

Année 2020/2021

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État
par

Bérénice VIMOND

Née le 13 septembre 1987 à Beauvais (60)

Antoine SÉON

Né le 11 février 1990 à Nantes (44)

TITRE

**Dispositif expérimental de prise en charge des consultations
psychologiques : mise en place à la MSP du Trente à Vendôme, et ressentis
des différents intervenants.**

Présentée et soutenue publiquement le **14 octobre 2021** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeure Cécile GOI, Professeure des Universités, Département des Sciences de l'Education, Co-directrice de l'équipe de recherche Education-Ethique-Santé, Faculté des Arts et Sciences Humaines-Tours

Docteure Christelle CHAMANT, Médecine générale, CCA, Faculté de Médecine - Tours

Directeur de thèse : Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours

Résumé

Contexte. Au sein des maisons de santé (MSP) volontaires du département du Loir-et-Cher (41), une expérimentation de prise en charge des séances de psychologie et de diététique a été mise en place depuis 2019. Ce dispositif a pour but de faciliter l'accès aux soins de psychologie et de diététique, de tout patient majeur présentant un trouble de la santé mentale léger à modéré, ou nécessitant une prise en charge diététique, et inscrit au régime général de la CPAM ou de la MSA.

Objectif. Déterminer comment fonctionne le dispositif de prise en charge des consultations de psychologie au sein de la MSP du Trente, mettre en évidence les difficultés éprouvées par les professionnels, et les solutions trouvées pour les surmonter, explorer les ressentis des patients et des professionnels vis-à-vis de ce dispositif.

Méthode. Enquête qualitative descriptive et analytique, associant trois approches : ethnographique par observation participante pour le fonctionnement, inductive générale pour les difficultés et solutions et inspirée de la théorisation ancrée pour les ressentis. Les données étaient issues d'entretiens semi-dirigés conduits avec tous les professionnels, institutionnels et patients concernés.

Résultats. Les professionnels de la MSP ont réadapté le dispositif expérimental initial selon leurs besoins : seuls des soins de psychologie ont été mis en œuvre, et l'éligibilité des patients a été établie par consensus entre les professionnels.

La MSP s'est révélé l'échelon central de la mise en place du dispositif, tant pour les professionnels, qui attribuaient les forfaits par consensus interprofessionnel, que pour les patients, qui souhaitaient être pris en charge au sein de *leur* MSP.

Patients et professionnels se sont tous dits très satisfaits du dispositif et des prises en charge qu'il a permis.

Conclusion. Le dispositif de remboursement des séances de psychologie s'est mis en place au cours de l'année 2019, et a été reconduit sur 2020 puis 2021. Il a été intégralement consommé. Sa mise en œuvre au sein de la MSP a intégré les attentes et besoins des professionnels et des patients, et a fait l'objet d'un consensus interprofessionnel régulièrement rediscuté et renouvelé.

Mots Clés : psychologie, remboursement par l'assurance maladie, santé mentale, soins primaires, prise en charge personnalisée du patient, disparités d'accès aux soins

Abstract

Background. Since 2019, an experiment to take care of the cost of psychological and dietetic care has been conducted in a joint effort of primary care health centres (PCHC) and health insurances in the Loir-et-Cher department in France. The aim was to overcome financial impediment and provide access to psychological and dietetic care for any adult patient with a mild to moderate mental health problem, or requiring dietetic treatment, and registered with the general CPAM or MSA scheme.

Objectives. To determine how the experimental measures were put into practice for psychological sessions at the “MSP du Trente”, to highlight the difficulties experienced by the professionals and the solutions found to overcome them, and to explore the perceptions of patients and health professionals regarding the experimental setting.

Methods. A qualitative method, combining three approaches, was used: ethnographic by participative observation to describe the setting, general inductive analysis for the difficulties and solutions and inspired by the grounded theory for the perceptions. The data were extracted from semi-directed interviews conducted with all the professionals, institutions, and patients involved.

Results. The PCHC professionals readapted the initial scheme according to their needs: only psychological care was implemented, and the eligibility of patients was established by consensus among the professionals.

The PCHC proved to be the central level for the implementation of the scheme, both for the professionals, who allocated the packages by inter-professional consensus, and for the patients, who wished to be treated within their PCHC.

Patients and professionals alike were very satisfied with the system and the care it provided.

Conclusion. The reimbursement scheme for psychology sessions was set up in 2019, and has been extended to 2020 and 2021. It has been fully consumed. Its implementation within the MSP integrated the expectations and needs of professionals and patients, and was the subject of a regular interprofessional consensus

Keywords: psychology, insurance, health, reimbursement, healthcare disparities, mental health, primary care, case management

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN
Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN
Pr Henri MARRET

ASSESEURS
Pr Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Université*
Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*
Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Pr Patrick VOUREH, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE
Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES
Pr Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972
Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994
Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES
Pr Daniel ALISON
Pr Gilles BODY
Pr Jacques CHANDENIER
Pr Philippe COLOMBAT
Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Pr Pascal DUMONT
Pr Dominique GOGA
Pr Gérard LORETTE
Pr Dominique PERROTIN
Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUE Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLON Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna.....	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean.....	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent.....	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline.....	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick.....	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs || POTIER Alain | Médecine Générale |
| ROBERT Jean..... | Médecine Générale |

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine.....Anglais

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra Médecine interne || BARBIER Louise..... | Chirurgie digestive |
BINET Aurélien	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAULT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric.....	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure.....	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille	Immunologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Éric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLLOU Antonine	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludivine.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoît.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et selon la tradition d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

À Monsieur le Professeur Jean-Pierre Lebeau

Merci d'avoir accepté de diriger notre thèse, de nous avoir accompagnés et conseillés tout au long de ce travail. Merci pour ton expertise et ta disponibilité. Nous espérons que ce travail sera à la hauteur du respect que nous avons pour toi.

À Monsieur le Professeur Vincent Camus

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

À Madame le Docteur Christelle Chamant

Vous avez accepté de siéger parmi les membres du jury. Soyez assurée de nos respectueuses considérations.

À Madame le Professeur Cécile Goï

Merci de faire partie de ce jury et de l'intérêt que vous portez à ce travail. Soyez assurée de notre reconnaissance.

À nos consœurs et confrères, et aux psychologues de la MSP du Trente, un merci sincère d'avoir pris de votre temps si précieux pour participer à notre enquête, et avoir accepté de nous confier vos ressentis.

Au Docteur Julie Gilles De La Londe (JGDLL), dont l'aide a été précieuse pour la réflexion initiale.

Remerciements de Bérénice

Aux chefs qui ont jalonné et transformé mon parcours, qui m'ont aidée à devenir médecin et à être meilleure, qui m'ont transmis leur savoir, encouragée, et soutenue :

Elisabeth Guesdon : merci pour mon premier compagnonnage que tu m'as offert lors de mon stage de niveau 1. J'ai découvert la médecine générale à tes côtés. Tes précieux conseils m'ont guidée tout au long de mon internat, et me permettent encore aujourd'hui d'exercer la médecine comme je le souhaitais.

Etienne Roussel : merci pour ta vision si humaine de la médecine, pour le respect, l'écoute, la patience dont tu fais preuve chaque jour auprès de toutes ces femmes que tu accompagnes, dans la joie ou la souffrance.

Alice Gochard et Nathalia Gavrylova : merci pour votre gentillesse. Vous avez su accompagner mes apprentissages avec bienveillance et dans la bonne humeur. Grâce à vous, j'ai pu retrouver confiance, je n'oublierai jamais ces 6 mois passés à vos côtés.

Anne Sophie Lefaucheur et Godefroy Hirsch : j'ai beaucoup appris à votre contact et apprécié votre humanité envers les patients et votre engagement pour ce beau métier. Votre contribution dans ma formation a été inestimable.

Et enfin Alain Aumarechal et Jean Pierre Lebeau : merci de me faire confiance et d'accepter de me confier vos patients, je prends plaisir à venir vous remplacer et travailler avec vous.

A mes co-internes,

Inès, belle, intelligente et généreuse personne que tu es ! Merci pour ta patience, ta bonne humeur, et ton soutien indéfectible depuis. Tu es brillante

Chloé et Rachelle, merci pour ces fous rires dans un service grave mais captivant, merci pour votre bonne humeur, votre gentillesse, et votre soutien. Vous êtes tout juste géniales et d'excellentes médecins, je vous souhaite tout le succès que vous méritez. Vive la solidarité des mères !

Merci à ma famille :

À mes sœurs, qui ont toujours su trouver les mots pour rire, pour me changer les idées, mais aussi qui ont su m'apprendre patience, négociation et diplomatie. Merci de faire de moi une sœur fière de vous !

À ma mère, l'épaule qui m'a toujours soutenue dans tous mes « états », et Laurent, merci pour votre présence, votre aide, et votre soutien à mes côtés durant ces longues années d'études en dent de scie. Merci de m'avoir permis de devenir qui je suis.

À mes grands-parents, mamie et pépé, toujours là pour croire en moi, toujours de bonne humeur. A toutes ces parties de courses poursuivies dans le jardin, de soirées crêpes dans le canapé ... Merci pour tous ces souvenirs.

À Tatie, ton écoute, tes paroles sages mais tranchées ! La première fan de mes expressions artistiques, toujours à m'encourager, merci.

Et enfin, à mon Clément, mon solide pilier, mon allié, merci pour tout ce que tu m'apportes, ton amour, ton soutien sans faille, ta simplicité et ta bienveillance, et de croire en moi. Je t'aime.

À toutes les équipes paramédicales, et autres professionnels de santé, aux secrétaires, que j'ai eues la chance de rencontrer à l'hôpital de Blois, que ce soit dans les services, aux urgences, ou en équipe d'appui départementale... Vous m'avez été de précieux conseils, d'un soutien considérable, et d'une bouffée d'oxygène. Une mention spéciale à l'équipe de Neurologie, qui était encadrée par Alice Gochard, et à l'équipe du Trente !

À mon co-thésard, Antoine. Merci pour tout le travail que tu as fait, venu tardivement mais sûrement, et surtout brillamment ... Ce travail n'aurait pas été le même sans toi. Tu es le médecin que tous les patients devraient avoir. Tu es une source d'inspiration pour moi !

Remerciements d'Antoine

À tous mes maîtres de stages qui m'ont accompagné pendant mon internat, et qui m'ont formé et fait réfléchir à l'exercice de la médecine générale.

À toutes les équipes médicales et paramédicales qui m'ont accueilli en stage, à Châteaudun, Tours et Vendôme.

À tous mes co-internes que j'ai pu rencontrer pendant ces trois années.

Aux docteurs Lebeau, Aumaréchal, et Santacruz pour leur enseignement en SASPAS et leur compagnonnage dans la suite de mon exercice. Merci pour votre confiance.

À tout le cabinet du Trente : secrétaires, psychologues, kiné, médecins. Merci beaucoup pour votre accueil, et votre aide pour ce travail. Merci Virginie pour ton aide.

À mes amis de Pont-Saint-Martin, Lorelei et Antoine. Merci pour votre disponibilité, votre bureau, et votre patience.

À mes amis de Nantes, Julia, Arnaud, Clara, Samuel, Marion, Jennifer et tous ceux que j'oublie.

À mes amis de Paris, Tamara, Lambert et Horace, bientôt Nantais.

À mes amis de Montpellier, Pauline et Simon.

À mes amis de la Réunion, Hajer et Sébastien.

À mon amie de Rouen, Malanie.

À mes parents, Nelly et Michel, pour tout ce que vous avez fait pour moi.

À ma sœur Julie, Aurélien, Augustin et Bertille.

À ma grand-mère Cosette.

À mon oncle Florent, Anne, et mes cousins Marion, Morgan, Thibaut et Mathilde.

À mon oncle Philippe.

À ma co-thésarde Bérénice, merci pour ta confiance, de m'avoir permis de t'accompagner sur ce projet. Merci pour ta patience. Profite bien de ce qui s'ouvre à toi.

Table des matières

1	INTRODUCTION	18
1.1	L'engagement pour la santé mentale.....	18
1.2	Les structures institutionnelles	19
1.3	Le coût de la santé mentale	20
1.4	Traitements médicamenteux psychotropes <i>versus</i> psychothérapies	21
1.5	L'expérimentation locale	22
1.6	Objectifs de cette étude	23
2	METHODES	24
2.1	Approches méthodologiques	24
2.2	Problématisation et <i>a priori</i>	24
2.3	Population.....	25
2.4	Recueil des données	25
2.5	Analyse des données	25
2.6	Aspects réglementaires et éthiques	26
3	RESULTATS.....	27
3.1	Question 1. Le fonctionnement du dispositif au sein de la MSP du Trente	29
3.1.1	Description du dispositif.....	29
3.1.2	Financement et mode de règlement.....	30
3.1.3	Nombre de séances de psychologie consommées et patients inclus	31
3.1.4	Intégration du dispositif au sein de la MSP du Trente	32
3.2	Question 2 : quelles difficultés les professionnels ont-ils rencontrées, et que proposent-ils pour les surmonter ?	41
3.2.1	Les difficultés rencontrées	41
3.2.2	Les propositions pour surmonter les difficultés.....	44
3.3	Question 3 : Quels sont les ressentis des patients et des professionnels vis-à-vis de ce dispositif ?	49
3.3.1	Modèle explicatif.....	49
3.3.2	Les besoins ressentis	50
3.4	L'orientation médicale.....	51
3.5	"À la maison"	52
3.5.1	La maison des patients	53
3.5.2	La maison des soignants.....	53
3.5.3	L'organisation « maison »	54
3.5.4	Vers un parcours de soins	55
3.6	L'interprofessionnalité.....	55
3.6.1	Une orientation discutée.....	55

3.6.2	Communication : PEPSY	56
3.7	Eligibilité "centrée patient"	57
3.7.1	Le point de vue du professionnel	58
3.7.2	Le point de vue du patient	60
3.8	Satisfaction	61
4	DISCUSSION	66
4.1	A propos des résultats	66
4.2	Forces et limites	69
4.3	Comparaison avec les données de la littérature	72
4.4	Perspectives et ouvertures	73
5	ANNEXES.....	75
5.1	Annexe 1 Problématisation : entretien avec Julie, Villedary, Chambord, et Cheverny...	75
5.2	Annexe 2 Guides des entretiens semi-dirigés.....	94
5.2.1	Entretiens avec les patients de la maison de santé (MSP).....	94
5.2.2	Entretiens avec les médecins de la maison de santé (MSP).....	95
5.2.3	Entretiens avec les psychologues de la maison de santé (MSP).	96
5.2.4	Entretiens avec les professionnels de la MSA.	97
5.2.5	Entretiens avec les professionnels de la CPAM.....	98
5.3	Annexe 3 Formulaires de consentements	100
5.4	Annexe 4 Réponse de la DRI du CHRU de Tours après demande d'inscription CNIL ..	104
5.5	Annexe 5 Tableau des variables exploitées par QDA Miner	105
5.6	Annexe 6 Convention CPAM pour les MSP	106
5.7	Annexe 7 Convention MSA Forfait diététicien et psychologue	110
5.8	Annexe 8 Document information patients CPAM.....	113
5.9	Annexe 9 Questionnaire satisfaction patient	114
5.10	Annexe 10 Synthèse Evaluation CPAM	115
5.11	Annexe 11 MSA Forfait diététicien et psychologues, critères inclusion	117
5.12	Annexe 12 Présentation Forfait diététicien et psychologue MSA.....	118
5.13	Codebook.....	122
6	REFERENCES.....	131

Index des tableaux et figures

Tableau 1 : Tableau des variables Patients, durées des entretiens [Annexe 5].....	27
Tableau 2 : Répartition des patients interviewés selon leur tranche d'âge : [Annexe 5].....	28
Tableau 3 : Tableau des variables Médecins/psychologues, durées des entretiens [Annexe 5]	28
Tableau 4 : Tableau des variable Représentants des caisses, durées des entretiens	28
Tableau 5 : Récapitulatif Question 1	38
Tableau 6 : Comparatif de dispositifs existants, selon Rapport IGAS 2019	72
 Figure 1 Modèle explicatif, Question 3	 49

TABLE DES ABREVIATIONS

CADA : Centre d'Accueil aux Demandeurs d'Asile

CCMSA : Caisse Centrale de la Mutualité sociale agricole

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMU : Couverture Maladie Universelle

CNAM : Caisse Nationale d'Assurance Maladie

CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

CSS : Complémentaire Santé Solidaire

DGS : Direction Générale de la Santé

DSS : Direction de la Sécurité Sociale

FDP : Forfait Diététicien et Psychologue

FIR : Fonds d'Intervention Régional

FISS : Fonds pour l'Innovation du Système de Santé

FNASS : Fonds National d'Action Sanitaire et Sociale

FNPEIS : Fonds National de Prévention, d'Education et d'Information Sanitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

MG : Médecin Généraliste

MGEN : Mutuelle Générale de l'Education Nationale

MSA : Mutualité Sociale Agricole

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSPU : Maison de Santé Pluridisciplinaire Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEPSY : Acronyme pour Prise en Charge Psychologique via le dispositif

1 INTRODUCTION

1.1 L'engagement pour la santé mentale

En 2001, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) estimait que les troubles mentaux touchaient environ 450 millions de personnes dans le monde (1). Cette prévalence considérable ainsi que les liens qui apparaissent entre santé mentale, santé physique et développement socioéconomique faisaient de la santé mentale un enjeu majeur non seulement de santé publique mais aussi de projets sociétaux (2). Dans ce contexte, les décideurs deviennent de plus en plus sensibles au poids de cette problématique, et nombreux sont ceux qui ont placé l'action en santé mentale comme une priorité.

Le 14 janvier 2005 à Helsinki, avait lieu la conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale. Cette conférence avait pour objet d'élaborer un plan d'action commun aux 52 Etats membres de la région Européenne de l'OMS. Elle s'est conclue par la déclaration dite d'Helsinki, signée et approuvée par les ministres de la santé et les représentants de l'OMS, qui s'y engageaient solennellement à relever les défis auxquels était confrontée la santé mentale (3).

En 2007, l'article du Lancet "*No health without mental health*" (« Pas de santé sans santé mentale ») plaçait la santé mentale comme une grande cause mondiale au même titre que la promotion pour l'égalité femme/homme, la réduction de la mortalité infantile ou encore la lutte contre le VIH (4).

En France, les chiffres concernant la santé mentale sont particulièrement préoccupants. L'enquête ESEMED-EPREMED (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders - European Policy Information Research on Mental Disorders*) conduite de 2001 à 2003 auprès de 21 425 adultes dans six pays européens (Belgique, France, Allemagne, Italie, Espagne et Pays-Bas) a estimé la prévalence au cours de la vie des troubles mentaux les plus fréquents : 14,7 % pour les troubles dépressifs et 14,5 % pour les troubles anxieux (5)(6). Des prévalences significativement plus élevées, de 24,1 % et 22,4 % respectivement, ont été constatées en France. Un Français sur trois a souffert d'au moins un trouble mental au cours de sa vie, et un sur cinq au cours de l'année (6).

En 2008, un « Pacte européen pour la santé mentale », auquel la France a souscrit, a été conclu, et un « appel à l'action » a été lancé. Les difficultés rencontrées aujourd'hui, en lien avec les évolutions sociétales (souffrance morale au travail, problèmes d'emploi, de logement, familles monoparentales isolées...) mettent en difficulté les professionnels de santé qui ne peuvent pas toujours répondre de manière adéquate à l'ensemble des demandes formulées ou des besoins repérés.

La France adopte alors une stratégie nationale de santé 2018–2022 dont l'axe principal est la mise en place d'une politique de prévention et de promotion de la santé (7), avec une priorité particulière concernant la santé mentale. Ce vœu a de nouveau été accentué par la ministre de la santé et de la solidarité au dernier congrès de l'Encéphale le 26 janvier 2018 (8), dont les objectifs (9) sont :

- 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.

1.2 Les structures institutionnelles

Depuis les années 70, la plupart des pays européens sont passés d'une prise en charge en santé mentale institutionnelle hospitalière à des soins et des services de proximité, sectorisés, qui respectent et préservent l'environnement du patient. Associée à de nouvelles techniques de traitement, notamment médicamenteux, et à l'évolution de la perception de la maladie mentale, cette approche a montré son intérêt en terme de qualité de vie des patients (10)(11). La psychiatrie se sectorise et les centres médico-psychologique (CMP) constituent le pivot de cette offre de soins ambulatoires. En 2010, deux mille CMP étaient recensés en France (12).

Parallèlement à ces prises en charge dans ces centres, il existe une prise en charge en ville par des professionnels libéraux spécialisés ou non qui vont jouer un rôle important dans l'accompagnement et le suivi des troubles les plus fréquents. Elle se compose tout d'abord

d'une offre médicale constituée par les médecins généralistes, interlocuteurs privilégiés pour la prise en charge de premier recours en santé mentale en France (13). Ils participent *de facto* à la détection et au traitement des troubles et accompagnent les patients dans le cadre d'une prise en charge globale. Selon l'enquête Anadep 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 (14).

Cette offre est complétée par une offre spécialisée médicale assurée par les psychiatres libéraux mais également par les psychologues libéraux. Ces derniers assurent notamment le suivi psychologique des patients ayant des troubles de sévérité légère à modérée et leur proposent le cas échéant une psychothérapie.

Des structures pluriprofessionnelles telles que les maisons de santé se développent par ailleurs, et peuvent combiner prises en charge non spécialisées et spécialisées.

1.3 Le coût de la santé mentale

Le coût économique et social des troubles mentaux a été évalué par le comité stratégique de la Santé mentale et de la psychiatrie du 28 juin 2018 à 109 milliards d'euros par an (15), basée sur les données de l'Assurance Maladie de 2012 :

- 65 milliards pour la perte de qualité de vie ;
- 24,4 milliards pour la perte de productivité liée au handicap et aux suicides ;
- 13,4 milliards dans le secteur médical ;
- 6,6 milliards pour le secteur médico-social.

Une étude a estimé le coût direct et indirect pour l'individu et la société d'un trouble de l'humeur ou de l'anxiété (13). Il ressort que pour 1 euro investi dans la prise en charge d'un épisode dépressif majeur, le système de santé remboursant des pratiques thérapeutiques cadrées économiserait 1,30 à 2,60 euros (et une moyenne de 1,14 euro dans le cadre de troubles anxieux). Ces données prennent en compte une action de santé publique lors des premiers symptômes d'une pathologie mentale, et vont dans le sens d'expérimentations récentes concernant les difficultés psychologiques traversées par les jeunes et dont l'assurance

maladie assure un cadre de prise en charge financière (16).

1.4 Traitements médicamenteux psychotropes *versus* psychothérapies

Les médicaments psychotropes demeurent l'option thérapeutique la plus souvent proposée aux patients qui présentent des troubles mentaux modérés (17). En effet, en 2019 en France, les personnes qui reçoivent un traitement psychotrope hors maladies psychiatriques sont estimées à 5,1 millions selon le rapport « Charges et produits » de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) (18). La psychothérapie a pourtant été reconnue comme traitement de première intention dans les troubles psychiques d'intensité légère à modérée par la HAS en France(19), et dans de nombreux guides de bonnes pratiques internationaux (*Management of Depression in Primary and Secondary Care* (20) au Royaume-Uni ; au Canada par le *Guidelines Advisory Committee* (21), aux Etats Unis par *l'American Psychological Association* (22), et *AIHW* (23) pour l'Australie).

Une étude conduite au Québec de 2009 à 2013 a comparé l'efficacité de la psychothérapie à celle de la pharmacothérapie chez les adultes souffrant de troubles anxieux et dépressifs et n'a pas retrouvé de différence significative en termes de réduction des symptômes. Cette réduction était maintenue plus longtemps après une psychothérapie, qui semble donc mieux protéger contre la rechute (24) D'autres études sont venues confirmer ces résultats (25) (26).

Celle-ci peut être considérée comme un traitement indépendant ou un complément efficace à la médication. Elle constitue également l'option thérapeutique préférée par les patients dans une proportion de 0,75 (IC95 = 0,69-0,80) (27).

Pourtant il apparaît qu'entre 5% à 18% de la population française ont eu recours à des psychothérapies au cours de leurs vies, selon deux enquêtes (*Indicateurs de santé mentale dans 4 régions françaises* et *Santé MGEN* de 2005). Ces chiffres tombent entre 1.5% et 6% s'il s'agissait de l'année passée. Alors que plus de 40% des personnes souffrant de troubles de santé mentale "courants" (troubles anxieux et dépression majeure) ont consommé des médicaments pour ces troubles, seulement 5% d'entre eux ont suivi une psychothérapie. La balance entre ces deux types de traitement s'avère donc fortement déséquilibrée.

Une explication possible à ce déséquilibre est qu'en France, contrairement à de nombreux

pays industrialisés, les psychothérapies conduites par un psychologue libéral ne sont pas prises en charge par l'Assurance maladie, ce qui constitue certainement un frein, notamment pour les populations économiquement défavorisées. Certains médecins généralistes indiquent ainsi ne pas pouvoir adresser leurs patients à des psychologues libéraux du fait de la charge financière associée (28).

1.5 L'expérimentation locale

La meilleure santé mentale des assurés quels que soient leurs revenus est une préoccupation *princeps* des caisses d'assurance maladie. Il s'agit notamment dans ce domaine d'améliorer l'accès aux soins en luttant contre le renoncement au soin, et d'augmenter l'efficacité du parcours de soins.

Dans ce contexte, le ministère de la Santé et la CNAM évaluent depuis 2018 plusieurs expérimentations récentes et dispositifs pérennes qui prévoient – dans des conditions variables - un remboursement des consultations de psychothérapie. Toutes présentent comme objectif commun d'améliorer la prise en charge des troubles psychiques.

La Caisse primaire d'Assurance maladie (CPAM-41) et la Mutualité sociale agricole (MSA-41) du Loir-et-Cher ont mis en place un dispositif expérimental de prise en charge forfaitaire des soins de diététique et de psychologie au sein des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) volontaires. Depuis mai 2019, la MSP du Trente, à Vendôme, expérimente ce dispositif, dont les buts, selon les concepteurs de cette convention, sont de lutter contre le renoncement aux soins non pris en charge et d'augmenter l'efficacité du parcours de soins.

Ces nouvelles modalités de prise en charge modifient complètement les pratiques des professionnels de santé d'une part, et la manière dont les patients envisagent leur propre parcours de soins d'autre part. Les effets d'une modification radicale d'un système aussi complexe ne sont pas prévisibles, et peuvent entraîner des difficultés pratiques et susciter des questionnements. Ce projet nécessite donc d'être analysé pour pouvoir juger de sa pertinence et de son acceptabilité, et proposer des ajustements éventuels.

1.6 Objectifs de cette étude

Les objectifs de cette étude étaient de décrire précisément la façon dont le dispositif a été mis en place au sein de la MSP du Trente à Vendôme d'une part, et d'en proposer une analyse fondée sur les discours de tous les intervenants, des promoteurs jusqu'aux patients, d'autre part.

2 METHODES

La description et l'analyse du dispositif ont été conduites à partir de trois questions de recherche :

1. **Comment fonctionne le dispositif de prise en charge des consultations de psychologie au sein de la MSP du Trente ?**
2. **Quelles difficultés les professionnels ont-ils rencontrées, et qu'ont-ils mis en œuvre ou proposé pour les surmonter ?**
3. **Quels sont les ressentis des patients et de professionnels vis-à-vis de ce dispositif ?**

2.1 Approches méthodologiques

Les méthodes retenues pour cette étude qualitative ont donc associé trois approches :

- Ethnographique, par observation participante, recueil de documents et données, et entretiens semi-dirigés ou dirigés(29)(30), pour la partie descriptive (question 1)
- Inductive générale, à partir d'entretiens semi-dirigés(31), pour les difficultés rencontrées et solutions proposées (question 2)
- Inspirée de la théorisation ancrée à partir d'entretiens semi-dirigés(32) (33), pour la partie analytique (question 3)

2.2 Problématisation et *a priori*

L'élaboration des questions de recherche et la mise à plat des *a priori* des chercheurs ont été faites au cours d'une réunion de l'équipe de recherche, avant tout recueil de données, par la méthode des 7 questions(33)(34). Une deuxième réunion, avec la participation d'une chercheuse extérieure au projet (JGDLL), a permis d'affiner la problématisation. Les résultats sont fournis en annexe ([Annexe 1](#))

2.3 Population

Toutes les personnes impliquées dans le dispositif mis en place au sein de la MSP du Trente à Vendôme ont été sollicitées pour participer à l'étude.

- Les patients impliqués dans le dispositif.
- Les psychologues de la MSP.
- Les médecins généralistes de la MSP, titulaires, assistants, adjoints, remplaçants et étudiants en DES de médecine générale, habilités à prescrire.
- Les professionnels chargés du projet au sein des caisses d'assurance maladie.

Ce recrutement exhaustif n'a pas donné lieu à un échantillonnage.

2.4 Recueil des données

Question1 : les données ethnographiques ont été recueillies par observation participante (Chambord, Villedary et Cheverny), par recueil et exploration de documents (aspects réglementaires et techniques) et par entretiens dirigés et semi-dirigés.

Question 2 : les difficultés rencontrées et les solutions mises en œuvre ou proposées par les professionnels ont été recueillies par des entretiens semi-dirigés individuels.

Question 3 : les ressentis des divers intervenants ont été recueillis par des entretiens semi-dirigés individuels.

Compte-tenu de la diversité des participants interrogés, de la variété de leurs rôles dans le dispositif, et des différents types de données recueillies lors des entretiens, quatre guides d'entretiens distincts ont été élaborés. Ces quatre guides (« patients », « psychologues », « médecins », « institutionnels ») sont disponibles en annexe ([Annexe 2](#)).

Les entretiens ont été enregistrés et retranscrits intégralement sur Word[®], puis anonymisés et désidentifiés.

2.5 Analyse des données

Question 1 : le dispositif a été décrit à partir d'une analyse des données d'observation

participante, des entretiens conduits, et des documents examinés, selon les règles de l'analyse ethnographique(29)(30).

Question 2 : les difficultés rencontrées et solutions mises en œuvre ou proposées ont été extraites des verbatims des entretiens selon les principes de l'analyse inductive générale (31).

Question 3 : les ressentis des divers intervenants ont été analysés avec une approche inspirée de la théorisation ancrée(32)(33).

Les analyses ont été conduites à l'aide du Logiciel Provalis Research QDA Miner 6.0.7®.

2.6 Aspects réglementaires et éthiques

L'étude a été mise en place avec l'accord préalable de tous les professionnels de la MSP. Tous les participants ont reçu un document d'information qui précisait les termes et limites de l'étude et toutes les conditions de leur participation ([Annexe 3](#)). Chaque participant a signé un formulaire de consentement à participer.

Les retranscriptions des enregistrements des entretiens individuels avec les patients ont été soigneusement anonymisés et désidentifiés. Leurs noms ont été remplacés par des pseudonymes. La désidentification des professionnels étant en revanche difficile à garantir, le choix a été fait de leur demander leur accord dans ces termes. Néanmoins un soin particulier a été porté, dans la transcription des entretiens avec les professionnels, à ce qu'aucun patient ne soit identifiable. Les noms des professionnels ont été remplacés par des noms de châteaux de la Loire.

Après retranscription, les enregistrements des entretiens ont été détruits. Aucune donnée non anonymisée n'a été conservée sur un fichier informatique.

Concernant les aspects réglementaires, la Direction de l'innovation et de la recherche du CHRU de Tours a été interrogée et a répondu qu'aucune déclaration CNIL ou autorisation éthique n'était nécessaire ([Annexe 4](#)).

3 RESULTATS

Pour ce travail, nous avons interviewé 15 patients du dispositif. Dans cet échantillon, nous avons recruté 14 femmes et 1 homme. Leurs âges allaient de 34 ans à 69 ans, l'âge moyen était de 51 ans, l'âge médian était de 52 ans. Nous avons recueilli lors des entretiens leurs activités, et leurs antécédents de suivi. Les entretiens ont duré entre 17 minutes pour le plus court, et 45 minutes pour le plus long. Les entretiens ont eu lieu au sein du cabinet, ou bien au domicile des patients. Des pseudonymes ont été attribués pour l'anonymisation.

