

Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2017

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 04 décembre 2017 à Poitiers
par **Mademoiselle Marine RAPHENON**
née le 21 juillet 1983

**Quelle perception les médecins généralistes ont-ils de leur
prise en charge des troubles mentaux ?**

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Nematollah JAAFARI

Membres : Monsieur le Professeur François BIRAULT
Monsieur le Professeur Richard MARECHAUD
Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Directeur de thèse : Madame le Docteur Virginie LAIDET



Le Doyen,

Année universitaire 2017 - 2018

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- ALLAL Joseph, thérapeutique
- BATAILLE Benoît, neurochirurgie
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CARRETIER Michel, chirurgie générale
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HADJADJ Samy, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- HOUETO Jean-Luc, neurologie
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation (**en détachement**)
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques (**surnombre jusqu'en 12/2017**)
- MACCHI Laurent, hématologie
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017**)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (**surnombre jusqu'en 08/2018**)
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail (**en détachement**)
- BILAN Frédéric, génétique
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FEIGERLOVA Eva, endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- LAFAY Claire, pharmacologie clinique
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- SAPANET Michel, médecine légale
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe
- GOMES DA CUNHA José

Maître de conférences des universités de médecine générale

- BOUSSAGEON Rémy (**disponibilité d'octobre à janvier**)

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié
- LOVELL Brenda Lee, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

- EUGENE Michel, physiologie (08/2019)
- GIL Roger, neurologie (08/2020)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2020)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2020)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2019)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (**émérite à/c du 25/11/2017 – jusque 11/2020**)
- POURRAT Olivier, médecine interne (08/2018)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2018)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2020)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2018)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOT Catherine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (ex-émérite)
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

A Monsieur Le Professeur Nematollah JAAFARI,

Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse,
veuillez trouver dans ce travail l'expression de notre profond respect.

A Monsieur le Professeur François BIRAULT,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail,
veuillez trouver ici la marque de notre sincère reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Richard MARECHAUD,

Pour votre participation à notre jury,
et pour vos précieux enseignements
nous vous prions de trouver ici l'expression de notre sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON,

Vous avez accepté de juger ce travail,
veuillez trouver ici l'expression de nos sincères remerciements.

A Madame le Docteur Virginie LAIDET,

Vous m'avez fait l'honneur de diriger cette thèse.
Pour vos conseils, votre disponibilité, je vous remercie.
Que ce soit dans le cadre de ce travail, ou au cours de mes remplacements auprès de vos
patients, j'ai beaucoup appris et vous en suis très reconnaissante.

A Yoann, mon compagnon,
pour ta présence à mes côtés, ton soutien et ta patience depuis toutes ces années,
et parce que sans toi rien n'aurait été possible,
merci.

A Sixtine, ma fille,
« mon bonheur, ma douceur, mon amour de tous les jours »
qui pétille et me ravit chaque jour davantage.
Etre ta mère et te regarder grandir est ma plus grande joie.

A ma mère,
qui a compris bien avant moi que la médecine était ma voie,
et qui comme (presque) toujours, avait raison.
Pour avoir tenu bon malgré tout,
pour ta force, ta présence, tes encouragements et ton amour,
et surtout parce que si aujourd'hui je suis médecin c'est en grande partie grâce à toi,
je te remercie.

A Camille, la plus fabuleuse des petites sœurs,
pour ta joie de vivre, ton humour, ton soutien, ton amour, merci !
Je t'aime et te souhaite « tout le bonheur du monde » 🎵 !

Et à Antoine, qui t'accompagne dans une nouvelle aventure loin d'ici.
Saches bien que je ne la laisse partir que parce que je sais que c'est avec toi qu'elle part !

A tous les deux je dis : bra väg !

A la famille BONNEZ,
pour sa présence et son soutien.
Merci.

A Eliane et Didier, Vanessa, Alessi et Anaïs,
pour m'avoir acceptée au sein de votre famille,
et pour m'avoir fait découvrir la Dahouet qui est sans aucun doute, avec vous tous, ce que
la Bretagne (et la Normandie) a de meilleur.

A Aurore, Louise et Sarha,
mes co-internes devenues copines et surtout amies : vous êtes super, je vous adore !

A mes amis du sud, Sébastien et Stéphanie, Vincent et Isabelle,
qui me manquez.
Bon. On se voit quand ?

A Julien, mon p'tit suisse préféré,
pour toutes nos heures passées au téléphone, pour nos fous rires passés et pour tous ceux
à venir, merci !

A tous ceux que j'ai croisés pendant mes études,
Médecins, infirmiers, aides-soignants, sages-femmes, rééducateurs,...
Pour tous les enseignements que vous m'avez apportés et qui ont fait de moi la
personne que je suis et le médecin que je suis devenu.

