

Guide pratique à destination  
des psychologues cliniciens  
et des psychothérapeutes

---

# Prise en charge par l'Assurance Maladie des thérapies non médicamenteuses

Dispositif expérimenté dans 3 départements

---

Troubles en santé mentale  
d'intensité légère à modérée

>> Ce document vous présente un projet expérimental mené dans trois départements français (Bouches-du-Rhône, Haute-Garonne et Morbihan), de prise en charge par l'Assurance Maladie de la psychothérapie en ville pour les patients présentant des troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée.

Ce projet associe les médecins généralistes traitants, les psychologues cliniciens, les psychothérapeutes agréés ARS et les psychiatres libéraux.

Cette expérimentation permet de tester les modalités d'un accès aux thérapies non médicamenteuses, encadré sur le plan financier, en s'inspirant d'initiatives menées dans d'autres pays.

# Pourquoi ce projet ?

La dépression est l'une des maladies les plus répandues en France. En 2012, 8,2 millions de personnes (18 ans et plus) ont eu des soins en rapport avec la santé mentale<sup>1</sup>. La dépression légère à modérée, les troubles de l'adaptation ou les troubles médicaux inexpliqués concentrent la majorité des patients, qui sont très souvent pris en charge par le médecin généraliste.

Les recommandations françaises<sup>2</sup> et internationales<sup>3</sup> préconisent les psychothérapies comme des solutions de première intention, avec une efficacité comparable aux traitements médicamenteux.

Une étude de la DRESS publiée en 2012<sup>4</sup> 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, l'Assurance Maladie en association avec le Ministère de la Santé, des psychologues cliniciens, le Collège National des Professionnels de Psychiatrie (CNPP), le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP), le Collège de la Médecine Générale et les représentants de votre profession, propose d'expérimenter dans trois départements, une prise en charge de la psychothérapie pour les patients de 18 à 60 ans (inclus) présentant des troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée.

Le Syndicat National des Psychologues (SNP) participe au comité de pilotage national de ce dispositif.

La psychothérapie sera prescrite par le médecin traitant et la prise en charge se fera en coordination avec vous, psychologues cliniciens ou psychothérapeutes (agrés par les ARS) et avec les psychiatres. Ce dispositif ne présente aucun caractère obligatoire, il est basé sur le volontariat.

Ce guide pratique est destiné aux psychologues cliniciens et aux psychothérapeutes agrés par les ARS installés dans les zones d'expérimentation et qui souhaitent participer à ce dispositif expérimental.

Il a pour objectif de vous présenter le processus envisagé. Il vous propose également des outils pour faciliter l'échange avec les médecins généralistes traitants.

Un document pratique pour les médecins généralistes de votre département a également été réalisé. Une brochure d'information sera transmise aux patients par le médecin traitant.

La mise en œuvre de ce dispositif expérimenté est accompagnée d'une évaluation réalisée par une équipe de recherche indépendante. A cette fin, le recueil de certaines données personnelles et médicales des patients sera nécessaire.

<sup>1</sup> Rapport Charges et Produits de l'Assurance Maladie au titre de 2015 – La dépression et les troubles anxieux, p55 et suiv. et p98.

<sup>2</sup> HAS – Recommandation de bonne pratique : Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours, Octobre 2017

<sup>3</sup> NICE Clinical guideline: Depression in adults: recognition and management, October 2009

<sup>4</sup> Dumesnil, H. et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville, Études et résultats Drees, N 810, Septembre 2012.