Tableau 1 : Tableau des variables Patients, durées des entretiens [\[Annexe 5\]](#)

	Sexe	Age	Intervieweur	Activité	Couverture complémentaire	Suivi antérieur	Durée d'entretien
Charlotte	Femme	35	Villandry	En activité	Sans CMU	Psychologue	24'
Cris	Femme	59	Chambord	En activité	Sans CMU	Psychologue	17'
Valérie	Femme	48	Villandry	Sans emploi	Sans CMU	Aucun	22'
Kiki	Femme	44	Chambord	En activité	Sans CMU	Psychologue	42'
Rose	Femme	34	Chambord	Sans emploi	Sans CMU	Psychiatre	27'
Iris	Femme	60	Chambord	En arrêt de travail	Sans CMU	Psychiatre	37'
Tulipe	Femme	35	Chambord	En arrêt de travail	Sans CMU	Aucun	32'
Fidji	Femme	63	Chambord	En Retraite	Sans CMU	Aucun	45'
Fabienne	Femme	46	Villandry	En activité	Sans CMU	Psychiatre	25'
Lola	Femme	52	Villandry	Sans emploi	Sans CMU	Aucun	26'
Arsène	Homme	64	Villandry	En Retraite	Sans CMU	Aucun	20'
Sarah	Femme	69	Villandry	En Retraite	CMU	Aucun	20'
Sophie	Femme	63	Villandry	En Retraite	Sans CMU	Psychiatre	20'
Céline	Femme	34	Villandry	Sans emploi	CMU	Psychologue	17'
Tatiana	Femme	58	Villandry	En activité	Sans CMU	Psychiatre	24'

Tableau 2 : Répartition des patients interviewés selon leur tranche d'âge : [\[Annexe 5\]](#)

Tranches d'âge	Effectif total	%	Femmes	%	Hommes	%
18 à 29 ans	0	0	0	0	0	0
30 à 39 ans	4	26	4	28	0	0
40 à 49 ans	3	20	3	21	0	0
50 ans et plus	8	53	7	50	1	100
TOTAL	15	100	14	100	1	100

La MSP du Trente dispose en son sein de deux psychologues installées. Les deux praticiennes ont été interviewées pour ce travail.

La MSP du Trente compte trois médecins installés, un médecin assistant, un médecin adjoint, et ont été comptabilisé deux médecins remplaçants, effectuant des remplacements réguliers dans la MSP. Tous ont été sollicités pour répondre à ce travail, et tous ont accepté. Les entretiens ont eu lieu au sein du cabinet, au domicile des professionnels, ou bien par téléphone. Le plus court a été de 12 minutes, le plus long de 56 minutes.

Tableau 3 : Tableau des variables Médecins/psychologues, durées des entretiens [\[Annexe 5\]](#)

	Sexe	Profession	Intervieweur	Pat envoyé/suivis	Durée d'entretien
Blois	Femme	Médecin	Villandry	0	25'
Chaumont	Homme	Médecin	Chambord+Villandry	8	34'
Chenonceau	Femme	Médecin	Chambord+Villandry	3	40'
Cheverny	Homme	Médecin	Chambord+Villandry	5	54'
Villandry	Homme	Médecin	Chambord	0	15'
Chambord	Femme	Médecin	Villandry	3	12'
Candé	Femme	Médecin	Chambord+Villandry	2	31'
Amboise	Femme	Psychologue	Chambord	4	40'
Talcy	Femme	Psychologue	Chambord+Villandry	18	56'

Enfin, des représentants des caisses ont été sollicités. Deux professionnels de la MSA ont été interviewés, et un de la CPAM. Les entretiens ont eu lieu par téléphone.

Tableau 4 : Tableau des variable Représentants des caisses, durées des entretiens

	Sexe	Intervieweur	Durée d'entretien
MSA1	Femme	Chambord	23'
MSA2	Homme	Chambord	62'
CPAM	Femme	Villandry	35'

3.1 Question 1. Le fonctionnement du dispositif au sein de la MSP du Trente

3.1.1 Description du dispositif

3.1.1.1 Historique de création du dispositif

Depuis le mois de mai 2019, un dispositif de remboursement par l'Assurance maladie des consultations de psychologie et de diététique a été mis en œuvre à la MSP du Trente. Ce dispositif expérimental, émanant de la branche d'Action Sanitaire et Sociale de la CPAM du Loir-et-Cher et de la MSA Berry-Touraine, est calqué sur celui créé par la MSA en 2015 dans une maison de santé à Sancerre, dans le Cher. Il avait été imaginé par un médecin de la MSA, au décours d'une discussion avec un confrère : *MSA2 « C'est vraiment une action qui est partie d'un besoin de terrain... qui s'est manifesté autour d'un café, en fait. Lors d'un congrès il y a quelques années ».*

Il a été mis en place dans le département du Loir-et-Cher par la MSA Berry-Touraine, et la CPAM du Loir-et-Cher. Il prévoyait un conventionnement avec les MSP. La convention a été proposée à 7 MSP du département du Loir-et-Cher, qui ont toutes répondu favorablement. *CPAM : « donc là, y'a les 7 maisons de santé pluridisciplinaires du département qui l'ont signée ».*

3.1.1.2 Attentes des concepteurs du dispositif

Le but, selon les concepteurs de cette convention, était d'améliorer l'accès aux soins non remboursés, de lutter contre le renoncement au soin, et d'augmenter l'efficacité du parcours de soins. [\[Annexe 6\]](#)

Un autre objectif cité au cours des entretiens avec les représentants des caisses, était le maintien de professionnels de santé (psychologues et diététiciens) dans les MSP en milieu rural. *MSA2 : « Autre objectif c'est de faciliter l'accès à ces soins, parce que en solvabilisant ces soins, même si c'est pour une partie de la population, ça contribue quand même au maintien du psychologue et du diététicien dans les MSP rurales, parce que sinon, ces professions n'étant pas remboursées, elles sont plutôt attirées par une installation en milieu urbain ».*

3.1.2 Financement et mode de règlement

3.1.2.1 CPAM

Le financement de la CPAM est lié à une enveloppe destinée à l'Action Sanitaire et Sociale. Il s'agit d'un choix de la CPAM du Loir-et-Cher de destiner cette enveloppe à ce dispositif. Selon MSA 1 : *« La directrice de la CPAM avait un fond à disposition, une enveloppe financière, et a donc adopté on va dire, repris le forfait diététique de la MSA pour le compte des assurés du régime général dans les 7 MSP du Loir et Cher ».*

Le caractère expérimental du dispositif est revendiqué par les concepteurs. Selon CPAM : *« si au niveau de l'action sanitaire et sociale on peut avoir une enveloppe dédiée à la prise en charge de ces consultations, pourquoi pas l'expérimenter ».*

L'enveloppe prévue initialement par la CPAM pour la mise en œuvre du dispositif au sein de chaque MSP était de 80 séances, sur une base de 40 euros par consultation psychologique, et 35 euros pour une consultation diététique. Ces 80 séances devaient être réparties sur 10 patients, soit 8 séances par patient. Ce nombre de séances avait été discuté avec les différents coordinateurs de MSP lors des conventionnements. Selon l'entretien avec CPAM : *« pour le nombre de séances, je crois qu'on en avait discuté en réunion avec les coordinateurs des MSP, et on s'était arrêté là-dessus, ça nous semblait une première base d'action ».* Villandry : *« Les budgets les dotations sont les mêmes pour toutes les MSP ? »* CPAM : *Oui on part sur une base commune. » ; « On a indiqué que chaque MSP avait un crédit entre guillemets, on va dire ça comme ça, de 80 séances ».*

Une certaine souplesse était prévue par la CPAM, permettant à une MSP ayant plus de besoins, de bénéficier des séances qu'une autre MSP n'aurait pas utilisées. CPAM : *« On avait indiqué que si y'avait une MSP qui consommait moins de séances, et qu'une MSP avait un besoin supplémentaire, elle pouvait nous contacter et on pouvait éventuellement lui accorder d'autres séances si on en avait la possibilité ».*

Le mode de règlement des séances a été fait par versement de bordereaux de facture. La MSP faisait remonter à la CPAM le nombre de consultations effectuées mensuellement afin de recevoir les fonds, qui étaient ensuite reversés aux professionnels concernés. Les patients ne faisaient pas d'avance de frais.

3.1.2.2 MSA

Le financement était un versement initial à la MSP de 2020 euros pour l'année. A partir de 25 séances effectuées, elle était doublée, pour atteindre 4040 euros [\[Annexe 7\]](#). La gestion du nombre de séances attribuées à chaque patient était confiée à la MSP. Les concepteurs souhaitaient un mode de rémunération plutôt forfaitaire qu'à l'acte, pour permettre une meilleure distribution des soins et éviter une surconsommation d'actes. Selon l'entretien réalisé avec MSA2 : *« vous pouvez moduler le nombre de séances en fonction des besoins... »* ; MSA2 : *« Cette expérimentation qui reposait sur un paiement à l'acte dans 4 CPAM, ne s'est pas généralisée : cela a buté assez rapidement sur une inflation des demandes... »* ; MSA2 : *« Vous voyez y a cette notion aussi de, de prise en charge forfaitaire qui est importante, et que ça à mon avis, si y avait une évolution, et une ouverture vers une prise en charge des soins de psychologue et de diététicien, à mon avis, c'est la voie du forfait qui est la plus adaptée au mode de financement moderne ».*

3.1.3 Nombre de séances de psychologie consommées et patients inclus

Dans la MSP du Trente, l'intégralité du budget a été consommé, et un dépassement a été réalisé sur l'année 2019, portant le nombre de séances prises en charge par la CPAM à 98. Le nombre de patients ayant bénéficié du dispositif sur 2019 est de 21, et 18 poursuivaient leurs suivis en 2020.

Aucun patient assuré à la MSA n'a été inclus dans le dispositif. Les assurés affiliés à la MSA représentent dans le Loir-et-Cher 7 % des assurés. Ce faible effectif a sans doute participé à cette absence dans le dispositif.

Selon MSA1 *« C'est-à-dire, nous, on a des MSP qui n'ont intégré aucun patient MSA dans le dispositif, et d'autres qui en ont intégré plus. »* ; Blois [médecin généraliste (MG) concernant les patient assurés MSA] : *« Ben ils vont tous bien. C'est pas des gens que je vois souvent en plus, enfin ils n'ont pas forcément des pathologies lourdes ou chroniques, ceux qui viennent me voir en tous cas ».*

3.1.4 Intégration du dispositif au sein de la MSP du Trente

3.1.4.1 *Connaissance du dispositif par les médecins*

Les concepteurs avaient prévu une information écrite afin d'expliquer aux professionnels le dispositif. Cette information se retrouve dans la convention signée par la MSP [\[Annexe 6\]](#)[\[Annexe7\]](#). Ils y avaient intégré différents éléments, notamment le mode d'adressage par prescription du médecin traitant et les critères d'éligibilité prévus.

En pratique, le déploiement du dispositif a été piloté par un des médecins du cabinet, qui était l'interlocuteur privilégié pour le suivi et le déroulement du dispositif. Le dispositif a été ensuite présenté aux autres médecins exerçant au sein de la MSP. Cette promotion a été faite principalement à l'oral, de façon individuelle. Selon l'interview de Blois, MG : *« Enfin, ça a été même pas présenté. C'est le Dr Chaumont qui a dit "nous avons une enveloppe pour avoir 8 séances au moins chez le psychologue" »* ; Candé, MG : *« Euh donc c'est Chaumont qui m'en a parlé en premier »*.

Un des 7 médecins généralistes interrogés ne connaissait pas le dispositif au moment de l'entretien. Villandry, MG : *« J'aurais aimé être au courant du dispositif avant, car malheureusement je n'avais pas connaissance que ça existait »*.

Un autre médecin a déclaré ne pas se servir du dispositif, réalisant lui-même les suivis psychologiques de sa patientèle, ou adressant dans d'autres structures permettant la prise en charge financière. Blois, MG : *« Peut-être que j'ai pas pensé, à un moment donné »* ; *« Donc, j'ai pas le réflexe "psychologue" immédiat »* ; *« Je fais de la thérapie cognitivo-comportementale alors du coup effectivement, si j'estime que c'est une indication à la TCC, alors, je propose... »*.

3.1.4.2 *Critères d'éligibilité*

Les concepteurs avaient prévu des critères d'éligibilité au dispositif, qui figurent dans la convention signée par la MSP.

Les deux critères majeurs d'éligibilité selon la CPAM étaient :

- Une situation de précarité financière, susceptible de retarder la prise en charge ;
- La notion de besoin de soins urgents.

D'autres critères mineurs avaient été retenus :

- Patients atteints d'obésité ou de surpoids,
- Patients atteints de Maladies chroniques (sans précision d'ALD déclarée)
- Tabagisme
- Patients présentant des troubles psychologique, affections psychiatriques, troubles du sommeil, ou dans un cadre d'arrêt de traitement (Benzodiazépine)

Les critères d'inclusion étaient moins précisément décrits, mais finalement équivalents pour la MSA :

- Un suivi psychologique ou de diététique rentrant dans le cadre des recommandations émises par la Haute Autorité de santé ;
- La nécessité d'une prise en charge rapide.

Contrairement à la CPAM, la MSA permettait d'inclure des patients mineurs. [\[Annexe 11\]\[Annexe 12\]](#)

Les patients non assurés à la CPAM du Loir-et-Cher, ou bien à la MSA Berry-Touraine, n'étaient pas éligibles au dispositif.

En pratique, il est apparu lors des entretiens avec les médecins que ces critères d'éligibilité n'étaient pas connus, conséquence sans doute de l'absence de diffusion de la convention au sein de la MSP. Blois, MG : « *Je ne savais même pas quels étaient les critères en fait* » ; Chambord, MG : « *Pour moi les critères d'éligibilité sont complètement flous* » ; Candé, MG : « *J crois que n'importe qui n'y a pas le droit* ».

Cette distorsion semblait acceptée sans réserve par les concepteurs du dispositif. Selon MSA 2 : « *Le but c'est de s'adapter aux besoins : c'est pas que les patients ou les professionnels s'adaptent au forfait, c'est que le forfait s'adapte aux besoins* » ; « *Il [le médecin] estime que le fait que ces soins ne soient pas remboursés peut faire renoncer le patient à ces soins, c'est dans ce cas-là qu'il peut mobiliser le forfait* ».

Cette notion de renoncement aux soins en tant que critère d'inclusion est également citée dans l'entretien avec la CPAM, Sécu : « *Lutter contre le renoncement au soin, parce que ça c'est vraiment un axe qu'on a au niveau assurance maladie, qui est important et développé* ».

3.1.4.3 Mode d'adressage du patient

Le dispositif était conçu autour du médecin traitant, prescripteur initial. Il devait adresser le patient présentant ces critères d'éligibilité au professionnel concerné. Selon la convention proposée par la CPAM : « *Sur prescription du médecin traitant, une prise en charge diététique individuelle et/ou une prise en charge psychologique individuelle sera proposée à ces patients* ».[\[Annexe 6\]](#)

Il était prévu que le médecin traitant fournisse au psychologue ou au diététicien une fiche précisant la ou les indications et permettant le suivi du patient. Selon Chaumont, MG : « *On a élaboré une fiche de prescription entre guillemets* » ; Chaumont : « *ça permet surtout de faire la concertation et le bilan avec le médecin traitant* ».

Il est apparu lors des entretiens que les modes d'adressage des patients ont été variés. Certains patients ont été orientés vers une psychologue avec une feuille de prescription, laissant au patient le soin de fixer son rendez-vous. Selon l'interview de Chaumont, MG : « *C'est pas une prescription hein, mais une fiche de renseignements qu'on adresse, qu'on donne à la psychologue* » ; « *Je donne les coordonnées c'est les gens qui appellent, et qui s'en saisissent, c'est pas moi qui prend le rendez-vous, c'est vraiment eux qui construisent cette démarche* » ; Chenonceau, MG : « *Et donc après je leur disais : vous appelez* ».

D'autres ont été adressés via un échange direct entre le médecin traitant et la psychologue, avec le support de la fiche de prescription. Le patient a alors été rappelé par la psychologue. Selon Candé, MG : « *Euh pour ce dispositif, je crois pas. Je mets la demande dans le casier des psychologues, et je pensais que c'était les psychologues qui rappelaient, non ?* ».

Certains ont été invités à prendre rendez-vous avec la psychologue en précisant oralement le cadre de prise en charge par le dispositif pour le suivi. Selon Cheverny, MG : « *Je sais qu'on a une feuille à remplir, que souvent j'ai pas sous la main, et que c'est Mme Talcy qui me la pose euh, quelques semaines ou quelques mois après* ».

Certains avaient déjà été vus par une psychologue de la MSP, et se sont vu proposer le dispositif pour leur permettre de poursuivre le suivi. La prescription médicale a alors été réalisée dans un second temps. *Céline, patiente* « *C'est madame Talcy elle-même. J'ai payé la première [séance], et elle s'est occupée de faire le reste* » ; *Rose, patiente* : « *Et puis au bout de la 2e séance, elle m'avait proposé en fait euh, qu'y avait une aide par rapport au remboursement des séances, parce qu'elle avait un peu compris que moi financièrement c'était un peu limite, comme je suis* ».

Un des médecins interrogés n'expliquait pas le dispositif au patient, préférant laisser la psychologue s'en charger. Les autres l'expliquaient, sans préciser le nombre de séances prévu. *Chaumont, MG* : « *on évite de l'dire aux gens : "vous avez le droit qu'à 8 séances". Moi, je le dis pas aux gens... "Vous allez avoir une prise en charge qui va durer un certain temps, on va déjà voir comment se passent vos consultations et après on avisera"* ».

Concernant la période 2019/2020, aucune présentation écrite du dispositif n'a été remise aux patients.

3.1.4.4 Séances de diététique

Le dispositif prévoyait la possibilité de conventionner un professionnel de santé, diététicien ou psychologue, exerçant en dehors de la MSP.

Aucune consultation de suivi diététique n'a été réalisée dans le cadre du dispositif. La maison de santé du Trente ne dispose pas de diététicien, et aucune convention avec un professionnel extérieur n'a été réalisée. Deux explications *a priori* peuvent être proposées : la présence dans la MSP d'infirmières du dispositif Asalée, prenant en charge certaines situation nécessitant la mise en route et le suivi de régimes diététiques et un besoin plus important de suivis psychologiques que de suivis diététiques dans la pratique des médecins. Selon l'entretien avec *Chevernay, MG* : « *En fait je fais très peu appel aux diététiciennes ; très, très peu* » ; « *Et des gens que j'envoie à la diététicienne, ça arrive bien deux fois par an quoi...* » ; « *Alors effectivement, il y a des infirmières Asalée qui ont plus des prises en charge pas diététiques mais euh, sur l'alimentation en générale* ».

3.1.4.5 Consommation du forfait de séances

Le dispositif expérimental proposé à la MSP du Trente était un forfait avec un nombre de séances ou un montant total prévus en amont. La CPAM (finalement seul intervenant, aucun assuré de la MSA n'ayant été inclus) mettait à disposition 80 séances pour l'année 2019. Ce nombre a été dépassé, atteignant 98 séances à la fin de l'année. Un tel surplus avait été prévu par les concepteurs : CPAM : « Nous pouvons transmettre les séances d'une MSP à une autre MSP si besoin » ; « si une MSP consommait moins de séances, et qu'une MSP avait un besoin supplémentaire, elle pouvait nous contacter et on pouvait éventuellement lui accorder d'autres séances. » ; MSA2 : « Très souple même. Le but c'est de s'adapter aux besoins hein. C'est pas que les patients ou les professionnels s'adaptent au forfait, c'est que le forfait s'adapte aux besoins ».

Le dispositif a été renouvelé pour l'année 2020, permettant la suite de la prise en charge des patients ayant débuté leurs séances en 2019, et l'inclusion de nouveaux patients. Selon l'interview de Talcy, psychologue, il a été possible d'inclure à nouveau en 2020 des patients ayant reçu des soins via le dispositif en 2019, permettant ainsi une poursuite du suivi, en dépassant le nombre de séances convenu. Talcy : « on était à 6 ou 7 séances fin 2019, mais du coup on peut en refaire 8 cette année ».

3.1.4.6 Appropriation par les psychologues de la MSP

Les deux psychologues exerçant au cabinet ont participé à l'expérimentation.

Une psychologue a indiqué modifier le temps de consultation quand il s'agissait de séances prise en charge par le dispositif. Selon Talcy, psychologue : « Y'a peut-être une différence au total... entre 5 et 10 minutes de différence [en moins] je dirais ».

Comme pour les médecins, les informations concernant la mise en pratique du dispositif ont été communiquées principalement par oral. Selon Talcy, psychologue : « Ce dispositif m'a été proposé, enfin : le médecin coordinateur m'en a parlé dès le début » ; Amboise, psychologue : « On m'avait annoncé 8 séances par patient ».

Les deux psychologues ont précisé ne pas changer de pratique lorsqu'il s'agissait de patients suivis dans le cadre du dispositif. Amboise, psychologue : « aucune différence. C'est

identique. » ; Talcy, psychologue : « Mais ça changera absolument rien sur ma pratique. J'investis absolument autant, à partir du moment où il s'agit des gens, je donnerai ».

3.1.4.7 *Evaluation du dispositif*

Le dispositif de remboursement étant un système expérimental, les concepteurs avaient prévu d'en réaliser une évaluation. Cette évaluation prenait la forme, pour les assurés CPAM, d'un questionnaire de satisfaction à remplir en fin de séance chez le professionnel pris en charge (psychologue ou diététicien) [\[Annexe 9\]](#). Il figurait dans la convention proposée par la CPAM dans les outils mis à disposition de la MSP. Une évaluation plus globale a été demandée à la MSP, sous forme d'un tableau de synthèse [\[Annexe 10\]](#). Cette évaluation a été évoquée dans nos entretiens avec les concepteurs : CPAM : *« Et moi justement j'suis en train de faire l'évaluation globale du dispositif, en 2019 ».*

La MSA a prévu également une évaluation de son dispositif par le biais de réunion avec un médecin conseil : MSA 2 *« Avec les critères d'évaluation, évaluation assez simple. Et puis aussi on demande à la caisse de la MSA locale d'organiser une réunion avec les professionnels de la maison de santé concernée par ce forfait au bout d'un an, pour faire une relecture de comment s'est passé l'expérimentation ».*

En pratique, l'évaluation globale demandée à la MSP a été fournie par le médecin coordinateur du projet. Le questionnaire de satisfaction patient a été très peu distribué. Il est apparu aux professionnels de santé concernés difficile à remplir par le patient. Il était également difficile pour eux de demander aux patients de juger sur le moment le dispositif, craignant un défaut d'anonymat et une réponse faussée. Selon l'entretien avec Talcy, psychologue : *« Et puis, quant aux questionnaires de satisfaction que l'assurance maladie nous a confiés, ou il y a 6 paramètres, je n'ai jamais pensé à le donner parce que j'estime que la formulation est très confuse, enfin pas claire du tout » ; Talcy : « Ils vont se sentir mal à l'aise de, d'avoir à cocher devant moi » ; Talcy : « Parce que moi j'estime que si c'est moi qui demande, c'est faussé ».*

Tableau 5 : Récapitulatif Question 1

Mise en place du dispositif selon les attentes des concepteurs	Mise en pratique au sein de la MSP	Raisons des discordances / Distorsion	Verbatim
La CPAM et la MSA ont proposé une convention à certaines MSP du 41	La MSP a accepté cette convention. Un des médecins de la MSP n'avait pas connaissance du dispositif	L'information s'est transmise à l'oral Pas de trace écrite.	Blois, MG : « Enfin, ça a été même pas présenté. C'est le Dr Chaumont qui a dit "nous avons une enveloppe pour avoir 8 séances au moins chez le psychologue" » Villandry, MG : « J'aurais aimé être au courant du dispositif avant, car malheureusement je n'avais pas connaissance que ça existait ».
	Un des médecins de la MSP ne se sert pas du dispositif	Il réalise par lui-même les suivis psychologiques Il oriente vers d'autres structures permettant une prise en charge financière (hôpital de jour)	Blois, MG : « Je fais de la thérapie cognitivo-comportementale » Blois : « ça fait aussi parti des critères d'adressage au CMP, le fait qu'ils ne payent pas »
La MSA et la CPAM ont défini des critères d'éligibilité	Les patients recevant les soins par le dispositif n'avaient pas tous ces critères d'éligibilité	Les médecins n'avaient pas connaissance des critères d'éligibilité Les critères d'éligibilité n'ont pas été diffusés	Chambord, MG : « Pour moi les critères d'éligibilité sont complètement flous » ; Chenonceau : « Et après avoir fait des erreurs et avoir envoyé euh, des enfants, des gens qui étaient à la MGEN » Candé, MG : « J crois que n'importe qui n'y a pas le droit ».
Les critères d'éligibilité sont élaborés à partir des guides de bonne pratique, destinés aux personnes en difficultés financières.	Les patients recevant les soins par le dispositif n'avaient pas tous ces critères d'éligibilité	Les médecins prescripteurs ont utilisé leurs propres critères, Selon leurs besoins, selon leur pratique,	Candé : « Pour la deuxième, parce que je sais que financièrement ça devait pas poser de problème, je sais pu ce que j'ai donné comme argument ». Cheverny : « peu importe qu'ils soient millionnaires » ; « Est-ce que on devrait dire à quelqu'un qui a manifestement les moyens, ben non le dispositif est pas pour vous, si vous voulez vous payez ».

Tableau 5 : Récapitulatif Question 1

Mise en place du dispositif selon les attentes des concepteurs	Mise en pratique au sein de la MSP	Raisons des discordances / Distorsion	Verbatim
Les concepteurs ont prévu que le médecin traitant soit le prescripteur initial La CPAM et la MSA voulait rendre accessible des soins de psychologie et de diététique aux patients qui en avaient besoin en urgence Une enveloppe annuelle calculée pour un nombre de séances donné a été mise à disposition de la MSP La MSA a prévu une enveloppe forfaitaire pour la prise en charge de ses assurés	Certains patients ont été pris en charge initialement sans prescription médicale Aucun médecin n'a cité cette situation lors des entretiens L'enveloppe CPAM a été intégralement utilisée en moins d'un an L'enveloppe de la MSA n'a pas été utilisée Aucun patient assuré de la MSA n'a reçu de consultation dans le cadre du dispositif	Le professionnel de santé qui adresse le patient peut être un paramédical du cabinet (IDE Asalee) Le patient est suivi par un psychologue et se voit proposer le dispositif lors de ce suivi Une prise en charge psychologique en urgence est rare, Il faut que le psychologue soit disponible Les besoins de la MSP sont supérieurs à ceux attendus par la CPAM. L'enveloppe prévue est insuffisante Il y a peu de patients MSA au sein du cabinet,	Charlotte : « J'ai vu une infirmière dans un premier temps pour mes soucis général de santé, et euh où à partir de là on a commencé à un peu discuter, et elle m'a dit que ça serait bien que je voie une psy pour finir de régler mes problèmes » Lola : « C'est [l'IDE Asalée] déjà qui m'a conseillé d'aller la voir, parce que j'avais beaucoup de mal à accepter certaines choses » Rose : « Elle m'avait proposé en fait, qu'y avait une aide par rapport au remboursement des séances, parce qu'elle avait un peu compris que moi financièrement c'était un peu limite » Cheverny : « On est en juillet 2020, on n'a plus de sous ». Chaumont : « C'est 80 séances de prise en charge ... donc on est largement au-dessus » Villandry : « Avoir une dotation, une enveloppe globale qui est plus importante ». MSA1 : « le taux d'assurés MSA sur le Loir et Cher est de 7% » MSA1 : « C't'à dire nous on a des MSP euh, euh, qui euh n'ont pas, qui n'ont intégré aucun patient MSA dans l'dispositif »

Tableau 5 : Récapitulatif Question 1

Mise en place du dispositif selon les attentes des concepteurs	Mise en pratique au sein de la MSP	Raisons des discordances / Distorsion	Verbatim
Une prise en charge des consultations de diététique était prévue dans le dispositif Nombre de séances CPAM défini à l'avance	Aucune consultation de diététique n'a été prise en charge par le dispositif dans la MSP du Trente Modulation du nombre de séance	Les patients MSA n'en ont pas eu besoin Pas de diététicien(ne) au sein de la MSP. Présence d'infirmières Asalée, permettant un suivi sur le plan alimentaire Peu de besoins dans la pratique, Plus de besoin de prises en charge psychologique que diététique Besoins différents selon les patients et les cas	<i>Blois [médecin généraliste (MG) concernant les patient assurés MSA] : « Ben ils vont tous bien. C'est pas des gens que je vois souvent en plus, enfin ils n'ont pas forcément des pathologies lourdes ou chroniques, ceux qui viennent me voir en tous cas »</i> <i>Cheverny : « Alors effectivement, il y a des infirmières Asalée qui ont plus des prises en charge pas diététiques mais euh, sur l'alimentation en générale »</i> <i>Cheverny, MG : « En fait je fais très peu appel aux diététiciennes ; très, très peu » ; « Et des gens que j'envoie à la diététicienne, ça arrive bien deux fois par an quoi... »</i> <i>MSA2 : « Très souple même. Le but c'est de s'adapter aux besoins hein aux besoins »</i> <i>Talcy : « faudrait pouvoir au sein de ce dispositif avoir un peu, un nuancier quoi. Une sorte de nombre qui soit à l'appréciation là du psychologue » « Dire tiens ce patient là, ça va être a priori, j'invente les chiffres, euh 8 séances, pour celui-là vraiment 12, et celui-là ben clairement 16 »</i>

3.2 Question 2 : quelles difficultés les professionnels ont-ils rencontrées, et que proposent-ils pour les surmonter ?

3.2.1 Les difficultés rencontrées

L'analyse des entretiens des 6 médecins et des 2 psychologues de la MSP ont permis d'extraire des catégories concernant leurs difficultés rencontrées, et d'en tirer une classification thématique élargie :

3.2.1.1 Les problèmes liés au rapport entre les professionnels et le dispositif

- Manque de connaissance des critères prévus par les concepteurs : selon Blois « *je ne savais même pas quels étaient les critères en fait* ». Chambord : « pour moi les critères d'éligibilité sont complètement flous »
- Manque de connaissance des modalités d'adressage : selon Blois « *Au départ j'avais vraiment pas compris comment on les envoyait* »
- Manque de connaissance des outils d'adressage : Cheverny « *il y a une feuille à remplir, donc je me fais engueuler à chaque fois parce que je ne l'ai pas remplie* »
- Ignorance du dispositif. Villandry : « *Non, moi je n'ai pas pu en adresser, enfin j'aurai pu et j'aurais voulu si j'avais eu connaissance du dispositif mais je ne savais pas que ça existait* »
- Faiblesse du nombre de séances attribuées à chaque patient : selon Villandry : « *J'aurai tendance à dire que 8 consultations ça peut être un peu juste* » ; Chambord : « *Je pense que 8 séances au final ça reste court, pour le travail que l'on donne à la psychologue* »
- Nombre de séances " fixé " en amont : Chambord : « *Y'avait une patiente qui me disait j pense pas qu'on peut attribuer des forfaits... 8 séances pour une dépression, décider que voilà c'est 8 séances pour une dépression, 6 séances pour une dépression...* » ; Blois : « *Alors euh, si on décrète d'emblée que c'est 8, on sait pas où on va arriver* » ; Talcy : « *Une fois qu'on a commencé un travail qui est vraiment intéressant, qui commence à porter ses fruits, si on met les comptes à rebours très rapidement en disant plus que 3 séances, plus que 2 séances, ben c'est très très très frustrant* »
- Désaccord avec les critères d'éligibilité, et notamment financier, pensés par les concepteurs : Chaumont : « *des fois on s'est retrouvés avec 2 ou 3 patients qu'on a adressés alors qu'ils ne relevaient pas de cette prise en charge d'un point de vue*

financier » ; Cheverny : « Ils rentrent dans ce dispositif parce que c'est ça la barrière. Parce qu'on identifie pendant la consultation avec moi, que c'est la seule raison [le non-remboursement] pourquoi ils y vont pas ».