Aux médecins généralistes que j'ai remplacés,
Pour m'avoir fait confiance et pour ce que j'ai appris auprès de vous et de vos patients.

A mes collègues,
Geneviève, Laurence et Lisa, pour votre accueil si chaleureux.

A toute l'équipe du Centre Hospitalier de La Rochefoucauld,
dont l'énergie et les sourires adoucissent même les journées les plus difficiles.

A Anjaraso Tsaranazy,
qui a pris le temps de répondre à mes mille questions.
Pour tout son travail et ses conseils si avisés.

**Aux 23 Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins qui ont accepté de
diffuser mon questionnaire, et aux médecins généralistes qui ont pris le temps d'y
répondre,**
Sans vous ce travail n'aurait pu être réalisé.
Pour l'aide que vous m'avez apportée, veuillez accepter mes remerciements les plus
sincères.

Au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Charente
Pour votre compréhension, votre aide et vos conseils.

A Mme BORDAGE,
Pour votre disponibilité et votre gentillesse.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	11
LA SANTE MENTALE : GENERALITES et CONTEXTE	14
1. Définition	15
2. Historique	16
3. Classification des troubles mentaux	18
A. La CIM-10 de l'OMS	19
B. Le DSM de L'Association américaine de psychiatrie	20
4. La santé mentale, un enjeu majeur de santé publique	22
A. Une prévalence élevée en population générale	22
1) Dans le monde	22
2) En Europe et en France	23
B. Conséquences des troubles mentaux	25
1) Morbi-mortalité et comorbidités	25
2) Isolement social et stigmatisation	26
3) Coût économique	28
5. L'offre de soins psychiatrique en France	29
A. L'organisation des soins psychiatriques	29
B. Une démographie préoccupante	30
MEDECIN GENERALISTE ET TROUBLE MENTAL : UN ROLE CENTRAL, DE NOMBREUX OBSTACLES	33
1. Le rôle central du médecin généraliste	34
2. De nombreux obstacles	36
A. Une représentation négative vis-à-vis de troubles mentaux gênant l'accès aux soins	36
B. Un recours spécialisé non satisfaisant.....	37
1) Difficultés liées aux structures et à leur accessibilité	38
2) Difficultés liées à la mauvaise collaboration entre médecin généraliste et spécialiste	39
C. Une formation universitaire souvent insuffisante	40
3. Une prise en charge non optimale	41
METHODE	45
1. Type d'étude	46
2. Le questionnaire	46
3. Population interrogée	48
4. Déroulement de l'étude	49
A. Procédure initiale	49
B. Procédure complémentaire	50
5. Analyse statistique	50

RESULTATS	53
1. Gestion des données.....	54
2. Caractéristiques socio-démographiques	55
A. Genre	55
B. Lieu et mode d'exercice	55
C. Nombre d'années d'exercice	55
D. Nombre de consultations par semaine	56
E. Nombre de patients vus pour la prise en charge d'un trouble de la santé mentale par semaine	57
F. Intérêt pour la pratique de la psychiatrie et rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles mentaux	57
G. Formation en psychiatrie	58
3. Auto-évaluation des compétences.....	61
4. Utilisation des outils diagnostiques.....	65
5. Temps de consultation.....	66
6. Collaboration avec le spécialiste	67
7. Suivi du patient	69
8. Obstacles rencontrés au cours de la prise en charge	69
9. Besoins de formation	71
DISCUSSION	73
1. Résumé des principaux résultats et comparaison avec les données de la littérature	74
2. Intérêt et limites de l'étude	76
A. Intérêt	76
B. Limites	76
3. Pistes de réflexion	77
A. Renforcer la place de la psychiatrie dans la pratique de la médecine générale	77
B. Rompre l'isolement du médecin généraliste	84
C. Rendre la consultation plus confortable pour le praticien.....	92
D. Encourager la recherche dans le domaine de la santé mentale.....	97
CONCLUSION	99
BIBLIOGRAPHIE	102
ANNEXES	113
Annexe 1 : Le questionnaire	114
Annexe 2 : Les résultats	124
Annexe 3 : Le questionnaire de Hamilton	135
RESUME	138
SERMENT	140

INTRODUCTION

En 2004 avec le concept de médecin traitant adopté par la grande majorité des patients, puis en 2009 avec la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HSPT)(1) qui définit explicitement la médecine générale « de premier recours », le médecin généraliste « devient l'acteur pivot de l'organisation des soins ambulatoires ». Il « coordonne les soins et s'assure que le suivi médical est optimal »(2).