# Pour quels patients ?

## Les critères d'inclusion

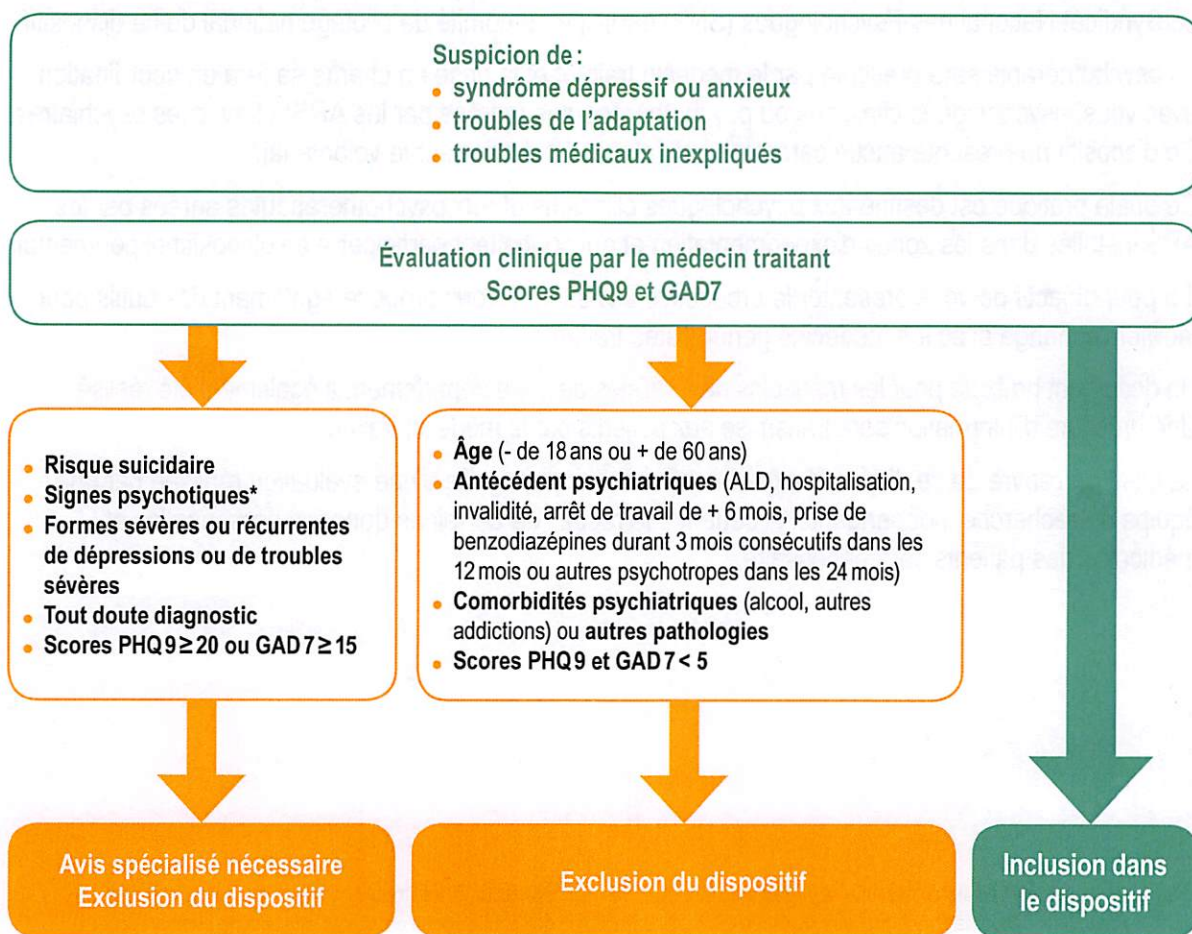
Dans le cadre de ce dispositif, la psychothérapie est prescrite par le médecin traitant au patient, en fonction de l'examen clinique et en s'aidant des échelles PHQ 9 pour la dépression et/ou GAD 7 pour les troubles anxieux (en annexe 1). Un accès direct à la psychothérapie n'est pas prévu.

**Ce dispositif concerne les patients de 18 à 60 ans** (inclus) affiliés au Régime Général (hors SLM) dans les CPAM expérimentatrices (départements des Bouches-du-Rhône, de la Haute-Garonne et du Morbihan) et qui présentent :

- ▶ soit une plainte orientant vers un trouble dépressif ou anxieux ou un trouble de l'adaptation d'intensité légère à modérée,
- ▶ soit une plainte qui peut revêtir une autre forme (syndrome médical inexpliqué).

**Sont exclus** du champ de l'expérimentation : **toutes situations graves** (risque suicidaire, pathologies sévères comme les psychoses, les troubles délirants...) **qui nécessitent un avis psychiatrique.**

### En pratique pour le médecin traitant :



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

## Les critères d'exclusion

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

- ▶ Risque suicidaire,
- ▶ Signes psychotiques,
- ▶ Formes sévères ou récurrentes de dépressions ou de troubles sévères,
- ▶ Tout doute diagnostique.

