



MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

*Liberté
Égalité
Fraternité*

DISPOSITIF DE RENFORCEMENT EN PSYCHOLOGUES dans les maisons de santé pluriprofessionnelles et les centres de santé

**Guide pratique à destination
des professionnels (médecins généralistes,
pédiatres, gériatres et psychologues)**

**TROUBLES PSYCHIATRIQUES
D'INTENSITÉ LÉGÈRE ET MODÉRÉE
ET ÉTATS DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE**



Mai 2021

Sommaire

Présentation du dispositif	4
La cible du dispositif	6
Les critères d'inclusion	
Les critères d'exclusion	
Arbre décisionnel adulte	8
Arbre décisionnel enfants et adolescents (3 à 17 ans inclus)	9
Échelles, outils et auto-questionnaires	10
Les outils d'aide à l'inclusion et au suivi des patients (échelles, outils et auto- questionnaires)	
Schéma : le parcours de prise en charge des adultes	12
Schéma : le parcours de prise en charge des enfants	13
Parcours de prise en charge adultes	14
Zoom sur le parcours de prise en charge adultes (18 ans et plus)	
Étape 1 : L'entretien d'évaluation par le psychologue	
Étape 2 : Les séances de prise en charge psychologique	
Étape 3 : La psychothérapie spécifique	

Parcours de prise en charge enfants (3 à 17 ans)	18
Zoom sur le parcours de prise en charge des enfants et adolescents (3 à 17 ans)	
Étape 1 : L'entretien d'évaluation par le psychologue	
Étape 2 : Les séances de prise en charge psychologique	
Annexe 1	22
Modèle de document d'échange à destination des médecins	
Annexe 2	23
Modèle de document d'échange à destination des psychologues	
Annexe 3	25
Focus sur les psychologues agréés dans le cadre du dispositif	
Annexe 4	26
Les différents types de psychothérapie spécifique	
Annexe 5	29
Les échelles et outils d'aide à l'inclusion et au suivi	
Annexe 6	39
La charte d'engagement du psychologue	

Présentation du dispositif

POURQUOI CE DISPOSITIF ?

L'accès aux soins psychologiques de la population est, de longue date, un enjeu important pour l'amélioration de la prévention des troubles psychiques, du repérage précoce et de l'accès aux soins. Plus généralement, la nécessité d'intégrer certaines activités portées par les psychologues dans les parcours de soins en santé primaire et en santé mentale est étayée par des données probantes d'efficacité et d'efficience médico-économiques. La crise sanitaire et ses impacts ont fortement dégradé la santé mentale de la population et rendu encore nécessaire l'accélération de ce chantier. C'est dans ce contexte qu'a été retenue la mesure 31 du Ségur de la santé qui prévoit le déploiement de 200 équivalents temps plein (ETP) de psychologue dans des structures d'exercice coordonné (maisons de santé pluriprofessionnelle (MSP) et centre de santé (CDS)), dans le prolongement de l'expérimentation de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) sur ce thème et comme mesure de préfiguration d'un modèle élargi à d'autres modes d'exercice.

Les troubles psychiques légers à modérés sont très répandus en France. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 1 européen sur 4 est touché par des troubles psychiques au cours de sa vie. Ils sont pris en charge essentiellement par la médecine de 1^{er} recours.

Ces pathologies comportent des difficultés diagnostiques en particulier dans leurs formes débutantes qu'il est difficile de distinguer d'états de souffrance psychiques. Les dispositifs de repérage et de prise en charge précoces de la souffrance psychique sont essentiels à la fois pour en réduire l'impact mais également pour faciliter l'accès aux soins spécialisés si des indicateurs de gravité apparaissent.

Les recommandations françaises et internationales préconisent les psychothérapies comme des solutions de première intention, avec une efficacité comparable aux traitements médicamenteux. Une étude de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) publiée en 2012 montre que 91 % des médecins généralistes interrogés déclarent que le non-remboursement est un frein à l'accès aux psychothérapies.

Dans la perspective d'élargir les possibilités de prise en charge, le ministère des Solidarités et de la Santé vous propose d'entrer dans une nouvelle étape dans l'accès

aux soins psychologiques. Ainsi, le dispositif permet la prise en charge de consultations de psychologues dans les structures d'exercice coordonné pour des patients à partir de 3 ans en cas de souffrance psychique repérée par le médecin.

Cette prise en charge permet au médecin d'offrir une première réponse à des états de souffrance psychique légers à modérés en orientant son patient vers des consultations de psychologues en maisons de santé pluriprofessionnelle et centre de santé. La bonne coordination médecin-psychologue-psychiatre est une des clés de la réussite du dispositif.

Ce guide pratique est destiné à tous les médecins traitants, les pédiatres et les gériatres (qu'ils exercent ou non dans une MSP/CDS) souhaitant participer à ce dispositif et y faire entrer leur patient. Il est également à destination des psychologues participant au dispositif. Il comprend 2 sections, l'une destinée à décrire la démarche pour un patient adulte, l'autre pour les patients mineurs (âgés de 3 à 17 ans inclus).

Il a pour objectif de vous présenter le dispositif et le processus envisagé. Il vous propose également des outils pour faciliter les échanges entre professionnels.

Une brochure d'information est également mise à disposition pour vos patients et pour les patients mineurs de leurs parents.

Le suivi de ce dispositif est assuré par une commission nationale par le biais des Agences Régionales de Santé.

La cible du dispositif

POUR QUELS PATIENTS ?

Les critères d'inclusion

Le dispositif concerne tous les patients à partir de 3 ans (enfants, adolescents et adultes)

Pour les patients de 3 à 17 ans :

Le dispositif s'adresse aux patients présentant des modifications explicites du comportement et/ou du fonctionnement intérieur, suscitant l'inquiétude de l'entourage (famille, milieu scolaire, médecin généraliste, pédiatre, PMI...etc.).

Pour les patients à partir de 18 ans :

Le dispositif s'adresse aux patients en souffrance psychique et/ou troubles psychiatriques mineurs.

Ces symptômes peuvent être rattachés à différents types de situation : troubles anxieux, troubles dépressifs, mésusage de l'alcool, du tabac, du cannabis (hors dépendance) et troubles des conduites alimentaires sans signe de gravité.

La décision d'inclusion de votre patient dans le dispositif vous appartient, en concertation avec lui. Elle est établie en fonction de votre examen clinique, complétée par l'utilisation d'échelles (détaillées en page 10) et en référence aux critères diagnostiques de la dixième révision de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM 10) ou de la cinquième édition du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM 5).

