santé mais dont les membres sont enregistrés depuis 2012 au répertoire ADELI qui les identifie par numéro d'exercice au niveau de chaque département.

¹² Mal définis, les psychologues cliniciens sont également mal dénombrés : ils seraient environ 23 000 selon la CNAM et le double pour un de leur syndicat¹².

¹³ Dont les modalités et le contenu devront être définis entre les ministères de l'enseignement supérieur et de la santé.

¹⁴ Le parcours de soins coordonnés doit notamment prévenir le risque de perte de chances pour le patient

¹⁵ Syndicat national des psychologues (SNP), fédération française des psychologues et de la psychologie (FFPP), collectif psychologues UFMICT-CGT

importants d'inclusion de psychologues dans les quatre départements expérimentateurs de la prise en charge des troubles légers à modérés¹⁶.

Cette réalité permet d'envisager un rapprochement du cadre d'exercice des psychologues qui le souhaitent avec les autres acteurs du soin psychique. Outre le renforcement et l'homogénéisation des maquettes pédagogiques produits par la labellisation, l'adoption d'un code de déontologie réellement opposable et réclamé par une large part de la profession conduit à envisager la création d'une instance représentant la profession sur le plan institutionnel, veillant aux bonnes conditions d'exercice et préservant la diversité des pratiques dans le respect d'un cadre déontologique et des obligations de développement professionnel continu. Ce cadre d'exercice, qui serait valable pour l'ensemble de la profession, apparaît indispensable à une bonne acceptation par les autres professionnels et pour garantir les droits de patients souvent fragiles.

Enfin, le rapport propose que ces propositions soient l'occasion de faire évoluer la prise en charge globale de la souffrance psychique pour faire prévaloir une logique de gradation des soins et de coordination des interventions permettant de fluidifier les parcours, comme c'est par exemple le cas en Belgique¹⁷.

Cette approche n'est pas hors de portée en France puisque la loi de modernisation du système de santé (janvier 2016) prévoit la constitution de projets territoriaux en santé mentale (PTSM) qui peuvent en constituer le socle et s'inspirer, dans les grandes lignes, de dispositifs d'orientation graduée qui existent déjà comme le dispositif de soins psychiques partagé (DSPP) mis en place à Toulouse. Ce dernier permet aux médecins généralistes de dialoguer et trouver un appui aussi bien auprès de psychiatres que de psychologues, améliorant au fil des échanges la pertinence des approches et orientations.

¹⁶ Sur deux des sites où la mission s'est déplacée, les taux de participation des psychologues étaient supérieurs à 50 %. Par ailleurs, dans le suivi global de la CNAM, ce taux était de 66,7 % en février 2019.

¹⁷ Le principe de la réforme belge des soins psychiques est de construire une plus grande cohérence des parcours de prise en charge notamment en organisant une première ligne facilitant l'accessibilité aux soins en santé mentale et en mettant l'accent sur les besoins des usagers pris en considération dans leur milieu de vie.

SOMMAIRE

SYNTHESE	3
INTRODUCTION	9
RAPPORT	12
1 LA DEMANDE CROISSANTE DE SOINS PSYCHIQUES APPELLE UNE REDEFINITION DE LA PLACE ET DU ROLE DES PSYCHOLOGUES DANS LE SYSTEME DE SOINS FRANÇAIS.....	12
1.1 Phénomène commun aux pays développés, la demande croissante de soins psychiques met en tension les dispositifs sanitaires et médico-sociaux et constitue le premier poste de dépenses de l'assurance maladie	12
1.1.1 Les troubles psychiques, en forte croissance et de plus en plus complexes, occupent une place devenue centrale au plan sanitaire	12
1.1.2 Cette évolution met sous tension l'ensemble des dispositifs de prise en charge.....	15
1.1.3 Dans ce contexte d'inflation de la demande et d'inadéquation de l'offre, la prise en charge des troubles psychiques est devenu un enjeu financier majeur.....	15
1.2 Les principes de prise en charge reposent principalement sur une approche médicale.....	17
1.2.1 La formation des psychologues est éloignée du système de soins.....	20
1.2.2 La place et le rôle des psychologues cliniciens sont mal définis.....	23
2 BIEN QUE NON ENCORE EVALUES, LES DISPOSITIFS PERENNES ET EXPERIMENTAUX EN COURS VISENT A MIEUX ASSOCIER LES PSYCHOLOGUES SANS TOTALEMENT CLARIFIER LEUR PLACE.....	25
2.1 Ces dispositifs visent à améliorer les réponses à la souffrance psychique en renforçant l'orientation des patients et en facilitant l'exercice pluridisciplinaire coordonné	25
2.1.1 Un adressage élargi et renforcé constitue l'objectif prioritaire.....	30
2.1.2 Certains dispositifs mettent aussi l'accent sur l'exercice coordonné.....	32
2.2 Ces dispositifs ne sont pas encore évaluables	35
2.2.1 Le calendrier est défavorable à une évaluation	35
2.2.2 L'approche médico-économique reste notamment à construire.....	36
3 LES CONDITIONS D'ADMISSION AU REMBOURSEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE POUR LES PSYCHOLOGUES CLINICIENS QUI LE SOUHAITENT DOIVENT ETRE PRECISEES.....	39
3.1 Dans le respect de l'autonomie des universités, il faudra s'assurer des compétences des praticiens et préciser leur cadre d'activité	39
3.1.1 Il est nécessaire de s'assurer des compétences théoriques et cliniques requises.....	39
3.1.2 Il faut construire un cadre juridique d'activité et créer les conditions d'un remboursement par l'assurance maladie	42

3.2 Pour engager ces évolutions, il faut organiser une approche par étapes et s'appuyer sur une réponse sanitaire graduée.....	43
3.2.1 La durée des stages doit être allongée, leurs conditions d'agrément précisées et la labellisation des pratiques organisée	43
3.2.2 Un code de déontologie opposable doit être adopté dont il faudra tirer les conséquences institutionnelles.....	45
3.2.3 Ces évolutions devront s'inscrire dans une réponse sanitaire par niveaux.....	47
CONCLUSION.....	51
RECOMMANDATIONS DE LA MISSION	53
LETTRE DE MISSION	55
LISTE DES PERSONNES RENCONTREES	57
ANNEXE N° 1: DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES DISPONIBLES.....	63
ANNEXE N° 2 : PSYCHOTHERAPIES ET THERAPIES NON MEDICAMENTEUSES.....	71
ANNEXE N° 3 : ELEMENTS D'EVALUATION MEDICO-ECONOMIQUE.....	75
ANNEXE N° 4 : CARTOGRAPHIE DES DISPOSITIFS EXAMINES PAR LA MISSION	79
ANNEXE N° 5: EXPERIENCES INTERNATIONALES RELATIVES A L'ACCES AUX SOINS PSYCHOLOGIQUES.....	109
SIGLES UTILISES.....	129

INTRODUCTION

Par lettre en date du 30 novembre 2018, la ministre des solidarités et de la santé a saisi l'IGAS afin que soient évalués plusieurs expérimentations récentes et dispositifs pérennes qui prévoient - dans des conditions variables - un remboursement des consultations de psychologues libéraux. Toutes présentent comme commun objectif d'améliorer la prise en charge des troubles psychiques dans un contexte d'insuffisance et/ou de disparité de l'offre de soins.

Les troubles psychiques visés par ces dispositifs regroupent un ensemble d'affections fréquentes, plus ou moins invalidantes, souvent chroniques, parfois liées ou exacerbées par un contexte, associées dans certains cas à des pathologies somatiques (surpoids, obésité, maladie chronique...)¹⁸.

Si le champ des travaux de la mission l'a conduite à devoir traiter majoritairement des troubles psychiques d'intensité modérée (qui sont les plus fréquents), les dispositifs étudiés comme les travaux d'étude cités l'ont également amenée à prendre en compte des troubles plus sévères et ce même si ces derniers représentent une part très faible de cet ensemble. Plusieurs rappels préviennent, chaque fois que nécessaire, les risques de confusion et précisent les traitements qui s'y attachent.

Sous réserve de cette clarification, on observe une importante prévalence de ces troubles dans la majorité des sociétés développées. Ainsi :

- Au sein de l'Union Européenne, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) estime que ces affections - notamment les troubles dépressifs et anxieux - ainsi que les problèmes liés à la consommation d'alcool et de drogues, touchent plus d'une personne sur six chaque année¹⁹. Par ailleurs, les troubles neuro-développementaux (troubles du spectre autistique, troubles spécifiques des apprentissages, ...) nécessitant le recours à un psychologue toucheraient entre 1,5 % et 10 % des enfants²⁰.
- En France, ces affections constituent un enjeu majeur de prise en charge sanitaire et de santé publique : elles sont classées au premier rang des maladies en matière de dépenses de soins, avant les cancers et les maladies cardiovasculaires et touchent près d'un quart des français (cf. *infra*). Leur augmentation, associée à la complexification des pathologies et des situations à prendre en charge, conduit à saturer les capacités de réponse de notre système de soins, mais aussi à voir se développer la délivrance de soins non adaptés et/ou sur-coûteux (hospitalisations, prescriptions...).

C'est dans ce cadre que la saisine initiale demandait à la mission d'analyser la cohérence des réponses apportées à travers les dispositifs expérimentaux ou pérennes, et, plus précisément, le rôle des différents professionnels et structures intervenant dans le parcours du patient ; les besoins restant à couvrir et la répartition des impacts financiers entre l'assurance maladie, les organismes complémentaires et les assurés. Il lui était aussi demandé de porter une attention particulière au rôle et à la place des psychologues par rapport à l'action du médecin généraliste ainsi que l'impact sur l'assurance maladie de ces différentes interventions par rapport à la prescription de psychotropes.

¹⁸ Qu'elles en soient un déterminant ou un symptôme.

¹⁹ *Health at a Glance: Europe 2018 : State of Health in the EU Cycle*, OCDE, 2018

²⁰ Prévalence de 1 % de trouble du spectre autistique chez les enfants (stratégie nationale pour l'autisme 2018-2022) et de 2 % à 8 % pour les troubles des apprentissages (info-lettre de l'INSERM du 04.09.2019)

Les entretiens conduits avec le cabinet de la ministre et la direction de la sécurité sociale ont bien souligné que les interrogations initiales des commanditaires portaient sur la pertinence, l'efficacité, la soutenabilité financière (voire aussi l'acceptabilité) des parcours de soins intégrant des psychologues libéraux. Dans cet esprit, l'objectif était de pouvoir disposer d'éléments mesurant l'impact de tels dispositifs sur l'accès aux soins, sur leur qualité ainsi que sur leurs externalités positives et négatives (dépenses de santé évitées, dont celles liées aux psychotropes ; plus indirectement, effets sur les files actives des structures). La saisine demandait enfin que ces éléments soient éclairés par les retours d'expériences existant à l'étranger.

Sur cette base, la mission a été amenée à préciser et réorienter la teneur de ses travaux sur deux aspects principaux :

- D'une part, en indiquant que les attentes initiales du commanditaire en termes d'évaluation des dispositifs posaient un problème d'articulation calendaire et de méthode avec les expérimentations qui courent jusqu'à fin 2020, voire le printemps 2021. La mission n'a donc pu être en mesure de procéder aux évaluations de ces démarches au sens de l'article 51 de la LFSS 2018 (ces évaluations, rendues systématiques par le législateur, étant pour la plupart prévues sous la direction d'équipes sélectionnées sur appel d'offres²¹). De surcroît, les expérimentations, notamment celle de la CNAM sur la prise en charge des troubles psychiques légers à modérés (cf. infra partie II), ont été très délicates à négocier entre les acteurs concernés (psychiatres, psychologues, médecins généralistes). Elles reposent à ce titre sur un consensus fragile, avec de fortes spécificités territoriales, qu'il n'appartenait pas à la mission de compromettre en anticipant sur les conclusions des expérimentations et - à tout le moins - en suscitant l'incompréhension d'acteurs engagés dans une démarche contractuelle.
- Par ailleurs, concernant la demande de chiffrage des financements respectifs entre assurance maladie et protection sociale complémentaire, une réflexion sur des principes de répartition à un stade expérimental et - même pour les dispositifs pérennes, n'incluant pas la protection sociale complémentaire (ni la participation des bénéficiaires ; cf. parties 2.1 *infra*) ne pouvait être conduite²², même si le rapport propose des pistes d'évaluation médico-économiques pouvant ultérieurement y concourir (cf. partie 2.2.2 *infra*).
- D'autre part, il est rapidement apparu qu'une valeur ajoutée de la mission serait d'examiner la question de la formation et des conditions d'exercice des psychologues cliniciens²³. La formation échappe à la maîtrise des autorités sanitaires alors qu'elle apparaît très hétérogène en termes de contenu théorique et surtout pratique (les lieux de stage ne faisant notamment pas l'objet d'une homologation particulière et pouvant se révéler très peu formateurs du fait de leur contenu clinique et/ou de la qualité de leur encadrement). De son côté, l'application de la réglementation permettant l'usage professionnel du titre de psychologue génère des pratiques elles aussi différentes au sein des ARS. Si les expérimentations sont appelées à se généraliser, la mission a considéré nécessaire de proposer des règles permettant d'assurer la qualité des soins délivrés par les psychologues.

²¹ Un guide méthodologique définit la démarche de mise en œuvre de ces projets et le cadre de leur évaluation (avec comme grandes lignes la faisabilité, l'impact et la reproductibilité)

²² L'examen du dispositif belge (cf. annexe n° 5), proche de l'expérimentation de la CNAM sur les troubles légers à modérés, retient un principe de participation du patient, mais n'est pas transposable. L'expérimentation du réseau de soins « Yvelines-sud (cf. annexe n° 5) le plus ancien (il fonctionne depuis 18 ans) ne retient pas non plus de principe de participation des patients.

²³ Le terme de psychologue clinicien désigne dans le présent rapport un psychologue titulaire d'un master 2 formant à la clinique et à la psychopathologie et délivrant des soins psychiques à des patients.

Encadré 1 : Professionnels spécialisés intervenant dans la prise en charge des troubles psychiques

Dans la prise en charge des troubles psychiques, il convient de distinguer le médecin généraliste (libéral ou salarié), des autres professionnels spécialisés en psychiatrie et en santé mentale²⁴ :

- les professionnels des équipes des secteurs de psychiatrie (psychiatres, psychologues, infirmiers, cadres de santé, assistants sociaux et praticiens de médecine polyvalente notamment) ;
- les psychiatres libéraux et psychiatres salariés exerçant en établissements de santé privés et privés d'intérêt collectif (ESPIC) ainsi qu'en centres et maisons de santé²⁵;
- les psychologues libéraux ou salariés hors équipes de psychiatrie.
- les psychothérapeutes, médecins, psychiatres, psychologues et autres professionnels s'étant vus reconnaître le titre (conformément à la loi de juillet 2010 encadrant cette activité) et inscrits sur les registres régionaux des psychothérapeutes²⁶.

C'est dans ce cadre modifié que la mission a conduit ses travaux de novembre 2018 à juillet 2019 en lien avec le ministère de la recherche et de l'enseignement supérieur²⁷.

Pour les psychologues libéraux, cette situation reflète des difficultés de positionnement et d'intégration aux dispositifs sanitaires généraux, comme expérimentaux, de prise en charge, alors même que le contexte de forte croissance et de complexification²⁸ des besoins en soins psychiques appelle une intervention accrue de leur part.

La participation aux expérimentations de la CNAM sur lesquelles la mission s'est plus particulièrement penchée était ouverte aux psychologues cliniciens et aux psychothérapeutes. L'usage du titre de psychothérapeute étant règlementé depuis 2010 et ne faisant plus débat, les réflexions de la mission ont exclusivement porté sur le statut et la formation des psychologues cliniciens et les conditions de leur participation à des parcours de soins coordonnés via un remboursement par l'assurance maladie. Il appartiendra aux pouvoirs publics de définir les conditions d'une intervention des psychothérapeutes dans le cadre d'une éventuelle généralisation de ces dispositifs.

²⁴ Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux, *État des lieux, repères et outils pour une amélioration Guide* (HAS, 2018).

²⁵ Incluant les futurs infirmiers de pratique avancée en psychiatrie dont la filière est créée au mois de septembre 2019.

²⁶ Pour accéder à ce titre, il faut justifier d'un master en psychologie (ou psychanalyse) ou d'un diplôme de médecine et suivre (sauf pour les psychiatres) une formation en psychopathologie clinique de 200 à 400 heures minimum et d'un stage pratique d'une durée minimal de 2 à 5 mois auprès de l'un des 5 établissements agréés par le ministère de la santé : AFTCC (association française de thérapie cognitivo-comportementale), école de psychologues praticiens (EPP), école pratique des hautes études en psychopathologie (EPHEP), DU psychanalytique de psychothérapeute de l'université Paul Valéry à Montpellier et le collège européen de psychothérapie à Nice. Pour la plupart, il s'agit de psychologues et de psychiatres ayant obtenu la reconnaissance du titre après formation auprès des ARS (inscription sur le registre national des psychothérapeutes).

²⁷ Associé aux réflexions de la mission par le biais d'une information préalable de l'IGAENR et d'échanges avec le cabinet de la ministre en début et en fin de mission.

²⁸ Notamment du fait d'un cumul de vulnérabilités psycho-sociales et/ou de pathologies somatiques associées.

RAPPORT

1 LA DEMANDE CROISSANTE DE SOINS PSYCHIQUES APPELLE UNE REDEFINITION DE LA PLACE ET DU ROLE DES PSYCHOLOGUES DANS LE SYSTEME DE SOINS FRANÇAIS

1.1 Phénomène commun aux pays développés, la demande croissante de soins psychiques met en tension les dispositifs sanitaires et médico-sociaux et constitue le premier poste de dépenses de l'assurance maladie

[1] Les troubles psychiques renvoient à des situations cliniques très hétérogènes. Il s'agit d'affections plus ou moins sévères et invalidantes, souvent chroniques, qui débudent majoritairement dans l'enfance ou chez le jeune adulte, et se manifestent isolément ou en association avec d'autres troubles psychiques et/ou pathologies somatiques.

[2] Schématiquement, il faut distinguer les troubles psychiatriques, troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants se référant à des classifications diagnostiques et à des actions thérapeutiques ciblées, et les difficultés psychologiques, souvent liées aux situations éprouvantes et aux difficultés de la vie, sachant qu'on ne peut tracer de ligne de séparation claire entre ces deux catégories, et que la souffrance psychique liée aux aléas existentiels peut devenir une problématique psychiatrique par défaut de prise en charge adaptée.

1.1.1 Les troubles psychiques, en forte croissance et de plus en plus complexes, occupent une place devenue centrale au plan sanitaire

[3] Dans le monde, ces affections, et plus particulièrement les troubles dépressifs et anxieux toucheraient entre une personne sur six²⁹ et une personne sur cinq³⁰. En tout état de cause, ces affections se classent aujourd'hui au deuxième rang des causes mondiales de handicap et pourraient occuper le premier rang à l'horizon 2020 (OMS, 2010).

[4] En France, l'épidémiologie psycho-psychiatrique est peu développée³¹. Néanmoins, l'enquête ESEMeD³² montre que la prévalence, au cours de la vie, des troubles de l'humeur chez les adultes français s'élève à 21,4 % pour les épisodes dépressifs majeurs, à 22,4 % pour des troubles anxieux.

²⁹ Référence OCDE citée en introduction.

³⁰ Selon l'OMS, 1 Européen sur 4 est touché par des troubles psychiques au cours de sa vie, in Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie, ministère de la santé, 2018.

³¹ *La santé mentale : état des lieux et problématique*, Lamboy, 2005 ; *Rapport santé mentale*, InVS, 2007 ; *Prévention des maladies psychiatriques*, Institut Montaigne, 2014 ; *Situation de la psychiatrie des mineurs en France*, rapport sénatorial, 2017.

³² European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) » : enquête transversale européenne menée dans six pays européens (France, Belgique, Allemagne, Italie, Pays-Bas et Espagne) sur plusieurs années, dont les résultats sont insérés dans le document de la commission européenne « The state of mental Health in the European Union » paru en 2004.

[5] Ces données sont à mettre en relation avec les résultats d'autres travaux (cf. annexe n°1), en particulier l'enquête SMPG³³ qui montre qu'au moment du recueil, 11 % de la population souffre d'un épisode dépressif caractérisé et près d'un quart de troubles anxieux (prédominant chez les femmes).

Tableau 1 : Prévalence estimée des principaux troubles psychiques en France³⁴

Type de prévalence	Prévalence mesurée avec outils spécifiques					Prévalence déclarée	
Nom de l'enquête	SMPG			ESEMeD		Baromètre santé	
Année du recueil des données	1999-2003			2001-2003		2010	2017
Période rétrospective d'observation de la prévalence	actuelle	6 mois	24 mois	12 mois	vie entière	12 mois	12 mois
Trouble de l'humeur							
<i>Épisodes dépressifs caractérisés</i>	11 %			6 %	21,4 %	8 %	10 %
<i>Dysthymie³⁵</i>			2,4 %	1,6 %	7,9 %		
Troubles anxieux	24,6 %			9,2 %	22,4 %		
<i>Anxiété généralisée</i>		12,8 %		2,1 %	6 %		
<i>Troubles paniques</i>	4,2 %			1,2 %	3 %		
<i>Agoraphobie</i>	2,1 %			0,6 %	1,8 %		
<i>Phobie sociale</i>	4,3 %			1,9 %	4,7 %		
<i>Phobie spécifique</i>	0,5 %			0,3 %	11,6 %		
<i>Etat de stress post-traumatique</i>	0,7 %			2,2 %	3,9 %		

Sources : Mission d'après les études SMPG et ESMed

[6] Ces affections se déclarent dans la moitié des cas avant l'âge de 14 ans et dans 70 % des cas avant l'âge de 22 ans³⁶. 15 % des 10-20 ans auraient ainsi besoin de suivi ou de soins psychologiques sachant que, non pris en compte, ces troubles peuvent avoir un retentissement considérable sur le devenir de l'enfant en évoluant vers la chronicité³⁷.

³³ *Santé mentale en population générale : images et réalités* : enquête internationale multicentrique menée par l'Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique et le Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale en collaboration avec la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees).

³⁴ Les autres troubles (bipolarité, troubles neurodéveloppementaux, psychoses, troubles de la personnalité...) ne représentent que quelques pourcents de la population.

³⁵ Forme de dépression atténuée et chronique produisant une souffrance significative

³⁶ *Meilleures pratiques en matière de dépistage, de prévention et de traitement de cinq troubles mentaux courants chez les jeunes : revue des revues et exemples de bonnes pratiques au Québec*, Gheorghiu IL et Lesage A., 2017.

³⁷ Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie, ministère de la santé, 2018.

[7] Plus récemment, l'assurance maladie a évalué le nombre de personnes présentant au moins un trouble psychique à plus de sept millions (cf. 1.1.3 et annexe n°1), réparties en deux catégories³⁸: les personnes hospitalisées pour un motif psychiatrique et/ou ayant des droits ouverts au titre d'une affection de longue durée (ALD) pour pathologie psychiatrique (2,1 millions dont 1,3 millions de troubles névrotiques de l'humeur et 0,4 millions de troubles psychotiques), et les personnes qui reçoivent un traitement psychotrope hors maladies psychiatriques (5,1 millions)³⁹.

[8] Le nombre des maladies psychiatriques s'inscrit par ailleurs dans une tendance haussière puisque qu'entre 2012 et 2016, l'assurance maladie estime à plus de 200 000 le nombre de nouveaux traitements pour troubles psychiatriques. Cette tendance tient vraisemblablement à une combinaison de facteurs influant à la fois sur les capacités de repérage des troubles⁴⁰ et sur leur possible augmentation en lien avec l'évolution de la société⁴¹.

[9] Selon les données de la CNAM, les troubles névrotiques concernent pour les deux-tiers des femmes et des personnes plus âgées. Les troubles psychotiques touchent, quant à eux, davantage les hommes. Quels que soient les troubles, les bénéficiaires de la CMUc y sont surreprésentés.

[10] La concomitance de ces troubles psychiques est élevée, 30 % des personnes affectées de troubles anxieux étant amenées à développer un autre trouble mental au cours de leur vie⁴². Outre leur intrication fréquente, ces troubles sont souvent associés à des comorbidités somatiques, la plupart du temps non dépistées et non traitées⁴³.

[11] Le risque de maladies cardiovasculaires est ainsi particulièrement élevé parmi les personnes souffrant de dépression majeure⁴⁴. De même, près de 60 % des personnes souffrant de dépression présenteraient d'autres maladies chroniques courantes, telles que le diabète et l'hypertension⁴⁵.

[12] Enfin, ce sous-groupe de personnes est affecté d'une mortalité prématurée liée au suicide plus élevée que en population générale, 90 % des décès par suicide étant associés à des maladies mentales⁴⁶.

³⁸Rapport Charges et produits, CNAM, 2019.

³⁹ Par ailleurs, les femmes consomment deux fois plus de psychotropes que les hommes (6 % vs 2,8 %) et près de 20 % des femmes de 75 ans et plus ont un traitement anxiolytique.

⁴⁰ Du fait d'une plus grande sensibilité des pouvoirs publics et des professionnels de premier recours, mobilisation associative accrue, meilleure acceptabilité sociale et repérage plus large et plus précoce des troubles psychiques.

⁴¹ Précarisation socio-économique, modification des structures familiales, migrations, pression performative, tendance à la médicalisation des difficultés existentielles, psychologisation et psychiatrisation des problématiques sociales, l'époque secrétant pour certains une souffrance dont témoigneraient des troubles dépressifs plus fréquents et précoces.

⁴² *Les troubles anxieux constituent-ils un problème de santé publique ?* Poulin C., Erudit, 2004.

⁴³ Liés diversement à une moindre capacité d'accès aux soins, à une exposition accrue à des facteurs de risques associés (tabac, alcool, sédentarité) et aux effets secondaires des traitements.

⁴⁴ *Depression as a risk factor for mortality in patients with coronary heart disease: a meta-analysis*, Barth J., *Psychosom Med*, 2004.

⁴⁵ *Joint effect of depression and chronic conditions on disability: results from a population-based study*, Schmitz N., *Psychosom Med*, 2007.

⁴⁶ Données de mortalité de INSEE en 2017. A côté du surcroît de décès en lien avec la maladie psychiatrique (x5), on observe chez ces patients une fréquence accrue de décès (x3) en lien avec des maladies du système digestif et neuro-vasculaire.

1.1.2 Cette évolution met sous tension l'ensemble des dispositifs de prise en charge.

[13] Au-delà des retours des acteurs de terrain qui évoquent des besoins plus importants et plus complexes, les enquêtes en population générale mettent également en évidence un problème d'accès à des soins adaptés et pertinents.

[14] Outre la méconnaissance qui entoure les troubles psychiques et les maladies psychiatriques, leur stigmatisation et leur déni possible de la part des patients peut expliquer en partie un recours tardif aux soins.

[15] Ce problème d'accès et cette possible inadéquation aux besoins s'observent quel que soit le public accueilli.

[16] Les structures dédiées aux enfants et aux adolescents (centre médico-psychologique -CMP-, centre médico-psycho-pédagogique -CMPP-) sont ainsi saturées par la hausse continue de la demande, avec parfois des délais de réponse de plusieurs mois et des prises en charge dégradées. Cette hausse s'accompagne d'une évolution des profils de prise en charge, caractérisés par une plus grande intensité et précocité des troubles⁴⁷.

[17] En sus de la démographie défavorable de la pédopsychiatrie⁴⁸, les structures doivent faire face à l'inadéquation de l'offre libérale et à la moindre attractivité des salaires du milieu hospitalier et médico-social⁴⁹. Ce qui a d'ailleurs conduit l'Igas à proposer la possibilité d'élargir les modalités d'accès au secteur libéral via une meilleure prise en charge par l'assurance maladie, notamment pour les psychologues⁵⁰.

[18] Chez les adultes, la demande augmente également, et le nombre de psychiatres en activité tend progressivement à être insuffisant, évolution fortement aggravée par la disparité de leur implantation territoriale. Il n'existe pas de données consolidées permettant d'objectiver cette situation au plan national, mais toutes les ARS rencontrées par la mission ont relayé ce constat⁵¹.

1.1.3 Dans ce contexte d'inflation de la demande et d'inadéquation de l'offre, la prise en charge des troubles psychiques est devenu un enjeu financier majeur.

[19] Du fait de leur prévalence élevée et d'une offre de soins insuffisante et/ou inadaptée, les troubles psychiques représentent aujourd'hui un poids considérable d'un point de vue économique et social. Les conséquences de ces affections se retrouvent aussi bien dans les coûts directs (médicaux et non médicaux) que dans les coûts indirects (liés à la moindre productivité des entreprises du fait d'une participation à l'emploi plus faible et des coûts supportés par les individus, les familles et qui y sont confrontés).

⁴⁷ Cf. rapport IGAS 2018-005R relatif à l'*Évaluation du fonctionnement des Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), des Centres Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) et des Centres Médico-Psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ)*.

⁴⁸ Les effectifs de pédopsychiatres ont baissé de 48 % de 2007 à 2016 (activité libérale et salariée confondues). La situation risque encore de s'aggraver dans les années à venir (74 % des pédopsychiatres étant âgés de plus de 60 ans en 2016).

⁴⁹ Cf. rapport IGAS 2018-005R cité en note 37.

⁵⁰ Cf. rapport IGAS 2017-064R relatif à l'*Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*.

⁵¹ Cette hausse et cette complexification des besoins s'observent aussi parmi les adultes incarcérés, comme le montre le rapport IGAS-IGJ 2018-072R relatif à l'évaluation des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les détenus souffrant de troubles mentaux.

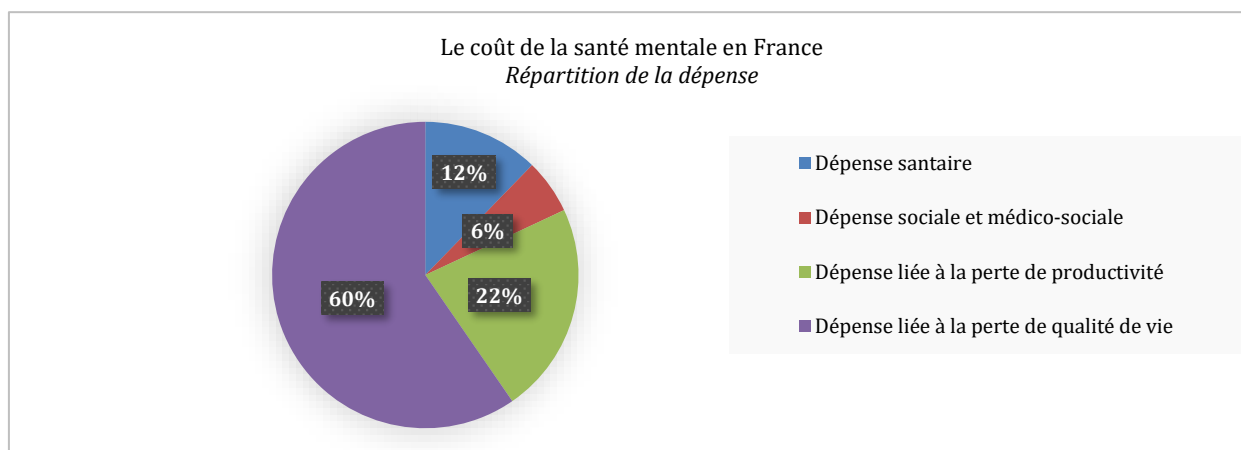
[20] Ces coûts liés à l'extrême tension de la demande sont grevés par les complications de problèmes psychiques non pris en compte et la sur-morbidité somatique observée chez une part importante des patients (cf. supra 1.1.2).

[21] Sans compter l'impact associé à la perte de qualité de vie, les problèmes de santé mentale engendreraient ainsi un coût total supérieur à 600 milliards d'euros (soit plus de 4 % du PIB) dans les 28 pays de l'Union Européenne⁵².

[22] Selon la CNAM, la dépense de soins ambulatoires et hospitaliers associée aux «maladies psychiatriques»⁵³ représente en France 14 milliards d'euros⁵⁴. L'ensemble des « prises en charge par psychotropes » s'élevant par ailleurs à 6 milliards d'euros, le coût médical global directement associé à ces affections est de 20 milliards d'euros pour les bénéficiaires du régime général et de 23 milliards d'euros en extrapolant aux autres régimes, soit 14 % des dépenses d'assurance maladie.

[23] En intégrant les coûts indirects, la dépense annuelle associée à ces prises en charge correspond à environ 4 % du PIB, soit 109 milliards d'euros (cf. graphique 1), dont 60 % sont liés à la perte de qualité de la vie⁵⁵.

Graphique 1 : Le coût de la santé mentale en France



Source : Chevreur (2012)

[24] Ces chiffres concordent avec les données de la Cour des Comptes qui a évalué à 107 Md€ le coût économique et social de ces pathologies⁵⁶, montrant que les coûts indirects représentent une grande partie du total des dépenses de santé associées à la prise en charge de ces affections.

⁵² *Health at a Glance: Europe 2018 : State of Health in the EU Cycle, OCDE, 2018*. Ces dépenses intègrent des coûts directs évalués à 170 milliards d'euros (1,2 % du PIB) pour les dépenses consacrées aux programmes de sécurité sociale, et à 190 milliards d'euros (1,3 % du PIB) pour les dépenses directement allouées aux soins de santé et des coûts indirects, liés aux taux d'emploi et à la productivité moins élevés des personnes atteintes, évalués à 260 milliards d'euros (1,6 % du PIB).

⁵³ Les personnes prises en charge pour une maladie psychiatrique sont celles pour qui on retrouve une hospitalisation pour un motif psychiatrique et/ou des droits ouverts au titre d'une ALD pour une pathologie psychiatrique (CIM-10).

⁵⁴ Rapport charges et produits, CNAM, 2019.

⁵⁵ *The cost of mental disorders in France*, Chevreur K., Eur Neuropsychopharmacol, 2013. Cette étude qui adopte une perspective sociétale intègre au sein des coûts indirects les coûts dits « intangibles » associés à la perte de qualité de vie. La qualité de vie est mesurée par l'indice QALY (« *Quality Adjusted Life Year* » ou espérance de vie corrigée de la qualité), mesure de l'utilité perçue par les patients d'une action médicale qui vise à évaluer l'espérance de vie avec la notion de qualité de vie. Une année de vie en bonne santé correspond à un QALY de 1 ; une intervention causant la mort correspond à un QALY de 0 et toute année de vie dont les conditions sont affectées, par exemple du fait d'un handicap, correspond à un QALY situé entre 0 et 1. Dans son étude, Chevreur prend pour hypothèse qu'un QALY de 1 équivaut au PIB par habitant en France en 2007 (soit 29 765 euros).

⁵⁶ *L'organisation des soins psychiatriques*, Cour de Comptes, 2011 ; *Psychiatrie : l'état d'urgence*, Institut Montaigne, 2018.

[25] Cette prévalence forte et haussière des troubles psychiques, et les coûts très importants qui y sont associés ont conduit et conduisent un certain nombre de pays à revoir les modalités d'intervention, les organisations et la place des professionnels qui interviennent dans les parcours de prise en charge de ces maladies (Cf. partie 2.2.2).

1.2 Les principes de prise en charge reposent principalement sur une approche médicale

[26] En France, l'offre de soins psychiques s'est historiquement structurée à partir de l'hôpital, avec un déploiement hors les murs d'équipes pluri-professionnelles (médecins, psychologues, infirmières) initié dans le cadre de la sectorisation il y a une soixantaine d'années.

[27] Cet hospitalo-centrisme a eu deux conséquences importantes : d'une part, il a, du fait d'une forte surreprésentation du secteur public, contribué à réduire l'attractivité de certaines régions pour les professionnels de santé libéraux. D'autre part, en concourant au maintien d'une forte médicalisation des soins psychiques, il a joué un rôle dans le maintien des psychologues et des psychothérapeutes à la lisière du secteur sanitaire, même si les positionnements identitaires de ces derniers y sont également pour beaucoup.

[28] La disparition en 1992 de la spécialisation psychiatrique au sein de la formation infirmière-même si elle a été commandée par un objectif de meilleure formation somatique- a accentué cette prédominance de l'approche médicale⁵⁷. Ce primat du médical s'explique aussi par la défiance exprimée par certains psychiatres envers toute forme d'activité non médicale dans le champ de la souffrance psychique. A titre d'illustration, Santé publique France a évoqué le projet avorté de transposition du programme d'aide en ligne néerlandais « *Color your life* »⁵⁸, plateforme d'information, de prévention et de soutien à distance pour les patients atteints de troubles légers et pour les professionnels de santé (PS), certains représentants de la psychiatrie jugeant inappropriés et risqués ces modes d'intervention déployés dans d'autres pays d'Europe⁵⁹.

[29] De plus, la moitié des psychothérapies étant assurée par des psychiatres⁶⁰, cette résistance pourrait aussi s'expliquer pour certains d'entre eux, par la crainte de perdre une partie de leur activité.

[30] Identifié en population générale comme le professionnel qui serait le plus consulté en cas de problème psychologique, le médecin généraliste assure –volens, nolens- de manière habituelle la détection et le traitement des troubles légers et modérés, notamment de la dépression et des troubles anxieux, et l'accompagnement psychiatrique et somatique des troubles graves stabilisés.

⁵⁷ Concrètement, les infirmier-e-s ont perdu une partie de leur compétence, entraînant un recentrage des prises en charges sur les médecins.

⁵⁸ « *Colour your life* » est un programme de thérapies cognitivo-comportementales (TCC) en ligne proposant des interventions autonomes et préventives pour les personnes souffrant de formes légères de dépression, utilisé comme alternative par les centres de soins de santé mentale en Flandre.

⁵⁹ Voir notamment « *Sustainable prevention with e-mental health* », Dr. H. Ripper, *Innovation Centre of Mental Health & Technology*, Trimbos Institute, journées de la prévention, INPES 2010.

⁶⁰ *Recours à la psychothérapie en France : Résultats d'une enquête épidémiologique dans quatre régions françaises*, Husky M, Kovess-Masfety V, *Actualité documentaire en santé publique*, n° 97 décembre 2016.

[31] Selon les estimations⁶¹, 15 à 40 % de la file active des médecins généralistes présenteraient un trouble mental ou une souffrance psychique, ce qui en fait la porte d'entrée naturelle de ce type de patients dans le système de soins, les données disponibles montrant en effet que ces patients sont réticents à consulter directement un spécialiste de santé mentale⁶².

[32] Face à ces situations qui combinent une souffrance généralement associée à des événements de vie (séparation, divorce, perte d'emploi, souffrance au travail...), situation de loin la plus fréquente, et des problèmes en lien avec une organisation psychique dysfonctionnelle, qui relève plus de la psychiatrie, l'omnipraticien peut se trouver démuni.

[33] Alors que la profession est dans son ensemble bien formée pour prendre en charge les autres pathologies somatiques, une partie méconnaît, voire ignore, l'existence d'outils et des méthodes d'usage courant pour repérer, accompagner ou orienter les problèmes psychiques⁶³, avec pour effet collatéral, la prescription de psychotropes comme seul traitement.

Encadré 2 : Prescription des psychotropes

Les médecins généralistes sont à l'initiative de près de 90 % des prescriptions d'antidépresseurs⁶⁴. Près de 40 % des patients ne reçoivent qu'une seule délivrance et la durée du traitement est inférieure à 6 mois pour plus de 79 % des patients. Le suivi médical après une première prescription est également tardif (médiane de 27 jours), alors que celui-ci est nécessaire pour évaluer l'efficacité, la tolérance, l'adhérence et le risque suicidaire. Le suivi prolongé de ces patients renforce ce constat.

Parmi les patients ayant une seule délivrance d'antidépresseurs, la survenue d'une hospitalisation en psychiatrie, l'instauration d'une prise en charge pour affection de longue durée ou un arrêt de travail d'au moins six mois pour motif psychiatrique, considérés comme des critères de gravité, sont en fait très rares dans les trois années après la primo-prescription (moins de 3 % de ces patients), la très grande majorité des patients n'étant plus sous antidépresseur.

Si une mauvaise adhésion du patient à son traitement ou des effets indésirables peuvent parfois expliquer la délivrance unique, beaucoup de ces cas semblent correspondre à des épisodes dépressifs légers pour lesquels le traitement médicamenteux ne doit pas être systématique ou des symptômes dépressifs ou anxieux transitoires pour lesquels il n'est pas recommandé d'instaurer de traitement antidépresseur⁶⁵.

⁶¹ « Place de la santé mentale en médecine générale », *L'information psychiatrique*, 2014, 90, 5, p. 311-7. Milleret G., Benradia I., Guicherd W., Roelandt J.-L. À leurs dires, les médecins généralistes sont souvent consultés pour des troubles anxieux, dépressifs, des addictions à l'alcool ou des troubles chez la personne âgée. À l'inverse, ils déclarent que les consultations pour des problèmes liés à la consommation de produits illicites, aux troubles psychotiques ou aux troubles chez l'enfant représentent une part plutôt faible dans leur activité.

⁶² Le recours spontané aux psychologues serait de 20 à 30 %, et celui à la psychiatrie publique, plus faible encore, du fait des réticences des patients (dénis, peur de la stigmatisation, image négative de la psychiatrie), du manque de place et des délais d'attente trop longs ainsi que des problèmes de communication et de liaison.

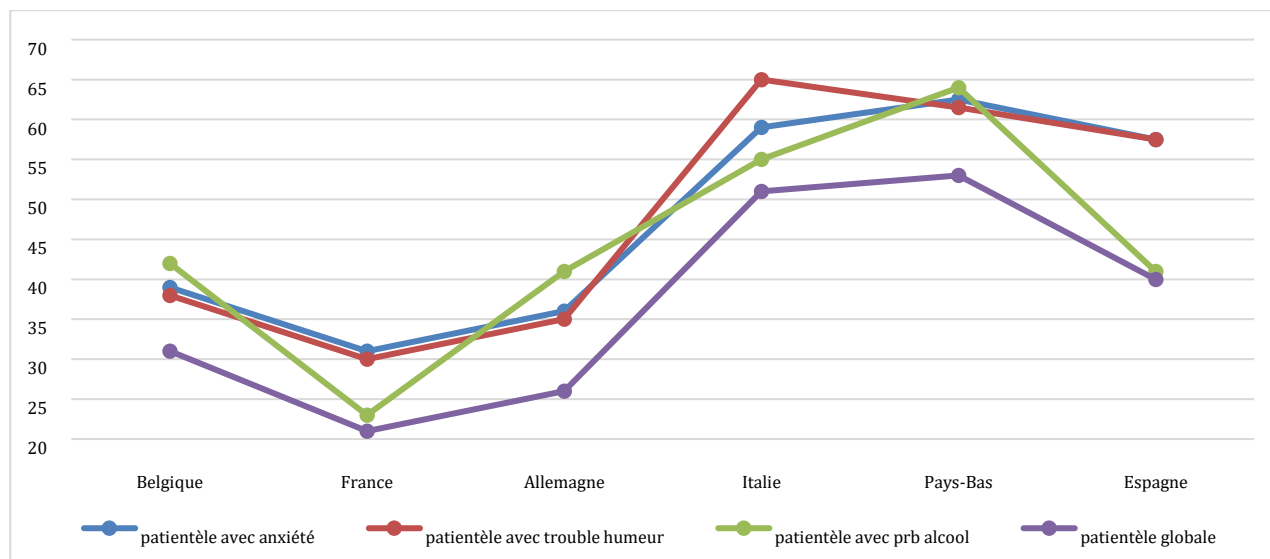
⁶³ Comme par exemple les recommandations de bonnes pratiques de la HAS portant sur les affections psychiatriques de longue durée : troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte (février 2009), la prise en compte de la souffrance psychique de la personne âgée : prévention, repérage et accompagnement (avril 2014), les manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours (novembre 2014), le repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout (mars 2017) ou l'épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours (octobre 2017).

⁶⁴ *Cohort of one million patients initiating antidepressant treatment in France: 12-month follow-up*, Fagot A, *Int J Clin Pract*, 2016.

⁶⁵ Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours, HAS, 2017.

[34] Pour autant, les médecins généralistes semblent assez peu enclins à adresser leur patient à un spécialiste de la santé mentale, qu'il s'agisse d'un psychiatre ou d'un psychologue, ce, quel que soit le symptôme d'appel. En comparaison avec d'autres pays européens⁶⁶, cette tendance paraît même particulièrement marquée en France (cf. graphique 2).

Graphique 2 : Part globale et par type de troubles des patients adressés par leurs médecins généralistes à un spécialiste de santé mentale dans six pays d'Europe



Sources : mission, d'après ESMed

[35] De fait, seule une minorité des patients reçus par les psychologues leur sont adressés par un médecin généraliste⁶⁷. Si les échanges et les relations se sont développés dans les dernières décennies, la collaboration entre médecins généralistes et psychologues reste dans son ensemble de mauvaise qualité, du fait d'une faible connaissance réciproque des rôles et compétences de chacun, acculturation qui suppose du temps et des interactions (cf. partie 2 et 3).