Sont exclus de ce dispositif expérimenté, les patients qui présentent au moins un des critères suivants :

- ▶ Agés de moins de 18 ans ou de plus de 60 ans,
- ▶ En ALD ou en invalidité pour un motif psychiatrique ou en arrêt de travail de plus de 6 mois pour un motif psychiatrique,
- ▶ Hospitalisation pour motif psychiatrique,
- ▶ Prise de benzodiazépines supérieure à 3 mois consécutifs dans les 12 mois précédant la consultation chez le médecin,
- ▶ Prise de psychotropes autres que benzodiazépines dans les 24 mois précédant la consultation chez le médecin,
- ▶ Comorbidité (alcool, autres addictions, autres pathologies).

## Les outils d'aide à l'inclusion et au suivi : les échelles PHQ 9 et GAD 7

Deux échelles sont proposées dans le cadre du dispositif pour l'inclusion, l'évaluation et le suivi du patient. (Annexe 1 - 15 exemplaires vous seront fournis par votre CPAM).

**L'échelle PHQ 9 (Patient Health Questionnaire) :** adaptée à l'évaluation du patient dépressif. Elle peut être interprétée comme suit :

| Scores PHQ 9 |                              |   |
|--------------|------------------------------|---|
| 1-4          | Absence de dépression        | Exclusion du dispositif                   |
| 5-9          | Dépression légère            | Inclusion dans le dispositif              |
| 10-14        | Dépression modérée           | Inclusion dans le dispositif              |
| 15-19        | Dépression modérément sévère | Inclusion dans le dispositif              |
| ≥ 20         | Dépression sévère            | Avis spécialisé - Exclusion du dispositif |

**L'échelle GAD 7 (Generalized Anxiety Disorder)** : utilisée dans les états anxieux.  
Elle peut être interprétée comme suit :

| Scores GAD 7 |                 |   |
|--------------|-----------------|---|
| 1-4          | Absence         | Exclusion du dispositif                   |
| 5-9          | Anxiété légère  | Inclusion dans le dispositif              |
| 10-14        | Anxiété modérée | Inclusion dans le dispositif              |
| ≥ 15         | Anxiété sévère  | Avis spécialisé - Exclusion du dispositif |

Dans les états intriqués, avec une composante anxieuse et dépressive, il est préférable d'utiliser les 2 échelles. Les patients inclus devront avoir un score entre 5 et 19 à l'échelle PHQ 9 et/ou entre 5 et 14 à l'échelle GAD 7. Un score supérieur doit inciter à demander un avis psychiatrique.  
Si les deux scores sont inférieurs à 5, le patient ne peut participer au dispositif expérimenté.