Le diagnostic précis du trouble psychiatrique, parfois difficile de prime abord, n'est pas indispensable avant l'inclusion de votre patient. Il peut avoir lieu au cours de la prise en charge. En revanche, il est nécessaire d'orienter vers le psychiatre tous les patients qui, en raison de signes de décompensation psychiatrique (symptômes psychotiques, suicidaires ou de signes de gravité), relèvent d'une prise en charge spécialisée, ambulatoire ou hospitalière.

Les critères d'exclusion

POUR QUELS PATIENTS ?

Les critères d'exclusion

Certains malades nécessitent d'emblée ou en cours de prise en charge un avis spécialisé par un psychiatre ou un pédopsychiatre :

- > Les patients présentant un trouble neuro-développemental sévère ;
- > Toute situation d'urgence psychiatrique détectée par le médecin traitant ;
- > Toute situation où les patients nécessitent d'emblée ou en cours de prise en charge un avis spécialisé par un psychiatre.

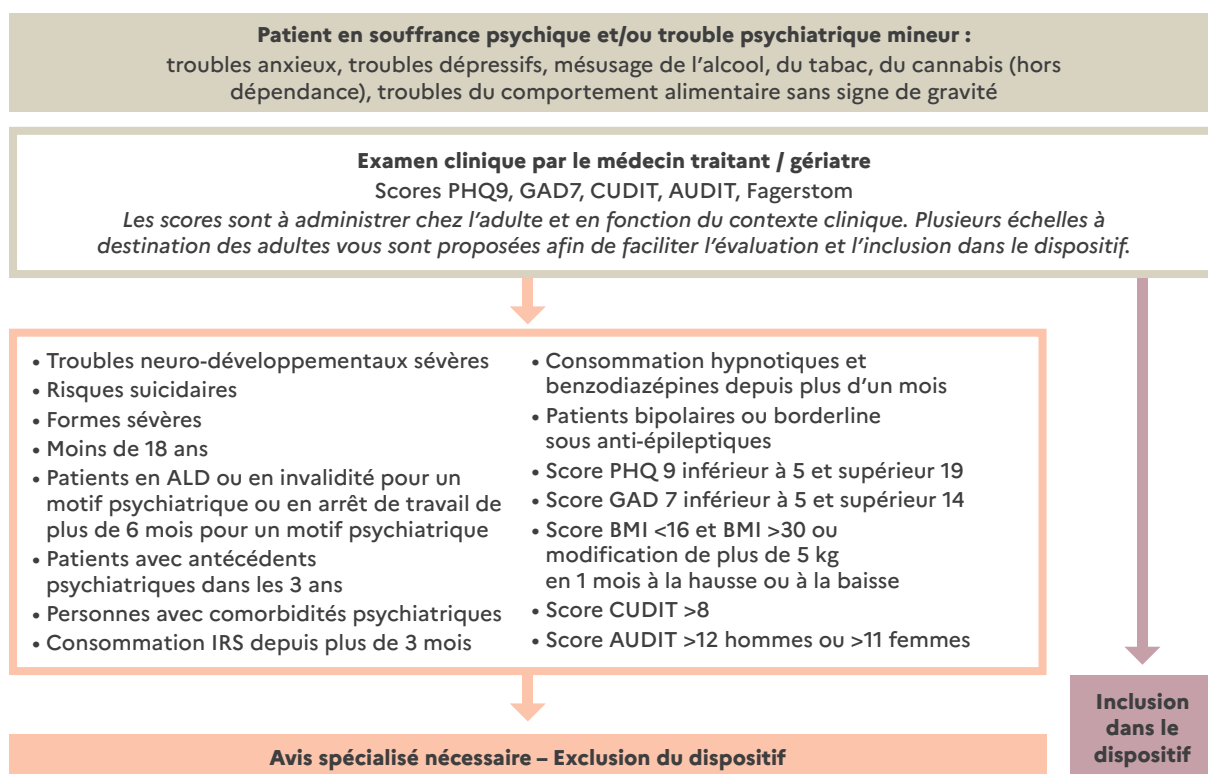
Sont exclus du dispositif, les patients qui présentent au moins un des critères suivants :

- > Les patients âgés de moins de 3 ans ;
- > Les patients en affection longue durée (ALD) ou en invalidité pour un motif psychiatrique ou en arrêt de travail de plus de 6 mois pour un motif psychiatrique ;
- > Les patients avec antécédents de suivi psychiatrique dans les 3 ans ;
- > Les personnes avec comorbidités psychiatriques ;
- > Les patients prenant des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) depuis plus de 3 mois ;
- > Les patients prenant des hypnotiques et des benzodiazépines depuis plus d'un mois ;
- > Les patients bipolaires ou borderline sous anti-épileptiques ;
- > Dans un contexte de troubles dépressifs ou anxieux : Score PHQ 9 inférieur à 5 et supérieur 19 et/ou Score GAD 7 inférieur à 5 et supérieur 14 ;
- > Dans un contexte de troubles des conduites alimentaires : Score BMI <16 et BMI >30 ou modification de plus de 5 kg en 1 mois à la hausse ou à la baisse ;
- > Dans un contexte de consommation de cannabis : Score CUDIT >8 ;
- > Dans un contexte de consommation d'alcool : Score AUDIT >12 hommes ou >11 femmes.

Arbre décisionnel adulte

EN PRATIQUE

Arbre décisionnel d'inclusion/exclusion adultes



Remarque sur l'utilisation des échelles :