[36] Cette situation aboutit le plus souvent à une absence ou une carence d'approche coordonnée au bénéfice du patient. Elle devra évoluer, notamment pour entrer dans le cadre du « collectif de soins » qui est l'un des trois axes du projet de loi Ma santé 2022⁶⁸.

[37] Par ailleurs, hormis la défiance que certains d'entre eux peuvent avoir vis-à-vis des psychothérapies, les médecins généralistes hésitent aussi à adresser leurs patients vers les psychologues du fait du non remboursement de la consultation⁶⁹ (cf. infra).

⁶⁶ Données de l'étude *European Study of Epidemiology of Mental Disorder (ESEMeD)*, 2004.

⁶⁷ « Collaboration entre médecins généralistes et psychologues : le point de vue des psychologues », thèse de médecine générale, Y. Verges, 2017. Par ailleurs, d'après l'étude MGEN/OpinionWay « Les Français et la santé mentale », 2014, seuls 14 % des patients bénéficiant d'une psychothérapie rapportent y avoir accédé sur proposition de leur médecin traitant.

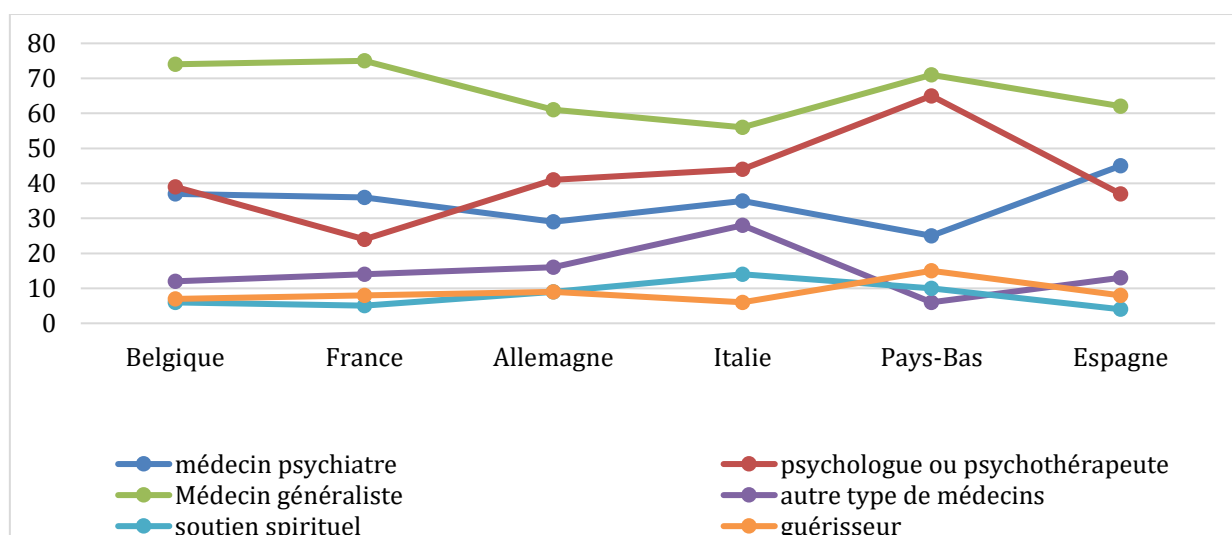
⁶⁸ Loi N°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé. Ce collectif de santé au service des patients impose que l'ensemble des professionnels de santé s'organisent à l'échelle d'un territoire (communautés professionnelles territoriales de santé - CPTS-) notamment pour mieux coopérer entre médecins de toutes spécialités, et plus particulièrement autour des pathologies chroniques.

⁶⁹ Interrogés sur le sujet en 2012, neuf médecins généralistes sur 10 déclaraient que le non remboursement était un frein à l'accès aux psychothérapies, in *La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville*, Dumesnil H et al, études et résultats, Drees, n°820, septembre 2012.

1.2.1 La formation des psychologues est éloignée du système de soins

[38] Alors qu'ils constituent une ressource importante pour la prise en charge ambulatoire de certains troubles psychiques dans un contexte de saturation de l'offre, les psychologues peinent globalement à trouver leur place dans le dispositif de soins, tendance également plus marquée en France que dans d'autres pays voisins (cf. graphique 3).

Graphique 3 : Type d'aide en cas de troubles psychiques dans l'année écoulée dans 6 pays d'Europe



Source : *Mission, d'après ESMed*

[39] Ce constat tient à des questions d'accessibilité à ces professionnels mais aussi à l'idée qu'on s'en fait :

- s'agissant de l'accessibilité, le fait que les consultations ambulatoires en psychologie clinique ne fassent pas l'objet d'un remboursement par l'assurance maladie est le frein le plus souvent évoqué dans la littérature ou les enquêtes en population générale à l'accessibilité aux soins psychologiques⁷⁰. Mais les usagers potentiels citent aussi fréquemment le défaut d'information sur l'accès à ces professionnels et, dans une moindre mesure, leur absence ou leur faible nombre ;
- la perception que les usagers potentiels ont de la profession joue également un rôle dans leurs réticences à y recourir. Au-delà de la difficulté, classique bien que moins prégnante qu'autrefois, à reconnaître qu'on souffre psychiquement et à requérir de l'aide, certains mettent en avant leur appréhension à se confier à un tiers dont ils ne cernent pas toujours les méthodes et/ou les compétences. Ce dernier aspect est cependant à mettre en balance avec le fait qu'une majorité de personnes considèrent que leur médecin traitant n'est pas le recours le plus adapté en cas de troubles psychiques ;

⁷⁰ Le coût de la consultation à la charge du patient est évoqué comme frein par 67 % des répondants dans le sondage *Opinionway/MGEN « Les français et la santé mentale »* représentatif de la population âgée de 18 ans et plus, décembre 2014,

- ▶ autre biais de perception qui peut limiter le recours aux psychologues ; la défiance qu'ils peuvent inspirer aux autres professionnels de santé. Si cette attitude s'explique en partie par l'absence de connaissance réelle du métier de psychologue et la difficulté parfois rencontrée à échanger avec eux, elle est aussi articulée à la question de leur formation, considérée comme hétérogène et peu lisible (cf. partie 3). Ces derniers aspects ont été systématiquement mis en avant par les intervenants rencontrés. De plus, la variété des modèles théoriques (« épistémologies ») au sein de la psychologie clinique se conjugue parfois avec la prédominance d'une approche sur les autres.

Encadré 3 : Prédominance historique du fait psychanalytique

D'après le Pr Graziani⁷¹, le positionnement particulier des psychologues cliniciens français par rapport à la plupart de leur homologues européens ou nord-américains tient à l'histoire.

Il y a trente ans, la plupart des psychologues cliniciens étaient d'obédience psychanalytique, et rejetaient à ce titre toute forme de contrôle social (ne pas dépendre de l'administration de la santé, de l'assurance maladie ou du pouvoir médical) tout en considérant la possibilité d'un remboursement contreproductif pour la guérison du patient (selon le principe qui veut que le travail lui en coûte).

Cette prédominance historique du fait psychanalytique n'a sans doute pas favorisé le rapprochement des contenus pédagogiques et des pratiques cliniques des autres professions de soins, notamment du fait de leur éloignement de la culture de l'évaluation scientifique et des recommandations de bonnes pratiques qui en découlent.

[40] Par ailleurs, au-delà de la variabilité de ses contenus universitaires, la formation des psychologues manque, aux dires de la plupart des enseignants rencontrés, de scientificité et de spécificité : les contenus théoriques seraient trop généralistes (ex : philosophie au niveau licence) et pas toujours suffisamment orientés sur la pratique.

[41] Si ce particularisme présente l'avantage d'offrir aux étudiants indécis des passerelles et des réorientations pertinentes, il désavantage ceux qui ont besoin d'un ancrage plus fondamental pour se repérer dans l'analyse de la littérature scientifique et disposer de bases à l'évaluation des pratiques comme c'est le cas dans d'autres pays où les psychologues cliniciens sont bien intégrés au système de soins (Hollande, Belgique, Royaume-Uni)⁷².

[42] Plus encore, à l'Université du Québec à Montréal (Canada), où la structure de la formation est différente (statistiques, mathématiques...), et l'apprentissage de la pratique plus développé (internat clinique dédié, formations obligatoires aux différentes approches thérapeutiques, travail en supervision médicale), les psychologues font partie intégrante du système de santé.

Encadré 4 : L'internat de psychologie clinique en Amérique du nord

Au Canada, comme aux États-Unis, les futurs psychologues doivent obligatoirement entreprendre un internat avant d'obtenir leur titre de docteur en psychologie. D'une durée de 1 600 heures, il correspond donc à un an à plein temps ou deux ans à temps partiel et offre une formation professionnelle axée sur les deux dimensions de l'évaluation et de l'intervention psychologiques.

⁷¹ Professeur des universités en psychologie clinique et psychopathologie à l'Université de Nîmes et d'Aix-Marseille membre de l'Association Française des thérapies cognitivo-comportementales (AFTCC), membre du comité de pilotage de l'expérimentation CNAM sur les troubles psychiques légers à modérés.

⁷² Pour tenter d'harmoniser les formations des psychologues en Europe, la fédération européenne des associations de psychologues (EFPA) s'est appuyée sur l'article 15 de la directive européenne sur la reconnaissance des qualifications professionnelles 2005/36/EC pour proposer à la CE et aux états membre la certification EUROPSY qui définit des acquis minimaux pouvant aller jusqu'à la reconnaissance automatique des qualifications professionnelles.

Cet internat rémunéré peut s'effectuer dans différents lieux (hôpitaux, écoles, centres pénitentiaires, etc.) accrédités par la Société Canadienne de Psychologie ou par l'Association américaine de psychologie.

Sous la supervision d'un docteur en psychologie, les internes effectuent diagnostics, évaluations, psychothérapies, sensibilisations et peuvent collaborer à des recherches et à des présentations scientifiques.

[43] Par ailleurs, la fonction de psychologue clinicien s'exerce dans des secteurs d'activité très variés, ce qui complique encore l'identification et le dénombrement des ressources disponibles dans le champ de la santé⁷³.

[44] Sur le plan de la pratique clinique, l'hétérogénéité des formations se manifeste également à travers la valeur pédagogique variable des terrains de stages. Au regard de la demande, les stages formateurs sont parfois difficiles à trouver, conduisant les étudiants à des choix par défaut qui ne sont pas toujours qualifiants.

[45] Placé sous la responsabilité conjointe d'un psychologue praticien-référent titulaire du titre de psychologue, exerçant depuis au moins trois ans, et d'un maître de stage qui est un des enseignants-chercheurs du master mention psychologue, le stage est proposé soit par l'étudiant, soit par l'équipe enseignante. Il est agréé par le responsable de la mention psychologie du master. Cet agrément porte sur les objectifs du stage et ses modalités d'encadrement, notamment le choix du psychologue praticien-référent⁷⁴.

[46] En l'absence d'obligations minimales standardisées en termes de contenu et de compétences à acquérir, les stages qui doivent donner accès à des contextes cliniques formateurs ne le font pas toujours, selon le niveau d'encadrement et d'initiative laissé à l'étudiant.

[47] Cette absence de prérequis communs a pour conséquence de laisser exercer des psychologues fraîchement diplômés qui n'ont jamais été confrontés à des situations cliniques complexes et/ou sévères par manque d'immersion dans l'univers de la psychopathologie (avec notamment le risque de maintenir en suivi quelqu'un qui relève de soins psychiatriques).

[48] De surcroît, si les psychologues n'interviennent jamais en première intention dans le parcours de soins publics⁷⁵, ce n'est pas le cas dans le secteur libéral où, selon le syndicat national des psychologues (SNP), près d'un tiers des nouveaux diplômés s'installerait directement sans passer par l'exercice institutionnel où il leur aurait été possible de parfaire leur formation dans un cadre pluridisciplinaire et supervisé.

[49] Enfin, l'excellence de la formation professionnelle n'est pas particulièrement encouragée en France où existent pourtant des opportunités d'aller plus loin que le diplôme licence-master (titre de psychothérapeute, titre de docteur, habilitation à diriger des recherches ...), mais sans aucune valorisation associée⁷⁶.

⁷³ A l'occasion des expérimentations, les ARS se sont livrées à un travail de cartographie pour identifier les psychologues cliniciens disponibles sur leur territoire. Elles ont rencontré dans certains cas des difficultés pour obtenir des attestations de validation de stage et/ou statuer sur leur validité.

⁷⁴ Arrêté du 19 mai 2006 relatif aux modalités d'organisation et de validation du stage professionnel prévu par le décret n° 90-255 du 22 mars 1990 modifié fixant la liste des diplômes permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue.

⁷⁵ Psychologues intervenant au sein de l'hôpital (CMP, secteurs pédiatrie, gériatrie, rééducation fonctionnelle, unités médico-judiciaires), mais aussi de structures médicosociales (CMPP, CAMPS, EPHAD), de service d'aide social à l'enfance et de protection maternelle et infantile, en crèche, au sein de centre communal d'action sociale, de services d'éducation nationale ou de la protection judiciaire de la jeunesse.

⁷⁶ Qu'il soit bac +5, +8 ou +10, le psychologue se situe au même niveau sur la grille salariale à ancienneté égale, l'employeur public ne valorisant pas le niveau de formation après bac +5.

1.2.2 La place et le rôle des psychologues cliniciens sont mal définis

[50] La position et le rôle des psychologues au sein du système de santé sont incertains et révèlent en partie des discordances en leur sein.

[51] Bien que se considérant comme des soignants, ils ne se sont jusqu'à présent pas emparés des outils de régulation qui existent pour les autres professionnels de la santé. Leur identité est aussi marquée par des différences d'approche dont certaines peuvent les éloigner des démarches d'évaluation fondées sur les preuves et les recommandations de bonnes pratiques (RBP). Les psychologues sont aujourd'hui à l'écart des instruments de la régulation sanitaire : déontologie adossée à un ordre professionnel ; évaluation de l'offre ; négociation de références tarifaires à l'acte...

[52] Sur ce dernier point, ils se caractérisent plutôt par une volonté de s'organiser par eux-mêmes, qu'il s'agisse de la formation, de la déontologie ou de la connaissance de l'offre ; cela, même si l'absence de statut et de cadre d'activité clarifiés sont bien identifiés par nombre d'entre eux comme un frein au développement de la profession. Il demeure donc que les psychologues ne forment pas une profession organisée. « *Ils constituent aujourd'hui un groupe professionnel, sans savoir stabilisé ni codifié, traversé de désaccords sur les approches et les pratiques, avec un accès à la profession peu réglementé et sans limitation de la concurrence* »⁷⁷.

[53] A cet égard, les syndicats de psychologues rencontrés par la mission⁷⁸ attendent peu ou prou du ministère de la santé qu'il reconnaisse pleinement leur place de professionnels de la santé psychique et qu'il identifie avec le ministère de l'enseignement supérieur les évolutions en matière de formation pour répondre aux transformations nécessaires à leur meilleure reconnaissance. Mais pour rester autonomes, ils considèrent cependant que les psychologues cliniciens ne peuvent intégrer le Code de la santé publique afin de conserver leur " *place singulière, ni médicale, ni paramédicale, et aussi pour que la souffrance psychique soit reconnue, nommée et pas prioritairement psychiatisée ou médicalisée* »⁷⁹.

[54] Ainsi, à leurs yeux, l'autonomie d'exercice dans le secteur libéral (ils ne dépendent pas d'une prescription médicale) ne peut les faire assimiler à des auxiliaires médicaux. Sous cet angle, l'hypothèse d'une évolution vers le statut de professionnel de santé est considérée par les syndicats comme une mise sous tutelle de la profession par l'assurance maladie.

[55] A leurs yeux également, si les psychologues devaient devenir profession de santé, ce ne pourrait donc être qu'au même rang que les médecins, dentistes, pharmaciens et sages-femmes, c'est à dire indépendamment de toute prescription médicale⁸⁰.

[56] Toutefois, sur ce sujet sensible, la mission constate un certain écart entre les positions des syndicats et les professionnels de terrain rencontrés. Les retours des expérimentations de la CNAM (cf. partie 2 et annexe n°4) montrent en effet que la plupart des psychologues sont prêts à entrer dans le parcours de soins contre remboursement, ne contestant ni l'adressage via une prescription du médecin, ni le principe d'une activité collaborative avec d'autres professionnels.

⁷⁷ *Psychologue en Europe : une profession qui s'organise*, conférence-débat APIRAF, 20 mai 2014, Pr. P. Sarnin, Lyon 2.

⁷⁸ SNP, FFPP.

⁷⁹ Propos attribués à D. Thouvenin, professeur de droit de la santé, sollicitée pour savoir si les psychologues gagneraient à rentrer dans le code de la santé publique in « le CSP : nouveau graal des psychologues ou système à rénover ? », *Psychologues et Psychologies* n°258/259, décembre 2018.

⁸⁰ Et même pour les plus maximalistes, avec l'autorisation de prescrire des psychotropes en complément de leur prise en charge non médicamenteuse.

[57] Les taux d'inclusion importants de psychologues dans les départements expérimentateurs visités par la mission font écho aux résultats d'une enquête en ligne de la FFPP sur l'expérimentation CNAM « Ecout'émoi », très largement diffusée par les réseaux professionnels à laquelle 1350 psychologues ont répondu et qui montre que près de 96 % d'entre eux sont favorables au remboursement des consultations, et que près des deux tiers également favorables à un remboursement si celui-ci devait être soumis à prescription médicale⁸¹.

[58] La tarification de la consultation constitue l'autre point d'achoppement majeur, qu'il s'agisse des psychologues libéraux qui participent à l'expérimentation de la CNAM et qui sont *a priori* disposés à intégrer un parcours de soins, ou des psychologues travaillant au sein du service public, plutôt défavorables à l'expérimentation, premier jalon d'après eux d'une para-médicalisation de la profession. Ces derniers mettent parallèlement en avant le manque de reconnaissance institutionnelle et le gel de la revalorisation salariale dans le secteur public depuis 1992⁸².

[59] Au-delà des réponses directes à ces difficultés (cf. partie 3 du rapport), le constat central demeure qu'une présence renforcée des psychologues aux cotés des psychiatres - et mieux encore dans le cadre d'une prise en charge coordonnée (cf. infra) - est une opportunité pour améliorer l'accès aux soins psychiques et pour éviter que l'état des patients ne se dégrade.

[60] Cette présence accrue des psychologues n'est pas destinée à pallier la pénurie de psychiatres mais à contribuer à la fluidification des parcours en recevant des patients dont les troubles ne relèvent pas, ou pas nécessairement, d'une prise en charge psychiatrique. De fait, un glissement informel de tâches est déjà à l'œuvre entre psychiatres et psychologues, psychiatres et infirmiers, compte tenu entre autres de la charge de travail et des vacances de postes de psychiatres dans certains territoires.

[61] S'agissant de la construction d'une prise en charge coordonnée des personnes en souffrance psychique, il est également important de rappeler, en regard de l'hétérogénéité de formation des psychologues évoquées, l'insuffisance de la formation des médecins généralistes à la prise en charge des troubles psychiques, ainsi que le manque de formation récemment objectivé des internes en psychiatrie aux psychothérapies alors que ceux-ci sont amenés à en conduire une partie importante⁸³.

⁸¹ Fédération française des Psychologues et de Psychologie, Fédérer n°89, octobre 2017.

⁸² Collectif Psychologues UFMICT-CGT.

⁸³ La formation aux psychothérapies des internes en psychiatrie en France : résultats d'une analyse qualitative. *Santé mentale au Québec*, 40 (4), 201-215, Van Effenterre, A., Azoulay, M., Briffault, X., Dezetter, A. & Champion, F. (2015).

2 BIEN QUE NON ENCORE EVALUES, LES DISPOSITIFS PERENNES ET EXPERIMENTAUX EN COURS VISENT A MIEUX ASSOCIER LES PSYCHOLOGUES SANS TOTALEMENT CLARIFIER LEUR PLACE

2.1 Ces dispositifs visent à améliorer les réponses à la souffrance psychique en renforçant l'orientation des patients et en facilitant l'exercice pluridisciplinaire coordonné

[62] Depuis quelques années, des dispositifs, pérennes ou expérimentaux, se sont développés en France avec l'objectif d'améliorer la prise en charge des troubles psychiques. Ces initiatives cartographiées par la mission (cf. annexe n°4) relèvent de principes d'organisation différents mais ont en commun de renforcer les articulations entre le médecin généraliste et les autres professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale⁸⁴. Elles cherchent également à mieux associer les psychologues dans un souci de fluidification des parcours en vue de prodiguer des soins plus adaptés des besoins des patients.

[63] En favorisant l'accès aux psychologues, ces initiatives sont cohérentes avec les objectifs présentés par la ministre des Solidarités et de la Santé le 28 juin 2018 dans le cadre de la feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie⁸⁵ :

- promouvoir le bien être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance et les troubles psychiques et prévenir le suicide ;
- garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ;
- améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

[64] Co-construites avec les acteurs et reposant sur des recommandations de bonnes pratiques, ces initiatives s'inscrivent dans le contexte général de forte demande détaillé en première partie et d'organisation d'ensemble de la démarche des autorités sanitaires (cf. schéma 1 infra).

[65] Ces dispositifs se distinguent toutefois selon le rôle du psychologue, ses interactions avec les autres professionnels intervenant dans le cadre de la prise en charge, la nature du trouble psychique traité et son intensité, ainsi que les sources de financement et les modes de rémunération. En revanche, ils ont généralement en commun les mêmes processus de vérification de la qualification et des compétences des acteurs, de définition des missions et de fixation du niveau de rémunération.

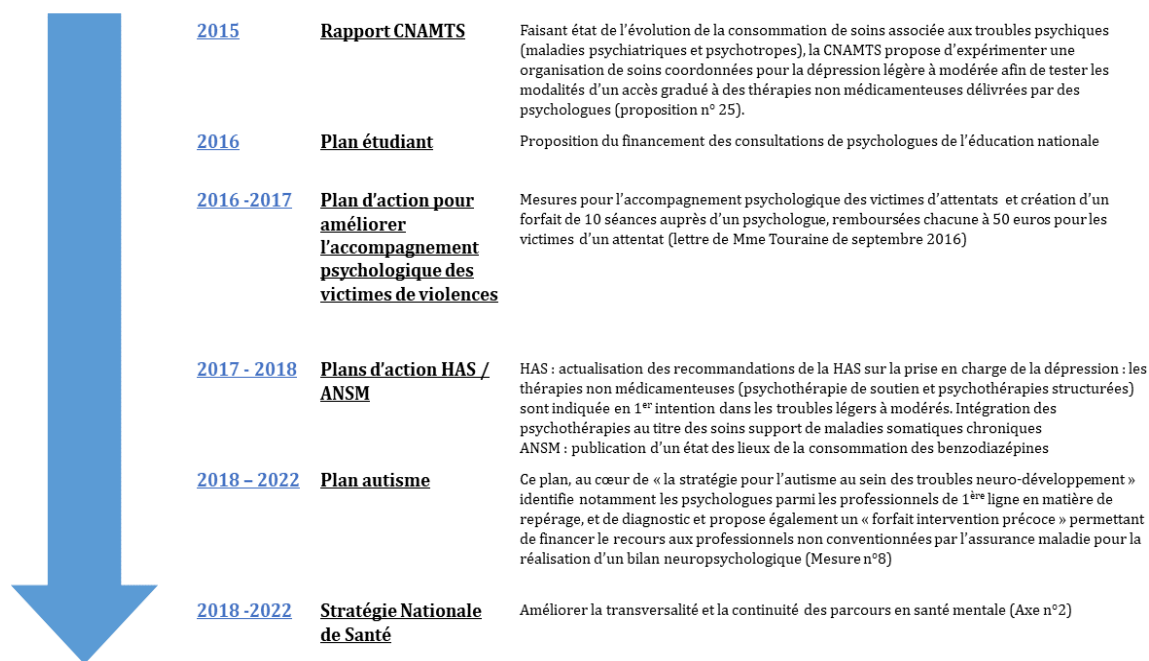
[66] En amont de certains dispositifs pérennes ou expérimentaux, le statut de psychologue clinicien retenu par l'Agence Régionale de Santé (ARS) constitue un prérequis à leur participation (diplôme de master 2 avec la mention psychologie clinique et pathologique, plus la validation d'au moins un stage en psychiatrie).

⁸⁴ Ces dispositifs étaient déjà opérationnels ou en cours d'expérimentation. La mission n'a pas traité de la mise en œuvre de la mesure 8 du plan autisme (en cours de finalisation) ni des dispositifs de soins somatiques chroniques pouvant recourir à des psychologues (hors expérimentation étudiés par la mission). Pour autant, ces publics qui ont besoin de soins délivrés par des psychologues sont potentiellement concernés par les réflexions de la mission (recommandation 3.)

⁸⁵ Présentée le 28 juin 2018 par la ministre des Solidarités et de la Santé et la secrétaire d'État chargée des Personnes handicapées, cette feuille de route constitue un plan d'ensemble pour changer le regard sur ces maladies, sur les troubles psychiques. Elle est composée de mesures issues de travaux collectifs, dont les premières (dites d'urgence) ont été annoncées au congrès de l'encéphale du 28 janvier 2018.

[67] En respectant le principe du parcours de soins coordonnés et le rôle du médecin traitant, l'adressage vers le psychologue se fait sur prescription médicale. L'omnipraticien, jouant le rôle de « *gate-keeper*⁸⁶ », établit le diagnostic d'un trouble pouvant relever d'une prise en charge psychologique mais écarte aussi les diagnostics différentiels (troubles somatiques à expression psychiques) et les autres situations (risque suicidaire, pathologies sévères...) nécessitant une prise en charge psychiatrique adaptée (hospitalisation, avis psychiatrique).

Schéma 1 : Contexte associé à la mise en place des dispositifs innovants en santé mentale



Source : *Mission*

[68] De surcroît, le médecin demeure le garant du suivi, tant sur le plan somatique (comorbidités) qu'en termes de santé publique (bilan annuel et coordination des éléments versés au dossier médical partagé -DMP⁸⁷).

[69] Outre produire un bilan clinique, le psychologue met en œuvre un accompagnement (soutien psychologique et psychothérapies structurées⁸⁸) et procède selon les cas à une réévaluation du patient et de sa prise en charge dans le cadre d'échanges avec le médecin traitant et les autres professionnels (sur le modèle des réunions de concertation pluridisciplinaire – RCP-).

[70] Dans certains cas, le psychologue est également soumis à une obligation de participation à des réunions de formation et de supervision.

[71] Au-delà de sa spécificité, l'activité du psychologue s'inscrit dans le cadre de modèles organisationnels innovants qui favorisent la coordination entre les acteurs et, partant, la qualité et l'efficacité des soins dans la prise en charge des troubles psychiques. On distingue schématiquement

⁸⁶ Cf. Les modalités retenues pour le parcours de soins coordonné (L162-53 CSS) et celles des dispositifs étudiés.

⁸⁷ Cf. art L11-14 CSP qui crée- autour, avec l'assentiment et sous la surveillance de l'assuré- un outil de suivi partagé entre tous les acteurs de santé de son parcours sanitaire Il est conçu pour recevoir les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins et actions de prévention (cf. bilan annuel du médecin référent).

⁸⁸ Cf. annexe 2

deux types d'organisation (cf. tableau 2), qui peuvent parfois coexister (expérimentation prise en charge des thérapies non médicamenteuses en médecine de ville et dispositif de soins psychiatriques partagés – DSPP- à Toulouse, cf. infra) avec des effets de renforcement réciproques.

1- Les dispositifs d'adressage renforcé

- « Prise en charge des thérapies non médicamenteuses en médecine de ville » (expérimentation CNAM)
- « Mission retrouve ton cap » (expérimentation CNAM)
- « *Ecout'émoi* » (expérimentation DGS)

2- Les dispositifs d'exercice coordonné

- Maison pluri-professionnel de santé –MSP- de Sancerre (Expérimentation CCMSA)
- Dispositif de soin partagé –DSP- du réseau Yvelines Sud et dispositif de soins psychiatriques partagé – DSPP- de Toulouse

[72] Au sein de ces dispositifs, la séance est toujours prise en charge sans avance de frais ni reste à charge pour le patient. Les psychologues sont rémunérés selon différentes modalités (paiement à l'acte ou forfaitaire), elles-mêmes adossées à plusieurs types de financement possibles⁸⁹ (cf. annexe n°4). Le niveau de rémunération varie selon les dispositifs et, au sein d'un même dispositif, selon la durée et la nature de l'intervention (bilan ou évaluation, accompagnement psychologique de soutien, séance de psychothérapie...).

[73] Dans l'expérimentation de la CNAM pour la prise en charge des thérapies non médicamenteuses en médecine de ville, les consultations d'évaluation et les séances de psychothérapie rémunèrent le psychologue clinicien à hauteur de 32 € pour des durées de 45 minutes, la consultation d'accompagnement psychologique de soutien étant pour sa part fixée à 22 € pour une séance de 30 minutes.

[74] Cette rémunération horaire du professionnel établie à 42,45 €/heure a été calculée sur la base de la rémunération des psychologues de la fonction publique hospitalière. Aussi, cette modalité classique de paiement à l'acte reste encadrée par un nombre limitatif de séances prises en charge par l'assurance maladie. Dans cette même expérimentation, ce nombre varie d'une seule séance pour l'entretien d'évaluation jusqu'à 10 séances au maximum pour les autres types de soins (psychothérapies et accompagnement psychologique de soutien).

[75] Ces mêmes modalités ont été mises en place pour la prise en charge de la souffrance psychique des jeunes (dispositif *Ecout'émoi*), où les consultations, rémunérées pour un tarif unique de 32 € par séance, s'intègrent dans un forfait limité à 12 séances financées sur les crédits des fonds d'intervention régionaux des ARS (FIR).

[76] Dans l'expérimentation mise en place par la CCMSA au sein de la MSP de Sancerre pour favoriser l'accès à une prise en charge diététique et psychologique, l'équipe soignante dispose d'une enveloppe « forfait diététicien et psychologue » financée par la CCMSA (4040 €/an) qu'elle gère et répartit en fonction des besoins. Ce forfait couvre la prise en charge d'un minimum de 25 assurés du régime de la MSA et la coordination inter professionnelle nécessaire au suivi des patients ainsi que la participation d'un médecin, du diététicien et du psychologue de la MSP à l'évaluation de l'action.

⁸⁹ Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS), Fonds d'intervention régional (FIR), Fonds pour l'innovation du système de santé (FISS), Fonds national d'action social (FNAS).

[77] Le dispositif permet également le prolongement des prises en charge initiées grâce à ce forfait via le fonds national d'action sociale (FNAS) ou tout autre dispositif existant (financement complémentaire santé, réseau de santé, secteur psychiatrique, autofinancement).

Tableau 2 : Pérennisation des dispositifs examinés

Dispositifs	Prise en charge des thérapies non médicamenteuses	« Mission : retrouve ton cap (MRTC) »	« Ecout'Emoi »	« Forfait Diététicien et psychologue (FDP) »	Dispositifs de soins partagés (DSP)
Porteur	CNAM	CNAM / DSS / DGS	DGS	CCMSA	Multiples
Cadre	Pas d'encadrement réglementaire ⁹⁰	Article 68 (LFSS 2016) Article 51 (LFSS 2018)	Article 68 (LFSS 2016) Article 51 (LFSS 2018)	Pas d'encadrement réglementaire ⁹¹	Pas d'encadrement réglementaire ⁹²
Calendrier	Lancement : début 2018 Evaluation : fin 2020	Lancement : début 2018 Evaluation : fin 2020	Lancement : début 2018 Evaluation : fin 2021	Lancement : début 2016 Evaluation : 2020	Yvelines Sud : depuis 2001 Toulouse : depuis 2017
Financement	FNPEIS	FNPEIS	FIR ± FISS	FNPEIS ± FNAS	Multiples
Indication	Troubles psychiques	Obésité et surpoids	Souffrance psychique	Troubles psychiques et autres	Troubles psychiques
Territoires	Bouches-du-Rhône, Haute-Garonne, Morbihan, Landes	Seine-Saint-Denis, Nord - Pas-de-Calais, La Réunion	Ile-de-France, Pays de la Loire, Grand Est	Sancerre (phase de faisabilité) avant extension à d'autres MSP	Toulouse Yvelines Sud
Population	Patients de 18 à 60 ans	Patients de 3 à 8 ans	Patients de 11 à 21 ans	Assurés de la MSA	Patients > 15 ans
Psychologue	Clinicien	Non précisé	Clinicien	Clinicien	Clinicien
Exercice	Libéral	Libéral	Libéral	Salarié	Libéral et salarié
Tarifs	22 à 32 € / séance (30 à 45 min) Jusqu'à 21 séances	20 € à 40 € / séance Jusqu'à 1h pour le bilan Jusqu'à 12 séances (durée non précisée)	32 € / séance Jusqu'à 12 séances (durée non précisée)	≈ 40 € / séance Jusqu'à 4 séances (durée variable)	40 à 100 € / séance avec un reste à charge pour la patient (durée variable)

Source : *Mission*

⁹⁰ Le projet reprend la proposition 25 du rapport charge et produit 2015 et il est financé au titre du FNPEIS (R. 251-1 CSS)

⁹¹ Le projet est intégré dans le plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins (PNGDRESS) 2018-2019

⁹² Sur Versailles, dispositif à l'initiative du groupement de coopération sanitaire (GSM RPSM 78) qui fédère 6 établissements de santé. Sur Toulouse, dispositif partenarial entre URPS, CHU Toulouse et CHS Marchand sous l'égide et via le financement de l'ARS Occitanie.

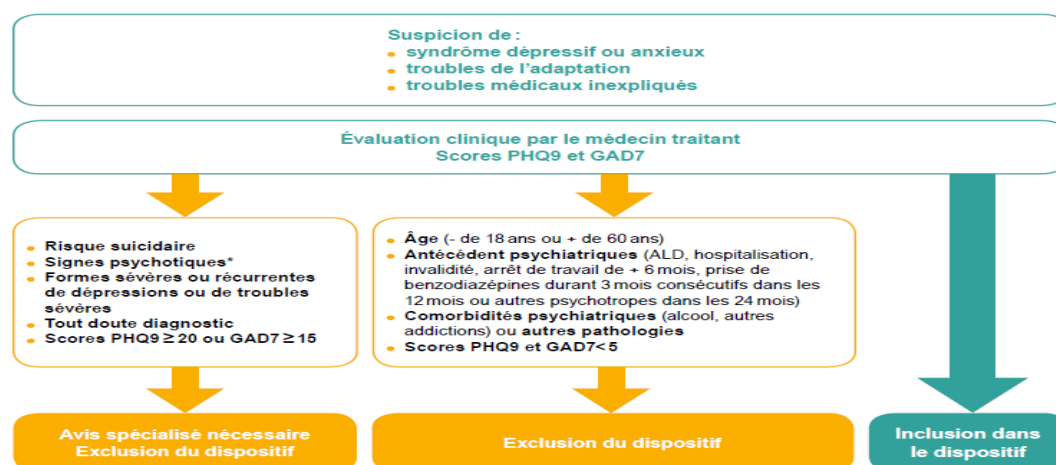
2.1.1 Un adressage élargi et renforcé constitue l'objectif prioritaire

[78] Ces dispositifs ont vocation à instaurer un contact formel entre le médecin et les autres acteurs de la prise en charge des troubles psychiques, et plus particulièrement les psychologues.

[79] Au sein de chaque dispositif, les situations pour lesquelles un adressage vers le psychologue peut être envisagé sont prédéfinies (critères d'éligibilité) et soumises au principe d'une prescription médicale. Dans l'expérimentation CNAM, pour la prise en charge des thérapies non médicamenteuses en médecine de ville, le médecin traitant dispose d'outils (échelles de dépistage des troubles dépressifs et anxieux) permettant l'évaluation clinique de l'intensité des troubles du patient. C'est en principe après cette évaluation que le patient est adressé vers une prise en charge adaptée.

[80] L'intégration du psychologue représente une alternative par rapport à la prescription de psychotropes qui n'ont théoriquement pas d'indication dans la prise en charge des troubles légers à modérés.

Schéma 2 : Adressage vers le psychologue (expérimentation CNAM : prise en charge des thérapies non médicamenteuses)



* Signes psychotiques : Idées délirantes, hallucinations, agitation, activité motrice excessive, fuite des idées, ralentissement idéo-moteur...

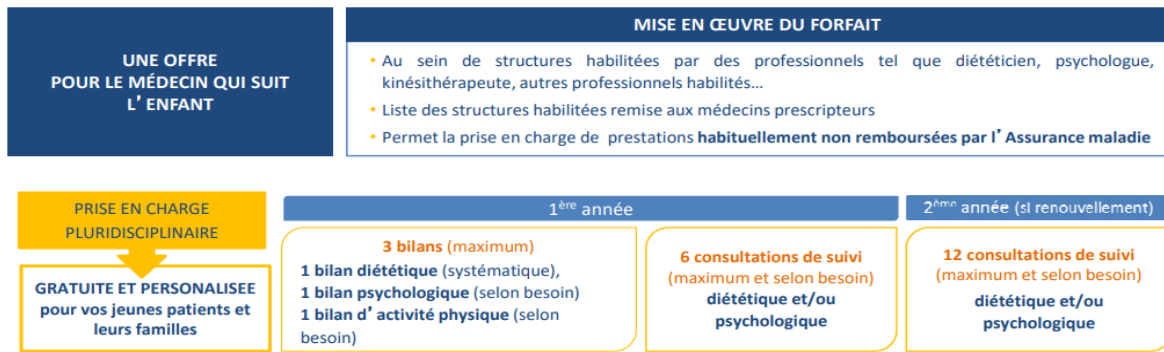
Source : CNAM

[81] Il peut également s'agir d'un processus d'adressage vers une prise en charge pluridisciplinaire qui intègre secondairement le psychologue⁹³, comme dans l'expérimentation CNAM pour la prévention de l'obésité chez l'enfant de 3 à 8 ans (Mission *Retrouve ton cap*). Selon le même principe, le médecin (omnipraticien, pédiatre, médecin de PMI...) repère les enfants pouvant bénéficier du dispositif, prescrit la prise en charge selon les besoins de l'enfant et de son entourage, et les oriente vers une structure habilitée.

[82] A ce titre, le psychologue travaillant au sein de la structure (centres de santé, MSP, associations) peut être sollicité tout en restant en lien étroit avec le prescripteur et les autres professionnels de la structure (échanges sur le patient, évolution de la prise en charge de façon coordonnée...).

⁹³ Concomitamment aux consultations par le psychologue, des bilans et des suivis diététiques sont proposés ainsi que des bilans d'aide par l'activité physique (APA).

Schéma 3 : Adressage vers une prise en charge pluridisciplinaire (expérimentation CNAM « retrouve ton cap »: prévention de l'obésité chez les jeunes enfants de 3 à 8 ans)

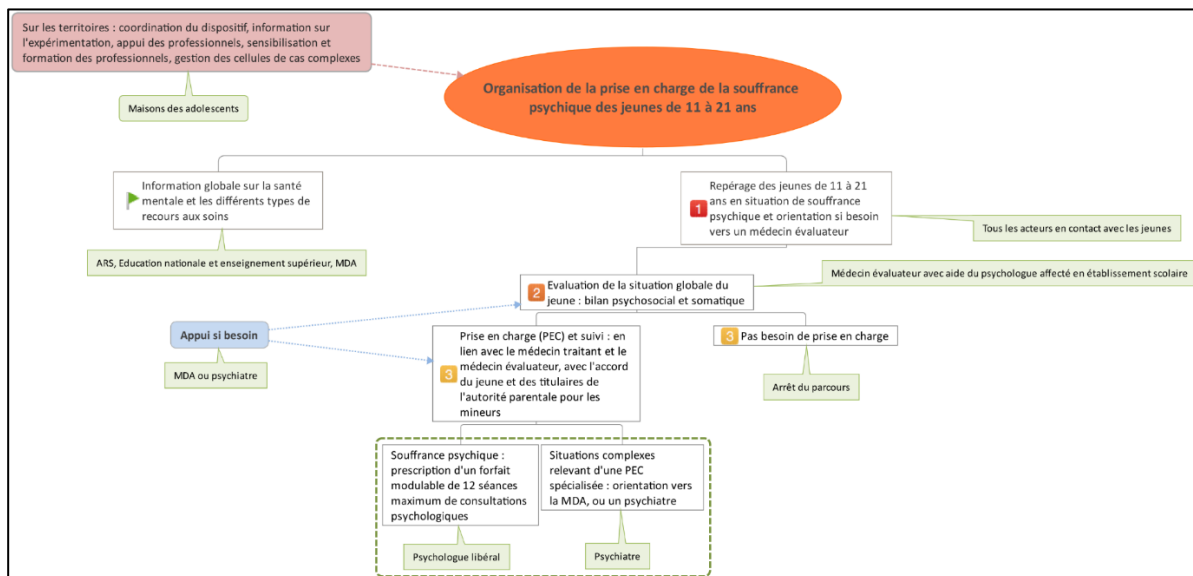


Source : CNAM

[83] Dans le dispositif *Ecout'emoi* mis en place par la DGS, l'adressage vers le psychologue se fait de la même façon via le médecin évaluateur qui peut prescrire un forfait de 12 séances de consultations psychologiques. Les jeunes peuvent à tout moment sortir du dispositif de prise en charge et/ou solliciter la maison des adolescents (MDA) en charge de la coordination de la mise en œuvre de l'expérimentation sur les territoires pour changer de psychologue en cours de prise en charge. Sur décision du psychologue, en lien avec le médecin évaluateur, les jeunes peuvent sortir du dispositif pour arrêt définitif de la prise en charge ou pour orientation vers la psychiatrie.

[84] Au cours du suivi avec le psychologue ou à la fin du forfait, les jeunes peuvent aussi être orientés vers une prise en charge par un psychiatre⁹⁴.

Schéma 4 : Adressage vers une prise en charge pluridisciplinaire (expérimentation DGS « écout émoi »: prise en charge de la souffrance psychique des jeunes de 11 à 21 ans)



Source : DGS

⁹⁴ A la fin du forfait, les jeunes peuvent au besoin continuer le suivi avec le psychologue mais les consultations ne sont plus couvertes par le forfait.

2.1.2 Certains dispositifs mettent aussi l'accent sur l'exercice coordonné

[85] L'exercice coordonné peut prendre la forme d'un lieu d'exercice identique et/ou partagé. En théorie, le regroupement dans un même lieu favorise la coordination entre les différents intervenants et facilite l'accès à des soins spécialisés, le tout concourant à une prise en charge au plus près des besoins des patients. Plusieurs dispositifs intégrant des psychologues sont déjà opérants.

[86] Dans le cas des MSP ou des centres de santé, les médecins généralistes et les autres professionnels spécialisés en santé mentale sont regroupés physiquement⁹⁵. Ce regroupement est pluridisciplinaire lorsqu'il implique des médecins de disciplines différentes (médecins généralistes et psychiatres, par exemple) et pluri-professionnel lorsque des médecins exercent aux côtés d'autres professionnels de santé, médicaux (chirurgiens-dentistes et sages-femmes, par exemple) et/ou paramédicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes...), ou d'autres professions (psychologues notamment).

[87] Ainsi, au sein la MSP de Sancerre, un psychologue peut être sollicité sur prescription d'un médecin généraliste exerçant au sein de cette dernière. Limitée à des affections précises, les prises en charge s'effectuent selon les recommandations de la HAS et sur des bases forfaitaires évoqués supra. Les premiers retours des acteurs impliqués (et notamment des psychologues) sont positifs quant à la mise en œuvre de ce forfait qui sera adapté et proposé à d'autres MSP au cours de l'année 2019 (cf. annexe n°4).

[88] L'organisation des RCP avec les différents acteurs (médecins généralistes, diététiciens et psychologues) permet d'améliorer la coordination des soins. De plus, le caractère forfaitaire impose une rationalisation des ressources en ajustant le nombre, le contenu et la durée des séances de soins en fonction des besoins des patients.

[89] Il existe d'autres initiatives au sein desquelles les psychologues sont intégrés et travaillent en collaboration étroite avec l'équipe médicale et paramédicale. Ces initiatives ont fait l'objet d'une description détaillée par la HAS qui souligne toutefois que ces modalités organisationnelles ne suffisent pas à garantir à elles seules une coordination interprofessionnelle, et doivent s'accompagner de modalités de communication organisées, voire protocolisées telles que des RCP, des staffs cliniques et des systèmes d'information partagés⁹⁶.

[90] Dans le cadre des dispositifs de soins partagés en psychiatrie (cf. annexe n°4), le regroupement concerne l'ensemble des acteurs spécialisés en psychiatrie et santé mentale. Le médecin généraliste n'est pas intégré au dispositif mais peut le solliciter au besoin. Ces dispositifs proposent des consultations d'avis et de suivis conjoints pour aider les médecins généralistes dans la prise en charge des troubles psychiques. Ils visent donc à améliorer l'accès aux soins spécialisés, la qualité globale des soins tout en assurant la formation continue des médecins généralistes dans le champ de la santé mentale (« dispositif apprenant »).

[91] Dans ce type de dispositif, le médecin généraliste reste le plus souvent chargé du suivi du patient et de la mise en œuvre de la stratégie thérapeutique adaptée après l'adressage. Les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale (psychiatre et/ou psychologues le plus souvent) reçoivent le patient en consultation à la suite d'un adressage du médecin généraliste.