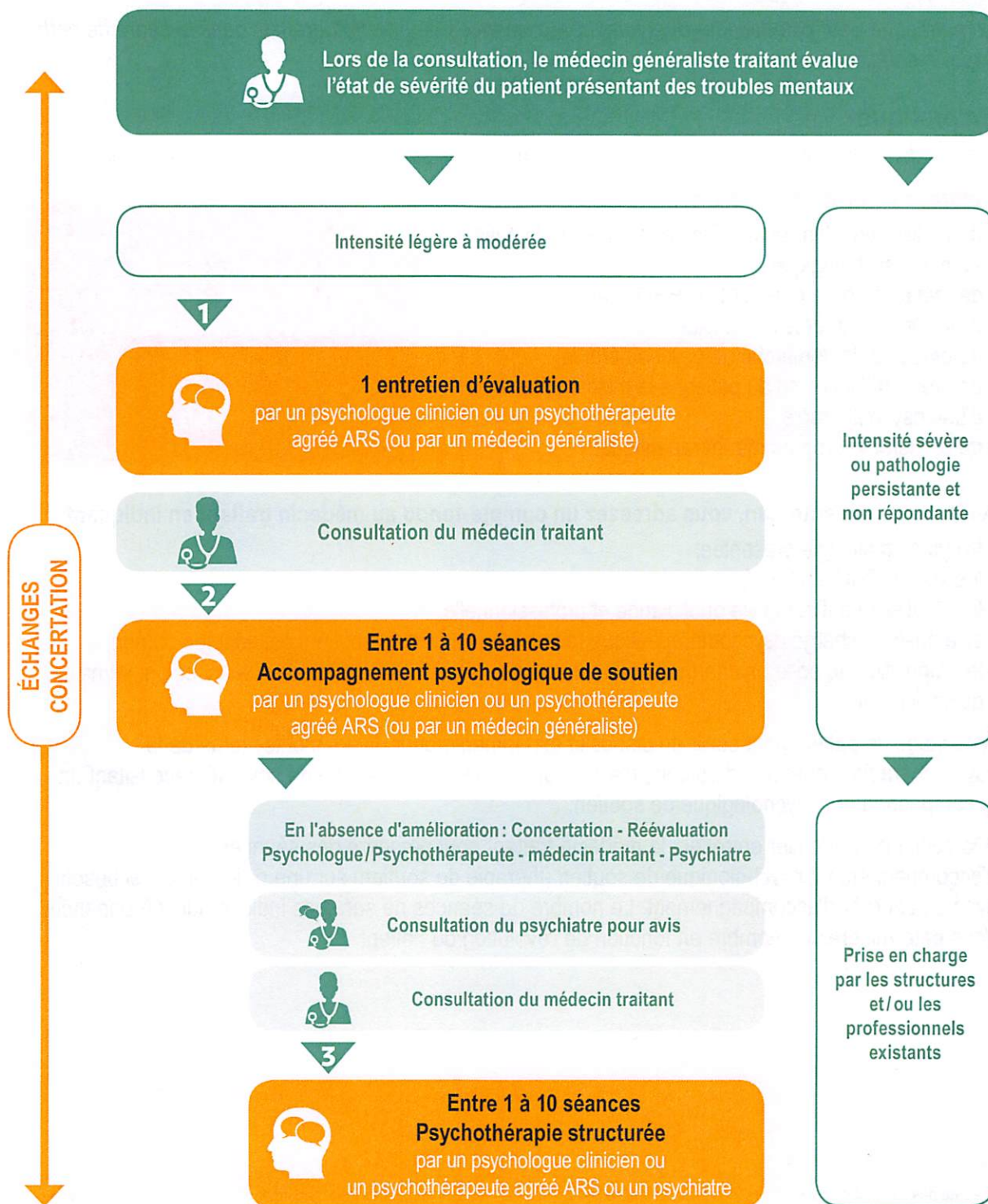
Seuls les patients de 18 à 60 ans (inclus) du Régime Général (hors Sections Locales Mutualistes - SLM), qui résident dans les départements expérimentaux des Bouches-du-Rhône (13), de la Haute-Garonne (31) et du Morbihan (56) et qui sont affiliés dans les CPAM de ces départements peuvent être inclus durant la période d'expérimentation.

Durant cette expérimentation :

- ▶ la prise en charge de la psychothérapie ne peut être proposée qu'au patient « incident », sans antécédents psychiatriques.
- ▶ le patient ne peut bénéficier que d'une seule inclusion dans le parcours proposé.
- ▶ le parcours total pris en charge par l'expérimentation ne peut excéder une durée de 12 mois.

# La prise en charge proposée et les échanges entre les intervenants :

Dans le cadre du parcours proposé, l'échange et la concertation avec le médecin traitant du patient seront des éléments indispensables à la prise en charge de ces patients.



Le médecin traitant évalue l'état de sévérité du patient lors de l'examen clinique et à l'aide des échelles PHQ9 et GAD7. Si le patient accepte :

## Étape 1 – L'entretien d'évaluation

Le médecin traitant vous adresse le patient pour un entretien d'évaluation. Cet entretien sera prescrit **sur une ordonnance** (et si besoin un courrier d'accompagnement).

Cet entretien d'évaluation est réalisé par **un psychologue clinicien ou un psychothérapeute agréé ARS<sup>1</sup>** (ou un médecin généraliste qui le souhaite).

*Le patient ne peut pas accéder directement aux séances de psychothérapies dans le cadre de cette expérimentation.*

### En pratique :

*Des modèles de documents d'échanges avec les médecins sont proposés en page 11 de ce guide.*

#### L'entretien d'évaluation permet :

- ▶ de réaliser un bilan : évaluation de la situation du patient au plan psychologique
- ▶ de réévaluer les scores GAD7/PHQ9 (annexe 1),
- ▶ d'éliminer les critères d'exclusion,
- ▶ de présenter la démarche de psychothérapie,
- ▶ 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 d'environ 45 min.

L'entretien d'évaluation précède nécessairement la suite du parcours de prise en charge.

#### A l'issue de cet entretien, vous adressez un compte-rendu au médecin traitant en indiquant :

- ▶ la symptomatologie présentée,
- ▶ les scores PHQ9/GAD7,
- ▶ le retentissement sur la vie quotidienne et professionnelle,
- ▶ si la prise en charge psychothérapeutique (accompagnement de soutien) 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).