3.2.1.2 Les problèmes liés à la relation entre les professionnels et les patients

- Méconnaissance des ressources financières des patients suivis. Selon Chaumont : *« c'est compliqué ouais, d'un point de vue financier. On va pas leur demander de venir avec leur déclaration de revenus chacun »*
- Volonté de « bien faire » par rapport au patient. Selon Chenonceau : *« j'avais peur de lui proposer et que ... de vendre du rêve quoi »*
Talcy : *« Y'a un moment de flottement où le patient ne sait pas si ça fonctionne ou pas, je sens qu'il y a un moment de flottement au début des séances, où il n'ose pas en parler [du remboursement] »*
- Implication nécessaire (temps, gravité des situations des patients) : selon Talcy : *« Je vois beaucoup dans ce dispositif de gens qu'ont des cas assez lourds en fait » ; « Je vois quand même beaucoup de gens traumatisés, avec de gros traumatismes » ; Chambord : « En général le genre de patient qu'on envoie ont un travail assez lourd à faire »*
- Attente d'une implication volontaire de la part du patient : Chaumont : *« si on arrive avec le patient à se mettre d'accord que les soins par une psychologue peuvent être une aide dans sa prise en charge » ; Blois : « J'oriente le patient surtout si c'est lui qui veut ».*

3.2.1.3 Les problèmes liés aux relations entre les professionnels

- Défaut d'information de professionnels concernés : Candé : *« Comment on peut améliorer ? Eh ben c'est clair et net. Déjà faudrait que je comprenne le système ! »*
Talcy : *« il a fallu que j'échange avec un des médecins du cabinet qui m'a dit " ah beh non, en 2020 on remet les compteurs à zéro " »*
Blois : *« ça n'a été même pas présenté. C'est Dr Chaumont qui a dit " nous avons une enveloppe pour avoir 8 séances au moins chez le psychologue" »*

- Volonté d'indépendance des professionnels. Selon *Amboise* : « ils [les psychologues] tiennent à leur indépendance en libéral, donc de pas avoir de prescription de la part d'un médecin, avec un nombre de consultations »
- Questionnement sur le secret médical partagé. Selon *Cheverny* : « c'est une vraie difficulté ça. De savoir dans quelle mesure on doit pouvoir échanger sur un patient ».

3.2.1.4 Les problèmes liés aux rapports des professionnels avec leur propre pratique

- Absence de besoin, ou de demande : *Blois* : « j'ai pas eu de demande »
- Doute des professionnels face aux freins des patients. Selon *Cheverny* : « moi à mon sens on cherche à résoudre le problème de j'y vais pas parce que ça coute trop cher. Est-ce que on doit intervenir pour dire euh, compte tenu de vos revenus non c'est dans vos moyens ou pas ? C'est une question de philosophie personnelle »
- Manque d'implication des professionnels : *Blois* : « j'sais pas, on y pense, on y pense pas »
- Désaccord avec certaines contraintes liées au dispositif. Selon *Chenonceau* : « Peut-être que je l'ai proposé à des gens qui avaient de quoi payer mais, moi j'avais... » « la deuxième chose qui m'a embêtée c'était que c'est pas avec n'importe quelle psychologue, et ça, ça m'a posé problème »
- Volonté de garantie financière, maintien de revenus : selon *Chaumont* « le frein principal des psychologues c'est le prix de la consultation qui est fixé à 40 euros ». *Cheverny* : « ça correspond pour elles à une baisse d'honoraires »
Amboise : « C'est un effort financier pour les psychologues, parce qu'on réduit nos honoraires »
- Volonté d'avoir la main sur le fonctionnement : exemple sur la répartition du nombre de séances, *Talcy* « pour certains qui n'auraient besoin que de soutien et d'accompagnement, et qui sont remis sur pied... Celle qui n'aura pas utilisé les 8 séances de l'année 2020, ça peut être utilisé pour quelqu'un d'autre »
- Attente d'une implication financière du patient dans son suivi. Selon *Amboise* : « je trouverai judicieux que les patients puissent participer, en fait, à la prise en charge ».

Le regroupement des catégories et l'intégration dans un schéma a permis de dégager une classification de 4 types de médecins :

- *Je connais le dispositif et m'en sers comme il a été pensé* : Concerne un médecin du cabinet, qui était le coordinateur initial du dispositif en lien avec la CPAM et la MSA.
- *Je connais le dispositif et m'en sers à ma façon* : Concerne les médecins qui prescrivent le dispositif sans connaître toutes les modalités de celui-ci. Certains patients sont orientés alors qu'ils sont « hors critère » et les outils mis à disposition du médecin sont méconnus ou inutilisés. Il s'agit de la majorité des médecins interrogés.
- *Je connais le dispositif mais ne m'en sers pas* : Concerne un médecin du cabinet, qui a connaissance du dispositif sans en connaître tous les détails, mais qui n'en ressent pas le besoin dans sa pratique.
- *Je ne connais pas ce dispositif* : concerne un médecin du cabinet.

3.2.2 Les propositions pour surmonter les difficultés

Au cours du codage des entretiens avec les professionnels, des propositions d'alternative ou d'amélioration ont été citées. Elles ont, pour certaines, été mises en œuvre.

3.2.2.1 L'utilisation des structures existantes

Il est possible au MG d'adresser ses patients ayant besoin de soins psychologiques à des structures permettant ces suivis, ceux-ci étant pris en charge sur le plan financier. La première structure citée est le Centre médico-psychologie (CMP). Présent sur la commune de Vendôme, il permet un suivi psychologique sur rendez-vous. Selon Blois : « ça fait aussi parti des critères d'adressage au CMP, le fait qu'ils ne payent pas ». Certains patients qui ont été inclus dans le dispositif de remboursement au sein de la MSP avaient déjà reçu un suivi par ce biais.

La deuxième structure citée est l'hôpital de jour de psychiatrie. Il permet selon le médecin qui utilise cette alternative d'obtenir des rendez-vous plus rapidement que par le CMP.

Blois : « c'est pas le CMP, ce sont les consultations de psychiatrie à l'hôpital de jour. C'est pas le CMP, le CMP y'a jamais de rendez-vous, vous en avez au bout de 6 mois, si ce n'est pas 12 ».

Ce caractère d'"urgence" des soins de psychologie avait été cité par un des concepteurs interviewés. Le dispositif de remboursement au sein de la MSP devait donc pouvoir aider le médecin et le patient à obtenir des soins rapidement. Selon MSA2 : *« On peut demander à mobiliser le fond social de la MSA ou du régime général, mais construire un dossier c'est long et puis au moment où on a des financements, les personnes qu'on avait réussi à motiver ne sont plus motivées et du coup, quelques semaines après on ne peut pas démarrer les soins ».*

Le forfait peut être proposé si on retrouve « la nécessité d'une prise en charge rapide » selon la convention proposée par la MSA. [Annexe 7]

3.2.2.2 La communication entre les professionnels de la MSP

Le debriefing entre les professionnels est un système d'amélioration du dispositif cité dans les entretiens. Il a été organisé au sein de la MSP un calendrier cyclique de réunion portant sur le dispositif. Selon Chaumont : *« les débriefings dans un premier temps c'était des débriefings sauvages, donc c'est-à-dire entre deux portes, entre deux consultations. Puis après à l'usage on a mis en place un débriefing mensuel ».*

D'autres moments ont permis un échange entre les professionnels, permettant pour certains de s'informer sur le dispositif : Chenonceau *« C'est après qu'on a fait une réunion avec Mme Amboise et Mme Talcy que... enfin je trouvais pas ça clair ».*

3.2.2.3 La modulation dans le mode de règlement

Un psychologue de la MSP a indiqué faire participer le patient à la prise en charge financière en faisant régler une consultation sur deux. Ce système a pour but d'augmenter la durée du suivi, tout en conservant un levier du frein financier de la prise en charge.

Selon Amboise : « Je fais une séance sur deux, et puis de manière que ça leur coûte mais ça leur bénéficie longtemps ».

3.2.2.4 *La modulation du temps de consultation*

Un psychologue de la MSP a décrit une variation dans son temps de consultation pour les patients inclus dans le dispositif.

Talcy : « j'essaye de me tenir à 45 minutes. Alors ça peut atteindre 50 suivant, voilà, mais on va dire 45, 50 minutes, je fais vraiment moins d'une heure » ; « Y'a peut-être une différence au total, de entre 5 et 10 minutes je dirai ».

Au cours de son entretien, Talcy décrit également une adaptation de son emploi du temps, lui permettant de regrouper les consultation PEPSY.

Talcy « il se trouve que du coup ça demande une organisation qui petit à petit s'est faite instinctivement. C'est-à-dire que les patients de prise en charge CPAM je les vois plutôt le matin et du coup j'en mets 3 ».

3.2.2.5 *Le jugement des revenus financiers par les couvertures complémentaires*

Un moyen cité par les médecins pour juger des critères d'éligibilité sur le plan financier a été de se fier à la présence ou non d'une couverture complémentaire. Il peut s'agir d'une couverture maladie universelle (CMU), remplacée aujourd'hui par la Complémentaire santé solidaire (CSS).

Selon Chaumont : « Je m'aide aussi forcément, les gens qui ont la CMU, d'emblée, je ne vais pas leur demander s'ils peuvent se payer la psychologue. Je vais leur proposer » ; Candé : « Elle a la CMU elle, donc pour elle, d'emblée je me suis dit ça devrait coller au niveau financier ».

Il peut également s'agir de patients pris en charge dans des structures d'aide : le centre d'accueil de demandeurs d'asile (CADA). Il apparaît dans un entretien que les patients adressés par le CADA sont le plus souvent dans une situation de difficulté économique. Selon Cheverny : « les gens du CADA, du centre d'accueil des demandeurs d'asile, parce que ceux-là, ils se proposent pas de la possibilité qu'ils aient ou pas de... [moyens financiers] ».

3.2.2.6 *La modulation dans le chemin d'adressage*

Le dispositif a été conçu initialement autour du médecin traitant, réalisant une prescription initiale pour l'inclusion du patient dans le dispositif. Une des difficultés rencontrées par les professionnels a été le manque de connaissance ou le mésusage des outils prévus. Il a été décrit un adressage *a posteriori* : *Chenonceau* : « on a une feuille à remplir, que souvent j'ai pas sous la main, c'est Mme Talcy qui me la pose, quelques semaines ou quelques mois après ».

3.2.2.7 *La volonté d'ancrer le dispositif dans le temps*

Les médecins interrogés ont émis le souhait de voir le dispositif se poursuivre dans le temps, sa pérennisation. Pour certains, il permettrait un ancrage dans la pratique : *Villandry* : « Il permettrait d'être proposé aux patients qui en ont besoin, et je pense que c'est quelque chose qui peut vite venir en tête » ; *Blois* : « [Vous en servir ?] Si, si j'en vois l'occasion de. Oui, si un patient a besoin » ; *Chaumont* : « dans ma pratique peut être orienter plus facilement encore vers la psychologue », « comment on pourrait améliorer le dispositif, en l'étendant de manière pérenne » ; *Cheverny* : « J'vais avoir le plus grand mal à m'en passer s'il ne devient pas pérenne un jour ou l'autre » ; *Amboise* : « [sur la pérennisation] Plus de, davantage d'échanges entre praticiens de santé et, pour le patient, pour le bénéfice du patient ».

3.2.2.8 *La volonté de majorer le nombre de séances, et de l'ouvrir à d'autres patients*

Les entretiens avec les professionnels de santé ont fait souvent ressortir que le nombre de séances disponibles pour chaque patient serait trop insuffisant. Il serait, selon eux, bénéfique d'augmenter l'enveloppe financière distribuée par la CPAM pour pouvoir distribuer plus de séances. La durée des soins de psychologie est souvent citée comme étant trop courte avec les 8 séances prévues : selon *Chambord* : « Donc améliorer le nombre de séances ; 8 Séances c'est beaucoup et pas assez à la fois, parce qu'en général si l'on envoie ses patients au psychologue c'est qu'il y a un vrai travail de fond à faire » ; *Amboise* : « Mais deux sur trois [cas suivis] les 8 [séances] ne suffiront pas, même s'il en faudra pas vingt ».

On retrouve la volonté de moduler le nombre de séances selon les situations : *Chaumont* : « *Les gens qui n'ont pas de moyens, bénéficiaires de la CMU par exemple, pourraient, alors pas consommer outre mesure mais ne pas être forcément limités sur le nombre de séances* » ;

La possibilité d'ouvrir le dispositif à une patientèle aujourd'hui non éligible au dispositif est citée par différents médecins. Par exemple les mineurs ne sont pas éligibles au dispositif pour la CPAM. Pour *Blois* concernant la prise en charge des enfants : « *Parce que justement quand on les prend plus jeune, et qu'on s'occupe des problèmes plus jeunes après c'est plus simple* » ; *Candé* : « *J'sais pas pourquoi ils sont pas pris en charge, j'comprends pas* » « *Non c'est pas normal. C'est pas normal du tout. Après y'a l'argument psychologue scolaire, mais...* ».

Le dispositif étant expérimental, il est porté par la CNAM et la MSA et concerne donc les patients assurés à ces deux caisses. Il existe donc des patients qui auraient les critères requis, mais n'étant pas affiliés à l'une des deux caisses, ne peuvent pas être inclus. Cela est questionné dans un entretien avec *Chaumont* : « *Certes ça couvre euh on va dire 90% d'nos patients mais c'est vrai que, pourquoi pas les autres régimes. Non ?* ».

3.2.2.9 *Autres pistes*

Dans un entretien médecin, nous avons eu la proposition de faire une enveloppe dédiée par patient, au lieu d'une globale. *Chaumont* : « *Peut-être par patient, pas forcément par cabinet ou par MSP, en disant voilà, la CPAM vous rembourse 200 euros par an de soins chez la psychologue, sur prescription médicale* ».

3.3 Question 3 : Quels sont les ressentis des patients et des professionnels vis-à-vis de ce dispositif ?

3.3.1 Modèle explicatif

Pour répondre à la Question 3, l'analyse des ressentis des divers intervenants quant au dispositif a fait appel à une méthode inspirée de la théorisation ancrée. A partir du codage initial, des catégories ont été construites, leurs caractéristiques et leurs dimensions ont été précisées et un modèle explicatif global a été élaboré à partir des interconnexions des catégories.

Les résultats s'organisent autour de deux grandes catégories : « à la maison » et « l'éligibilité centrée-patient ». L'interprofessionnalité fait le lien entre les catégories, dans un modèle global qui décrit un parcours qui passe par la feuille d'adressage par le médecin généraliste pour aller du besoin ressenti à la satisfaction.

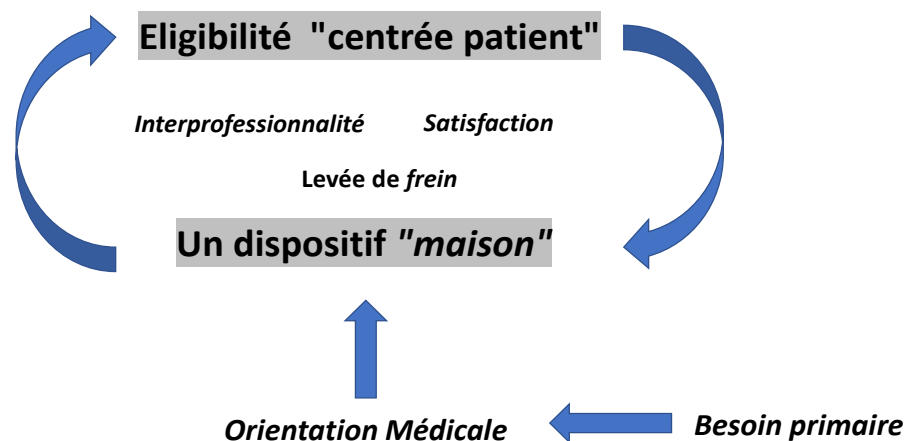


Figure 1 Modèle explicatif, Question 3

3.3.2 Les besoins ressentis

L'accès à une prise en charge psychologique était un besoin exprimé par tous les médecins interrogés. Les problèmes psychologiques représentaient selon eux une part de plus en plus importante dans leur profession de médecin généraliste : Cheverny : *« dans les soins primaires, on est largement passé d'une prévalence dominée par l'infectieux et le cardio-métabolique, à une prévalence dominée par les troubles psychiques »* ; Chambord : *« Nos patients sont en grosse demande »*. L'impossibilité à y accéder était alors mal vécue : Cheverny : *« Se résoudre à ne pas proposer la prise en charge qui paraît la plus adaptée à un patient pour des raisons de revenus, c'est vraiment la double punition pour le patient ! »*.

Les besoins d'une prise en charge psychologique étaient également exprimés par les patients eux-mêmes. Pour Rose : *« J'ai expliqué un peu ma situation et j'avais demandé si elle ne connaissait pas une psychologue qui pourrait... qu'elle pourrait me renseigner, en fait »* ; Iris : *« J'ai pétié les plombs un jour. Et donc pour m'aider, enfin j'avais dit bon ben oui faut que je consulte quoi »*.

Ils pouvaient, enfin, être identifiés par d'autres professionnels de la MSP. Ainsi, pour Lola : *« C'est [l'infirmière Asalée] qui m'a conseillé d'aller la voir, parce que j'avais beaucoup de mal à accepter certaines choses »*.

Les soins psychologiques étaient considérés comme faisant partie de la prise en charge globale du patient : Charlotte : *« J'ai vu une infirmière pour mes soucis généraux de santé, et elle m'a dit que ça serait bien que je voie une psy pour finir de régler mes problèmes »*.

Les entretiens ont montré que ces besoins étaient parfois anciens, souvent liés à des traumatismes, comme avec Valérie : *« J'avais beaucoup de choses à voir avec elle donc c'est vrai que j'ai beaucoup de... passé lourd »*. On retrouve cette notion de traumatismes passés dans les entretiens avec les médecins et les psychologues : Chaumont : *« On a beaucoup de situations où on se rend compte qu'il y a eu quand même des abus dans l'enfance »* ; *« Je les ai adressés parce que je pense vraiment qu'ils avaient un travail psychologique à faire sur eux, avec un travail de fond, avec des blessures qu'ils avaient notamment dans l'enfance »* ; Talcy : *« Je vois quand même beaucoup de gens traumatisés, avec des gros, gros, gros traumatismes »*.

Un autre élément qui ressort des entretiens patients est la part importante de besoins psychologiques liés à des difficultés au travail ; *Cris*, par exemple : « *J'voulais plus y aller ! J'voulais plus voir le travail* », ou bien encore *Fabienne* : « *Mon médecin traitant m'avait conseillé de rencontrer la psychologue pour un burn-out* ».

Certains patients étaient ou avaient été sous traitement psychotrope (antidépresseurs par exemple), comme *Tulipe* : « *J'avais un traitement par le médecin c'est tout...* » ou *Valérie* : « *Sous antidépresseur, j'y suis toujours d'ailleurs* ». Néanmoins, les médecins et les psychologues insistaient sur une prise en charge par psychothérapie de leurs patients, plutôt que médicamenteuse : *Candé* « *C'était une demande chimique, de médicaments, et je pensais que c'était loin d'être suffisant, voire même peut-être pas utile* » ; *Amboise* : « *C'est indispensable que ces personnes s'autorisent une psychothérapie parce que sinon elles peuvent vivre avec des anxiolytiques... Vu les origines des troubles, je pense qu'elles peuvent prendre des anxiolytiques toute leur vie* » ; *Chenonceau* : « *Maintenant, franchement, j'essaye de moins en moins de prescrire les antidépresseurs* » ; *Cheverny* : « *J'ai très, très peu de goût pour les antidépresseurs d'une façon générale* ».

Enfin, les médecins considéraient le dispositif comme une aide dans leur pratique, à double titre. Il leur permettait d'une part un gain de temps, les consultations dédiées aux souffrances psychologiques étant longues. Selon *Chenonceau* : « *Clairement. Le temps. Ouais franchement j'avais être honnête, c'est surtout le temps* » ; *Candé* : « *c'est chronophage* ». Il leur apportait d'autre part des compétences qui leur faisaient défaut : *Chaumont* : « *Par manque de compétences également sur les thérapies de soutien où là je n'ai pas forcément les compétences pour pouvoir accompagner* » ; *Cheverny* : « *Je vais pas aller faire la prise en charge du traumatisme, je sais pas faire ça* » ; *Chenonceau* : « *Est-ce que j'ai vraiment toutes les techniques adaptées aussi ?* » ; « *Chambord* : « *Je n'ai pas les compétences pour travailler sur ça, donc c'est vraiment un atout majeur, le psychologue* ».

3.4 L'orientation médicale

Une fois les besoins exprimés par les patients ou identifiés par les professionnels, le deuxième aspect qui s'est dégagé de l'analyse du codage des entretiens est l'importance de la place du médecin généraliste. Il est prévu initialement comme prescripteur par les concepteurs, selon

MSA 2 : « Un médecin généraliste se trouve confronté à un patient qui a des besoins de soins, psychologue ou diététicien ou les 2, peut mobiliser le forfait » ; « il adresse, il prescrit les soins, il adresse au psychologue, au diététicien, ou aux deux ».

Soumettre l'inclusion des patients à une prescription médicale était une règle que partageaient les médecins interrogés : aucun ne l'a remise en cause. Selon Chaumont : *« s'il n'y a pas de prescription médicale, si les gens y vont d'eux-mêmes, c'est là où il risque d'y avoir un 'consommérisme' un peu plus important » ; « une prescription, une orientation médicale avant, une évaluation médicale avant ».*

Les médecins interrogés évoquaient une décision partagée avec le patient. Selon Chaumont : *« Au décours de la consultation, si on arrive avec le patient à se mettre d'accord que les soins par une psychologue peuvent être une aide dans sa prise en charge... » ; Cheverny : « A partir du moment où on tombe d'accord avec le patient, on prend la décision partagée que la meilleure des prises en charge possible, ou un élément de la prise en charge, serait la consultation chez la psychologue ».*

Des entretiens avec les patients, il est ressorti une notion de confiance : Cris : *« C'est grâce au docteur Cheverny qui m'a mis sur le psy. Sinon je n'y serai pas allée » ; Kiki : « Je pense que quand on n'est pas guidée c'est dur parce qu'on ne sait pas trop vers qui se tourner et la problématique, elle est là aussi » ; « Après un docteur qui suit un patient il arrive à mesurer le degré parce que ... ».*

Les psychologues interrogées ont estimé que cette prescription pouvait néanmoins freiner certains psychologues. Selon Amboise : *« d'autres... Parce qu'ils tiennent à leur indépendance en libéral, donc de pas avoir de prescription de la part d'un médecin, avec un nombre de consultations ».*

3.5 "À la maison"

L'analyse des codes initiaux a rapidement fait émerger une grande catégorie centrée sur l'appropriation de la MSP et la gestion « interne » du dispositif. Nous avons intitulé cette catégorie « à la maison », terme dont la polysémie rend bien compte des différents aspects rencontrés dans le verbatim :

- Un lieu, que s'approprient les patients autant que les professionnels, cadre habituel et rassurant.
- Une réponse aux besoins des patients de la MSP, sur les lieux.
- Organisée par des professionnels qui se connaissent et se rencontrent et peuvent échanger facilement à tout moment.
- Une appropriation par les uns et les autres de la version « maison » du dispositif.

3.5.1 La maison des patients

Dans les entretiens avec les patients ayant bénéficié du dispositif, un élément est régulièrement revenu : le fait que les soins soient dispensés dans le même cabinet, le même lieu que celui connu habituellement du patient, le cadre rassurant de *leur* MSP. *Charlotte* : « Je fais partie du même centre médical » ; « J'ai mon médecin ici, l'infirmière c'est la femme de mon médecin, et ma psychologue au même endroit. Tout s'est emboîté ensemble » ; *Iris* : « Je préfère aller voir le psychologue dans le même cabinet où je vais chez le docteur » ; *Fabienne* : « Ça rassure quand on ne va pas bien, de se dire que le médecin traitant il le prescrit, le psychologue il est au même sein du cabinet médical » ; « Le fait que la psychologue soit dans le cabinet du trente, ça a aidé vraiment à pouvoir enclencher le suivi » ; « Ce qui m'a aidé aussi, c'est de me dire que c'était au même, au sein du cabinet médical » ; « on est rassuré quand c'est au sein d'une même, d'un même groupe en fait » ; « Le fait que la psychologue soit dans le cabinet du trente, ça a aidé vraiment à pouvoir enclencher le suivi » ; « Ce qui m'a aidé aussi, c'est de me dire que c'était au même, au sein du cabinet médical » ; *Iris* : « Je préfère aller voir le psychologue dans le même cabinet de où je vais chez le docteur » ; *Fidji* : « Parce que comme je vais déjà là pour les docteurs, je dis : ben voilà, c'est bien » ; « Je me dis pourquoi aller ailleurs alors que je viens là pour le médecin ? ».

3.5.2 La maison des soignants

En miroir de cette appropriation par les patients, l'unité de lieu des soins était également un atout pour les médecins interrogés. Selon *Cheverny* : « Parce que ça c'est l'intérêt de travailler ensemble au sein de la MSP » ; *Chaumont* : « Ce qui est très facile c'est qu'on a les

psychologues dans le même bâtiment et ça, c'est très facilitant et très incitateur aussi à proposer » ; Candé : « La proximité, le fait qu'elles soient juste à côté, je trouve ça facile pour convaincre pour les patients ».

Cette proximité des différents intervenants professionnels permettait également de faciliter l'adressage, ainsi que la gestion "administrative" (fiche de renseignement, prescription initiale). *Cheverny : « On est dans la même boutique donc c'est quand même pas très compliqué ».*

Cet « effet maison » a pu également influencer les prescriptions des médecins. La non-prescription de séances de diététique a été, comme on l'a vu, expliqué par les médecins par un moindre besoin et par une prise en charge possible par les infirmières Asalée. Il semble néanmoins que l'absence de professionnel au sein de la MSP soit également une explication. *Cheverny : « Mais probablement que si on travaillait au quotidien avec une diététicienne, qu'on la croise tous les jours qu'on discute de ceci de cela, qu'on sait exactement ce qu'elle fait, qu'on se réunit de temps en temps, [la prescription de consultations diététiques] arriverait plus souvent, ça c'est clair ».*

Ce besoin de connaître les professionnels vers qui sont adressés les patients apparaissait régulièrement dans les entretiens. Selon *Cheverny : « C'est un élément important, c'est qu'on n'envoie pas à une psychologue ou à une diététicienne. On envoie à telle psychologue ou diététicienne » ; « Je sais comment elles travaillent, je sais sur quoi elles travaillent » ; « quelqu'un en qui ils [les patients] ont confiance leur a vendu la psychologie, et viennent me voir pour, pour savoir euh c'que j'en pense d'abord et puis pour savoir qui aller voir » ; Chenonceau : « savoir vers qui envoyer, je trouve ça pas évident quand on les connaît pas » ; « j'pense qu'ils [les patients] aiment bien qu'il y ait un lien et savoir pourquoi tu les envoies et vers qui » ; « J'pense qu'ils [les patients] aiment bien connaître, enfin qu'on [médecins et psychologues]... qu'on se connaisse ».*

3.5.3 L'organisation « maison »

La gestion du dispositif par les professionnels de la MSP (un médecin est "réfèrent" au sein de la MSP) semblait un facteur important de son intégration. Il était cité par les concepteurs : selon *MSA 2 : « Vous prenez en charge des assurés MSA, une séance, cinq séances... comme vous voulez ! Vous autogérez ce fond, c'est une enveloppe pour un an quoi » ; « Pour les*

professionnels de santé, les prescripteurs, les généralistes, et puis les opérateurs, c'est-à-dire les psychologues, les diététiciens, c'est une responsabilité supplémentaire d'autogérer ce fond. C'est l'esprit aussi de ce forfait. Il est à la main de la maison de santé, du collectif de soin : à vous de gérer » ; « On n'a pas de consignes à vous donner ».

3.5.4 Vers un parcours de soins

Cette gestion "locale" du dispositif, c'est-à-dire une adaptation du projet global aux besoins locaux des praticiens et des patients, est revenue dans un entretien avec un médecin : Cheverny : *« Je pense que les solutions seront locales. Moi je crois vraiment à ça. Je crois à des solutions locales »*. Cette gestion devait améliorer le parcours de soins du patient. Dans l'entretien avec le responsable du projet Sécu : *« [L'objectif du dispositif est de] promouvoir en fait des parcours de soins qui sont plus efficaces »*. Cette notion a été reprise et prolongée par Cheverny : *« Les parcours de soin vont devenir tellement important dans la prise charge, c'est-à-dire : qui a les compétences locales pour faire tel ou tel truc, que les recommandations de prise en charge devront être locales »*.

3.6 L'interprofessionnalité

Bien que développé au sein d'une maison de santé dite « pluriprofessionnelle », le projet a permis l'expression d'une véritable interprofessionnalité autour des projets de soins des patients concernés d'une part, et autour du dispositif lui-même d'autre part.

3.6.1 Une orientation discutée

L'interaction entre les professionnels de la MSP a pu conduire à l'intégration de patients au sein du dispositif, sans que cela eût été le cas *a contrario*. Nous avons relevé pour commencer le mode d'adressage des patients. Certains ont été initiés au dispositif lors de leurs suivis par les infirmières Asalée. Par exemple Lola : *« C'est [l'infirmière Asalée] déjà qui m'a conseillé d'aller la voir, parce que j'avais beaucoup de mal à accepter certaines choses »* ; Charlotte : *« J'ai vu une infirmière dans un premier temps pour mes soucis général de santé, et elle m'a dit que ça serait bien que je voie une psy pour finir de régler mes problèmes »*.

Cela montre que le dispositif conçu initialement avec le médecin traitant en première ligne comme prescripteur a pu être utilisé en coopération avec les autres professionnels de la maison de santé. Ils ont agi en liaison entre le patient avec son besoin et le médecin prescripteur. Rose : *« Donc elle s'est renseignée avec le médecin pour voir si c'était possible dans ma situation et du coup elle m'a dit que c'était possible »* ; Cheverny : *« C'est Mme Talcy qui me la pose, quelques semaines ou quelques mois après »* ; Céline : *« Mon docteur est dans le cabinet, elle [la psychologue] s'est occupée de monter le dossier de faire ce qu'il fallait »* ; Charlotte : *« à partir de là ça a commencé, ma psy m'a appelé pour pouvoir prendre rendez-vous puisque je fais partie du même centre médical »*.

3.6.2 Communication : PEPSY

Les échanges entre les différents protagonistes peuvent s'étaler dans le temps. Ils partent parfois du tout début (adressage), se poursuivent dans le temps de soin, et peuvent clôturer des situations. Ainsi les médecins peuvent s'appuyer parallèlement dans leur pratique de l'avis conjoint du psychologue, comme un "avis extérieur" : Chaumont : *« Ça nous permet surtout de comprendre certaines choses et puis d'avoir l'expertise aussi de la psychologue »* ; Candé : *« j'ai voulu déléguer, déjà pour qu'il y ait un autre regard et proposer des pistes, ce que je n'arrivais pas à proposer »* ; Chenonceau : *« j'ai pu en discuter avec Mme Talcy ! Mais ça m'a permis de pouvoir échanger »* ; Cheverny : *« [Elle] nous raconte où en est la prise en charge, comment on avance, qu'est-ce qu'il faudrait faire »*.

Le caractère expérimental du dispositif a conduit les professionnels de la MSP à évoluer dans leurs manières d'échanger. Il a été initialement d'une manière informelle, Chaumont : *« Les débriefings dans un premier temps, c'étaient des débriefings sauvages, donc c'est-à-dire entre deux portes, entre deux consultations »* ; Cheverny : *« c'est bien aussi d'avoir la possibilité d'échanges informels fréquents »*. Puis avec le temps et la mise en pratique du dispositif, des réunions dédiées ont été organisées. L'acronyme PEPSY, lié à ce travail de thèse, a été utilisé pour évoquer le dispositif. Ainsi sont organisées mensuellement les réunions PEPSY, permettant aux médecins, psychologues, IDE Asalée, assistant médical, de statuer sur des situations. Cheverny : *« Ou plus spécifiquement, on se réunit pour ça [échanger] »* ; Chaumont : *« A l'usage on a mis en place un débriefing mensuel donc c'est-à-dire on se réunit avec les médecins du cabinet et la ou les psychologues, et puis une fois par mois, on*

prend les patients et puis on en discute ». Ces moments permettent également un suivi des ressources du dispositif dont disposent les praticiens, le nombre de séances étant partagé entre tous les médecins du cabinet : Chaumont : « *On a fait le bilan avec la psychologue là sur la fin de l'année »* ; « *si on veut vraiment aller au bout des choses, faut qu'il y ait cette concertation à un moment ou à un autre, et ce bilan surtout »*. Cette communication est également citée comme voie d'information, le dispositif ayant été principalement expliqué à l'oral aux différents professionnels.