⁹⁵ Ce regroupement se définit selon la HAS comme étant l'exercice dans un même lieu d'au moins deux praticiens ou professionnels de santé, in *Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux État des lieux, repères et outils pour une amélioration Guide (HAS, 2018)*

⁹⁶ Ibidem note précédente

[92] Ils communiquent des informations au médecin généraliste sur le diagnostic et des conseils relatifs à la stratégie thérapeutique à mettre en œuvre avec l'accord du patient. Pour les pathologies qui nécessitent un suivi spécialisé, le projet de soins peut s'accompagner d'une orientation vers la filière psychiatrique avec une différenciation des adressages (psychiatres libéraux, CMP, équipes mobiles, équipes dédiées, etc.). La partie 3 examine plus en détail les atouts de ce dispositif dans la perspective d'une plus grande intégration des psychologues au parcours de soins coordonnés.

[93] Le fonctionnement des DSP varie d'un endroit à l'autre. Les dispositifs qui ont été étudiés (DSP des Yvelines en place depuis 2001 et celui de Toulouse en place depuis 2017) sont composés de psychiatres, de psychologues et d'infirmiers intervenant en lien avec les médecins généralistes.

[94] Le DSPP de Toulouse associe psychiatres hospitaliers et libéraux, représentés par l'union régionale de professionnels de santé (URPS) Occitanie. L'adressage au dispositif (et au DSP Yvelines sud) se fait par le médecin généraliste, par courrier et/ou par échange téléphonique. Les patients peuvent toutefois également solliciter d'eux-mêmes le dispositif des Yvelines Sud.

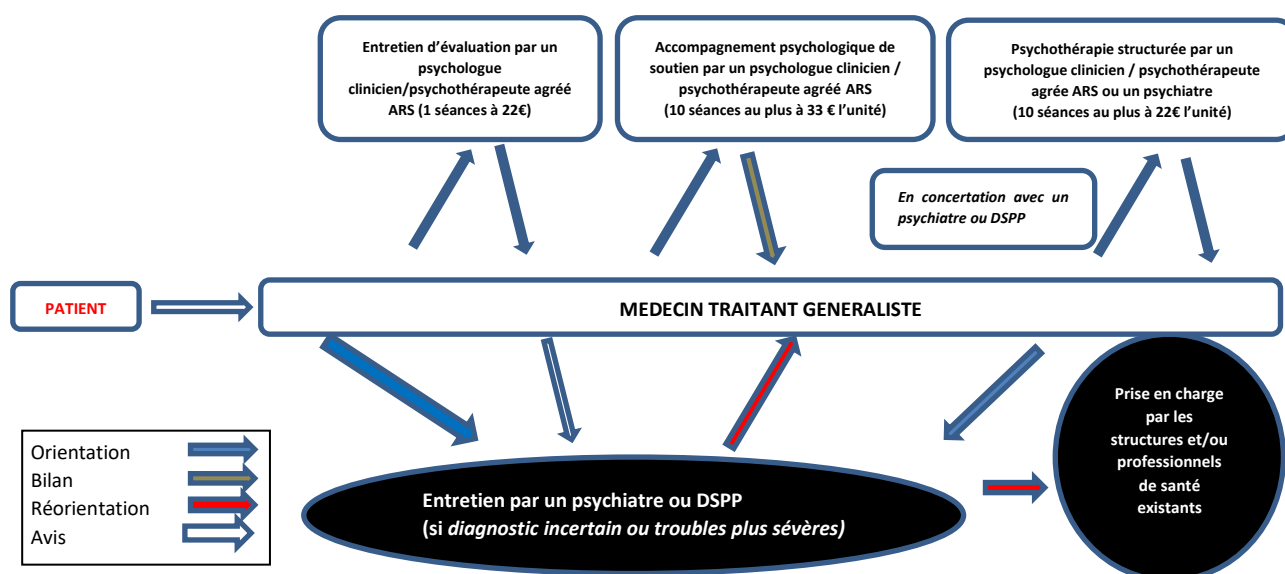
[95] Un premier entretien infirmier est réalisé avec le patient, souvent par téléphone. Une consultation est ensuite proposée au patient avec un psychiatre et/ou un psychologue. Une séquence thérapeutique de plusieurs consultations peut ensuite être initiée (évaluation, travail sur la demande du patient et de son entourage et élaboration d'un projet de soins partagés).

[96] Avec l'accord du patient, la réflexion sur le projet de soins associe le médecin généraliste et éventuellement l'entourage du patient. À défaut, un retour est fait par le DSPP au médecin généraliste sur le diagnostic et les propositions thérapeutiques.

[97] Les DSP/DSPP sont aussi disponibles pour des avis et/ou des réévaluations si nécessaires. Une consultation systématique de suivi est proposée par le DSP des Yvelines Sud un an après l'élaboration du projet de soins pour évaluer la mise en œuvre et/ou les difficultés rencontrées.

[98] Le DSPP de Toulouse se rend également disponible pour des demandes d'avis et d'orientation sans consultation avec le patient en articulation avec l'expérimentation de la CNAM sur la prise en charge des thérapies non médicamenteuses.

Schéma 5 : Prise en charge des troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée (expérimentation CNAM) déployée sur le site de Toulouse



Source : Mission d'après données CPAM Haute-Garonne

[99] Les premiers constats objectivent une amélioration de l'accès aux soins avec une première consultation proposée dans un délai de 1 à 4 semaines. A la suite de l'intervention du DSPP, entre 70 et 80 % des patients sont réorientés vers le médecin généraliste.

[100] Outre les délais de réponse réduits, les acteurs évoquent un renforcement du lien entre le médecin généraliste et les professionnels en psychiatrie et santé mentale. Pour ces raisons, les dispositifs de coordination tels que le DSPP de Toulouse, et potentiellement le DSP de Versailles, ne peuvent que faciliter et fluidifier les prises en charge la prise en charge des troubles psychiques et renforcer les résultats de l'expérimentation conduite par la CNAM sur les troubles psychiques légers à modérés dans la perspective de son extension).

[101] Au total, et quel que soit le type de dispositif identifié (adressage renforcé, exercice coordonné), il apparait que l'encadrement de l'intervention du psychologue par la prescription du médecin est une constante. Les premiers retours disponibles montrent cependant une bonne adhésion des psychologues à ces différents dispositifs, même si les tarifs proposés et les durées des séances font l'objet de critiques récurrentes⁹⁷. Ces dispositifs ont aussi en commun de laisser ouvert la question de la tarification et du positionnement de fait du psychologue.

[102] De manière plus générale, et comme cela a été formalisé par ailleurs (cf. encadré n° 5), ces dispositifs partagent certains présupposés nécessaires à une bonne coordination (point d'entrée unique, protocoles et outils de prise en charge, relais pluridisciplinaires, échanges autour des cas complexes, formation des acteurs et sensibilisation des bénéficiaires, bonne lisibilité et acceptabilité du dispositif...).

Encadré 5 : Fonctions clefs de la coordination⁹⁸

Quelle que soit leur configuration, les dispositifs de soins et/ou de prévention reposant sur le principe de coordination doivent assurer quelques « fonctions-clefs » communes pour être à la fois fonctionnels et efficaces, notamment :

- Une définition précise des prises en charge, adaptées aux contextes, besoins, préférences et caractéristiques des personnes (recommandations de prise en charge et protocoles précis, référentiels permettant à chacun des acteurs de se positionner, gradation des prises en charges; formation des professionnels impliqués) ;
- Une prise en charge coordonnée pluri-professionnelle et pluri-institutionnelle, avec une porte d'entrée dans le dispositif clairement identifiée permettant d'orienter ensuite vers une prise en charge pluri-professionnelle et une coordination affichée et clairement identifiée par les acteurs et les usagers afin de fluidifier au maximum les prises en charge ;
- Des outils et processus favorisant la coordination tels qu'un système d'information pertinent, accessible et partagé entre tous les acteurs, des modes d'exercices favorisant la pluri-professionnalité (modes d'exercice regroupés, organisés ou en équipe), des espaces d'échanges structurés pour les cas complexes (réunions de concertation pluridisciplinaire) ainsi que des fonctions de référent et d'accompagnement ;
- Une implication des patients, condition d'acceptabilité, de faisabilité et d'efficacité de tout dispositif.

⁹⁷ Faute d'avoir une représentation professionnelle réellement représentative et un mode de régulation de leur activité organisée ; les psychologues abordent le sujet de la tarification sur la base du prix de leurs séances en activité strictement libérale (avec des références de durée des séances par ailleurs variables), montrant ainsi le chemin à parcourir pour entrer dans une démarche conventionnelle avec la CNAM.

⁹⁸ Prévention et promotion de la santé, Avis HCAAM 2017-2018

2.2 Ces dispositifs ne sont pas encore évaluable

2.2.1 Le calendrier est défavorable à une évaluation

[103] Comme précisé en introduction, la lettre de saisine demandait à la mission d'analyser la cohérence des réponses apportées à travers les initiatives et expérimentations en cours. Ce qui supposait de procéder à une évaluation alors que tous ces dispositifs ont aussi en commun de ne pas être évaluable en l'état.

[104] Évaluer une action, c'est en apprécier le niveau et les conditions de mise en œuvre ainsi que les effets observables, qu'ils portent sur la situation que l'on cherche à faire évoluer ou sur d'autres paramètres non directement ciblés, l'objectif étant de déterminer à travers un jeu d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs si l'action a porté ses fruits, dans quelles conditions, mais aussi avec quels moyens (supposés substituables pour d'autres actions) et à quel prix (efficience).

[105] Les prérequis pour mener une telle démarche sont au moins au nombre de deux : outre le niveau d'expertise idoine, il faut pouvoir disposer des données pertinentes sur un temps approprié.

[106] Même en s'appuyant sur la capacité d'analyse technique de services statistiques, la mission ne pouvait évaluer l'impact des dispositifs faute de telles données, certaines expérimentations n'ayant pas véritablement débuté (*Ecout 'émoi*), d'autres, plus avancées, étant encore loin d'être achevées, avec pour certaines des retraitements nécessaires en termes d'inclusion des patients (expérimentation sur les troubles psychiques légers à modérés).

[107] Il est d'ailleurs prévu que des évaluations spécifiques soient menées en fin des expérimentations, au moins pour deux d'entre elles, sur la base d'indicateurs arrêtés très en amont (ce que la mission, intervenant *ex post*, n'était pas non plus en capacité de faire).

[108] Dans ce contexte, et sous l'angle strict de l'évaluation, les attentes du commanditaire posaient donc un problème d'articulation de calendrier avec les expérimentations qui courent jusqu'à fin 2020 avec des résultats qui seront livrés entre juin 2021 et juin 2022. Outre qu'elle n'aurait pu disposer de données complètes d'évaluation, la plus-value de la mission aurait été limitée et avec un outillage moins robuste et posant un problème de cohérence avec celui des évaluations à venir.

[109] De surcroît, les expérimentations ayant été pour certaines délicates à négocier entre les acteurs concernés (psychiatres, psychologues, médecins généralistes), une mission IGAS donnant l'impression d'anticiper sur les conclusions des expérimentations aurait pu susciter l'incompréhension des professionnels et fragiliser les équilibres trouvés.

[110] Plutôt que de procéder à une évaluation en bonne et due forme, la mission a recensé et analysé les initiatives en cours (cf. annexe 4) avec un focus sur la question de l'accessibilité à des soins psychiques adaptés aux besoins mal ou pas pris en compte (Cf. parties 1 et 2.1).

[111] Il en ressort une série de constats portant essentiellement sur la faisabilité : pour que les expérimentations puissent se déployer de manière satisfaisante (sans préjuger des résultats de ce déploiement), il faut une coproduction des protocoles et des outils propres à chacune d'entre elles ainsi qu'un portage politique et logistique forts, conditions que l'assurance maladie, avec son suivi national resserré, ses multiples réunions de concertation et ses délégués territoriaux mobilisés en nombre pour la sensibilisation/coordination des acteurs et le suivi des inclusions, a pu particulièrement réunir⁹⁹.

⁹⁹ De fait, l'expérimentation *Ecout'émoi*, perçue par le terrain comme pas assez concertée et pour partie inadaptée dans son protocole, peine à se déployer, certains sites n'ayant encore inclus aucun adolescent (l'autre remarque d'importance étant

[112] Cet état des lieux a enfin et surtout permis de proposer des pistes concernant le rôle et la place des psychologues dans la perspective d'une généralisation¹⁰⁰ et/ou d'une extension des expérimentations (cf. partie 3).

2.2.2 L'approche médico-économique reste notamment à construire

[113] Comme évoqué en première partie, les évolutions relatives aux prises en charge des troubles psychiques (coût sociétal, complexification des pathologies) ont motivé la mise en place de dispositifs expérimentaux poursuivant l'objectif d'améliorer leur prévention, leur repérage et leur prise en charge tout en limitant leur impact financier, ce dernier aspect devant notamment se traduire par une diminution de la prescription de psychotropes (plus particulièrement s'agissant des troubles légers à modérés).

[114] Pour les raisons évoquées au 2.2.1, cette dimension médico-économique de l'évaluation n'a pas pu être explorée. Pour autant, les données de littérature recensées sur ce sujet par la mission constituent des jalons méthodologiques sur lesquels pourraient s'appuyer de futurs travaux d'évaluation médico-économiques, s'agissant notamment des expérimentations les plus consistantes (expérimentation CNAM sur les troubles psychiques légers à modérés).

[115] Dans son principe, la démarche évaluative consiste à mesurer et à croiser, par le biais de méthodologies éprouvées, les coûts et les résultats d'une action ou d'une stratégie de santé. Une des difficultés de l'exercice tient au fait qu'il faut se doter d'indicateurs à la fois fiables et simples à produire, étant observé que les systèmes d'information du champ sanitaire ne sont usuellement pas configurés pour recueillir ce type d'information. S'agissant plus particulièrement de la notion de coût, il faut également pouvoir distinguer entre les coûts directs, médicaux (coût des interventions, ...) ou non (frais de transport...), et les coûts indirects, mesurables (pertes de productivité liées aux arrêts de travail) ou non (impact psychologique, ...).

[116] Les évaluations de type coût-efficacité s'adossent généralement aux coûts directs, en comparant, pour plusieurs stratégies, les coûts et les résultats ; l'important étant de retenir un critère d'efficacité pertinent (diminution de l'incidence de la maladie ou de l'intensité des troubles au sein des populations ciblées, amélioration de l'état clinique des patients¹⁰¹). Les études coût-bénéfice mettent en rapport les coûts d'une stratégie et les dépenses qu'elle permet d'éviter (journées d'hospitalisation en moins, recours évité à une tierce personne, moindres arrêts de travail,...)¹⁰².

[117] Partant du constat d'efficacité démontrée de certains types de psychothérapies¹⁰³ et du fait qu'une partie de la demande de soins ne trouvait peu ou pas d'issue thérapeutique dans le système de soins publics¹⁰⁴, plusieurs pays ont développé une politique de prise en charge partielle ou totale de ces psychothérapies pour les personnes souffrant de troubles dépressifs ou anxieux¹⁰⁵.

l'absence de prise de compte des dynamiques territoriales sur lesquelles le projet donne parfois le sentiment d'avoir été « plaqué » au risque de désorganiser l'existant).

¹⁰⁰ Définir les conditions d'un remboursement des consultations psychologues en vue d'améliorer l'accessibilité et la pertinence des soins tout en s'assurant de leur qualité, de repérer et prioriser des situations et publics prioritaires et d'améliorer la prévention et la prise en charge précoce.

¹⁰¹ Les études coût-utilité prennent en compte la qualité de vie gagnée via les QALY (cf. note n°54).

¹⁰² Extraits de l'article de Jean-Claude Saily et Thérèse Lebrun portant sur l'évaluation en santé et paru dans *Actualité et dossier en santé publique* n° 17 décembre 1996 page XXVIII.

¹⁰³ Dans les troubles psychiques d'intensité légère à modérée, la Haute Autorité de la Santé (HAS) recommande la psychothérapie (HAS, 2007, 2017, 2018). Plusieurs thérapies sont indiquées parmi lesquels la psychothérapie de soutien (dispensée directement par le médecin généraliste) ou des psychothérapies structurées.

¹⁰⁴ Manque d'outils et/ou de disponibilité des médecins généralistes, insuffisance de l'offre psychiatrique dans un contexte de non remboursement des soins psychologiques.

¹⁰⁵ Angleterre via le programme *Improvement of access to psychological therapy* (IAPT), Australie via le programme *Better Access Initiative*, mais aussi Pays-Bas, Finlande, Suède, Autriche, Allemagne et Suisse (cf. annexe n° 5).

[118] Le constat de départ est partout le même : les médecins généralistes, qui voient souvent ces personnes en première intention, se disent peu outillés et/ou peu disponibles pour les prendre en charge, et mettent en avant la difficulté de les orienter vers des consultations psychologiques en raison de leur coût.

[119] Pourvoyeur d'inégalités sociales de santé et de coût pour la collectivité, ce frein à l'accessibilité des consultations psychologiques a suscité des travaux de modélisation médico-économiques qui ont notamment amené le gouvernement britannique, en 2008, à rembourser les psychothérapies pour les personnes dépressives sous certaines conditions¹⁰⁶ (nb : le Canada réfléchit actuellement à cette possibilité sur la base de travaux présentés en annexe n° 3).

[120] Outre de poser des diagnostics similaires (débordement ou inadéquation de l'offre par une demande dont la non prise en charge joue sur les dépenses de santé et la productivité), ces démarches évaluatives ont en commun de s'appuyer sur des cohortes de patients atteints de troubles psychiques et sur la littérature scientifique pour paramétrer des modèles en termes de prévalence et d'incidence des affections, ainsi que des recours et des non recours au système de soins, des coûts de santé, des pertes de qualité de vie engendrées et des liens avec l'emploi¹⁰⁷.

[121] Le protocole de prise en charge utilisé dans les modèles est sensiblement le même à quelques variations près : l'entrée dans le dispositif se fait via le médecin généraliste ou le médecin de famille, qui adresse la personne éligible et volontaire vers un psychologue¹⁰⁸ pour un nombre de séances allant de 6 à 10, parfois plus en fonction de l'intensité des symptômes. Pour alimenter les modèles, il est également nécessaire de faire des hypothèses sur le nombre de personnes potentiellement ciblées par l'action, et si possible, sur le niveau d'acceptabilité et de réponse au traitement, l'idée étant aussi d'aboutir à une estimation des besoins en psychologues, au-delà des moyens financiers à mobiliser.

[122] Les bénéfices de l'action sont exprimés en unités physiques et monétaires, qu'il s'agisse de l'état de santé du patient (amélioration de la qualité de vie mesuré par les QALYS- cf. note n° 47), des dépenses de santé évitées (moindre nombre de jours de dépression, d'arrêts de travail, de suicides et d'hospitalisation, moindre consommation de soins ambulatoires et de produits de santé, ...) ou du gain de productivité (impact fiscal, diminution des aides, reprise du travail...).

[123] Deux grandes études menées au Royaume-Uni et au Canada (cf. annexe n° 3) concluent ainsi à l'intérêt de proposer des psychothérapies remboursées aux personnes présentant des troubles anxio-dépressifs ou des états dépressifs caractérisés (EDC).

[124] Ces évaluations ont bien évidemment leurs limites. D'une part, elles sont réalisées *ex-ante* et n'ont à ce titre qu'une valeur prédictive. Par ailleurs, elles recèlent des biais d'information ou des imprécisions qui peuvent modifier l'estimation des bénéfices, telle que l'hypothèse d'un taux d'acceptabilité de 100 % de la part des personnes qui ont des besoins non couverts, la non prise en compte de certaines variables de confusion comme l'âge et les comorbidités associées, ou les événements positifs ou négatifs qui peuvent venir interférer sur le pronostic, ainsi qu'une possible sous-estimation des besoins réels (personnes n'ayant pas de diagnostic clinique d'EDC).

[125] En tout état de cause, ces études insistent sur le fait que le bénéfice ne peut se concevoir que dans le temps, mais qu'il est suffisamment marqué sur les périodes d'étude pour qu'on puisse penser qu'il resterait positif avec une efficacité moindre sur une période plus importante. Compte tenu de

¹⁰⁶ Le programme IAPT s'inspire des travaux sur la base des travaux de Layard and al.

¹⁰⁷ Une personne souffrant de troubles psychiques mais non traitée risque de perdre son travail si elle en a un, ou a moins de chance d'en trouver si elle n'en a pas.

¹⁰⁸ Dans ces pays, ce terme désigne des professionnels non médicaux formés à la dispensation de soins psychiques normés, généralement des psychologues dont le cursus prévoit des formations obligatoires aux différentes approches thérapeutiques.

l'ensemble de ces approximations, le gain net pour chacune est toujours démontré, rendant rentables des tels programmes de prise en charge des troubles psychiques par la psychothérapie pour les financeurs publics.

[126] S'agissant de la situation particulière de la France, une équipe de recherche s'est inspirée de la méthodologie du programme anglais IAPT (cf. note n°103 et annexe n° 5) pour tenter d'évaluer les coûts et bénéfices qu'entraînerait un programme de prise en charge partiel des psychothérapies pour les personnes souffrant de troubles dépressifs ou anxieux majeurs (cf. annexe n° 3).

[127] A défaut de cohorte, les auteurs ont utilisé les données de prévalence d'une enquête transversale¹⁰⁹. Cependant, leur modélisation a été plus précise que celles évoquées plus haut en intégrant l'hypothèse d'un taux de personnes consultant en médecine générale pour et avec un problème de santé mentale de 30 %, d'un taux d'accessibilité et d'acceptabilité de 30 % et d'un taux de rémission attribuable aux psychothérapies de 30 % (+/-10 %) ¹¹⁰.

[128] Se basant sur un coût de séance à 41 euros et en adoptant l'hypothèse d'un remboursement de 60 % et d'une moyenne de 12 séances, les auteurs montrent que le ratio coût bénéfice de la psychothérapie s'élèverait ainsi pour les épisodes dépressifs caractérisés (EDC) à 1,95 € et pour les troubles anxieux à 1,14 euros (1 euro investi permettant d'épargner presque 2 euros pour l'EDC¹¹¹).

[129] Sous cet angle, financer l'intervention de psychothérapeutes/psychologues semble donc un investissement rentable à court et long terme, d'autant que l'impact sur la rémission des troubles somatiques n'a pas été pris en compte¹¹². Toutefois, cette modélisation portant sur les troubles dépressifs et anxieux majeurs, il faudrait en modifier certains paramètres (prévalence, temps de traitement) pour pouvoir l'utiliser dans le cadre de l'expérimentation menée par la CNAM sur les troubles anxieux et dépressif légers à modérés.

[130] Compte tenu de l'intensité des troubles pris en compte dans ces modèles, il est probable que les rapports cout-bénéfice soient moins marqué s'agissant de troubles légers à modérés en raison des moindres coûts associés.

¹⁰⁹ Portant sur 20 000 adultes avec redressement pour obtenir un échantillon représentatif de la population générale

¹¹⁰ D'après les auteurs, 7,6 % des français de 18 à 65 ans présenteraient un troubles dépressif (EDM) ou anxieux récurrent sévère dont 30 % accèderaient à et accepteraient la psychothérapie (1 millions).

¹¹¹ D'après les auteurs l'impact pourrait être encore plus important en intégrant l'effet sur les comorbidités somatiques

¹¹² Enfin, le nombre des professionnels nécessaires a été estimé à 14 244 équivalent temps plein en faisant l'hypothèse de 80 patients par an et par psychothérapeute à raison de 11 séances par an.

3 LES CONDITIONS D'ADMISSION AU REMBOURSEMENT PAR L'ASSURANCE MALADIE POUR LES PSYCHOLOGUES CLINIENS QUI LE SOUHAITENT DOIVENT ETRE PRECISEES

3.1 Dans le respect de l'autonomie des universités, il faudra s'assurer des compétences des praticiens et préciser leur cadre d'activité

3.1.1 Il est nécessaire de s'assurer des compétences théoriques et cliniques requises

[131] Le cadre de formation des psychologues est hétérogène et peu lisible pour les autorités sanitaires¹¹³. Il s'organise sous le principe de l'autonomie des universités¹¹⁴ et de la diversité des approches « épistémologiques et thérapeutiques ».

[132] Si un référentiel existe jusqu'au niveau de la licence (cf. 3.2.1), il n'y a plus rien au-delà ; notamment pour le niveau master¹¹⁵ : les multiples sous-spécialités et les mentions de formation permettent d'accéder au titre de psychologue et de pouvoir prodiguer à ce titre des soins en libéral sans forcément y avoir été spécifiquement formé, ce qui peut, dans certains cas, représenter un enjeu quant à la qualité des prestations délivrées à des publics fragiles¹¹⁶.

[133] De plus, le titre de psychologue clinicien est employé sans cadre établi¹¹⁷. Ce dernier n'existe pas en France, à la différence par exemple de la Belgique¹¹⁸. Seule existe, selon l'article 44 de la loi du 25 juillet 1985¹¹⁹, la reconnaissance de la fonction de psychologue, basée sur un cursus de 5 ans de formation de Master dans le domaine de la psychologie (clinique/psychopathologie) comportant un

¹¹³ La multiplicité des intitulés de formation rend peu lisible les parcours de formation en plus de balkaniser les compétences et de spécialiser les pratiques : 134 spécialités de Master en 2015 (dont 63 pour la santé).

¹¹⁴ Durant l'année 2018-2019, 36 universités (dont 5 privées) vont délivrer environ 5000 masters en psychologie et 4600 titres de psychologues (« Panorama national des masters 2 en Psychologie, 10ème édition-avril 2018).

¹¹⁵ Dans les faits, l'absence de sélection à l'entrée de la filière, avec une grande diversité des profils d'étudiants qui conduit moins de la moitié d'entre eux à accéder au niveau master. Cette situation également a pour effet d'absorber les ressources enseignantes et de les rendre moins disponibles pour ceux dont le choix est adapté (cf. première partie).

¹¹⁶ Par exemple, il n'existe aucune régulation possible pour empêcher un étudiant spécialisé en psychologie du travail, n'ayant pas été spécialement formé aux psychothérapies, de dispenser ce type de soins dans le cadre de son exercice libéral

¹¹⁷ Le statut de psychologue clinicien n'existant pas, il n'est pas possible de les identifier directement dans les bases de données. Dans les expérimentations, les psychologues cliniciens ou les psychothérapeutes libéraux préalablement inscrits dans le fichier ADELI (ADELI enregistre théoriquement sur le département l'ensemble des psychologues, quels que soient leurs modes d'exercice, public et ou privé) sont ensuite agréés par les ARS (vérification des qualifications).

¹¹⁸ En Belgique, un psychologue clinicien est un professionnel pratiquant la psychologie clinique, définie comme : « la mise au point et l'application autonome de théories, méthodes et techniques issues de la psychologie scientifique dans la promotion de la santé, le dépistage, le diagnostic psychologique et l'évaluation des problèmes de santé ainsi que dans la prévention de ceux-ci et les interventions chez les personnes concernées ». Le niveau VISA donne accès à la pratique professionnelle de psychologue clinicien polyvalent autorisé à exercer la psychologie clinique sous supervision ; et le niveau AGREMENT donne accès à la pratique professionnelle de psychologue clinicien polyvalent pouvant exercer la profession d'une façon autonome (i.e. sans supervision obligatoire).

¹¹⁹ La loi du 25 juillet 1985 n° 85-772 prévoit que l'usage du titre de psychologues est réservé aux « titulaires d'un diplôme, certificat ou titre sanctionnant une formation universitaire fondamentale et appliquée de haut niveau en psychologie ». Le décret n°90-255 du 22 mars 1990 précise qu'outre les masters mention psychologie, sont concernés les DEA et DESS en psychologie, les diplômes d'Etat de psychologie scolaire et de conseiller d'orientation-psychologue, les diplômes de psychologues du travail délivrés par le conservatoire national des arts et métiers, des diplômes de psychologues délivrés par l'école des psychologues praticiens de l'institut catholique de Paris.

stage professionnel¹²⁰. Les personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue sont tenues de faire enregistrer leur diplôme auprès de l'agence régionale de santé¹²¹.

[134] Mal définis dans leur rôle comme dans leur positionnement, les psychologues cliniciens sont également mal dénombrés : ils seraient environ 23 000 selon la CNAM et le double pour un de leur syndicat¹²². Le nombre de psychologues installés à titre libéral (21 650¹²³) ne peut se confondre avec celui de psychologues cliniciens, mais donne, par approximation, une idée d'un effectif maximum¹²⁴.

[135] Enfin, leur formation est individuellement mal connue : au niveau du diplôme de master, préalable à l'entrée en exercice, la nomenclature prévoit cinq mentions¹²⁵ avec des contenus très différents entre universités au sein de ces mentions et une liberté académique qui permet le libre choix des mentions dans la construction du cursus. Certaines universités organisent leurs enseignements sous la prédominance d'approches très marquées (cf partie 1-2)¹²⁶.

[136] Les sous-spécialités et mentions de formation sont trop diversifiées, alors que chacune d'entre elles permettent d'accéder au même titre de psychologue et de prodiguer des psychothérapies en libéral (sans pour autant avoir nécessairement été formé à ces pratiques).

[137] Une conséquence directe de cette situation pour la lisibilité par les autorités sanitaires de l'offre thérapeutique est, qu'alors qu'il existe aujourd'hui des approches dont les résultats thérapeutiques sont évalués¹²⁷, il est impossible de savoir *ex ante* si un psychologue les maîtrise et comment il les mobilise.

[138] Les périodes de stage quant à elles sont *a priori* mieux encadrées. L'arrêté précité en partie 1.2.2 ¹²⁸ en précise les conditions de validation. Pourtant, les obligations en termes de contenu et de compétences à acquérir ne sont pas formalisées : difficulté d'accès aux stages, inégales confrontations aux situations cliniques et fragilités théoriques peuvent gêner leur déroulement, atténuant dans les faits l'objectif d'une période qualifiante. En résumé, la multiplicité des terrains de formation ne garantit pas nécessairement leur valeur professionnalisante. De plus, le contenu du stage est validé par le directeur de master (responsable universitaire de la formation) sans lien nécessaire avec les responsables du stage à l'hôpital¹²⁹. A l'issue, même après une validation

¹²⁰ D'après l'arrêté du 19 mai 2009, le stage professionnel est d'une durée minimale de 500 heures. Il est accompli de façon continue ou par périodes fractionnées et doit être achevé, au plus tard un an après la formation théorique dispensée dans le cadre du master.

¹²¹ Pour les titres étrangers, le ministère de l'enseignement supérieur a créé une commission pour la validation de la formation des psychologues présidée par le professeur Pierre Luigi Graziani.

¹²² D'après le Syndicat National des Psychologues, les psychologues cliniciens représenteraient les $\frac{3}{4}$ de la profession soit 45.000 psychologues.

¹²³ IRDES, 2016.

¹²⁴ Le nombre de psychologues salariés ou employés dans le secteur public serait de 7 600 en établissement de santé avec le statut de fonction publique hospitalière et jusqu'à 18 000 en intégrant les personnels occasionnels et non titulaires, soit de 12 000 ETP (DGOS 2016). Les autres salariés représenteraient 28 000 personnes (ADELI 2016).

¹²⁵ Psychologie ; psychologie clinique, psychopathologie et de la santé ; psychologie sociale, du travail et des organisations ; psychologie de l'éducation et de la formation sociale ; psychopathologie clinique et psychanalyse.

¹²⁶ La problématique s'est déjà posée sur le sujet de l'autisme vis-à-vis de l'application des recommandations de la HAS. Cf. rapport IGAS-IGEN, « Évaluation du 3^{ème} plan autisme dans la perspective de l'élaboration d'un 4^{ème} plan », C. Compagnon, D Corlay, G Petreault, mai 2017.

¹²⁷ Expertise collective INSERM 2003.

¹²⁸ Arrêté du 19 mai 2006 relatif aux modalités d'organisation et de validation du stage professionnel prévu par le décret n° 90-255 du 22 mars 1990 modifié fixant la liste des diplômes permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue.

¹²⁹ Cf. CR DSP /CH Mignot Versailles, réseau Yvelines sud.

rigoureuse, mais formelle¹³⁰, le contenu clinique des stages reste difficile à évaluer alors même qu'une partie des psychologues souhaite exercer de façon autonome¹³¹.

[139] Dans ce cas, ils pratiquent dans le recours aux techniques adressées sans qu'un cadre d'exercice garantisse, comme pour les professionnels de santé¹³², l'équilibre entre liberté, confidentialité et sécurité pour les personnes prises en charge.

[140] Ainsi, l'hétérogénéité et la faible lisibilité des formations, le poids des courants théoriques, le suivi très formel du contenu des stages pratiques¹³³ et le déficit d'outils pour les cadrer ainsi que le manque de référentiels de bonnes pratiques ne permettent ni aux acteurs de santé ni aux autorités sanitaires d'apprécier la qualité des soins dispensés. Il arrive d'ailleurs que des prises en charge réalisées par des psychologues de ville puissent retarder des soins psychiatriques nécessaires pour des patients complexes¹³⁴.

[141] Si rien n'était fait pour cadrer leur pratique, l'intégration des psychologues qui le souhaitent dans les parcours de soins coordonnés se traduirait *de facto* par un transfert du risque vers les professionnels soumis au code de la santé publique. Leur participation à ces parcours implique qu'ils acceptent un cadre d'activité répondant à une double obligation : vis-à-vis des personnes souffrantes et des autres professionnels de santé (cf.1.2.2).

[142] L'accès facilité au psychologue, via le remboursement total ou partiel des actes, de populations souvent plus fragiles, moins informées¹³⁵ et souffrant de comorbidités doit pouvoir s'effectuer dans un cadre optimal. De plus, les autres professionnels du soin, professionnels de santé, doivent avoir l'assurance que toutes les étapes d'une prise en charge s'inscrivent dans le même cadre d'obligations (mais aussi de garanties) que celui qu'organise le code de la santé publique¹³⁶.

[143] Que leur exercice s'effectue sous supervision, exercice partagé ou par orientation du médecin référent, les psychologues doivent rapidement réfléchir à leur place au côté de professionnels de santé. De ce point de vue, comme l'a rappelé le Dr Bensoussan président du syndicat national des psychiatres libéraux (SPF), l'absence de toute référence aux psychologues dans la loi du 26 janvier 2016¹³⁷ au moment même où était réaffirmé le rôle de médecin référent révèle, en creux, le travail à conduire pour rapprocher des cadres d'activité jusqu'ici éloignés. Les velléités d'auto-organisation de la profession ne peuvent y suffire.

¹³⁰ Les ARS examinent des dossiers pro forma, téléchargeables et indiquant les pièces à fournir.

¹³¹ On note une augmentation récente de l'activité libérale, le taux de primo-diplômés exerçant directement en libéral passant de 10 à 30 % entre 2010 et 2016.

¹³² Il s'agit d'une profession assimilée à la santé qui ne bénéficie pas du titre de profession de la santé mais dont les membres sont enregistrés depuis 2012 au répertoire ADELI qui les identifie par numéro d'exercice au niveau de chaque département.

¹³³ Malgré les dispositions de l'arrête du 19 mai 2006 qui définit les conditions du stage ; attestation de validation de stage très souvent demandées par les ARS (mais beaucoup d'hétérogénéité dans les pratiques) qui rencontrent des problèmes pour obtenir ces documents et statuer sur leur validité. Cela est d'autant plus vrai pour les anciens diplômés (DEA/DESS) car la création du master a également permis de mieux encadrer les modalités du stage.

¹³⁴ Point souligné par l'académie nationale de médecine et le collège de médecine générale.

¹³⁵ Dans une relation marquée par une forte asymétrie d'information.

¹³⁶ Réglementées par le code de santé publique, les professions de santé regroupent les professions médicales (médecins, sages-femmes et odontologistes), les professions de la pharmacie et les professions d'auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes et psychomotriciens, orthophonistes et orthoptistes, manipulateurs d'électroradiologie médicale et techniciens de laboratoire médical, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, prothésistes et orthésistes, diététiciens). Certains sont regroupés au sein d'un ordre professionnel (médecins, pharmaciens, sages-femmes, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues), organisme à caractère corporatif institués par la loi qui représente la profession mais qui participe aussi à la réglementation de l'activité et en jouant le rôle de juridiction disciplinaire pour ses membres. L'appartenance à l'ordre de sa profession est obligatoire pour pouvoir exercer. Ces professions réglementées par le CSP ont en commun d'être régulées par les ARS auxquelles elles doivent notamment déclarer les événements indésirables graves et les menaces sanitaires graves.

¹³⁷ Loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé.

3.1.2 Il faut construire un cadre juridique d'activité et créer les conditions d'un remboursement par l'assurance maladie

[144] Dans les faits, un certain nombre de psychologues sont déjà intégrés dans le système de santé, notamment dans les phases de traitement aigu (services d'urgences psychiatriques) ou dans l'accompagnement des phases chroniques (services hospitaliers, CMP, CMPP...). Plus généralement, la profession médicale et les autorités de santé savent aussi les mobiliser en cas de crise (CUMPS¹³⁸) ou de manque de psychiatres localement¹³⁹.

[145] La pérennisation de ces recours pose directement la question de leur reconnaissance statutaire et thérapeutique ainsi que de sa traduction dans un cadre juridique. La participation des psychologues aux différents dispositifs de santé mentale réclame en effet que soient levées les ambiguïtés de la part des professionnels de santé qui reconnaissent le besoin de devoir y recourir tout en soulignant leurs carences de formation et l'absence de cadre précis pour leurs interventions.

[146] Par ailleurs, certains des psychologues rencontrés ont souligné que l'absence d'un tel cadre pouvait constituer un frein au développement et à la mobilité géographique de la profession¹⁴⁰.

[147] Enfin, la création d'un tel cadre est aussi l'occasion de redéfinir les rôles et responsabilités des différents acteurs dans les prises en charge coordonnées des troubles psychiques faisant intervenir l'assurance maladie : au moment où l'urgence des besoins oblige à mettre en place de nouvelles organisations¹⁴¹, la possibilité d'une réforme autour de la place des psychologues souligne la nécessité de repenser l'ensemble des modalités de prise en charge de ces troubles, ce qui implique aussi, comme il a été indiqué en fin de première partie, que la formation initiale et continue des médecins généralistes et des autres acteurs de la santé mentale soit repensée¹⁴².

[148] La condition préalable à cette redéfinition est toutefois de rendre le contenu de la formation des psychologues et la nature de leurs actes thérapeutiques compatibles avec les principes du parcours de soins coordonnés¹⁴³ et une future admission au remboursement par l'assurance maladie. Cet objectif est clairement affirmé tant par la CNAM que par la Ministre¹⁴⁴. La revendication d'un accès direct au patient n'est, à cet égard, pas possible à satisfaire.

[149] A cet objectif correspond une nécessaire évolution de la pratique des psychologues qui souhaitent intégrer le parcours de soins vers un exercice notamment fondé sur des modules thérapeutiques évalués et des données probantes, qu'il s'agisse de prévention, de recherche, de dépistage, d'établissement d'un psychodiagnostic, d'accompagnement et de traitement¹⁴⁵. La mise en

¹³⁸ Créées à la suite de la vague d'attentats terroristes de 1995, les Cellules d'Urgence Médico-Psychologiques sont composées uniquement de professionnels (psychiatres, psychologues et infirmiers spécialisés en psychiatrie) et interviennent à l'occasion de catastrophes accidentelles ou naturelles, d'attentats ou de prises d'otages.

¹³⁹ Il existe aussi, pour citer un directeur d'ARS rencontré par la mission, « une certaine hypocrisie autour du statut des psychologues qui sont déjà très intégrés dans le système de santé ».

¹⁴⁰ Aujourd'hui, ces derniers exercent majoritairement dans la proximité de leur faculté de formation, dont les enseignements sont mieux connus de professionnels de santé hospitaliers et libéraux.

¹⁴¹ Cf. expérimentations et DSPP, MSP en partie II du rapport.

¹⁴² Lors du précédent programme « psychiatrie et santé mentale » 2013-2017, la HAS a produit un guide portant sur la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. L'objectif de ce guide est d'aider les professionnels à développer et renforcer la coordination interprofessionnelle dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. Il présente également des expériences d'amélioration conduites en France et à l'étranger ainsi que des repères et outils mobilisables de façon isolée ou combinée et en fonction des besoins, des ressources et des contraintes des professionnels.

¹⁴³ Cf. Art L162-5-3 et R322-1-1 du CSS.

¹⁴⁴ Cf. CNAM et cab ministre 29 janvier 2019 (rôle pivot du médecin généraliste).

¹⁴⁵ Ce que les anglo-saxons dénomment *scientist practitioner*.

place de recommandation de bonnes pratiques devrait constituer un outil de régulation des formations et des pratiques.

[150] Deux voies sont actuellement ouvertes, qui ne sont pas exclusives l'une de l'autre et dont la seconde est de nature à clarifier et homogénéiser les formations délivrées dans la perspective d'une participation au parcours de soins coordonnés et d'un remboursement des séances :

- Prévoir des exigences minimales et homogènes de formation concernant la maîtrise des instruments de la connaissance scientifique¹⁴⁶. Afin d'acquérir les compétences décrites, le psychologue aurait à suivre systématiquement un trajet consistant en une formation universitaire de base de master en sciences psychologiques dans une option qui prépare à une activité professionnelle dans le domaine de la psychologie clinique, suivie d'un stage (pratique professionnelle supervisée) d'au minimum un an¹⁴⁷.
- Créer un diplôme universitaire (DU) ou interuniversitaire (DIU) définissant la qualification de psychologue clinicien. Ce trajet de formation devrait mener aux compétences nécessaires pour fonctionner comme psychologue clinicien polyvalent qui peut délivrer les soins psychiques dans le domaine des soins de la santé en général et de la santé mentale en particulier. L'exercice de la psychologie clinique se situe dans un contexte de soins inter- et multidisciplinaire qui le conduit à travailler en lien avec d'autres professionnels de la santé somatique et psychique¹⁴⁸.

3.2 Pour engager ces évolutions, il faut organiser une approche par étapes et s'appuyer sur une réponse sanitaire graduée

3.2.1 La durée des stages doit être allongée, leurs conditions d'agrément précisées et la labellisation des pratiques organisée

[151] Le déroulement actuel des études en psychologie -sur le modèle LMD- n'intègre que très progressivement les impératifs de formation scientifiques précités. Si l'organisation des études jusqu'au niveau de la licence s'inscrit bien dans un référentiel général (ce qui n'est pas le cas après cf. supra), ce dernier souffre de l'absence de sélectivité à l'entrée, ce qui a conduit à organiser les trois premières années en fonction d'un taux d'échec élevé¹⁴⁹.

[152] Dans les faits, jusqu'à la licence, les contenus théoriques semblent parfois trop généralistes, l'acquisition de bases scientifiques pouvant notamment faire défaut, ainsi que la capacité à mesurer celle d'un étudiant à maîtriser ces instruments de la connaissance scientifique¹⁵⁰.

[153] Pour y pallier, il pourrait être proposé jusqu'au niveau Master, un socle commun obligatoire sur le plan théorique (enseignement basé sur les preuves, culture de santé publique pour situer son exercice par rapport à l'offre et aux besoins) que pratique (recommandations de bonnes pratiques).

¹⁴⁶ Il faudrait définir un tronc commun et des spécialités (neuropsychologues pour les tests et bilans, psychothérapeutes pour les prises en charges et les suivis, psychologues cliniciens pour le traitement non médicamenteux de troubles répandus comme l'anxiété...).

¹⁴⁷ D'où l'importance, selon l'Académie de médecine, d'une supervision médicale, d'un exercice dans un cadre pluridisciplinaire (type MSP) ou, au moins, d'une inscription dans un réseau de soins. A cet égard, et en fonction du niveau d'autonomie souhaité, le psychologue pourrait être amené à choisir entre l'équivalent belge du niveau Visa et celui du niveau Agrément (cf. note 116 et annexe n° 5).

¹⁴⁸ Les principes posés dans le cadre de la stratégie de santé Ma santé 2022 reposent sur le développement des pratiques partagées et sur la connaissance mutuelle par les professionnels du soin des compétences et apports de chacun.

¹⁴⁹ 55 % de taux d'échec de L1 à L2, (60 % de L1 à L3), ce taux élevé s'expliquant en partie par les nombreux abandons en cours d'année, parfois dès les premières semaines, souvent liés à une mauvaise orientation (données ONISEP, 2018).

¹⁵⁰ Entretien Pr. V. Kovess cité supra.

[154] Dans un second temps, il devrait être possible d'aller plus loin pour améliorer la qualité de la formation. Certains universitaires souhaitent la mise en place d'un doctorat et d'une année d'internat dans une structure adaptée après le niveau de Master comme cela se fait en Amérique du Nord et qui débouche sur l'obtention d'un titre d'exercice périodique après la diplomation¹⁵¹.

[155] La majorité des interlocuteurs syndicaux¹⁵² demandent aussi un allongement de la durée de la formation (bac+6, voire plus) pour intégrer « plus de pratique »¹⁵³. Dans leur esprit, cette 6^{ème} année pourrait également permettre aux autres types de psychologues de se spécialiser dans un domaine particulier.