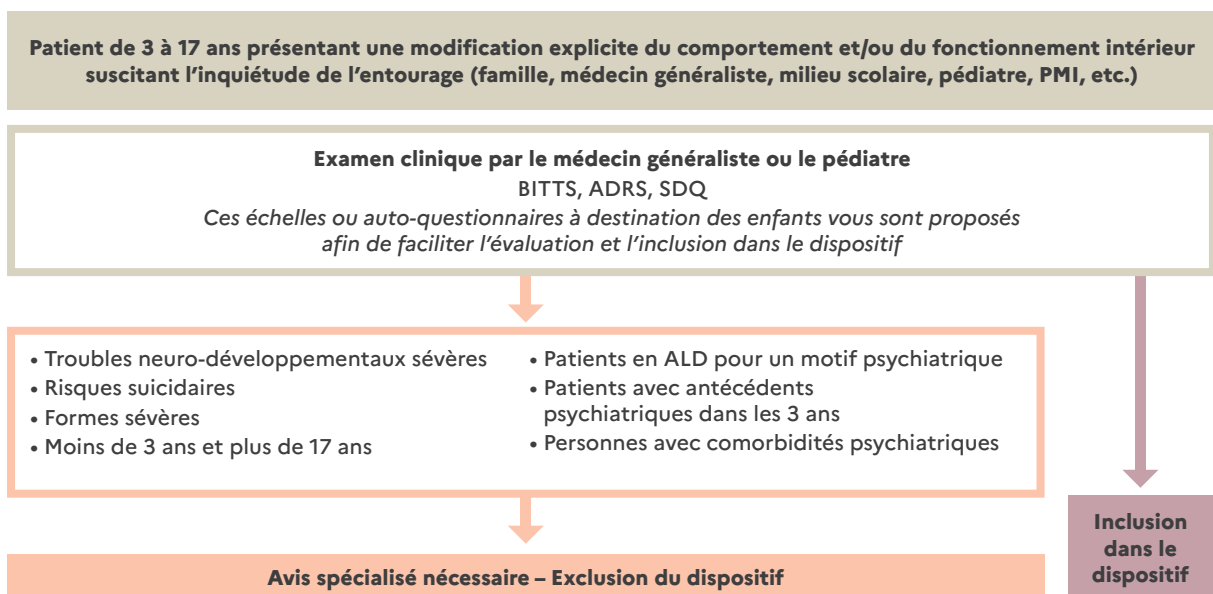
Plusieurs échelles sont à disposition du médecin pour l'aider à objectiver un trouble psychiatrique d'intensité légère et modérée et les états de souffrance psychique. L'utilisation de ces échelles aide le médecin en 1^{re} ligne à confirmer un diagnostic et permet de quantifier l'intensité et la sévérité du trouble. Par ailleurs, ces échelles permettent un langage conjoint entre les différents professionnels (médecin, psychologue, psychiatre). Elles permettent également d'évaluer l'évolution du trouble suite à la prise en charge psychologique.

Attention, un seul score (par exemple PHQ 9 < 5) ne suffit pas à exclure un patient puisqu'il peut très bien avoir un autre trouble (par exemple : mésusage du tabac ou de l'alcool, trouble du comportement alimentaire).

Arbre décisionnel enfants et adolescents (3 à 17 ans inclus)

EN PRATIQUE

Arbre décisionnel d'inclusion/exclusion enfants et adolescents (3 à 17 ans inclus)



Échelles, outils et auto-questionnaires

LES OUTILS D'AIDE À L'INCLUSION ET AU SUIVI DES PATIENTS (ÉCHELLES, OUTILS ET AUTO-QUESTIONNAIRES)

Plusieurs échelles vous sont proposées dans le cadre du dispositif pour l'inclusion, l'évaluation et le suivi du patient.

Pour les adultes (18 ans et plus)

Indication	Échelle	Seuil bas	Seuil haut	Bilan	Nombre de séances maximal	Type d'intervention du psychologue
Dépression	PHQ-9	Sup. ou égal à 5	Inf. ou égal à 19	X	10 + 10	Soutien puis spécifique
Anxiété	GAD-7	Sup. ou égal à 5	Inf. ou égal à 14	X	10 + 10	Soutien puis spécifique
Troubles du comportement alimentaire	Eating Disorder Screen for Primary Care (ESP)	« NON » à question 1 ou « OUI » aux questions 2 à 5	BMI < 16 ou > 30	X	10 + 10	Soutien puis spécifique
Alcool		Demande d'aide au sevrage/ Réduction		X		
	AUDIT	Sup. ou égal à 5	Inf. ou égal à 12 (hommes) - Inf. ou égal à 11 (femmes)	X	10	Repérage précoce et intervention brève
Tabac	Fagerstöm	Demande d'aide au sevrage/ réduction en association aux traitements substitutifs nicotiniques		X	10	Repérage précoce et intervention brève
Cannabis	Au moins un joint par jour	Demande d'aide au sevrage/ réduction en association		X	10	Repérage précoce et intervention brève

Pour les enfants (3 à 17 ans)

Outils	Indications	Seuil
BITSS	Traumatologie, sommeil, tabac, stress scolaire ou familial	Sup. ou égal à 3

Le BITSS test est le test de référence validé pour le dépistage des problématiques suicidaires chez l'adolescent. Il permet de les dépister chez les jeunes de 13-18 ans en posant quatre questions simples.

Outils	Indications	Seuil
ADRS	Dépression	Sup. ou égal à 3
SDQ	Troubles émotionnels, troubles du comportement, hyperactivité, troubles relationnels, score prosocial	Sup. ou égal à 14

Le score d'ADRS compris entre (0-10) est un auto-questionnaire permettant d'identifier un risque de dépression.

Ces auto-questionnaires sont simples d'utilisation et réalisables en moins de 10 minutes.