L'interaction entre professionnels de soins est citée de façon positive par un des concepteurs : MSA 2 « *Le patient sait que, les soins qu'il reçoit sont à lui et, son médecin et aussi le psy ou le diét, ces personnes se parlent entre eux »*.

Le secret médical a été une chose sur laquelle les médecins sont revenus, faisant part de l'importance de celui-ci lors des réunions : Chaumont : « *Le médecin pouvait éventuellement apporter des informations d'ordre médical mais en étant vraiment prudent par rapport à ça, ne pas forcément tout dévoiler »* ; Cheverny : « *en tout cas, avec les psychologues avec lesquelles on travaille c'est parfaitement clair : tout ce qui concerne les histoires de vie elles ne nous les racontent pas »* ; « *où en est la prise en charge, comment on avance, qu'est-ce qu'il faudrait faire, ce qui leur pose problème, etc. mais certainement pas des histoires de vie »* ; « *C'est une vraie difficulté ça. De savoir dans quelle mesure on doit pouvoir échanger sur un patient »* ; Chenonceau : « *J'ai toujours peur au niveau du secret médical »*.

Ce lien communicationnel est cité comme bénéfique par différents protagonistes : Amboise, psychologue : « *J'ai plus d'échanges entre praticiens de santé, pour le patient, pour le bénéfice du patient »*, Charlotte, patiente : « *je sais qu'il est au courant »* ; « *c'est dans le même cabinet, ça parle entre médecins »*, Chenonceau, médecin : « *« L'avantage de ces débriefings, c'est que ça crée du lien aussi entre les professionnels »* ; Chaumont : « *Il y a un travail en pluripro, ce qui me plaît dans cette prise en charge »*.

3.7 Eligibilité "centrée patient"

Lors des interviews avec les patients et les professionnels de santé, une grande partie abordée a été celle de *"l'éligibilité"* des patients au dispositif. Il s'agit selon le dispositif prévu de

critères financiers, de nécessité de soins rapides, et de problèmes de santé prérequis. Il est apparu que ces critères étaient peu ou pas connus des médecins, et ont été contournés et redéfinis selon leurs attentes ou besoins. Nous avons intitulé ce thème *Eligibilité "centrée patient"* selon les ressentis que nous avons recueillis.

3.7.1 Le point de vue du professionnel

Le critère financier est d'après les médecins interrogés souvent un élément difficile à juger. Il peut paraître sensible de demander aux patients leurs revenus : *Chambord* : « *On ne va pas leur demander de venir avec leur déclaration de revenus chacun donc ça, c'est très compliqué* » ; *Cheverny* : « *le frein économique avéré, je suis censé le connaître, puisqu'on est censés avoir dans notre dossier un ordre d'idée relativement précis des revenus des gens* ». Un médecin a affirmé que ce serait accessible en pratique : *Blois* : « *C'est quelque chose qu'on peut explorer. Les gens ils l'expriment, leurs difficultés financières* ». Cette difficulté est même citée dans un entretien patient : *Rose* : « *Ceux qui sont on va dire avec des moyens assez bas, mais en tant que médecin, on peut pas forcément le savoir aussi* ».

Il apparaît que c'est pourtant un élément principal de renoncement pour des patients à l'accès aux soins. Un médecin cite le coût des séances : *Candé* : « *J'avais dans ma pratique personnelle, beaucoup de difficultés à envoyer certains patients voir des psychologues, au vu des tarifs...horaire* ». *Cheverny* : « *C'est la seule raison pour laquelle ils n'y vont pas. C'est pas qu'ils ont envie ou pas, c'est qu'ils ne peuvent pas. Ils n'ont pas les moyens* ». Un médecin a déclaré questionner ses patients à ce sujet : *Chaumont* : « *Je leur dis : est-ce que c'est un frein pour vous de payer la psychologue ?* ». C'est sur ce frein que le dispositif leur est proposé : *Chaumont* : « *Ils disent oui mais c'est pas remboursé, c'est là où je présente du coup la prise en charge possible* » ; *Candé* : « *Elle [la patiente] n'avait plus d'excuse pour ne pas y aller, mais comme quoi ce n'était plus un barrage* » ; *Cheverny* : « *Ils rentrent dans ce dispositif parce que c'est ça la barrière* » ; *Amboise, psychologue* : « *Ces 3 personnes seraient pas venues pour des questions vraiment uniquement financières alors qu'elles avaient une vraie demande* ».

Le dispositif pouvait même apparaître comme une "réponse" immédiate et facilitée, lorsque le frein financier était abordé : *Chenonceau* « *Ils disent bah docteur c'est pas remboursé. Et*

donc, j'avoue que dès qu'on me sortait ça là tout de suite je sortais le MAIS AU SEIN DU CABINET, on a ce dispositif ! ».

Il a été rapidement mis en lumière lors des entretiens avec les médecins qu'une subjectivité importante prenait part dans cette vision de "frein financier". Pour certain, ce frein financier n'était pas forcément lié aux revenus. Il peut s'agir de patient disposant des finances, mais se réfrénant néanmoins sur ce point. Selon Cheverny : *« On cherche à résoudre le problème de j'y vais pas parce que ça coute trop cher. Est-ce qu'on doit intervenir pour dire, compte tenu de vos revenus non c'est dans vos moyens ou pas ? »* ; *« Trop cher ça n'a pas de sens, trop cher ça a un sens pour chacun »* ; Chambord : *« deux des patients que j'ai adressés ont un métier. Ont une situation. Par exemple l'une est aide-soignante, et l'autre est éducatrice spécialisée, donc les deux ont un salaire »* ; *« C'est complètement subjectif tout ça »*. Il s'agit néanmoins d'un critère principal cité spontanément : Blois : *« Bah ceux qui n'ont pas les moyens déjà »* ; Talcy, psychologue : *« Ça permet de donner une chance à ceux qui en avaient besoin, mais qui n'en avaient pas les moyens, d'accéder aux soins psychologiques »*.

La suite de notre analyse des interviews a permis de visualiser une pratique qui était plus contrastée que celle cadrée par les critères. Les médecins se sont parfois affranchis des critères, sciemment ou non, mettant en avant le besoin du patient face à eux. Il peut s'agir de s'affranchir des finances du patient : Cheverny : *« peu importe qu'ils soient millionnaires »* ; *« Est-ce qu'on devrait dire à quelqu'un qui a manifestement les moyens, ben non le dispositif est pas pour vous, si vous voulez vous payez »* ; Candé : *« Pour la deuxième, parce que je sais que financièrement ça ne devait pas poser de problème, je ne sais plus ce que j'ai donné comme argument »*.

L'éligibilité réalisée par les médecins de la MSP a conduit à l'adressage de patients "hors critère" : Chenonceau : *« Peut-être que je l'ai proposé à des gens qui ... avaient de quoi payer »* ; Talcy : *« En difficulté économique ouais, pour la plupart. Quelques-uns pour lesquels certainement, j'sais pas si c'est venu de la prescription du médecin ou le fait qu'ils sentaient que si c'était pris en charge, les patients diraient oui plutôt que d'avoir dit non »*.

Cela est revenu dans notre entretien avec un porteur du projet, et il admet que le dispositif est là pour "s'adapter" aux besoins des médecins : MSA 2 : *« Les professionnels de la maison de santé peuvent faire bénéficier de ce forfait à qui ils veulent, on ne met pas ce critère en*

avant » ; « cette notion de limitation à des assurés qui ne sont pas dans l'aisance financière, elle était plus marquée au début et finalement, on insiste plus maintenant là-dessus » ; « on cotise en fonction de ses capacités, de ses revenus, et on est pris en charge en fonction de ses besoins ».

Il nous est donc apparu la notion d'*éligibilité centrée* sur le besoin du patient d'avoir accès à ces soins, selon ses propres barrières, avec seulement en second plan les moyens financiers dont il dispose.

3.7.2 Le point de vue du patient

L'inclusion a été un questionnement durant des entretiens avec les patients, parmi les interrogés, certains ont donné un avis sur une éligibilité centrée sur les moyens financiers. Nous avons retrouvé dans un premier temps le coût des séances, qui sont ressenties comme "chères" : pour Sarah : *« 38 ou 40 euros la consultation, je sais même pas si c'est pas plus, moi je peux pas »* ; Cris : *« Aller voir une psy et quand c'est pas remboursé, ça fait mal »* ; Chenonceau : *« On [patients] préfèrerait voir un psychiatre, moi j'ai déjà eu ça ! Parce qu'on sait que c'est pris en charge ».*

Les patients l'ont donc décrit comme frein dans leurs parcours de soins : Arsène : *« J'ai pas d'argent pour payer le psy »* ; Valérie : *« Je ne pouvais pas le faire quoi, parce que bon, il y a le coût, le coût des séances quand même »* ; *« C'est toujours le point de vue financier qui revenait au-dessus de tout »* ; Kiki : *« Je vous dis, y'avait cette barrière financière »* ; Lola : *« On a des énormes soucis financiers donc ça m'aurait freiné ».*

L'inclusion de patients en difficulté financière est donc parue pour certains une priorité : Pour Rose : *« [Éligibilité pour ceux] on va dire avec des moyens assez bas »* ; Fidji : *« Des gens qui n'ont pas de grands salaires ou, ainsi de suite ».*

Néanmoins, d'autres patients ont plus fait des besoins une priorité d'inclusion : pour Kiki : *« [Éligibilité selon] le degré de souffrance ouais. De nécessité en fait »* ; *« Je me dis ça peut être une première sélection, entre guillemets, de patients qui pourraient bénéficier en se disant on sait qu'il y a vraiment un besoin précis sur cette personne-là »* ; Iris : *« [Éligibilité selon] quelque chose euh oui, d'assez grave et tout »* ; *« Ben un cas comme, je ne sais pas, un burn-out, ou quelque chose d'assez important »* ; Tulipe : *« Moi la santé, elle doit pas être*

prise en fonction des gens qui sont aisés ou pas » ; Rose : « [L'éligibilité] peut être par rapport je sais pas, on va dire aux pathologies ? ».

Pour Rose, ce besoin devrait même être jugé lors du suivi par le psychologue lui-même : *Rose : « [l'éligibilité] plus par rapport au psychologue qui pourrait juger en fait du besoin nécessaire des suivis ».*

3.8 Satisfaction

Cette étude a été l'occasion d'évaluer la satisfaction des différents protagonistes ayant porté, utilisé, ou bien été suivis à travers ce dispositif. Pour la majorité des patients, ce dispositif a été bien reçu. Premièrement dans un cadre financier, il a pu permettre une levée de frein : *Rose : « Bah que c'est une bonne idée par rapport à certaines personnes qui osent pas aller voir un psychologue parce que 45 euros, c'est un budget quand même » ; « Kiki « on se rajoute en plus un poids financier, quand on peut l'éviter sur les premières séances...Enfin moi j'ai trouvé ça vraiment important » ; Cris : « Parce que ça aidera beaucoup de gens qui n'osent pas faire le pas ».*

Deuxièmement dans le cadre de leur suivi : certains ont décrit une étape initiatrice de suivi, qui peut se poursuivre avec des séances payantes : *Kiki : « on a commencé cette première démarche, même si après c'est un coût, les séances au début sont rapprochées mais après on les espace » ; « L'avantage de la prise en charge c'est que ça m'a permis dans un premier temps de pouvoir commencer les séances, de faire un premier travail, et de m'organiser après par la suite pour pouvoir continuer quand y'aura plus de relais de prise en charge » ; Charlotte : « Je sais que personnellement, j'ai encore besoin de continuer. Et je sais que ça sera au-delà des 8 séances prises en charge par la sécurité sociale » ; « Parce que ça peut être bien au départ, et puis si les gens qui peuvent continuer derrière » ; Cheverny : « J'en ai vraiment mais beaucoup pour qui ça a été une révélation ».*

On retrouve dans les entretiens avec les patients la notion d'"adaptation" de budget dédié à la psychologie : *Fabienne : « Je vais réorganiser mon budget et effectivement prévoir ces 45 euros, ou 90, pour du coup faire le suivi » ; Cheverny : « Ils auraient pas consacré au départ*

les sommes correspondantes à quelque chose qui leur paraissait un peu annexe, mais qui est devenu depuis qu'ils en ont fait l'expérience, fondamentale pour eux et donc ils ont réajusté leurs priorités » ; « Elle a mis les honoraires de la psychologue en haut de la liste quoi ».

Au contraire, d'autres patients avouent ne pas pouvoir poursuivre leur suivi, ou bien devoir le réduire, à cause d'un manque de moyens financiers : Valérie : *« J'ai dû stopper tout ça »* ; Charlotte : *« Certes, je vais financer derrière, mais j'ai peut-être pas forcément non plus les moyens de... »*.

Les patients ont tous eu l'expérience inédite de remboursement de séances psychologiques. Parmi eux, certains avaient déjà eu un suivi antérieur. Nous avons noté une valorisation du suivi par le biais du dispositif comparativement aux autres effectués. Lors des entretiens patients, 6 patientes nous ont déclaré avoir déjà fait un suivi psychologique avant le dispositif : Céline : *« Et malgré toutes les thérapies que j'ai pu avoir précédemment en fait »* ; Cris : *« On m'avait déjà envoyé voir une psychologue sur Vendôme, et ça n'a pas fonctionné du tout, et elle m'a cassé plutôt qu'autre chose et je ne voulais pas y retourner »* ; Kiki : *« J'avais déjà eu un suivi mais qui avait peut-être pas été abouti ou peut-être pas assez »* ; Valérie : *« Ça s'était pas bien passé du tout »* ; *« Est-ce que c'est moi qui l'ai pas bien pris, ou elle qu'a pas compris ma demande et mes besoins peut-être, je sais pas »* ; Céline : *« J'ai fini par laisser tomber. J'avais l'impression en fait d'être, comment j'pourrai dire ça... Ballotée, ouais, menée en bateau en fait »*. Pour Kiki, cela est lié au contact avec la psychologue : Kiki : *« Ça s'est plus déterminé au bout d'la deuxième séance. Où là, je savais que ça allait passer avec elle, et qu'on allait pouvoir avancer »* ; Cris : *« J'avoue que je suis tombée la sur une bonne psychologue qui a pu m'aider »*. Le dispositif a permis une réconciliation pour certains avec la psychologie : Céline : *« j'étais jamais rentrée dans le vif du sujet comme ça, jamais compris certaines choses, et même si pour moi elle a été imposée, elle était imposée mais dans le bon sens »* ; *« J'ai pas eu l'impression d'être écoutée, là c'est la seule fois et la première fois »* ; Rose : *« Elle a dû peut-être me mettre plus en confiance. Pour moi c'est plus de la confiance et je me suis retrouvée à vraiment ne pas avoir de ressentis et pas comme d'habitude de jugement en fait, donc ça m'a permis de plus m'ouvrir »*.

Nous avons exploré les expériences et les ressentis que les patients pouvaient avoir avec la psychiatrie. Il s'agit en effet d'un parcours de soins remboursé, auquel certains patients ont pu avoir accès : Sophie : *« Mais j'ai vu un psychiatre bien-sûr »*. Nous avons relevé une

association récurrente faite par les patients entre *psychiatrie* et *folie* : Sophie : « *C'est vrai que psychiatre, tout de suite ça fait penser aux fous* » ; Arsène : « *J'aurai pas pensé à aller suivre un psy, parce que j'ai dit non, je ne suis pas fou* » ; Iris : « *Ben c'est vrai hein ! Quelqu'un qui va chez un psychiatre c'est quelqu'un qui est pas bien quoi enfin qui est...* » ; Cris : « *On voit le psychologue différent du psychiatre. Psychiatre veut dire maison des fous* ». Deuxièmement, l'écoute est différente avec un psychologue : Rose : « *J'ai fait une séance et j'ai jamais, jamais pu en fait parler* » ; Sophie : « *Dès la première séance, je lui avais dit : je veux quelqu'un avec qui je puisse échanger et dialoguer, parce qu'un psychiatre, bah voilà...pas de réponse. Enfin rarement* » ; Céline : « *Le psychologue il est là à écouter, à conseiller, n'hésite pas à dire s'il est d'accord ou pas. C'est bon aussi d'avoir... ça n'a rien à voir avec un suivi psychiatrique* ».

Ces soins de psychiatrie sont également cités comme plus difficiles d'accès par les patients : Sarah : « *Une psychiatre sur les Rottes à Vendôme, et qui ne prenait pas de nouveau patient* » ; « *On m'avait dit qu'il était bien, et il ne faisait que des ados. Donc après ça j'ai pas insisté* » ; Valérie : « *Quand le docteur Cheverny m'en avait parlé, j'm'étais un peu renseignée, et l'attente dans le Loir-et-Cher, c'est l'horreur. Les rendez-vous, c'est des mois et des mois [...], j'ai laissé tomber* » ; Tulipe : « *Mais sont compliqués à voir aussi* », Chenonceau : « *Y en a très peu mis à part à l'hôpital mais où c'est vraiment les pathologies psychiatriques* » ; Chambord : « *Une [patiente] avait un rendez-vous prévu au CMP dans un an* ».

Nous avons pu également interroger les médecins sur ce thème : les médecins psychiatres ont été souvent ramenés à la notion de thérapeutique. Chenonceau : « *Je me suis dit, schématiquement, le psychiatre il peut prescrire des médicaments* » ; Blois : « *Les psychiatres, c'est des pharmacologues* » ; Candé : « *Elle était déjà suivie par les psychiatres. Et c'est pour ça je te parlais d'escalade thérapeutique, et sans amélioration* ». Mais également cité comme nécessaire pour certaines situations : Cheverny : « *Des gens qui ont des troubles psychiatriques un peu plus sévères, des troubles bipolaires sévères ou des troubles de la personnalité ou plus grave, là c'est un peu différent, et probablement qu'il faut une prise en charge plus orientée vers la psychiatrie et éventuellement médicamenteuse* ».

Des patients ont également eu accès à des soins remboursés par le biais du CMP. Dans son interview, Amboise, psychologue, fait une différence entre le suivi en institution et celui

proposé en libéral via le dispositif : *« Ils venaient dans un cadre institutionnel de psychiatrie au CMP, pas du tout dans les mêmes protocoles de conseils de prise en charge psychothérapeutique de la part d'un médecin généraliste »*, Valérie *« J'avais essayé le CMP, je me suis dit « bon ben c'est gratuit peut être que ». Mais non, le lien s'est pas fait, y'a pas eu le contact quoi »* ; Céline : *« En 2 mois, j'ai dû voir 3 psychiatres, c'était jamais le même »*.

Nous avons demandé aux patients s'ils avaient des commentaires à faire sur le dispositif : Arsène : *« elle a fait un bon travail, et son travail je ne regrette pas d'avoir, d'avoir été voir le psy »*.

Tulipe : *« J'ai arrêté la dernière séance. On a vu qu'ça allait donc y avait plus grand chose à dire donc c'était positif oui. Positif oui »*.

Fabienne : *« J'ai trouvé le système très novateur et très bien »*.

Valérie : *« Non. Aucun. Aucun inconvénient, aucune contrainte non. Pas du tout »*.

Sarah : *« J'ai trouvé que la formule était bien, pour aider les gens »*.

Nous avons interrogé les professionnels sur les retours qu'ils ont pu avoir des patients : Candé : *« Quant à la deuxième, elle prend toujours rien au niveau thérapeutique et j'la trouve beaucoup mieux. Je pense que la psychologue lui a donné des pistes pour se sentir mieux »* ; Chaumont : *« Pour le moment j'ai pas forcément de retour négatif »* ; Chenonceau : *« la plupart, ils arrivent à avancer ils sont contents et finalement ils veulent continuer. Moi de ce que j'entends, c'est important pour eux »* ; Cheverny : *« J'attends toujours le premier retour négatif »* ; Talcy : *« Alors [des retours] verbaux j'en ai eu bien sûr, j'en ai eu pas mal qui honnêtement sont pour la plupart très positifs, les gens étaient vraiment contents de la prise en charge, ou sont contents de la prise en charge, et y'en a pour lesquels vraiment ça a fait décoller quelque chose, changer quelque chose »*.

Enfin nous les avons interrogés sur leurs propres ressentis par rapport à l'introduction du dispositif dans leurs pratiques : Talcy : *« Je suis très contente que ce dispositif ait été mis en place »* ; Cheverny : *« en fait le problème de ce dispositif, c'est son succès quoi »* ; *« Je vais avoir le plus grand mal à m'en passer s'il ne devient pas pérenne »* ; Chenonceau : *« Je*

trouvais ça intéressant parce qu'en fait ça m'a enlevé une épine du pied » ; Amboise : « une heureuse surprise ».

A la question « si vous aviez une seule chose à dire sur le dispositif ? », les réponses des médecins ont été : « *Enfin* » ; « *intéressant* » ; « *novateur* » ; « *super* » ; « *bonne idée* » ; « *bonne initiative* » ; « *innovateur* ».

4 DISCUSSION

4.1 A propos des résultats

Cette analyse de la mise en place d'un dispositif expérimental de prise en charge des soins de psychologie et de diététique au sein de la MSP du Trente a permis de mettre en évidence :

- Que la mise en œuvre pratique du dispositif n'a pas toujours suivi à la lettre le projet initial, mais en a toujours respecté l'esprit. Celui-ci prévoyait d'ailleurs une certaine souplesse d'après ses concepteurs. C'était notamment le cas pour l'éligibilité des patients, qui n'a pas reposé en pratique sur des critères objectifs de revenus ou de catégories socio-professionnelles, mais sur un consensus entre les soignants.
- Que le besoin de séances de psychologie en soins primaires est partagé entre professionnels et patients, et semble être un des outils principaux de la prise en charge globale.
- Qu'aucun professionnel extérieur à la MSP n'a été sollicité, surtout parce que l'échange direct entre professionnels était un élément central du parcours de soins des patients concernés.
- Qu'aucun acte de diététique n'a été prescrit dans le cadre du dispositif. Deux explications ont été évoquées : un moindre besoin ressenti par les médecins prescripteurs de soins de diététique que de soins de psychologie, et l'absence de diététicien(ne) au sein de la MSP, ce qui rejoint le résultat précédent.
- Qu'aucun assuré de la MSA n'a été inclus dans le dispositif, sans qu'on puisse dire si les raisons sont purement démographiques (5 % seulement des patients de la MSP relèvent de la MSA), ou si la prévalence des troubles relevant d'une prise en charge psychologique est plus faible chez ces patients.
- Que pour l'essentiel, les difficultés évoquées avaient trait au manque d'informations sur le dispositif, ce qui paraît simple à surmonter au sein de la MSP. D'autres difficultés, liées à une certaine rigidité du cadre originel en termes d'éligibilité et de financement, ont été *de facto* résolues – ou contournées – par l'adaptation du dispositif évoquée plus haut.

- Que le succès du dispositif a semblé en grande partie lié à sa mise en œuvre au sein de la MSP, c'est-à-dire en un lieu unique et identifié par les patients comme par les professionnels : *leur* MSP.
- Que la satisfaction est unanime, partagée par les professionnels et par les patients, avec pour seul bémol les limites financières de l'expérimentation...

A-t-on répondu aux objectifs des concepteurs ?

Les concepteurs du dispositif avaient quatre objectifs :

- **Favoriser l'accès aux soins** : la levée du frein financier a permis de mettre en place les suivis psychologiques que médecins et patients s'accordaient à considérer comme la meilleure option, mais qui n'étaient pas financièrement accessibles aux patients. Cette notion revient dans de très nombreux verbatims de professionnels et de patients, et cet objectif a été manifestement atteint pour les patients inclus. La seule limitation était le budget limité du dispositif, qui n'a pas permis d'en faire bénéficier autant de patients que les soignants l'auraient souhaité.
- **Lutter contre le renoncement aux soins** : cet objectif s'est avéré en pratique très proche, voire superposable au précédent. Là encore, l'objectif a été atteint, mais ce résultat doit être nuancé par le faible nombre de patients concerné.
- **Maintenir les psychologues en milieu rural** : cet élément n'a pas été évoqué spontanément dans les entretiens. Par ailleurs, la MSP étant située dans une ville de sous-préfecture, on peut discuter de son statut rural ou urbain. Enfin, les psychologues de la MSP du Trente n'ont pas le souci d'un manque de clientèle, au contraire. Plutôt que non atteint, cet objectif paraissait plutôt sans objet dans le cadre de la MSP du Trente.
- **Valoriser l'efficacité du parcours de soins** : l'étude purement qualitative que nous avons conduite ne permet évidemment pas de répondre à la question posée par cet objectif. Seule une étude médico-économique pourrait le faire (35).

Il faut noter que le dispositif a créé une disparité d'offre de soins entre les patients assurés MSA et CPAM, et ceux rattachés à d'autres régimes obligatoires. Ainsi, une des patientes

sélectionnées par les soignants pour bénéficier du dispositif n'a finalement pas pu en bénéficier parce qu'elle dépendait de la MGEN.

Un des objectifs cités par la CPAM est d'améliorer le "parcours de soins" par ce dispositif. Pourtant, les psychologues, non seulement ne sont pas des paramédicaux dans la mesure où leurs interventions ne dépendent pas d'une prescription médicale, mais ne sont même pas considérés comme des professionnels de santé par le Code de la santé publique. Leurs actes ne sont donc pas pris en charge par les régimes obligatoires. Seules certaines mutuelles prennent en partie en charge un nombre limité d'actes. D'après *Chaumont* : « *le problème vient des psychologues avant tout, ils disent que la psychologie c'est des sciences humaines ! C'est pas des professionnels de santé, donc tant qu'on n'aura pas passé cette barrière là on ira pas plus loin* ».

Nous avons recueilli un bon retour d'expérience de la part des deux psychologues de la MSP. Néanmoins deux patients interviewés nous ont fait part d'un moindre bénéfice : une a cité l'absence d'évolution par son suivi, qui s'est donc terminé rapidement ; la deuxième cite un rejet de l'approche que la psychologue a tenté avec elle. Dans les deux cas, il ne semble pas y avoir de corrélation avec le dispositif.

Lors de notre analyse, nous avons mis en avant un "*dispositif maison*". Cela est le fait d'une organisation préexistante au dispositif. Le cabinet a été créé en 2008, l'installation de la première psychologue date de 2016. Les besoins en psychologie sur le territoire Vendômois étant importants, une deuxième psychologue a pu s'installer en 2019. Il ne s'agit donc pas d'une création en lien avec le dispositif. Cela a pu favoriser l'acceptation du dispositif par les médecins. Cela a pu également booster son intégration (dans le temps, et dans l'implication de chacun).

Un autre élément de notre analyse a été de mettre en lumière l'importance de l'interprofessionnalité. Au-delà de la pluriprofessionnalité qu'impose le statut de MSP, et qui consiste en une juxtaposition des soins prodigués par diverses catégories de soignants, l'interprofessionnalité suppose une véritable interaction entre les soignants autour et au service du patient. Ce travail en équipe a ici été le fait de professionnels se connaissant depuis plusieurs années, dont certains partageaient des liens affectifs. Ce modèle n'est donc peut-être pas transposable à d'autres structures ou MSP.

Le dispositif étant une expérimentation, aucune communication "grand public" n'a été effectuée à son sujet (regret cité par une patiente). La CPAM l'explique par la limitation de l'offre liée à l'enveloppe budgétaire : *Sécu : « on peut pas communiquer vraiment sur la démarche, puisque c'est limité en termes de nombre de patients »*.

Le caractère forfaitaire impose une restriction du nombre de séances, et par là-même, un ajustement de la durée de celles-ci. Néanmoins les psychologues nous ont assuré offrir la même qualité de soin entre les patients vu en dehors et dans le cadre du dispositif.

4.2 Forces et limites

Sur l'objectif

Les travaux descriptifs et analytiques de ce type de dispositifs expérimentaux sont très peu nombreux. A notre connaissance, aucun travail publié n'est superposable au nôtre en termes d'objectifs.

Sur l'approche interprétative

Il n'existe pas de méthode standardisée d'évaluation de la prise en charge par la collectivité d'un nouveau parcours de soins. Les méthodes que nous avons utilisées ont donc découlé des questions sur lesquelles a abouti la phase de problématisation initiale. Cette problématisation a fait l'objet d'une mise à plat des *a priori* et des attendus des chercheurs par la méthode des 7 questions d'une part, et d'un entretien d'explicitations avec une chercheuse extérieure à l'équipe d'autre part.

Les données concernant le dispositif et sa mise en œuvre ethnographique ont été recueillies par observation participante, considérée comme la méthode de choix dans ce domaine quand elle est possible (36)(37).

Pour les difficultés rencontrées et les solutions proposées par les professionnels, l'analyse inductive générale, qui permettait une indexation thématique de ces éléments était également la solution de choix.

En ce qui concerne le vécu et le ressenti des patients et des professionnels, le choix d'une analyse phénoménologique interprétative était possible. Toutefois, le risque d'une telle

posture était de recueillir des données ayant plus trait aux problèmes psychologiques rencontrés par les patients, et qui faisaient l'objet de leur prise en charge, plutôt que sur le dispositif lui-même. Le choix s'est donc porté sur des entretiens semi-directifs, orientés sur le dispositif, codés analysés selon les principes de la théorisation ancrée.

Sur le recueil des données

La question de l'échantillon ne s'est pas posée, puisque tous les professionnels et tous les patients impliqués ont participé à l'étude. Cette exhaustivité, garante de celle du recueil des vécus et des ressentis est la grande force de notre étude en termes d'échantillon observé.

Des entretiens individuels ont été choisis par les enquêteurs plutôt que la réalisation de focus group afin de permettre aux participants de s'exprimer plus librement, et pour répondre au choix de la méthodologie de départ. L'anonymat de ces entretiens a aussi garanti l'expression libre des candidats.

Compte-tenu de la diversité des participants interrogés, de la variété de leurs rôles dans le dispositif, et des différents types de données recueillies lors des entretiens, quatre guides d'entretiens distincts ont été élaborés (« patients », « psychologues », « médecins », « institutionnels »). Ils ont été testés entre les deux enquêteurs, afin de les améliorer et d'affiner la posture de l'enquêteur. Leur trame n'a pas été profondément reformulée en cours d'étude en fonction des entretiens préalablement réalisés. Néanmoins, les chercheurs ont su adapter la formulation de leurs questions, ou creuser d'avantage certains points, en se fondant sur les entretiens préalables.

Ces guides d'entretien permettaient d'aborder un ensemble de thèmes initialement réfléchis, dans un ordre non prédéfini, afin de laisser les participants interrogés exposer leurs idées sans les orienter. Néanmoins, certains participants ont pu se montrer peu loquaces, obligeant les chercheurs à réadapter leurs entretiens ou à poser des questions plus fermées, induisant possiblement un biais de suggestion.

Les interviews des participants " patients " à l'étude ont été distribuées aux enquêteurs de façon aléatoire et uniformément, de façon à ne pas intimider les patients en étant deux

enquêteurs. Ainsi, chacun réalisait ses propres interviews, ce qui a pu créer des différences dans le recueil de données. Il en était de même pour les représentants des caisses d'assurance maladie. En revanche, les deux enquêteurs étaient présents lors des entretiens avec les médecins et les psychologues.

Vingt-huit entretiens de 16 à 45 minutes ont été réalisés, ce qui constitue un corpus de données particulièrement riche pour une étude de ce type.

Les circonstances sanitaires ont contraint à des entretiens téléphoniques avec les représentants des caisses, mais compte-tenu des objectifs de ces entretiens, il est vraisemblable qu'ils n'ont pas été appauvris. Les données issues de ces entretiens ont été traitées de la même manière que celles des entretiens présentiels.

Pour des raisons de calendrier, les retranscriptions n'ont pas été soumises pour relecture à tous les participants.

Sur l'analyse des données

Les données ont été codées successivement de trois manières différentes, pour respecter les règles de codage de chacune des trois approches choisies pour répondre aux questions de recherche.

Toutes les données recueillies ont bénéficié d'un double codage en aveugle, suivi d'une mise en commun avec l'arbitrage d'un troisième chercheur.

Concernant l'analyse par théorisation ancrée, l'émergence des catégories et la construction du modèle explicatif global ont été obtenues par consensus lors d'un travail en commun de l'équipe.

Ce manuscrit respecte les critères d'une grille de lecture RATS (38).