Il devient le premier interlocuteur auquel peut se référer le patient.

Cela est peut être encore plus vrai dans le domaine de la santé mentale, où la difficulté d'accès au spécialiste (indisponibilité, mauvaise image de la psychiatrie aux yeux de la population générale) et l'importance de la relation privilégiée entretenue entre l'omnipraticien et le patient font du médecin généraliste LE praticien consulté en priorité par les patients.

La prise en charge des troubles mentaux, dont le coût économique, sanitaire et social croît régulièrement, est devenue en quelques décennies un enjeu majeur de santé publique.

Pourtant les médecins généralistes considèrent souvent que leur rôle dans la prise en charge des troubles mentaux est secondaire (3), et leur intérêt pour la discipline est faible (4).

Alors que l'approche holistique est celle enseignée en faculté de médecine aux futurs médecins généralistes, affirmant l'importance d'une prise en charge globale du patient, un clivage semble persister entre médecine somatique et psychiatrie, alimenté par une méconnaissance des intrications existant entre ces deux disciplines. Les prises en charge s'en ressentent, comme le démontrent plusieurs études. Le dépistage des troubles de la santé mentale chez les patients consultant pour un problème organique est loin d'être optimal (5); les prescriptions médicamenteuses sont trop nombreuses et souvent inappropriées (6). Et, le dépistage des comorbidités somatiques chez le patient suivi pour trouble mental est bien souvent négligé.

Par ailleurs, la formation en psychiatrie au cours du cursus de médecine générale semble insuffisante (7), pouvant entraîner un certain malaise dans la pratique de la discipline.

S'il existe de nombreuses publications, notamment françaises, étudiant les habitudes, principalement en matière thérapeutique, des médecins généralistes concernant les troubles mentaux, très peu les interrogent directement sur leurs pratiques.

C'est ce que propose de faire cette étude, dont le but principal est de mettre en évidence les points forts et les difficultés relatifs à la prise en charge des troubles mentaux en médecine générale, pour en améliorer la qualité. Pour le patient bien sûr, mais aussi pour le praticien qui vit souvent difficilement ce type de consultation.

**LA SANTE MENTALE : GENERALITES et
CONTEXTE**

1. Définition

Une définition générale peut considérer la santé mentale comme le « domaine de la santé publique regroupant l'ensemble des modalités de prise en charge de la souffrance psychique »(8).

Mais la définition utilisée comme référence est celle figurant dans la Constitution de l'OMS. Voici ce qu'elle dit : « *la santé mentale est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »(9). Elle « *signifie la possibilité pour les individus et les groupes humains de développer leurs compétences et d'atteindre des objectifs qu'ils se sont fixés* »(9) .

L'accent est mis sur la corrélation existant entre santé mentale, physique et sociale, chacune ayant un égal impact sur le bien-être général des individus, des sociétés et des pays.

L'OMS souligne aussi le fait que la maladie mentale ne doit pas être considérée comme « un échec personnel »(10). C'est un problème universel affectant la société tout entière, et constituant un « *obstacle majeur au développement mondial* »(9).

De façon théorique on distingue deux aspects de la santé mentale (11) :

- la santé mentale positive regroupant le développement personnel, l'autonomie, le bien être (se rapprochant de la définition de l'OMS)

- la santé mentale négative qui comprend la détresse psychologique réactionnelle induite par les situations éprouvantes et difficultés existentielles d'une part, et les troubles psychiatriques d'autre part. Ces derniers renvoient à des classifications et des critères diagnostiques, et nécessitent des thérapeutiques ciblées.

2. Historique

La première impulsion des pouvoirs publics en matière de santé mentale s'amorce dès la fin des années 40 avec l'organisation d'institutions nationales et internationales autour de la santé mentale dans la plupart des pays.

En 1949 une Unité de Santé Mentale est créée au sein de l'OMS, responsable de la publication de différents rapports en lien avec la santé mentale, qui est d'ailleurs promue « thème de l'année » en 1960. Il est à ce moment surtout question de la création de structures hospitalières à l'échelle mondiale.

Avec la déclaration d'Alma-Ata en 1978 (12) l'OMS affirme que la santé est un « *droit fondamental de l'être humain* », dont la prise en charge doit mobiliser des ressources individuelles ET collectives, et se reposer sur les soins primaires. Ce que confirme la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé adoptée en 1986 (13). Y sont décrites, entre autres, les conditions indispensables à la santé, où figure notamment le « *droit à la justice sociale et à un traitement équitable* ».