[156] Cet allongement permettrait aussi de suivre des formations complémentaires dans le domaine de l'exercice clinique, ouvrant notamment à ceux qui le souhaitent la possibilité de participer à un dispositif de parcours de soins. Concrètement, cet accès s'opérerait sous le contrôle du ministère de la santé. Il faudrait pour cela mettre en place un cahier des charges permettant de statuer sur la capacité des psychologues en fin de formation à participer à un dispositif de parcours de soins. Ce principe de cahier des charges de psychologue clinicien remboursé par l'équivalent de l'assurance maladie existe en Belgique (cf. annexe n° 5).

[157] Un système de labellisation - à construire en lien avec le ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche et de l'innovation (MESRI)- permettrait notamment au ministère chargé de la santé d'indiquer les formations qu'il considère comme qualifiantes ou qu'il souhaite voir se consolider, voire se créer¹⁵⁴ pour intervenir dans les parcours de soins coordonnés ouvrant au remboursement par l'assurance maladie.

[158] Il reviendrait, en retour, aux universités d'adapter leurs maquettes pédagogiques en conséquence. Dans cette perspective, les enseignements scientifiques doivent être intégrés de façon plus systématique pour permettre aux psychologues d'évaluer ou de réévaluer leur pratique au regard de l'évolution des connaissances. Sur ce point, la formation actuelle n'est pas toujours adaptée, et pas pleinement en accord avec le code de déontologie, dont la portée réelle sera vue dans la partie suivante, qui intègre ce regard critique¹⁵⁵.

Recommandation n°1 : Créer des diplômes universitaires ou inter-universitaires permettant aux psychologues se destinant à la pratique clinique de connaître l'ensemble des approches, de s'approprier des modules thérapeutiques évalués ainsi que des instruments de démarche d'évaluation scientifique.

Recommandation n°2 : Prévoir un dispositif de labellisation par les autorités sanitaires afin de prendre en compte les flux (formation initiale) et les stocks (validation des acquis d'expérience -VAE-) de psychologues cliniciens susceptibles d'intervenir dans les parcours de soins coordonnés.

Recommandation n°3 : A partir des fichiers ADELI et des labellisations ARS, préciser le nombre et la répartition géographique des psychologues cliniciens mobilisables pour participer au parcours de soins coordonnés.

¹⁵¹ Le profil de docteur en psychologie offre à l'étudiant une formation professionnelle axée sur les deux dimensions de l'évaluation et de l'intervention psychologiques. Il permet l'approfondissement des connaissances théoriques et pratiques dans un des domaines de spécialisation offerts au département. Ce profil conduit à l'accréditation professionnelle.

¹⁵² SNP, la FFPP et la SFP : sur leur faible représentativité ; voir partie suivante.

¹⁵³ Les 6 mois de stage actuels sont jugés insuffisants et se déroulent dans des conditions d'encadrement très hétérogènes.

¹⁵⁴ Ce principe pourrait s'étendre à d'autres professions de santé (psychomotriciens, orthophonistes) dont les interventions empiètent parfois sur le périmètre des soins psychiques.

¹⁵⁵ Article 24 (Code de déontologie) : les techniques utilisées par le psychologue à des fins d'évaluation, de diagnostic, d'orientation ou de sélection, doivent avoir été scientifiquement validées et sont actualisées.

3.2.2 Un code de déontologie opposable doit être adopté dont il faudra tirer les conséquences institutionnelles

[159] La création d'un titre d'exercice professionnel pose la question, comme pour la plupart des professions soignantes, de la création d'une instance qui en assure le cadre et le respect des règles ; et qui soit plus précisément en charge de la déontologie professionnelle qui y est attachée.

[160] Quel qu'en soit le nom -conseil supérieur ou haute autorité - cette instance s'inspirerait, *volens nolens*, des missions des ordres qui représentent une profession sur le plan institutionnel, veillent aux bonnes conditions d'exercice et préservent la diversité des pratiques dans le respect d'un cadre déontologique et des obligations de développement professionnel continu.

[161] Cette nécessaire réflexion est aujourd'hui retardée, voire entravée, par la faible organisation de la profession (et la faible incitation jusqu'à présent à la constituer) avec pour corollaire, une absence de consensus chez les psychologues sur la création d'une telle instance.

[162] En effet, on constate une fort émiettement syndical¹⁵⁶ et une faible visibilité institutionnelle¹⁵⁷. Or, dans le même temps, une offre concurrente s'affirme : la majorité des jeunes psychiatres souhaitent être psychothérapeutes et la création des infirmiers de pratique avancée¹⁵⁸ pose les bases d'une offre mieux intégrée à l'architecture de notre système de santé.

[163] On ne peut que constater, au fil des entretiens, la faible cohésion de la profession au sein de laquelle certaines spécialités revendiquent une forte autonomie (les psychanalystes notamment). Pour autant, les psychologues ont tenté de se doter d'un cadre déontologique, le premier document date des années 1960¹⁵⁹ et un texte plus récent a été remanié et diffusé depuis 2012. Mais celui-ci n'est pas opposable et son libre usage pose des difficultés notamment en cas d'intervention d'un psychologue dans un différend juridique (attestations indues ou sans valeur juridique, notamment en droit de la famille). Par ailleurs, la déontologie n'est que peu enseignée durant le cursus universitaire. Le code de déontologie, non légalisé, demeure donc un code éthique indicatif.

[164] Une première étape, après un travail de révision légistique, serait d'officialiser ce document et de lui donner un caractère opposable. Ceci aurait au moins deux effets : rendre la déontologie enseignable lors de la formation initiale (au-delà des quelques heures de cours parfois intégrées aux cursus) et permettre une réglementation des pratiques par une instance de pairs.

¹⁵⁶ Le SNP représente tous les psychologues, c'est à dire les personnes pouvant faire un usage professionnel du titre (licence de master + master de psycho + stage obligatoire de 500 h). Il compte 1000 adhérents pour environ 60 000 psychologues. De création récente (2000), la FFPP ne représente, à l'instar du SNP, qu'une petite partie de la profession (1500 à 2000 adhérents sur 60 000 psychologues en activité, soit entre 2,5 et 3 %) alors qu'elle devait en principe fédérer l'ensemble des associations et sociétés savantes, mais dans les faits, elle n'est pas aussi unitaire que cela (le SNP y a adhéré puis en est sorti). Elle partage le point de vue de la SNP sur les sujets actuels, à savoir l'élaboration d'un code de déontologie (sans ordre) et l'évolution du modèle de formation actuel pour les psychologues.

¹⁵⁷ Même si la DGOS les associe (entretien DGOS du 30 janvier 2019).

¹⁵⁸ Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée.

¹⁵⁹ Établi par le Dr. Anane.

[165] Sur la création d'une telle instance, la profession est divisée, mais tous les autres acteurs soulignent sa nécessité.

- Une partie de la profession est convaincue qu'une instance de régulation est nécessaire pour répondre aux conséquences de la diversité des formations et des pratiques et imposer le respect de conditions d'exercice, elles-mêmes condition de la pérennité de la profession¹⁶⁰. Elle constate qu'alors même que la demande adressée aux psychologues augmente, l'absence actuelle d'un cadre d'activité régulée affaiblit la lisibilité de l'offre, laisse des pratiques à risque s'exercer et peut être un frein à la mobilité géographique¹⁶¹.
- Une partie de la profession a une position encore plus claire: elle considère que la condition de préservation de la pluralité des disciplines (au niveau licence), des « épistémologies » (au niveau master) et des psychothérapies (pour les formations post master) nécessite un cadre régulateur et protecteur qui peut rentrer dans le champ de compétence d'un ordre, ou l'équivalent d'un ordre. Cette partie de la profession attend que cette instance protège l'exercice et les psychologues, participe à leur qualification et à leur régulation et les représente institutionnellement tout en garantissant la qualité des pratiques.
- La partie de la profession qui s'y oppose présente des arguments qui renvoient à la crainte d'une para-médicalisation de la profession (cf. 1.2.2) et d'une intrusion indue d'acteurs publics dans la sphère de l'intime. Cette crainte pose directement la question du secret professionnel partagé, qui met en tension la nécessité d'un minimum d'échanges avec le médecin, dans le cadre d'une prise en charge coordonnée, et le respect de la vie privée du patient, de ce qu'il dit au psychologue de sa vie privée et dont il n'a pas forcément parlé à son médecin traitant.

[166] En revanche, tous les autres acteurs rencontrés ont souligné les difficultés à ne pas créer une telle instance :

- Les ARS ont rappelé que les validations des stages et des titres étrangers qui leur incombent dans le cadre des expérimentations ne pouvaient se transformer, pour des raisons de moyens, en tutelle d'une profession réglementée¹⁶².
- L'Académie nationale de médecine et le collège de médecine générale ont indiqué qu'une participation des psychologues qui le souhaitent à une prise en charge coordonnée de patients (inévitables en raison de la proportion de personnes souffrant de troubles psychiques dans leurs patientèles et des comorbidités associées) réclamait des conditions d'intervention compatibles avec le cadre imposé aux professionnels de santé¹⁶³.
- L'assurance maladie¹⁶⁴ considère pour sa part que, passée la phase expérimentale, l'admission au remboursement des séances n'est pas séparable de la mise en place d'un dispositif garantissant, au-delà de la diversité des approches, un cadre déontologique opposable s'appuyant sur des modules thérapeutiques maîtrisés et délivrés sous le regard et la garantie des pairs.

[167] La situation actuelle doit donc nécessairement évoluer. Un aspect supplémentaire l'impose : la généralisation de l'admission au remboursement des psychologues cliniciens ne peut se concevoir sans une évaluation professionnelle des 20 à 30 000 d'entre eux déjà installés. Seul un dispositif conçu entre les pouvoirs publics et une instance professionnelle dotée de reconnaissance des pairs et d'un pouvoir d'injonction pourra y répondre.

¹⁶⁰ 1996/2206.

¹⁶¹ Cf. note 22.

¹⁶² Il serait d'ailleurs paradoxal que le refus d'une instance professionnelle de régulation aboutisse à un statut proche des professions sous la tutelle, par exemple, du ministère de la justice (à l'instar des géomètres experts).

¹⁶³ Entretiens des 17 avril et 22 mai 2019.

¹⁶⁴ Direction déléguée de l'offre de soins et direction médicale : entretiens des 30 janvier et 13 février 2019.

[168] Cette dimension de la pratique est suffisamment sensible pour qu'elle s'impose à l'ensemble des psychologues cliniciens, indépendamment de leur participation au parcours de soins.

[169] Si la notion d'instance ordinaire est de nature à susciter de trop fortes oppositions, la profession et les pouvoirs publics pourraient s'inspirer de ce qui s'est fait en Suisse, au Québec ou en Belgique.

[170] Ce dernier exemple apparaît le plus opérant : jusqu'en 2016, les psychologues n'y étaient pas considérés comme des soignants. Une fois ce changement de statut opéré, il a été créé une commission nationale des psychologues (sorte d'équivalent d'ordre) et- en 2017- un conseil fédéral des soins de santé mentale (dont les avis, consultatifs, sont généralement suivis par la ministre de la santé). Ces deux instances sont notamment chargées des habilitations, de la délivrance des visas et des agréments, ainsi que de la supervision des psychologues.

Recommandation n°4 : Doter l'ensemble de la profession de psychologues ayant un exercice clinique d'un code de déontologie opposable.

[171] La participation au parcours de soins suppose, outre de maîtriser les modalités d'intervention idoines et d'être labélisés par les autorités sanitaires, d'intégrer les contraintes liées à ce mode d'exercice coordonné (prescription médicale, échanges réguliers, traçabilité administrative, retour dans le cadre de la synthèse opérée par le médecin pour le dossier médical partagé¹⁶⁵ -DMP-...).

Recommandation n°5 : Conditionner l'ouverture au remboursement de l'activité des psychologues cliniciens, pour ceux qui le souhaitent, à l'acceptation d'un cadre juridique et de modalités d'intervention thérapeutiques compatibles avec celles des autres professions de santé et les règles du parcours de soins coordonnés.

3.2.3 Ces évolutions devront s'inscrire dans une réponse sanitaire par niveaux

[172] La cohérence de la prise en charge de la souffrance psychique en France a peu progressé depuis les constats et conclusions d'un récent rapport de l'IGAS sur la santé mentale¹⁶⁶. Dans un contexte d'inflation de la demande, elle se caractérise par une offre devenue hyperspécialisée et segmentée qui pose, outre les difficultés d'accès¹⁶⁷, un problème de lisibilité et d'adressage pertinent pour et entre les professionnels du terrain. Dans ce contexte, la profession de psychologue a besoin de repères et de garanties pour déterminer sa place et son rôle dans le parcours des patients.

[173] Pour rompre les effets de la segmentation de l'offre, « source d'embolie et d'incohérences »¹⁶⁸, la solution impose de réfléchir en termes de « gradation des soins et d'alternatives de déport »¹⁶⁹ (cf. les premières réponses allant dans ce sens dans le cadre des dispositifs détaillés en partie 2.1.1).

¹⁶⁵ La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 a confié à la CNAM la mise en œuvre du DMP. Le DMP est conçu comme un ensemble de services permettant aux professionnels de santé autorisés, de partager, sous forme électronique, les informations de santé utiles à la coordination des acteurs prenant en charge le patient. Le volet médical de synthèse produit par le médecin traitant, est ajouté au DMP selon les recommandations et/ou obligations de la HAS.

¹⁶⁶ Rapport IGAS 2017-064R relatif à l'Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960.

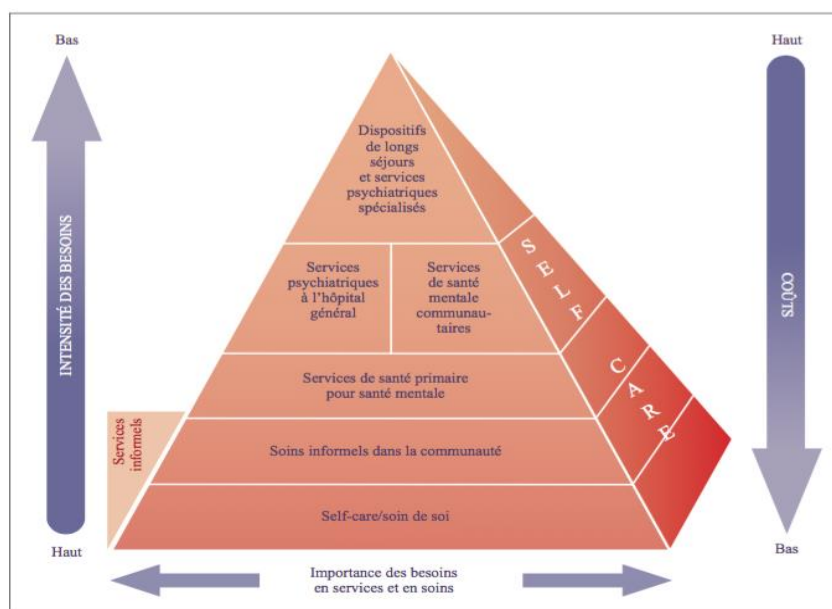
¹⁶⁷ Les CMP en particulier ne peuvent pas jouer tous les rôles et prendre en charge des pathologies qui ne relèvent pas clairement de leur mode de prise en charge pluridisciplinaire (insomnie, troubles psychiques mineurs) faute d'accessibilité à une offre de soins plus légère.

¹⁶⁸ Rapport IGAS n° 2017-064R précité.

¹⁶⁹ Entretien avec le Dr Bensoussan, 9/04/19.

[174] Les autorités sanitaires belges ont opéré de façon structurelle cette rupture dans l'organisation de l'offre de soins psychiques (cf. annexe n° 5). Le principe est de construire une plus grande cohérence des parcours de prise en charge notamment en organisant une première ligne d'intervenants pluri-professionnels facilitant l'accessibilité aux soins en santé mentale, et en mettant l'accent sur les besoins des usagers pris en considération dans leur milieu de vie.

Schéma 6 : Structuration de l'offre en fonction des besoins en santé mentale



Source : D'après OMS¹⁷⁰

[175] Cette réforme, orientée vers une offre de soins plus communautaire¹⁷¹, s'appuie sur 5 fonctions correspondant à cinq niveaux :

- Fonction 1 : prévention, promotion, détection précoce, dépistage et diagnostic ;
- Fonction 2 : mobilisation d'équipes mobiles ou ambulatoires pour les situations de crise et les personnes qui nécessitent des suivis de longue durée ;
- Fonction 3 : mobilisation d'équipes de réhabilitation, réinsertion et inclusion socio-professionnelle ;
- Fonction 4 : placement en unités intensives de traitement résidentiel si l'hospitalisation est indispensable ;
- Fonction 5 : formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins psychiques adaptée lorsque l'organisation des soins à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible.

[176] Cette approche par niveaux s'organise dans vingt territoires de santé. Elle permet de construire une plus grande cohérence des parcours de prise en charge et de soulager les professionnels qui ne doivent plus systématiquement gérer des situations d'urgence.

¹⁷⁰ Repris dans Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale, M. Funk, I. Benradia et L-L. Roelandt, L'information psychiatrique 2014/5 (Volume 90).

¹⁷¹ Réforme de la santé mentale initiée à partir de 2002 et visant transformer une partie de l'offre résidentielle en offre communautaire avec l'intégration de cette nouvelle offre dans le réseau des ressources existantes (communautaires et médico-sociales) tout en maintenant les personnes dans leur milieu de vie et en évitant qu'elles recourent indument aux services spécialisés.

[177] Les psychologues jouent un rôle important dans la mise en œuvre de ce dispositif. Ils participent à la prise en charge dite de « *première ligne* » qui identifie les besoins des patients à travers un protocole évaluatif. Pendant cette phase, ils travaillent en transparence avec le médecin généraliste via une messagerie sécurisée et un agenda partagé. Au fil du temps et des échanges, des éléments de co-diagnostic se construisent et les psychologues participent, dans une majorité de territoires, à l'orientation des patients vers les différents niveaux de prise en charge.

[178] Cette approche, qui contraste avec l'organisation actuellement constatée des soins en France, n'est pas hors de portée puisque la loi de modernisation du système de santé (janvier 2016) prévoit la constitution de *projet territoriaux en santé mentale (PTSM)* qui peuvent en constituer le socle.

[179] Les PTSM associent l'ensemble des acteurs du territoire concerné par la santé mentale pour améliorer l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture. Ils peuvent définir et préciser la place et le rôle des psychologues dans les deux étapes d'élaboration qu'ils prévoient, soit :

- Au moment de la conception d'un diagnostic territorial partagé. Ce dernier repose sur un recueil de données et d'indicateurs de besoins, de ressources et d'offre, alimentés par des informations produites par l'ATIH, la DREES et les observatoires régionaux de santé. Sur cette base, les acteurs élaborent une vision commune de ce qui fonctionne sur le territoire en réponse aux besoins et identifient les leviers d'amélioration et de changement à mobiliser au sein du PTSM. La mise en place du PTSM doit être l'occasion de formaliser les besoins des secteurs sanitaire et médico-social en partant notamment des pratiques validées (modules de prise en charge).
- Au moment de l'élaboration du PTSM sur la base des constats et leviers d'action identifiés dans le diagnostic, en tenant compte des priorités de santé publique et de leur déclinaison en actions de prévention et de promotion de la santé, en soins et en accompagnement à l'autonomie et à l'inclusion sociale et citoyenne.

[180] L'apport central du PTSM réside dans sa capacité à faire dialoguer des professionnels sur des objectifs qui améliorent leurs propres conditions d'activité, mais aussi de leur permettre de construire des collaborations « apprenantes » qui corrigent les pratiques quotidiennes sans qu'interviennent de postures ou préjugés socio-professionnels.

[181] Ainsi à Toulouse, le PTSM a permis à différents acteurs, professionnels, usagers et familles, de se rencontrer pour échanger à partir de données statistiques et épidémiologiques, mais aussi sur leurs constats qualitatifs quant aux problèmes psychiques des populations du territoire et aux réponses apportées.

[182] Dans ce contexte, a pu être mis en place à Toulouse le DSPP, une plateforme de dialogue qui permet aux médecins généralistes de trouver un appui aussi bien auprès de psychiatres que des psychologues, améliorant au fil des échanges la pertinence des approches et orientations dans un cadre de confiance entre professionnels¹⁷².

[183] Cette approche par niveaux appelle en retour une consolidation des principes du parcours de soins coordonné. Elle ne trouve en effet sa cohérence que si le médecin généraliste est bien la porte d'entrée qui pose l'indication aux soins psychiques après avoir récusé des diagnostics différentiels de type somatiques ou psychiatriques graves.

¹⁷² Le médecin généraliste conserve en suivi la majorité des patients adressés avec son accord par le DSPP aux psychiatres ou au psychologues (cf. aussi annexe 4 et partie 2.1.2)

[184] A cet égard, les médecins généralistes doivent être mieux formés aux troubles psychiques (formation initiale et continue), mais aussi en s'appuyant quand cela est possible sur des dispositifs du type DSPP (« dispositif apprenant » cf. supra partie 2) dont la plus-value en termes de coordination semble acquise pour repérer et prendre en charge les patients qui le nécessitent et les confier à d'autres professionnels de la santé s'ils relèvent in fine de soins plus spécialisés.

[185] Symétriquement, les psychiatres doivent aussi mieux connaître les approches et techniques de la psychologie clinique afin, dans un contexte d'insuffisance de leur offre, de pouvoir à la fois se décharger des patients dont les troubles vont trouver une réponse adaptée chez le psychologue et s'assurer, si nécessaire, de la pertinence de cette intervention.

[186] A cette fin, il faut aussi mieux informer les patients qui ignorent le plus souvent que leur médecin traitant peut s'occuper des troubles psychiques¹⁷³

Recommandation n°6 : Inciter fortement les acteurs, lors de la conception des projets territoriaux de santé mentale (PTSM), à réfléchir à une prise en charge par niveaux

Recommandation n°7 : Développer dans les PTSM des dispositifs de soins partagés s'inspirant du dispositif de soins psychiatriques partagés de Toulouse (DSPP)

Recommandation n°8 : Renforcer la formation des médecins généralistes et des psychiatres sur les approches et techniques de la psychologie clinique.

¹⁷³ Etude ARGOS de la fondation Fondamental : « La stigmatisation de la maladie mentale constitue pour toutes les personnes concernées une "double peine". Ces résultats démontrent que nos patients ne s'autorisent pas à parler librement, au point parfois de taire leur souffrance même à leur médecin de première ligne ».

CONCLUSION

Comme cela se fait déjà dans d'autres pays, l'association des psychologues cliniciens à la prise en charge coordonnée de la souffrance psychique apparaît aujourd'hui nécessaire. Outre constituer de possibles gisements d'efficience sur le plan médico-économique, elle répond aux limites de l'offre sanitaire –libérale ou des établissements- et révèle une demande aujourd'hui non satisfaite comme les expérimentations décrites dans ce rapport le montrent.

Ces expérimentations annoncent aussi que, pour les psychologues, cette évolution doit s'inscrire dans des cadres de formation et d'exercice plus transparents, au premier chef dans l'intérêt des personnes suivies. Celles-ci étant par définition fragilisées et souvent atteintes de comorbidités (cf. Partie 1.1), l'accès sous un regard médical s'impose pour éliminer d'éventuels diagnostics différentiels et prendre en charge rapidement ce qui ne relève pas de la souffrance psychique.

Ce que certaines expérimentations ou dispositifs plus anciens montrent, c'est que la formation et l'accompagnement des médecins généralistes- qui doivent être en tout état de cause renforcés- seront aussi sensiblement améliorés par la pratique d'orientation elle-même comme dans le cas de l'expérimentation du DSPP à Toulouse ainsi que le dispositif dit de première ligne mis en œuvre en Belgique (cf. annexe n° 5). A plus long terme, la fonction même de médecin référent/coordonnateur conduira à réexaminer les contenus de leur formation initiale et continue en psychiatrie/santé mentale. C'est toute la logique du parcours coordonné de soins.

En tout état de cause, les psychologues, au-delà de la diversité de leurs formations et pratiques, doivent poser un regard conjoint sur les risques et défis qui se présentent à leur profession :

- Demeurer en dehors de la communauté des professionnels de la santé avec le risque de voir d'autres professions apporter une réponse à la souffrance psychique conforme aux garanties (sanitaires, mais aussi juridiques ; pour les malades comme pour les professionnels) qu'apportent les règles contenues dans le code de la santé ;
- Organiser la profession afin que soient assurées la liberté des approches de soins ; une évaluation adaptée mais réelle de ces dernières et une coordination fonctionnelle et territoriale avec les autres acteurs de santé. Pour y parvenir, un code réellement opposable de déontologie, une instance garantissant son respect et s'assurant d'une supervision des pratiques entre pairs constitue une étape que beaucoup des psychologues rencontrés estiment nécessaire.

Enfin, en insistant sur le renforcement du cadre d'exercice des psychologues, la mission souligne deux conditions essentielles à leur positionnement futur : le nécessaire renforcement de leurs conditions de stages cliniques (via une labellisation des titres), ainsi que de leurs compétences académiques dans les disciplines mobilisées en psychopathologie et en santé publique.

RECOMMANDATIONS DE LA MISSION

N°	Recommandation	Niveau de priorité	Autorité responsable	Echéance
1	Créer des diplômes universitaires ou interuniversitaires permettant aux psychologues se destinant à la pratique clinique de connaître l'ensemble des approches, de s'approprier des modules thérapeutiques évalués ainsi que des instruments de démarche d'évaluation scientifique.	1	MESRI	2020-2021
2	Prévoir un dispositif de labélisation par les autorités sanitaires afin de prendre en compte les flux (formation initiale) et les stocks (validation des acquis d'expérience -VAE-) de psychologues cliniciens susceptibles d'intervenir dans les parcours de soins coordonnés.	1	MASS HAS	2020-2021
3	A partir des fichiers ADELI et des labellisations ARS, préciser le nombre et la répartition géographique des psychologues cliniciens mobilisables pour participer au parcours de soins coordonnés.	1	ARS	2020
4	Doter l'ensemble de la profession de psychologues ayant un exercice clinique d'un code de déontologie opposable.	1	MASS HAS	2020-2021
5	Conditionner l'ouverture au remboursement de l'activité des psychologues cliniciens, pour ceux qui le souhaitent, à l'acceptation d'un cadre juridique et de modalités d'intervention thérapeutiques compatibles avec celles des autres professions de la santé et les règles du parcours de soins coordonnés.	1	MASS CNAM HAS	2021
6	Inciter fortement les acteurs, lors de la conception des projets territoriaux de santé mentale -PTSM-, à réfléchir à une prise en charge par niveaux	2	MASS-ARS	Calendrier régional
7	Développer dans les PTSM des dispositifs de soins partagés s'inspirant du dispositif de soins psychiatriques partagés de Toulouse (DSPP)	2	MASS-ARS	Calendrier régional
8	Renforcer la formation des médecins généralistes et des psychiatres sur les approches et techniques de la psychologie clinique.	2	MESRI-OPCO	2020-2021

LETTRE DE MISSION



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

Le Directeur de Cabinet

Paris, le 29 NOV. 2018



Le Directeur de cabinet de la ministre des solidarités et de la santé

A

Madame la Cheffe de l'Inspection générale des affaires sociales

Objet : Mission relative à l'état des lieux des modalités actuelles de prise en charge des troubles psychiques.

La santé mentale est un défi majeur en France. Les troubles psychiques touchent près d'un quart des Français, directement ou via leurs proches. Ils sont classés au premier rang des maladies en matière de dépenses de soins, avant les cancers et les maladies cardiovasculaires.

En complément d'une prise en charge par des professionnels de santé, notamment les psychiatres, les médecins généralistes et les infirmiers, de nombreux patients atteints de troubles psychiques légers ou modérés ont recours à un psychologue. En ville, ces consultations auprès de psychologues ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie. Plusieurs expérimentations récentes, voire dispositif pérenne comme celui prévu par le PLFSS 2019 sur le dépistage des troubles du neuro-développement, prévoient toutefois un remboursement des consultations de psychologues dans des conditions spécifiques.

Pour autant, l'impact de la mise en œuvre en France de ce remboursement par l'assurance maladie n'est pas évalué.

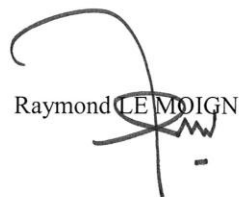
Dans ce contexte, nous souhaitons que vos services conduisent une mission analysant la cohérence des réponses apportées à travers les nombreuses initiatives en cours, le rôle des différents professionnels et structures intervenant dans le parcours du patient, les besoins restants, et la répartition des impacts financiers entre l'assurance maladie, les organismes complémentaires et l'assuré.

.../...

Une attention plus particulière sera portée au rôle et à la place des psychologues par rapport à l'action actuelle du médecin généraliste ainsi que l'impact sur l'assurance maladie de ces différentes interventions par rapport à la prescription de psychotropes.

Pour vos travaux, vous pourrez vous appuyer sur la direction de la sécurité sociale, la direction générale de l'offre de soins, la direction générale de la santé, la direction générale de la cohésion sociale, la caisse nationale d'assurance maladie et la mutualité sociale agricole.

Un point d'étape aura lieu au deuxième trimestre 2019, les conclusions de vos travaux étant attendues au plus tard pour le troisième trimestre 2019.



Raymond LEMOIGN

LISTE DES PERSONNES RENCONTREES

CABINET DE LA MINISTRE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE

Mickaël BENZAQUI, conseiller

ADMINISTRATIONS CENTRALES

Direction générale de l'offre de soins

Sophie ESCALON, adjointe au sous-directeur de la régulation de l'offre de soins

Thierry KURTH, chef du bureau R4, prises en charge post aigües, pathologies chroniques et santé mentale au sein de la sous-direction de la régulation de l'offre de soins

Guy BOUDET, chef du Bureau RH2, exercice, déontologie et développement professionnel continu au sein de la sous-direction des ressources humaines du système de santé

Direction générale de la santé

Raphaël CAPIAN, chef du bureau santé mentale (SP4)

Anne-Claire STONA, bureau santé mentale (SP4)

Magali GUEGAN, bureau santé mentale (SP4)

Dr Philippe LEBORGNE, adjoint au chef du bureau santé mentale (SP4)

Pascale FRITSCH, bureau santé mentale (SP4)

Direction de la sécurité sociale

Mathilde LIGNOT-LELOUP, directrice, direction de la sécurité sociale

Marine JEAN-BAPTISTE, conseillère médicale auprès du sous-directeur du financement du système de soins

Jérémie CASABIEHLE, adjoint, mission de la coordination et de la gestion du risque maladie

Thomas WANECQ, sous-directeur SD1, financement du système de soins

Nicolas LABRUNE, adjoint sous-directeur, SD1, financement du système de soins

Estelle PAGLIAROLI, SD1, financement du système de soins

Direction général de la cohésion sociale

Jean-Philippe VINQUANT, directeur général de la Cohésion sociale

Isabelle GRIMAULT, sous-directrice, sous-direction de l'enfance et de la famille

Dr Chantal ERAULT, conseiller technique à la sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées

Jean-François LHOSTE, adjoint personnes handicapées, sous-direction de l'autonomie des personnes handicapées et des personnes âgées

Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle

Franck JARNOT, sous-directeur, sous-direction des formations et de l'insertion professionnelle

Pascal GOSSELIN, adjoint, département des formations cycles master et doctorat

Sabrina OUARDANI, département des formations cycles master et doctorat

Délégation interministérielle à la stratégie nationale pour l'autisme

Claire COMPAGNON, déléguée interministérielle
Olivier TOCHE, chargé de mission d'appui « forfait précoce »
Laure ALBERTINI, cheffe de projet formation et politiques inclusives

CAISSES NATIONALES

Caisse nationale de l'assurance maladies des travailleurs salariés

Annelore COURY, directrice déléguée à l'organisation de l'offre de soins
Pr Olivier LYON-CAEN, médecin conseil national
François-Xavier BROUCK, directeur du département des assurés à la direction déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
Dr Pierre GABACH, responsable, département des prestations et des maladies chroniques
Isabelle VINCENT, responsable adjointe, département de la prévention et de la promotion de la santé
Dr Ayden TAJAHMADY, directeur adjoint de la stratégie, des études et des statistiques

Caisse centrale de la mutualité sociale agricole

Jessica AMOORDON, responsable de l'équipe *Solidel*
Nadia JOUBERT, directrice des statistiques des études et des fonds
Dr François FRETE, médecin conseil
Dr Philippe LABATUT, médecin conseil

AGENCES /INSTITUTIONS NATIONALES

Haute autorité de santé

Anne-Marie ARMANTERAS-DE-SAXCE, membre du collège HAS
Katia JULIENNE, directrice générale
Dr Marie-Hélène RODDE-DUNET, adjointe à la directrice de l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Santé publique France

Véronique BONY, directrice, direction de l'aide et de la diffusion aux publics
Christine CHAN-CHEE, direction des maladies non transmissibles et traumatismes
Emmanuelle BAUCHET, direction des maladies non transmissibles et traumatismes
Enguerrand DU ROSCOAT, direction de la prévention et de la promotion de la santé

Agence nationale de l'appui à la performance

Sophie MARTINON, directrice
Didier ALAIN, directeur associé
Corinne MARTINEZ, manager, santé mentale

Académie nationale de médecine

Pr Jean-Pierre OLIE
Pr Bernard BIOULAC
Pr Catherine BARTHELEMY
Pr Jean-François ALLILAIRE

Institut de recherche et des études statistiques

Magali COLDEFY, chercheur associé
Coralie GANDRE, chargée de recherche

PERSONNALITES QUALIFIEES

Pr Viviane KOVESS-MASFETY, psychiatre, membre du groupe d'expert scientifique de l'expérimentation CNAM
Dr Maurice BENSOUSSAN, psychiatre, président du syndicat national des psychiatres libéraux (SPF), Président URPS Occitanie
Pr Frank BELLIVIER, psychiatre, délégué ministériel santé mentale et psychiatrie
Pr Pierluigi GRAZIANI, professeur des universités en psychologie clinique et psychopathologie à l'Université de Nîmes et d'Aix-Marseille
Pr Catherine BUNGENER, professeur des universités en psychologie clinique, Paris Descartes
Cécile FLAHAUT, maître de conférences – HDR ; Paris Descartes
Céline BONNAIRE, maître de conférences Paris Descartes
Pr Mathilde HUSKY, professeur des universités en psychologie clinique et psychopathologie à l'université de Bordeaux
Dr Aurore SABOURAUD-SEGUIN, psychiatre co-créatrice de l'institut de victimologie

SYNDICATS NATIONAUX

Jacques BORGY, président du syndicat national des psychologues (SNP)
Pr. Benoît SCHNEIDER, président de la Fédération française des psychologues et de la psychologie (FFPP)
Gilles METTAIS, animateur du collectif UFTMICT-CGT
Christelle GOUVARD, représentante du collectif UFTMICT-CGT

COLLÈGE DE LA MÉDECINE GÉNÉRALE

Dr Marie-Hélène CERTAIN, secrétaire générale
Pr Frédéric, membre URBAIN

SITES INVESTIGUES

BRUXELLES, BELGIQUE

Paul De BOCK, conseiller général, service des soins de santé psychosociaux, service public fédéral Santé publique (SFP)
Bernard JACOB, chef de projet et coordinateur fédéral des réformes des soins en santé mentale (SPF)
Sarah MORSINK, Morgane STEFFEN (psychologues experts, SPF)
Koen DERAEDT, représentant de l'Institut national assurance maladie-invalidité (INAMI)
Nady VAN BROECK, professeur en psychologie clinique, présidente du conseil fédéral en santé mentale

NOUVELLE AQUITAINE

ARS

Michel LAFORCADE, directeur ARS

BRETAGNE

CPAM

Gaspard LALLICH, directeur adjoint CPAM

Dr Anne OOGHE, médecin chef de l'échelon local du service médical

Valérie POUPON, responsable de département

Amélie RIAULT, cadre technique

ARS

Dr René NIVELET, direction adjointe de l'offre ambulatoire, ARS

Professionnels de la santé

Dr Alain BERTHIER, médecin généraliste, représentant le collège de la médecine générale

Dr Yves FROGER, médecin psychiatre, représentant l'URPS Bretagne

Sophie LE SAGE, psychologue libérale

OCCITANIE

CPAM/CRAM

Dr Jacqueline MEDANI, médecin conseil CPAM

Dr Marie-Claude CABANEL, médecin conseil régional Adjoint

Isabelle TARTARIN, sous-directrice en charge de la direction de la santé

Natacha DELBOSC, coordination des relations avec ETS et structures

Julie VAN POUCKE, relations professionnels de Santé

ARS/DD

Pierre RICORDEAU, directeur ARS

Dr Jean-Jacques MORFOISSE, directeur adjoint ARS

Dr Olivier PUECH, ARS

Pascal DURANT, directeur projets ARS

Christophe BONNIER, directeur adjoint direction projet ARS

Diane AUBLIN, IASS ARS

Maryse FAUROUX, directrice adjointe DD 34

Marie GED, DD 31

Professionnels de la santé

Dr Maurice BENSOUSSAN, président URPS, président syndicat national psychiatres libéraux

Dr Jean-Louis BENSOUSSAN, 1^{er} vice-président

Dr Michel COMBIER, secrétaire général

Jonathan PLANTRON, directeur délégué URPS médecins

Pr Patrick OUSTRIC, médecin généraliste, président CDOM 31

Dr Valérie BOYER-JMEL, médecin généraliste

Dr Emmanuelle THOMAS, médecin généraliste

Dr Hélène CHARITAT, psychiatre libérale

Dr Sabine PALAMBO, psychiatre libérale

Dr Sophie PREBOIS, psychiatre libérale

Sandrine EMERIAU, psychologue libérale

Pr Laurent SCHMIDT, psychiatre, responsable du pôle psychiatrie du CHU de Toulouse

Dr Radoine HAOUI, psychiatre CMP
Marlène RIZZO, psychologue
Amandine MARQUER, psychologue
Olga SANCHEZ, infirmière DSPP
Magalie LEROI, psychologue DSPP
Patrice BOUCHAÏB, secrétaire régional SNP

HAUTS-DE-FRANCE

ARS

Hinde TIZAGHTI, chargée de mission alimentation activité physique.
Amandine DEJANCOURT, chargée de mission jeunes à l'ARS sur les dispositifs faisant appel à des psychologues
Dr Margot DEFEBVRE, directrice de l'offre de soin
Fanny DREMAUX, direction offre de soins
Marie-Alexandra DIVANDARY, direction offre de soin

CPAM

Ghislaine LIEKENS, directrice CPAM des Flandres
Nicolas DROMZEE, responsable pôle prévention CPAM des Flandres
Lucie PIGNON, responsable prévention CPAM des Flandres

Professionnels de santé

Dr Laurent VERNIEST, médecin à la Maison Pluridisciplinaire de santé de Steenvoorde

ILE-DE-FRANCE

ARS/DD

Dr Pilar ARCELLA-GIRAUX, direction promotion de la santé et réduction des inégalités, ARS
Martine DALET, inspecteur, département prévention promotion santé, DD 93

CPAM

Nathalie TISSIER, responsable prévention, CPAM 93

Professionnels de santé

Dr Hélène LYDA-PULIK, psychiatre, responsable du CMP Adolescent et de la MDA de Versailles
Pr Véronique PASSERIEUX, chef du Pôle de psychiatrie au Centre Hospitalier de Versailles,
directrice médicale du Réseau de Promotion pour la Santé Mentale 78

ESM MGEN Rueil Malmaison

Pierre MARTIN, directeur
Dr Denis MATHIEU, directeur médical,
Peggy LEBORGNE, psychologue.

PAYS DE LOIRE

ARS/DD

Daniel RIVIERE, prévention et action déterminants de santé, ARS
Hélène GUIMARD, ARS
Véronique BRANCHIER, ARS
Dr Dominique HISTACE, conseiller médicale DD 49
Françoise BUSNEL, responsable coordination DD44
Mélanie QUEMA, DD 44

ANNEXE N° 1: DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES DISPONIBLES

Les affections ou troubles psychiques regroupent un ensemble de situations cliniques très hétérogènes. Il s'agit de maladies plus ou moins sévères et invalidantes, souvent chroniques, qui débutent majoritairement dans l'enfance ou chez le jeune adulte, et se manifestent isolément ou en association avec d'autres troubles psychiques et/ou pathologies somatiques.

Dans le monde, ces affections, et plus particulièrement les troubles dépressifs et anxieux toucheraient entre une personne sur cinq¹⁷⁴ et une personne sur six¹⁷⁵. Ces maladies sont également associées à un non recours aux soins importants.

En France, l'épidémiologie psycho-psychiatrique est peu développée¹⁷⁶ mais les enquêtes et les données de l'assurance maladie permettent d'appréhender la prévalence de ces affections.

LES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES ISSUES D'ENQUETES

► Prévalence des troubles dépressifs

Les troubles dépressifs regroupent l'ensemble des pathologies associées aux troubles de l'humeur (symptômes dépressifs). Ces troubles regroupent deux affections à distinguer selon leur évolution :

- l'épisode dépressif caractérisé (EDC)¹⁷⁷ : correspond à un épisode, isolé et sans complication associée, et dont l'intensité (légère, modérée à sévère) peut varier selon les critères diagnostiques de la CIM-10 (Classification internationale des maladies) et du DSM-5 (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux) ;
- les troubles dépressifs récurrents ou persistants : correspondent aux complications évolutives d'un EDC et sont associés à des récurrences, des symptômes résiduels ou des formes chroniques d'EDC¹⁷⁸.

Pour une majorité de personnes souffrant d'épisode dépressif caractérisé dans les études de prévalence, ce trouble est récidivant ou chronique.

L'enquête DEPRES¹⁷⁹ de 1996, qui repère des EDC sur six mois montre que près de 9 % de la population souffrait de ce trouble au cours des six mois précédant l'étude (Tableau 3).

¹⁷⁴ Selon l'OMS, 1 Européen sur 4 est touché par des troubles psychiques au cours de sa vie, in Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie, ministère de la santé, 2018.

¹⁷⁵ Référence OCDE citée en introduction.

¹⁷⁶ *La santé mentale : état des lieux et problématique*, Lamboy, 2005 ; *Rapport santé mentale*, InVS, 2007 ; *Prévention des maladies psychiatriques*, Institut Montaigne, 2014 ; *Situation de la psychiatrie des mineurs en France*, rapport sénatoriale, 2017 ;

¹⁷⁷ Le terme « caractérisé » a été préféré au terme « majeur », traduction inappropriée du terme anglo-saxon « major » qui ne préjuge pas en anglais de la sévérité de l'épisode dépressif.

¹⁷⁸ Affection de longue durée Troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte, HAS, 2009

¹⁷⁹ Lépine JP, *Depression in the community: the first pan european study DEPRES (Depression Research in European Society)*. *Int Clin Psychopharmacol* 1997

Dans l'enquête Santé et Protection Sociale (SPS)¹⁸⁰, l'état de santé est documenté à partir des données issues du questionnaire MINI et d'un auto-questionnaire sur des pathologies déclarées par la personne. La prévalence des EDC était alors évaluée à 12 %.

Tableau 3 : Enquêtes de prévalence concernant les troubles dépressifs en France

	ANADEP	Baromètre santé	SMPG	ESEMeD	SPS	DEPRES
Date	2005	2005	1999-2003	2000-2002	1996-1997	1995
Auteurs	INPES	InVS	CCOMS – DRESS	Lépine et Kovess	IRDES	Lépine
Echantillon	France métropolitaine +15 ans	France métropolitaine +15 ans	Nationale +18 ans	Nationale +18 ans	France métropolitaine +16 ans	France métropolitaine +18 ans
Taille	6 500	16 000	36 000	3 000	18 000	14 500
Taux de réponse	63 %	60 %	Inconnu	46 %	68 %	Inconnu
Pathologies	Troubles dépressifs	Troubles dépressifs	Troubles psychiques	Troubles psychiques	Troubles dépressifs	Troubles dépressifs
Méthodologie	Enquête via CIDI	Enquête via CIDI	Enquête via MINI	Enquête via CIDI	Enquête via MINI	Enquête via MINI
Prévalences EDM (%)	17,8 % (vie) 5,0 % (12 mois)	7,8 % (12 mois)	11,1 % (2 semaines)	21,4 % (vie) 6,0 % (12 mois)	12,0 % (1 mois)	9,1 % (6 mois)

Source : Mission IGAS, synthèse bibliographie,

L'enquête Santé Mentale en Population Générale¹⁸¹ (SMPG), réalisée auprès de 36 105 personnes âgées de 18 à 75 ans s'est déroulée sur plusieurs sites entre 1999 et 2003. Parmi les personnes interrogées, 11 % ont été repérées comme ayant connu un EDC au cours des deux semaines précédant l'enquête.