4.3 Comparaison avec les données de la littérature

D'autres dispositifs nationaux se distinguent selon la nature du trouble psychique à traiter et son intensité, les sources de financement et les modes de rémunération. Nous avons repris un récapitulatif de plusieurs dispositifs, réalisé pour un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) de 2019 (39) :

Tableau 6 : Comparatif de dispositifs existants, selon Rapport IGAS 2019

Dispositifs	Prise en charge des thérapies non médicamenteuses	"Mission : retrouve ton cap (MRTC)"	"Ecout'Emoi"	"Forfait diététicien et psychologue (FDP)"	Dispositif de soins partagés (DSP)
Porteurs	CNAM	CNAM/DSS/DGS	DGS	CCMSA	Multiples
Lancement	Début 2018, évaluation fin 2020	Début 2018, évaluation fin 2020	Début 2018, évaluation fin 2021	Début 2016, évaluation fin 2020	Yvelines : 2001 Toulouse : 2017
Financement	FNPEIS	FNPEIS	FIR /FISS	FNPEIS /FNASS	Multiples
Indications	Troubles psychiques	Obésité / surpoids	Souffrance psychique	Troubles psychiques/Diététique	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
Tarifs remboursés	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 le patient (durée variable)

Un point commun entre ces différentes expérimentations est le rôle du médecin traitant, réalisant l'adressage du patient au dispositif ou au psychologue. On retrouve la notion de "gate-keeper" cité dans le rapport IGAS : le médecin traitant se positionne en première ligne afin de diagnostiquer les situations nécessitant une prise en charge psychologique (40). Il veille également à écarter les situations relevant d'une gravité supérieure (risque suicidaire, pathologie psychiatrique).

Dans notre dispositif, ce rôle de *gate-keeper* a pu être le fait d'autres professionnels, telle que l'infirmière Asalée, ou bien la psychologue elle-même. Comme décrit dans la question 3, l'interprofessionnalité a une place importante dans le trio patient/médecin/psychologue.

Notre dispositif se détache des autres sur plusieurs points. Le financement a été réalisé en "enveloppe globale" et mis à disposition de la MSP. Le public ciblé est également différent, il concernait les majeurs affiliés à la CPAM. Les autres dispositifs sont accessibles à des populations spécifiques, qui vont de l'enfance, aux adolescents, en passant par une tranche spécifique d'assurés.

Enfin, notre dispositif est différent par le fait de pouvoir utiliser librement l'enveloppe. Il a été décidé par les professionnels de la MSP comment l'enveloppe allait être utilisée.

4.4 Perspectives et ouvertures

Le dispositif a été intégré de façon satisfaisante pour les médecins, et un bénéfice a été reconnu par les patients. Cela a été permis notamment par l'interprofessionnalité et la connexion qu'ont pu avoir les professionnels concernés par le dispositif.

Tout le forfait initial a été utilisé, conduisant la MSP à demander une rallonge budgétaire sur sa première année de lancement (2019). Cela a été possible car le dispositif avait été mis en place à la mi-année, et donc certaines MSP n'avaient pas eu le temps de consommer leur budget.

En 2020, le dispositif a été reconduit dans les mêmes conditions et modalités qu'en 2019. L'enveloppe a été à nouveau intégralement consommée de façon précoce, conduisant à nouveau la MSP à demander un complément, ce qui a été accepté par la CPAM.

Une volonté d'enveloppe commune avait été citée par le représentant de la CPAM interrogé, avec la volonté de simplifier le mode de rémunération des MSP. Cela a été mis en place depuis 2021. Le mode de financement a également été revu : il ne s'agit plus d'un paiement mensuel par bordereau mais d'un versement annuel initial et d'un rectificatif du solde en fin d'année.

Les réunions PEPSY ont été poursuivies, elles ont permis d'aboutir à un réarrangement du dispositif, de façon à pouvoir inclure davantage de patients. Les quatre premières séances étaient prises en charge intégralement, et s'il y avait nécessité d'aller au-delà, le patient devait avancer une participation financière, à savoir 20 euros par séance supplémentaire.

Les critères d'inclusion ont été rediscutés par la CPAM, souhaitant axer l'éligibilité sur la présence d'une couverture complémentaire (CSS). Après discussion entre les partenaires (CPAM, MSA et MSP) cette option a finalement été abandonnée.

La MSA a réalisé un audit du dispositif auquel la MSP du Trente a participé. La CPAM et la MSA sont en attente de ce travail de thèse afin de pouvoir mieux évaluer les attentes des professionnels. Sécu : *« Je pense que moi ça m'intéresse énormément ce que vous allez faire sur cette expérimentation. Puisque finalement ça va venir appuyer l'action, et ça va permettre d'avoir des retours hyper précis donc au contraire ».*

Cette étude a montré une volonté de tous de voir ce dispositif s'agrandir et se pérenniser. La convention entre la MSP et les financeurs restant annuelle, au regret des professionnels de la MSP.

5 ANNEXES

5.1 Annexe 1 Problématisation : entretien avec Julie, Villandry, Chambord, et Cheverny

Le 26/07/2020

Villandry, Chambord et Cheverny sont médecins au sein de la MSP du Trente et conduisent le projet de recherche.

Julie est médecin généraliste, membre du Département universitaire de médecine générale de l'Université de Paris, membre du Groupe universitaire de recherche qualitative médicale francophone (Groum.f), chercheuse qualitative et co-autrice de « Initiation à la recherche qualitative »

Entretien réalisé en visioconférence.

Cheverny

Merci bien Julie d'être avec nous, ça me fait bien plaisir de te voir d'abord, et puis je pense que tu vas pouvoir nous aider. As-tu eu le temps de lire un petit peu l'introduction qu'on a commencée ?

Julie

J'ai lu l'introduction et une dizaine de pages d'entretiens en fait. Mais, enfin, un peu pour comprendre tout ce qui est intéressant, de voir le différentiel entre : comment le dispositif a été conçu et compris et comment le professionnel se l'approprie ou se demande comment l'utiliser. Notamment sur la question du dépistage, ou euh...enfin bref, j'ai vu ces questions là

Cheverny

Donc on est partis au départ, je te fais un peu l'historique des questions... de la ou des questions de recherche

Julie

Ok

Cheverny

On est partis au départ d'une discussion un jour en prenant un café avec Chambord, sur « mais c'est quoi au juste les gens qui "n'ont pas les moyens" ? ». Comment on décide que les gens ont assez peu de moyens pour avoir le droit à ce dispositif ?

Chambord

De l'inclusion en fait, des critères d'inclusion qu'on faisait

Cheverny

Voilà, ok. Qui, comment on décide que... Donc on décide évidemment, on doit se mouiller, mais on est mouillé par euh, par comment dire, les options philosophiques des uns et des autres. On se dit, en discutant aussi : mais au fond ça serait un super bon sujet de thèse de demander, puis au-delà de ça, le dispositif en lui-même c'est un super sujet de thèse

simplement. Il y a beaucoup de choses, beaucoup de monde, Il y a des visiteurs, des médecins prescripteurs, des patients, des gens qui l'ont conçu, des gens des caisses, des payeurs, etc. Donc ça fait une grosse thèse, donc il faut au moins deux thésards donc voilà. Donc on a Chambord et Villandry.

Mais en avançant un petit peu, on s'est dit finalement, qui est intéressant dans cette affaire-là, et on ne sait pas ce qu'on va trouver, et donc j'm'étais dit : peut-être qu'il faudrait dire qu'on fait un audit du dispositif tel qu'il a été conçu. Mais d'abord on sait pas très bien ce que ça veut dire un audit - probablement y'a des gens qui connaissent bien ça dans le monde de l'entreprise mais nous on connaît pas très bien ça - et ça ne résout pas notre problème de : comment on présente les choses. En sachant que depuis, il y a un certain nombre de questions qui ont émergées à partir de ce qu'on a déjà fait comme recherches. Donc euh, dans le partage d'écran tu as la fin de l'introduction, nos attendus de cette étude, et puis les questions de recherche. Qui sont provisoires : « Comment fonctionne le dispositif expérimental de prise en charge... » (on a pas pris de risque...) « ...des consultations psychologiques au sein de la MSP ». Alors évidemment, mettre en rapport avec la façon dont il a été conçu par les concepteurs bien-sur mais...c'est, c'est ethnographique à mon sens en tout cas. Et puis : « quels sont les ressentis vis-à-vis de ce dispositif des divers intervenants », donc là quelque chose qui... enfin, si on parle de ressenti on parle de phénoméno mais clairement on ne fait pas de la phénoméno. Donc je ne sais pas comment on va parler de ça, mais, si on fait quelque chose, l'analyse est plutôt de l'ordre de la théorisation ancrée. Et voilà : donc, tu vois, on est quand même dans une discussion qui est loin d'être terminée sur les questions de recherche et les objectifs de la recherche.

D'où ta présence !

Julie

Ok

Cheverny

Quelle est ta première impression ?

Julie

Ben ma première impression c'est que on est face à un dispositif qui est pensé par des concepteurs, alors on va dire dans leurs bureaux, mais en même temps, comme il le raconte, il dit que c'est lié à une matinée café en parlant du terrain quoi, mais pas complètement né dans un bureau. En tout cas c'est un dispositif qui est pensé et qui ensuite a été mis en expérimentation. Donc le premier truc qui me vient, c'est le différentiel entre comme il était pensé par le concepteur, vraiment un peu de l'ordre de la projection, de l'utilité, et qu'est ce que le terrain en fait, et comment est-ce que les professionnels se l'approprient et comment éventuellement ils déroulent le truc. Enfin : le fait même que vous n'ayez pas intégré de patients qui sont salariés agricoles, c'est quand même hyper intéressant, alors que le dispositif il est pensé pour ça. Donc j'trouve déjà qu'il y a un truc qui est intéressant dans ce

premier paradoxe en fait. Le dispositif bénéficie à des gens pour qui il n'est pas pensé initialement. Ça c'est le premier truc qu'on voit

Chambord

Oui, il y a un gros différentiel entre ce qu'il avait proposé lui, comment il a vu son...Idéalement comment il a construit, et ensuite après comment nous la MSA et la CPAM nous l'a présenté ensuite. [???]

Julie

Ouais, déjà ce que je trouve hyper intéressant de base, c'est un peu en fait ça : le téléphone arabe du dispositif en gros. Il s'est transformé par les gens qui l'ont dans les mains, en fait.

Cheverny

Donc : conception originale *versus* ce qui en a été fait ?

Julie

Ouais, comment le terrain se l'est approprié. L'*utilisation* du dispositif. Pour un peu ça me fait penser à, par exemple, dans le milieu d'une nouvelle technologie, quand les mecs ils sortent un nouveau téléphone, ou une tablette, et après ils veulent faire essayer aux usagers, ils disent putain mais les mecs ils savent pas du tout s'en servir.

Cheverny

Alors est ce que ça correspond à la question : « comment fonctionne le dispositif expérimental » ?

Julie

Alors, oui, oui, après plus dans le sens de l'*appropriation*. Moi j'trouve qu'y a un truc intéressant avec l'appropriation, après je n'ai qu'un entretien, je ne me rends pas compte de ce que le terrain vous a dit. Mais si en gros tous les professionnels vous ont expliqué comment ils se sont en fait approprié le dispositif : faites le compte d'appropriation, de transformation, de, d'ajustement, d'adaptation à leur milieu quoi

Cheverny

Ça c'est pour ce qui est professionnel, ok

Julie

Ça parle par rapport au terrain

Cheverny

Est-ce que t'es d'accord, est ce que tu serais d'accord sur les approches qu'on a proposé, qui est d'avoir une approche ethnographique

Julie

Ah bah oui complètement, parce qu'on est, enfin si on regarde le truc de plus haut, on peut dire qu'on a une population qui s'approprie un outil et on regarde comment ils font avec quoi.

Cheverny

C'est ça

Julie

Ouais, clairement oui.

Cheverny

Donc sur la tribu MSP du 30,

Julie

Ouais c'est ça exactement, nouvel objet, paf on le met dans la tribu et qu'est-ce qu'ils en font les gars ? Ils font « mais attends on m'avait pas prévenu, faire du feu avec quoi alors qu'on se rend compte que c'était pour faire de la poudre » ou je ne sais pas

Cheverny

Et l'autre, alors ? Est-ce que tu t'arrêteras là, toi, dans le questionnement ? Parce que la question, après, c'est la question des objectifs. On peut très bien s'arrêter là dans la question et dire comment a fonctionné en pratique le dispositif expérimental de blabla, voilà. L'appropriation par les professionnels et puis les patients, enfin le ressenti des patients etc., bon OK. Mais euh, après, les objectifs ne sont pas descriptifs, évidemment, sinon c'est pas des objectifs. Donc les objectifs sont plutôt...

Julie

En tous cas, ce qui me paraît manquer - après j'ai pas vu les entretiens hein, mais de ce que t'as l'air d'en dire, ça m'étonnerait pas que les gens se mettent à parler de leurs valeurs : quelles sont leurs valeurs de travail, leurs valeurs personnelles, dans le soin, donc dans l'appropriation d'un dispositif. Est-ce que vous voulez intégrer tout ce plan-là qui est hyper intéressant, qui est en fait la justification de l'appropriation ? En fait, je pense qu'ils se sont approprié le dispositif à leur façon mais en fonction de, pas seulement de la pratique, mais des *valeurs* aussi, tu vois ?

Cheverny

Donc ça, c'est ce qui permettrait d'avoir comme objectif de poser les bases d'un dispositif plus adapté à la réalité, à la vraie vie ?

Julie

Euh...oui ! Alors ça, c'est si on raisonne sur un niveau concepteur. On peut se dire : ok, j'ai pu réajuster le dispositif avec le retour terrain.

Cheverny

Oui, l'idée ce serait de conclure cette observation, cette évaluation du dispositif, par une proposition. Moi je commence à percevoir des petites choses, tu vois. Que, par exemple, il faut surtout pas - c'est notre avis hein ça se discute - mais il faudrait surtout pas formaliser la limite de revenus ou de moyens qui permet aux gens de rentrer ou pas dans le dispositif. C'est-à-dire qu'il n'y en ait pas, en fait. Il faudrait, que ce truc-là soit piloté, que la gouvernance soit locale. Pas en faire un dispositif national, ou si on veut en faire un dispositif national, lui laisser des gouvernances locales. Mais en termes de tout, y compris du montant remboursé. Tu vois, c'est des choses que j'ai commencé à percevoir moi, peut-être Villandry et Chambord d'autres (ou celles-là aussi j'en sais rien) mais qui seraient... qui permettraient de faire une

nouvelle proposition à l'issue, d'un dispositif qui profite de cette expérimentation pour être plus élaboré.

Julie

Alors là, il y a un truc qui me vient que j'trouve super intéressant et j'explique pas, mais en fait, j'trouve qu'après ce qui s'est passé avec le dispositif Asalée, et comme par hasard il vient de chez vous aussi !

Cheverny

Non, il ne vient pas que chez nous, mais enfin bon 😊

Julie

En tout cas, l'idée du dispositif, dont ce que tu dis, pas de limite de revenus, gouvernance locale, ça me fait penser à Asalée en fait, sur après le déploiement du truc, le plan...

Chambord

Moi j'voulais juste revenir sur l'appropriation par les professionnels, de la justification, de ces formes d'appropriation. Y'a une distance entre le fait que les professionnels se sont approprié parce qu'ils étaient en roue libre, et parce qu'ils n'ont pas eu toutes les informations sur le dispositif. A la base ce dispositif avait des formulations, avait des explications claires à donner aux professionnels, et ça, les professionnels ne l'ont pas eu, par exemple, dans notre maison de santé. Et ce qui est marrant de voir, c'est que nous, sans avoir eu toutes ces explications, on se l'est approprié, et petit à petit sur certaines choses, on revient sur ce que le dispositif initial disait sur ses formulaires. Sur d'autres, on s'en éloigne parce que on se l'approprie autrement. Donc nous-même on se l'approprie mais sur certains points on va rejoindre ce que les explications donnaient, et sur d'autres on fonctionne autrement

Cheverny

Je sais pas si t'as bien entendu Julie

[Brouhaha]

Alors l'idée centrale c'est qu'on s'est lancé dans ce truc là mais on n'avait pas le texte original. Tu vois : il y avait juste Chaumont, un de nos associés, qui nous a dit : voilà on a ça, on a un budget, on y va. Mais on ne savait pas ce que le mec là, le Docteur MSA2, il avait tout bien cadré. On n'était juste pas au courant ! On n'avait pas les papiers, on n'avait rien. On s'est lancés bille en tête, sur l'idée qu'on a droit à tant de consultations remboursées, point.

Chambord

Alors qu'en fait, tout était bien cadré normalement...

Cheverny

Et donc, l'appropriation par les professionnels, elle ne s'est pas faite *versus* le texte existant, elle s'est faite à partir de certaines lignes du texte existant. Et ils ont... on a bâti un dispositif qui n'était pas du tout celui qui... enfin qui n'était pas celui qui était prévu, mais c'était pas parce qu'on a trouvé que c'était mieux : c'était qu'on savait même pas !

Julie

Je trouve que ça va encore plus dans le sens de l'utilisation de l'outil par la tribu. On lui a filé un truc, elle sait même pas à quoi ça sert, et paf : elle commence à l'utiliser.

Cheverny

Oui, c'est « les dieux sont tombés sur la tête ». Tu vois le gars il trouve une bouteille de coca...donc il a sa bouteille de coca, on peut se taper dessus avec...

Julie

Donc à la limite, le fait que ce soit, alors ça peut être intéressant, parce que c'est pas forcément une chose évidente, mais en tout cas si les interviews permettent de comprendre que euh, la cause en quelque sorte de l'appropriation est liée à un manque d'info, ou un défaut d'information ou quoi, pourquoi pas. Mais en fait ça change pas le...

Cheverny

Oui ça change pas l'idée de, d'explorer l'appropriation par les professionnels dans la vraie vie d'un dispositif qui a été...mais c'est, à la limite c'est d'autant plus pertinent.

Julie

Exactement ! C'est d'autant plus pertinent parce que du coup ça veut dire qu'on n'est pas parasité par un truc de l'ordre de : le refus, l'opposition. C'est vraiment genre : on savait même pas à quoi ça sert, et on s'en est emparé. Alors ce qui doit même - vous me dites si j'me trompe- ce qui doit même, je pose l'hypothèse que dans l'entretien, les gens ne critiquent pas le système en place. Enfin ils disent pas : ce qui est dommage dans ce système, c'est que....

Ouais du coup y'a aucune critique

Cheverny

Si ! Sur ce qu'on en sait, c'est-à-dire sur le fait que ce soit limité, que le budget soit limité, que ce soit pas pérenne...

Chambord

Qu'on pensait qu'il fallait inclure que ceux qui n'avaient pas assez d'argent...alors que pas totalement.

Cheverny

Parce qu'y a un truc, enfin y'a une idée qui est vraiment centrale, et je sais pas comment c'est dans le dispositif original (parce que je l'ai toujours pas lu, à vrai dire), c'est que, en en discutant sans avoir lu, on s'est dit : mais finalement il s'agit de lever le frein financier. Donc c'est dès lors que le frein, le seul frein à la consultation de psycho est financier, qu'on doit le mettre en œuvre. Peu importe les revenus du patient. S'il dit : moi j'peux pas parce que, ou j'veux pas, c'est pareil, parce que c'est pas remboursé...euh peu importe qu'il gagne 80 000 euros par mois. Bon, dans les limites de la décence : 80 000, c'est pas un bon exemple 😊.

Julie

Et concernant ce que tu disais tout à l'heure sur le fait que toi t'aimerais faire des propositions au fait...c'est parce que, est ce que c'est parce que justement, comme vous avez détourné un

peu le truc, est ce qu'il y a une crainte sous-jacente, parce qu'il n'était pas utilisé comme c'était convenu ?

Cheverny

Non, non, du tout. Non Il n'y a aucune crainte sous-jacente.

Julie

Donc le dispositif n'est pas en danger, même si vous avez utilisé un peu différemment ?

Cheverny

Le dispositif, il n'a aucune pérennité a priori. C'est une expérimentation, donc il y a telle somme allouée pour 2020 (elle est déjà dépensée d'ailleurs, en l'occurrence). On essaye d'avoir une rallonge, mais tous les budgets sont votés un an à l'avance, donc c'est toujours compliqué. Il n'y a pas de pérennité du tout pour l'instant...donc c'est aussi ce qu'on essaye de, moi ça fait partie des objectifs, c'est-à-dire de proposer un dispositif qui puisse paraître pérenne. Donc, bien sûr, dans la proposition il faudra qu'il y ait des aspects qui soient à même de convaincre des décideurs que c'est faisable et utile.

Julie

Ouais, ce qui me vient, c'est de me dire qu'il ne faudrait pas confondre les deux objectifs. C'est-à-dire : la thèse devrait décrire comment l'outil il est utilisé, mais faudrait pas, euh, comment dire, devenir en fait un rapport pour la MSA quoi. Tu vois, j'verrai plus un rapport dans un second temps, qui expose les résultats de la recherche, pour argumenter sur ces propositions.

Cheverny

Ouais, je suis d'accord, ça je suis d'accord. Mais ça peut être aussi la discussion, à la fin de la discussion...

Julie

Mais ça peut être l'ouverture. Oui, c'est ça...

Cheverny

Mais pas plus que ça, on est d'accord.

Chambord

Est-ce que vous voulez entendre les objectifs de ce dispositif ?

Cheverny

Oui

[Ouverture et lecture du fichier concernant les objectifs]

Julie

Oui c'est intéressant, y'a cette notion de désert médical, en fait. De vouloir garder les professionnels de la santé mentale du coup dans les milieux ruraux. Parce que l'idée c'est que s'ils arrivent pas à vendre leur soupe, en gros, ils vont se barrer.

Cheverny

Ouais, d'accord c'était un objectif effectivement. Qu'il faudrait discuter avec les psychologues. Y'avait d'autres choses, Chambord, là-dessus ?

Julie

Je trouve intéressante cette notion de densité médicale. Quand ils disent que en fait les professionnels de santé mentale quittent les territoires ruraux s'ils arrivent pas à remplir leurs consultations parce qu'ils ont pas les moyens. Donc c'était aussi un moyen, objectif de ce plan, de maintenir les professionnels.

Cheverny

Oui c'est ce qui y'a dans le constat : « d'une part leur disponibilité n'est pas partout effective, d'autre part l'accessibilité est compromise par l'absence... » Je suis bien d'accord avec tout ça. Je pense que cette histoire-là de la compensation, l'accessibilité à ces soins entraine un retard et souvent des compensations par des palliatifs médicamenteux coûteux et donnant lieu à des effets indésirables, sans parler de leur efficacité discutable...ça mériterait, je pense, qu'on s'y attarde dans les entretiens avec les médecins, peut-être aussi avec les patients.

Julie

Tu veux dire vous avez les données pour ? il faudrait les...

Cheverny

Non, c'est pas ...on n'a pas les données quanti pour ça,

Julie

Non. Des données quali ? Vous avez les entretiens qui parlent de ça ? Les médecins vont moins vite aux psychotropes parce qu'ils savent que la personne va avoir une consultation psy assez rapide ?

Cheverny

Je les ai pas tous lus, mais dans l'entretien avec moi, en tous cas, oui, j'en suis sûr 😊

Julie

En tout cas c'est super intéressant, ça amorce une étude quanti...

Cheverny

Ce que j'veus ai dit hier ou avant-hier : je pense que ça a dû diminuer mes prescriptions d'antidépresseurs, je sais pas, de 50, 70%. C'est devenu epsilon, quoi !

Chambord

Chaumont en a parlé aussi

Cheverny

Chaumont en a parlé aussi, oui, je sais, puisqu'on en a parlé ensemble.

Julie

Ça, ça me paraît un point super intéressant à discuter dans l'ouverture, après à voir si y'a.... Pour moi c'est le contenu de la discussion, d'aller voir cet impact-là, d'aller voir si y'a d'autres travaux qui montrent ce truc-là. Est-ce qu'ils pensent que la consultation psychologue réduit l'utilisation...

Cheverny

On peut pas avec des entretiens parler chiffres

Julie

Non, non, tu peux parler d'une intuition, d'une intuition...

Cheverny

L'intuition d'une efficience ? Je suis d'accord. Voilà. Absolument. Bon j'veux pas vous mobiliser pendant des heures non plus, j'veux bien qu'on revienne sur, qu'on essaye de conclure. Donc en fait on se limiterait à cette question de recherche, ou ces questions : « comment fonctionne le dispositif expérimental ». Est-ce que toi, est ce que ça te convient les termes de la question Julie ?

Julie

Alors, comment....

Cheverny

Ou alors est-ce qu'on met comme ça ? « Comment les professionnels de la ...se sont approprié ? »

Julie

Oui, voilà. Je mettrais directement ça, parce que le fonctionnement, tu vois, on peut le voir de tellement de niveaux...par contre, l'appropriation on peut vraiment être beaucoup plus spécifique. « Comment ils se sont approprié un dispositif mis en route par la MSA ? »

Cheverny

Et on garde à ce moment-là, parce que là il n'y a plus les patients : « Quels sont les ressentis vis-à-vis de ce dispositif des patients concernés ? »

Julie

Ah oui... vous avez en plus le versant usager

Cheverny

On a tout ! c'est pour ça qu'il y a deux méthodes

Julie

Oui, parce que du coup, ben l'appropriation par les patients qui peuvent l'utiliser via les...euh comment dire, le « vécu usager » en gros, le « retour usager » en fait, en quelque sorte.

Cheverny

Et y'a pas que les usagers, est-ce qu'on peut dire ...Parce que le problème, c'est que j'ai un problème avec « ressenti ». C'est que, il me semble quand même que quand on va essayer de combiner toutes les données qu'on a, d'une part des professionnels, d'autre part des institutions, et d'autre part des usagers en théorie, c'est typiquement de la théorisation ancrée qu'on fait, vraiment typiquement. Et donc le terme ressenti ne me convient pas.

Julie

Mais en fait vous leur avez demandé quoi aux patients ?

Chambord

On leur a demandé à peu près, comment s'est passé pour eux les séances qu'ils ont fait, pour [??] comment ça leur a servi, au bout de combien de temps ils ont commencé à se sentir un peu mieux, qu'est-ce que ça leur a apporté, qu'est-ce que ça a modifié dans leur vie plus ou moins

Julie

Ouais... « ressenti » c'est pas le bon mot

Cheverny

Non j'ai pas, enfin si tu lis les entretiens patients en fait, ce qu'ils ont fait avec au bout d'un moment une certaine habilité Villandry et Chambord, c'est qu'ils ont... tu peux pas éviter que les patients te racontent la raison pour laquelle ils sont allés voir les psychologues, ce qui n'est pas du tout le sujet, mais peu importe. Ça les ancre dans la réalité, et donc après ça, y'a un certain nombre de questions, pour essayer de comprendre euh... leur ressenti du dispositif, vraiment. « Qu'est-ce que ça signifiait pour eux ? » y'en a un ou deux qui ont commencé comme ça, et puis finalement ont décidé de modifier leur priorité pour ce qui était de leur argent à elle, et donc de payer pour continuer. Donc y'a un peu de tout dans le truc des patients, c'est parfois effectivement très ressenti. Mais comment on tourne cette question, pour finalement apporter des réponses qui sont « comment s'organise le groupe social MSP du 30 et ses patients autour de l'objet de recherche » en terme théorisation ancrée. Alors est-ce qu'on met « quelle est l'expérience ? »

Villandry

Le vécu ?

Julie

Ben ouais, quelle est l'expérience par les usagers

Cheverny

Mais pas que par les usagers, y'a tout le monde là

Julie

Oui, mais vu qu'on veut compléter la question, tu vois

Cheverny

Non, on va compléter la question par une autre question. Les professionnels comment il se sont approprié le dispositif, c'est descriptif. Pas que, bien sûr, je comprends bien que pas que descriptif, mais voilà. Donc, il me semble que c'est l'organisation du groupe social autour de, autour du dispositif qu'on cherche à explorer. Tu vois pourquoi c'est pas simple... c'est toujours au même endroit ...

Julie

Oui, parce que en fait la façon dont les gens du coup, ont utilisé ce qu'on leur proposait, a fait en fait un, a fait du feed-back aux professionnels, qu'ont eux aussi ajusté des choses. Y'a eu une boucle de rétroaction

Cheverny

Non mais si y'a deux questions elles sont liées l'une à l'autre, mais ça c'est pas un problème, ça on s'en sort

Julie

Mais c'est quoi que tu cherches, tu cherches la question de recherche qui concerne le fait d'avoir exploré comment les patients ont expérimenté le dispositif ?

Cheverny

Pas que les patients, les divers intervenants. En fait, la question elle conviendrait, la deuxième question « quels sont les ressentis vis à vis de ce dispositif » elle me conviendrait, sauf le terme ressenti. Parce que pour moi ressenti c'est phénoménologique, mais peut-être...

Julie

Oui surtout que, en plus, vu les questions que vous leurs avez posées, ils répondent aussi à plein de choses, donc c'est pas... Oui c'est plus l'expérience ...

Cheverny

« Expérience » c'est pas mal...

Julie

« Expérience », « retour ». C'est le retour aussi, c'est un peu le feed-back, j'sais pas comme le... un mot en français, oui « expérience ». Oui comment ils l'ont expérimenté...oui expérience qu'ils ont vécue en fait

Villandry

Ou une « critique » ?

Julie

« Comment ils se sont appropriés, comment tous les usagers ont expérimenté ? » et là il manque après la question sous-tendant, enfin la question qui met en lien avec les valeurs professionnelles, les valeurs humaines, ce que tu appelais les réflexions philosophiques, en fait.

Cheverny

Ouais, mais on est toujours à comment s'organise autour de ce dispositif... mais « s'organise » ça ne va pas. Et puis si on dit « les expériences les représentants des institutions »... ils ont pas d'expérience du dispositif à proprement parler. Enfin si : ils en ont une, mais, très différente. Tu me diras, le « ressenti », y'a pas tellement non plus...

Julie

Moi de mon point de vue, y'a pas besoin de trouver une question qui inclut tout ce qu'on est en train de décrire pour justifier de l'utilisation de la théorisation ancrée hein

Cheverny

D'accord, alors est-ce que à ce moment-là, on pourrait avoir une question... « comment les professionnels ET les patients de la MSP du 30 se sont-ils approprié le dispositif ? »

Julie

Ah oui parce que y'a une appropriation par les usagers aussi, de ce que tu en dis. Si tu vois que les gens finalement...

Cheverny

Alors « comment les divers intervenants de...se sont-ils approprié le dispositif » Ah non, ça ne va pas : les représentants ...

Julie

Et ben y'a une expérience de terrain... parce que en fait les gens qui sont du côté de la conception vous leur avez demandé quoi ? Les gens qui ont réfléchi au processus en amont, etc, un peu comme l'entretien que vous m'avez envoyé en amont, comme vous en avez interviewé plein, j'imagine que vous leur avez pas posé, enfin j'imagine...

Cheverny

Enfin, plein...

Julie

Qu'est-ce que vous avez trouvé, aux gens qui ont mis en place le dispositif, qu'est-ce que vous vouliez savoir d'eux en fait ?

Villandry

Quelles étaient leurs attentes, par exemple. Comment ils en sont venus à penser à ce dispositif ?

Cheverny

Alors « quels sont les expériences et les attentes » ? Ça irait ça ?

Julie

Ben, en fait il y a la partie « quelles étaient les attentes des concepteurs » « quelles sont les expériences sur le terrain des usagers » par « usagers », on entend : patients et professionnels. Parce que si on parle d'un outil qu'on a distribué dans un groupe, l'outil, les usagers sont les patients et les professionnels, on est d'accord ? Les deux se sont servi du dispositif

Cheverny

Ouais...

Julie

Parce que la question qui parle des gouvernants, des concepteurs...finalement, eux ne vont que retranscrire le texte de loi qu'en quelque sorte vous n'avez pas lu. Qu'est-ce que ça va apporter de plus ?

Cheverny

Je sais pas

Julie

Qu'est-ce que les entretiens apportent de plus en fait, que d'explicitier le dispositif tel qu'il est déjà écrit dans le texte de loi ? Alors vous aviez pas lu, certes, mais vous pouvez le lire maintenant, est-ce que ça dit la même chose que les concepteurs ont dit ?

Cheverny

Je sais pas, ils vous ont apporté autre chose les MSA et CPAM ?