A ce stade, le patient peut sortir du dispositif expérimenté pour divers motifs : refus de la psychothérapie, apparition de signes d'exclusion, ou absence de signe de sévérité nécessitant un accompagnement psychologique de soutien.

A la suite de ce premier entretien, le médecin traitant peut prescrire des séances d'accompagnement psychologique de soutien (thérapie de soutien) sur une ordonnance, si besoin avec un courrier d'accompagnement. Le nombre de séances ne sera pas indiqué sur l'ordonnance. Vous déterminerez ce nombre en fonction de l'évolution du patient.

<sup>1</sup> La liste des psychologues cliniciens, des psychothérapeutes agréés par l'ARS et volontaires pour participer à cette expérimentation est mise à disposition par votre CPAM.



## Étape 2 – L'accompagnement psychologique de soutien (thérapie de soutien)

**Les séances d'accompagnement psychologique de soutien** sont réalisées par le psychologue clinicien ou le psychothérapeute agréé ARS (ou le médecin généraliste qui le souhaite).

Dans le cadre de l'expérimentation, les patients inclus devront avoir un score entre 5 et 19 à l'échelle PHQ 9 et/ou entre 5 et 15 à l'échelle GAD 7. Des scores supérieurs doivent inciter le médecin traitant à demander un avis psychiatrique.

*L'accompagnement psychologique de soutien (ou thérapie de soutien) est une thérapie non codifiée dans sa technique, car non directive. Elle représente une forme de thérapie relationnelle.*

*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 notamment son indication dans les états pathologiques d'intensité légère.*

*Sources : Rapport « Itinéraire des déprimés - Réflexion sur leurs trajectoires en France » dirigé par le Pr Parquet - Février 2001.*

*La Haute Autorité de Santé recommande le recours à la psychothérapie de soutien en première intention dans la prise en charge de la dépression.*

*Sources : HAS - Recommandation de bonne pratique : Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours, Octobre 2017.*

À la fin de cet accompagnement, vous adressez au médecin traitant un document de synthèse comprenant :

- ▶ le rappel de l'évaluation initiale,
- ▶ l'état actuel du patient,
- ▶ l'évolution des scores PHQ 9 / GAD 7,
- ▶ le nombre total de séances réalisées,
- ▶ le score de l'échelle CGI « Amélioration » (annexe 1),
- ▶ une proposition de conduite à tenir en fonction de l'évolution du malade.



**Le nombre de séances prises en charge par l'Assurance Maladie est compris entre 1 à 10 et leur durée est d'environ 30 minutes.**

**1 En cas d'évolution favorable** (amélioration ou disparition des signes cliniques, diminution des scores aux échelles PHQ 9 et GAD 7 : scores <5 ou réduction de 50 % du score initial), la prise en charge se termine après concertation avec vous et le médecin traitant.

**2 En l'absence d'amélioration** (scores >5 – ou absence de réduction de 50 % de ces scores) une concertation entre le médecin généraliste, le psychologue clinicien / psychothérapeute agréé et le psychiatre est nécessaire pour décider de la conduite à tenir. Une consultation avec le psychiatre pourra être réalisée.

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

La prescription de médicaments anti-dépresseurs peut également être discutée.

## Étape 3 – La psychothérapie structurée

La **psychothérapie structurée** est prescrite, après avis du psychiatre, par le médecin généraliste sur une ordonnance qui indique :

- ▶ le type de psychothérapie recommandée,
- ▶ un calendrier et le nombre approximatif de séances (dans la limite de 10 séances),

Elle peut être réalisée soit par le professionnel qui a déjà suivi le patient, soit par un autre psychologue clinicien ou psychothérapeute agréé ARS ou par un psychiatre.

À la fin de cette psychothérapie structurée, vous adressez un document de synthèse au médecin généraliste traitant comprenant :

- ▶ le rappel de l'évaluation initiale et de l'objectif thérapeutique,
- ▶ l'évolution de l'état du patient,
- ▶ l'évolution des scores PHQ9 / GAD7,
- ▶ le score de l'échelle CGI « Amélioration » (annexe 1),
- ▶ l'atteinte ou non des objectifs de la psychothérapie structurée,
- ▶ le nombre de séances réalisées,
- ▶ une proposition de conduite à tenir en fonction de l'évaluation du patient à la fin des séances :
  - Si l'objectif initialement fixé a été atteint et si amélioration du patient (scores < 5 ou réduction de 50 % des scores initiaux PHQ9 / GAD7) : fin de prise en charge.
  - Si l'objectif fixé n'est pas atteint ou en l'absence d'amélioration, un réexamen de la démarche est nécessaire avec l'aide du médecin psychiatre pour déterminer la suite de la prise en charge.