L'étude européenne ESEMeD¹⁸² (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*) a utilisé un autre questionnaire, le Composite International Diagnostic Interview (CIDI) pour repérer des prévalences d'épisodes dépressifs sur une période de 12 mois. Ce chiffre s'élève à 6,7 % pour l'ensemble des troubles de l'humeur et à près de 6 % pour les EDC, allant de 4,7 % chez les hommes à 8,5 % chez les femmes. Et la prévalence des troubles de l'humeur au cours de la vie s'élève à 24,1 % et à 21,4 % pour les EDC chez les adultes français.

¹⁸⁰ IRDES, Enquête sur la santé et la protection sociale, Rapport n°467, 1996

¹⁸¹ CCOMS – Drees, Santé mentale en population générale : image et réalité, Rapport, 2003

¹⁸² The ESEMeD / MHEDEA 2000 Investigations : « *Sampling and Methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders project* », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004

Selon le Baromètre santé de 2005¹⁸³, 7,8 % des français de 15-75 ans, ont souffert au cours de l'année passée d'un épisode dépressif caractérisé ou EDC (de 5,1 % chez les hommes à 10,4 % chez les femmes). En 2010, la même enquête montre que cette prévalence est de 7,5 % (5,6 % chez les hommes et 10,0 % chez les femmes). Enfin la plus récente enquête réalisée en 2017 dans le cadre du Baromètre montre que la prévalence de l'EDC dans l'année était de 9,8 % et était 2 fois plus élevée chez les femmes (13,0 %) que chez les hommes (6,4 %), soit un adulte de 18-75 ans sur dix. Un résultat marquant avec une augmentation de près de deux points de la prévalence entre 2010 et 2017, après une stabilité observée sur la période 2005-2010 qui suggère que les troubles dépressifs ont progressé en France ces dernières années.

En conclusion, ces enquêtes montrent qu'à un moment donné, 6 à 12 % de la population française présentent les symptômes d'un EDC, lorsque ces symptômes sont mesurés entre les 15 derniers jours et la dernière année précédant l'étude. La prévalence sur la vie entière est d'environ 20 %. Les femmes sont environ deux fois plus touchées que les hommes.

➤ Prévalence des troubles anxieux

Les troubles anxieux regroupent six entités cliniques : le trouble anxieux généralisé (TAG), le trouble panique avec ou sans agoraphobie, le trouble anxiété sociale, la phobie spécifique, le trouble obsessionnel compulsif (TOC) et l'état de stress post-traumatique (ESPT)¹⁸⁴. La plupart de ces troubles débutent souvent dans l'enfance et demandent une prise en charge spécifique.

A partir de l'étude ESEMeD¹⁸⁵, en France et dans la population générale âgée de 18 à 65 ans l'ensemble de ces troubles anxieux a une prévalence sur 12 mois d'environ 15 % et une prévalence sur la vie entière d'environ 21 %. Chaque trouble individuellement a une prévalence sur un an et sur la vie entière respectivement, pour le TAG : 2,1 % et 6 %, pour le trouble panique : 1,2 % et 3 %, pour l'agoraphobie : 0,6 % et 1,8 %, pour la phobie sociale : 1,7 % et 4,7 %, pour la phobie spécifique : 4,7 % et 11,6 %, pour l'ESPT : 2,2 % et 3,9 %. De la même façon que pour les troubles dépressifs, la prévalence est plus élevée chez la femme que chez l'homme.

➤ Prévalence du recours aux soins

Selon le Baromètre santé 2010, la part de personnes qui présentent des troubles dépressifs mais n'ont ni utilisé les services d'un organisme, ni consulté un professionnel de la santé, ni suivi une psychothérapie est de 39 %. La part des personnes présentant un EDC qui ne déclarent aucun recours aux soins et qui n'ont pas consommé de médicaments psychotropes pour ces affections est de 32 %. Par rapport aux résultats du Baromètre 2005, il est observé une baisse très nette de la part de non-recours, où il était de 63 %, ainsi qu'une baisse du recours aux médicaments psychotropes seuls. Alors que seulement 20 % des personnes ayant eu un EDC dans les douze derniers mois avaient consulté un médecin généraliste pour cette raison en 2005, ils sont désormais près de la moitié (47 %) en 2010.

Les hommes ont un recours aux soins moindre par rapport aux femmes. Cette absence de prise en charge concerne davantage les plus jeunes (15 à 24 ans) et les ouvriers. La part de personnes consommant des médicaments sans déclarer d'autres recours aux soins est particulièrement élevée

¹⁸³ ANSP, Baromètres de Santé publique France, 2005

¹⁸⁴ Affection de longue durée Troubles anxieux graves, HAS, 2007

¹⁸⁵ Lépine JP & al. *Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population*. Encéphale. 2005

pour les hommes, les personnes âgées de 45 ans ou plus et les retraités présentant un épisode dépressif.

A titre de comparaison, entre 2001 et 2003, la France se situait dans une position moyenne parmi six pays d'Europe occidentale (Belgique, France, Italie, Pays-Bas, Espagne, Allemagne) pour ce qui est du non-recours.

Dans l'enquête Anadep¹⁸⁶ de 2005, sur 1608 répondants ayant eu recours à un professionnel pour raison de santé mentale, 67,2 % ont consulté un médecin généraliste et 46,1 % d'entre eux de manière exclusive (Tableau 4).

Tableau 4 : Recours aux soins de santé mentale

Recours aux soins (n = 1608)	Effectif	%
Médecins généraliste	1 081	67,2 %
<i>dont exclusivement</i>	498	68,6 %
Psychiatre	515	32,0 %
<i>dont exclusivement</i>	139	27,1 %
<i>dont accompagnées de consultations de généralistes</i>	298	58,0 %
Psychologue	399	24,8 %
<i>dont exclusivement</i>	90	22,6 %
<i>dont accompagnées de consultations de généralistes</i>	220	55,1 %
Autre médecin spécialiste	246	15,3 %
Psychiatre ou Psychologue ("Psy")	143	8,9 %
Autre professionnel de santé	201	12,5 %
Autre professionnel	145	9,0 %

Source : ANADEP, 2005

LES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES ISSUES DE LA CNAM

La cartographie des pathologies et des dépenses de l'assurance maladie est produite par la CNAM à partir du SNDS (système nationale des données de santé). Elle consiste principalement à identifier les patients pris en charge pour des pathologies chroniques fréquentes, graves, ou coûteuses.

La cartographie couvre environ 57 millions de bénéficiaires du régime général (sections locales mutualistes comprises) ayant eu recours à des soins remboursés. Parmi l'ensemble de ces bénéficiaires, 13 grandes catégories non exclusives de pathologies ont été formées, correspondant à 56 groupes non exclusifs. Par exemple, une personne souffrant d'un cancer et d'une affection psychiatrique fera partie des deux groupes de pathologies correspondants.

Les algorithmes qui définissent ces 56 groupes de pathologies utilisent certains des éléments suivants : les codes de la classification internationale des maladies (CIM10) et des affections de longue durée (ALD), la consommation de médicaments quasi spécifiques de certaines pathologies, les codes CIM10 des diagnostics des hospitalisations et parfois des actes, forfaits ou GHS.

La CNAM précise bien dans la description de sa méthodologie que l'objet de cette cartographie n'est pas d'identifier tous les patients atteints par la pathologie, mais d'identifier ceux ayant recours à des soins du fait de ces pathologies, quand ce recours peut être repéré dans le SNDS.

¹⁸⁶ ANSP, La dépression en France : Enquête Anadep, Etudes santé, 2005

Dans la cartographie de la CNAM, la consommation de soins associée aux troubles psychiques peut être évaluée en s'intéressant à deux groupes: les « maladies psychiatriques » et les « traitements de psychotropes » (Tableau 5).

Le groupe « maladies psychiatriques » est constitué des bénéficiaires pour qui on retrouve une hospitalisation pour un motif psychiatrique et/ou des droits ouverts au titre d'une ALD pour une pathologie psychiatrique. Le groupe « traitements psychotropes » est constitué de bénéficiaires ayant reçu, au cours de l'année n, au moins trois délivrances (à différentes dates) de médicaments psychotropes et qui n'ont pas de code de pathologie psychiatrique retrouvé dans le SNDS.

L'analyse des données de la cartographie concernant les troubles psychiques montre que les « maladies psychiatriques » représentent 3,7 % des bénéficiaires (n = 2 133 600). Les « troubles névrotiques ou de l'humeur » sont les plus fréquents au sein de ce groupe de pathologie. Ils concernent plus volontiers des personnes un peu plus âgées que celles atteintes de « trouble psychotique » (âges médians respectivement de 58 et 49 ans) et comprennent également plus de femmes (67 % pour les « troubles névrotiques ou de l'humeur » et 45 % pour les « troubles psychotiques »). Les « troubles psychotiques » sont plus fréquents chez les hommes (0,86 %) que chez les femmes (0,61 %) tous âges confondus, mais la situation s'inverse après 65 ans.

Concernant les « traitements psychotropes », ils représentent 8,9 % des bénéficiaires (n = 5 124 000). Les fréquences associées à un recours aux « anxiolytiques » (4,9 %) ou aux « antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur » (4,5 %) sont particulièrement élevées. Les traitements psychotropes sont également plus fréquents chez la femme et le sujet âgé. La fréquence du recours aux « antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur » est plus élevée chez les femmes (6,0 %) que chez les hommes (2,8 %), et augmentait avec l'âge.

Tableau 5 : Données de consommation associées aux maladies psychiatriques et traitements psychotropes

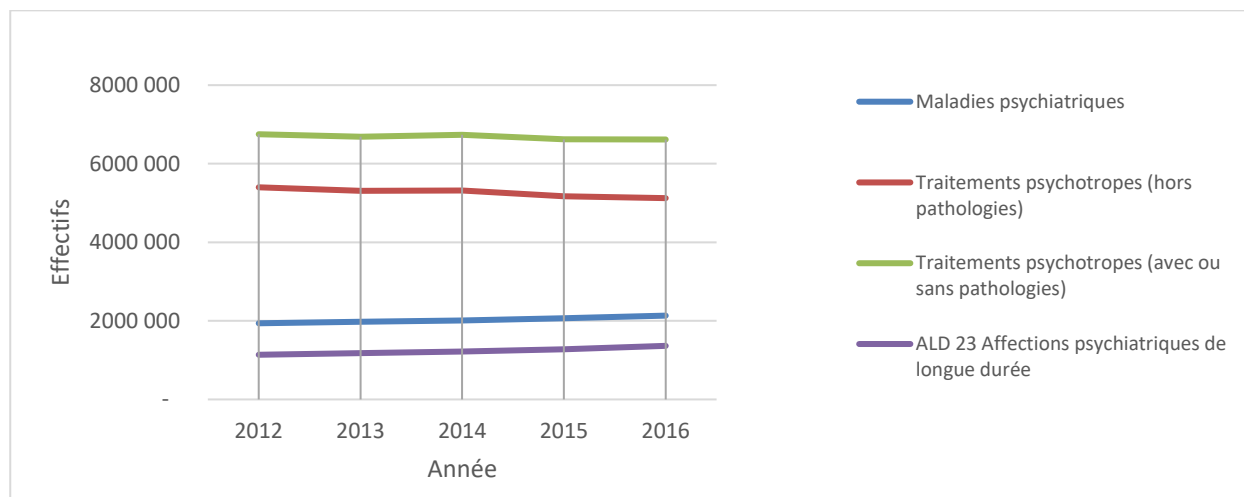
Troubles psychiques	2016		Evolution (2012-2016)
	Effectif	%	
Maladies psychiatriques	2 133 600	3,7 %	+ 10,0 %
Troubles psychotiques	417 300	0,7 %	+ 7,1 %
Troubles névrotiques et de l'humeur	1 256 600	2,2 %	+ 16,1 %
Troubles maniaques et bipolaires	204 600	0,4 %	+ 12,8 %
Dépression et autres troubles de l'humeur	811 200	1,4 %	+ 16,7 %
Troubles névrotiques liés au stress et somatoformes	472 600	0,8 %	+ 16,0 %
Déficience mentale	125 900	0,2 %	+ 0,1 %
Troubles addictifs	292 900	0,5 %	- 1,9 %
Troubles addictifs liés à l'utilisation d'alcool	240 300	0,4 %	- 5,5 %
Troubles addictifs liés à l'utilisation du tabac	13 000	0,0 %	+ 14,0 %
Troubles addictifs liés à l'utilisation du cannabis	20 000	0,0 %	+ 42,9 %
Troubles addictifs (hormis ceux liés à l'alcool, le tabac et le cannabis)	48 000	0,1 %	+ 12,7 %
Troubles psychiatriques débutant dans l'enfance	128 800	0,2 %	+ 16,8 %
Autres troubles psychiatriques	389 800	0,7 %	- 1,1 %
Traitements psychotropes (hors pathologies)	5 124 000	8,9 %	- 5,1 %
Traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur	2 603 700	4,5 %	- 1,9 %
Traitements neuroleptiques	291 500	0,5 %	- 4,3 %
Traitements anxiolytiques	2 818 600	4,9 %	- 6,9 %
Traitements hypnotiques	1 406 500	2,5 %	- 13,0 %
Maladies psychiatriques et psychotropes	7 257 600	12,6 %	- 1,1 %

Source : AMELI, 2016

Au total, l'ensemble des deux groupes (maladies psychiatriques et traitements psychotropes) représentent 7 257 600 bénéficiaires, soit 12,6 %. Ces effectifs évoluent à la baisse (- 1,1 %) et cette variation est fortement influencée par la baisse du recours aux psychotropes (- 5,1 %) depuis 2012.

En revanche, les effectifs associés aux maladies psychiatriques s'inscrivent dans une tendance haussière de + 10 % sur la période 2012-2016 (Tableau 5 et Graphique 4).

Graphique 4 : Evolution des troubles psychiques



Source : AMELI, 2016

Cette tendance à la hausse s'explique en grande partie par le nombre croissant de patients bénéficiaires de l'ALD 23 relatives aux « affections psychiatriques de longue durée » (Tableau 6).

Tableau 6 : Evolution de l'ALD 23

Libellé de la CIM 10	2016	Evolution (2012-2016)
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	53 820	+ 23,3 %
Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés	13 460	+ 31,2 %
Schizophrénie	137 940	+ 4,7 %
Troubles délirants persistants	37 780	- 9,8 %
Autres troubles psychotiques non organiques	25 200	+ 3,0 %
Psychose non organique, sans précision	94 910	+ 30,8 %
Trouble affectif bipolaire	146 380	+ 18,8 %
Épisodes dépressifs	387 830	+ 52,5 %
Trouble dépressif récurrent	31 630	+ 86,6 %
Autres troubles anxieux	32 700	- 3,5 %
Troubles de l'alimentation, non organique	10 120	-
Troubles spécifiques de la personnalité	189 970	- 9,0 %
Retard mental, sans précision	109 930	+ 1,5 %
Troubles envahissants du développement	67 130	+ 52,4 %
Syndrome de Down	25 580	+8,8 %
ALD 23 Affections psychiatriques de longue durée	1 364 380	+ 19,9 %

Source : AMELI, 2016

Cet ensemble d'affections progresse de + 19,9 % soit 8.3 points de plus que la progression constatée sur l'ensemble des patients ALD depuis 2012. Les deux plus fortes progressions sont associées respectivement aux troubles dépressifs récurrents (+ 86,6 %) et aux épisodes dépressifs (+ 52,5 %) qui correspondent cliniquement aux principales complications psychiatriques d'un épisode dépressif caractérisé.

Commentaire de la mission

L'ensemble de ces évolutions, issues de données de consommation, est néanmoins à interpréter avec précaution. Ces tendances traduisent possiblement, au moins en partie, un meilleur repérage des patients à partir des informations disponibles dans le SNDS (recours plus fréquents à l'ALD et surtout meilleur codage des pathologies psychiatriques lors de séjours hospitaliers). Elles sont également à relier à la baisse des effectifs observée dans le même temps pour les personnes ayant un traitement chronique par psychotrope seul.

En effet, toute amélioration de l'information médicale (ALD ou motifs médicaux des hospitalisations) conduit à faire basculer, par construction des algorithmes, des groupes « traitements psychotropes » vers les groupes « pathologies psychiatriques ». Néanmoins, il est envisageable qu'une partie de la baisse observée s'explique par un moindre recours chronique aux traitements psychotropes, qui ont fait l'objet de récentes recommandations de bon usage.

Concernant, la progression des « maladies psychiatriques » et plus particulièrement des troubles dépressifs chroniques, en parfaite cohérence avec les données épidémiologiques issues d'enquêtes de prévalence, cette évolution peut en partie s'expliquer, à la fois par une augmentation de la demande de soins et une augmentation du recours aux soins de santé mentale. Alors que ces troubles correspondent aux complications psychiatriques d'un épisode dépressif isolé, ce constat suggère qu'il faut renforcer les dispositifs de prévention, de repérage et de prise en charge des troubles psychiques.

ANNEXE N° 2 : PSYCHOTHERAPIES ET THERAPIES NON MEDICAMENTEUSES

Une psychothérapie est un soin psychique pouvant être indiqué dans une variété de situations (problèmes entraînant une souffrance ou une détresse psychologique, perturbations comportementales...). L'indication peut être également posée dans le cadre du traitement psychiatrique d'une maladie mentale¹⁸⁷, en association avec un traitement médicamenteux.

L'état des connaissances réalisé en 2018 par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux¹⁸⁸ à partir des résultats de nombreuses études et méta-analyses suggère que la plupart des psychothérapies sont efficaces dans la prise en charge des troubles psychiques courants (principalement dans la prise en charge des troubles dépressifs et des troubles anxieux mais également pour les troubles liés aux substances psychoactives, les troubles alimentaires et les troubles du sommeil) dans l'ensemble de la population (enfants, adolescents, jeunes adultes et adultes, et personnes âgées).

Dans cette analyse, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont les thérapies les plus étudiées et leur efficacité est démontrée dans la prise en charge des troubles dépressifs et des troubles anxieux.

Généralement, la prise en charge repose sur un rythme de séances régulier adapté aux besoins du patient. Il est recommandé d'évaluer régulièrement l'adhésion et la réponse au traitement.

D'après la fédération française des psychologues et de la psychologie (FFPP), le travail du psychothérapeute consiste à proposer à la personne en fonction de sa situation spécifique, des moyens qui vont lui permettre d'évoluer vers un état souhaité de mieux-être. Si le bon déroulement de la psychothérapie dépend en grande partie de la dynamique relationnelle qui se crée entre la personne qui consulte et le psychothérapeute, il repose également sur l'utilisation d'une ou plusieurs méthodes de psychothérapie reconnues.

Le type d'intervention psychothérapeutique est choisi selon¹⁸⁹ :

- le fonctionnement psychique et les préférences éventuelles du patient ;
- la présence de facteurs de stress psychosociaux significatifs et des difficultés interpersonnelles du patient ;
- les réponses antérieures positives à un type spécifique de psychothérapie ;
- la disponibilité et les compétences du clinicien dans les approches spécifiques psychothérapeutiques ;
- les possibilités de prise en charge financière.

¹⁸⁷ Problèmes dans la structure de la personnalité (schizophrénie, paranoïa), troubles graves du comportement, anomalies neuro. Elle utilise généralement des médicaments, mais aussi la psychothérapie

¹⁸⁸ Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec, INESSS, 2018

¹⁸⁹ Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours, HAS, 2017

On estime actuellement à près de 400 le nombre des méthodes de psychothérapie existant en Europe et aux États-Unis. D'après la FFPP, une classification simple des principales méthodes de psychothérapie permet schématiquement de distinguer 5 grands type d'approche de la psychothérapie actuelle ¹⁹⁰:

➤ **L'approche humaniste/existentielle**

Apparue en réaction à l'hégémonie de la psychanalyse et du comportementalisme considérées comme trop normatives et/ou ne faisant pas ou peu de place à la vie émotionnelle et corporelle, la psychologie humaniste ou existentielle est moins une technique qu'une orientation visant à s'adapter à l'évolution des valeurs et éviter de se figer dans une doctrine trop précise. Cette approche¹⁹¹ a inspiré le mouvement de l'antipsychiatrie (Laing, Cooper), en contribuant au courant de désinstitutionalisation de la psychiatrie. La moitié des psychothérapies pratiquées en Europe seraient de type humaniste ou existentiel.

Elles durent en moyenne d'un à trois ans et mettent en valeur l'harmonisation de la personne globale, sans négliger pour autant la réduction de symptômes précis. Elle se déroulent soit en séances individuelles, soit dans le cadre d'un groupe.

➤ **L'approche psychanalytique**

Cette approche dont les bases théoriques sont issues des travaux de Freud et de ses continuateurs repose sur l'exploration de l'inconscient et des dynamiques à l'œuvre au sein de l'appareil psychique. Outre des notions spécifiques (transfert, libre association), la technique psychanalytique se réfère aux notions de cadre, de matériel et de travail interprétatif. Le patient est allongé sur un divan, le psychanalyste derrière lui. Le traitement par la parole laisse l'analysant associer librement.

La psychanalyse a pour but de faire revenir au niveau conscient chez le patient, par la parole, les conflits et traumatismes enfouis dans l'inconscient à l'origine de troubles psychiques actuels, conditionnant l'équilibre psychique et le plaisir ou la difficulté à vivre. Le psychisme humain fonctionne sur la base des conflits liés au développement de la personne, ces événements laissant des traces profondes, en partie inconscientes. Au cours des psychothérapies psychodynamiques, l'analyste intervient généralement plus, en aidant la personne à parler et à analyser les situations traumatiques du passé ou de ses difficultés relationnelles, et à diminuer les tensions psychiques et l'angoisse. La psychanalyse a également donné naissance aux psychothérapies analytiques¹⁹². Elles reprennent les mêmes présupposés théoriques, mais se déroulent généralement en face à face.

La durée de la cure est variable, mais on considère habituellement, qu'il faut compter un minimum de 2 à 3 ans, voire davantage, à raison de plusieurs séances hebdomadaires. La durée d'une psychothérapie psychodynamique de court terme est de 16 à 20 séances réparties sur 4 à 6 mois.

¹⁹⁰ http://www.ff2p.fr/fichiers_site/documentation/dossiers/methodes.html#couranthum

¹⁹¹ Incluant notamment analyse transactionnelle, art-thérapie, gestalt-thérapie, hypnothérapie, psychologie de la motivation, programmation neurolinguistique, psychosomatothérapie, psychothérapie psychocorporelle, psychothérapie transpersonnelle, sexothérapie.

¹⁹² Une place à part est donnée à la psychologie des profondeurs de Jung, fondée sur les présupposés de la réalité de l'existence de l'âme, de l'inconscient collectif et de la nécessaire dimension spirituelle de l'être humain.

➤ **L'approche cognitivo-comportementale**

S'inscrivant dans le courant behavioriste, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) présupposent que la souffrance et les difficultés psychologiques d'une personne sont liées à sa façon de penser, de percevoir et de se comporter vis-à-vis de ce qu'elle est amenée à vivre, et qu'il lui est possible d'apprendre à modifier ses dispositions cognitives dans le sens d'un mieux-être.

Les TCC sont donc des prises en charge de la souffrance psychique via une méthode appliquée au cas particulier d'une personne. Dans l'approche cognitivo-comportementale, le psychothérapeute intervient selon plusieurs axes actifs et peut ainsi questionner, reformuler, commenter ce que dit la personne qui consulte, lui prescrire des tâches, expliquer certains aspects fonctionnels de sa pensée, certains liens entre pensées, émotions et comportements, notamment ceux des systèmes d'auto-renforcement négatifs et positifs et pour enseigner le cas échéant une façon de modifier ces pensées et ces comportements.

La durée d'une TCC individuelle varie entre 16 et 20 séances réparties sur une période de 3 ou 4 mois. Pour les patients ayant une dépression d'intensité modérée à sévère, deux séances par semaine pour les 2 à 3 premières semaines de traitement sont à envisager. Pour tous les patients ayant un épisode dépressif caractérisé, les sessions de suivi d'une TCC individuelle consistent en trois à quatre séances réparties sur une période de 3 à 6 mois. Un traitement antidépresseur doit être envisagé chez les patients qui ont une réponse insuffisante après 12 à 16 semaines.

➤ **L'approche systémique**

La thérapie systémique est fondée sur la notion de système considéré comme un « ensemble d'éléments en interaction dans la poursuite d'une ou plusieurs finalités spécifiques ». Une cellule, une personne, une famille une entreprise constituent autant de systèmes¹⁹³. Le psychothérapeute systémique ne s'attache pas tant à rechercher dans l'histoire, le passé et les processus intrapsychiques du patient les causes de ses dysfonctionnements actuels qu'à susciter un changement dans « l'ici et maintenant » étant entendu que tout changement entraîne un ensemble de modifications en chaîne. La psychothérapie familiale constitue aujourd'hui une des applications les plus répandues de ces principes. La famille est considérée comme une unité, un système et le patient comme le porteur de symptômes du système familial. Il s'agit alors d'appréhender la fonction du symptôme à l'intérieur du groupe, de comprendre en quoi, notamment, il protège son équilibre global (place de chacun, répartition des rôles et des tâches, frontière entre générations...). Le processus psychothérapeutique vise à rompre avec ce "cercle vicieux". Dans cet objectif, la psychothérapie systémique insiste donc sur l'importance des règles qui régissent les interactions des membres de la famille afin d'agir dessus.

Le psychothérapeute est actif et peut proposer des actions sous la forme d'injonctions thérapeutiques, de prescriptions, de tâches comportementales, de recadrages visant à agir et à modifier la perception d'une situation. Le processus se déroule sous la forme d'entretiens collectifs impliquant souvent deux thérapeutes et un nombre de séances fixé au départ.

¹⁹³ La psychothérapie interpersonnelle se concentre sur les interactions et les modalités relationnelles du patient évoluant dans un contexte social et interpersonnel particulier (conflits interpersonnels, deuils, déficits interpersonnels, changement de statut social), en l'amenant à établir un lien entre ce contexte et ses troubles (généralement dépression). La durée d'une psychothérapie interpersonnelle varie entre 12 et 20 séances réparties sur une période de 3 ou 4 mois. Dans le cas d'un épisode dépressif sévère, il faut envisager deux séances par semaine pendant les 2 à 3 premières semaines de traitement.

➤ **L'approche multiréférentielle**

Cette approche utilise plusieurs cadres de référence et plusieurs méthodes qu'elle associe, en respectant certaines règles : le praticien doit avoir une formation de base dans les méthodes utilisées qui serve de socle et d'ancrage à la pratique, et doit pouvoir articuler les différentes méthodes, en fonction des besoins spécifiques des consultants. A cet effet, la formation est une composante essentielle. De fait, très peu de psychothérapeutes pratiquent une seule méthode dans sa version « pure ». La plupart réalisent un ajustement en fonction de leur expérience et de leur sensibilité.

ANNEXE N° 3 : ELEMENTS D'EVALUATION MEDICO-ECONOMIQUE

S'il existe des données publiées sur l'organisation et le fonctionnement des dispositifs étrangers de prise en charge de la souffrance psychique faisant intervenir des psychologues cliniciens, la dimension médico-économique est en revanche rarement explorée.

Cette annexe regroupe quelques publications consacrées au sujet dans les 10 dernières années.

➤ **Évaluation médico-économique pour l'Angleterre¹⁹⁴**

Au Royaume-Uni, où les troubles psychiques sont un sujet de santé publique aussi important que caché, 16 % des adultes présenteraient une dépression clinique et ou des troubles anxieux, dont seuls un quart se traiteraient, ajoutant à la souffrance individuelle un fardeau économique pour la collectivité. Si la majorité des personnes ne se traitent pas, c'est parce qu'on ne leur propose que des médicaments alors que la plupart refusent, préférant un traitement non médicamenteux auquel ils n'ont cependant pas un accès facile.

Des centaines d'essais cliniques ont montré que les thérapies basées sur les preuves comme les TCC sont au moins aussi efficaces que les médicaments dans le traitement des dépressions et les troubles anxieux et la prévention de leur rechute.

A cet égard, les recommandations de l'équivalent anglais de la HAS, le NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) considèrent que ces personnes devraient se voir proposer de tels traitements (pour un laps de temps n'excédant pas 16 séances) basées sur l'échange verbal, l'apprentissage de la gestion des émotions, le travail sur les pensées négatives et les modifications d'attitudes et de comportements. Mais cela n'est pas faisable, du fait du manque de thérapeutes dans le pays.

Pourtant, dépression et anxiété rendent la vie des gens difficile, impactant notamment leur capacité à travailler, ajoutant à la souffrance individuelle un fardeau économique pour la collectivité par dépense de santé et perte de productivité. Un million de personnes seraient ainsi concernées au Royaume-Uni, avec des pertes de PIB évaluées à £750 par personne et par mois.

Pour mesurer l'intérêt de permettre aux gens de soigner selon les recommandations du NICE, les auteurs de l'étude se sont posés les questions suivantes :

- 1- Parmi les personnes traitées, combien peuvent être guéries ?
- 2- Quel montant de travail supplémentaire peut-on espérer chez les personnes guéries?
- 3- Quel bénéfice global peut-on en espérer pour le patient et la société?

Pour mesurer les effets de la santé mentale sur l'emploi, les auteurs se sont appuyés sur des approches transversales et longitudinales. Ils ont montré que la moitié des personnes de la cohorte des patients atteints de trouble psychiques travaillaient (ce taux étant de 77 % chez les personnes

¹⁹⁴ "Cost-Benefit Analysis of Psychological Therapy", Center for economic performance; Discussion Paper No 829, October 2007 ; Richard Layard, David Clark, Martin Knapp and Guy Mayraz

comparables mais n'en présentant pas). Ils ont fait l'hypothèse qu'une partie importante de la différence était dû à l'absence de traitement.

Une personne souffrant de troubles psychiques mais non traitée risque de perdre son travail si elle en a un ou à moins de chance d'en trouver si elle n'en a pas. Les arrêts de travail sont aussi statistiquement plus fréquents chez les personnes atteintes de troubles psychiques (20 jours de plus par an que les personnes sans troubles).

Le fait d'être traité augmente de 4 point la probabilité de trouver du travail dans les deux ans et réduit de 12 jours le nombre de jours d'absence. En termes de produit intérieur brut, les bénéfices économiques de traiter les personnes souffrant de troubles psychiques est, pour un salaire moyen de 1000 £ par mois, de 1100 £ pour la collectivité (impact fiscal et diminution des aides).

Des économies de santé sont également réalisées avec la prise en charge de patients qui recourent moins au dispositif d'urgence (100 £ sur deux ans), ainsi qu'au médecin généraliste et aux services psychiatriques (300 £ sur deux ans).

Enfin, l'amélioration de la qualité de vie est estimée à 3300£ par personne traitée (le gain de QALY étant de 0,11 points pour un QALY estimé à 30 000 £ par le NICE).

Sur une période plus longue de 5 ans, ces volumes économiques seraient encore plus substantiels ce qui fait dire aux auteurs que même avec une efficacité moitié moins importante, un tel programme de prise en charge par la psychothérapie serait rentable pour les comptes publics.

Au total, les auteurs chiffrent le bénéfice (gain de productivité et dépenses évitées) de cette approche à 3300 £, ce qui est 4 fois supérieur au coût du traitement par personne (750 £).

Les personnes préférant les thérapies non médicamenteuses, le premier frein à l'accès aux soins est le coût de la consultation psychologique qui n'est pas remboursée par l'assurance publique, ce qui a amené le Royaume uni (via le programme *improving access to psychological therapy* » -IAPT- inspiré des travaux de Layard présentés supra), et l'Australie (via le programme Better Access Initiative) à rembourser les psychothérapies.

➤ **Évaluation médico-économique pour le Canada**¹⁹⁵

En Amérique du Nord, 20 % de la population déclarent avoir eu au moins une fois dans leur vie un trouble psychique commun, tel que la dépression. La dépression est associée à une diminution des fonctionnalités sociales et de la qualité de vie perçue, et une hausse de la mortalité et du taux de suicide ainsi qu'une augmentation des dépenses de santé pour la collectivité.

Dans une cohorte populationnelle canadienne, 40 % des personnes présentant une dépression caractérisée (EDC) ne font l'objet d'aucune prise en charge (soit 8 % du total des cas d'EDC au Canada). Les médecins généralistes, qui voient la plupart de ces personnes, se disent peu outillés et/ou peu disponibles pour les prendre en charge

Dans cette perspective, l'agence d'évaluation des pratiques de santé québécoise a modélisé l'effet d'un accès facilité aux psychothérapies sur l'évolution de la dépression et de ses conséquences sanitaires et médico-économiques sur 40 années (comparaison entre un scénario dit *statut quo*, qui correspond à ce qui est habituellement observé en termes d'incidence et de conséquences de l'EDC, et un scénario dit alternatif, qui permet d'évaluer les gains liés à un meilleur accès aux psychothérapies).

¹⁹⁵ Assessing the costs and benefits of insuring psychological services as part of medicare for depression in Canada H-M. Vasiliadis, A. Dezetter, E. Latimer, M. Drapeau, A. Lesage, M. Phil. *Psychiatric Services* 2017; 68:899-906.

Les données utilisées pour paramétrer le modèle en termes de prévalence des affections, ainsi que des recours et des non recours au système de soins, des coûts de santé et des pertes de qualité de vie engendrés, étaient issues d'une cohorte de santé mentale et d'une analyse de la littérature.

Le traitement adéquat de la dépression est défini par le fait d'avoir consulté 12 fois au moins un psychiatre ou autre spécialiste de santé mentale, ou un médecin généraliste sous certaines conditions (au moins 25 minutes par consultation). Basée sur les programmes IAPT et BAI, le protocole arrêté dans la modélisation est de proposer en moyenne 2 visites chez le médecin généraliste et 8 consultations chez un spécialiste de santé mentale. En prenant en compte le coût de ces prises en charge et la communication faite autour du programme, les auteurs estiment que cela représenterait 1 300\$ par personne et par an (soit 123 million \$ pour l'ensemble de la population ciblée).

Le scénario du *statu quo* basé sur les données de la cohorte a montré qu'entre 12 et 17 % des personnes présentant un épisode dépressif caractérisé n'avait pas ou peu consulté pour leurs troubles.

La modélisation avec le scénario alternatif montre que la facilitation de l'accès à la psychothérapie permettrait de réduire de 3 à 5 points ces proportions. De même, le nombre de suicides et d'hospitalisations chez les personnes présentant un EDC serait susceptible de diminuer significativement, passant respectivement de 250 à 184, et de 30,2 % à 27,9 %, avec pour corollaire une augmentation du nombre de jours sans dépression.

En termes de bénéfice, ces écarts se traduisent par une augmentation de la qualité de vie perçue (+0,17 QALY) et une diminution des dépenses de santé et des coûts sociaux qui équivaut à 246 million \$ pour l'ensemble de la population ciblée (95 300), soit un gain net d'environ 1\$ par rapport au *statu quo*. Les limites sont la transposition des données québécoises à l'ensemble du Canada, la non prise en compte de certaines variables de confusion comme l'âge et les comorbidités associées, ou les événements positifs ou négatifs qui peuvent venir inférer sur le pronostic une possible sous-estimation des besoins réels (personnes n'ayant pas de diagnostic clinique d'EDC), l'hypothèse d'un taux d'acceptabilité de 100 % de la part des personnes qui ont des besoins non couverts.

➤ **Évaluation médico-économique pour la France**¹⁹⁶

Cette étude a tenté d'évaluer, avec le soutien de la CNAM, les coûts et bénéfices qu'un programme de prise en charge partiel des psychothérapies permettrait pour les Français souffrant de troubles dépressifs ou anxieux.

L'évaluation économique s'est inspirée de la méthodologie du programme anglais *Improving Access for Psychological Therapies*. Pour l'adapter à la France, les auteurs ont utilisé les données sur les prévalences d'une enquête transversale portant sur 20 777 adultes en population générale (avec redressement pour obtenir un échantillon représentatif de la population générale). Le coût de la séance a été estimé à 41 €¹⁹⁷, le taux de remboursement à 60 %; les coûts annuels induits par les troubles dépressifs EDC à 4 702 €/personne et ceux induits par les troubles anxieux à 1 500 €/personne; et le taux de rémission attribuable aux psychothérapies à 30 % (+/-10 %).

La modélisation s'est également appuyée sur le taux de personnes consultant, pour et avec un problème de santé mentale (30 %), en faisant l'hypothèse que l'ensemble des personnes souffrant de

¹⁹⁶ A Dezetter et X. Briffaut Santé mentale au Québec, 2015, XL, no 4, 119-140

¹⁹⁷ Coût d'une consultation avec un psychiatre conventionné de secteur 1 (CNAM-TS 2015) et qui est cohérent avec la somme déclarée pour une séance de psychothérapie auprès d'un psychiatre (40,70 €) ou d'un psychologue (40,30 €)

troubles dépressifs ou anxieux ne consultait pas pour ces problèmes, et sur le taux de patients qui accepteraient la psychothérapie. D'après les auteurs, 7,6 % des français de 18 à 65 ans présenteraient un troubles dépressif (EDC) ou anxieux récurrent sévère (3 M) dont 30 % accèderaient à et accepteraient la psychothérapie (1 million).

Le coût total annuel moyen d'une psychothérapie (à 41 € la séance) s'élèverait à 498 € par patient (723 € pour les EDC, 395 € pour les troubles anxieux). En adoptant l'hypothèse d'un remboursement par le régime obligatoire de 60 % et d'une moyenne de 12 séances, le coût annuel de la psychothérapie pour le régime obligatoire s'élèverait à 299 € par patient (434 € pour EDC, 237 € pour troubles anxieux), le coût annuel restant à la charge du régime complémentaire et/ou du patient étant de 199 € (289 € pour EDC, 158 € pour troubles anxieux).

Au total, pour traiter les 1 million de Français volontaires de 18 à 65 ans souffrant de troubles dépressifs (EDC) ou anxieux récurrents sévères (2,3 % de la population), le coût annuel du suivi des psychothérapies s'élèverait à 514 millions € (178 M € pour EDC, 336 M € pour troubles anxieux), dont 60 % pour le régime obligatoire soit 308 millions €.

Les couts évitables par la psychothérapie ont été estimés à 1411 € par patient pour les troubles dépressif (EDC) et 450 € par patient pour les troubles anxieux sévère. Le ratio coût-bénéfice de la psychothérapie s'élèverait ainsi pour les troubles dépressifs à 1,95 € et pour les troubles anxieux à 1,14 €, ou pour le dire autrement, 1 € investi permet d'épargner presque 2 € pour l'EDC. On peut penser que l'impact serait encore plus important si les auteurs avaient intégré l'effet sur les comorbidités somatiques associées.

Enfin, les besoins en psychothérapeutes ont été estimés à 14 244 équivalent temps plein en faisant l'hypothèse de 80 patients par an et par psychothérapeute à raison de 11 séances par an. Or les auteurs estiment à 13 500 le nombre de psychologues cliniciens disponibles en 2015 (7000 libéraux dont 2000 à temps partiel, 3000 fonction publique hospitalière, 2800 sans emploi, et 770 exerçant un autre métier).

Financer les psychothérapies semble donc un investissement rentable à court et long terme, d'autant plus que l'impact sur la rémission des troubles somatiques n'a pas été évalué. Le nombre de psychothérapeutes nécessaires s'avère suffisant pour cette prise en charge.

Commentaire de la mission

Cette modélisation ne porte que sur les troubles dépressif et anxieux majeurs. Se pose la question de la transposition dans le contexte français d'une prise en charge de ce type de troubles par des psychologues. Une telle approche peut en revanche se concevoir pour la prise en charge par des psychologues des troubles anxieux et dépressif modérés, telle qu'expérimentée actuellement par la CNAM.

ANNEXE N° 4 : CARTOGRAPHIE DES DISPOSITIFS EXAMINÉS PAR LA MISSION

MONOGRAPHIE 1 : EXPERIMENTATION POUR LA PRISE EN CHARGE DES THERAPIES NON MEDICAMENTEUSES (CNAM)

➤ **Éléments de contexte**

En 2015, dans son rapport Charges et produits, la CNAM met en évidence le poids de la santé mentale en effectif (1,8 millions de patients souffrants de maladies psychiatriques et 5,3 millions de patients traités par des psychotropes hors maladies psychiatriques) et en dépense (22,5 milliards d'euros pour l'assurance maladie). Les parcours de soins ne semblant pas adaptés et plus particulièrement concernant la prise en charge des troubles dépressifs, la CNAM évoque plusieurs problématiques :

- la prise en charge des épisodes dépressifs légers et modérés est essentiellement assurée par le médecin généraliste, le plus souvent seul ;
- l'existence probable à la fois d'un sur-diagnostic et d'un sous-diagnostic de la dépression
- une utilisation large des antidépresseurs, conjuguée à l'absence de prise en charge de la psychothérapie (hors hospitalisation et structures publiques)
- et enfin, une prise en charge ponctuelle des CMP, mais un recours peu utilisé par les médecins généralistes (6 %).

En réponse à ce constat, la proposition n°25 du rapport suggère « *d'expérimenter, à l'échelle locale, en collaboration avec des ARS, un (des) modèle(s) de prise en charge coordonnée de la dépression associant les médecins généralistes traitants, les psychiatres libéraux et le secteur psychiatrique* ».

C'est dans ce contexte que l'expérimentation est lancée début 2018 avec pour objectifs :

- donner un appui et une aide aux médecins généralistes pour la prise en charge de ces patients ;
- permettre la prise en charge appropriée de la psychothérapie et/ou des antidépresseurs ;
- inclure environ 10 000 patients sur 3 ans ;
- évaluer cette expérimentation afin de décider une éventuelle généralisation de cette prise en charge ;
- faciliter l'accès aux soins, notamment pour les assurés en situation de précarité jusqu'ici éloignés de ce type de prise en charge ;
- expérimenter la tarification des psychothérapies dans ces indications.

➤ **Présentation du dispositif**

A l'initiative de la CNAM, le dispositif expérimenté a été co-construit en association avec le ministère chargé de la santé, le collège de la médecine générale (CMG), le collège national des professionnels de Psychiatrie (CNPP), le collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP), des représentants de la profession des psychologues, le syndicat des psychiatres français (SPF) et

l'association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC). Le Syndicat national des psychologues (SNP) participe également aux comités de pilotage (national et locaux) du dispositif.

Encadré 6 : Evaluation – Expérimentation CNAM

A l'issue de cette expérimentation, fin 2020, une évaluation médico-économique sera conduite par une équipe de recherche externe indépendante.

Celle-ci portera sur 3 volets :

1. évaluation du processus (Volet 1) :
 - analyser le processus lui-même : fluidité, accès par le médecin généraliste traitant, liens et coordination entre les professionnels, délais de consultations, système de facturation ;
 - analyser le dispositif d'accompagnement mis en place pour mobiliser les différents acteurs à l'échelle des territoires d'expérimentation (médecins, psychologues /psychothérapeutes, psychiatres et patients) ;
 - analyser au sein des territoires les retombées sur le développement et l'organisation de la prise en charge de la santé mentale (impact sur la psychiatrie, CMP, secteur..., impact sur l'activité des médecins généralistes et leur coordination avec les psychiatres).
2. évaluation de l'efficacité de la prise en charge médicale proposée (Volet 2) ;
 - mesurer l'amélioration de l'état de santé des patients bénéficiant du dispositif expérimenté (pas d'évaluation de la psychothérapie qui est reconnue comme efficace).
3. évaluation de l'impact économique et sociétal (Volet 3) :
 - étudier et analyser les coûts directs et indirects ;
 - modéliser les économies réalisées ;
 - évaluer l'efficacité du dispositif pour l'assurance maladie et pour la société.

➤ Portage du dispositif

Ce dispositif est à l'initiative de la CNAM. Il a été co-construit en association avec le ministère de la Santé, le collège de la médecine générale (CMG), le collège national des professionnels de Psychiatrie (CNPP), le collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP), des représentants de la profession des psychologues, le syndicat des psychiatres français (SPF) et l'Association française de thérapie comportementale et cognitive (AFTCC). Le Syndicat national des psychologues (SNP) participe également aux comités de pilotage (national et locaux) du dispositif.

Il est financé par les crédits du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) gérés par la CNAM.

➤ Territoires concernés

Plusieurs territoires ont été sélectionnés pour conduire cette expérimentation : les Bouches-du-Rhône, la Haute-Garonne, le Morbihan et les Landes.