Effectivement, les personnes affectées par les maladies mentales sont souvent victimes de violation des droits humains, de stigmatisation et de discrimination, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des établissements psychiatriques.(9) Il devient donc évident qu'une amélioration de la prise en charge des troubles mentaux n'est possible que par la modification du regard porté par le public, médical et extra-médical, sur ces pathologies.

C'est dans ce contexte qu'en 1991, l'Assemblée générale des Nations Unies adopte les « Principes pour la protection des personnes atteintes de maladies mentales et pour l'amélioration des soins de santé mentale » (14) dans le but de lutter contre ces menaces. Le rapport de l'OMS de 2001 (Santé Mentale dans le Monde : nouvelle conception, nouveaux espoirs) vient appuyer cette démarche, prône la fermeture des grandes concentrations asilaires, et estime que les états, qui « *sont responsables de la santé mentale de leurs concitoyens* » (10), doivent être impliqués dans le processus de prévention et de traitement des troubles mentaux, trop longtemps négligés.

Afin de mettre en application ces recommandations, le Programme Mondial d'Action pour la Santé Mentale : « Comblers les lacunes en santé mentale » (15) est lancé en 2002.

Un autre rapport de l'OMS publié en 2008 en association avec la WONCA¹ : « Intégrer la santé mentale dans les soins primaires, une perspective globale » défend à nouveau le rôle primordial qui doit être alloué aux soins primaires dans le champ de la santé mentale (16).

Enfin, un Plan d'action 2013-2020 pour la Santé Mentale, accepté par 195 états membres (dont la France), propose la mise en œuvre de stratégies de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale par le renforcement des leaderships et de la gouvernance, ainsi que la « *mise en place de services de santé mentale et d'aides sociales adaptés aux besoins, dans le cadre communautaire* » (17).

La version européenne de ce plan d'action est adoptée par les 53 pays européens en 2013. Ses objectifs sont centrés sur l'égalité et l'accessibilité aux soins pour l'ensemble de la population, sur le respect des droits des malades et sur l'importance d'une gouvernance éclairée en matière de santé mentale (18).

L'Europe avait déjà inscrit la santé mentale dans ses priorités en 2000, et lancé deux études épidémiologiques DEPRES (Depression Research in European Community)(19) en 1995 et ESEMeD (European Study of Mental Disorders) en 2002 afin d'examiner la prévalence de la dépression et des troubles psychiatriques ainsi que les prescriptions pharmacologiques dans les populations européennes.

Suite aux résultats de ces études, la Conférence ministérielle de l'OMS sur la santé mentale qui a lieu en 2005 engage les pays européens à « *prendre des mesures afin d'alléger la charge des problèmes de santé mentale et d'améliorer le bien-être mental* » .

En 2008 le Pacte européen pour la santé mentale et le bien être convient qu'il faut « *promouvoir la santé mentale et le bien-être des citoyens de tous les groupes socio-économiques et de toutes les classes d'âge, appartenances ethniques et sexuelles, en mettant en place des interventions ciblées prenant en compte la diversité de la population européenne* », cela par une volonté politique ferme, et

¹ La WONCA, World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, souvent abrégé en World Organization of Family Doctors, est l'Organisation Mondiale des Médecins Généralistes

reconnaît que la responsabilité en incombe principalement aux états membres, qui doivent recueillir le plus de données relatives à la santé mentale possible (20).

La France, de son côté, avait déjà lancé plusieurs études de recueil épidémiologique en population générale. Les enquêtes Santé et Protection Sociale en 1996 (21) et Santé Mentale en Population Générale entre 1999 et 2003, puis l'enquête ANADEP (22) en 2005 dans le cadre du plan « Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 ». Enfin, elle lance le plan « Psychiatrie et santé mentale 2011-2015 » basé sur le rapport « Santé mentale et qualité de vie » rédigé en 2009 par le Commissariat général à la stratégie et à la prospective (anciennement centre d'analyse stratégique).

3. Classification des troubles mentaux

Il existe deux systèmes nosographiques en psychiatrie utilisés au niveau international :

- la CIM-10 (Classification Internationale des Maladies, 10^e édition) de l'OMS, référence au niveau hospitalier pour la cotation des actes ;
- le DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual, 5^e édition adoptée en 2013, et traduite en français en 2015), qui est la référence en matière de recherche psychiatrique.

Ces deux classifications présentent de nombreuses similitudes. Elles se réfèrent à une approche descriptive et reposent sur un modèle catégoriel dans lequel les troubles sont répartis en types ou syndromes reposant sur des groupes de critères bien définis. Le diagnostic est basé sur la présence d'un ensemble de symptômes et de comportements cliniquement identifiables, définis précisément par des critères diagnostiques réunis sous la forme d'algorithmes.