Le nombre de séances prises en charge par l'Assurance Maladie est compris entre 1 à 10 et leur durée est d'environ 45 minutes.



**Durant ce dispositif expérimenté :**

- ▶ Un seul entretien d'évaluation pourra être réalisé.
- ▶ L'entretien d'évaluation précède nécessairement la suite du parcours de prise en charge.
- ▶ Pour bénéficier des séances de psychothérapie structurée, le patient devra nécessairement réaliser au moins une séance d'accompagnement psychologique de soutien.
- ▶ S'il le souhaite, le patient pourra changer de psychologue / psychothérapeute :
  - entre l'entretien d'évaluation et les séances d'accompagnement psychologique de soutien
  - entre les séances d'accompagnement psychologique de soutien et les séances de psychothérapie structurée.

Le patient peut préférer un traitement médicamenteux seul et sortir du champ de l'expérimentation. La situation clinique peut également justifier une co-prescription d'antidépresseurs au début ou en cours de la prise en charge. Dans ce cas, le patient reste inclus dans le dispositif. Pour l'évaluation médico-économique, l'analyse du parcours de ces patients sera spécifique.

Une aide à la prescription des antidépresseurs est proposée en annexe 4 du guide.

# Modèles de documents d'échange avec le médecin traitant

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

NOM psychologue clinicien/psychothérapeute agréé ARS

NOM patient

Date

Symptomatologie présentée

Scores PHQ9/GAD7

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 à l'accompagnement psychologique de soutien (thérapie de soutien) à destination du médecin traitant

NOM psychologue clinicien/psychothérapeute agréé ARS

NOM patient

Date :

Rappel de l'évaluation initiale

Description de l'état actuel du patient

Evolution des scores PHQ9/GAD7

Score CGI « Amélioration »

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 : arguments en faveur d'une la prise en charge sous la forme d'une psychothérapie structurée, ou en faveur d'une réorientation de la prise en charge (spécialisée).

## Modèle de document de synthèse suite à la psychothérapie structurée à destination du médecin traitant

NOM psychologue clinicien/psychothérapeute agréé ARS

NOM patient

Date :

Technique utilisée :

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

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

Evolution des scores PHQ9 et/ou GAD7

Score CGI « Amélioration »

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.

# Les échanges avec l'Assurance Maladie et les modalités de facturation

Dans le cadre du dispositif expérimenté, seuls les psychologues cliniciens inscrits au répertoire ADELI et les psychothérapeutes agréés par les ARS pourront participer au dispositif.

Les professionnels non encore inscrits au moment du lancement du dispositif pourront réaliser les démarches d'agrément auprès des ARS.

Une liste des psychologues cliniciens et des psychothérapeutes agréés ARS participants à ce projet sera alors transmise régulièrement par les CPAM aux médecins généralistes traitants des départements expérimentaux.

## Les modalités de facturation / tarifaires :

Vous facturez à la CPAM chaque séance de psychothérapie sur **une feuille de soins expérimentale** (annexe 2). Vous transmettez à la CPAM la feuille de soins avec l'ordonnance correspondante du médecin généraliste traitant. Le patient n'effectue donc aucune avance de frais.

Les mutuelles et les assurances complémentaires ne participant pas à ce dispositif, et afin que la psychothérapie soit accessible à tous les patients, les séances seront prises en charge sans application du ticket modérateur et donc à « 100 % ».

Aussi, pendant ce dispositif expérimenté, vous facturez les séances aux tarifs proposés et remboursés par l'Assurance Maladie. Aucun dépassement ne sera possible.