Le choix des territoires s'est basé sur le volontariat de l'ARS et de la CPAM, les données démographiques de psychologues cliniciens/ psychothérapeutes, psychiatres, et de patients pouvant bénéficier de l'expérimentation et l'existence de réseaux formels ou informels de coopération entre médecins généralistes et psychiatres libéraux et publics (soins partagés, mise en œuvre de la charte CMG – présidents de CME des CHS...)et l'implication des acteurs locaux (sociétés savantes, associations ou sociétés de psychologues, associations de patients...). Par ailleurs, les départements

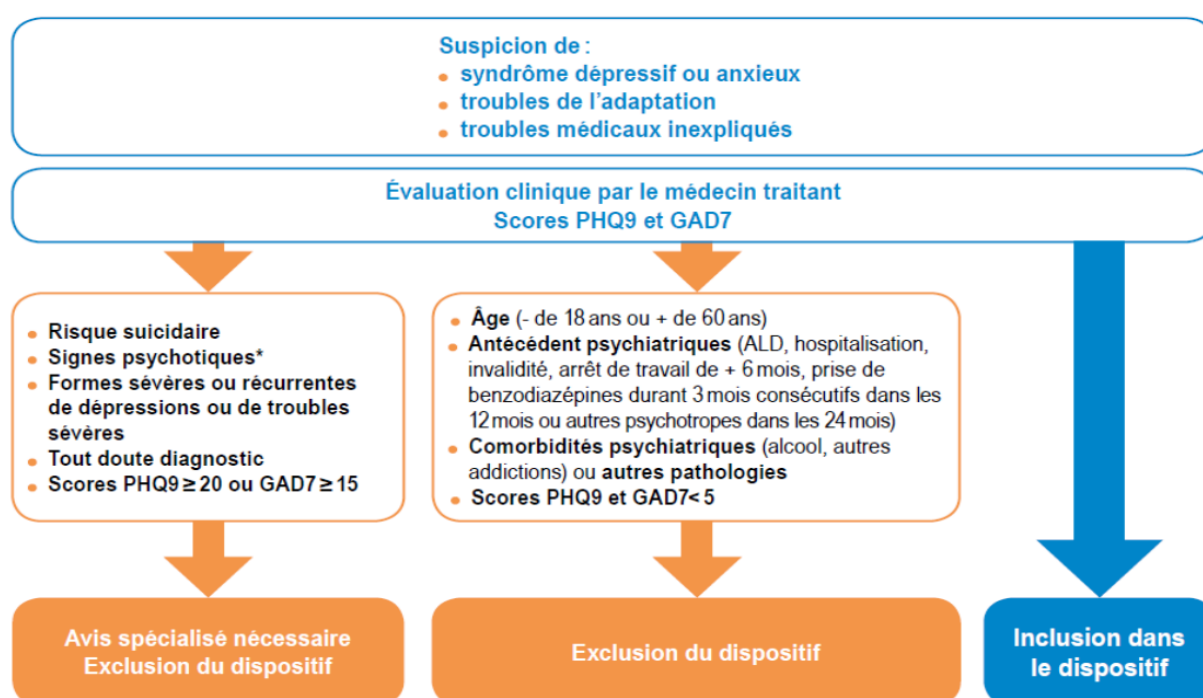
choisis par le ministère dans le cadre de l'expérimentation sur la souffrance psychique des jeunes ont été exclus.

➤ **Population ciblée et indications aux soins psychologiques**

L'expérimentation concerne les patients de 18 à 60 ans (inclus) affiliés aux CPAM participantes présentant une plainte orientant vers (Schéma 7):

- un syndrome dépressif ou anxieux ;
- des troubles de l'adaptation
- des troubles médicaux inexpliqués

Schéma 7 : Population ciblée – Expérimentation CNAM



* Signes psychotiques : Idées délirantes, hallucinations, agitation, activité motrice excessive, fuite des idées, ralentissement idéo-moteur...

Source : CNAM

Les situations graves (risque suicidaire, pathologies sévères comme les psychoses, les troubles délirants...) nécessitant un avis psychiatrique sont exclues du champ de l'expérimentation. Des critères d'exclusion ont été établis pour exclure ces populations.

La décision d'inclusion du patient à l'expérimentation repose sur l'appréciation du médecin¹⁹⁸. Elle est établie en fonction de l'examen clinique, alimenté par l'utilisation d'échelles (PHQ 9 pour la dépression et/ou GAD 7 pour l'anxiété) permettant de cibler les troubles légers à modérés.

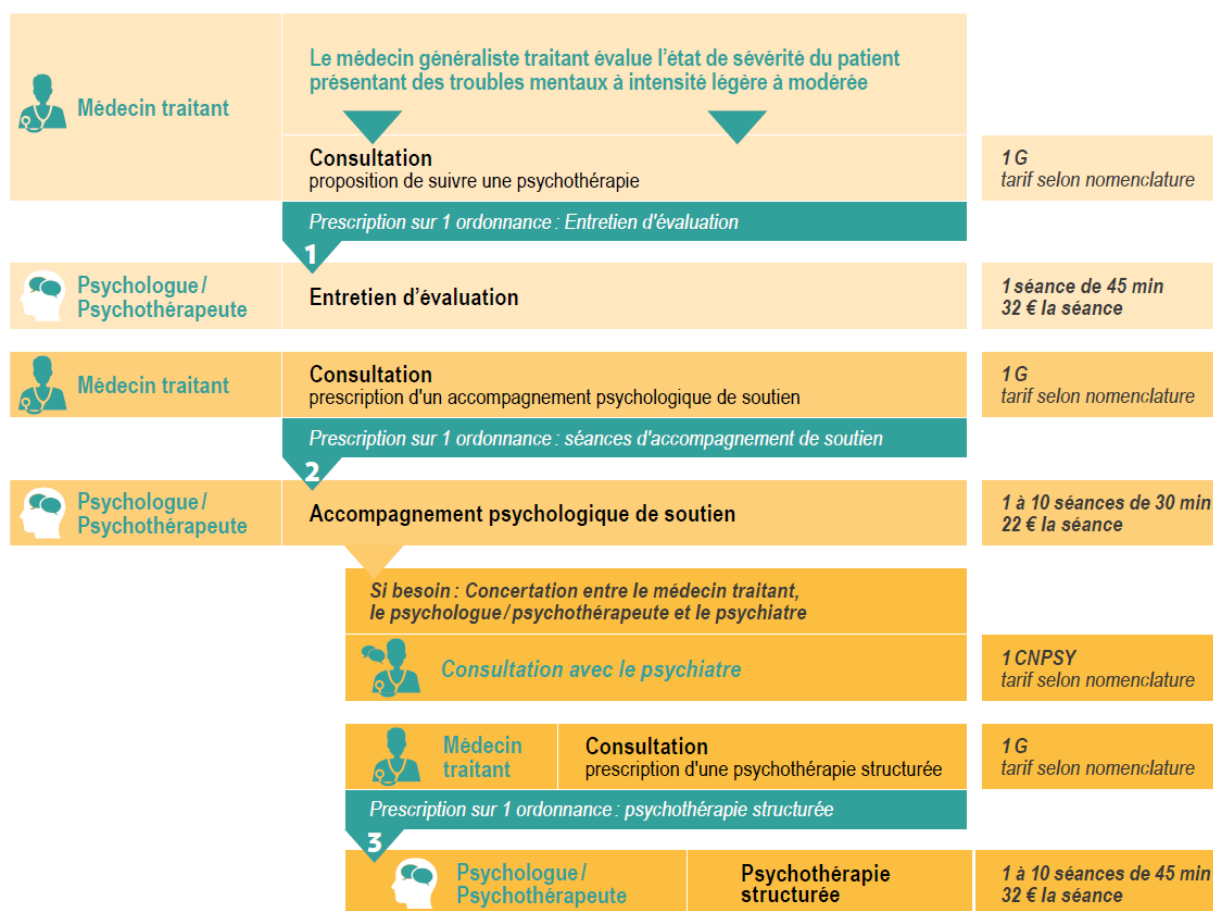
¹⁹⁸ En février 2019, une analyse préliminaire sur l'année 2018 étudiant le profil des patients inclus a mis en évidence que 47 % des patients ne répondaient pas aux critères d'inclusion (patients avec antécédents psychiatriques). Cette analyse a conduit la CNAM à modifier le circuit d'inclusion des patients début 2019. L'inclusion du patient repose désormais sur l'accord préalable de l'assurance maladie (téléconseiller du service médical), contacté par le médecin généraliste, qui s'assure de la conformité des critères médicaux d'inclusion et d'exclusion.

Au total, selon les estimations faites par la CNAM, la population ciblée par l'expérimentation représente 22 309 patients éligibles sur les 4 départements.

➤ **Parcours de soins et professionnels impliqués**

L'expérimentation repose sur un parcours de soins coordonnés associant le médecin traitant, le psychiatre et le psychologue clinicien / psychothérapeute (Figure 8).

Schéma 8 : Parcours de soins – Expérimentation CNAM



Source : CNAM

Dans ce modèle de parcours de soins, le médecin traitant reste comme dans tout parcours de soins, au centre de la prise en charge. Il n'y a pas de possibilité d'accès direct à la psychothérapie. L'omnipraticien, adresse son patient vers les psychologues/psychothérapeutes (ordonnance d'adressage pour un entretien d'évaluation). Il réévalue par la suite l'état du patient suite aux séances de thérapie en concertation étroite avec le psychologue / psychothérapeute et réoriente la prise en charge si nécessaire. Pour faciliter ce processus d'adressage du médecin vers ces professionnels dispose d'une carte interactive (disponible sur le site de l'ARS) lui permettant de repérer l'adresse des psychologues / psychothérapeutes agréés volontaires et conventionnés avec les CPAM.

Le psychiatre est en appui du médecin généraliste dans les situations complexes d'emblée ou lors de la réévaluation du patient (notamment pour les troubles persistants et non répondant aux psychothérapies). Il existe des particularités locales dans la conception du dispositif. En Haute –

Garonne, le DSPP peut être sollicité par le médecin généraliste pour l'inclusion du patient (dans le cas de troubles psychiques d'intensité sévère ou dont le diagnostic est incertain) mais également pour l'adressage vers des séances de psychothérapie structurée.

➤ **Accès aux soins psychologiques**

Comme précisé précédemment, l'expérimentation ne propose pas un accès direct aux soins psychologiques. Le médecin peut prescrire plusieurs types de soins et de façon graduée :

- étape 1 : une séance d'entretien d'évaluation (EEP) ;
- étape 2 : jusqu'à 10 séances d'accompagnement psychologique de soutien (APS) ;
- étape 3 : si besoin, en lien avec le psychiatre, jusqu'à 10 séances de psychothérapie structurée (PSS).

Le passage d'une étape à l'autre est soumise à la prescription médicale, qui découle de la réévaluation du patient par le médecin en concertation avec le psychologue / psychothérapeute (et le psychiatre si besoin). La séquence de ces étapes doit nécessairement être respectée. L'entretien d'évaluation précède la suite du parcours de prise en charge. Et pour bénéficier des séances de psychothérapie structurée, le patient devra réaliser au moins une séance d'accompagnement psychologique de soutien.

➤ **Statut et rôle du psychologue**

Les psychologues cliniciens libéraux inscrits au répertoire ADELI et exerçant dans le département de la CPAM peuvent participer au dispositif et prétendre à une prise en charge. Le dispositif est également accessible aux psychothérapeutes agréés par les Agences Régionales de Santé (ARS), exerçant dans le département de la CPAM et inscrits au répertoire ADELI.

Au préalable, un « contrat d'engagement individuel » est signé entre chaque psychologue clinicien/psychothérapeute volontaire et sa CPAM expérimentatrice. Ce contrat permet l'identification et l'enregistrement dans le fichier national des professionnels de santé (FNPS) par les CPAM des psychologues cliniciens/psychothérapeutes participants.

Le psychologue clinicien ou le psychothérapeute ainsi « agréé » par l'ARS occupe une place importante au sein du dispositif. Il est en charge de réaliser des consultations psychologiques prescrites par le médecin généraliste et adaptées aux besoins du patient (entretien d'évaluation, l'accompagnement psychologique de soutien, la psychothérapie structurée). Il détermine le nombre de séances nécessaires en fonction de l'évolution du patient. Enfin, il échange régulièrement avec le médecin traitant généraliste et participe à la réévaluation du patient et de sa prise en charge.

➤ **Soins psychologiques et tarification**

Les soins psychologiques prodigués reposent sur les recommandations de la HAS qui préconisent en première intention le recours à la psychothérapie de soutien puis en deuxième intention la psychothérapie structurée. Les psychothérapies structurées les plus pratiquées ont été regroupées en 4 grandes familles :

- thérapie comportementale et cognitive (TCC) ;
- psychothérapie psychodynamique ou d'inspiration analytique ;
- thérapies familiales et systémiques ;
- psychothérapie interpersonnelle.

Ces soins psychologiques sont pris en charge intégralement (sans reste à charge) et sans avance de frais (tiers payant intégral) pour le patient et sans possibilité de dépassement pour le psychologue / psychothérapeute. Chaque séance est facturée par le professionnel agréé, qui renseigne, sur une feuille de soins expérimentale l'acte effectué (Schéma 9). Celle-ci est ensuite transmise à la CPAM pour remboursement avec l'ordonnance correspondante du médecin.

Schéma 9 : Feuille de soins - Expérimentation CNAM

Source : CNAM

Les tarifs des séances varient mais ils reposent sur la base d'un salaire horaire de 42,45 euros :

- EEP : 1 séance de 45 minutes facturée 32 euros ;
- APS : jusqu'à 10 séances de 30 minutes facturées 22 euros par séance ;
- PSS : jusqu'à 10 séances de 45 minutes facturées 32 euros par séance.

Ce salaire horaire a été calculé à partir de la rémunération d'un psychologue hospitalier échelon 9 (31 883,76 euros brut annuel) majorée (33 % pour prendre en compte le temps de formation) et chargée avec un taux de charge moyen (51,57 % pour les psychologues libéraux en 2015).

➤ **Retours d'expérience**

Fin janvier 2019, l'analyse des données quantitatives suggère une forte participation des différents acteurs dans les différents territoires expérimentateurs.

Au total, 542 psychologues cliniciens/psychothérapeutes conventionnés et enregistrés au FNPS ont participé, ce qui représente 66,7 % de l'ensemble des psychologues cliniciens/psychothérapeutes agréés ARS et inscrits au fichier ADELI. Par ailleurs, 80,4 % d'entre eux (n=436) ont réalisé au moins un acte (EEP, APS ou PSS) (Tableau 7).

Tableau 7 : Nombre de séances dispensées – Expérimentation CNAM

Acte	Nombre de séances dispensées				
	Total	Bouches-du-rhône	Haute-Garonne	Landes	Morbihan
EEP	8991	2 171	5 162	52	1 606
APS	33830	7 212	19 794	95	6 729
PSS	5457	679	3 233	1	1 544
Total	48278	10 062	28 189	148	9 879

Source : CNAM

Concernant les médecins, 2 371 médecins généralistes différents ont prescrit au moins une séance de psychothérapie, soit 53,6 % de l'ensemble des médecins généralistes installés (hors médecins en « modes d'exercice particulier » ou MEP).

Et enfin, 8 991 patients ont bénéficié du dispositif expérimenté avec 9 435 séances remboursées avec la répartition suivante : 8 911 EEP, 6 236 APS et 404 PSS.

Tableau 8 : Nombre de patients pris en charges – Expérimentation CNAM

Acte	Nombre de patients pris en charge				
	Total	Bouches-du Rhone	Haute-Garonne	Landes	Morbihan
EEP	8 991	2 171	5 162	52	1 606
APS	5 194	10 90	3 053	22	1 029
PSS	944	121	5 82	1	240
Total	8 991	2 171	5 162	52	1 606

Source : CNAM

Sur le terrain, les entretiens menés par la mission et les premiers retours qualitatifs confirment ces données quantitatives. La co-construction du dispositif apparaît comme un facilitateur majeur ayant permis de mobiliser les différents intervenants au sein de ce parcours de prise en charge. Le travail des délégués médicaux de la CNAM a également favorisé la communication sur la mise en œuvre du dispositif auprès de l'ensemble des acteurs.

Le dispositif semble répondre spontanément aux besoins exprimés à la fois par les professionnels (médecins, psychiatres et psychologues cliniciens) et les patients qui souhaitent dès à présent la généralisation du dispositif et son élargissement à d'autres tranches d'âge et d'autres régimes.

Les premiers omnipraticiens rencontrés évoquent une alternative pertinente à la prescription de psychotropes grâce à cette nouvelle option d'adressage offerte par le dispositif. Des réticences, mineures portent sur la rigidité des modalités d'inclusion mises en place qui sont perçues comme

trop contraignantes (recours aux échelles de dépistage, rigidité des pratiques et contraintes administratives) et pas toujours adaptées aux enjeux.

Selon les médecins, de nombreux patients sous psychotropes ou ayant consommé ces médicaments, devraient être éligibles à cette prise en charge. En cas de généralisation du dispositif, les professionnels de santé estiment par ailleurs que des garanties devront leur être fournies concernant la formation des psychologues cliniciens et des psychothérapeutes, les délais d'accès à ces soins et la confidentialité des données et échanges avec ces professionnels.

Encadré 7 : Retours d'expérience en Haute-Garonne – Expérimentation CNAM

Dans le département de la Haute-Garonne, les premiers retours d'expérience sont très positifs et suggèrent que le DSPP sur la région de Toulouse a à la fois facilité et potentialisé l'implémentation de cette expérimentation.

En juin 2019, 52 361 soins psychologiques ont été dispensés et remboursés en Haute Garonne ce qui représente 57.9 % des 90 499 soins cumulés sur les 4 départements :

- 7 475 EEP ont été réalisés par 270 psychologues cliniciens/psychothérapeutes agréés et prescrits par 1 160 médecins généralistes traitants différents ;
- 35 910 séances APS ont été dispensées (5 004 patients) ;
- 8 976 séances PSS ont été dispensées (1 361 patients).

A cette date, la CPAM de Haute-Garonne évalue la dépense à 1 316 312 euros soit une dépense moyenne et par patient de 176 euros.

Concernant plus particulièrement la participation des psychologues cliniciens, l'identification et l'homologation de ces professionnels reste un frein important. L'identification de ces professionnels au sein du système ADELI nécessite un travail considérable au niveau des ARS. Ensuite les formations et diplômes permettant d'accéder au titre de psychologue clinicien (pour participer à l'expérimentation) sont très hétérogènes et restent difficiles à distinguer pour les ARS qui ne disposent ni des ressources ni des compétences pour effectuer cette tâche.

Certains psychologues dénoncent l'accès aux soins psychologiques reposant uniquement sur prescription médicale dans le cadre de l'expérimentation. Le diagnostic du fonctionnement psychique du patient en vue d'évaluer la pertinence d'une psychothérapie relevant, selon les représentants de la profession, de la compétence du psychologue et non du médecin généraliste qui ne dispose pas de formation spécifique dans ce domaine.

La problématique des tarifs pratiqués est également évoquée. La limitation du nombre et de la durée des séances, l'obligation de rendre compte de bilans (bilan d'entrée dans le dispositif, bilan de renouvellement de 10 séances) auprès du médecin généraliste et l'accord nécessaire de ce dernier pour le démarrage et le renouvellement du suivi représentent enfin de nouvelles contraintes pour la profession au regard de l'éventuelle pérennisation du dispositif.

MONOGRAPHIE 2 : EXPERIMENTATION « MISSION RETROUVE TON CAP » (MRTC)

➤ **Éléments de contexte**

Cette expérimentation porte sur la problématique du surpoids et de l'obésité chez l'enfant. Si les chiffres de surpoids et d'obésité se sont stabilisés ces dernières années chez l'enfant, l'incidence continue à augmenter avec l'âge. Par ailleurs, les études mettent en évidence un lien entre l'obésité dans l'enfance et le risque de rester obèse à l'âge adulte, soulignant l'intérêt de mettre en place une prise en charge précoce.

Aussi, dans un contexte conventionnel (avenant n°12 de la convention 2005), législatif (loi de Santé Publique de 2004) et celui du Programme National Nutrition Santé (PNNS) mis en place depuis 2001, la CNAM s'est engagée à accompagner les professionnels de santé libéraux pour promouvoir la bonne pratique en matière de prévention et de prise en charge.

Le projet de cette action prend sa source dans l'article 68 de la LFSS pour 2016 et sera intégré fin 2018, dans le cadre de l'article 51 prévu par la LFSS pour 2018.

➤ **Objectifs**

L'objectif de cette expérimentation est de permettre, via la mise en place d'un forfait spécifique, une prise en charge pluridisciplinaire précoce et adaptée aux besoins des enfants de trois à huit ans en surpoids ou à risque d'obésité, et de leur famille.

Cette expérimentation est en cours depuis février 2018 et se poursuivra jusqu'à la fin de l'année 2020. Une évaluation de l'expérimentation est prévue (cf. encadré 8).

Encadré 8 : Evaluation – Expérimentation MRTC

L'évaluation de l'expérimentation comportera deux volets :

- 1er volet : l'évaluation du processus qui aura pour objectif d'évaluer la mise en œuvre effective du dispositif sur les territoires concernés. A cette fin, seront analysés le recours au dispositif et sa mise en œuvre effective ;
- 2ème volet : concernera les résultats en terme d'évolution des données de santé et d'habitudes de vie des enfants qui auront bénéficié du forfait, afin d'en évaluer les effets réels. Il concernera aussi la question de l'adéquation du dispositif aux besoins des familles et des médecins.

➤ **Portage du dispositif**

Cette expérimentation est portée par la CNAM, en lien avec le ministère de la santé (DSS et DGS) et a été co-construite en partenariat avec de nombreuses parties-prenantes : le collège de la médecine générale (CMG), l'association française de pédiatrie ambulatoire (AFPA), l'association pour la prise en charge et la prévention de l'obésité en pédiatrie (APOP), la coordination nationale des réseaux de prévention et de prise en charge de l'obésité pédiatrique (CN REPPPOP), l'association française des diététiciens nutritionnistes (AFDN), le service de protection maternelle et infantile du conseil départemental de la Seine-Saint-Denis, la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, les caisses d'assurance maladie et ARS des territoires concernés, la direction de la sécurité sociale et la direction générale de la santé, et le secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales.

Il est financé par les crédits du Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) gérés par la CNAM. Sur les 3 sites, 1 035 600 euros ont été accordés (4 135 forfaits).

➤ **Territoires concernés**

Cette expérimentation vise les départements du Nord, du Pas de Calais, de la Seine-Saint-Denis, le département et la région d’outre-mer de La Réunion.

➤ **Population ciblée et indications aux soins psychologiques**

Les patients bénéficiaires de ces expérimentations sont les enfants, quel que soit le régime d’assurance maladie, de 3 à 8 ans révolus, en surpoids (c’est-à-dire avec un indice de masse corporelle ou IMC \geq au 97^{ème} percentile des courbes de corpulence françaises) ou en risque de surpoids (signes d’adiposité précoce, évolution péjorative ou brutale de l’IMC)¹⁹⁹. L’entourage de l’enfant peut également bénéficier d’une prise en charge dans le cadre de l’expérimentation.

En revanche, cette prise en charge n’est pas destinée aux enfants pour lesquels un diagnostic d’obésité a déjà été posé (enfants dont l’IMC est supérieur ou égal au seuil IOTF-30).

➤ **Parcours de soins et professionnels impliqués**

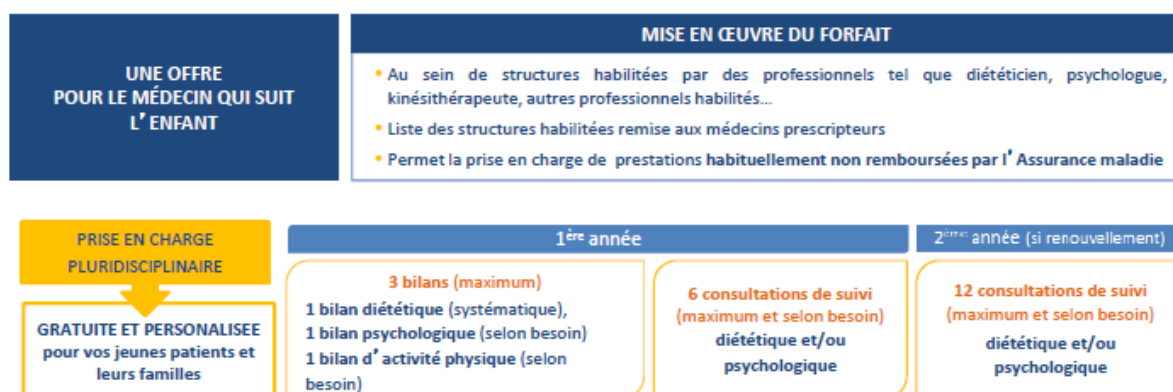
Le dispositif repose sur la prise en charge pluridisciplinaire des patients en proposant au médecin généraliste une nouvelle possibilité d’adressage pour l’accompagnement diététique, psychologique, et de bilan de l’activité physique de l’enfant (Schéma 10).

Le médecin qui suit l’enfant occupe une place centrale au sein du dispositif. Il peut s’agir d’un médecin généraliste, d’un pédiatre ou d’un médecin exerçant en centre de protection maternelle et infantile.

Il est notamment en charge de repérer les enfants éligibles à l’expérimentation et de prescrire les prestations incluses dans la prise en charge pluridisciplinaire (contenant notamment des soins psychologiques). Il doit également coordonner le suivi de l’enfant et de sa famille dans ce parcours de soins. Deux types de prestations sont envisageables selon les besoins de l’enfant :

- des bilans diététique, psychologique et d’activité physique, réalisés sur la base d’entretiens approfondis d’une durée d’une heure ;
- des consultations de suivi diététique et/ou psychologique en fonction des besoins de l’enfant.

Schéma 10 : Présentation générale - Expérimentation « Mission retrouve ton cap » (MRTC)



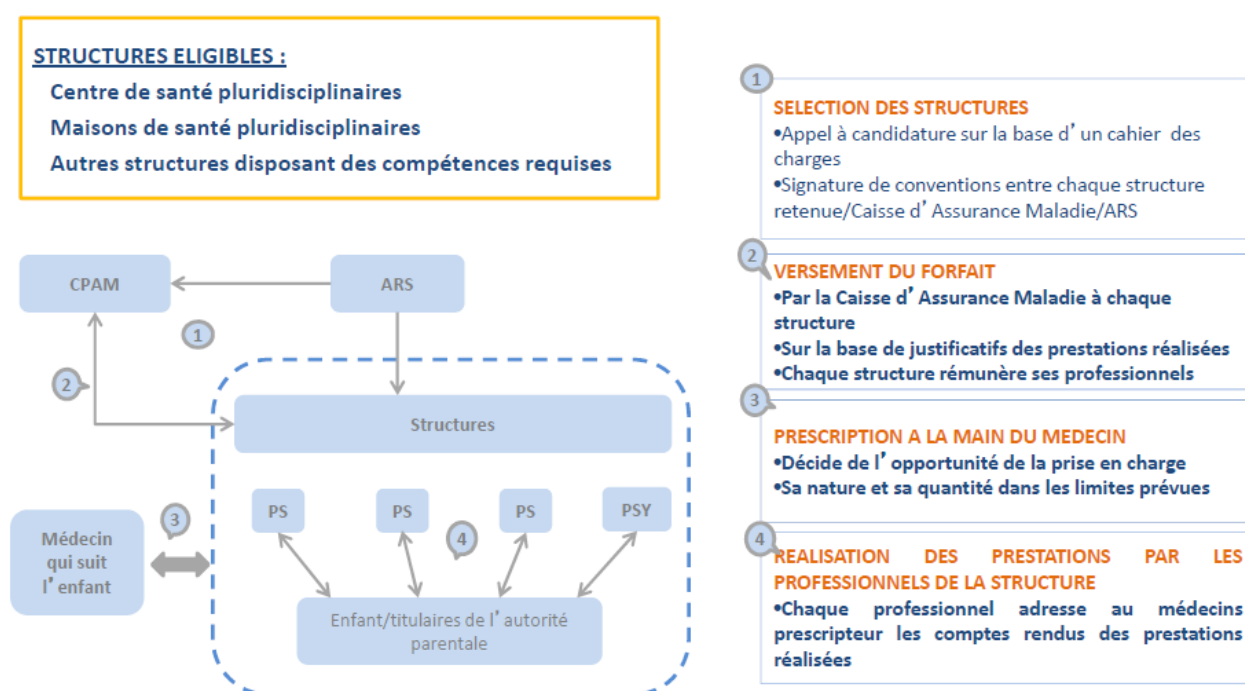
Source : CNAM

¹⁹⁹ Le diagnostic du surpoids, qui repose notamment sur la mesure de l’IMC, fait l’objet de recommandation de l’HAS.

La 1^{ère} année, la prise en charge prescrite par le médecin contient obligatoirement un bilan diététique qui est le premier acte réalisé, et le cas échéant un bilan psychologique et/ou un bilan d'activité physique (3 bilans maximum). Ensuite, des consultations de suivi diététique et/ou psychologique (au maximum 6 par an pour l'ensemble des deux disciplines).

Après la 1^{ère} année, le médecin peut décider de renouveler la prescription l'année suivante. La prestation se compose alors de consultations de suivi diététique et/ou psychologique (12 par an au maximum pour l'ensemble des deux disciplines). Et selon les mêmes modalités, le médecin peut renouveler cette prescription pour la 3^{ème} année.

Schéma 11 : Professionnels impliqués - Expérimentation « Mission retrouve ton cap » (MRTC)



Source : CNAM

Enfin, le médecin est en lien étroit avec les structures de soins qui dispensent les prestations prescrites. Il s'agit principalement de centres de santé, de maisons de santé pluridisciplinaire ou d'associations (Schéma 11). Ces centres ont été sélectionnés par un appel à candidature sur la base d'un cahier des charges et sont conventionnés avec la CPAM et l'ARS. Ils s'assurent de la qualité des prestations dispensées mais également de la rémunération des professionnels qui interviennent dans le cadre de cette expérimentation.

➤ Accès aux soins psychologiques

L'accès à ces soins est soumis à la prescription médicale.

➤ Statut et rôle du psychologue

Les psychologues qui participent peuvent avoir une activité libérale, mais dans le cadre de l'expérimentation l'exercice professionnel est nécessairement rattaché à la structure qui est en charge de sélectionner et de rémunérer ces professionnels.

Le rôle du psychologue s'intègre dans deux types de prestations :

- le bilan psychologique pour rechercher chez l'enfant des événements de vie ayant pu favoriser les périodes de prise de poids et le repérage d'éventuels signes de souffrance psychologique ou de psychopathologie nécessitant un suivi psychologique ;
- le suivi psychologique permettant l'accompagnement psychologique de l'enfant (évaluation et renforcement de la motivation, appréciation des connaissances, des représentations, des croyances et des ressentis de l'enfant et de sa famille, formulation positive des objectifs, soutien et déculpabilisation, renforcement positif, renforcement des compétences parentales et de la cohérence parentale).

A l'issue de chaque bilan réalisé, un compte rendu de synthèse sera adressé au médecin.

➤ Soins psychologiques et tarification

Les tarifs des séances varient selon la prestation dispensée :

- bilan : 40 euros / séance ;
- suivi psychologique : 20 euros / séance ;

Ces soins sont inclus dans un forfait qui comprend également des soins diététiques. Le forfait s'élève à 240 euros maximum par enfant et par an. Il n'y a aucun reste à charge pour les patients.

➤ Retour d'expérience

Depuis le 15 février 2018 et au début du mois de janvier 2019, les données quantitatives issues des premières inclusions et examinées par la mission montrent que 857 enfants ont bénéficié de cette prise en charge. Les inclusions sont plus nombreuses en Nord-Pas-de-Calais (n=560 enfants), ce qui représente 65 % des inclusions sur l'ensemble des territoires.

La plupart des enfants (857 enfants au total sur les 3 territoires) sont inclus dans l'expérimentation suite à la prescription d'un médecin généraliste (84,5 %) et l'étude des prescriptions montre que :

- concernant les bilans : les 3 bilans sont prescrits d'emblée dans la majorité des cas ;
- concernant les consultations de suivi : 37,8 % des enfants se voient prescrire des consultations de suivi diététique et psychologique d'emblée.

Concernant plus particulièrement les soins psychologiques, l'analyse des premières inclusions montre d'importants écarts entre les prestations prescrites (bilans et consultations) et celles réalisées suggérant une réticence des familles à l'égard de l'accompagnement psychologique.

En effet, si 15,9 % des enfants ont effectivement bénéficié de consultations de suivi diététique et psychologique, ils sont seulement 2 % à avoir bénéficié de suivi psychologique uniquement. Des 3 bilans, le bilan psychologique est celui qui a le plus fort taux d'absentéisme (16 % contre 7,7 % pour le bilan diététique). Il en est de même pour les consultations de suivi (18,1 % contre 15,5 % pour le bilan diététique).

Une enquête sur l'offre de prise en charge psychologique a été réalisée par la CNAM en février 2019 portant sur : l'offre de la structure, le délai d'obtention d'un rendez-vous et entre chaque consultation, l'éventuel désengagement des professionnels, les difficultés rencontrées et les actions correctives éventuellement mises en place. Les résultats ne sont pas disponibles au moment de la rédaction de ce rapport.

MONOGRAPHIE 3 : EXPERIMENTATION « *ECOUT'EMOI* »

➤ **Éléments de contexte**

Entre mars et mai 2014, UNICEF France a réalisé une consultation nationale auprès des enfants et adolescents français de 6 à 18 ans. Le rapport issu de cette étude met en évidence que « *les enfants en situation de privation cumulent les difficultés en matière d'intégration sociale ; par ailleurs, plus du tiers des participants est en situation de souffrance psychologique, et cette proportion augmente avec l'âge, atteignant 43 % chez les plus de 15 ans. La prévalence des idées suicidaires, de la tentative de suicide et des conduites addictives chez les adolescents est elle aussi d'une ampleur inquiétante* ». Ce rapport constitue l'amorce d'un travail de sensibilisation des pouvoirs publics mais aussi de la société civile dans son ensemble sur la problématique de la souffrance psychique des jeunes.

En 2016 le plan d'action « Bien-être et santé des jeunes » préconise la mise en œuvre d'expérimentations permettant d'améliorer l'accès aux soins de santé mentale aux jeunes et l'article 68 pour la LFSS 2017 reprend cette recommandation.

En 2018, cette expérimentation s'intègre dans la feuille de route « Santé mentale et Psychiatrie » élaborée par le comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie (Action n°5) et dans le dispositif « article 51 ».

➤ **Objectifs**

Cette expérimentation, qui a démarré en février 2018, a pour objectif de réduire la souffrance psychique des jeunes âgés de 11 à 21 ans par l'amélioration des parcours de santé et une meilleure coordination des acteurs de santé mentale.

Les objectifs secondaires de l'expérimentation sont :

- améliorer l'information générale en santé mentale des jeunes de 11 à 21 ans, de leurs proches et des professionnels
- améliorer le repérage de la souffrance psychique des jeunes de 11 à 21 ans
- améliorer l'évaluation de la souffrance psychique des jeunes de 11 à 21 ans
- améliorer l'accès aux soins de santé mentale chez les jeunes de 11 à 21 ans.

Comme tous les projets article 51, l'expérimentation bénéficiera d'une évaluation (cf. encadré 9). Elle sera rendue après la fin de l'expérimentation, prévue pour fin 2021.

Encadré 9 : **Evaluation – Expérimentation Ecoute'moi**

L'évaluation de cette expérimentation portera sur :

- des aspects quantitatifs avec la mesure et l'analyse des critères d'évaluation principaux (faisabilité opérationnelle, efficacité et reproductibilité), secondaires et intermédiaires : indicateurs cliniques, socio-éducatifs et relatifs au processus de soins et de repérage des jeunes en situation de souffrance psychique ;
- et des aspects qualitatifs avec des entretiens semi-directifs et focus groupes des jeunes ayant bénéficié du forfait et des jeunes n'ayant pas bénéficié des forfaits, des professionnels participant à l'expérimentation.

➤ **Portage du dispositif**

Ce dispositif expérimental est piloté par la Direction générale de la santé (DGS) et la Fédération française de psychiatrie (FFP), en lien avec la Direction générale de l'enseignement scolaire (DGESCO) et la Direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (DGESIP). Elle est mise en œuvre par les agences régionales de santé (ARS) et les rectorats d'académie concernés. La coordination est confiée aux maisons des adolescents (MDA) des territoires concernés.

Le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS) finance l'évaluation de l'expérimentation. Le fonds d'intervention régional (FIR) finance les autres besoins de financement, pour un montant de 1,6M€ (délégués en 2017 et 2018).

➤ **Territoires concernés**

Les territoires ont été identifiés précédemment par la mission « Bien-être et santé des jeunes », comme ayant des bonnes pratiques de collaboration entre santé et éducation nationale et, par les ARS en lien avec les rectorats d'académie. Ils disposent également d'au moins une maison des adolescents (MDA) sur le territoire :

- Ile-de-France : dans le département des Yvelines (Les Mureaux et Trappes) du Val d'Oise (Garges-lès-Gonesse, Goussainville, Sarcelles et Villiers le Bel) ;
- Pays de la Loire : dans le département du Maine-et-Loire (Cholet) et de la Loire-Atlantique (Saint-Nazaire) ;
- Grand Est : dans les départements des Ardennes, du Haut-Rhin, de la Meuse et des Vosges.

➤ **Population ciblée et indications aux soins psychologiques**

Le dispositif est accessible pour les jeunes de 11 à 21 ans, présentant des signes de souffrance psychique (et, pour les mineurs, avec le consentement exprès des titulaires de l'autorité parentale (TAP), habitant ou scolarisés sur les territoires d'expérimentation. Les parents et TAP des jeunes inclus dans l'expérimentation peuvent également bénéficier de cette prise en charge

En revanche, les jeunes présentant des troubles psychiatriques sévères (signes manifestes de crise suicidaire) et/ou bénéficiant déjà d'un suivi psychologique ou psychiatrique ne sont pas éligibles à cette prise en charge.

Le budget de l'expérimentation permet en théorie de prendre en charge 500 jeunes / région.

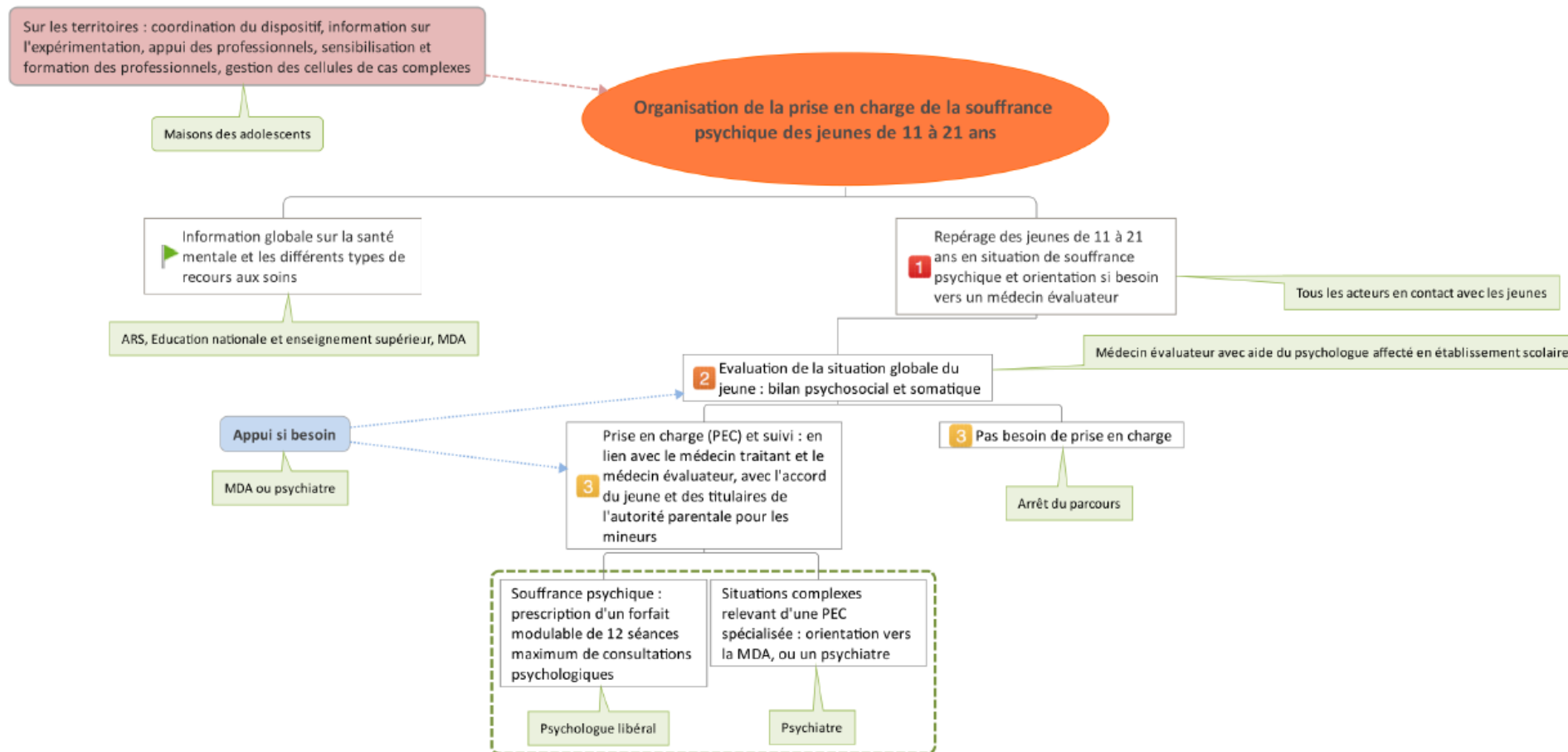
➤ **Parcours de soins et professionnels impliqués**

Cette expérimentation propose un parcours coordonné de prise en charge et d'accompagnement du jeune en situation de souffrance psychique (Schéma 12).

L'entrée dans le dispositif se fait via le médecin évaluateur (médecin généraliste, pédiatre, médecin de l'éducation nationale, médecin généraliste exerçant dans un service de santé universitaire) qui est volontaire et adhérent à la charte de l'expérimentation. A ce titre, il est inscrit sur les listes des professionnels qualifiés pour l'expérimentation qui sont gérées par les ARS en lien avec les MDA et est également soumis à une obligation de participation à des formations et des supervisions.

Il est principalement en charge de l'inclusion du jeune au sein du dispositif et de son adressage vers des soins psychologiques (en cas de souffrance psychique) ou des soins spécialisées (en cas de situation complexe) en coordination avec le médecin traitant du patient.

Schéma 12 : Parcours coordonné de prise en charge – Expérimentation Ecoute'émoi



Source : DGS

Dans le cadre de la prise en charge, il assure une première consultation d'évaluation de la situation globale du jeune (cadre de vie, enseignement et emploi, alimentation, activités, pratiques addictives, sexualité, suicide/dépression, violences) à l'aide d'outils spécifiques (cette consultation comprend également un examen somatique) et en lien avec le psychologue présent dans l'établissement scolaire (si disponible). Il peut également solliciter les psychiatres ou les MDA pour une évaluation complémentaire notamment pour des situations plus complexes.

Les MDA ont un rôle central pour la coordination du dispositif sur le territoire d'expérimentation avec l'ensemble des intervenants et des parties prenantes (ARS, éducation nationale, établissements d'enseignement supérieur). A ce titre, elles sont en charge de :

- gérer des listes de professionnels de l'expérimentation ayant adhéré à la charte, en lien avec les ARS
- répondre aux questions des acteurs de terrain, des familles et des jeunes
- mettre à disposition pour les professionnels de l'expérimentation des outils élaborés par le comité de pilotage national, en lien avec les ARS, l'éducation nationale (rectorats d'académie) et les établissements d'enseignement supérieur (outils sur les modalités cliniques du repérage, de l'évaluation, du suivi des jeunes ; outils sur l'information et la communication ; outils sur la formation; outils sur l'évaluation de l'expérimentation)
- réaliser des sessions de sensibilisation auprès des acteurs du repérage et d'information auprès des jeunes sur l'expérimentation et sur la santé mentale
- former (en lien avec les psychiatres et les pédiatres) des participants (médecins, psychologues et autres)
- organiser des staffs cliniques pluridisciplinaires pour les professionnels, et des programmes de soutien pour les familles
- gérer l'accès aux soins somatiques et la prise en charge des cas complexes
- et participer à l'évaluation de l'expérimentation

➤ **Accès aux soins psychologiques**

L'accès aux soins psychologiques repose sur la prescription médicale effectuée par le médecin évaluateur. Cet adressage est envisagé à la suite d'une consultation médicale prise en charge par l'assurance maladie selon les règles du droit commun. Il s'agit d'une consultation facturée au titre d'une consultation complexe à 46 euros dans le cas du médecin généraliste.

➤ **Statut et rôle du psychologue**

Dans le cadre de cette expérimentation, les soins sont dispensés par un psychologue clinicien ayant une activité libérale ou mixte, inscrit dans le fichier ADELI géré par les ARS, et ayant adhéré volontairement à la charte de l'expérimentation. Il est soumis à une obligation de participation à des formations et des supervisions au sein des MDA.

Il propose des consultations psychologiques au jeune et, le cas échéant, à ses TAP par le moyen d'un forfait de 12 séances maximum, non renouvelable. La 1^{ère} consultation a pour objet de réaliser un bilan de la situation du jeune et de sa demande et de décider du nombre de séances dans le forfait, en lien avec le médecin évaluateur. La dernière consultation a pour objectif de faire un bilan de la prise en charge globale, du déroulement et de discuter de la sortie du dispositif.

Les jeunes peuvent à tout moment sortir du dispositif. Ils peuvent également demander à la maison des adolescents à changer de psychologue en cours de prise en charge. Sur décision du psychologue, en lien avec le médecin évaluateur, les jeunes peuvent sortir du dispositif soit pour un arrêt définitif

de prise en charge, soit pour une orientation vers la psychiatrie. La MDA en est immédiatement informée ainsi que le médecin évaluateur et le médecin traitant du jeune s'il existe et les TAP (pour les mineurs).