Villandry

Non, pas tellement

Chambord

Non, moi la MSA elle m'a expliqué la même chose, avec moins d'information

Cheverny

Ouais ils ont pas... Peut-être qu'il faudrait les pousser un peu dans leurs retranchements en termes d'espoir à titre personnel

Chambord

Moi ça été impossible avec la MSA, parce qu'elle s'est retranchée derrière le Docteur MSA2 à l'origine de ça, en disant « tiens vous avez... [???] vous verrez avec lui »

Julie

Parce qu'en gros, s'ils se sont contenté d'explicité l'utilisation prévue du dispositif, euh, ben je sais pas si on peut faire grand-chose de plus que ça, de leur côté. Je sais pas si on peut vraiment en faire grande chose, de ça.

Cheverny

Alors t'es en train de nous dire qu'on va se contenter de « comment les professionnels de la MSP du 30 se sont-ils approprié le dispositif ? » et « quels sont les ressentis des patients vis à vis de ce dispositif »

Julie

Ben oui comme ça on se centre. Que ce soient les patients, les professionnels, ceux qui l'ont utilisé, ceux qui en ont bénéficié en fait du dispositif.

Cheverny

D'accord.

Julie

J'trouve que c'est plus simple. Comment dire ? Ça reste au même niveau, même si ça pose différentes questions, ça reste sur un nouvel outil, qui arrive dans une population, qui modifie des choses, avec des usagers qui sont de divers horizons, des gens qui en ont bénéficié et des gens qui le proposent. Mais d'un point de vue ethnographique, en fait, alors y'a ceux qui le proposent et ceux qui en bénéficient alors c'est presque comme si ça changeait rien. Qui en bénéficie ? Qui propose ? Tu vois ce que j'veux dire ? Enfin, comment dire...si on reprend notre image de la tribu, qui utilise un nouvel outil dont ils savent même pas ce que ça vient faire là, ils l'ont trouvé juste et ils s'en servent...euh ben le fait de s'en servir fait qu'ils ont besoin d'un public qui le reçoit. Mais, en fait, c'est *leur* utilisation quand même.

Cheverny

Ouais : faut quelqu'un pour taper dessus 😊

Julie

Oui, voilà, exactement ! Ils ont trouvé un bâton, donc ça sert à taper. Donc il y a celui qui tient le bâton, il y a celui qui se fait frapper en quelque sorte. Ça reste l'utilisation d'un nouvel outil quoi.

Cheverny

D'accord, donc finalement, on fait que de l'ethnographie ?

Julie

Ouais, je trouve. Enfin, alors en fait là où vous faites pas de l'ethnographie j'dirai, je sais pas à quel point Villandry et Chambord, ça vous parle c'qu'on dit. En fait Cheverny, dans la théorisation ancrée faut quand même l'utilisation des données ? Le fait que vous proposiez des questions aux gens, précises, et que vous allez les confronter sur un sujet que vous n'aviez pas forcément prévu d'explorer, euh ça c'est pas ethnographique, c'est purement de la théorisation ancrée

Cheverny

Ouais

Julie

Oui, donc pas juste ethnographie, car vous êtes pas simplement allés, euh...ouais, non, on peut pas juste dire ça serait de l'observation participante, il y a vraiment le fait d'aller confronter les acteurs sur le terrain en leur posant des questions sur leurs utilisations etc. Là, on parle pas d'ethnographie.

Cheverny

D'accord, donc on a bien une approche ethnographique de l'observation participante initiale, et ensuite une analyse inspirée de la théorisation ancrée sur ce truc-là, pour aller plus loin. Pour répondre aux questions,

Julie

Ben en fait les deux se complètent parce que dans les questions qui se posent, du guide d'entretien, euh....

Cheverny

Est-ce qu'alors ça voudrait dire : « Comment les professionnels de la MSP du 30 se sont approprié le dispositif » on va le laisser comme ça, et puis « quels sont les ressentis des patients, et des professionnels ? » aussi. Parce que c'est ce qu'on a fait !

Julie

Du coup, il n'y a plus le côté expérience, parce que dans l'expérience t'as le ressenti et la description de l'utilisation. J'sais pas, j'pense tu vois, j'trouve que discuter pendant 2 jours de l'approche méthodologique, j'pense pas que ça apporte grand-chose.

Cheverny

Non, mais j'aimerais préciser la question : le terme expérience moi il me... il me met un peu mal à l'aise. Parce que t'as de l'expérience de, dans le sens c'est quelque chose que je

connais, j'ai déjà fait ça, j'suis expérimenté. Et puis t'as l'expérience de la première fois que t'as pris de l'acide...

Julie

Ouais : la découverte et l'utilisation.

Cheverny

Donc le ressenti... Non mais ça me va comme ça, ça me va bien là : « ressenti des patients et professionnels vis-à-vis de ce dispositif »

Chambord

Des patients qui en ont bénéficié, faut préciser

Cheverny

Pardon, « Des patients qui en ont bénéficié » oui oui.

Julie

Des usagers ouais

Cheverny

Alors une fois qu'on convertit ça en objectifs, donc est-ce que l'objectif, qu'est-ce que c'est l'objectif là-dedans finalement ? C'est...

Julie

Ben identifier, analyser, comprendre. Est-ce qu'il y a plus que ça ? Est-ce que ta question c'est : tu dois mettre ou non le fait de formuler des propositions ?

Cheverny

Non

Julie

Non je ne pense pas que ça doit être un objectif

Cheverny

Décrire la façon dont le...dispositif fonctionne en pratique

Julie

L'analyse et tout, parce que vous allez faire des liens entre ce que les gens disent, les regrouper, recouper, peut-être vous rattacher à des concepts identiques, y'a pas que de la description, y'a de l'analyse. Décrire et analyser en fait.

Cheverny

D'accord, « décrire et analyser ». Ouais, bien sûr. Donc : « décrire et analyser la façon dont le dispositif a été mis en œuvre et vécu » ?

Julie

Ouais, mis en œuvre, mis en œuvre... comment il a été mis en œuvre

Cheverny

« Et explorer le vécu des différents intervenants »

Julie

Ouais y'a quelque chose qu'est pas de l'ordre du vécu, y'a l'avenir en fait. [???]

Cheverny

Ouais bien-sûr. Le ressenti alors ?

Julie

C'est pour ça que le « retour » des usagers ou des différentes personnes impliquées dans le dispositif

Cheverny

Donc ressenti, retour, ça va pas, c'est pas pareil ?

Julie

Ben pour moi quand on fait un retour on dit ce qu'on en a pensé, y'a quelque chose de cognitif, et y'a aussi l'expérience vraiment vécue, qui va être plus sur quelque chose d'expérientiel, quelque chose de phénoménologique.

Oui, oui, « ressenti » ça va aussi convenir, ils vont aussi donner leurs avis. Des différents intervenants, enfin des différents usagers

Cheverny

Non : « intervenants », parce que y'a les professionnels aussi

Julie

Ouais, mais du coup dans intervenants, comment tu dis les patients ? tu les appelles des intervenants ? Ils interviennent ?

Cheverny

Ah oui... Ben les intervenants c'est toutes les personnes impliquées, oui. « Participants ». On peut mettre « des personnes impliquées »

Julie

Donc « mis en œuvre », oui. Est-ce qu'il faut préciser en plus, parce que la mise en œuvre évoque le démarrage tu vois...la première utilisation, est ce qu'il faut aller plus loin en disant que c'est la mise en œuvre, l'utilisation un peu rodée. Tu vois est-ce qu'il faut différencier les deux

Cheverny

« Mis en pratique », alors ?

Julie

Ouais : « mis en pratique ».

Cheverny

Oui. D'accord, ça c'est l'objectif. Ok.

Julie

Ouais j'trouve intéressant tu vois, j'suis un peu... j'suis un peu obsédée par... il y a quelque chose que je trouve intéressant dans le fait de se décentrer de l'interaction, enfin de positionnement professionnel de sante/patient. Il y a quelque chose d'intéressant comme si on considérait qu'en fait tous les différents usagers, comme s'ils étaient à un niveau horizontal

dans l'utilisation tu vois, qu'il y a des professionnels de santé mais aussi des bénéficiaires, en fait.

Cheverny

Ahhh...

Julie

C'est pour ça que j'aime le terme « usagers », parce que pour moi il gomme en fait le...comme la hiérarchie sur un professionnel et un patient.

Cheverny

Ce qui est bien c'est que dans les « personnes impliquées », il n'y a pas de hiérarchie au moins. Ouais, j'entends ce que tu dis, c'est-à-dire que vis-à-vis de la bouteille de coca qui vient d'être parachutée...

Julie

Oui, d'un point de vue ethnographique, ce lissage des positionnements... J'aime ce terme « usagers » qui permet cette linéarisation des personnes. Et d'ailleurs c'est une clé pour l'analyse, pour vous Chambord et Villandry, c'est d'essayer, en analysant les données, de sortir de cette perspective qu'a un professionnel et un patient. Vraiment d'être sur des « intervenants » différents. Comme si vous ne saviez plus qui était qui, en fait. Faut vraiment voir au-delà, et voir ce qu'ils en font. Parce que en réfléchissant avec votre grille de « le psychologue il dit ça, le médecin il dit ça », en fait, vous avez déjà une grille de lecture qui est trop...

Cheverny

Le problème, c'est que tout le monde l'a cette grille de lecture, et notamment les patients et les professionnels

Julie

Evidemment, mais ça, ça sera des éléments d'analyse après pour vous

Cheverny

Pas très simple... Mais effectivement ça serait intéressant d'essayer d'arriver à ça, d'arriver à un lissage de hiérarchie vis à vis d'une expérience.

Julie

Parce que c'est là que vont être les vrais apports, ne plus considérer qu'il y en a qui en distribuent et d'autres qui en reçoivent, en fait. Peut-être se laisser surprendre en disant « tiens : on peut peut-être regarder le truc autrement » si ça se trouve ça peut être les professionnels qui reçoivent, en quelque sorte. On est dans un truc de donneur/receveur, on pourrait avoir une façon générique de penser que les professionnels donnent et les patients reçoivent, mais en fait, peut-être qu'en vous laissant surprendre, il se peut qu'il y ait des dynamiques qui aillent dans l'autre sens.

Cheverny

Tu vas pas tarder à devenir militante là...

Julie

Parce que par exemple à mon avis, le professionnel, moi j'ai l'intuition que le professionnel de santé il reçoit dans le sens où en fait ça nourrit ses alertes professionnelles. En fait il reçoit quelque chose de ce dispositif qui lui permet d'agir peut-être plus en lien avec ses valeurs profondes : lutter contre les ISS [*inégalités sociales de santé*], etc.

Cheverny

Bon : on s'arrête là, ça fait une heure qu'on discute, et on est peu près arrivé à nos objectifs

Julie

Vos retours : Villandry et Chambord, vous en pensez quoi de cette discussion ?

Villandry

C'est très bien je trouve d'avoir trouvé cette idée-là « d'appropriation » des professionnels en premier lieu, l'appropriation globale c'est une très bonne tournure. Je trouve ça très bien

Chambord

Moi, ça me plaît beaucoup aussi. J'ai été très surprise de voir qui y'avait tout ça, et au fur et à mesure j'ai découvert, j'ai trouvé ça très intéressant de voir comment on l'avait dans notre utilisation, vis-à-vis de l'originale.

Julie

Et toi Cheverny, ça t'apporte quoi le fait qu'on ait revu le truc ensemble du coup ?

Cheverny

C'est très bien, c'est exactement ce que je voulais : voir comment s'articulaient les différents types d'analyses. J'aime bien l'idée « tout le monde débute », quand un dispositif est nouveau tout le monde débute donc moi je...je cherche ...et puis effectivement l'appropriation, c'est le terme qui convient parce qu'en plus, c'est là-dessus qu'on va pouvoir ensuite, à la suite de ce travail là, bâtir une proposition.

Julie

Oui, dans les propositions moi j'aurais vraiment envie d'ouvrir pour leur demander le financement d'une étude quanti sur, pour comparer psychologues et psychotropes

Cheverny

Ah ça, c'est sûr ! Là, c'est un PRME. C'est un projet de recherche médico-économique... DGS... 400°000 euros !

Chambord

Je crois que ça va être fait d'ailleurs, parce qu'ils vont à nouveau faire des enquêtes par la suite. Eux, ils ont un dispositif pour les diététiciens et les psychologues et au terme de tout ça, ils vont faire des enquêtes notamment pour voir, pour la diététique par exemple si ça permet de faire diminuer l'obésité et j'crois qu'ils vont renvoyer aussi pour les psychologues si ça fait diminuer...

Cheverny

Pas sûr qu'ils aient les moyens techniques de faire un PRME, enfin peut-être. Le problème des caisses quand ils font des évaluations, ils ont des gens hyper compétents le seul problème c'est qu'ils limitent toujours leur recherche aux données disponibles si tu veux. C'est pas : on va chercher des données en fonction de la question, c'est : on va ajuster la question aux données qu'on a. Mais bon : c'est sûr, c'est la suite. Pour moi c'est bon, j'ai plus besoin de rien pour écrire la suite 😊

5.2 Annexe 2 Guides des entretiens semi-dirigés

5.2.1 Entretiens avec les patients de la maison de santé (MSP).

Les entretiens ont été effectués au sein de la MSP, et enregistrés.

Introduction

Cet entretien est réalisé dans le cadre d'une thèse de médecine générale. Elle est réalisée par Docteur Chambord et Docteur Villandry, étudiants en médecine, sous la responsabilité du Pr Cheverny.

Il sera enregistré, pour cela, un consentement vous a été remis.

Cet entretien sera ensuite retranscrit par écrit, avec une anonymisation, puis l'enregistrement initial sera détruit.

Enfin nous vous proposerons une relecture de cet entretien, que vous pourrez modifier.

Le sujet de la thèse concerne le dispositif de remboursement des consultations chez le psychologue.

Questions

- 1- Est-ce que vous voulez bien me raconter votre première rencontre avec Mme Talcy / Mme Amboise ?
- 2- Etes-vous toujours suivi par elle au sein du cabinet ? (Suivi en cours ou terminé ?)
- 3- De combien de séances était votre forfait que l'on vous a attribué pour ce suivi psychologique ?
- 4 - Était-ce suffisant pour vous ? Si non, pourquoi ?
- 5 – Que pensez-vous du principe de forfait ?
- 6 – De quelles autres prises en charge avez-vous eu besoin en complément de la prise en charge de la psychologue ? (Psychiatre ? antidépresseurs ? Yoga ...)
- 7 - Pour quelles raisons le médecin a dû vous recommander un suivi chez le psychologue ? Comment vous l'a-t-il présenté ? Comment vous a-t-il expliqué ce principe de prise en charge psychologique remboursée ?
- 8 - Savez-vous comment s'opère ce remboursement ?

9 - (En fonction de sa précédente réponse...) Vous avez été voir une psychologue parce que le médecin vous l'a recommandé. Si le médecin vous avait recommandé plutôt un psychiatre, y auriez-vous été ? Pourquoi ?

10 - Quelles différences y a-t-il selon vous entre un psychologue et un psychiatre ?

11 - Donc à choisir, entre un psychologue remboursé et un psychiatre remboursé, lequel préférez-vous ? Auriez-vous pris RDV chez un psychologue sans cette prise en charge financière ?

12 - Vous savez qu'actuellement, tout le monde n'a pas accès à ce suivi chez le psychologue remboursé. D'après vous, sur quels critères doit-on attribuer ce suivi psychologique ?

13 - Que retirez-vous de ce suivi ? (Au sens quel bénéfice ou inconvénient de ce suivi ?)

14 - Quelles remarques pouvez-vous faire sur ce dispositif ? Si l'on pouvait l'améliorer, comment le faire ?

15 – Quel est votre métier, votre âge, votre situation socioéconomique ?

5.2.2 Entretiens avec les médecins de la maison de santé (MSP).

Les entretiens ont été effectués au sein de la MSP, et enregistrés.

Introduction

Cet entretien est réalisé dans le cadre d'une thèse de médecine générale. Elle est réalisée par Mlle Chambord et Mr Villandry, étudiants en médecine, sous la responsabilité du Pr Cheverny.

Cet entretien sera enregistré. Il sera ensuite retranscrit par écrit, avec une anonymisation, puis l'enregistrement initial sera détruit.

Enfin nous te proposerons une relecture de cet entretien, que tu pourras modifier.

Le sujet de la thèse concerne le dispositif de remboursement des consultations chez le psychologue.

Questions

1 - Si tu n'avais qu'une seule chose à dire sur ce dispositif que dirais tu ?

2 - Est-ce que tu t'en es servi ?

3 - Combien de patients as-tu envoyé ?

- 4 - Tu peux me raconter un exemple ?
- 5 - Penses-tu que ce chiffre aurait pu être plus élevé ?
- 6 – Selon toi, quelle proportion de ces patients bénéficiait au préalable d'un traitement médicamenteux ?
- 7 - Pourquoi as-tu adressé ces patients et ne pas les avoir suivis toi-même ?
- 8 - Qu'attendais-tu de la prise en charge par la psychologue ?
- 9 - Comment as-tu déterminé que ces patients rentraient dans le cadre du dispositif ?
- 10 - Quels étaient tes critères pour les adresser ?
- 11 - Comment as-tu fait pour les adresser ? (Courrier, Oral, transmission de coordonnées)
- 12 - Comment as-tu proposé cette prise en charge à tes patients et comment ont-ils accueilli ta proposition ?
- 13 - As-tu des remarques sur les critères d'éligibilité au dispositif ?
- 14 - As-tu eu des retours ?
- 15 - Si ce dispositif devenait pérenne, en quoi il changerait ta pratique future ?
- 16 - Comment pourrait-on améliorer ce dispositif ?

5.2.3 Entretiens avec les psychologues de la maison de santé (MSP).

Les entretiens ont été effectués au sein de la MSP, et enregistrés.

Introduction

Cet entretien est réalisé dans le cadre d'une thèse de médecine générale. Elle est réalisée par Mlle Chambord et Mr Villandry, étudiants en médecine, sous la responsabilité du Pr Chevernay.

Cet entretien sera enregistré. Il sera ensuite retranscrit par écrit, avec une anonymisation, puis l'enregistrement initial sera détruit.

Enfin nous te proposerons une relecture de cet entretien, que tu pourras modifier.

Le sujet de la thèse concerne le dispositif de remboursement des consultations chez le psychologue.

Questions

- 1 - Si tu n'avais qu'une seule chose à dire sur ce dispositif que dirais-tu ?
- 2 - Quel est le patient type ?
- 3 - As-tu rencontré des erreurs d'adressage de la part de médecin ? Sais-tu expliquer pourquoi ? Comment as-tu fait ?
- 4 - Combien de patients peuvent en bénéficier, et combien de séances par patient ?
- 5 - Combien de temps par séance leur accordes-tu ?
- 6 - Combien es-tu rémunérée ?
- 7 - Quelles différences fais-tu dans ta pratique entre les séances remboursées et celles non remboursées ? Comment as-tu géré ces plages de consultations remboursées au sein de ton agenda ?
- 8 - Comment expliques-tu que certains psychologues refusent ce dispositif ?
- 9 - As-tu des remarques sur les critères d'éligibilité au dispositif ?
- 10 - As-tu eu des retours de tes patients ?
- 11 - Comment pourrait-on améliorer ce dispositif ?
- 12 - Si ce dispositif devenait pérenne, en quoi est-ce qu'il changerait ta pratique future ?

5.2.4 Entretiens avec les professionnels de la MSA.

Les entretiens ont été effectués via téléphone, et enregistrés.

Introduction

Cet entretien téléphonique est réalisé dans le cadre d'une thèse de médecine générale. Elle est réalisée par Mlle Chambord et Mr Villandry, étudiants en médecine, sous la responsabilité du Pr Cheverny.

Cet entretien sera enregistré. Il sera ensuite retranscrit par écrit, avec une anonymisation, puis l'enregistrement initial sera détruit.

Enfin nous vous proposerons une relecture de cet entretien, que vous pourrez modifier.

Le sujet de la thèse concerne le dispositif de remboursement des consultations chez le psychologue. Je vais donc vous poser quelques questions le concernant.

Questions

- 1 - Est ce que vous pouvez vous présenter ainsi que votre fonction ?
- 2 - Si vous aviez une seule chose à dire sur ce dispositif ?
- 3 - J'ai lu votre descriptif initial, mais pouvez-vous me l'expliquer ? (Pourquoi MSP ? Intervention de professionnels extérieurs ? Coût ? Nombre de séance ?)
- 4 - Quels sont les critères d'éligibilité pour être inclus dans ce dispositif ? (Y a-t-il une différence entre ceux qui ne veulent pas (dépendre) et ceux qui ne peuvent pas ?)
- 5 - Comment voyiez-vous le parcours type d'un patient ?
- 6 - Pourquoi avoir fait ce dispositif ? Comment l'avez-vous créé, et quand ? Quel est votre lien avec la MSP de sancerre ?
- 7 - Vous travaillez au sein de la MSA, comment se fait-il que la CPAM ait également repris ce dispositif ?
- 8 - Qu'en attendiez-vous ?
- 9 - Quels ont été vos retours (Patients/ professionnels)
- 10 - Quelles ont été les évolutions de ce dispositif ? Les modifications ?
- 11 - Quel est votre ressenti a posteriori ? (Avis favorable mitigé, mécontentement ; satisfaction...) Quel est l'avenir de ce dispositif ?

5.2.5 Entretiens avec les professionnels de la CPAM.

Les entretiens ont été effectués via téléphone, et enregistrés.

Introduction

Cet entretien téléphonique est réalisé dans le cadre d'une thèse de médecine générale. Elle est réalisée par Mlle Chambord et Mr Villandry, étudiants en médecine, sous la responsabilité du Pr Cheverny.

Cet entretien sera enregistré. Il sera ensuite retranscrit par écrit, avec une anonymisation, puis l'enregistrement initial sera détruit.

Enfin nous vous proposerons une relecture de cet entretien, que vous pourrez modifier.

Le sujet de la thèse concerne le dispositif de remboursement des consultations chez le psychologue. Je vais donc vous poser quelques questions le concernant.

Questions

- 1 - Est ce que vous pouvez vous présenter ainsi que votre fonction ?
- 2 - Si vous aviez une seule chose à dire sur ce dispositif ?
- 3 - Pouvez-vous me l'expliquer ? (Pourquoi MSP ? éligibilité ? coût ? nombre de séance)
- 4 - Pourquoi avoir fait ce dispositif ?
- 5 - Qu'en attendiez-vous ?
- 6 - Quels ont été vos retours (Patients/ professionnels)
- 7 - Quel est votre ressenti a posteriori ? (Avis favorable mitigé, mécontentement ; satisfaction... ?)
- 8 - Quelle est l'avenir de ce dispositif ?

5.3 Annexe 3 Formulaire de consentements

Autorisation pour l'enregistrement audio et l'exploitation des données enregistrées pour les professionnels de santé de la MSP du trenté de Vendôme.

Présentation

Cette enquête est réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale.

L'enquête porte sur le dispositif expérimental mené par la Caisse primaire d'assurance maladie et la Mutuelle sociale agricole du Loir et Cher, au sein de la Maison de santé pluriprofessionnelle du trenté à Vendôme, en vue de prendre en charge les séances de psychothérapie, et sur les ressentis des divers intervenants dans ce cadre.

Cette recherche est menée par Mr Villandry et Mme Chambord et encadrée par Monsieur Cheverny. Elle n'est possible qu'avec le consentement des personnes qui acceptent d'être enregistrées, à qui nous demandons par conséquent une autorisation écrite.

Autorisation

Je soussigné(e) _____

- autorise par la présente à enregistrer en audio mon entretien le (date et heure) _____.

- autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme transcrite, anonymisée et désidentifiée :

a) à des fins de recherche scientifique (mémoires ou thèses, articles scientifiques, exposés à des congrès, séminaires)

b) à des fins d'enseignement universitaire.

- Prends acte que compte tenu des particularités de l'étude, la désidentification des professionnels de l'étude ne pourra être garantie, comme elle pourra l'être pour les patients.

Une relecture de la retranscription de cet entretien sera proposée, et toute modification ou suppression sera possible a posteriori.

- J'ai compris que je suis libre de retirer mon consentement à tout moment.

Lieu et date : _____

Signature

Autorisation pour l'enregistrement audio et l'exploitation des données enregistrées pour les patients et les participants interrogés au sein de la CPAM / MSA.

Présentation

Cette enquête est réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale.

L'enquête porte sur le dispositif expérimental mené par la Caisse primaire d'assurance maladie et la Mutuelle sociale agricole du Loir et Cher, au sein de la Maison de santé pluriprofessionnelle du trente à Vendôme, en vue de prendre en charge les séances de psychothérapie, et sur les ressentis des divers intervenants dans ce cadre.

Cette recherche est menée par Mr Villandry et Mme Chambord et encadrée par Monsieur Cheverny. Elle n'est possible qu'avec le consentement des personnes qui acceptent d'être enregistrées, à qui nous demandons par conséquent une autorisation écrite.

Autorisation

Je soussigné(e) _____

- autorise par la présente à enregistrer en audio mon entretien le (date et heure) _____.

- autorise l'utilisation de ces données, sous leur forme transcrite et anonymisée :

a) à des fins de recherche scientifique (mémoires ou thèses, articles scientifiques, exposés à des congrès, séminaires)

b) à des fins d'enseignement universitaire

- Prends acte que pour toutes ces utilisations scientifiques les données seront anonymisées. Ceci signifie que les retranscriptions de ces données utiliseront des pseudonymes et remplaceront toute information pouvant porter à l'identification des participants.

Tous les enregistrements audios seront détruits après retranscription anonymisée.

Une relecture de la retranscription de cet entretien me sera proposée, et toute modification ou suppression me sera possible a posteriori.

- J'ai compris que je suis libre de retirer mon consentement à tout moment.

Lieu et date : _____

Signature

Formulaire de consentement pour les participants (d'après Fernandez & Catteeuw, 2001)

Présentation

Je, soussigné _____ déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude ci-dessous.

Sous la direction de : Docteur Cheverny.

Promoteur : Université de Tours, François Rabelais

Investigateurs principaux : Villandry et Chambord, médecins non thésés de médecine générale.

Objectifs de l'étude

Décrire le nouveau dispositif expérimental mis en place par la CPAM et MSA du Loir et Cher au sein de la MSP du trentre, de Vendôme, et recueillir les ressentis des différents intervenants au sein de cette expérimentation.

Engagement du participant

L'étude va consister à recueillir le ressenti du participant sur ce dispositif, ainsi que les informations le concernant dans le cadre de ce dispositif.

Engagement de l'investigateur principal

En tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Il s'engage également à fournir aux participants tout le soutien permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.

Liberté du participant

Le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant

Le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Rétribution

L'étude ne fera l'objet d'aucune rétribution.

Risques encourus

Aucun risque encouru par le participant.

Confidentialité des informations

Les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable). Cette recherche n'ayant qu'un caractère psychologique, elle n'entre pas de ce fait dans la loi Huriot-Sérusclat concernant la protection des personnes dans la recherche biomédicale. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Déontologie et éthique

Le promoteur et les investigateurs principaux s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant (titre I, articles 1,3,5 et 6 et titre II, articles 3, 9 et 20 du code de déontologie des psychologues, France).

Fait à _____ le _____ en 2 exemplaires

Signatures :

Le participant

L'investigateur principal

5.4 Annexe 4 Réponse de la DRI du CHRU de Tours après demande d'inscription CNIL

De: REHAULT MAGALI <M.REHAULT@chu-tours.fr>

Date: 26 juillet 2021 à 15:12:58 UTC+2

À: "Bérénice V." <> ,

Cc: GUYETANT SOPHIE <SOPHIE.GUYETANT@chu-tours.fr> :

Objet: RE: enregistrement thèse psychothérapie subventionnée ANNEXES

Bonjour Mme VIMOND

J'ai étudié votre dossier pour la mise en conformité vis-à-vis de la CNIL de votre thèse en psychothérapie.

Dans la mesure où vos entretiens individuels semi-dirigés sont complètement anonymes et ne contiennent pas des données permettant de remonter à l'identité des patients et des professionnels de santé, (même en les croisant), la déclaration CNIL n'est pas nécessaire si vous détruisez la liste de correspondance entre le N° d'identification de l'entretien et l'identité des participants ainsi que les enregistrements audio à la fin de la recherche.

Vous pouvez donc démarrer votre étude dès à présent.

L'avis éthique n'est pas obligatoire d'un point de vue réglementaire. Si ce travail a vocation à être publié et si la revue le demandait, sachez qu'il est possible d'en faire la demande auprès du comité d'éthique local, a posteriori.

Dans cette configuration, revenez vers moi, je vous indiquerai la marche à suivre.

Bien cordialement

Magali REHAULT

ARC coordonnateur cellule RNI

Direction de la Recherche et de l'Innovation

Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI) Centre Val de Loire

C.H.R.U. de TOURS - Hôpital Bretonneau

Bâtiment Tertiaire, 2^e étage, boîte 95

2 Bd Tonnellé 37044 Tours Cedex 9

Tel : 02.47.47.46.75 - Fax : 02.47.47.46.62

Le CHRU de Tours est certifié ISO 9001 pour ses activités de promotion et d'aide méthodologique dans le cadre d'études cliniques.

Certificat n°2020/89196.1

5.5 Annexe 5 Tableau des variables exploitées par QDA Miner

CAS	FILE	SEXE	AGE	ROLE	INTERVIEWE	ENVOYES	PAT_SUIVIS	ACTIVIT	ANTE
9	PEPSY_Entretien_Patient_P1_20200310	Femme		35 Patient	Villandry	(manquant)	(manquant)	En activité	Psychologue
10	PEPSY_Entretien_Patient_P10_20200609	Femme		52 Patient	Villandry	(manquant)	(manquant)	Sans emploi	Aucun
11	PEPSY_Entretien_Patient_P11_20200624	Homme		64 Patient	Villandry	(manquant)	(manquant)	En Retraite	Aucun
12	PEPSY_Entretien_Patient_P12_20200619	Femme		69 Patient	Villandry	(manquant)	(manquant)	En Retraite	Aucun
13	PEPSY_Entretien_Patient_P13_20200617	Femme		63 Patient	Villandry	(manquant)	(manquant)	En Retraite	Psychiatre
14	PEPSY_Entretien_Patient_P14_20200616	Femme		34 Patient	Villandry	(manquant)	(manquant)	Sans emploi	Psychologue
15	PEPSY_Entretien_Patient_P15_20200812	Femme		58 Patient	Villandry	(manquant)	(manquant)	En activité	Psychiatre
16	PEPSY_Entretien_Patient_P2_20200313	Femme		59 Patient	Chambord	(manquant)	(manquant)	En activité	Psychologue
17	PEPSY_Entretien_Patient_P3_20200313	Femme		48 Patient	Villandry	(manquant)	(manquant)	Sans emploi	Aucun
18	PEPSY_Entretien_Patient_P4_20200421	Femme		44 Patient	Chambord	(manquant)	(manquant)	En activité	Psychologue
19	PEPSY_Entretien_Patient_P5_20200421	Femme		34 Patient	Chambord	(manquant)	(manquant)	Sans emploi	Psychiatre
20	PEPSY_Entretien_Patient_P6_20200423	Femme		60 Patient	Chambord	(manquant)	(manquant)	En arrêt de travail	Psychiatre
21	PEPSY_Entretien_Patient_P7_20200527	Femme		35 Patient	Chambord	(manquant)	(manquant)	En arrêt de travail	Aucun
22	PEPSY_Entretien_Patient_P8_20200604	Femme		63 Patient	Chambord	(manquant)	(manquant)	En Retraite	Aucun
23	PEPSY_Entretien_Patient_P9_20200610	Femme		46 Patient	Villandry	(manquant)	(manquant)	En activité	Psychiatre
2	PEPSY_Entretien_Medecin_Blois_20201125	Femme	(manquant)	Médecin	Villandry	0	(manquant)	professionnel de santé	.
3	PEPSY_Entretien_Medecin_Chaumont_20200319	Homme	(manquant)	Médecin	Chambord+Villandry	8	(manquant)	professionnel de santé	.
4	PEPSY_Entretien_Medecin_Chenonceau_20201118	Femme	(manquant)	Médecin	Chambord+Villandry	3	(manquant)	professionnel de santé	.
5	PEPSY_Entretien_Medecin_Cheverny_20200724	Homme	(manquant)	Médecin	Chambord+Villandry	5	(manquant)	professionnel de santé	.
6	PEPSY_Entretien_Medecin_Villandry_20200302	Homme	(manquant)	Médecin	Chambord	0	(manquant)	professionnel de santé	.
27	PEPSY_Entretien_Medecin_Chambord_20200302	Femme	(manquant)	Médecin	Villandry	3	(manquant)	professionnel de santé	.
28	PEPSY_Entretien_Medecin_Cande_20201117	Femme	(manquant)	Médecin	Chambord+Villandry	2	(manquant)	professionnel de santé	.
7	PEPSY_Entretien_MSA2_20200616	Homme	(manquant)	Concepteu	Chambord	(manquant)	(manquant)	professionnel de santé	.
8	PEPSY_Entretien_MSA1_20200609	Femme	(manquant)	Concepteu	Chambord	(manquant)	(manquant)	professionnel de santé	.
26	PEPSY_Entretien_Sécu_20200612	Femme	(manquant)	Concepteu	Villandry	(manquant)	(manquant)	professionnel de santé	.
1	PEPSY_Entretien_Julie_20200726	Femme	(manquant)	Autre	Chambord+Villandry	(manquant)	(manquant)	professionnel de santé	.
24	PEPSY_Entretien_Psy_Amboise_20200320	Femme	(manquant)	Psycholoq	Chambord	(manquant)		4 professionnel de santé	.
25	PEPSY_Entretien_Psy_Talcy_20200311	Femme	(manquant)	Psycholoq	Chambord+Villandry	(manquant)		18 professionnel de santé	.