## Tarifs des séances prises en charge par l'Assurance Maladie :

|   |                                  |     | Code acte |
|---|----------------------------------|-----|-----------|
| Entretien d'évaluation                  | 1 séance de 45 min environ       | 32€ | EEP       |
| Accompagnement psychologique de soutien | 1 à 10 séances de 30 min environ | 22€ | APS       |
| Psychothérapie structurée               | 1 à 10 séances de 45 min environ | 32€ | PSS       |

# Annexe 1

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

### PHQ 9 : évaluation du patient dépressif

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?

|  | Jamais | Plusieurs jours | Plus de la moitié des jours | Presque tous les jours |
|--|--------|-----------------|-----------------------------|------------------------|
| 1 Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses   | 0      | 1               | 2                           | 3                      |
| 2 Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)  | 0      | 1               | 2                           | 3                      |
| 3 Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop  | 0      | 1               | 2                           | 3                      |
| 4 Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie  | 0      | 1               | 2                           | 3                      |
| 5 Avoir peu d'appétit ou manger trop   | 0      | 1               | 2                           | 3                      |
| 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  | 0      | 1               | 2                           | 3                      |
| 7 Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision  | 0      | 1               | 2                           | 3                      |
| 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 | 0      | 1               | 2                           | 3                      |
| 9 Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre  | 0      | 1               | 2                           | 3                      |

Score total PHQ9 \_\_\_\_\_

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

## GAD7: états anxieux

Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?

|   | Jamais | Plusieurs jours | Plus de la moitié des jours | Presque tous les jours |
|---|--------|-----------------|-----------------------------|------------------------|
| 1 Sentiment de nervosité, d'anxiété ou de tension                       | 0      | 1               | 2                           | 3                      |
| 2 Incapable d'arrêter de vous inquiéter ou de contrôler vos inquiétudes | 0      | 1               | 2                           | 3                      |
| 3 Inquiétudes excessives à propos de tout et de rien                    | 0      | 1               | 2                           | 3                      |
| 4 Difficulté à vous détendre  | 0      | 1               | 2                           | 3                      |
| 5 Agitation telle qu'il est difficile de rester tranquille              | 0      | 1               | 2                           | 3                      |
| 6 Devenir facilement contrarié(e) ou irritable                          | 0      | 1               | 2                           | 3                      |
| 7 Avoir peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver            | 0      | 1               | 2                           | 3                      |

Score total GAD7 \_\_\_\_\_

## CGI « amélioration »

Évaluation sur une échelle de sept points de l'évolution de l'état clinique du patient consécutive à un traitement. Évaluez l'amélioration totale du patient, qu'elle soit ou non, selon votre opinion, due entièrement au traitement. Comparé à son état au début du traitement, de quelle façon le patient a-t-il changé ?

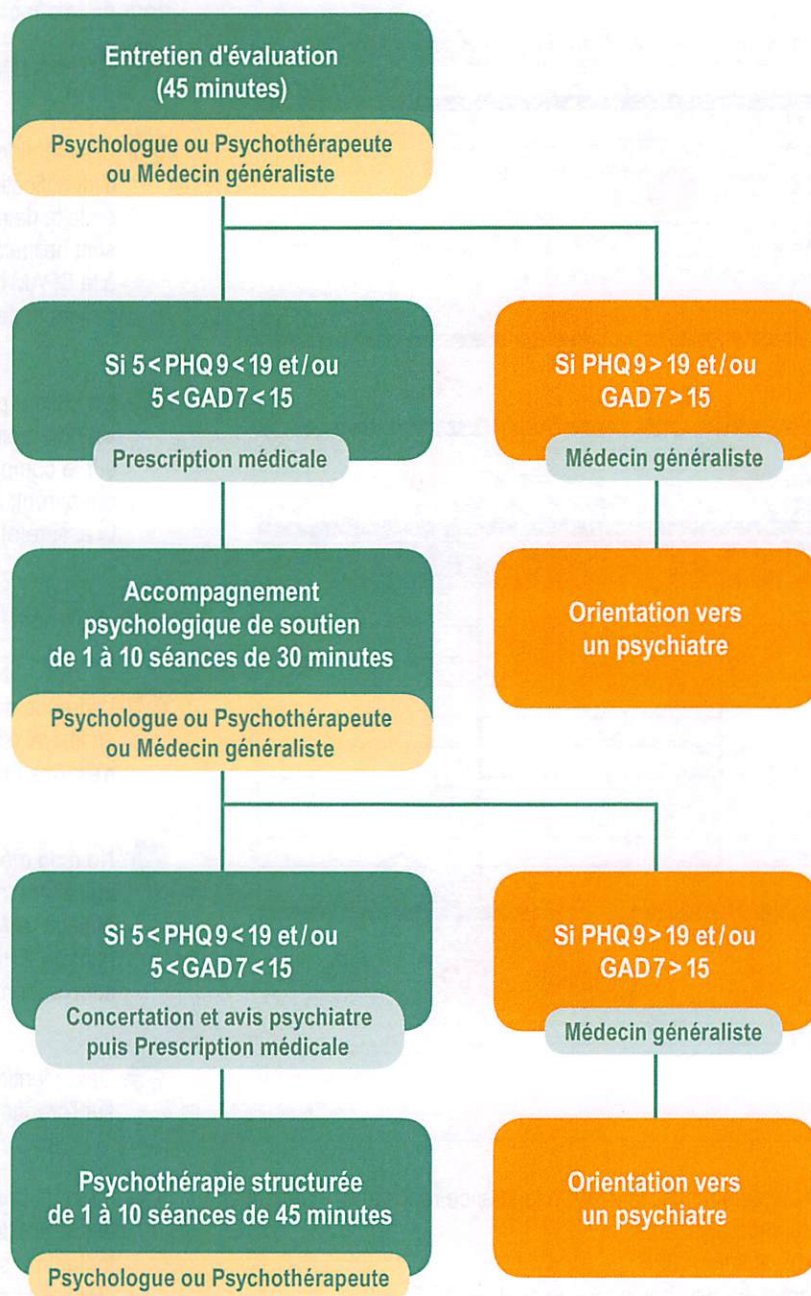
- ▶ 0 Non évalué
- ▶ 1 Très fortement amélioré
- ▶ 2 Fortement amélioré
- ▶ 3 Légèrement amélioré
- ▶ 4 Pas de changement
- ▶ 5 Légèrement aggravé
- ▶ 6 Fortement aggravé
- ▶ 7 Très fortement aggravé