Développons à présent leurs particularités.

a. La CIM-10 de l'OMS

Cette classification, dont la dernière version date de 2006, s'applique aussi bien en psychiatrie que dans le reste de la médecine.

Le chapitre V est dédié plus précisément aux troubles mentaux et du comportement, et s'articule en 10 groupes :

- F00–F09 : Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques ;
- F10–F19 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives ;
- F20–F29 : Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants ;
- F30–F39 : Troubles de l'humeur ;
- F40–F48 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes ;
- F50–F59 : Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques ;
- F60–F69 : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte ;
- F70–F79 : Retard mental ;
- F80–F89 : Troubles du développement psychologique ;
- F90–F98 : Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence ;
- F99 : Trouble mental, sans précision.

Chaque groupe est ensuite divisé en sous-groupes.

Dans leur rapport conjoint : « Intégrer la santé mentale dans les soins primaires, une perspective globale », l'OMS et la WONCA disent de cette classification qu'elle est « simple et facile à utiliser, mais qu'elle ne prend pas en compte la sévérité, la chronicité, le handicap ou les facteurs sociologiques associés » (16). La majorité des psychiatres apprécient les descriptions types des pathologies qu'elle propose, et la préfèrent dans leur pratique au DSM, jugé trop complexe (23).

Une nouvelle mise à jour est actuellement en cours d'étude. La version finale de la CIM-11 devrait être publiée en 2018. Les principales innovations concerneront la prise en compte de la médecine traditionnelle qui fera l'objet d'un nouveau chapitre, ainsi que l'utilisation du dossier médical informatique, censé améliorer la diffusion et le partage des données à l'échelle mondiale (24).

b. Le DSM de l'Association Américaine de Psychiatrie

La 5^e et dernière version du DSM a été publiée en 2013 aux Etats-Unis, et traduite en français en 2015. Elle est compatible avec les codes de la CIM-10, et promet une harmonisation avec la future CIM-11.

Dans cette version le système des axes utilisé auparavant a été abandonné, au profit d'un système de classification par chapitres correspondant chacun à une catégorie de diagnostics. Ces chapitres sont les suivants :

- les troubles neurologiques du développement ;
- les troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques ;
- les troubles bipolaires et connexes ;
- les troubles dépressifs ;
- les troubles anxieux ;
- les troubles obsessionnel-compulsif et connexes ;
- les troubles liés aux traumatismes et aux stressseurs ;
- les troubles dissociatifs ;
- les troubles de symptôme somatique ;
- les troubles des conduites alimentaires ;
- les troubles de l'élimination ;
- les troubles du sommeil-veille ;
- les dysfonctionnements sexuels ;
- la dysphorie liée au genre ;
- les troubles perturbateurs du contrôle des impulsions et des conduites ;
- les troubles liés à une substance et troubles addictifs ;
- les troubles neurocognitifs ;

- les troubles de la personnalité ;
- les paraphilies ;
- les autres troubles.

Trois nouveaux concepts émergent (25) :

- les troubles apparus dans l'enfance sont pris en compte dans une logique développementale, de manière chronologique prenant en considération l'évolution au cours de la vie ainsi que les facteurs environnementaux associés ;
- outre l'aspect clinique, le DSM-5 prend en compte les progrès en imagerie cérébrale et en génétique des deux dernières décennies, et tente de mettre en évidence certains biomarqueurs ;
- la notion de « dimensions » est introduite afin d'obtenir une évaluation des troubles plus nuancée, notamment dans le domaine des troubles de la personnalité.

Ainsi que des nouvelles pathologies :

- les troubles cognitifs mineurs qui correspondent aux trous de mémoire occasionnels des personnes âgées ;
- la dépression grave provoquée par le décès d'un être cher ;
- le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle chez l'enfant (crises de colère extrêmes et fréquentes associées à une irritabilité importante) ;
- l'accès hyperphagique.

Et certains chapitres sont remaniés (26).

Ainsi, le trouble du spectre de l'autisme regroupe désormais le trouble autistique, mais aussi le syndrome d'Asperger et les troubles envahissants du développement. Les troubles de l'humeur sont scindés entre troubles bipolaires et troubles dépressifs. Les troubles obsessionnels compulsifs et le syndrome de stress post-traumatique sont différenciés des troubles anxieux. Concernant les addictions, les troubles addictifs avec et sans substance sont regroupés (inclusion du jeu pathologique).