A la fin du forfait, les jeunes peuvent également continuer le suivi avec le psychologue si besoin mais les consultations ne seront plus couvertes par le forfait. Au cours du suivi avec le psychologue ou à la fin du forfait, les jeunes peuvent être orientés si besoin vers une prise en charge médicale par un psychiatre.

➤ Soins psychologiques et tarification

Les consultations sont financées sur les crédits du fonds d'intervention régional (FIR) à hauteur de 185 000 euros par site pour prendre en charge à peu près 150 jeunes.

Le montant de la consultation du psychologue est fixé à 32 euros et ne peut faire l'objet de dépassement à la charge du jeune ou de ses TAP. Ce sont les MDA qui effectuent le paiement des psychologues, il n'y a donc pas d'avance de frais à fournir.

➤ Retours d'expériences

Depuis son démarrage en 2018, la mise en œuvre de l'expérimentation a été considérablement ralentie à cause de son intégration et sa mise en conformité vis-à-vis des exigences des projets « article 51 » (notamment en terme d'évaluation).

A ce stade, la mission IGAS ne dispose que d'éléments de bilan épars relatifs au déploiement de l'expérimentation sur les sites qu'elle a visités (Yvelines, Pays de Loire)

Parmi les leviers, on note, outre l'importance des besoins, des interactions formalisées par des contrats de partenariat (Rectorat, ARS) et une couverture des territoires de santé par des MDA.

Si les inclusions ont commencé tardivement, les premiers retours d'expérience montrent que peu de patients ont bénéficié de cette prise en charge.

Parmi les freins /obstacle généraux pouvant en rendre compte, les acteurs interrogés font remonter les impressions suivantes :

- Une dynamique de mise en œuvre parfois perçue comme manquant de continuité et de lisibilité (annonce début 2017, protocole disponible juillet 2018, lancement sept 2018...)
- Une insuffisante sensibilisation des acteurs sur les questions d'évaluation et d'adressage.
- Un sentiment de la part de certains acteurs que les choses ont été déclinées de manière trop verticale et directive : l'utilisation d'échelle et de tests imposée par le protocole (dans une perspective d'évaluation future reposant sur des données les plus standardisées possibles) est mal vécue, car peu adaptée aux pratiques et trop chronophage.
- Des critères d'éligibilité jugés parfois trop exigeant (double signature parentale²⁰⁰) ou restrictifs (concernant l'absence d'antécédents ou l'affiliation régime général)
- Des liaisons médecins psychologues difficiles (absence de messagerie sécurisée partagée)

²⁰⁰ De nombreux jeunes n'ont plus de contact avec l'un des deux parents (pour des raisons conflictuelles ou géographiques).

- Une mobilisation des médecins généralistes difficile (1 heure) surtout quand les personnes ne viennent pas et que le créneau prévu ne peut être proposé à d'autres) ; Du fait de leur charge de travail habituelle, il leur semble compliqué de participer à un dispositif jugé trop « lourd » : la passation de test, les envois de courrier et la participation aux staffs cliniques sont considérés comme chronophages.
- Des questions récurrentes autour des psychologues à inclure dans l'expérimentation (quelles compétences, quelle formation, quelles bonnes pratiques, quel contrôle des pratiques.)

Concernant plus particulièrement les psychologues, le montant associé à la prise en charge des soins psychologiques est estimé trop faible. Cela représente un frein à leur investissement. Par ailleurs, des inquiétudes ont été formulées quant à la sortie du dispositif. Les professionnels contactés semblaient appréhender un phénomène d'« appel d'air » et d'engorgement des structures sanitaires si les 12 consultations ne suffisent pas pour répondre au mal-être du jeune. Au regard de ces éléments, le Syndicat National des Psychologues a rédigé une pétition contre la mise en place de l'expérimentation, ce refus est accentué par une crainte de para-médicalisation de la profession.

Dans les Yvelines

- L'inclusion s'est faite très lentement. Côté public, depuis janvier 2019, seuls 19 jeunes ont été adressés au dispositif dont 8 ont évalués et 4 sont en attente, 3 jeunes ont bénéficié d'une première séance de soins psychologiques et seulement 2 jeunes ont terminé le parcours de soins, les autres ayant été perdus de vue. Côté professionnels, sur la même période, le bilan est aussi assez modeste : 2 MG, 6 psy libéraux, 4 médecins éducation nationale.
- Les sites choisis sur ZEP/REP accueillent déjà des dispositifs lieu écoute jeune qui entrent en concurrence avec le dispositif *Ecout'jeune*
- Par ailleurs, ce sont des sites où il y a peu de psychologues et de PS, ce qui pose des problèmes de mobilité pour accéder aux soins
- Peu d'implication de la commune, ni le centre médico-social ni la mission locale n'envoient de patients
- les médecins scolaires sont saturés, qui, en plus d'être peu nombreux, ont peu de temps
- peu d'implication des MG (risque de perte d'activité si le patient ne vient pas)

A Cholet

- Aucune inclusion d'enfants/ adolescents, pas de médecins inclus (refus d'utiliser les outils de l'expérimentation, protocole jugé trop contraignant), quelques psychologues partants mais sous conditions (le niveau de rémunération de 32 euros étant jugé trop faible)
- Un travail de maillage et de sensibilisation des acteurs est à nouveau mis en œuvre sur le modèle de ce qui s'est fait à Saint Nazaire

A Saint-Nazaire

- Les choses se sont mieux passées du fait d'un fort travail d'amont effectué avant le lancement de l'expérimentation (rencontre individuelle d'un grand nombre de professionnels de santé)
- Premières inclusions public de janvier à juin 2019 : 16 ados dont 15 suivis, avec un nombre moyen de consultations de 6 par jeune. Côté professionnels sur la même période : 10 psychologues (pas élément de blocage tarifaire) et 5 médecins inclus.

MONOGRAPHIE 4 : EXPERIMENTATION « FORFAIT DIETETICIEN ET PSYCHOLOGUE » (FDP) ²⁰¹

➤ **Éléments de contexte de l'expérimentation forfait diététicien et psychologue (FDP)**

L'augmentation d'une part des affections associées à un trouble du comportement alimentaire, d'autre part des troubles psychologiques et de la médicalisation du mal-être, enfin la multiplication des recommandations de bonnes pratiques génère des besoins croissants en termes de prises en charge par un diététicien et ou par un psychologue.

Les besoins exprimés par les médecins traitants dans le cadre de la réalisation des bilans périodiques de santé pour les ressortissants agricoles font état d'une réelle difficulté à orienter efficacement ceux qui présentent des troubles psychologiques ou des troubles du comportement alimentaire. Ce constat est confirmé par la littérature. Par ailleurs, une augmentation de la prévalence de ces troubles est constatée.

Les prises en charge adaptées et recommandées sont la plupart du temps non médicamenteuses. Mais, d'une part leur disponibilité n'est pas partout effective, d'autre part leur accessibilité financière est la plupart du temps compromise par une absence de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et par une lourdeur du dispositif de financement pas le FNASS (instruction d'un dossier, évaluation des ressources).

L'accessibilité faible à ces soins entraîne un retard des prises en charges adaptées, souvent compensé par des palliatifs médicamenteux coûteux et non dénués d'effets indésirables. Une faible accessibilité est susceptible d'entraîner un renoncement aux soins, surtout lors de l'initialisation, qui nécessite des actes rapprochés. Les prescriptions de psychotropes et/ou de médicaments destinés à traiter les conséquences d'un comportement alimentaire inadapté, inappropriées mais visant à pallier l'absence de soins adaptés, sont à leur tour responsables de coûts injustifiés et d'effets indésirables parfois graves (dépendance, accidents, troubles mnésiques liés à la consommation de psychotropes).

➤ **Descriptif de l'action**

L'enjeu est donc d'améliorer l'accessibilité aux soins psychologiques dans les territoires (disponibilité en proximité, acceptabilité et accessibilité financière sans reste à charge), durabilité et facilité d'appropriation par les professionnels de MSP dans le respect des bonnes pratiques.

En réponse, la CCMSA a conçu une action expérimentale avec les professionnels de la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) de Sancerre à partir d'un échange sur les problématiques rencontrées dans leur pratique quotidienne pour la prise en charge des soins de diététicien et de psychologue.

Il s'agit d'un « forfait diététicien et psychologue » (FDP) autogéré par l'équipe soignante de la MSP permettant de prendre en charge des situations répondant à des recommandations de la HAS. Les prises en charge rapidement initiées grâce à ce forfait peuvent être prolongées par des prises en charge sur le fonds national d'action sociale ou par tout autre dispositif existant (financement par la complémentaire santé, réseau de santé, secteur psychiatrique, autofinancement). Afin de garantir la qualité des prises en charge, l'action est co-construite et mise en œuvre avec la MSP de Sancerre où exercent un diététicien et un psychologue.

²⁰¹ Forfait psy/diet, Le bulletin d'information de la MSA, novembre 2018.

➤ **Le forfait psychologue et diététicien cherche à répondre aux objectifs suivants :**

- Faciliter l'accessibilité financière aux soins de psychologue et de diététicien.
- Contribuer au maintien d'une offre en psychologue et en diététicien dans les territoires ruraux.
- Améliorer la qualité des soins pour les troubles psychologiques et les troubles du comportement alimentaire.
- Contribuer à définir des situations pratiques où les soins non médicamenteux sont de meilleure qualité et plus efficaces.
- Réduire la iatrogénie associée aux traitements inappropriés.
- Contribuer à la maîtrise des dépenses de santé.
- Expérimenter une modalité de financement global partagé, responsabilisante, favorisant la coordination des soins et n'induisant pas d'actes non pertinents (indications limitées).

➤ **Population concernée**

- Patient : le bénéfice du forfait est limité aux assurés de la MSA. La prise en charge s'adresse aux personnes atteintes d'un des troubles ou d'une des affections faisant partie des critères d'inclusion.
- Professionnels de santé : professionnels de MSP où exercent un diététicien et un psychologue.

Comme précisé précédemment, le dispositif est actuellement en place dans une seule MSP, à Sancerre (site pilote), mais il est en cours d'extension pour l'année 2019 dans d'autres MSP.

➤ **Critères d'inclusion**

La prise en charge des soins dans le cadre du forfait est limitée aux situations et affections qui font l'objet d'une recommandation de la HAS. Les modalités de prise en charge doivent respecter ces recommandations (ex. : TCC).

Les soins sont prescrits par un des médecins généralistes de la MSP.

- Le trouble ou l'affection correspond à une des situations retenues : Les situations et les soins proposés devront correspondre aux recommandations de pratique validées par la HAS pour chaque situation (argumentation scientifique). Les professionnels qui les mettent en œuvre devront avoir bénéficié d'une formation leur apportant les compétences nécessaires.
- La prise en charge est urgente, c'est-à-dire doit démarrer au moment où la personne accepte de s'inscrire dans une démarche de soins et/ou son affection se déséquilibre rapidement.
- le patient doit témoigner d'un problème d'accessibilité financière susceptible de le faire renoncer aux soins, notamment lors de l'initialisation de la prise en charge qui nécessite des actes rapprochés (ensuite les actes s'espacent et la charge financière devient plus supportable). La proximité du médecin de campagne avec sa patientèle doit faciliter la détection au cas par cas de ce public cible.

Le forfait s'élève à 4040 € par an²⁰². La rémunération n'est pas calculée à l'acte mais sur la base de forfaits de soins moyens auxquels s'ajoute l'indemnisation du temps de coordination pluriprofessionnelle (RCP) et d'évaluation de l'action. Le forfait couvre la prise en charge d'un minimum de 25 assurés MSA, la coordination inter professionnelle nécessaire au suivi des patients, la participation d'un médecin, du diététicien et du psychologue de la MSP à l'évaluation de l'action.

➤ **Procédure**

Les patients recrutés doivent correspondre aux critères d'inclusion et accepter la prise en charge. Un document informatif leur est remis qui précise la validité (lien avec la recommandation) et la pertinence du soin proposé, le caractère non pérenne de la prise en charge par la MSA, avec la possibilité d'un relais de financement sous condition de ressources. La prise en charge des patients est réalisée sous forme individuelle, selon les modalités propres à chaque praticien et respecte les recommandations de bonne pratique.

Le forfait FDP est versé en deux temps : la moitié du forfait est versée à la signature de la convention, en début d'action, le reste à la fin de la prise en charge du 25^{ème} patient inclus. Si le nombre de 25 n'est pas atteint à la date anniversaire de mise en œuvre, un versement partiel du forfait est réalisé à la fin de la prise en charge du dernier patient admis. Ce versement partiel est calculé au prorata du nombre de patients inclus : $4040/25 \times$ nombre de patients pris en charge.

L'ordonnancement de la rémunération est déclenché par une facture de la MSP précisant le nombre et l'identité des assurés MSA pris en charge ainsi que les dates de début et de fin de chacune des périodes de prise en charge.

➤ **Suivi et évaluation**

Le forfait FDP a fait l'objet d'une évaluation de sa faisabilité avec les professionnels de la MSP de Sancerre disponibles après une année et demi d'expérimentation.

Cette première phase de l'expérimentation a permis de constater que les indications retenues étaient peut-être un peu trop limitées. Les critères d'inclusion médicaux sont en cours de révision pour élargir à un plus grand nombre de situations pour lesquelles la prise en charge par un psychologue et/ou un diététicien font l'objet de recommandations de bonnes pratiques par la HAS. Il est, par exemple, envisagé d'élargir le forfait aux enfants et aux adultes en surpoids ou à des personnes atteintes d'un cancer en partenariat et en relais avec le réseau *Onco-Berry*, qui ne se déplace pas sur le Sancerrois. Il est également envisagé de supprimer le critère socioéconomique d'inclusion, qui est difficile à apprécier par les professionnels.

Les données quantitatives montrent que 19 personnes âgées de 29 à 72 ans ont été suivies. Dix prises en charge ont été réalisées par la diététicienne et 10 par la psychologue, dont une patiente commune. Les résultats sont particulièrement encourageants car, pour les patients assidus, les traitements médicamenteux ont diminué ou des examens médicaux ont été rendus inutiles.

L'évaluation qualitative réalisée met en évidence des résultats positifs quant à l'implication du psychologue au sein du dispositif intégré au sein de la MSP de Sancerre.

²⁰² Le montant du forfait a été calculé sur la base d'une prise en charge nécessitant 4 séances en moyenne : psychologue = 160 € x 10 patients = 1 600 € ; diététicien = 134 € x 10 patients = 1 340 € prenant en compte le bilan et de l'initialisation de la prise en charge ; double prise en charge psychologue et diététicien = 160 € x 5 patients = 800 € ; temps d'évaluation = 300 €.

La modalité de rémunération forfaitaire est perçue comme un élément positif permettant d'adapter le nombre et le contenu de chaque séance aux besoins du patient. La durée d'une séance de soins psychologique est très variable d'un patient à l'autre. Aussi, l'autogestion du forfait permet aux professionnels d'exercer leur expertise: nombre de séances, fréquence des séances.

Enfin, l'intégration du psychologue dans le cadre d'une activité pluriprofessionnelle (RCP médecins, psychologues, diététiciens) permet de renforcer l'équipe soignante et d'améliorer la coordination des soins.

Au total, cette phase de faisabilité met donc en évidence des effets positifs en termes de poids et de phénomènes pathologiques associés (douleurs articulaires, dépression associée), une facilitation de la prise en charge associée par le psychologue. Il semble avéré que la prise en charge financière améliore l'adhésion aux soins et diminue le recours aux soins inutiles.

Les résultats de l'étude ont permis d'adapter le modèle pour envisager un déploiement à d'autres MSP et une évaluation médico-économique plus robuste. Ces adaptations consistent notamment à supprimer le critère socioéconomique d'inclusion, à élargir les indications à l'ensemble des recommandations de la HAS et à verser une partie du forfait dès le début de l'action.

Le nouveau modèle est proposé à d'autres MSP pour l'année 2019, année transitoire destinée à ne pas casser la dynamique et à constituer un pool de MSP qui serviront de terrain expérimental pour une évaluation plus approfondie. L'idée est de se calquer sur le processus d'évaluation prévue par l'article 51. En revanche, l'expérimentation ne peut pas intégrer le dispositif article 51 car l'action n'est pas inter-régimes mais limitée aux bénéficiaires MSA. Une réflexion autour des SI et leur interopérabilité est en cours vis-à-vis de cette seconde étape. La conception de cette 2ème phase d'évaluation entraîne son report à l'année 2020.

En attendant une évaluation plus structurée, à concevoir dans le cadre d'un partenariat entre la MSA, une équipe de recherche et des professionnels de santé (portant sur les résultats de santé et en termes de consommation de soins) les critères d'évaluation se limitent à des critères de processus :

- Identification des bénéficiaires.
- Motifs des prescriptions : trouble ou affection pris en charge.
- Mode de prise en charge : diététicien, psychologue, les deux.
- Acceptation ou refus de la prise en charge.
- Nombre de séances (diététicien et psychologue).
- Modalité de fin de prise en charge par le forfait : fin de traitement, poursuite du traitement avec autre mode de rémunération ou avec un autre dispositif, lequel : complémentaire santé, FNASS, réseau de santé, secteur, autofinancement, autre (lequel).

A terme et après avis d'une équipe de recherche, l'évaluation pourrait inclure les critères suivants :

- Efficacité (résultats de santé) : nombre de jours d'arrêt de travail, satisfaction des bénéficiaires, amélioration de la qualité de vie, échelles d'évaluation plus spécifiques.
- Efficience : coût des arrêts de travail, consommation de soins, consommation de psychotropes (ex. : prise en charge des troubles du sommeil par thérapie cognitive et comportementale versus traitement par hypnotiques).
- Impact : contribution à l'attractivité ou au maintien du diététicien et du psychologue (dans le cadre de la relecture), modes de prise en charge associée ou relais (complémentaires santé, FNASS, réseau, secteur, autofinancement).

- Valeurs : Places du médecin généraliste, du diététicien et du psychologue, coopération interprofessionnelle, centrage sur les patients, proximité de l'offre, accessibilité financière, lutte contre les inégalités sociales de santé.

MONOGRAPHIE 5 : DISPOSITIFS DE SOINS PARTAGES (DSP)²⁰³

➤ Éléments de contexte

Deux dispositifs de soins partagés (DSP) en psychiatrie sont décrits dans la suite de cette annexe : le DSP du CH de Versailles et le DSP de Toulouse.

Le DSP du CH de Versailles, mis en place depuis 2001, répond à la problématique de la coordination entre la médecine générale et la psychiatrie. Une enquête réalisée par le Réseau de promotion pour la santé mentale 78 sud (RPSM 78) montrait que :

- 67 % des médecins généralistes étaient insatisfaits ou très insatisfaits de la collaboration avec les psychiatres, libéraux ou hospitaliers ;
- les médecins généralistes suivaient seuls une patientèle psychiatrique de typologie comparable à celle suivie par les psychiatres libéraux, donc sévère et 60 % des patients adressés à la psychiatrie l'étaient trop tardivement d'après les psychiatres qui les recevaient
- pour 81 % des patients adressés par un médecin généraliste à un psychiatre, aucun retour du psychiatre n'était apporté au médecin généraliste.

Le DSP de Toulouse²⁰⁴, qui répond à ces mêmes attentes et s'inspire du dispositif Versaillais, propose depuis 2017 et selon le même format des consultations d'avis et de suivi conjoints pour aider les médecins généralistes dans la prise en charge des troubles psychiques. L'objectif est de de lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins psychiatriques en améliorant la collaboration entre médecins généralistes (MG) et psychiatres, et la formation de l'omnipraticien en matière de troubles psychiques (« le dispositif est apprenant » avec transfert de compétence sans déposséder le MG de ses prérogatives cliniques puisqu'il continue à assurer la prise en charge de son patient après avis dans la moitié des cas) et en régulant la filière psychiatrique.

Enfin, plus récemment, depuis 2012 pour le DSP des Yvelines et depuis 2018 pour celui de Toulouse (avec le lancement de l'expérimentation de la CNAM portant sur les troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée), ces dispositifs proposent l'accès aux soins psychologiques par des professionnels libéraux.

➤ Objectifs

Ces dispositifs visent à améliorer l'accès aux soins spécialisés, la qualité globale des soins et la formation des médecins généralistes vis-à-vis de la santé mentale. Ils visent également à mieux coordonner et mieux articuler les soins de premiers recours (médecins libéraux) et les soins

²⁰³ Bulletin de l'U.R.P.S. de Midi-Pyrénées, Juin 2015, n° 10

²⁰⁴ La création du DSP, ouvert en novembre 2016, s'inscrit dans le cadre de la Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), vecteur de développement du projet territorial de santé mentale (PTSM), liant par conventionnellement URPS, ARS et CPAM de la région Occitanie. Mais la gestation globale du projet, de sa conception à sa mise en œuvre, a pris 4 à 5 ans (entre 2012 et 2016), sachant que la mobilisation la plus problématique a été celle de l'ARS.

spécialisés (psychiatres et psychologues libéraux, CMP, hôpitaux et urgences psychiatriques) tout en s'intégrant de façon cohérente avec l'offre de soins locale.

Le DSP de Toulouse est à l'initiative de l'Union régionale des professionnels de santé (URPS-ML Occitanie), en lien avec le CHU de Toulouse et le centre hospitalier G. Marchant et avec le soutien de l'ARS Midi-Pyrénées. Ce dispositif est financé par le FIR et par la facturation de consultations auprès de l'assurance maladie. Le budget de fonctionnement représente à peu près 300 000 € par an.

➤ Territoires concernés

Le DSP des Yvelines s'adresse à tous les médecins généralistes exerçant sur les secteurs de psychiatrie de la zone géographique « Yvelines Sud » soit un périmètre de 500 médecins généralistes dont la majorité sont impliqués.

Le DSP toulousain est un dispositif régional actuellement ouvert à l'agglomération toulousaine et ses environs.

➤ Populations ciblées et indications aux soins psychologiques

L'accès à ces dispositifs est réservé aux patients adultes (à partir de 15 ans), mais répond avant tout aux demandes du médecin généraliste pour la prise en charge d'un patient présentant des troubles psychiques. A Toulouse, les patients ayant un suivi psychiatrie en cours ou récent ne sont pas éligibles.

L'accès aux soins psychologiques repose par la suite sur la concertation entre le médecin généraliste et l'ensemble des professionnels du DSP pour définir un projet de soin personnalisé qui peut intégrer ces prestations.

➤ Parcours de soins et professionnels impliqués

Les équipes des deux DSP se composent de psychiatres, de psychologues et d'infirmiers. Le dispositif toulousain associe psychiatres hospitaliers et libéraux, représentés par l'URPS-ML Occitanie.

Les modalités de mise en œuvre pratique des DSP varient d'un dispositif à l'autre, mais elles répondent toutes aux règles suivantes :

- 1ère étape : l'adressage au DSP se fait par le médecin généraliste, par courrier et/ou par échange téléphonique. Les patients peuvent toutefois également solliciter d'eux-mêmes le dispositif des Yvelines Sud ;
- 2ème étape : un premier entretien infirmier (souvent téléphonique) est réalisé avec le patient. A la suite de ce premier contact, le médecin généraliste, référent de la prise en charge du patient, est contacté systématiquement afin d'affiner l'adressage et d'envisager la place qu'il souhaite prendre dans le projet de soins ;
- 3ème étape : une consultation est ensuite proposée au patient avec un psychiatre et/ou un psychologue. Une séquence thérapeutique de plusieurs consultations peut ensuite être initiée (évaluation, travail sur la demande du patient et de son entourage et élaboration d'un projet de soins partagés).

A la suite de cette 3ème étape, un projet de soins est ainsi élaboré avec le patient et son entourage et coordonné avec le médecin généraliste qui reste référent dans la prise en charge psychiatrique ou non :

- dans un premier cas de figure, le DSP reste un recours pour le médecin généraliste pour assurer le suivi du patient avec lui lors de moments d'aggravation du patient ou pour intervenir ponctuellement à sa demande;

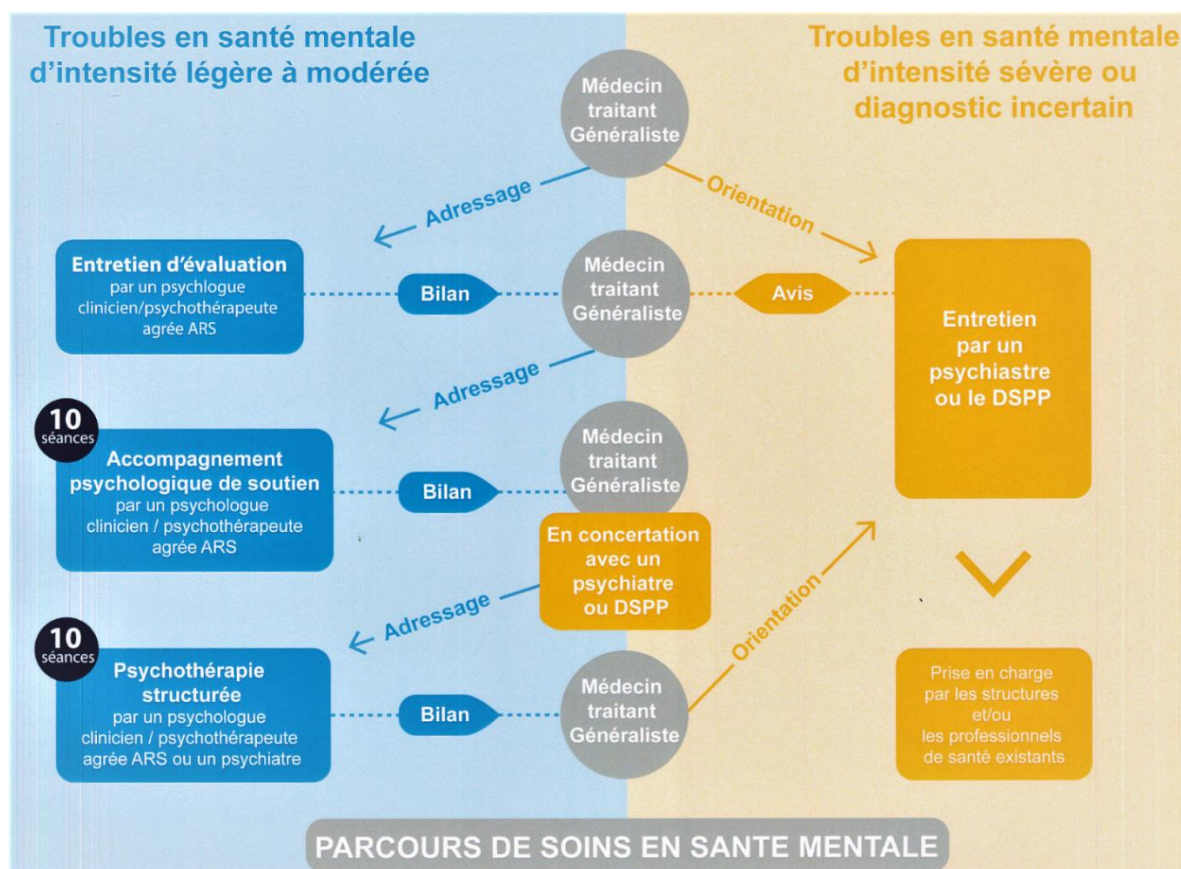
A la suite de cette 3^{ème} étape, un projet de soins est ainsi élaboré avec le patient et son entourage et coordonné avec le médecin généraliste qui reste référent dans la prise en charge psychiatrique ou non :

- dans un premier cas de figure, le DSP reste un recours pour le médecin généraliste pour assurer le suivi du patient avec lui lors de moments d'aggravation du patient ou pour intervenir ponctuellement à sa demande;
- dans les autres cas de figure le suivi psychiatrique est assuré par le système spécialisé, psychiatre libéral ou hospitalier, ou par un psychologue si seule une psychothérapie est proposée.

Le DSP de Toulouse bénéficie actuellement de l'expérimentation lancée par la CNAM d'une prise en charge des thérapies non médicamenteuses en médecine de ville pour les troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée (Schéma 13). A ce titre, il intervient plus particulièrement à deux niveaux, toujours en lien avec le médecin généraliste (cf. Monographie 1) :

- en amont pour identifier les patients éligibles à l'expérimentation (patients souffrants de troubles léger à modéré) et proposer des solutions d'adressage aux autres patients souffrants de troubles sévères ou dont le diagnostic est incertain en amont de la prise en charge ;
- en aval afin d'adresser les patients inclus dans l'expérimentation vers des soins psychologiques et notamment des psychothérapies structurées.

Schéma 13 : Rôle du DSP dans l'expérimentation de la CNAM – DSPP de Toulouse



Source : CPAM Haute-Garonne

➤ **Accès aux soins psychologiques**

Concernant le DSPP toulousain, l'accès à ces prestations repose sur les modalités définies par l'expérimentation de la CNAM (cf. Monographie 1).

Dans le DSP des Yvelines Sud, l'accès aux soins psychologiques est un dispositif dérogatoire, appelé dispositif Prestation Spécifique de Psychothérapie (PSP). L'orientation vers ces soins est assurée, au cas par cas, par une commission d'attribution constituée par l'ensemble des professionnels du DSP.

➤ **Statut et rôle du psychologue**

Dans le DSP des Yvelines, les psychologues libéraux qui souhaitent participer et dispenser des soins psychologiques doivent être des psychologues cliniciens. Ils doivent soumettre une candidature (diplôme, compétences et motivations) qui est soumise à l'approbation de la commission stratégique santé mentale du GHT Yvelines Sud. Ils signent par la suite une convention bipartite (avec la communauté psychiatrique de territoire du 78) pour être inscrit sur une liste de psychologues habilités à réaliser des prestations. Plusieurs soins sont envisageables, à l'appréciation du psychologue en lien avec le DSP : psychanalyse, thérapie familiale, thérapie EMDR²⁰⁵, thérapie TCC. Ils doivent également participer aux réunions de suivi pluriprofessionnel.

Pour le DSP toulousain, le statut et le rôle du psychologue reposent sur les modalités définies par l'expérimentation de la CNAM (cf. Monographie 1).

➤ **Soins psychologiques et tarification**

Dans le DSP des Yvelines, plusieurs prestations sont prises en charge. Une partie du coût de la prestation est prise en charge par l'assurance maladie et sur la base des forfaits suivants :

- forfait psychanalyse : acte à 40 euros à raison d'une à deux séances par semaine sur 42 semaines par an ;
- forfait thérapie familiale : acte à 100 euros par thérapeute à raison d'une séance par mois sur 10 mois par an avec 1 ou 2 thérapeutes par séances ;
- forfait EMDR : acte à 80 euros à raison d'une fois tous les 15 jours sur un maximum de 10 mois ;
- forfait TCC : acte à 50 euros à raison d'une séance par semaine sur un maximum de 42 semaines par an

Le patient qui signe un acte de consentement participe financièrement. Le déroulement des soins (fréquence, durées des séances) et la participation financière du patient à sa prise en charge psychologique sont déterminés par le psychologue. Néanmoins, la durée de prise en charge par l'assurance maladie est limitée à un an renouvelable une fois en accord avec le psychologue et après validation par la commission d'attribution du DSP. Une troisième année peut être envisagée dans le cas de situations complexes.

A Toulouse, les soins psychologiques dispensés et leur tarification reposent sur les modalités définies par l'expérimentation de la CNAM (cf. Monographie 1).

²⁰⁵ Thérapie EMDR ou « *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* », c'est-à-dire désensibilisation et retraitement par les mouvements oculaires.

➤ **Retour d'expérience**

Le DSP du CH de Versailles a fait l'objet d'une évaluation en 2014 :

- le nombre de médecins généralistes ayant utilisé le dispositif est de 453 soit la quasi-totalité des médecins du territoire depuis la création du DSP ;
- près de 45 % des patients ont nécessité 4 consultations ou plus ;
- le nombre d'actes effectués chaque année se situe aux alentours de 1400 ;
- le nombre d'adressages directs vers les soins spécialisés représente 5 % des demandes ;
- enfin, 84,6 % des patients et 92,3 % des médecins généralistes ont exprimé une satisfaction excellente ou très bonne et 15,4 % des patients et 7,7 % des médecins généralistes, une bonne satisfaction.

Ces résultats suggèrent la nécessité d'un tel dispositif qui répond à un besoin spécifique et correspond à une patientèle spécifique. Le dispositif se veut également apprenant pour les médecins généralistes participants. Initialement, le recours aux soins spécialisés pour le suivi psychiatrique était de 30 % des patients reçus (en 2014 pour des patients de typologie comparable il était de 70 %).

Concernant plus particulièrement l'accès aux soins psychologiques, 46 patients ont bénéficié de ces prestations, soit à peu près 26 % de la patientèle du DSP en 2017 (Tableau 9).

Tableau 9 : Recours aux soins psychologiques - DSP du CH de Versailles

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Nombre de patients traités	27	30	37	31	39	46
Nombre de séances réalisées	1 237	1 260	1 637	1 990	1 862	1 933
Nombre moyen de séances / patient	46	42	44	64	48	42
Nombre de psychologues	11	11	10	9	10	10

Source : *Mission, d'après données DSP CH Versailles*

L'évolution croissante du recours à ces prestations, + 70 % sur la période 2012 - 2017, est associée à une amélioration du niveau de satisfaction des patients suite à l'accès aux soins psychologiques²⁰⁶.

Dans le département de la Haute-Garonne, les premiers retours d'expériences sont très positifs et suggèrent que le DSP sur la région de Toulouse a à la fois facilité et potentialisé l'implémentation de l'expérimentation de la CNAM.

Il n'est à ce jour pas possible d'isoler ou de quantifier la contribution du DSP vis-à-vis de ces premiers succès mais au mois de juin 2019, 52 361 soins psychologiques ont été dispensés et remboursés en Haute Garonne :

- 7 475 EEP ont été réalisés par 270 psychologues cliniciens/psychothérapeutes agréés et prescrits par 1 160 médecins généralistes traitants différents ;
- 35 910 séances APS ont été dispensées (5 004 patients) ;
- 8 976 séances PSS ont été dispensées (1 361 patients).

²⁰⁶ Niveau de satisfaction mesurée au début et à la fin de la prise en charge par le psychologue à partir d'échelle de fonctionnement et portant sur 8 domaines : santé, travail ou études, vie sociale, vie familiale, vie affective ou sexuelle, autonomie, motivation et satisfaction globale de la vie

L'ensemble des résultats, qui concernent à la fois le DSP dans les Yvelines Sud et le DSPP toulousain montrent l'intérêt de cette offre de soins lorsqu'elle est adossée à un dispositif de prise en charge des soins psychologiques.

➤ **Bilan annuel 2018 du fonctionnement du DSPP:**

- Adressage obligatoire MG : 95 % des demandes initiales proviennent de fait des MG (pour mémoire, 30 % des files actives des MG sont potentiellement concernées, le MG étant par ailleurs à l'origine de 70 % des prescriptions d'antidépresseurs)
- 359 MG dans le dispositif (30 % total MG Haute-Garonne, 40 % MG région Toulousaine)
- 635 patients dont 15 % sont des primo-consultants et 19 % ont des idées suicidaires.
- 1,76 CS / patient, patient âgé de 43 ans en moyenne
- Délai moyen d'accès à la CS : 11 jours (délai adapté au tableau clinique)
- Externalités constatées : désengorgement des urgences et du CMP, levée du frein financier mais aussi culturel vis-à-vis de l'accès aux soins psychologiques ; permet aux différents acteurs de communiquer (MG/Psycho notamment)

➤ **Témoignages / constats/ questionnements des professionnels impliqués:**

- Départ un peu difficile. Il a fallu se présenter, mieux se connaître et s'acculturer les uns aux autres pour dépasser certains a priori et/ou articuler les pratiques de manière efficace
- Amélioration notable des liens entre MG et psychologues même s'il y avait déjà des pratiques d'adressage naturelles vers les psychologues (connus des PS ou des patients eux-mêmes) ;
- La DSPP est très appréciée des MG qu'il déleste et sécurise tout en les formant et en les accompagnant
- Le diagnostic psy établi par le MG n'est pas reconnu par l'AM ; mais le fait de passer par le DSPP renforce sa crédibilité aux yeux de l'AM quand il prescrit un arrêt de travail ou propose une reconversion professionnelle
- La traçabilité entre le MG/DSPP est un facilitateur et favorise aussi la communication et la coordination entre MG/Psychiatres ;
- Le tarif lié aux prestations psychologues oblige les MG à rationner l'accès à ces prestations à des publics particuliers (patients précaires notamment) ;
- Le protocole semble trop rigide pour les MG, notamment l'évaluation via des échelles;
- Les bonnes représentations du MG vis-à-vis des psychothérapies sont déterminantes pour créer une relation avec les psychologues
- Le psychiatre doit répondre à des avis ponctuels, assez chronophages. Mais cela décroïssonne aussi sa pratique en la resituant dans une perspective de parcours de soins et de santé publique
- Le nouveau parcours (DSPP et expérimentation CNAM) décharge le psychiatre d'une partie de sa patientèle notamment vis à des troubles légers à modérés ou épisodiques, ce qui tend à modifier les conditions d'exercice des psychiatres
- Le DSPP aide chacun des intervenants à trouver sa place. Il aide également l'expérimentation à se déployer

- L'ensemble des acteurs auditionné par la mission plébiscitent le dispositif et suggèrent l'élargissement du dispositif à d'autres publics et notamment aux plus jeunes (pédopsychiatrie) ;
- Les paramédicaux au sein du DSPP possèdent une formation pratique et théorique robuste à la santé mentale (secteur et urgences psy)
- Le DSPP a construit un réseau de psychologues pour créer un lien avec ces professionnels mais cela reste déclaratif, les compétences ne sont pas vérifiées.
- Le remboursement permet d'améliorer l'accès aux psychothérapies, ce qui lève le frein financier vis-à-vis de publics précaires
- Les interactions entre MG/Psy s'appuient sur les recommandations de la CNQSP

Commentaire de la mission

Si les dispositifs étudiés sont différents (adressage renforcé ou regroupement professionnel) et s'adressent à des populations ou des pathologies différentes, ils permettent de repenser les modalités de prise en charge des troubles psychiques en les recentrant sur les soins de premiers recours. Cet impératif de recentrage sur ces soins qui associent psychologues et soins psychologiques, est un objectif partagé par l'ensemble des dispositifs pour améliorer la prévention, la détection et l'évolution des troubles psychiques dans une approche de santé publique à la fois pluridisciplinaire et mieux coordonnée au sein d'un territoire.

Si les premiers retours d'expérience sont positifs, ils doivent être confirmés par le biais d'une évaluation objective qui permettra le cas échéant d'envisager la pérennisation de l'accès à ces prestations.

A travers le développement de ces pratiques collaboratives, l'idée est aussi de passer de la compétition à la coopération entre professionnels de santé libéraux. On améliore la qualité des demandes, l'accès aux consultations.

ANNEXE N° 5: EXPÉRIENCES INTERNATIONALES RELATIVES A L'ACCÈS AUX SOINS PSYCHOLOGIQUES

De nombreux pays industrialisés ont développé des politiques d'accès aux soins psychologiques remboursés parmi lesquels l'Allemagne, l'Angleterre, l'Australie, les Pays-Bas, le Danemark et la Suisse²⁰⁷. Une synthèse de principales modalités appliquées pour la prise en charge de ces prestations est présentée dans cette annexe.

Le dispositif anglais (*Improving Access to Psychological Therapie, IAPT*), qui a inspiré l'expérimentation de la CNAM pour la prise en charge des thérapies non médicamenteuses a fait l'objet d'une étude approfondie en seconde partie d'annexe (avant focus sur les dispositifs australien et belge).

Plus récemment, en 2019, la Belgique a également mis en place et de façon pérenne, un dispositif d'accès aux soins psychologiques et orthopédagogiques de 1^{ère} ligne. Ce programme, qui fait également l'objet d'un focus dans la suite de cette annexe, a été présenté à la mission dans les locaux du service fédéral Santé publique (SPF) par Bernard Jacob (chef de projet et coordinateur fédéral des réformes des soins en santé mentale) en lien avec son équipe (Sarah MORSINK et Morgane STEFFEN), Koen DERAEDT (représentant de l'Institut national assurance maladie-invalidité, INAMI), Nady VAN BROECK (professeur en psychologie clinique, présidente du conseil fédéral en santé mentale) et Paul De BOCK, conseiller général, service des soins de santé psychosociaux.

Les comparaisons internationales montrent que les dispositifs d'accès à ces prestations remboursées varient très largement d'un pays à l'autre, et ces différences portent sur plusieurs modalités (cf. tableau 10) :

- l'accès aux soins psychologiques ;
- le statut et le rôle du psychologue ;
- les soins dispensés et la tarification.

➤ **Accès aux soins remboursés**

A l'exception du dispositif anglais, aucun pays ne propose un accès direct aux soins psychologiques remboursés. Ceux-ci sont généralement prescrits par des intervenants de première ligne, que les patients peuvent librement consulter.

En Allemagne, la première consultation peut se faire en accès direct, mais une attestation du médecin généraliste est exigée au-delà de 5 à 8 séances.

Via le programme *Improving Access to Psychological Therapie (IAPT)*, l'Angleterre autorise l'accès direct à certains spécialistes de la santé mentale. Le but est de lever le frein que semblait constituer

²⁰⁷ Dezetter A. Analyses épidémiologiques et socioéconomiques de la situation des psychothérapies en France, en vue de propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies 2012 ; Kohn et al. Rapport KCE - *Model for the organization and reimbursement of psychological and orthopedagogical care in Belgium. 2016* ; Fansi et al. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec). Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie, 2015.

l'obligation de passer par un médecin généraliste pour une partie de la population, et plus particulièrement pour les minorités ethniques ou les patients souffrant de certaines pathologies spécifiques (post-traumatiques, phobies sociales).

Plusieurs pays conditionnent le remboursement à des diagnostics précis : aux Pays-Bas, en Allemagne, en Suisse et en Australie, cette sélection se fait sur la base d'une liste de diagnostics du DSM²⁰⁸ ou de la CIM²⁰⁹. En Angleterre, il n'y a pas de liste restrictive d'indications, mais le NICE²¹⁰ se base, pour définir les indications donnant accès aux soins, sur des recommandations qu'il a lui-même développées pour les troubles psychologiques les plus communs. Le Danemark a choisi une approche assez différente : l'accès aux soins psychologiques se fait sur base d'une liste limitative associant des diagnostics et des contextes de survenue (avoir été victime d'un viol, d'un cambriolage, etc.).

➤ **Statut et rôle du psychologue**

Les professionnels habilités sont très différents selon les pays. Dans la majorité des cas, les psychologues et psychothérapeutes disposent d'un agrément pour délivrer ces soins remboursés. En revanche, les conditions d'accès et d'exercice associées à ces professions varient énormément d'un pays à l'autre. A titre d'exemple, les psychologues cliniciens anglais disposent d'un doctorat alors qu'ils s'arrêtent au grade de master en Belgique. Ensuite, si tous les pays analysés ont réglementé l'accès aux professions médicales (médecins et psychiatres notamment), ce n'est pas forcément le cas des autres professions intervenant dans le champ de la santé mentale. Les Pays-Bas, l'Allemagne et la Suisse ont une réglementation à la fois sur les psychologues et les psychothérapeutes. L'Angleterre et le Danemark ne réglementent que les psychologues, mais pas les psychothérapeutes.

➤ **Soins psychologiques et tarification**

Les soins psychologiques dispensés par les psychologues varient d'un pays à l'autre. Les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) sont très utilisées mais les comparaisons internationales suggèrent deux types d'approches.

1. Une approche restrictive où les thérapies à mettre en œuvre répondent à une liste limitative d'interventions recommandées par les sociétés savantes dites « *Evidence based* » (Angleterre, Australie Pays-Bas).

En Allemagne, trois types de thérapies sont reconnues : la psychothérapie analytique, la psychothérapie psychodynamique et la thérapie comportementale. Dans ces pays, ces listes restent évolutives.

En Angleterre, les premières recommandations du NICE renaient uniquement les TCC pour le traitement de la dépression et des troubles anxieux. Pour satisfaire à cette exigence, le NHS a dû former des milliers de professionnels à ce type de thérapie (IAPT). Par la suite, le NICE s'est ouvert à d'autres thérapies et le dispositif IAPT s'est adapté en proposant une palette plus élargie de formations. Par exemple, un certain nombre d'interventions de faible intensité sont proposées en alternative aux classiques entretiens face à face de la TCC, ce qui permet de réduire le temps de contact du praticien avec le patient. A noter également que la construction de ces listes peut être

²⁰⁸ DSM (Diagnostic and Statistical Manual) : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux élaboré par l'American Psychiatric Association qui décrit et classe les troubles mentaux.

²⁰⁹ CIM (Classification Internationale des Maladies) : idem DSM mais non spécifique aux troubles mentaux et publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

²¹⁰ NICE (National Institute for Health and Care Excellence) : agence de santé du Royaume-Uni

influencée par des objectifs de santé publique. Aux Pays –Bas, des approches préventives ont été remboursées pour les personnes sujettes à la dépression, à l’usage problématique d’alcool ou aux troubles paniques.