5.6 Annexe 6 Convention CPAM pour les MSP

CONVENTION RELATIVE A LA MISE EN PLACE D'UNE EXPÉRIMENTATION DE PRISE EN CHARGE DE CONSULTATIONS DIETETICIEN ET PSYCHOLOGUE

Entre :

1/ La Maison de Santé Pluri-professionnelle (NOM), située (ADRESSE), représentée par le (NOM, PRENOM, FONCTION)

Ci-après désignée « **MSP (NOM)** »,

D'une part,

Et :

2/ La Caisse d'Assurance Maladie de Loir-et-Cher, dont le siège se situe au 6 rue Louis Armand 41022 BLOIS cedex, représentée par sa directrice, Madame Carole BLANC

Ci-après désignée « **CPAM de Loir-et-Cher** »,

D'autre part,

PREAMBULE :

La prise en charge des assurés atteints de pathologies chroniques est un enjeu majeur pour l'Assurance Maladie.

Les prises en charge adaptées sont la plupart du temps non médicamenteuses (ex. : thérapie cognitive et comportementale, suivi diététique) or :

- 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.

Cette accessibilité insatisfaisante est susceptible de favoriser un retard de prise en charge et une prescription inappropriée de médicaments psychotropes et/ou de médicaments destinés à traiter les conséquences d'un comportement alimentaire inadapté.

C'est notamment le cas chez les personnes en situation de précarité ou présentant une affection se déséquilibrant rapidement.

Dans ces situations, l'effectivité d'une prise en charge rapide dépend à la fois de l'adhésion du patient au projet de soin et de l'accessibilité notamment financière à ce soin. Une faible accessibilité est susceptible d'entraîner un renoncement au soin.

C'est pourquoi, dans le cadre de sa politique d'Action Sanitaire et Sociale, la CPAM de Loir-et-Cher propose, à titre expérimental, de prendre en charge des consultations de suivi nutritionnel et/ou psychologique.

IL A ETE CONVENU CE QUI SUIT :

ARTICLE 1 : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet la mise en œuvre d'une prise en charge de consultations de diététique et/ou de psychologie pour les assurés de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie au sein de la Maison de Santé Pluri-professionnelle.

ARTICLE 2 : DESCRIPTION DE L'ACTION

Ce projet a pour objectifs :

- d'améliorer l'accès aux soins des patients dont la prise en charge nécessite des actes non remboursables
- de lutter contre le renoncement aux soins
- de promouvoir des parcours de soins plus efficaces

Deux critères sont déterminants dans le choix des situations retenues :

- **l'urgence de la prise en charge** : au moment où la personne accepte de s'inscrire dans une prise en charge et que son affection se déséquilibre rapidement
- l'existence d'un **problème d'accessibilité financière** susceptible de 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)

L'expérimentation concerne **tous les assurés de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Loir-et-Cher** âgés de 18 ans et + répondant aux critères d'inclusion ci-dessous :

- Obésité et surpoids
- Maladies chroniques (diabète, BPCO, insuffisance cardiaque, Parkinson, Alzheimer)
- Troubles psychologiques (dépression, burn out) - Affections psychiatriques - Troubles du sommeil – Arrêt des Benzodiazépines
- Tabagisme

Dans le cadre d'un **nouveau suivi et d'un épisode de soins ponctuel.**

Sur prescription du médecin traitant, une prise en charge diététique individuelle et/ou une prise en charge psychologique individuelle sera proposée à ces patients. Ces prises en charge peuvent être éventuellement associées chez un même patient.

ARTICLE 3 : ENGAGEMENTS DE LA CAISSE D'ASSURANCE MALADIE DE LOIR-ET-CHER

La CPAM 41 s'engage à :

- ✓ accompagner les professionnels de santé impliqués dans la mise en place du projet

- ✓ fournir les documents nécessaires à la facturation (tableau de suivi de paiement, bordereau de paiement)
- ✓ verser la contribution financière au projet, telle que fixée à l'article 5 et 6 de la présente convention

ARTICLE 4 : ENGAGEMENTS DE LA MAISON DE SANTE PLURI-PROFESSIONNELLE

LA MSP s'engage à :

- ✓ respecter les termes de la convention
- ✓ fournir à la CPAM et bilan de suivi et l'évaluation de l'action (article 7)

ARTICLE 5 : FINANCEMENT

Chaque MSP dispose d'un crédit de **80 séances*** et d'un nombre de séances maximal par patient (jusqu'à 8 séances) à consommer **jusqu'au 31/12/2019**. En moyenne, un suivi équivaut à 4 séances.

**Ce crédit peut être modulable en fonction de la consommation réelle de la MSP et des crédits non épuisés dans une autre MSP. A définir en consultant son interlocuteur CPAM.*

Le montant des consultations pris en charge :

- 40 € pour séance psychologue
- 35 € pour séance diététicienne
- 100€ pour la rémunération du bilan intermédiaire financier transmis au 31/10/2019 **et** du bilan de fin d'expérimentation transmis au 15/03/2019 (paiement global à la remise du dernier bilan)

ARTICLE 6 : MODALITES DE VERSEMENT DU FINANCEMENT

La CPAM 41 s'engage à procéder au paiement des consultations sur le compte bancaire de la SISA de la MSP.

Chaque MSP fait parvenir mensuellement un bordereau de paiement à l'Assurance Maladie : ass.cpam-blois@assurance-maladie.fr

ARTICLE 7 : ÉVALUATION DU PROJET

La MSP s'engage à fournir à la CPAM 41 l'évaluation complète et détaillée de l'action. Cette transmission doit s'effectuer **au plus le 15/03** de l'année civile suivante.

ARTICLE 8 : DURÉE DE LA CONVENTION

La présente convention est signée entre la CPAM de Loir-et-Cher et la MSP. Elle prend effet à compter de la date de la signature de la convention et elle est valable jusqu'à la durée de l'expérimentation (Jusqu'au 31 décembre de l'année en cours).

ARTICLE 9 : LITIGES

En cas de désaccord concernant l'exécution de la présente convention et de ses avenants éventuels, les parties s'efforceront de le résoudre à l'amiable.

Dans l'hypothèse où celles-ci ne seraient pas parvenues à un accord, le litige sera soumis aux tribunaux compétents.

ARTICLE 10 : MODIFICATION DU CONTRAT

Toute modification ou renonciation à l'une des dispositions de la présente convention doit faire l'objet d'un accord écrit sous forme d'avenant dûment signé par les parties.

ARTICLE 11 : RÉSILIATION

La présente convention peut être résiliée à tout moment par accord mutuel écrit des parties.

Elle peut également être résiliée en cas d'inexécution par l'une des parties de ses obligations. La résiliation intervient alors, de plein droit et sans formalités, trois mois après une mise en demeure restée en tout ou partie infructueuse adressée par lettre recommandée avec A/R à la partie défaillante.

ARTICLE 12 : OUTILS

Les outils utiles à la réalisation de l'expérimentation seront mis à disposition par la CPAM à la signature de la convention par les deux parties.

- Bordereau de paiement
- Tableau de suivi
- Évaluation
- Questionnaire de satisfaction patient
- Document d'information patient

Fait en double exemplaire,

A Blois, le **(DATE)**

5.7 Annexe 7 Convention MSA Forfait diététicien et psychologue

CONVENTION RELATIVE A LA MISE EN PLACE DU FORFAIT DIETETICIEN ET PSYCHOLOGUE

Entre :

1/ Les professionnels de santé suivants :

Mme M.

Exerçant à la Maison de Santé Pluriprofessionnelle de

Profession : Psychologue

Mme M.

Exerçant à la Maison de Santé Pluriprofessionnelle de ...

Profession : Diététicien(ne)

Représenté(e)s par **la SISA** (Société Interprofessionnelle de Soins Ambulatoires) de la **Maison de Santé Pluriprofessionnelle de** , dont elles sont associées ;

dont le siège social est situé à l'adresse : , représentée par

Mme M. le Dr , Médecin Généraliste, coordonnateur médical de la maison de santé,

Ci-après désignée « **la MSP** »,

D'une part,

Et :

2/ La caisse de Mutualité Sociale Agricole , organisme régi par les articles L. 723-1 et suivants du code rural, dont le siège social est , représentée par son directeur, **Mme M.**

Ci-après désignée « **la MSA** »,

D'autre part,

PREAMBULE

La MSA propose aux professionnels de santé des MSP de développer des actions de soins préventifs et curatifs. Il peut s'agir d'actions déjà conçues et d'action à concevoir ou à développer en collaboration.

L'action concernée par cette convention est le FORFAIT DIETETICIEN ET PSYCHOLOGUE mise en œuvre à titre expérimental pour les assurés MSA de la patientèle des médecins généralistes de la MSP.

Il a été convenu ce qui suit :

ARTICLE 1 : OBJET DE LA CONVENTION

La présente convention a pour objet la mise en œuvre du forfait de prise en charge de soins de diététicien et/ou de psychologue pour les ressortissants du régime agricole, par les Professionnels de Santé désignés en en-tête, au sein de la Maison de Santé.

ARTICLE 2 : DESCRIPTION DU PROJET

Ce projet est issu d'une réflexion commune avec la MSP de Sancerre et conçu grâce à une collaboration entre cette MSP et la MSA. Son objectif principal est d'améliorer l'accès aux soins de diététicien et de psychologue pour les patients assurés auprès de la MSA et atteints de troubles du comportement alimentaire et de troubles psychologiques correspondant à une recommandation de la HAS.

Deux critères ont été déterminants dans le choix des situations retenues :

- la nécessité d'une **prise en charge rapide** : au moment où la personne accepte de s'inscrire dans une prise en charge et que son affection se déséquilibre rapidement ;
- l'existence d'un **problème d'accessibilité financière** susceptible de 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).

Les situations retenues pour faire l'objet de l'expérimentation du forfait figurent en annexe.

Les médecins de la MSP pourront proposer à ces patients une prise en charge financée par le forfait, sans reste à charge et sans avance de frais. L'utilisation du forfait (bénéficiaires, durée de la prise en charge) est autogérée par les professionnels de la MSP.

La prise en charge est prescrite par le médecin traitant. Les prises en charge par le diététicien et par le psychologue peuvent, le cas échéant, être associées pour un même patient.

Les soins devront correspondre aux recommandations de pratique de la HAS. Les professionnels qui les mettront en œuvre devront avoir bénéficié d'une formation leur apportant les compétences nécessaires. La prise en charge sera individuelle.

ARTICLE 3 : ENGAGEMENTS DE LA MSA

La MSA s'engage à :

- Accompagner les Professionnels de Santé impliqués dans toutes les étapes du projet (mise en œuvre, suivi, évaluation)
- Fournir tout document nécessaire (plaquette d'information, tableau de bord)
- Verser la contribution financière au projet, telle que fixée à l'article 5 de la présente convention

ARTICLE 4 : ENGAGEMENTS DES Professionnels de Santé de la MSP

Les professionnels de santé impliqués s'engagent à fournir :

1) A la MSA :

- Les informations relatives au patient, mentionnées dans une fiche de suivi de patients et synthétisés dans le tableau de bord fourni en annexe (annexe 2).
- Une contribution à l'évaluation de l'action établie dans le cadre d'une réunion de relecture (annexe3).

2) Aux patients :

- Un questionnaire de satisfaction de la prise en charge à compléter (annexe 4).
- Un document écrit qui présente la prise en charge forfaitaire (annexe5) :
 - la prise en charge initiale des soins par la MSA
 - la nature expérimentale du mode de financement
 - le caractère non expérimental des soins, fondés sur des données probantes
 - la possibilité de sortir de l'expérimentation à n'importe quel moment et sans autre préjudice que la fin du financement par la MSA
 - la formalisation du consentement du patient dans son dossier médical

ARTICLE 5 : FINANCEMENT ET MODALITES DE VERSEMENT

Le forfait s'élève à 4.040 € (quatre mille et quarante euros) par MSP et par an.

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.

Le forfait FDP est versé en deux temps :

1) Une avance du forfait correspondant la moitié est réalisée à la signature de la convention, en début d'action.

2) Le solde 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 la signature de la convention, 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 : $4040 / 25 \times \text{nombre de patients pris en charge}$.

L'ordonnancement de la rémunération sera déclenché par la fourniture par la MSP du document pour l'évaluation (annexe 2). Ce document permettra au service du contrôle médical de calculer le montant du solde de réaliser l'ordonnancement de la dépense.

Le forfait sera versé sur le compte bancaire de la SISA de la MSP, qui fournira un RIB.

ARTICLE 6 : EVALUATION DU PROJET

La MSP s'engage à fournir à la MSA, à l'issue de l'action, l'évaluation complète et détaillée. Ces données correspondent aux critères fixés en annexe et au compte-rendu d'une réunion de relecture de l'action réalisée avec un représentant de la MSA.

ARTICLE 7 : DUREE DE LA CONVENTION

La présente convention est établie pour une durée d'un an et prend effet à compter de la date de sa signature par les parties.

ARTICLE 8 : LITIGES

En cas de désaccord concernant l'exécution de la présente convention et de ses avenants éventuels, les parties s'efforceront de le résoudre à l'amiable.

Dans l'hypothèse où celles-ci ne seraient pas parvenues à un accord, le litige sera soumis aux tribunaux compétents.

ARTICLE 9 : MODIFICATION DU CONTRAT

Toute modification ou renonciation à l'une des dispositions de la présente convention doit faire l'objet d'un accord écrit sous forme d'avenant dûment signé par les parties.

ARTICLE 10 : RESILIATION

La présente convention peut être résiliée à tout moment par accord mutuel écrit des parties.

Elle peut également être résiliée en cas d'inexécution par l'une des parties de ses obligations. La résiliation intervient alors, de plein droit et sans formalités, trois mois après une mise en demeure restée en tout ou partie infructueuse adressée par lettre recommandée avec A/R à la partie défaillante.

Article 11 : ANNEXES

Annexe 1 : Liste des situations relevant du forfait.

Annexe 2 : Liste des critères d'évaluation et des données à recueillir.

Annexe 3 : fiche de synthèse de la réunion de relecture.

Annexe 4 : questionnaire de satisfaction des patients pris en charge dans le cadre du forfait.

Annexe 5 : document de présentation de la prise en charge.

Fait en double exemplaire, à

Le 2019

Pour la MSA

Pour la MSP

Mme M.

Mme M. le Dr

5.8 Annexe 8 Document information patients CPAM



Information sur la prise en charge financière des soins par la CPAM

--

Votre médecin vous a prescrit des soins qui, habituellement, ne sont pas remboursés.

Afin de faciliter votre accès à ces soins, la CPAM a signé une convention avec votre maison de santé pour tester le financement direct de votre prise en charge, sans avance de frais de votre part.

Le nombre de séances est limité et la durée de ces soins est déterminée par l'équipe de soins qui vous prend en charge.

Le financement de la CPAM est limité dans le temps à la durée qui sera jugée nécessaire par vos soignants. Si la poursuite des soins était nécessaire au-delà de leur prise en charge par la CPAM, votre équipe de soins pourrait étudier avec vous d'autres possibilités de financement.

Si vous acceptez la proposition de prise en charge par la CPAM, sachez que les soins que vous recevrez ne sont pas des soins expérimentaux. Ce sont des soins habituels, correspondant à votre situation et aux recommandations de la Haute Autorité de Santé. Seul le mode de financement de ces soins est en expérimentation.

L'équipe de soins de votre maison de santé et votre CPAM

5.9 Annexe 9 Questionnaire satisfaction patient



Questionnaire de satisfaction

<i>Consigne : cochez la figure qui correspond à votre opinion >></i>	PAS DU TOUT D'ACCORD 	PARTIELLEMENT D'ACCORD 	TOUT A FAIT D'ACCORD 	Commentaires
Les explications apportées sur le financement des soins étaient claires.				
Le financement des soins proposé par la CPAM facilite l'accès à une prise en charge plus complète.				
Les soins mis en place correspondent à mes besoins.				
Sans le financement des soins par la CPAM j'aurais dû y renoncer.				
Depuis la prise en charge dont j'ai bénéficié, mon état de santé s'est amélioré.				
Depuis la prise en charge dont j'ai bénéficié, j'ai modifié mes habitudes de vie				

5.10 Annexe 10 Synthèse Evaluation CPAM

Synthèse évaluation

MSP de

QUANTITATIF	
<i>(à compléter grâce au tableau de suivi patient)</i>	
Général	
Nombre de bénéficiaires de 18 à 24 ans	<i>[à compléter]</i>
Nombre de bénéficiaires de 25 à 39 ans	<i>[à compléter]</i>
Nombre de bénéficiaires de 40 à 59 ans	<i>[à compléter]</i>
Nombre de bénéficiaires de 60 à 69 ans	<i>[à compléter]</i>
Nombre de bénéficiaires de 70 ans et +	<i>[à compléter]</i>
Moyenne d'âge	<i>[à compléter]</i>
Nombre de bénéficiaires femmes	<i>[à compléter]</i>
Nombre de bénéficiaires hommes	<i>[à compléter]</i>
Nombre de bénéficiaires CMU	<i>[à compléter]</i>
Motif de prescription	
Nombre de bénéficiaires en :	
Obésité	<i>[à compléter]</i>
Dénutrition personne âgée	<i>[à compléter]</i>
Parkinson	<i>[à compléter]</i>
Alzheimer	<i>[à compléter]</i>
BPCO	<i>[à compléter]</i>
Insuffisance cardiaque	<i>[à compléter]</i>
Diabète	<i>[à compléter]</i>
Lombalgie	<i>[à compléter]</i>
Dépression	<i>[à compléter]</i>
Burn out	<i>[à compléter]</i>
Trouble du sommeil	<i>[à compléter]</i>
Arrêt benzodiazépine	<i>[à compléter]</i>
Tabagisme	<i>[à compléter]</i>
Autres	<i>[à compléter et précisez lesquels]</i>
Spécialité (psychologie/nutrition)	
Nombre de bénéficiaires de consultations psy	<i>[à compléter]</i>
Nombre de bénéficiaires de consultations diet	<i>[à compléter]</i>
Nombre de bénéficiaires de consultations psy & diet	<i>[à compléter]</i>
Nombre de séances avec un(e) psychologue	<i>[à compléter]</i>
Nombre de séances avec un(e) diététicien(ne)	<i>[à compléter]</i>
Nombre de séances moyen d'un suivi psy	<i>[à compléter]</i>
Nombre de séances moyen d'un suivi diet	<i>[à compléter]</i>
Nombre total de séances	<i>[à compléter]</i>
Durée moyen d'un suivi psychologique	<i>[à compléter]</i>
Durée moyen d'un suivi nutritionnel	<i>[à compléter]</i>
Nombre de suivis insuffisants	<i>[à compléter]</i>
Nombre d'abandons	<i>[à compléter et précisez motifs]</i>
Budget	
Budget consommé – séances psy	<i>[à compléter]</i>
Budget consommé – séance diet	<i>[à compléter]</i>
Budget consommé total	<i>[à compléter]</i>

MESURE D'IMPACT	
Impact (à compléter grâce au tableau de suivi patient)	
Combien de patients ont bénéficié d'une prise en charge psychologique plutôt qu'un arrêt de travail ?	[à compléter]
Combien de patients ont bénéficié d'une prise en charge psychologique plutôt qu'une médication ?	[à compléter]
Chez combien de patients l'objectif de prescription a été atteint ?	[à compléter]
Suite à une prise en charge psychologique, combien de patients ont un état de santé ? :	Amélioré : Stabilisé : Aggravé :
Suite à une prise en charge nutritionnelle, combien de patients ont un état de santé ? :	Amélioré : Stabilisé : Aggravé :
Satisfaction du patient (à compléter grâce aux questionnaires patients)	
Les explications apportées sur le financement des soins étaient claires	Pas du tout d'accord : Partiellement d'accord : Tout à fait d'accord :
Le financement des soins proposé par la CPAM facilite l'accès à une prise en charge plus complète	Pas du tout d'accord : Partiellement d'accord : Tout à fait d'accord :
Les soins mis en place correspondent à leurs besoins	Pas du tout d'accord : Partiellement d'accord : Tout à fait d'accord :
Sans le financement des soins par la CPAM il aurait dû y renoncer	Pas du tout d'accord : Partiellement d'accord : Tout à fait d'accord :
Depuis la prise en charge dont j'ai bénéficié, mon état de santé s'est amélioré	Pas du tout d'accord : Partiellement d'accord : Tout à fait d'accord :
Depuis la prise en charge dont j'ai bénéficié, j'ai modifié mes habitudes de vie	Pas du tout d'accord : Partiellement d'accord : Tout à fait d'accord :
Satisfaction de la MSP et des professionnels de santé (à compléter grâce aux réunions de coordination)	
(ex : intérêt, accompagnement, modalités, logistique, retours professionnels de santé, outils, réunions de coordination...) [à compléter]	
Observations générales (à compléter grâce aux réunions de coordination)	
Freins	[à compléter]
Leviers	[à compléter]

5.11 Annexe 11 MSA Forfait diététicien et psychologues, critères inclusion

FDP annexe 1 : situations concernées par le forfait et recommandations

Situations	Diététicien	Psychologue
Enfant & adolescent Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de 1 ^{er} recours		https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_recommandations.pdf
Surpoids obésité Surpoids et obésité de l'enfant et de l'adolescent Surpoids et obésité de l'adulte : prise en charge médicale de premier recours	https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2 clics_obesite_enfant_adolescent.pdf https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_964941/fr/surpoids-et-obesite-de-l-enfant-et-de-l-adolescent-actualisation-des-recommandations-2003?xtmc=&xtcr=14 https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-10/reco2 clics_obesite_adulte_premiers_recours.pdf https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_765529/fr/obesite-prise-en-charge-chirurgicale-chez-l-adulte?xtmc=&xtcr=29	
Maladies chroniques - Personne âgée - Aidants Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée Guide parcours de soins maladie de Parkinson Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge Guide parcours de soins BPCO Guide parcours de soins insuffisance cardiaque Guide parcours de soins diabète de type 2 de l'adulte Diagnostic, prise en charge et suivi des malades atteints de lombalgie chronique	https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denuitrition_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1242507/fr/guide-parcours-de-soins-bronchopneumopathie-chronique-obstructive?xtmc=&xtcr=9 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1242988/fr/guide-parcours-de-soins-insuffisance-cardiaque?xtmc=&xtcr=13 https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1735060/fr/guide-parcours-de-soins-diabete-de-type-2-de-l-adulte	https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1242645/fr/guide-parcours-de-soins-maladie-de-parkinson https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1148883/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-diagnostic-et-prise-en-charge https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271859/fr/diagnostic-prise-en-charge-et-suivi-des-malades-atteints-de-lombalgie-chronique
Troubles psychologiques - Affections psychiatriques - Troubles du sommeil - Benzodiazépines Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours Anorexie mentale : prise en charge Repérage et prise en charge cliniques du syndrome d'épuisement professionnel ou burnout Prise en charge du patient adulte se plaignant d'insomnie en médecine générale Arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés : démarche du médecin traitant en ambulatoire Modalités d'arrêt des benzodiazépines et médicaments apparentés chez le patient âgé	https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/reco2 clics_-_anorexie_-_mentale.pdf https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/reco_anorexie_mentale.pdf	https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_recommandations_version_mel.pdf https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2769318/fr/reperege-et-prise-en-charge-cliniques-du-syndrome-d-epuisement-professionnel-ou-burnout https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_sfg_insomnie_-_recommandations.pdf https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2038262/fr/arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-demarche-du-medecin-traitant-en-ambulatoire https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601509/fr/modalites-d-arret-des-benzodiazepines-et-medicaments-apparentes-chez-le-patient-age
Tabagisme Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours	https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/recommandations_-_arret_de_la_consommation_de_tabac.pdf https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-06/referentiel_tabac.pdf	
Recommandations générales utiles Consultation diététique réalisée par un diététicien Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées	https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272510/fr/consultation-dietetique-realisee-par-un-dieteticien https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1059795/fr/developpement-de-la-prescription-de-therapeutiques-non-medicamenteuses-validees https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_synthese.pdf	

5.12 Annexe 12 Présentation Forfait diététicien et psychologue MSA

Expérimentation « FDP » pour favoriser l'accès à une prise en charge diététique et psychologique au sein d'une maison de santé pluriprofessionnelle (ou autre structure d'exercice coordonné)

Action expérimentale initialement co-construite 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.

CONSTATS ET JUSTIFICATION DE L'EXPERIMENTATION 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 bonne pratique génèrent 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 demande de contribution du fonds d'action sanitaire et sociale (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.

Cette accessibilité médiocre est susceptible de favoriser un retard de prise en charge. C'est notamment le cas chez les personnes en difficultés financières ou présentant une affection se déséquilibrant rapidement. Dans ces situations, l'effectivité d'une prise en charge rapide dépend à la fois de l'adhésion du patient au projet de soin et de l'accessibilité notamment financière à ce soin. Une faible accessibilité est dans certains cas susceptible d'entraîner un renoncement au soin, surtout lors de l'initialisation, qui nécessite des actes rapprochés (ensuite les actes s'espacent et la charge financière devient plus supportable).

Les prescriptions de médicaments 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 (ex. : accoutumance, dépendance, chutes, accidents, troubles mnésiques, etc. consécutifs de la consommation de psychotropes).

Les promoteurs initiaux de l'action ont recherché une solution répondant aux critères suivants : conformité aux recommandations de bonne pratique, accessibilité dans les territoires (disponibilité en proximité, acceptabilité et accessibilité financière sans reste à charge), durabilité et facilité d'appropriation par les professionnels de MSP.

CONCEPTION DE L'ACTION

La solution co-construite a consisté à mettre à disposition de la MSP une somme forfaitaire autogérée permettant de prendre en charge des situations répondant à des recommandations de la HAS.

Dans ce contexte, la MSA propose un « forfait diététicien et psychologue » (FDP) autogéré par l'équipe soignante de la MSP. Les prises en charge rapidement initiées grâce à ce forfait peuvent,

le cas échéant, être prolongées par une contribution à la prise en charge par le fonds d'action sanitaire et sociale ou par tout autre dispositif existant (contribution de la complémentaire santé, réseau de santé, secteur psychiatrique, autofinancement). Afin de garantir la qualité et la globalité des prises en charge, l'action est mise en œuvre avec des MSP volontaires où exercent un diététicien et un psychologue. La démarche s'appuie sur la réactivité et l'efficacité opérationnelle des équipes de soins primaires, ainsi que sur la coordination des soins avec le médecin généraliste, intégrée à leur fonctionnement. L'utilisation du forfait est réservée à des situations précises pour lesquelles existent des recommandations de pratiques validées et auxquelles les professionnels sont formés.

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 un mode de financement global partagé, responsabilisant, favorisant la coordination des soins et n'induisant pas d'actes non pertinents (financement forfaitaire et indications limitées).

DESCRIPTION DE L'ACTION

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.

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).

Modalités de prescription du soin

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

Conditions de prise en charge dans le cadre du forfait :

- **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 doit être rapide**, c'est-à-dire doit démarrer au moment où la personne accepte de s'inscrire dans une démarche de soins et où son affection se déséquilibre rapidement.

Montant et modalités de paiement du forfait

Le forfait s'élève à 4040 € par MSP et par an. La rémunération n'est pas calculée à l'acte mais est forfaitaire.

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

1. Recrutement des patients

Il concerne les premières personnes correspondant aux critères d'inclusion et qui acceptent la prise en charge.

La prise en charge par le diététicien et/ou le psychologue est déclenchée par une prescription du médecin traitant.

2. Information des patients par le biais d'un document remis

Ce document informatif 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 ou via un autre dispositif.

3. Prise en charge

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.

4. Paiement du forfait

Le forfait FDP est versé en deux temps :

- 1) Une avance du forfait correspondant la moitié est réalisée à la signature de la convention, en début d'action.
- 2) Le solde 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 : $4040 / 25 \times \text{nombre de patients pris en charge}$.

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.

5. Suivi & évaluation

Le forfait FDP a fait l'objet d'une évaluation de sa faisabilité avec les professionnels de la MSP de Sancerre (cf. encadré en fin de document). En attendant une évaluation plus approfondie (cf. infra), l'action est étendue à d'autres MSP volontaires qui pourront dans un premier temps se l'approprier, en vue de constituer autant de terrains d'expérimentation futurs.

Evaluation qualitative globale

Relecture des professionnels de santé en réunion de coordination, avec compte-rendu, pour contribuer à refaçonner l'action.

Critères et indicateurs d'évaluation

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 pour 2019 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 s'étendre aux 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, centration sur les patients, proximité de l'offre, accessibilité financière, lutte contre les inégalités sociales de santé.