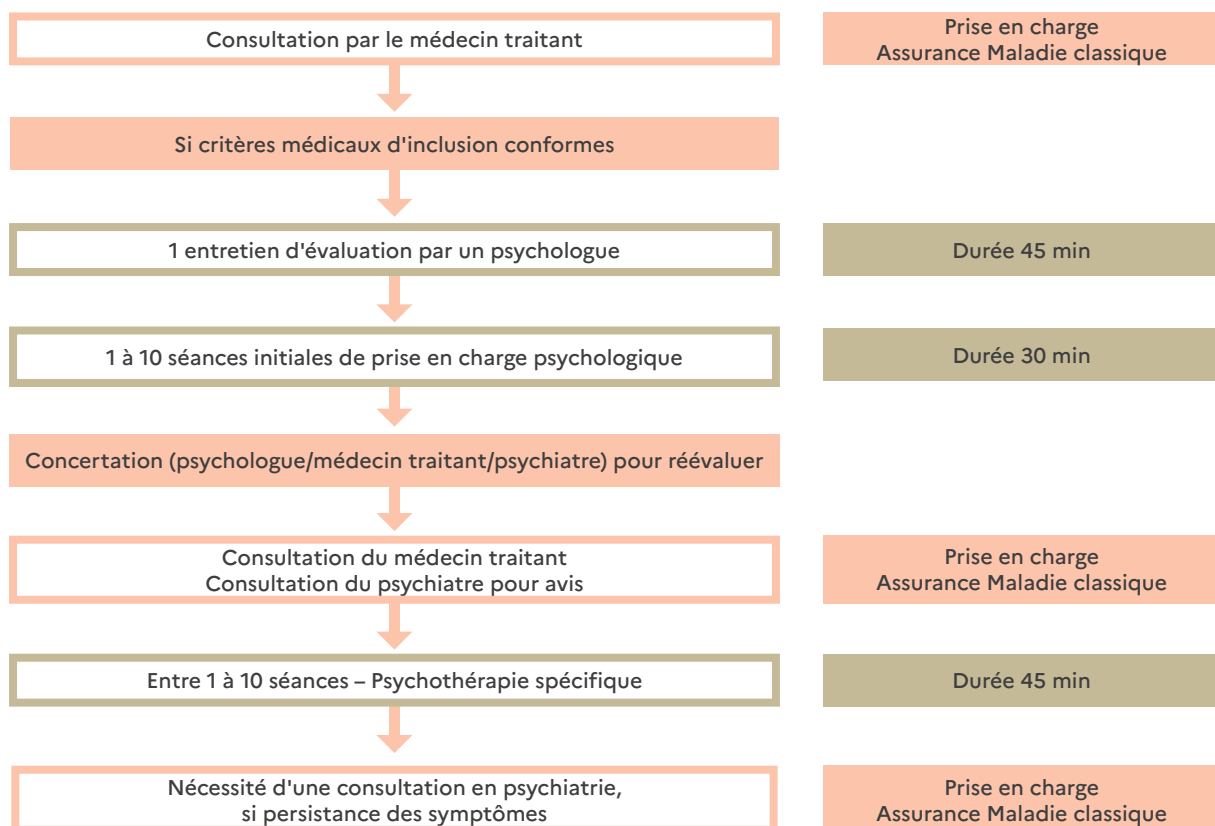
Schéma

Le parcours de prise en charge des adultes

EN PRATIQUE

Le parcours de prise en charge proposé pour les adultes (18 ans et plus)

Dans le cadre du dispositif, l'échange et la concertation entre les professionnels (médecin-psychologue et psychiatre) seront des éléments indispensables à la prise en charge des patients.



À tout moment du parcours, un avis pris auprès d'un psychiatre correspondant de la structure doit être sollicité si des indicateurs de gravité apparaissent.

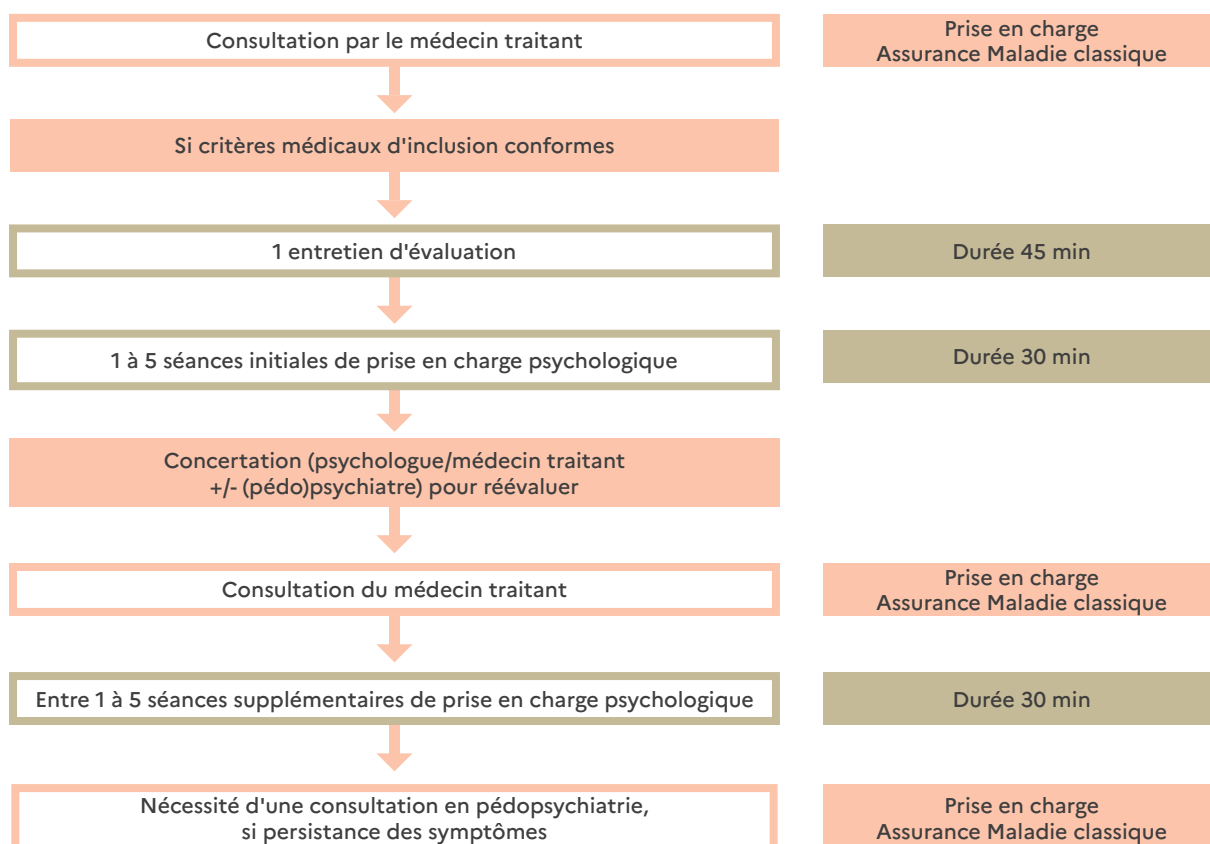
Schéma

Le parcours de prise en charge des enfants

EN PRATIQUE

Le parcours de prise en charge proposé pour les enfants (3 à 17 ans)

Dans le cadre du dispositif, l'échange et la concertation entre les professionnels (médecin-psychologue et psychiatre) seront des éléments indispensables à la prise en charge des patients.



À tout moment du parcours, un avis pris auprès d'un pédopsychiatre correspondant de la structure doit être sollicité si des indicateurs de gravité apparaissent.

Parcours de prise en charge adultes

ZOOM SUR LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE ADULTES (18 ANS ET PLUS)

Étape 1 : L'entretien d'évaluation par le psychologue

Si le patient répond à l'un des critères d'inclusion sans satisfaire de critère d'exclusion, le médecin (généraliste, pédiatre ou gériatre) oriente son patient vers un psychologue par le biais d'un courrier d'adressage (disponible en annexe) pour un entretien d'évaluation. Cet entretien d'évaluation est réalisé par un psychologue d'une maison de santé pluriprofessionnelle ou d'un centre de santé participant au dispositif. À la suite de l'entretien d'évaluation, le psychologue adresse un bilan au médecin. Le binôme médecin-psychologue fixe un nombre prévisionnel de séances de prise en charge psychologique (au maximum 5 séances).

EN PRATIQUE

Des modèles de documents d'échange médecin-psychologue sont disponibles en annexe de ce guide.