Toutefois, cette dernière version du DSM fait l'objet de vives critiques. Dans son article « DSM-5 : Le manuel qui rend fou » (27), Sandrine CABUT en énonce les

principales raisons. Tout d'abord, l'inflation des troubles recensés inquiète. Alors que la première version du DSM ne comptait que 80 troubles, dans le DSM-5 ce sont 400 troubles qui sont décrits. La faute reviendrait à la création de nouvelles pathologies comme celles citées ci-dessus, sans fondement scientifique strict selon les détracteurs, et conduirait à une « médicalisation de nos émotions ordinaires »(28). D'autre part, les seuils d'inclusion des troubles ne cessent d'être abaissés, entraînant des risques de sur-diagnostic, et surtout de sur-prescription médicamenteuse. Ensuite, c'est la mainmise de l'industrie pharmaceutique sur les experts réalisant la classification qui est évoquée, mettant en cause sa légitimité. Puis, l'hégémonie du DSM-5, que ce soit en matière d'enseignement, mais aussi en tant que référence pour les compagnies d'assurance ou dans les contextes judiciaires, effraie. Enfin l'effacement de toute subjectivité des descriptions cliniques en compromet l'applicabilité. Le but initial du DSM était d'établir un langage commun pour communiquer sur les troubles mentaux. Mais pour ce faire tout élément subjectif, facteur potentiel de confusion, a dû être retiré des descriptions cliniques, le tableau se réduisant ainsi au symptôme, et faisant abstraction de l'histoire du patient et de ses affects.

4. La santé mentale, un enjeu majeur de santé publique

a. Une prévalence élevée en population générale

1) Dans le monde

Au niveau mondial, l'OMS considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au 21^e siècle concernent la psychiatrie, et que les maladies mentales sont au troisième rang des maladies les plus fréquentes après le cancer et les maladies cardio-vasculaires. Toujours selon l'OMS, 25% de la population mondiale est concernée à un moment ou un autre de sa vie par un trouble mental. Cela représenterait environ 450 millions de personnes (10).

D'après la plupart des études, les troubles mentaux sont en moyenne plus répandus chez les femmes que chez les hommes (10), et sont étroitement liés aux facteurs socio-économiques conditionnant l'accès aux soins médicaux.

Dans une étude transculturelle portant sur les soins primaires réalisée sur 14 sites en 1995, la prévalence de la dépression était estimée en moyenne à 10,4% et celle de l'anxiété généralisée à 7,9% (29). Sur la vie entière la prévalence du trouble dépressif variait entre 20 et 30% selon les critères retenus.

2) *En Europe et en France*

L'étude européenne ESEMED (30) datant de 2002 réalisée dans six pays européens estime la prévalence de l'épisode dépressif majeur et de l'anxiété généralisée respectivement à 5,8 % et 2,1% à 12 mois. Pour l'étude DEPRES (19) qui s'est intéressée plus spécifiquement à la prévalence des épisodes dépressifs sur 6 mois en Allemagne, en Belgique, en Espagne, au Pays-Bas, au Royaume-Uni et en France, le taux de prévalence global dans les 6 pays pour les dépressions majeures est de 6,9%.

Comparativement aux autres pays, les troubles psychiatriques sont plus fréquents en France. Ils représentent selon les études entre 1/4 et 1/3 des patients vus en médecine générale, et ont été classés par l'INSEE en 2003 comme premier motif de recours au médecin généraliste, juste devant les pathologies cardiovasculaires (31).

La France, l'Italie et le Portugal ont le score le plus élevé de détresse psychologique, ainsi que le score le plus faible de bien-être général de leur population (32).

La majorité des données de prévalence en matière de troubles psychiatriques en France a trait à la dépression (*Tableau 1*). Sur une période de 12 mois, elle est estimée en population générale à 5% pour l'enquête ANADEP (22), et 11,1% pour l'enquête *Santé Mentale en Population Générale* (33).

	Depres	ESPS	SMPG	ESEMeD	Baromètres Santé	Anadep
<i>Date terrain</i>	1996	1996 – 1997	1999 – 2003	2001 – 2003	2005 – 2010	2005
<i>Promoteur</i>		Irdes	CCOMS	OMS – WMH	Inpes	Inpes
<i>Nombre de personnes</i>	14°517 en France	18°289 Assurés sociaux	36°105	2894 en France	16°833 en 2005 8238 en 2010	6498
<i>Échantillon</i>	Quota	Aléatoire	Quota	Aléatoire	Aléatoire	Aléatoire
<i>Thématique</i>	Dépression	Multiple	Santé mentale	Santé mentale	Multiple	Dépression
<i>Mode de passation</i>	Face à face	Auto-questionnaire	Face à face	Face à face	Téléphone	Téléphone
<i>Taux de réponse</i>	Inconnu (panel)	68 % ménages 42 % sujets tirés au sort	Inconnu (lieux publics)	46 %	~ 60 %	63 %
<i>Âge (ans)</i>	≥ 18	≥ 16	18-75	≥ 18	15-75	15-75
<i>Questionnaire</i>	MINI	MINI	MINI	WMH-CIDI	CIDI-SF	CIDI-SF
<i>Prévalences EDM (%)</i>	6 mois = 9,1°%	1 mois = 12,0°% (déclaré : 6,3° %)	2 semaines = 11,1°%	Vie = 21,4°% 12 mois = 6,0°%	12 mois = 7,8°% en 2005 et en 2010	Vie = 17,8°% 12 mois = 5,0°%