2. Une approche non restrictive où l’agrément du prestataire est la condition nécessaire et suffisante, qui dispose ensuite d’une totale liberté quant aux thérapies dispensées (Danemark, Suisse et Belgique).

Cette approche est intéressante, toutefois dans ces pays, comme le remboursement ne porte que sur un nombre limité de séances, certains thérapies « courtes » sont favorisées (comme les TCC) aux dépens de thérapies plus longues (comme la psychanalyse).

A l’exception de l’Allemagne et la Suisse, le nombre maximum de séances remboursées est généralement limité dans les pays. Ce nombre se situe en moyenne entre 8 et 48 séances de 45 à 60 minutes. Le nombre de séances varie ensuite au cas par cas selon la pathologie et sa gravité (ou l’indication) et la thérapie utilisée.

Le remboursement peut ensuite être intégral et sans reste charge pour le patient (Allemagne, Angleterre et Suisse). A l’inverse, il peut être partiel avec un reste à charge pour le patient : Australie (reste à charge jusqu’à 15 %), Danemark (reste à charge de 40 %) et Pays-Bas (reste à charge de 20 euros). Il est néanmoins envisageable que ce reste à charge soit pris en charge, partiellement ou intégralement, par un système d’assurance maladie complémentaire ou par des aides sociales (comme cela est le cas en Australie).

➤ **Professionnels autorisés à délivrer les soins**

Les statuts des professionnels habilités à délivrer des soins psychiques sont très différents selon les pays. Dans la majorité des cas, les psychiatres, psychologues et psychothérapeutes disposent d’un agrément pour délivrer ces soins. Il est néanmoins difficile de comparer ces différences car l’accès à ces professions varie énormément d’un pays à l’autre.

Concernant plus particulièrement la psychothérapie, ces variations ne s’expliquent par uniquement par des différences structurelles liées à l’offre (système de santé du pays) ou la demande de soins (épidémiologie et problèmes de santé liés au pays) mais également par des influences culturelles très fortes et très différentes entre ces pays.

Si tous les pays passés en revue ont réglementé l’accès aux professions médicales (médecins et psychiatres notamment), ce n’est pas forcément le cas des autres professions intervenants dans le champ de la santé mentale.

Les Pays-Bas, l’Allemagne et la Suisse ont une réglementation qui cadre à la fois l’activité des psychologues et celle des psychothérapeutes. L’Angleterre et le Danemark ne réglementent que les psychologues, mais pas les psychothérapeutes.

Lorsqu’il existe une reconnaissance de la pratique de la psychothérapie, les praticiens qui ne remplissent pas les conditions légales enfreignent la loi.

Tableau 10 : Synthèse des expériences internationales

	Allemagne	Angleterre	Australie	Danemark	Pays-Bas	Suisse	Belgique
Accès au remboursement	Accès direct (mais prescription médicale obligatoire au-delà de 5 à 8 séances)	Accès direct Prescription médicale facultative	Prescription médicale obligatoire	Prescription médicale obligatoire	Prescription médicale obligatoire	Prescription médicale obligatoire	Prescription médicale obligatoire
Indications	Liste limitative : CIM-10 : troubles mentaux et du comportement	Liste limitative : Recommandations NICE	Liste limitative : CIM-10 : troubles mentaux et du comportement	Liste limitative	Liste limitative : DSM IV/V : troubles mentaux	Liste limitative : CIM-10 : troubles mentaux et du comportement	Liste limitative : troubles dépressifs, anxieux, liés à la consommation d'alcool
Types de psychothérapies pris en charge (non exhaustif)	Thérapies cognitivo-comportementale (TCC) Psychanalyse	Thérapies cognitivo-comportementale (TCC) et interpersonnelles (TIP)	Thérapies cognitivo-comportementale (TCC) et interpersonnelles (TIP)	Pas de restriction	Thérapies cognitivo-comportementale (TCC), interpersonnelles (TIP), et psychodynamiques	Pas de restriction	Pas de restriction
Nombre de séances remboursées	Pas de restriction (mais régulation médicale au-delà de 5 à 8 séances)	Jusqu'à 20 séances d'une heure selon l'indication et la gravité	10 séances individuelles par an et 10 séances en groupe (avec possible prolongation à 16)	12 à 48 séances de 45 à 60 minutes	Jusqu'à 13 séances d'une heure selon la gravité	Pas de restriction (mais régulation médicale au-delà de 40 séances)	Jusqu'à 8 séances de 60 à 45 minutes
Taux de remboursement et tarifs	Remboursement intégral sur une base de 77 € par séance	Remboursement intégral sur une base de 31 à 66 € par séance (selon la thérapie et le professionnel)	Remboursement de 85 à 100 % (mais il existe un programme de prise en charge du reste à charge) et tarifs variables (selon la durée de la séance)	Remboursement jusqu'à 60 %	Remboursement partiel avec un reste à charge de 20 € par séance	Remboursement intégral de 90 minutes (séances individuelles) à 105 minutes (séances en groupe)	Remboursement partiel avec un reste à charge allant de 4 à 11 euros.
Professionnels autorisés à délivrer la psychothérapie (non exhaustif)	Psychiatre Médecin généraliste Psychologue	Psychologue clinicien Psychothérapeute Autres (travailleur social...)	Médecin généraliste Psychologue Autres (travailleur social, ergothérapeute)	Psychiatre Psychologue	Psychologue clinicien Psychothérapeute Autres (éducateur, sexologue...)	Psychiatre Psychothérapeute (ss responsabilité médicale)	Psychologues / orthopédagogues cliniciens

Source : *Mission*

LE DISPOSITIF *IMPROVING ACCESS TO PSYCHOLOGICAL THERAPIE (IAPT)* EN ANGLETERRE²¹¹

➤ **Éléments de contexte**

L'Angleterre a mis en place au niveau national, un accès aux psychothérapies à travers le programme *Improving Access for Psychological Therapies (IAPT)*, financé par le *National Health Service (NHS)*. Il a été déployé à l'échelle nationale en 2008, après avoir obtenu des résultats favorables dans le cadre de deux projets pilotes réalisés en 2006-2007.

L'objectif de ce programme était de promouvoir la psychothérapie auprès des patients souffrant de troubles dépressifs et anxieux, de leur en faciliter l'accès et réduire leur consommation de psychotropes. Il s'agissait par ailleurs, de réduire la dépense associée à la prise en charge de ces troubles en réduisant les coûts indirects pour la société (liés à la productivité et l'incapacité) dus à ces pathologies. Le programme qui s'adressait initialement aux adultes de plus de 15 ans souffrant de troubles dépressifs ou de troubles anxieux, s'est déployé progressivement vers d'autres populations (personnes en recherche d'emploi, enfants de moins de 15 ans...).

Ce programme répondait à un besoin de santé publique en Angleterre. De nombreux rapports ont révélé que les anglais souffrant de ces maladies présentaient, d'une part une consommation de psychotropes élevée et d'autre part, une absence d'alternative à ces prescriptions médicamenteuses, soulignant donc un problème lié à l'offre de soins en santé mentale.

Avant la mise en place du programme, dès 2005, le *National Institute for Health and Care Excellence (NICE)* a formulé des recommandations de bonnes pratiques sur l'utilisation et le positionnement des différentes psychothérapies dans la prise en charge des troubles psychiques. Par la suite, le NHS a sollicité l'équipe du Pr Richard Layard pour modéliser l'impact médico-économique d'une politique de couverture et de remboursement des traitements psychothérapies (annexe 3). Les résultats de ces travaux ont montré un impact positif motivant ainsi le lancement du programme en 2007.

➤ **Présentation générale du dispositif**

Le modèle IAPT repose sur une approche graduée des soins ou « *stepped care* », qui est recommandée par le NICE (cf. tableau 11). Ce modèle comporte 5 niveaux de soins débutant par l'identification du trouble psychique par les professionnels de premier recours (omnipraticiens et infirmières). La progression du patient d'une étape à l'autre repose sur l'évaluation de la typologie et de l'intensité du trouble et son évolution au regard des traitements antérieurs.

²¹¹ Analyses épidémiologiques et socioéconomiques de la situation des psychothérapies en France, en vue de propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies 2012, Dezetter A.; Rapport KCE - *Model for the organization and reimbursement of psychological and orthopedagogical care in Belgium. 2016, Kohn et al.* ; Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (Québec). Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie, 2015, Fansi et al.

Tableau 11 : Modèle IAPT reposant sur une approche graduée des soins – Angleterre

Step	Indications	Intervention recommandée	Professionnels
STEP 1 : Soins primaires IAPT	Identification du trouble psychique	Evaluation et surveillance (aucune intervention)	Médecin généraliste, infirmière
STEP 2 : Soins IAPT de faible intensité	Dépression légère à modérée	Thérapie comportementale et cognitive (TCC) par ordinateur, auto-assistance, activation comportementale et activités physiques	<i>Psychological Well-being Practitioner (PWWPs)</i>
	Trouble panique léger à modéré	TCC par ordinateur, auto-assistance	
	Trouble d'anxiété généralisée léger à modéré	TCC par ordinateur, auto-assistance et psychoéducation	
	Trouble obsessionnel compulsif léger à modéré	Auto-assistance	
STEP 3 : Soins IAPT de haute intensité	Dépression légère, modérée et sévère	TCC, thérapie interpersonnelle (TIP) et activation comportementale	Thérapeutes TCC, psychologues cliniciens, conseillers, infirmières, ergothérapeutes, travailleurs sociaux diplômés en santé mentale et psychothérapeutes
	Dépression légère à modérée	Counseling et thérapie de couple pour dépression	
	Phobie sociale	TCC	
	Trouble panique	TCC	
	Anxiété généralisée légère à modérée	TCC	
	Phobie sociale	TCC	
	Stress post-traumatique	TCC, désensibilisation et reprogrammation par des mouvements oculaires (EMDR, <i>eye movement desensitization reprocessing</i>)	
	Trouble obsessionnel compulsif	TCC	

Source : CNAM

Si le niveau 3 correspond à des troubles sévères nécessitant des soins spécialisés et des soins hospitaliers, les niveaux 1 et 2 correspondent à la prise en charge de troubles psychiques courants et d'intensité légère à modérée pour lesquels l'accès aux psychothérapies est indiqué. Ces soins sont dispensés par différents professionnels encadrés par des médecins et travaillant dans des centres de soins primaires (cliniques ambulatoires en milieu hospitalier et centres de santé spécialisés en santé mentale).

Les soins IAPT de faible intensité (Step 2) sont dispensés par des *Psychological Well-being Practitioner*, décrits comme des professionnels de l'accompagnement à l'autogestion. Pour exercer au sein du dispositif, ils doivent suivre d'une formation pratique supervisée de 20 jours en milieu de travail en plus d'une formation théorique de 45 jours.

Les soins IAPT de haute intensité (Step 3) sont prodigués par différents professionnels (pouvant notamment inclure des psychologues cliniciens). Ils doivent attester d'une formation universitaire en psychologie clinique, travail social, soins infirmiers ou ergothérapie ainsi que d'une formation spécifique aux TCC comprenant une formation universitaire de 12 mois comportant deux jours de cours théoriques et trois jours de pratique supervisée en milieu clinique par semaine permettant d'obtenir une accréditation par le *United Kingdom Council for Psychotherapy*.

Enfin, les soins de niveau 4 ou 5 correspondent à de troubles psychiatriques sévères et aigus nécessitant des soins spécialisés (psychiatre) et des soins hospitaliers.

Pour mettre en œuvre le dispositif, plus de 6 000 professionnels qualifiés ont été formés sur une période de six ans (2008 - 2015), dont à peu près 40 % pour les soins de faible intensité et 60 % pour les soins de haute intensité. Au terme de cette période, le programme était implanté dans 142 des 150 (95 %) centres de soins primaires.

➤ **Population ciblée et indications aux soins psychologiques**

Le dispositif cible les patients de 15 ans et plus et souffrants de troubles psychiques légers modérés et sévères. Il a été conçu pour répondre à la demande de 1 179 328 personnes (soit 22,2 % de la population).

➤ **Accès aux soins psychologiques**

Les soins psychologiques proposés dans le cadre du dispositif IAPT sont accessibles après adressage médical par le médecin traitant mais ils sont également accessibles directement dans les centres participants.

➤ **Statut et rôle du psychologue**

Les psychologues interviennent dans la dispensation des soins de haute intensité. Il s'agit principalement de psychologues cliniciens. En Angleterre, les psychologues cliniciens ont terminé trois années d'études de troisième cycle en psychologie clinique, conduisant à un doctorat en psychologie clinique (*DClinPsych*). Celui-ci comporte à la fois des éléments cliniques et de recherche et permet à ses titulaires d'exercer en tant que psychologues cliniciens au sein du *National Health Service*. Dans le cadre du dispositif ils doivent également compléter leur formation pour obtenir un agrément.

➤ **Soins psychologiques et tarification**

Plusieurs types d'interventions sont prises en charge dans le cadre du dispositif. Elles varient en fonction de l'indication retenue (cf. tableau 11).

Ces prestations sont couvertes par le NHS, sans reste à charge et sans avance de frais à fournir pour les patients, qui peuvent bénéficier de plusieurs séances par an.

Le NICE recommande de 1 à 8 séances individuelles (4 en moyenne) pour les interventions de faible intensité, et de 8 à 20 séances individuelles (12 en moyenne sur 6 mois) pour celles de haute intensité.

Les coûts estimés d'une thérapie par patient varient selon l'intensité des soins délivrés (et donc l'intervenant sollicité) :

- pour les soins de faible intensité, une psychothérapie coûte £ 136 (155 €) pour le suivi de 4 à 5 séances, soit entre 31 € et 38 € / séance ;
- pour les soins de haute intensité, le coût d'une psychothérapie s'élève à £ 754 (858 €) pour une moyenne de 13 séances, soit à peu près 66 € / séance.

Ces soins sont entièrement couverts financièrement par le NHS et les coûts estimés intègrent les frais organisationnels (salaire du thérapeute, charges incluses, frais d'administration et de structure).

➤ **Evaluation du dispositif**

Les données de 2015-2016 indiquent que le programme IAPT a offert des soins psychologiques à plus d'un million de personnes soit à peu près 2,2 % de la population âgée de 15 ans et plus.

Sur cette même période, 82 % des personnes ont commencé leur traitement dans un délai de moins de six semaines et 96 % avant 18 semaines, comparativement à un délai de 18 mois avant l'implantation du programme. Le délai moyen d'attente était de 30 jours.

Les femmes comptent pour 64 % des personnes ayant bénéficié du programme (et les hommes, pour 36 %). Les troubles anxieux (41 %) et les troubles dépressifs (21 %) représentent la majorité des prises en charge.

Au sein de la population, 57 % ont reçu des soins de hautes intensité et 43 % des soins de faible intensité. Pour les soins de haute intensité, les TCC (57 %) et le counseling (23 %) sont les interventions les plus fréquemment utilisées. Et pour les soins de basse intensité, l'auto-assistance seule ou guidée par un conseiller *PWPs* à l'aide d'un livre ou autre matériel écrit, est de loin l'intervention de faible intensité la plus fréquemment dispensée (44 %).

En pratique, le nombre de séances de soins de haute intensité (incluant la psychothérapie) reçues s'avèrent en deçà de la moyenne ciblée par les recommandations du NICE, et se situe en moyenne entre 2,7 (soutien à l'emploi) et 8,9 (psychothérapie interpersonnelle) pour les troubles dépressifs et entre 2,8 (soutien à l'emploi) et 8,6 (psychothérapie interpersonnelle) pour les troubles anxieux. A l'inverse, le nombre de séances de soins de faible intensité dispensées tend à être supérieur à la moyenne ciblée et se situe en moyenne entre 2,8 (bibliothérapie) et 4,8 (soutien d'éducation psychologique par les pairs) pour les troubles dépressifs et entre 3 (bibliothérapie) et 5,3 (programme d'activités structurées) pour les troubles anxieux.

Les résultats pour la période 2015-2016 indiquent que 62 % des patients ayant bénéficié du dispositif et ayant terminé leur traitement dans l'année ont présenté une amélioration significative aux mesures d'anxiété ou de dépression ainsi qu'aux mesures de fonctionnement global.

Le taux de rémission est comparable pour les hommes et les femmes, mais il tend à augmenter avec l'âge, variant de 40 % chez les 16-17 ans à 60 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Le taux de rémission varie de 35 % pour les milieux plus défavorisés à 45 % pour les milieux plus favorisés. Les taux de rémission rapportés pour les personnes présentant une condition de comorbidité physique sont similaires à ceux des personnes qui en sont exemptes (43 % contre 46 %), alors que le taux rapporté pour le personnel de l'armée est légèrement supérieur (49 % contre 46 %).

Les taux de rémission atteints sont similaires pour les troubles dépressifs (47 %) et les troubles anxieux (49 %). Ces taux varient cependant en fonction du type d'intervention de faible et de haute intensité dispensée. Pour les soins de haute intensité, des taux de rémission de 53 % à 59 % ont été enregistrés pour les troubles dépressifs traités avec les thérapies de pleine conscience, TIP et EMDR,

ainsi qu'avec la thérapie de couple. Pour les troubles d'anxiété, des taux de rémission de 50 % ont été obtenus pour les cas traités avec les thérapies psychodynamiques brèves, EMDR et de pleine conscience.

Les TCC, thérapies les plus consommées sur la période de l'étude, obtiennent respectivement pour les troubles dépressifs et anxieux, un taux de rémission de 46 % et 49 %.

Au total, le gouvernement anglais aurait investi 300£ lors de la mise en place du programme IAPT puis injecté 400£ supplémentaires en 2011 (principalement pour la formation du personnel qualifié). En revanche, la seule évaluation médico-économique du NHS a été publiée en 2011 et est basée sur les données des deux premiers sites pilotes. Elle indiquait qu'un investissement d'une livre sterling dans le programme IAPT engendrait une économie de 1,75£.

LES DISPOSITIFS ATAPS²¹² ET BETTER ACCESS EN AUSTRALIE

➤ Dispositif ATAPS

Mis en place en 2003, le programme ATAPS (Access to Allied Psychological Services) est un programme de santé mentale mis en œuvre et financé à hauteur de 23 millions € par an par les services du ministère de la santé australien, conçu pour traiter les personnes atteintes de troubles mentaux courants (anxiété et dépression) ayant des difficultés à accéder aux services de santé mentale (manque de services dans certaines zones, faibles ressources /insolvabilité).

Outre mieux informer et sensibiliser aux troubles psychologiques, son objectif est de mettre en place un réseau de soins primaires en santé mental qui doit permettre d'informer, de prévenir, de détecter, d'orienter et de proposer des soins de manière coordonnée aux personnes présentant des troubles psychiques légers à modérés.

En pratique, il permet à un large spectre de professionnels de la santé (médecins généralistes, services d'urgence, infirmières) et du champ social (travailleurs sociaux, directeurs d'école) de repérer et d'orienter vers une prise en charge adaptée des personnes présentant un trouble mental léger à modéré. Cette prise en charge de courte durée peut notamment être assurée par des psychologues, des travailleurs sociaux, des ergothérapeutes, des agents de santé mentale et des agents de santé possédant des qualifications en santé mentale.

Les bénéficiaires sont éligibles pour un maximum de 12 sessions individuelles par an financées par le programme par année civile (6 sessions initiales avec possibilité de 6 sessions supplémentaires à la suite d'un examen de la santé mentale par le professionnel référant). De manière exceptionnelle, 6 sessions supplémentaires peuvent être proposées (portant à 18 le nombre total de session par an).

Parallèlement à ces séances individuelles, les bénéficiaires du programme peuvent aussi participer à des thérapies de groupe (de 6 à 10 patients) jusqu'à 12 fois par an.

Les patients peuvent être amenés à contribuer financièrement au programme (notamment pour certains services du programme (« % de l'ensemble des personnes suivies, à hauteur de 15\$ par séance). Le 1er juillet 2016, le financement du programme a été transféré du ministère de la santé aux réseaux de santé primaire.

Entre 2003 et 2009, 600 000 personnes (adressées par plus de 10 000 médecins généralistes) ont été prises en charge par le programme (dont 68 % avaient de faibles niveaux de revenus) avec une issue considérée comme favorable (amélioration de l'état psychique sans plus de précision) chez 86 % des personnes²¹³.

Entre 2010 et 2015, le nombre de patients adressés a augmenté de 49 % et le nombre de sessions ATAPS dispensées de 55,3 %. De 2015 à 2016, il y a eu une légère augmentation du nombre d'orientations (6,3 %) et de patients admis (1,9 %), mais une diminution du nombre de sessions réservées (8,2 %) et assistées (9,1 %).

Entre 2015 et 2016, on recense 91,798 orientations dont 79 % ont abouti à un suivi. 94,6 % des personnes étaient adressées par leur médecin traitant. La durée moyenne des séances était comprise entre 46 et 60 minutes. 81,7 % des séances était de type individuel, en face à face.

²¹² www.bulletpoint.com.au > access-to-allied-psychological-services

²¹³ <https://www1.health.gov.au/internet/publications/publishing.nsf>

La moitié des personnes incluses avaient entre 25 et 54 ans, et 37,2 % moins de 25 ans. 63,7 % étaient des femmes (avant 15 ans, les hommes sont majoritaires, au-delà, ce sont toujours les femmes). 44 % avaient déjà reçu des soins psychiques.

Le trouble psychique le plus fréquent était la dépression (44,7 %), suivi par les troubles anxieux (38,9 %), et, loin derrière, les problèmes d'alcool et de drogues (3,9 %), et les troubles psychotiques.

➤ **Better Access initiative**

En Novembre 2006, parallèlement au programme ATAPS, fut introduit Better Access (*Better Access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners through the Medicare Benefits Schedule initiative*), une action plus ciblée pour améliorer l'accès aux soins psychiques.

Dans le cadre de ce programme, des psychiatres, des omnipraticiens et des psychologues ainsi que des travailleurs sociaux et des ergothérapeutes formés de manière appropriée proposent des interventions rémunérées à l'acte et subventionnées par Medicare, l'équivalent de la Sécurité sociale française. En offrant un accès à des thérapies psychologiques à court terme, ce service s'inspire du programme ATAPS à la différence que ce dernier s'appuie sur des prestataires privés.

D'après le site gouvernemental qui en fait la promotion, Better Access a significativement augmenté l'accès aux soins psychiques en Australie puisqu'en l'espace de 3 ans, Medicare a remboursé 11,2 millions d'actes de soins à environ 2 million de personnes.

Au 31 décembre 2009, 24 000 généralistes, 1 700 psychiatres et 16 450 professionnels « auxiliaires » de santé mentale étaient inscrits auprès de Medicare pour contribuer à un accès amélioré.

LE DISPOSITIF DE SOINS PSYCHOLOGIQUES ET ORTHOPEDAGOGIQUES DE PREMIERE LIGNE EN BELGIQUE²¹⁴

➤ Éléments de contexte

En 2008, l'OMS publie dans son rapport « *Policies and Practices for Mental Health in Europe - Meeting the Challenges* » un état des lieux concernant la prise en charge des maladies psychiatriques en Europe. La Belgique qui dispose de 152 lits psychiatriques (pour 100 000 habitants) semble avoir une offre trop centrée sur l'hôpital²¹⁵. Pour répondre à cette problématique, le pays met alors en place la réforme 107 qui prévoit de transférer le budget des hôpitaux vers des réseaux de soins de santé primaires en santé mentale (cf. encadré 10).

Encadré 10 : Le réforme 107 des soins en santé mentale pour adultes - Belgique

En septembre 2009, la conférence interministérielle (CIM) Santé publique prévoit la mise en œuvre de l'article 107 de la loi concernant les hôpitaux et les institutions de soins.

Cette article ou réforme 107 des soins en santé mentale pour adultes permet de transférer une partie des moyens (financiers, humains...) existants au sein des hôpitaux vers la création de réseaux de soins et de désinstitutionnaliser la prise en charge des soins psychiques. L'objectif final est de permettre au patient d'être pris en charge dans son milieu de vie, et d'assurer la continuité des soins prodigués.

Plusieurs réseaux 107 ont été mis en place et tous s'articulent autour de 5 fonctions :

- Fonction 1 : prévention, promotion des soins, détection précoce, dépistage et établissement diagnostic ;
- Fonction 2 :
 - o a) équipes mobiles ou ambulatoires de traitement intensif, pour les situations de crise ;
 - o b) équipes mobiles ou ambulatoires pour les personnes qui nécessitent des suivis de longue durée ;
- Fonction 3 : équipes de réhabilitation, réinsertion et inclusion socio-professionnelle ;
- Fonction 4 : unités intensives de traitement résidentiel, lorsqu'une hospitalisation s'avère indispensable ;
- Fonction 5 : formules résidentielles spécifiques permettant l'offre de soins lorsque l'organisation des soins nécessaires à domicile ou en milieu substitutif du domicile est impossible.

Depuis 2008, cette réforme a permis de mettre en œuvre de nombreuses initiatives pour la prise en charge et l'accompagnement des personnes présentant des troubles sévères. En revanche, d'autres besoins restent insuffisamment couverts. Pour la prise en charge des troubles modérément graves, qui constituent la plus grande partie de la demande, la réponse apportée est rapidement saturée, les délais d'attente sont importants (surtout dans les structures de droit commun) et les alternatives sont parfois coûteuses (notamment la psychothérapie qui n'est pas remboursé) et pas toujours pertinentes. En Belgique, le recours à la prescription d'antidépresseurs reste significativement plus élevée que la moyenne européenne²¹⁶ alors que le « *Belgian Health Care Knowledge Centre* » ou KCE

²¹⁴ La réforme des soins en santé mentale en Belgique : exposé d'un modèle, L'information psychiatrique, B. Jacob, 2016.

²¹⁵ Dans tous les pays européens, seule Malte dispose d'un ratio plus élevé avec plus de 180 lits / 100 000 habitants en 2018

²¹⁶ 71,0 doses journalières/1000 hab. en Belgique contre 64,6 pour la moyenne européenne

considère qu'une approche psychothérapeutique est au moins aussi efficace et plus durable que l'approche pharmacologique pour certains troubles psychiques.

En décembre 2011, un projet pilote de « psychologie de première ligne » (*Eerste Lijns Psychologische Functie* – ELPF) est lancé par le gouvernement flamand dans 7 villes (cf. encadré 11).

Au total, la satisfaction des professionnels et des patients vis-à-vis de ces expérimentations s'avère très élevée :

- les psychologues de 1^{ère} ligne étaient très satisfaits du travail accompli (scores moyens > 8/10) ;
- les médecins se sont déclarés très satisfaits de la fonction psychologue de 1^{ère} ligne et de la collaboration (scores moyens > 9/10) ;
- et les patients se sont également déclarés très satisfaits (scores moyens : 8,9/10).

Encadré 11 : Résultats des projets pilotes flamands de psychologie de 1^{ère} ligne - Belgique

Le Gouvernement flamand a soutenu, entre 2011 et 2015, un projet pilote visant à expérimenter une fonction de psychologie de première ligne (*Eerste Lijns Psychologische Functie* – ELPF) dans le cadre des structures existantes. Ce projet propose des soins généralistes et à seuil d'accessibilité bas, pour des problématiques psychologiques simples pouvant être traitées par des interventions de courte durée.

L'objectif principal était d'évaluer l'efficacité d'une prise en charge de première ligne pour les problèmes psychologiques non-complexes et le rapport coût-bénéfices d'une telle approche et son adéquation aux besoins constatés au sein de la société (avec un accent sur les populations vulnérables). Il s'agissait aussi de tester différentes formules afin d'identifier celles permettant une amélioration de la coordination entre le médecin généraliste et les professionnels de la santé mentale.

Les principaux objectifs opérationnels étaient les suivants :

- délivrer des soins psychologiques généralistes et de courte durée pour des problèmes psychiques non-complexes et selon une approche à bas seuil d'accessibilité ;
- développer des collaborations étroites avec les autres intervenants des soins de santé sur le modèle du « *stepped care* », et pour cela construire un réseau de soins au niveau local ;
- améliorer la détection et l'intervention précoce en cas de problèmes psychologiques ou psychiatriques.

La durée des projets était prévue pour 3 ans (elle a été prolongée par la suite). Chaque projet employait 1 ETP de psychologue clinicien, le plus souvent réparti entre 2 psychologues (10 à Bruxelles) ; tous devaient avoir au moins 5 ans d'expérience.

Chaque projet était financé forfaitairement (65 000 €/an) pour couvrir la rémunération de l'ETP psychologue clinicien (salarié), les coûts opérationnels et la communication avec les MG. Les patients disposaient d'un reste à charge de 4 à 9 € par consultation à régler (gratuit pour les détenus, les demandeurs d'asile et les personnes en séjour irrégulier).

Chaque projet était libre de fixer ses modalités d'accès et de choisir ses modes d'intervention, mais devait établir une collaboration structurée avec l'offre de soins locale (médecin généraliste, réseaux et centres de santé spécialisés en santé mentale). Les patients devaient être envoyés par leur médecin généraliste.

L'évaluation de ces projets a mis en évidence plusieurs constats :

- les motifs de consultation : les plus fréquents étaient les troubles d'adaptation (47 %), les troubles de l'humeur (34 %), les problèmes relationnels (31 %) et les problèmes anxieux (27 %).

- la gravité des troubles : 7,5 % de troubles ont été considérés comme légers, 47 % comme modérés, 39,5 % comme sévères et 6 % comme très sévères ;
- le nombre de séances consommées : 88 % des demandeurs (67 %-100 %) ont bénéficié d'une à cinq séances, et 8 % (0 %- 22 %) de six à dix séances. Le nombre global moyen de sessions était de 3,1 (1,5-3,9) ;
- le délai d'attente avant consultation a été assez variable, de 2 jours à 2 mois
- l'adressage après les soins : par la suite, 56 % des patients ont été renvoyés vers : un centre de santé spécialisé²¹⁷ (17 %), un psychiatre (10 %), un centre de bien-être²¹⁸ (7 %) et les 31 % restants vers des prestataires de soins divers.

Pendant les expérimentations, la loi du 4 avril 2014 modifiée le 10 mai 2015 (entrée en vigueur au 1^{er} septembre 2016) qui vise à réglementer les professions des soins de santé mentale introduit des modifications relatives à l'exercice des professions des soins de santé afin d'encadrer l'exercice de la psychologie clinique. Cette loi prévoit également la reconnaissance de la psychologie clinique comme profession des soins de santé.

C'est précisément dans ce contexte, qui associe une réforme de l'organisation des soins de santé mentale (réforme 107), les premiers résultats d'expérimentations de soins de psychologie de 1^{ère} ligne et une modification de la loi concernant le statut de psychologue clinicien, que le gouvernement belge annonce en octobre 2014 que « (...) un éventuel financement et remboursement des soins de santé mentale, par exemple dans le cadre de certains trajets de soins et circuits de soins, seront examinés ».

Le 26 juillet 2017, un accord est trouvé par le gouvernement pour le remboursement obligatoire des consultations psychologiques par l'institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). Cet accord instaure pour la première fois une intervention de l'assurance dans les soins de psychologie dispensés par des psychologues cliniciens et des orthopédagogues cliniciens. Le budget de 22,5 millions d'euros libéré par le gouvernement fédéral à cet effet ne couvre certes qu'une partie limitée du besoin psychologique réel (7 à 9 % du besoin total selon certains calculs).

Conformément à la décision du gouvernement fédéral, l'intervention s'applique aux séances de psychologie de première ligne réalisées pour des patients adultes souffrant de problèmes psychiques récurrents et qui sont adressés par leur médecin généraliste ou par leur psychiatre, avec un maximum de 8 séances par patient et par an.

Cette accord se matérialise par une convention tripartite entre le psychologue/orthopédagogue clinicien (qui délivre les soins psychologiques), le réseau de soins en santé mentale (qui coordonne la prise en charge), et l'hôpital rattaché au réseau (qui finance ces soins psychologiques). Le remboursement sera en application au plus tard le 1 avril 2019.

➤ **Présentation générale du dispositif**

A l'instar du modèle IAPT, le dispositif belge repose sur une approche graduée des soins. Le système s'organise sur deux lignes ou deux niveaux de prise en charge :

- une 1^{ère} ligne de soins psychologiques généralistes pour bénéficier de soins psychologiques pour de première ligne de courte durée et remboursé par l'INAMI.

²¹⁷ Centra voor Geestelijke gezondheid (CGG)

²¹⁸ Centra voor Algemeen Welzijn (CAW)

- une 2nde ligne avec des soins plus spécialisés, réservés à ceux dont les problèmes ne peuvent être résolus par la 1^{ère} ligne. Ces soins étant accessibles sur référence par la 1^{ère} ligne ou via un psychiatre.

➤ **Population ciblée et indications aux soins psychologiques**

Pour pouvoir accéder aux soins psychologiques pris en charge par l'INAMI, le patient doit répondre à chacune des conditions suivantes :

- être âgé de 18 à 64 ans inclus à la date de la première séance ;
- souffrir d'un problème psychique modérément sévère en matière d'anxiété, de dépression ou de consommation d'alcool pouvant être suffisamment traité à travers un nombre limité de séances de psychologie de première ligne ;
- disposer d'une prescription de renvoi datée et signée par un médecin généraliste ou par un psychiatre selon le modèle fixé par le Comité de l'assurance (Schéma 8) ;
- s'adresser à un psychologue/orthopédagogue clinicien avec lequel le réseau a conclu une convention.
-

Par ailleurs, l'identification psychique modérément sévère d'un trouble repose sur l'appréciation par le clinicien des critères suivants :

- le patient éprouve un problème léger ou modéré lié à de l'anxiété, une humeur déprimée ou une consommation d'alcool (pas d'assuétude) ;
- ce problème est limité dans le temps (apparu depuis quelques semaines ou mois) et est présent dans un domaine de fonctionnement (travail, familial, social ou émotionnel,..) ;
- des interventions limitées semblent suffisantes pour améliorer le problème du patient ;
- le patient se trouve dans un contexte sécuritaire et supportable (pas de risque imminent de passage à l'acte) ;
- le patient peut entrer dans une relation réciproque ;
- le patient est intéressé par cette offre de soins de première ligne.

Le budget limité de 22,5 millions d'euros pour le financement du dispositif a nécessité de limiter l'accès au remboursement (limites en fonction de l'âge et en fonction du type de problèmes) et le nombre de prestataires participants. Au total, environ 120 000 pourront en bénéficier.

➤ **Accès aux soins psychologiques**

L'accès aux soins psychologiques de 1^{ère} ligne est soumis à une prescription médicale d'adressage dite de renvoi effectuée par le médecin généraliste ou le médecin psychiatre. Ces professionnels de santé doivent donc :

- examiner si le patient correspond à la population ciblée par le dispositif ;
- vérifier l'assurabilité du patient ;
- remettre au patient la prescription de renvoi datée ;
- fournir au patient la liste des psychologues et orthopédagogue de 1^{ère} ligne établi dans le réseau où réside le patient ;
- collaborer et communiquer avec le psychologue ou orthopédagogue de 1^{ère} ligne sur l'évolution du patient.

Schéma 14 : Prescription de renvoi vers des soins psychologiques - Belgique

Prescription de renvoi pour des séances de psychologie de première ligne chez un psychologue clinicien ou un orthopéda-gogue clinicien	
<u>Données d'identification du patient</u>	
Nom et prénom: ...	
Date de naissance: ...	
Numéro NISS: ...	
Organisme assureur: ...	
Le patient a/n'a pas droit à l'intervention majorée.	
<u>Indication pour les séances de psychologie de première ligne</u>	
Le patient souffre d'un problème psychique modérément sévère qui est ¹ :	
<input type="radio"/> principalement un problème anxieux <input type="radio"/> principalement un problème dépressif <input type="radio"/> principalement un problème de consommation d'alcool	
Le problème peut probablement être suffisamment traité au moyen d'un nombre limité de séances de psychologie.	
Date ... / ... /	
Nom, numéro INAMI et signature du médecin	
<u>Type de médecin:</u>	
Médecin généraliste détenteur du DMG du patient /	
Autre médecin généraliste/	
Médecin psychiatre	

Source : *Service Public Fédéral, santé publique, Belgique*

➤ Statut et rôle du psychologue

En Belgique, l'exercice de la psychologie clinique est réglementé, et limité aux psychologues cliniciens agréés et aux orthopédagogues agréés pouvant justifier de connaissances suffisantes en psychologie clinique.

Au sein du dispositif la plupart des prestataires participants sont des psychologues cliniciens. A ce titre, ils disposent (cf. encadré 12) :

- d'une inscription à la Commission des Psychologues ;
- d'un visa pour l'exercice de la psychologie clinique ;
- d'un agrément en tant que psychologue clinicien.

Encadré 12 : L'exercice de la profession de psychologue clinicien - Belgique

Pour exercer cette profession, les psychologues disposent d'un diplôme de master en psychologie avec orientation en psychologie clinique.

Ils doivent être inscrits à la Commission des Psychologues (loi du 8 novembre 1993 sur le titre de psychologue). Cette commission est compétente pour la tenue de la liste officielle des psychologues. L'inscription sur cette liste signifie que les personnes sont habilitées à porter le titre de psychologue, sont tenues de respecter un code de déontologie et relèvent de la compétence des instances disciplinaires de la Commission des Psychologues. Mais cette liste ne concerne pas l'exercice de la psychologie clinique.

Depuis septembre 2016, les lois du 4 avril 2014 et du 10 mai 2015 portant sur l'exercice des professions des soins de santé prévoient d'obtenir un visa pour exercer la psychologie clinique. Ce visa, qui est délivré par SPF Santé publique, atteste de la validité du diplôme et permet d'exercer une profession réglementée des soins de santé.

Enfin, afin de pouvoir exercer la psychologie clinique, l'arrêté royal du 26 avril 2019 fixe également des critères d'agrément des psychologues cliniciens ainsi que des maîtres de stage et services de stage. Cet agrément permet de valider les qualifications et les compétences du candidat. En principe, il est accordé si le candidat :

- est titulaire d'un diplôme universitaire en psychologie clinique avec une formation dans l'enseignement à plein temps d'au moins 5 an ou 300 ECTS ;
- ou est titulaire d'un diplôme universitaire en psychologie (non psychologie clinique) délivré avant le 1^{er} septembre 2016, et justifie de 3 ans d'expérience professionnel en psychologie clinique.

En plus de ces conditions nécessaires à l'exercice de la psychologie clinique, pour participer au dispositif, les psychologues cliniciens qui souhaitent effectuer les séances doivent :

- disposer d'au moins 3 ans d'expérience professionnelle en tant que psychologue clinicien ;
- être disponibles pour réaliser un quota hebdomadaire de minimum 4 séances de psychologie ;
- exercer dans un cabinet privé ou partagé non relié à un service agréé pour les soins psychologiques (hôpital, centres de santé spécialisée...)

Si l'ensemble des conditions d'éligibilités sont respectées, les psychologues cliniciens désireux de réaliser les séances de psychologie sont dans l'obligation de conclure une convention avec un réseau 107. Compte tenu du budget restreint, chaque réseau dispose d'un contingent de séances remboursables par année civile. Ce contingent est spécifiquement déterminé par réseau est ajusté sur le nombre d'habitants, la prévalence des troubles psychiques et de l'état socio-économique par réseau. Limitation du nombre de séances remboursables oblige ainsi les réseaux à sélectionner les psychologues cliniciens candidats – sélection qui repose essentiellement sur l'expérience professionnelle – et déterminer le nombre de séances remboursables que ce dernier peut réaliser sur l'année civile.

Par la suite, les participants sont également soumis :

- à suivre une formation organisée localement par le réseau en ce qui concerne le fonctionnement des réseaux 107 ;

- à participer à l'intervision sur les soins de psychologie de première ligne avec les autres psychologues/orthopédagogues cliniciens du réseau (séances de partage d'expérience et d'échanges de pratiques). Cette intervention est organisée localement et est coordonnée par les réseaux.

Dans la cadre du dispositif, le psychologue clinicien intervient pour dispenser des « soins de psychologie de première ligne » définis comme étant des/une série d'interventions de courte durée axées sur deux ou plusieurs des objectifs suivants :

- l'évaluation diagnostique des problèmes présents ;
- les soins de psychologie généraux ;
- le traitement orienté solution, auto-assistance accompagnée, psychoéducation ;
- la promotion de l'autonomie ;
- le renvoi en cas de problématique complexe.

En pratique, après l'adressage, le psychologue clinicien établit une évaluation du besoin. En cas de besoins, des soins psychologiques sont envisagées. Le cas échéant, il transfère le patient vers des soins plus adaptés (auto-assistance [« self-help »], aide en ligne...) ou plus spécialisés.

Le psychologue clinicien se concerté également avec le médecin généraliste ou le psychiatre référent au sujet du patient et fait rapport au médecin généraliste ou au psychiatre référent (ou au médecin généraliste détenteur du dossier médical global ou DMG²¹⁹).

➤ Soins psychologiques et tarification

Les psychologues dispensent des interventions à courte durée en respectant le principe d'autonomie et de liberté thérapeutique quant au choix de la thérapie à mettre en place.

Les séances de psychologie sont réalisées par série de 4 séances. C'est sur la base de la première séance que le psychologue/l'orthopédagogue clinicien détermine si un patient répond aux conditions d'inclusion. La première séance chez un psychologue/orthopédagogue clinicien donné peut être une séance de 60 minutes. Toutes les autres séances sont des séances de psychologie de 45 minutes.

Un patient peut ensuite suivre plusieurs fois une série de séances de psychologie. Chaque nouvelle série doit être précédée par un nouveau renvoi. Au maximum 8 séances peuvent être remboursées au sein d'un même réseau par patient et par année civile.

Les tarifs sont fixés comme suit :

- 1ère séance : 60 euros pour 60 minutes minimum ;
- 2e - 4e séance : 45 euros pour 45 minutes minimum ;
- 5e - 8e séance (unique prolongation) : 45 euros pour 45 minutes minimum.

Le remboursement est géré par les hôpitaux. Une convention de coopération est établie entre les réseaux et les hôpitaux partenaires.

Le patient ne reçoit pas en totalité le montant remboursé. Il doit également payer un reste à charge. Le patient paie directement ce ticket modérateur au psychologue clinicien. Ce reste à charge s'élève en principe à 11 euros. Une réduction à 4 euros est possible si le patient dispose d'une indemnité

²¹⁹ Le DMG rassemble toutes les informations médicales des patients en Belgique (équivalent du DMP en France).

majorée. Le reste du montant est versé au psychologue par l'hôpital. L'hôpital facture à son tour l'INAMI.

➤ **Évaluation du dispositif**

Le dispositif n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation, mais SPF Santé publique prévoit, en lien avec son comité d'accompagnement, la mise en place d'une étude scientifique qualitative et quantitative.

L'objectif de cette évaluation sera :

- de décrire le profil des patients et des psychologues ;
- d'identifier le contenu des soins psychologiques prodigués ;
- de mesurer les effets cliniques de ces interventions sur les troubles psychiques
- d'évaluer l'efficacité de ces interventions en charge ;
- d'apprécier l'intégration des psychologues dans ce modèle de prise en charge.

Commentaire de la mission :

Ces dispositifs partagent une même vision de l'amélioration de l'accès aux soins de premier recours pour répondre à l'augmentation des besoins en santé mentale. Construits sur le modèle du « stepped care » c'est-à-dire selon une approche graduée, les soins psychologiques représentent une alternative d'adressage pertinente pour les médecins en contact avec les patients.

SIGLES UTILISES

ADELI	automatisation des listes
ALD	Affection de longue durée
ARS	agence régionale de santé
ATAPS	allied psychological service
BAI	better access initiative
CAMPS	centre d'action médico-social précoce
CCMSA	caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CMP	centre médico-psychologique
CMPP	centre médico-psycho-pédagogique
CNAM	caisse nationale d'assurance maladie
CNSA	caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM	caisse primaire de l'assurance maladie
CSP	code de la santé publique
CNU	conseil nationale des universités
CUMPS	cellule d'urgence médico-psychologique
DGS	direction générale de la santé
DSS	direction de la sécurité sociale
DMP	dossier médical partagé
DSP	dispositif de soins partagés
DSPP	dispositif de soins partagés en psychiatrie
EDC	épisode dépressif caractérisé
FIR	fonds d'intervention régional
FISS	fonds pour l'innovation du système de santé
FNAS	fonds national d'action sociale
FNPEIS	fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires
HAS	haute autorité de santé
IAPT	improving access to psychological therapy
IGAS	inspection générale des affaires sociales
INSEE	institut national des statistiques et des études économiques
INSERM	institut national des sciences et de la recherche médicale
IRDES	institut de recherche et documentation en économie de la santé
QALY	quality adjusted life year
LMD	licence- master- doctorat
MDA	maison des adolescents
MSP	maison de santé pluriprofessionnelle
OCDE	organisation de coopération et de développement économique
OMS	organisation mondiale de la santé

PLFSS	projet de loi de finance de la sécurité sociale
PTSM	projet territoriaux de santé mentale
RBPP	recommandation de bonnes pratiques professionnelles
RCP	réunion de concertation pluridisciplinaire
SNDS	système national des données de santé
SPF	santé publique France
UHSA	unité hospitalière spécialement aménagée
URPS	union régionale de professionnels de santé
VAE	valorisation des acquis de l'expérience