L'entretien d'évaluation doit permettre :

- > De réaliser un bilan : évaluation de la situation de l'enfant ou de l'adolescent ;
- > De réévaluer les scores ;
- > De présenter la démarche des séances de prise en charge psychologique ;
- > De préciser l'adhésion des représentants légaux à la mise en place d'un accompagnement psychologique ;
- > De préparer le programme thérapeutique.

L'entretien d'évaluation est réalisé au cours d'une seule séance d'une durée approximative de 45 minutes. L'entretien d'évaluation précède nécessairement la suite du parcours de prise en charge.

À l'issue de cet entretien, le psychologue adresse un compte-rendu de bilan (disponible en annexe) précisant :

- > La symptomatologie présentée ;
- > Les scores (si réévalués) ;
- > Le retentissement sur la vie quotidienne de l'enfant ou de l'adolescent ;
- > Si la prise en charge psychologique (séance de prise en charge psychologique) est adaptée ou non ;
- > La proposition de prise en charge (sur une durée de x semaines à raison de x séances par semaine/quinzaine/mois).

À ce stade, le patient peut sortir du dispositif pour divers motifs : refus de la psychothérapie, apparition de signes d'exclusion ou nécessitant l'intervention d'emblée d'un psychiatre, ou absence de signe de sévérité nécessitant des séances de prise en charge psychologique.

Suite à ce premier entretien et à la réception du bilan, si nécessaire, le médecin rédige une lettre d'adressage pour des séances de prise en charge psychologique.

Étape 2 : Les séances de prise en charge psychologique

Les séances de prise en charge psychologique sont réalisées par les psychologues ayant conclu un contrat et signé la charte d'engagement (charte disponible en annexe) avec des maisons de santé pluriprofessionnelles ou des centres de santé participant au dispositif.

La prise en charge psychologique (ou thérapie de soutien) est une thérapie non codifiée dans sa technique, car non directive. Elle représente une forme de thérapie relationnelle, présente implicitement dans tout acte médical.

La prise en charge psychologique est décrite en annexe.

EN PRATIQUE

Durant l'accompagnement psychologique de soutien, le psychologue de la MSP/CDS réalise le programme thérapeutique convenu avec le patient.

Cinq séances suffisent le plus souvent. Néanmoins, et en fonction de l'évolution du malade et de la réévaluation de son état, cet accompagnement pourra comporter **jusqu'à 10 séances.**

Dans le dispositif, la durée d'une séance de prise en charge psychologique est d'environ 30 minutes.

À mi-parcours et à la fin de cet accompagnement, le psychologue participant au dispositif adresse au médecin un document de synthèse comprenant :

- > Le rappel de l'évaluation initiale ;
- > L'état actuel du patient ;
- > L'évolution des scores (si pertinent) ;
- > Le nombre total de séances réalisées ;
- > Une proposition de conduite à tenir en fonction de l'évolution du malade.

En cas d'évolution favorable (amélioration significative ou disparition des signes cliniques), la prise en charge se termine après concertation entre le psychologue et le médecin traitant.

En l'absence d'amélioration, une concertation entre le médecin généraliste, le psychologue et éventuellement le psychiatre est nécessaire pour décider de la conduite à tenir. Une consultation avec le psychiatre pourra être réalisée.

En accord avec le médecin, le psychologue et éventuellement le psychiatre, le patient peut être orienté vers une psychothérapie spécifique. Le type de psychothérapie spécifique (TCC, familiale, interpersonnelle, systémique, analytique...) est défini lors de la concertation.

La prescription de médicaments antidépresseurs est discutée.

À tout moment du parcours, un avis pris auprès d'un psychiatre correspondant de la structure doit être sollicité si des indicateurs de gravité apparaissent.

Étape 3 : La psychothérapie spécifique

| *La psychothérapie spécifique est réalisée par un psychologue participant au dispositif.*

Les différents types de psychothérapie spécifique sont décrites en annexe.

EN PRATIQUE

Le type de psychothérapie recommandé, le calendrier et le nombre approximatif de séances est le fruit d'une collaboration entre le médecin, le psychologue et si nécessaire le psychiatre.

À la fin de cette **psychothérapie spécifique**, le psychologue de la MSP ou du CDS vous adresse un **document de synthèse** comprenant :

- > Le rappel de l'évaluation initiale et de l'objectif thérapeutique ;
- > L'évolution de l'état du patient ;
- > L'évolution des scores (si pertinent) ;
- > L'atteinte ou non des objectifs de la psychothérapie spécifique ;
- > Le nombre de séances réalisé ;
- > Une proposition de conduite à tenir en fonction de l'évolution du patient à la fin des séances.

Si l'objectif initialement fixé a été atteint et si l'état du patient s'est amélioré, alors la prise de charge se termine.

Si l'objectif fixé n'est pas atteint ou en l'absence d'amélioration, le patient est orienté vers les soins spécialisés et vers un psychiatre.

Si un traitement médicamenteux est indiqué, le patient peut préférer un traitement médicamenteux seul et sortir du champ dispositif.

La situation clinique peut également justifier une co-prescription de traitement médicamenteux au début ou en cours de la prise en charge. Dans ce cas, le patient reste inclus dans le dispositif.

Parcours de prise en charge enfants et adolescents (3 à 17 ans)

ZOOM SUR LE PARCOURS DE PRISE EN CHARGE ENFANTS ET ADOLESCENTS (3 À 17 ANS)

Étape 1 : L'entretien d'évaluation par le psychologue

Si l'enfant répond aux critères d'inclusion, le médecin (généraliste ou pédiatre) oriente la famille vers un psychologue par le biais d'un courrier d'adressage pour un entretien d'évaluation. Cet entretien d'évaluation est réalisé par un psychologue d'une maison de santé pluriprofessionnelle ou d'un centre de santé participant au dispositif.

À la suite de l'entretien d'évaluation, le psychologue adresse un bilan (prévu en annexe) au médecin. Le binôme médecin-psychologue fixe un nombre prévisionnel de séances de prise en charge psychologique (au maximum 10 séances).

EN PRATIQUE

Des modèles de documents d'échange médecin-psychologue sont disponibles en annexe de ce guide.

L'entretien d'évaluation doit permettre :

- > De réaliser un bilan : évaluation de la situation du patient ;
- > De réévaluer les scores ;
- > De présenter la démarche des séances de prise en charge psychologique et de psychothérapie spécifique ;
- > De préciser l'adhésion du patient à la mise en place d'une psychothérapie ;
- > De préparer le programme thérapeutique ;

L'entretien d'évaluation est réalisé au cours d'une seule séance d'une durée approximative de 45 minutes. L'entretien d'évaluation précède nécessairement la suite du parcours de prise en charge.