# Annexe 3

## Arbre décisionnel récapitulatif



## Annexe 4

# Pour information : prescription des antidépresseurs dans la dépression

Le diagnostic de dépression ne peut se poser qu'à l'issue d'un entretien à la recherche de tous les symptômes définis par le DSM. L'appréciation de l'intensité des symptômes relève de l'évaluation clinique et éventuellement d'échelles validées.

**Il est recommandé\* de ne pas traiter par antidépresseur :**

- ▶ les symptômes dépressifs non caractérisés (en raison d'un nombre insuffisant de symptômes ou de symptômes présents pendant une période trop brève) ;
- ▶ les épisodes dépressifs caractérisés mais d'intensité légère.

Dans ces cas, il est recommandé d'entreprendre une prise en charge adaptée (écoute du patient, soutien psychologique) et de suivre l'évolution des symptômes.

Le traitement des épisodes dépressifs caractérisés d'intensité modérée peut associer si besoin les antidépresseurs à la psychothérapie (traitement combiné).

**Modalités de prescription des antidépresseurs :**

- ▶ Le traitement est progressif (augmentation de la posologie),
- ▶ La réponse thérapeutique complète est obtenue entre 6 et 12 semaines, mais la prévention des rechutes justifie la poursuite du traitement (6 à 12 mois au total),
- ▶ L'arrêt du traitement est également progressif.

**Après la mise en route du traitement antidépresseur, il est nécessaire de réévaluer le patient :**

- ▶ quelques jours après, afin d'évaluer la tolérance à court terme et le risque suicidaire,
- ▶ au cours des deux premières semaines pour évaluer l'évolution clinique, la tolérance et l'observance et notamment dépister une aggravation possible de la symptomatologie dépressive,
- ▶ à 4 semaines pour évaluer l'efficacité.

Sources : HAS – Recommandation de bonne pratique : Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours, Octobre 2017

\*Sauf préférence du patient pour une prise en charge médicamenteuse ou absence d'évolution favorable sous psychothérapie seule

## Contacts

### ▶ **Bouches-du-Rhône**

[psm@cpam-marseille.cnamts.fr](mailto:psm@cpam-marseille.cnamts.fr)

*Adresse de facturation :*

CPAM 13  
13 421 Marseille Cedex 20

### ▶ **Haute-Garonne**

[psm@cpam-toulouse.cnamts.fr](mailto:psm@cpam-toulouse.cnamts.fr)

*Adresse de facturation :*

CPAM de la Haute-Garonne  
31 093 Toulouse Cedex 9

### ▶ **Morbihan**

[santementale56@cpam-vannes.cnamts.fr](mailto:santementale56@cpam-vannes.cnamts.fr)

*Adresse de facturation :*

CPAM du Morbihan - Service Frais de Santé  
BP 20321  
56 021 Vannes CEDEX