5.13 Codebook

Je n'ai pas eu d'explication sur le dispositif
J'ai eu des explications du dispositif par la psychologue
J'ai eu des explications du dispositif par mon médecin
Je me fous du fonctionnement administratif
Mon médecin traitant m'a proposé le dispositif
La psychologue m'a proposé le dispositif
Le suivi a été proposé par l'infirmière
Asalée
Je me laisse guider par mon médecin traitant
J'ai pris rendez-vous avec la psychologue
Le médecin qui m'a adressé l'a fait au bon moment
Mon médecin m'avait fait une feuille d'orientation pour la psychologue
La demande de suivi psychologique venait de moi
J'ai été adressé au bon moment par le professionnel
Je devrai questionner mes patients sur leurs revenus
Je sais que le nombre de séances est limité
Je sais que le patient doit être affilié CPAM ou MSA
Je sais que la CPAM et la MSA ont des objectifs de santé publique
Je sais qu'on peut faire fonctionner le dispositif en externe de la MSP
Je sais que le dispositif est pour les patients ayant des problèmes financiers
On m'a expliqué le dispositif à l'oral (médecin)
J'explique par oral le dispositif a mes patients
Je n'annonce pas le nombre de séances
Je demande l'accord à la psychologue
Je ne savais pas qu'il y avait des papiers à remplir
Je laisse mes patients lancer leur propre suivi
Je m'aide des couvertures CMU pour évaluer les moyens financiers

Je demande à mes patients si payer est un frein
Je remplis une feuille d'adressage
Je fais la feuille a posteriori
Je dépose la feuille de prescription à la psychologue
Je laisse la psychologue rappeler les patients
Je ne remplis pas de feuille d'adressage pour un intervenant extérieur
Je ne sais pas comment adresser mes patients au psychologue via le dispositif
Je ne connais pas les critères d'éligibilité
Les psychologues sont moins rémunérés et ne veulent pas être dans le dispositif
On a eu des perdus de vue
J'ai adressé des patients hors critères financiers
Je trouve compliqué de demander à mes patients leurs revenus
J'étais embêtée de ne pouvoir adresser qu'au sein du cabinet
J'ai adressé des patients hors critères, MGEN
Je trouve compliqué de juger des moyens financiers de mes patients
J'ai besoin d'être sûr du dispositif avant de le proposer
Je me pose la question du secret médical
Je juge par moi-même des revenus / de la pauvreté de mes patients
Je ne sais pas dire quand les moyens financiers sont un frein
Je trouve la feuille d'adressage peu convaincante
Il faut évaluer le dispositif
J'ai eu des situations cliniques pour lesquelles le dispositif m'aurait aidé
J'ai des perdus de vue
Je trouve que l'absence de critères peut créer une inégalité
Je ne sais pas qui donne son accord au final
Je n'ai pas eu l'utilité de ce dispositif car il n'a pas été exposé clairement et officiellement

Je n'ai pas besoin dans ma pratique de
 consultation diététique
 Je ne sollicite pas de diététicienne dans ma
 pratique
 Je n'ai pas utilisé le dispositif, en tant que
 médecin
 Mes patients étaient déjà suivis
 psychologiquement
 Je n'ai pas eu de patient MSA nécessitant
 de soins psychologiques
 Je n'ai pas de demande Le dispositif n'est
 pas ancré dans mes habitudes
 C'est une décision partagée avec le patient
 Si je leur demandais, les patients me
 diraient leurs moyens financiers
 Mes patients doivent pouvoir avoir une
 prise en charge de leur suivi psychologique
 Je trouve le dispositif nécessaire dans ma
 pratique
 Le dispositif me décharge
 Le dispositif améliore l'accès aux soins Je
 me suis servi du dispositif
 Je ne connais pas le nombre exact de
 patients envoyés
 Je propose au patient le dispositif si ils ont
 besoin de soins psy
 Je propose au patient le dispositif si il y a
 un frein financier
 Je discute avec la psychologue de la prise
 en charge de mes patients
 Je n'ai pas les mêmes compétences qu'une
 psychologue
 Je fais plus attention aux soins
 psychologiques depuis le dispositif
 Je souhaite m'en servir dans le futur
 J'ai d'autres critères qui me font adresser
 mes patients au dispositif
 J'adresse au psychologue si le patient me
 formule la demande
 Aide-ménagère à domicile
 Deuil compliqué
 Histoires familiales compliquées
 Leur demande initiale est rarement que je
 les adresse au psychologue, ce sont des
 motifs de consultations cachés que je dois
 comprendre

Je pense qu'une prescription médicale de
 séances de psychologie permettrait de
 contrôler ces adressages
 J'ai appris des choses lors de réunions
 pluridisciplinaires
 J'aurai aimé une trame écrite
 On a mis en place des réunions de
 débriefing
 Je pense qu'il faut ancrer le dispositif
 Je pense qu'on peut supprimer le quota de
 séances pour certains patients
 J'aimerais pouvoir orienter vers le
 psychologue de mon choix Je pense que le
 dispositif devrait rester local (en gestion)
 Je pense qu'il faut définir les critères
 d'éligibilité à l'avance
 J'aimerais faire participer le patient en le
 faisant adhérer au dispositif
 Chaque patient devrait avoir une enveloppe
 individuelle par son régime social
 Je fais des suivis psychologiques
 remboursés (donc je n'en ai pas vu l'utilité
 car j'ai des compétences)
 J'oriente les patients vers l'hôpital, pour la
 gratuité
 J'utilise un autre système sans délai
 d'attente
 Mes patients ont des consultations
 psychologiques prises en charge par leurs
 mutuelles
 J'oriente au CMP
 J'ai proposé à un patient de faire
 fonctionner le dispositif une séance sur
 deux
 Je fais une différence entre le psychiatre et
 le psychologue
 Le psychologue a une meilleure écoute que
 le psychiatre
 Le psychiatre prescrit des médicaments
 J'ai déjà été suivie par un psychiatre
 Je pense que les psychiatres sont pour les
 fous, et je ne suis pas folle
 Je n'ai jamais consulté de psychiatre
 Je n'ai pas besoin d'un psychiatre
 Je ne connais pas ou je vois pas la
 différence entre un psychiatre et un
 psychologue

Je ne sais pas si il existe des psychiatres
sur Vendôme
J'avais peur de voir un psychiatre
Les psychiatres sont plus difficiles à voir
Les psychiatres sont pris en charge
Je serai allée voir un psychiatre sans ce
dispositif
Si mes patients ont besoin de médicaments
c'est que c'est plus du ressort du psychiatre
que de la psychologue
Je n'avais pas envie d'aller à l'hôpital
psychiatrique
J'avais des choses anciennes à traiter
J'ai dit à mon médecin mes problèmes
psychologiques
Mon médecin a décelé que j'avais besoin
d'un suivi psychologique
J'ai eu des problèmes psychologiques liés à
mon travail
Mon état psychologique est lié à différents
éléments
J'avais besoin d'un suivi psychologique
Je me sentais incomprise J'avais peur,
j'avais des angoisses
Je voulais de la psychologue qu'elle m'aide
à aller mieux
J'ai besoin d'un intervenant qui peut
répondre à mes besoins le remboursement
ne change pas mes attentes concernant la
psychologue
Je fais un suivi psychologie pour prévenir
d'autres problèmes, ou une rechute
m'apprendre à vivre avec mes
traumatismes besoin de parler
Qu'elle m'aide à reprendre le cours de ma
vie
Je suis isolée et je n'ai pas d'interlocuteur
spontané
La prise en charge en soins primaires inclut
la psychologie
Mon état psy a une répercussion au niveau
du monde professionnel
Les personnes extérieures voyaient que je
n'allais pas bien
Mon médecin ne pouvait pas faire ce que
la psychologue peut m'apporter
J'étais en arrêt maladie

Je n'ai pas eu le choix, on m'a imposé un
suivi psychologique
Je voulais aussi aller mieux pour mon
entourage, aidant, bienveillant
Mon médecin traitant m'avait déjà proposé
un suivi psychologique
J'ai déjà fait un suivi psychologique qui n'a
pas fonctionné
J'avais eu un mauvais contact avec un
psychologue
Je suis entourée
Il faut continuer le dispositif
Je suis en sevrage (de séances de
psychologie) J'aurai besoin d'autres
séances
J'ai tiré un bénéfice de mon suivi
psychologique
Je pourrais faire d'autres activités qui me
seraient bénéfiques
J'ai refait ou je referai une séance payante
après le dispositif
Je n'ai pas les moyens de continuer mon
suivi
Il faut terminer le suivi qui a été
commencé
J'en retire quelque chose de mitigé
J'ai fini mon suivi psychologique
Je pense qu'il faut améliorer la
communication
J'ai changé grâce à la psychologue
Je n'ai pas fini mon suivi dans le cadre du
dispositif
Les suivis de mes patients ont été un
succès
J'adapte mon budget à mes besoins
psychologiques
J'ai besoin de toutes les séances qui m'ont
été accordées
J'ai eu un bon contact avec la psychologue
du cabinet
Je ne me souviens plus très bien du début
du suivi
J'ai commencé un suivi psychologique en
dehors du dispositif
J'avais de l'appréhension
J'ai eu des séances rapprochées au début du
suivi
Je savais que mon suivi allait être long

J'ai consulté pour la première fois une psychologue
 Il me faut savoir si la relation avec la psychologue est propice
 Je préfère que la psychologue soit dans le même cabinet que mon médecin
 Je suis suivi dans la même maison de santé
 Je m'en fiche du lieu de la psychologue
 Je voulais un suivi proche de chez moi
 Je prends des médicaments comme des antidépresseurs
 Je ne veux pas prendre de médicament
 Je voulais faire une thérapie pour diminuer ma prise de médicaments
 Je pense qu'une psychothérapie est plus bénéfique que des traitements
 Les médicaments ne suffisent pas
 Je prescrivais plus avant le dispositif
 J'essaye de diminuer mes prescriptions médicamenteuses
 J'ai moins de douleur grâce à mon suivi
 J'ai pu commencer à aller mieux
 Je pensais pas que le suivi marcherait
 J'ai eu un bénéfice immédiat à mon suivi psychologique
 J'ai évité un arrêt maladie grâce au dispositif
 J'ai eu un bénéfice au fur et à mesure de mon suivi
 C'est un accompagnement dans ma prise en charge de l'obésité
 Je ne tire pas de bénéfice de mon suivi
 J'aurai aimé que ce soit mon médecin qui détermine de ma nécessité à voir la psychologue
 Mon suivi ne s'est pas déroulé comme je le pensais
 J'ai eu un suivi qui s'est bien passé
 Mon suivi est passé rapidement
 J'ai redécouvert la psychologie
 Tous les psychologues ne font pas le même travail
 Je me sens bien entourée
 Je parlais de mon suivi à mon médecin traitant
 J'ai besoin de temps pour digérer chaque séance

Les personnes qui s'occupent de moi parlent entre eux
 Je ne parle pas des mêmes choses avec tout le monde
 J'aurai arrêté les soins même si ils étaient pris en charge
 Je suis en cours de suivi J'ai du mal à parler même avec la psychologue
 J'ai espacé mes séances avec le temps
 Mes patients ont adhéré au dispositif
 Je suis retournée après chaque séance qui me font réfléchir en profondeur
 Je trouve le nombre de séances trop limité
 Je ne suis pas sûr du nombre exact de séances
 Il ne doit pas y avoir de nombre de séances fixé
 Ce n'est pas le nombre de séances qui fixe la guérison
 J'ai besoin d'un nombre de séances important
 J'ai eu 10 séances
 Je connais le nombre de séances attribué
 J'aurais eu moins de séances si j'avais débuté mon suivi plus tôt
 Je ne sais pas combien de séances j'ai effectué
 Je suis satisfait du nombre de séances
 J'ai arrêté mon suivi à la fin des séances remboursées
 Je pense que le nombre de séances devrait être en fonction de l'affection psy
 Je préfèrerais pouvoir attribuer les quotas des uns aux autres
 Le nombre de séance qui m'a été donné est insuffisant
 Je pense pouvoir avoir le droit à refaire parti du dispositif
 Éligibilité sur le besoin, la gravité de l'état psychologique du patient
 Je pense que le dispositif pourrait être pour tout le monde
 Le médecin doit sélectionner les patients éligibles
 Éligibilité sur les moyens financiers
 Ouvrir le dispositif plus tôt aux patients
 Mon médecin m'a demandé si j'avais les moyens financiers

Tarif modulable selon ressources
 Avoir les moyens, ou pas, n'est pas lié à une CMU
 Trop ouvrir le dispositif, c'est perdre la motivation des patients
 On ne peut pas proposer le dispositif à tout le monde
 Je pense qu'on ne choisit pas d'avoir les moyens ou non
 Je pense que la psychologue doit pouvoir juger de l'éligibilité du patient
 J'ai été aidée dans ma pratique par le dispositif
 Je n'adressais pas mes patients aux psychologues
 J'ai proposé le dispositif aux patients dès qu'ils me parlaient remboursement
 Mes patients me parlent de leurs suivis
 J'ai un deuxième avis grâce aux psychologues
 Gain de temps
 J'ai beaucoup de consultations relevant de soins psychologiques
 Je l'attendais dans ma pratique
 Je fais attention aux besoins psychologiques de mes patients
 J'ai pris l'habitude de me servir du dispositif
 Je crée une prise en charge pluridisciplinaire
 Je préfère travailler avec une psychologue au sein de la MSP
 Je pense qu'il faut que le patient soit motivé
 Je propose le dispositif à l'oral, et la psychologue expliquera
 J'ai confiance dans les psychologues du cabinet
 J'ai besoin de connaître à qui j'envoie
 Je préfère travailler avec des gens de la même MSP pour pouvoir partager
 Je ne veux pas sortir de la structure pluridisciplinaire
 J'ai des patients qui se font pas de suivi à cause de leurs moyens financiers
 Je pense qu'un suivi psychologique peut se substituer à un suivi psychiatrique

La psychothérapie ne fonctionne pas à chaque fois
 J'adresse à la psychologue du cabinet pour que ma patiente reste dans la MSP
 Je suis le prescripteur
 Je favorise et j'aime le travail pluridisciplinaire
 J'essaie d'éviter la prescription de psychotropes dans ma pratique
 Le travail pluridisciplinaire m'enrichit professionnellement
 Je suis vigilant à respecter le secret médical dans mes briefings
 Tout le forfait 2019 a été utilisé
 La psychologue fait partie de ma prise en charge globale désormais
 Je n'aime pas faire dépenser des sous à mes patients
 Je pense que les problèmes mentaux doivent être pris en charge à 100pc
 Je pense que les soins psychologiques valent plus que d'autres choses qui ont été remboursées
 Je vais en avoir de plus en plus besoin, car la prévalence des PEC psy augmente
 Le frein financier est le principal
 Je ne sais pas comment s'opère le remboursement
 Je suis content du dispositif
 Je pense que les gens devraient participer financièrement dans un second temps
 Je sais que c'est une expérimentation
 J'avais déjà eu des séances de psychologie gratuites
 La prise en charge de 8 séances est une avancée
 J'ai accepté de faire partie du dispositif
 Je n'accorde pas d'importance au système de remboursement
 Je pense que le projet doit être modulable par la personne qui adresse
 Ce n'est qu'un début, mais pas assez
 Quand je paye j'en veux pour mon argent
 Les médecins ont confiance dans la psychologue
 Je suis contente car c'est gratuit
 Il y a des gens qui ne vont pas chez le psychologue car c'est payant

J'ai pu débiter mon suivi grâce au
 dispositif, et le poursuivre ensuite
 Je ne connaissais pas le dispositif
 Je trouve que le dispositif de
 remboursement m'a enlevé un frein
 Le dispositif m'a permis d'initier mon suivi
 psychologique
 J'ai un suivi pluridisciplinaire
 Je connais le principe de fonctionnement
 du dispositif
 J'ai de la chance d'être dans le dispositif
 Je ne connais pas les modalités du
 dispositif
 J'ai fait mon suivi psychologique car il
 était remboursé
 Je connais le cabinet médical
 Le dispositif a renforcé la communication
 au sein de la MSP
 Je pense que certains psychologues ne
 veulent pas être dans le dispositif
 Je ne sais pas si le dispositif fonctionne
 encore
 Le coût de la psychologie était un frein
 dans mon parcours de soins
 Je réponds aux critères d'éligibilité parce
 que j'ai des problèmes psychologiques
 Je veux bien parler, mais seulement à un
 psychologue
 J'adapte mon suivi psychologique à mes
 moyens financiers
 Je trouve que les consultations
 psychologiques coûtent cher
 Je serai allée voir une psychologue avant si
 j'avais eu les moyens
 Je fais une différence entre ne pas pouvoir
 payer et avoir les moyens
 J'étais en arrêt maladie
 Je ne suis pas jugée par la psychologue
 lorsque je me confie
 Je ne mettais pas dans mes priorités une
 dépense pour la psychologie (malgré avoir
 conscience de la nécessité)
 Les séances remboursées ont permis de
 faire le pas
 Verbatim_Villandry
 C'est déjà un bon début.

Car j pense que les burn-out ou certains cas
 dépressifs il ne doit pas y en avoir (un
 nombre de séance défini)
 Tout s'est emboité ensemble
 Et sans un coup de pouce, les gens ne vont
 pas jusqu'au bout
 Les psychiatres sont pour les fous
 Les traumatismes sont gérés par les
 psychologues
 Aide juridictionnelle
 C'était impeccable
 Je suis très contente d'avoir pu bénéficier
 de ce dispositif
 Une perche que j'ai saisie rapidement
 Ça s'est vraiment très bien passé.
 J'ai fait un Burn-out
 Primordial
 Le financier chez moi, enfin l'argent, c'est
 anxiogène
 On n'a pas attendu ce dispositif pour se
 lamenter de l'absence de prise en charge
 des séances de consultations de
 psychologie
 Novateur
 Verbatim_Chambord
 "indispensable"
 C'est très positif
 Je me serai ouvert les veines ou j'aurai tapé
 Sur les gens
 Innovateur
 C'est super
 Enfin
 C'est une performance
 Dispositif bienvenu
 Décantation
 Bénéfique
 Je veux être indépendant dans mon suivi
 avec mes patients
 J'ai diminué mes honoraires en participant
 à ce dispositif
 Je pense que ça en gêne certains, de ne pas
 payer
 Je ne veux pas dépendre d'une prescription
 médicale
 Je trouve ce dispositif bénéfique
 Je trouve que ça ouvre les soins
 psychologiques à tout le monde

J'ai plus d'échanges avec les médecins de la MSP
 J'ai eu des retours positifs
 Je fais régler une consultation sur deux
 J'aimerais pouvoir faire bénéficier les séances non utilisées à d'autres patients
 Je pense qu'il faudrait améliorer l'information distribuée aux patients
 Pourquoi ne pas reconnaître les psychologues comme des paramédicaux ?
 J'aimerais pouvoir moduler le nombre de séances selon la gravité des cas
 J'aimerais qu'on évalue le dispositif
 Je prévois une dizaine de séances pour effectuer ma thérapie, et même 10 ne suffisent pas à alléger les manifestations anxieuses
 Il faut formaliser ce dispositif par écrit et que les patients soient conscients ce que font les professionnels
 J'ai moi-même expliqué le dispositif au patient
 J'ai ajusté mon emploi du temps pour le dispositif
 J'ai reçu des patients hors critères financiers
 J'adapte le temps des séances
 J'ai commencé des suivis qui ont été problématiques
 Je ne peux pas tout soigner, tout améliorer
 Le médecin est prescripteur
 Je module le nombre de séances
 Les médecins me remplissent une feuille
 La moitié était des premiers suivis
 J'ai plus de patientes que de patients
 J'ai des patients qui sont revenus après le dispositif
 J'ai des patients en situation précaire
 J'ai besoin que le patient s'engage dans le dispositif
 Pour évaluer ma pratique, il me faut un recul après plusieurs séances
 Je n'aime pas le questionnaire fourni par la CPAM
 Les patients que j'ai suivis auraient dû consulter plus tôt
 Je fais une différence avec un suivi en CMP

Les patients que j'ai suivis avaient des troubles sévères
 Je préfère que le patient sache combien coûtent ses soins
 Je pense qu'il faut faire participer le patient au règlement de ses soins au prorata de ses finances
 Je pense qu'il faudrait un contrat écrit entre patient et psy / contrat moral
 J'ai pas la même relation avec les patients hors dispositif
 Le dispositif m'amène des patients avec des besoins lourds, importants
 Mes patients ne font pas de suivi pour des choix économiques
 Le renoncement aux soins crée des problèmes plus importants
 Faire contribuer les patients permet une coopération dans le suivi
 J'ai reçu des informations du dispositif à l'oral
 Je dois rendre une trace avec le nombre de consultations effectuées
 Cette expérimentation demande une forte implication aux professionnels
 Je n'ai pas modifié mes habitudes de travail pour y intégrer le dispositif
 Je n'ai pas modifié ma façon de travailler quand cela concerne le dispositif
 Je veux que le patient me montre sa coopération
 Je trouve que le patient n'est pas assez actif dans son parcours
 Je ne pense pas que ce soit un dispositif très coûteux pour la sécurité sociale
 Les patients qui peuvent payer n'ont pas à être dans le dispositif
 Patient ayant une névrose d'angoisse
 Patient ayant des troubles sévères
 J'ai l'impression que mes patients ne savaient pas si ils devaient régler ou non
 Il y a 7 MSP sur le Loir- et- Cher.
 Le dispositif est expérimenté hors du département 41 pour les assurés MSA
 La CPAM avait des fonds disponibles
 Nous voulons associer les médecins conseils au suivi psychologique

Certaines MSP n'utilisent pas le dispositif MSA
 Je ne comprends pas pourquoi aucun patient MSA n'a utilisé le dispositif dans la MSP
 Nous versons une enveloppe unique, quel que soit le nombre de séance, avec une rallonge si + de 25 patients
 J'ai peu de patients assurés MSA intégrés dans le dispositif
 Nous avons mis en place un dispositif d'évaluation
 Je connais moi-même quelqu'un qui pourrait obtenir ce dispositif
 Le taux d'assurés MSA sur le Loir et Cher est de 7%
 J'effectue le travail administratif de conventionnement et de suivi
 J'observe des différences entre les MSP utilisant le dispositif MSA
 Nous avons été lancés par la CPAM qui souhaitait réinvestir le dispositif national MSA2
 Je suis médecin conseil à la MSA
 Je connais le territoire
 J'ai eu l'idée en discutant avec un confrère médecin
 L'absence de remboursement freine les soins
 Il faut un dispositif utilisable rapidement
 Les retards de prise en charge augmentent la consommation de médicaments
 Les retards de prise en charge majorent les pathologies
 Je fais confiance aux MSP pour utiliser l'enveloppe de fonds
 Je sais que la CPAM teste d'autres techniques de prise en charge des consultations psychologiques
 Ce dispositif a été mis en place grâce à une entente CPAM MSA
 Euh 2015 même à Sancerre euh
 Mon objectif est de rendre faisables des soins recommandés
 Le remboursement permet de garder des professionnels de santé dans les milieux ruraux

Je ne veux pas d'inégalité entre rural et urbain
 Mes assurés MSA sont inégalement répartis
 J'aimerais comprendre pourquoi certaines MSP n'incluent pas de patient MSA
 J'estime le budget trop faible
 Le dispositif est conçu pour aider le médecin dans sa prise en charge
 La CPAM s'est fait déborder de demandes de la part des MSP
 La convention est possible avec un professionnel extérieur à la MSP
 Ça n'intéresse pas le patient de savoir comment est opéré le financement
 Je ne donne pas de nombre de séances, mais une enveloppe
 Je préfère les forfaits que les rétributions à l'acte
 Autogestion
 C'est le médecin traitant qui lance le processus
 J'ai une liste de critères fixés à l'avance
 Il faut rembourser des soins qui sont recommandés
 Je réalise un contrôle des soins distribués au sein du dispositif
 C'est une expérimentation, donc je ne peux pas ouvrir le dispositif à tous d'un coup
 Eligibilité en fonction du besoin psy
 J'aimerais généraliser le dispositif
 Je souhaite une communication entre les professionnels de santé
 J pense pas qu'nos assurés soient si différents que ça, des autres assurés français en général.
 Je fais le suivi du dispositif avec les MSP
 Je fais l'évaluation du dispositif
 J'ai conventionné 7 MSP dans le Loir-et-Cher
 Je gère un dispositif d'amélioration d'accès aux soins
 La sécurité sociale rembourse d'autres soins mais pas la psy
 D'autres systèmes de prise en charge par la CPAM sont en train d'être créés
 Le but du dispositif est d'augmenter l'efficacité du parcours de soins

On a calqué un dispositif existant de la
MSA
J'ai reçu un très bon accueil du dispositif
par les MSP
En proposant le dispositif, la CPAM a
embarqué la MSA gérant le 41
Je vais essayer de faire une seule
convention CPAM et MSA pour simplifier
Le nombre de séances a été choisi en
accord avec les MSP conventionnées
J'ai des demandes des médecins pour les
enfants ados
Le nombre de séances peut évoluer selon
les évaluations du dispositif
J'ai donné le même budget à toutes les
MSP
Nous pouvons transmettre les séances
d'une MSP à une autre MSP si besoin
Améliorer l'accès aux soins lutter contre le
renoncement aux soins
Promouvoir des parcours de soins qui sont
plus efficaces
J'avais une enveloppe à disposition
L'enveloppe était restreinte
Je donne un nombre de séances

6 REFERENCES

1. Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève : OMS, 2001.
2. Andrews G, Titov N. Depression is very disabling. *Lancet* 2007;370(9590):808-9.
3. Organisation mondiale de la santé. Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale Relever les défis, trouver des solutions. Genève : OMS, 2005.
4. Prince M, Patel V, Saxena S, Maj M, Maselko J, Phillips MR, et al. No health without mental health. *Lancet* 2007;370(9590):859-77.
5. Alonso J, Lépine J-P, ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *J Clin Psychiatry* 2007;68 Suppl 2:3-9.
6. Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *L'encéphale* 2005;31(2):182-94.
7. Ministère des Solidarités et de la Santé. La stratégie nationale de santé 2018-2022. Paris : MSS, 2021 Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/article/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022> [cité 27 juin 2021].
8. Buzyn A. Plan d'actions pour la psychiatrie et la santé mentale. Paris : MSS, 2018. Disponible sur : https://www.youtube.com/watch?v=HmH98N_4SQQ [cité 27 juin 2021].
9. Ministère des Solidarités et de la Santé. Discours d'Agnès Buzyn - 16e Congrès de l'Encéphale, le vendredi 26 janvier 2018 Paris : MSS, 2018. Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/discours/article/discours-d-agnes-buzyn-16e-congres-de-l-encephale-le-vendredi-26-janvier-2018> [cité 6 juillet 2021]
10. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: Overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry* 2004;185(4):283-90.
11. Thiry-Bour C, Pidolle A, éditeurs. Droit d'être soigné, droits des soignants. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2003.
12. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Données statistiques publiques en santé et social. Paris : Drees, 2021. Disponible sur : <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr> [cité 27 juin 2021].
13. Dezetter A. Analyses épidémiologiques et socioéconomiques de la situation des psychothérapies en France, en vue de propositions sur les politiques de remboursement des psychothérapies. Thèse d'Université : Université René Descartes, 2012. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00676243> [cité 27 juin 2021].
14. Chan Chee C. La dépression en France : enquête Anadep 2005. Saint-Denis : INPES, 2009.
15. Fondation fondamentale. Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français. Paris : Institut Montaigne, 2014. Disponible sur : https://www.institutmontaigne.org/ressources/pdfs/publications/etude_sante_mentale_institut_montaigne.pdf [cité 27 juin 2021].
16. Carre A, Shankland R, Flaudias V, Morvan Y, Lamboy B. Les psychologues dans le champ de la santé mentale : les perspectives en promotion de la santé mentale positive. *Prat Psychol* 2021;27(1):71-84.

17. Fleury MJ, Grenier G. État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux. Québec : Commissaire à la santé et au bien-être, 2012.
18. Assurance Maladie. Les propositions de l'Assurance Maladie pour 2020. Paris : CNAM, 2019. Disponible sur : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2019-rapport-propositions-pour-2020-charges-produits> [cité 27 juin 2021].
19. Haute Autorité de santé. Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. Saint-Denis : HAS, 2017. Disponible sur : https://has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_recommandations_version_mel.pdf [cité 20 juill 2021].
20. National institute for Health and Care Excellence. Common mental health problems: identification and pathways to care. London : NICE, 2011. Disponible sur : <https://www.nice.org.uk/guidance/cg123> [cité 20 août 2021].
21. Marshall LM, Barr JE, Brock C, Klapheck K, Nusbaum L. Guidelines for the practice of psychotherapy by physicians. Newmarket : MDPAC, 2017.
22. Gelenberg AJ, Freeman MP, Markowitz JC, Rosenbaum JF, Thase ME, Trivedi MH, et al. treatment of patients with major depressive disorder. Washington : APA, 2010.
23. Australian Institute of Health and Welfare. Australia's health 2010: the twelfth biennial health report of the Australian Institute of Health and Welfare. Canberra : AIHW, 2008.
24. Fansi A, Jehanno C, Lapalme M, Drapeau M, Bouchard S. Efficacité de la psychothérapie comparativement à la pharmacothérapie dans le traitement des troubles anxieux et dépressifs chez l'adulte : une revue de la littérature. *Sante Ment Q* 2016;40(4):141-73.
25. Kamenov K, Twomey C, Cabello M, Prina AM, Ayuso-Mateos JL. The efficacy of psychotherapy, pharmacotherapy and their combination on functioning and quality of life in depression: a meta-analysis. *Psychol Med* 2017;47(3):414-25.
26. Leuzinger-Bohleber M, Hautzinger M, Fiedler G, Keller W, Bahrke U, Kallenbach L, et al. Outcome of Psychoanalytic and Cognitive-Behavioural Long-Term Therapy with Chronically Depressed Patients: A Controlled Trial with Preferential and Randomized Allocation. *Can J Psychiatry* 2019;64(1):47-58.
27. McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. Patient Preference for Psychological vs Pharmacologic Treatment of Psychiatric Disorders: A Meta-Analytic Review. *J Clin Psychiatry* 2013;74(06):595-602.
28. Dumesnil H, Apostolidis T, Verger P. Opinions of general practitioners about psychotherapy and their relationships with mental health professionals in the management of major depression: A qualitative survey. *PLoS One* 2018;13(1):e0190565.
29. Lalonde J-F. La participation observante en sciences de la gestion : plaidoyer pour une utilisation accrue. *Recherches qualitatives* 2012;32(2):13-32.
30. Bastien S. Observation participante ou participation observante? Usages et justifications de la notion de participation observante en sciences sociales. *Recherches qualitatives* 2007;27(1):127-40.
31. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives* 2006;26(2):1-18.
32. Glaser B, Strauss A. The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research. London : Routledge, 2000.

33. Lebeau JP, Aubin-Auger I, Cadwallader JS et al. Initiation à la recherche qualitative en santé. Paris : CNGE, 2020.
34. Gilles de la Londe J, Cadwallader JS, Lustman M, Lebeau JP. Questionner la question. *exercer* 2020;165:324-8.
35. Prieto L, Sacristán JA. Problems and solutions in calculating quality-adjusted life years (QALYs). *Health Qual Life Outcomes* 2003;1(1):80.
36. Spradley JPS. Participant observation. New-York : Rinheart and Winston, 1980.
37. De Sardan, JPO. La rigueur du qualitatif. Louvain-la-Neuve : Academia Bruylant, 2008.
38. Clark JP. How to peer review a qualitative manuscript. Qualitative research review guidelines – RATS In Peer Review in Health Sciences. 2nd ed. Edited by Godlee F, Jefferson T. London: BMJ Books, 2003.
39. Emmanuelli J, Schechter F. Prise en charge coordonnée des troubles psychiques : état des lieux et conditions d'évolution Paris : Igas, 2019. Disponible sur : <https://www.igas.gouv.fr/spip.php?article766> [cité 27 juin 2021].
40. Breuil-Genier P. Généraliste puis spécialiste : un parcours peu fréquent. *Insee*. avr 2000;(709).

Vu, le Directeur de Thèse

A handwritten signature in dark ink, consisting of a large, stylized loop and a long, sweeping horizontal stroke extending to the right.

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

Vimond Bérénice ; Séon Antoine

135 pages – 6 tableaux – 1 illustration

Résumé : Contexte. Au sein des maisons de santé (MSP) volontaires du département du Loir-et-Cher (41), une expérimentation de prise en charge des séances de psychologie et de diététique a été mise en place depuis 2019. Ce dispositif a pour but de faciliter l'accès aux soins de psychologie et de diététique, de tout patient majeur présentant un trouble de la santé mentale léger à modéré, ou nécessitant une prise en charge diététique, et inscrit au régime général de la CPAM ou de la MSA.

Objectif. Déterminer comment fonctionne le dispositif au sein de la MSP du Trente, mettre en évidence les difficultés éprouvées par les professionnels, et les solutions trouvées pour les surmonter, explorer les ressentis des patients et des professionnels vis-à-vis de ce dispositif.

Méthode. Enquête qualitative descriptive et analytique, associant trois approches : ethnographique par observation participante, inductive générale et inspirée de la théorisation ancrée

Résultats. Les professionnels de la MSP ont réadapté le dispositif expérimental initial selon leurs besoins et l'éligibilité des patients a été établie par consensus entre les professionnels. La MSP s'est révélée l'échelon central de la mise en place du dispositif, tant pour les professionnels, qui attribuaient les forfaits par consensus interprofessionnel, que pour les patients, qui souhaitaient être pris en charge au sein de *leur* MSP. Patients et professionnels se sont tous dits très satisfaits du dispositif et des prises en charge qu'il a permis.

Conclusion. Le dispositif de remboursement des séances de psychologie s'est mis en place au cours de l'année 2019, et a été reconduit sur 2020 puis 2021. Il a été intégralement consommé. Sa mise en œuvre au sein de la MSP a intégré les attentes et besoins des professionnels et des patients, et a fait l'objet d'un consensus interprofessionnel régulièrement rediscuté et renouvelé.

Mots clés : psychologie, psychothérapie remboursée, santé mentale, soins primaires, dispositif expérimental, troubles mentaux

Jury :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS

Directeur de thèse : Professeur Jean-Pierre LEBEAU

Membres du Jury : Professeur Cécile GOI
Docteur Christelle CHAMANT

Date de soutenance : 14 octobre 2021