À l'issue de cet entretien, le psychologue adresse un compte-rendu de bilan précisant :

- > La symptomatologie présentée ;
- > Les scores (si réévalués) ;
- > Le retentissement sur la vie quotidienne ou professionnelle ;
- > Si la prise en charge psychologique (séance de prise en charge psychologique) est adaptée ou non ;
- > La proposition de prise en charge (sur une durée de x semaines à raison de x séances par semaine/quinzaine/mois).

À ce stade, l'enfant ou l'adolescent peut sortir du dispositif pour divers motifs : refus des représentants légaux, apparition de signes d'exclusion ou nécessitant l'intervention d'emblée d'un pédopsychiatre, ou absence de signe de sévérité nécessitant des séances de prise en charge psychologique.

Suite à ce premier entretien et à la réception du bilan, si nécessaire, le médecin rédige une lettre d'adressage pour des séances de prise en charge psychologique.

Étape 2 : Les séances de prise en charge psychologique

Les séances de prise en charge psychologique sont réalisées par les psychologues ayant conclu un contrat et signé la charte d'engagement (disponible en annexe) avec des maisons de santé pluriprofessionnelles ou des centres de santé participant au dispositif.

La prise en charge psychologique (ou thérapie de soutien) est une thérapie non codifiée dans sa technique, car non directive. Elle représente une forme de thérapie relationnelle, présente implicitement dans tout acte médical.

La prise en charge psychologique est décrite en annexe.

EN PRATIQUE

Durant l'accompagnement psychologique de soutien, le psychologue de la MSP/ CDS réalise le programme thérapeutique convenu avec le patient et ses parents.

Le nombre de séances de prise en charge psychologique est limité à 5 (renouvelable une fois après avis médical) pour les 3 à 17 ans.

Dans le dispositif, la durée d'une séance de prise en charge psychologique est d'environ 30 minutes.

À mi-parcours et la fin de cet accompagnement, le psychologue participant au dispositif adresse au médecin un document de synthèse comprenant :

- > Le rappel de l'évaluation initiale ;
- > L'état actuel du patient ;
- > L'évolution des scores (si pertinent) ;
- > Le nombre total de séances réalisées ;
- > Une proposition de conduite à tenir en fonction de l'évolution du malade.

En cas d'évolution favorable (amélioration ou disparition des signes cliniques, diminution des scores aux différentes échelles), la prise en charge se termine après concertation entre le psychologue et le médecin traitant en lien avec le patient et ses parents.

En l'absence d'amélioration une concertation entre le médecin généraliste, le psychologue et éventuellement le pédopsychiatre est nécessaire pour décider de la conduite à tenir qui sera proposée au patient et à ses parents. Une consultation avec un pédopsychiatre pourra être organisée.

La concertation entre les professionnels suivant l'enfant (médecin, psychologue et pédopsychiatre) peut aboutir à un renouvellement du forfait des 5 séances de prise en charge psychologique.

Les enfants et adolescents de 3 à 17 ans ne peuvent pas bénéficier de séances de psychothérapie spécifique réservées au modèle de prise en charge pour les adultes !

ANNEXES



Annexe 1

Modèle de document d'échange à destination des médecins

Pour les séances de prise en charge psychologique

NOM patient :

Date

Séances de prise en charge psychologique par le psychologue agréé à raison de XXX et sur une durée totale de XXX semaines (maximum 5 séances renouvelables 1 fois pour les 3-17 ans et 10 séances pour les plus de 18 ans).

Pour l'entretien d'évaluation

NOM patient :

Date :

Entretien d'évaluation par le psychologue agréé à réaliser :

Éléments cliniques à préciser (scores si nécessaire) :

Pour les séances de psychothérapie spécifique (uniquement dans le cas du parcours adulte)

NOM patient :

Date :

Séances de psychothérapie spécifique par un psychologue clinicien
ou par un psychothérapeute agréé ARS :

Type de psychothérapie :

À raison de XXX et sur une durée totale de XX semaines (maximum de 10 séances).

Annexe 2

Modèle de document d'échange à destination des psychologues

Modèle de document de synthèse après l'entretien d'évaluation à destination du médecin traitant

NOM psychologue participant au dispositif :

NOM patient :

Date :

Symptomatologie présentée :

Scores (si test réalisé) :

Retentissement sur la vie quotidienne et professionnelle (à quantifier) :

Prise en charge psychothérapeutique (accompagnement de soutien) adaptée ou non :

Proposition de prise en charge sur une durée de X semaines à raison de X séances par semaine/quinzaine/mois.

Modèle de document de synthèse suite aux séances de prise en charge psychologique à destination du médecin traitant

NOM psychologue participant au dispositif :

NOM patient :

Date :

Rappel de l'évaluation initiale :

Description de l'état actuel du patient :

Évolution des scores (si testés) :

Retentissement sur la vie quotidienne et professionnelle (à quantifier) :

Nombre total de séances réalisées :

Conclusion : proposition de conduite à tenir en fonction de l'évolution du malade :

- > Soit évolution favorable, fin de prise en charge
- > Soit absence d'amélioration, préciser la conduite à tenir ultérieure :
argument en faveur d'une prise en charge sous la forme d'une psychothérapie spécifique, ou en faveur d'une réorientation de la prise en charge (spécialisée) :

**Modèle de document de synthèse suite à la psychothérapie spécifique à destination
du médecin traitant (uniquement dans le cadre du parcours adulte)**

NOM psychologue participant au dispositif :

NOM patient :

Date :

Technique utilisée :

Rappel de l'évaluation initiale et de l'objectif thérapeutique :

Évolution de l'état du patient et du retentissement sur la vie quotidienne
et professionnelle (à quantifier) :

Évolution des scores (si testés) :

Nombre total de séances réalisées :

Conclusion : proposition de conduite à tenir en fonction de l'évolution du malade :

.....

- > Si objectif atteint : fin de prise en charge
- > Si objectif non atteint, pas d'amélioration : préciser les éléments
pour une réorientation de la prise en charge :

Annexe 3

Focus sur les psychologues agréés dans le dispositif

LA PROFESSION DE PSYCHOLOGUE

Le titre de psychologue est réglementé et requiert l'obtention d'un master 2 (bac+5).

Le cursus comporte un tronc commun jusqu'à la licence. Le master confère l'aptitude à prendre des personnes en charge, selon la spécialité choisie : psychologie clinique et psychopathologie, neuropsychologie, psychologie gériatrique, psychologie du travail...