Tableau 1. Comparaison de l'estimation de la prévalence des épisodes dépressifs en France entre plusieurs enquêtes. Tableau tiré du document de travail de la DREES : Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale(34)

Plus récemment l'Enquête santé européenne EHIS-ESPS² qui a interrogé en 2014 plus de 26500 individus en France métropolitaine sur leur état de santé mettait en évidence qu'environ 9% des femmes et 5% des hommes avaient présenté, dans les deux semaines précédant l'interrogatoire, des symptômes dépressifs (35).

Les données sont plus rares concernant les troubles anxieux. Dans l'enquête *Santé Mentale en Population Générale* ils concernaient 12,8 % de la population, et 9,8% dans la cohorte française de l'étude ESEMED (30).

Par ailleurs les troubles psychotiques et les troubles bipolaires concerneraient respectivement 1,2% et 0,9% de la population européenne (36).

² European Health Interview Survey-Enquête santé et protection sociale

b. Conséquences des troubles mentaux

1) Morbi-mortalité et comorbidités

Les patients souffrant de pathologies psychiatriques ont une morbi-mortalité plus élevée que la population générale en raison de l'existence dans plus de la moitié des cas d'une ou plusieurs maladies organiques associées (37). Selon Saravane et *al.* la réduction de l'espérance de vie est de 15 à 30 ans toutes causes confondues (38). Les principales pathologies associées sont cardio-vasculaires, pulmonaires, métaboliques. Un patient souffrant de trouble dépressif caractérisé a 60 à 80 % de chances supplémentaires de développer une maladie cardiovasculaire (39). Sont en cause d'une part la iatrogénie, comme la prise de poids décrite par exemple au cours du traitement antidépresseur (40), mais aussi le mode de vie associant souvent alimentation déséquilibrée, sédentarité, et tabagisme plus important que dans le reste de la population (41).

Les troubles mentaux influencent l'évolution et le traitement des pathologies associées en altérant le recours au dispositif de soins. On note chez les patients présentant des pathologies psychiatriques des consultations tardives provoquant un retard diagnostique, des défauts de suivi, une mauvaise observance, liés entre autres à la pathologie psychiatrique elle-même. Les malades repèrent mal leurs troubles physiques, et ont du mal à demander de l'aide. Parallèlement, les professionnels de santé sont souvent plus préoccupés par la pathologie mentale que par les pathologies physiques associées.

Selon les données de l'OMS, en Europe les troubles neuropsychiatriques sont la deuxième plus grande charge de morbidité après les maladies cardio-vasculaires. Ils concourent à 19,5% de l'ensemble des années de vie corrigées du facteur invalidité (AVCI)(42). Selon les prévisions en 2030 la dépression, avec les pathologies cardiaques ischémiques et le VIH, sera une des premières causes de morbidité (43).

Les risques de mort prématurée sont plus importants, en particulier le décès par suicide. Selon l'enquête *Santé Mentale en Population Générale* (33), une personne pour laquelle un épisode dépressif a été identifié dans les deux dernières semaines connaît un risque

suicidaire 11,6 fois plus important qu'une personne n'ayant pas connu ce genre d'épisode, et selon le Plan Psychiatrie Santé Mentale 2011-2015, l'Episode Dépressif Majeur était la première cause de suicide en France (11).

Le taux de mortalité par suicide en France est l'un des plus élevés en Europe : il est en moyenne de 14,7 pour 100 000 habitants, contre un taux moyen de 10,2 dans l'Union Européenne (44). En 2010, sur 10 400 suicides enregistrés en France métropolitaine, 90% étaient associés à des troubles mentaux (45).

Plus globalement, les troubles mentaux sont liés à une augmentation du risque de mortalité indépendamment de la cause. Cela est vrai pour la dépression mais aussi pour la schizophrénie et les troubles bipolaires.

Par ailleurs les pathologies psychiatriques sont souvent associées. Une enquête réalisée aux Etats-Unis montre que 79% des personnes atteintes de troubles mentaux en cumulent plusieurs (10).