Les psychologues ne constituent pas aujourd'hui une profession de santé reconnue par le code de la santé publique. Ils ne sont pas représentés par un ordre professionnel. Le « décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel » permet le partage du secret médical entre professionnels de santé et non professionnels de santé.

www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/7/20/AFSZ1606470D/jo/texte

Les psychologues intervenant dans le cadre du dispositif :

- > Disposent d'une inscription sur le registre Adeli ;
- > Attestent d'un niveau de formation et d'expérience ;
 - Formation initiale et/ou continue en psychologie avec un parcours attesté/consolidé en psychologie clinique, psychopathologie et/ou psychologie de la santé ; un master spécialisé dans ces domaines est privilégié ;
 - Expérience professionnelle en psychopathologie d'au moins 3 ans.
- > Signent la charte d'engagement proposée incluant le principe de la supervision.

Annexe 4

Les différents types de psychothérapie spécifique

LES SÉANCES DE PRISE EN CHARGE PSYCHOLOGIQUE (ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE DE SOUTIEN)

L'accompagnement psychologique de soutien est une thérapie non codifiée dans sa technique, car non directive. Elle représente une forme de thérapie relationnelle, présente implicitement dans tout acte médical.

Elle est basée sur l'empathie, la confiance, le soutien. Elle comprend une dimension de conseil, d'information et d'explications, permettant une compréhension partagée de la problématique du patient.

Une écoute active facilitant l'expression du patient peut en faire un outil thérapeutique à part entière vers un changement comportemental, affectif ou émotionnel.

Elle trouve son indication dans les états pathologiques d'intensité légère mais peut être utilisée dans les autres états.

La Haute Autorité de santé recommande le recours à la thérapie de soutien en première intention dans la prise en charge de la dépression de l'adolescent. (Sources : HAS - Recommandations : Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours, Novembre 2014).

LES PSYCHOTHÉRAPIES SPÉCIFIQUES

Les psychothérapies structurées (individuelles ou familiales) ont de nombreuses modalités.

La thérapie comportementale et cognitive (TCC)

Cette méthode est recommandée dans de nombreux pays pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs. C'est une thérapie brève qui vise à remplacer les

idées négatives et les comportements inadaptés par des pensées et des réactions en adéquation avec la réalité. La TCC aide à progressivement dépasser les symptômes invalidants, tels que : les rites et vérifications, le stress, les évitements et les inhibitions, les réactions agressives, ou la détresse à l'origine de souffrance psychique.

Le but est d'aider la personne à acquérir une meilleure adaptation dans la vie quotidienne et faire disparaître rapidement son symptôme.

Les TCC ont été largement validées dans les troubles anxieux et sont recommandées pour le traitement de ces derniers : trouble panique, anxiété généralisée, état de stress post-traumatique, troubles obsessionnels-compulsifs, phobie ou anxiété sociale, phobies simples (par exemple : phobie de l'eau, de la hauteur, des petits animaux, etc.).

La TCC est également efficace dans le traitement de troubles dépressifs, tels que les états dysthymiques (dépression chronique peu intense) et les états dépressifs caractérisés. Les troubles du sommeil, les états de dépendance (conduites addictives), certains aspects des troubles psychotiques, les troubles alimentaires ainsi que des troubles fonctionnels rencontrés en médecine peuvent aussi être traités par la thérapie comportementale et cognitive.

Lorsque le trouble s'avère particulièrement sévère, la thérapie peut être combinée à un traitement médicamenteux.

La psychothérapie psychodynamique ou d'inspiration analytique

Cette méthode de psychothérapie considère que le psychisme humain fonctionne sur la base des conflits liés au développement de la personne. Pour chaque individu, les expériences de l'enfance, même très précoces, s'inscrivent dans l'inconscient et se retrouvent, transformées, dans toute la vie d'enfant et d'adulte. Les relations parents/enfants, le vécu individuel des expériences de l'enfance et de l'adolescence, le développement psychologique et sexuel, sont toujours plus ou moins conflictuels.

Tous ces événements laissent des traces profondes, en partie inconscientes, qui conditionnent, chez tout individu, son équilibre psychique et son plaisir ou sa difficulté à vivre.

La participation du psychothérapeute est déterminante pour repérer et comprendre toute la complexité des difficultés psychologiques d'un individu et favoriser, par ses interprétations, les transformations nécessaires.

Une psychothérapie d'inspiration psychanalytique peut être conseillée dans les situations suivantes :

- > des difficultés ou des échecs qui se répètent, dans la vie affective, sociale ou professionnelle ;
- > des perturbations psychiques comme la survenue d'angoisse, de dépression, de phobies, d'idées obsédantes, de troubles alimentaires, de troubles sexuels... ;

> un malaise existentiel persistant et inexpliqué, ou des troubles de l'identité personnelle ; des troubles psychosomatiques (manifestations somatiques de problèmes psychiques).

La psychothérapie interpersonnelle

Cette approche repose essentiellement sur le postulat que les troubles psychiatriques comme la dépression, bien que multifactoriels, surviennent généralement dans un contexte social et interpersonnel particuliers. En pratique, il s'agit de soigner et d'être centré sur la guérison. Les TIP ne cherchent pas à modifier la structure psychique du patient.

Ainsi, l'objectif de cette approche consiste à amener le patient à trouver des moyens de résoudre ses difficultés relationnelles, démarche qui procure un soulagement des symptômes dépressifs.

En thérapie interpersonnelle, le praticien s'appuie sur un certain nombre de techniques notamment l'analyse de la communication et la régulation émotionnelle. La TIP se concentre sur les interactions et les modalités relationnelles.

Cette méthode a été validée par plusieurs études contrôlées, essentiellement pour la prise en charge des épisodes dépressifs.

Les thérapies d'inspiration familiale

Les thérapies familiales sont une technique spécifique de psychothérapie, qui a pour but de favoriser les échanges entre les membres d'une famille.

La thérapie doit permettre aux membres d'une famille d'évoluer ensemble vers un fonctionnement plus souple, de dépasser une situation de crise, d'autoriser l'évolution individuelle de chacun des membres et de trouver de nouveaux équilibres. Cette évolution tient compte des événements et de l'histoire de la vie du groupe.

Au cours des séances, le dialogue des membres de la famille entre eux et avec le thérapeute aide à comprendre et résoudre les problèmes ou difficultés rencontrés par la famille.

Annexe 5

Les échelles et outils d'aide à l'inclusion et au suivi

ÉCHELLES À DESTINATION DES 3 À 17 ANS

Auto-questionnaire ADRS

« Adolescent Depression Rating Scale »

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

Questionnaire SDQ « Strengths and Difficulties Questionnaire »

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

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

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

Suite du tableau page 29 →

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

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

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

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

Suite du tableau page 32 →

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

Élaboration et interprétation des scores d'impact

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

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

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

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

Questionnaire BITS

« Bullying-Insomnia-Tobacco-Stress TEST »

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

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

Score :

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

Résultats :

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

ÉCHELLES À DESTINATION DES ADULTES

PHQ 9 : évaluation du patient dépressif « Patient Health Questionnaire »

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

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

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

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

GAD 7 : états anxieux « Generalized Anxiety Disorder-7 »

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

Questionnaire AUDIT « Alcohol Use Disorders Identification Test »

Interprétation : l'AUDIT est interprété en fonction de la somme des points des 10 questions.
Chaque réponse est cotée de 0 à 4.

Score > ou = 5 : consommation à risque

Score > ou = 8 : usage nocif (7 chez la femme)

Score > ou = 12 : alcoolodépendance probable (11 chez la femme)

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

Questionnaire CUDIT

« The Cannabis Use Disorder Identification Test »

<p>Avez-vous consommé du cannabis pendant les 6 derniers mois ? Oui Non</p> <p>Si OUI, veuillez répondre aux questions suivantes concernant votre consommation de cannabis. Merci de cocher la case qui décrit le mieux votre consommation de cannabis pendant les 6 derniers mois.</p>				
<p>1- À quelle fréquence consommez-vous du cannabis ?</p>				
Jamais 0	1 fois par mois ou moins 1	2-4 fois par mois 2	2-3 fois par semaine 3	4 fois ou plus par semaine 4
<p>2- Les jours où vous avez consommé du cannabis, vous étiez « défoncé(e) » pendant combien d'heures pour une journée type ?</p>				
Jamais 0	3 ou 4 1	5 ou 6 2	7 à 9 3	10 ou plus 4
<p>3- Combien de fois avez-vous été « défoncé(e) » sous cannabis pendant 6 heures ou plus ?</p>				
Jamais 0	Moins d'1 fois par mois 1	Une fois par mois 2	Une fois par semaine 3	Tous les jours ou presque 4
<p>4- Combien de fois pendant les 6 derniers mois vous est-il arrivé de ne plus pouvoir vous arrêter de consommer du cannabis une fois que vous aviez commencé ?</p>				
Jamais 0	Moins d'1 fois par mois 1	Une fois par mois 2	Une fois par semaine 3	Tous les jours ou presque 4
<p>5- Combien de fois pendant les 6 derniers mois n'avez-vous pas fait ce que l'on attendait de vous parce que vous aviez consommé du cannabis ?</p>				
Jamais 0	Moins d'1 fois par mois 1	Une fois par mois 2	Une fois par semaine 3	Tous les jours ou presque 4
<p>6- Combien de fois pendant les 6 derniers mois avez-vous éprouvé le besoin de consommer du cannabis ?</p>				
Jamais 0	Moins d'1 fois par mois 1	Une fois par mois 2	Une fois par semaine 3	Tous les jours ou presque 4
<p>7- Combien de fois pendant les 6 derniers mois vous êtes-vous senti(e) coupable ou avez-vous eu des regrets après avoir consommé du cannabis ?</p>				
Jamais 0	Moins d'1 fois par mois 1	Une fois par mois 2	Une fois par semaine 3	Tous les jours ou presque 4
<p>8- Combien de fois pendant les 6 derniers mois avez-vous eu des troubles de la mémoire ou avez-vous eu du mal à vous concentrer après avoir consommé du cannabis ?</p>				
Jamais 0	Moins d'1 fois par mois 1	Une fois par mois 2	Une fois par semaine 3	Tous les jours ou presque 4
<p>9- Vous êtes-vous fait mal ou avez-vous blessé physiquement quelqu'un parce que vous aviez consommé du cannabis dans les 6 derniers mois ? Non Oui</p>				
		0	4	
<p>10- Une personne telle qu'un parent, un(e) ami(e), un médecin ou un professionnel de la santé s'est elle inquiétée de votre usage de cannabis ou vous a-t-elle conseillé de diminuer votre consommation de cannabis ? Non Oui</p>				
		0	4	

Test Fagerström

Test de Fagerström en six questions

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

Interprétation selon les auteurs :

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

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

Annexe 6

Charte d'engagement du psychologue

La charte d'engagement est à signer par le ou les psychologues concernés par le dispositif, ainsi que par le responsable de la structure dès l'envoi de la demande de financement.

- > Les psychologues s'engagent à fournir à la structure les diplômes, certificats ou titres de formation et prouver une expérience professionnelle d'au moins 3 ans.
- > L'entrée dans le dispositif est facultative et gratuite pour les personnes éligibles (cf. conditions fixées dans le cahier des charges). Le professionnel s'engage à respecter les critères d'éligibilité des patients pris en charge dans le cadre de ce dispositif et à respecter le libre choix de la personne et sa faculté d'arrêter à tout moment sa prise en charge.
- > Le professionnel et la structure s'engagent à respecter les conditions de rémunération des psychologues fixées dans le cahier des charges et à respecter l'interdiction de dépassements d'honoraires ou d'avance de frais pour les patients suivis dans ce cadre.
- > Le professionnel s'engage à respecter les recommandations de bonnes pratiques (et/ou outils) établies notamment par la Haute Autorité de santé (HAS), et des sociétés savantes.
- > Le psychologue s'engage à transmettre au fil de l'eau le bilan d'évaluation, les compte-rendu des interventions et de fin de prise en charge qu'il réalise au médecin traitant. En cas de congé ou d'empêchement, le professionnel s'engage à prendre toutes les mesures nécessaires à la poursuite du bilan et des interventions pour éviter toute rupture dans le parcours.
- > Le psychologue et la structure s'engagent à transmettre les informations nécessaires au suivi du dispositif (nombre de séances réalisées...).
- > Le professionnel doit veiller au respect de la confidentialité des informations confiées par la personne. L'échange d'information, notamment avec le médecin traitant, est strictement encadré par le décret n° 2016-994 du 20 juillet 2016 relatif aux conditions d'échange et de partage d'informations entre professionnels de santé et autres

professionnels des champs social et médico-social et à l'accès aux informations de santé à caractère personnel.

Au-delà des supports d'informations fournis directement aux patients par l'État ou l'Assurance Maladie, le professionnel s'engage à informer, d'une façon concise, transparente, compréhensible et aisément accessible, les personnes concernées par le traitement. Le recueil et l'utilisation des données personnelles des personnes suivies doivent respecter les dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.



**MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ**

*Liberté
Égalité
Fraternité*