2) *Isolement social et stigmatisation*

Les troubles mentaux sont associés aux phénomènes d'exclusion sociale. Ils sont coûteux et contribuent donc indéniablement à appauvrir les malades et leurs familles (9).

Etre séparé, divorcé ou au chômage sont des facteurs très liés aux épisodes dépressifs (33), et le fait de vivre seul augmente le risque de chronicisation de la dépression.

Selon l'OMS, troubles mentaux et pauvreté sont « *indissociablement liés en un cercle vicieux* » (9), et doivent être appréhendés de manière globale.

Ils sont un facteur important de discrimination dans le domaine de l'emploi, et de l'accès au logement.

En matière d'éducation, *Patel et Kleinman* ont montré qu'il existe un lien très net entre la prévalence des troubles mentaux et un bas niveau d'éducation (46).

Non seulement le chômage touche plus les personnes atteintes de troubles mentaux, mais beaucoup d'individus sont aussi licenciés en raison de leur pathologie. En effet, selon

McAlpine et Warner, le taux d'emploi des personnes souffrant à la fois de pathologies physiques et mentales était en 2002 de 20% inférieur à celui des personnes atteintes uniquement d'un problème physique (47). Et d'après *Marcotte et Wilcox-Gok* en 2001 aux Etats-Unis, c'étaient 5 à 6 millions de personnes de 16 à 54 ans qui perdaient, ne recherchaient ou ne trouvaient pas d'emploi en raison d'une maladie mentale (48).

En ce qui concerne l'insertion sociale des personnes atteintes de troubles mentaux, l'accès au logement est le problème majeur que rencontraient patients, familles et professionnels des champs sanitaire et social (49). Une enquête menée en 1991 au sein de l'UNAFAM³ montre que 60% des malades atteints de troubles mentaux vivent avec leur famille, et que presque la moitié subit cette situation comme une contrainte forte (50). Quant à ceux qui ont fait l'expérience d'un logement autonome, deux situations se présentent (51). Certains parviennent à être stabilisés grâce à un suivi psychiatrique, mais ne peuvent pas se loger en raison de problématiques financières. Les autres finissent parfois par être expulsés en raison d'épisodes de crises récidivants, effrayant le voisinage ou les propriétaires. D'une manière générale, le handicap psychique entraîné par les troubles mentaux complique encore l'accessibilité au logement « *pour la simple raison qu'elle impose des contraintes particulières, soit sur les caractéristiques même du logement, soit sur la mise en place conjointe d'un accompagnement* » (52).

De plus, 60% de ces malades n'ont aucune activité, de quelque sorte que ce soit (50). Or « *la participation à des activités utiles à la collectivité (associatives, artistiques...), l'accès à la culture, au sport, aux loisirs sont essentiels tant à la qualité de vie des personnes qu'au maintien du lien social* »(53). Les personnes souffrant de troubles mentaux ont une qualité de vie inférieure à celle des autres individus, et la stigmatisation des personnes souffrant de ces troubles et la violation de leurs droits aggravent leur situation (54). Cette stigmatisation, en lien avec les mythes et les idées erronées sur les troubles mentaux, s'exprime aussi bien à l'intérieur des établissements hospitaliers, influençant défavorablement la prise en charge, qu'à l'extérieur. Elle pèse considérablement sur la vie quotidienne des patients, et favorise

³ Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou Handicapées Psychiques

l'exclusion sociale. Ainsi, on estime qu'un tiers des personnes sans abri souffre de troubles psychiques graves (55).

3) *Coût économique*

Les conséquences économiques des maladies psychiatriques sont profondes, multiples et durables. Elles se retrouvent aussi bien dans les coûts directs (dépenses de santé et de soin) que dans les coûts indirects (liés à la moindre productivité des entreprises, et aux coûts supportés par les individus, les familles et les communautés qui y sont confrontés)(56). Elles font partie des dépenses les plus lourdes pour la santé.

Aux Etats-Unis par exemple, le coût global des troubles mentaux est estimé à 148 milliards de dollars en 1990 (57). Selon Berto *et al.*, toujours aux Etats-Unis, la maladie d'Alzheimer et la schizophrénie sont les deux pathologies les plus coûteuses, loin devant le cancer ou l'accident vasculaire cérébral (58).

L'OMS avait estimé en 2005 le coût direct et indirect des troubles mentaux à 3-4% du produit intérieur brut de l'Union européenne (10).

Une étude réalisée en 2012 sur l'initiative de la Fondation FondaMental en collaboration avec l'URC-Eco⁴, et utilisant les données de l'Assurance Maladie, a estimé que les coûts associés aux maladies mentales atteignaient en France un total de 109 milliards d'euros par an (59). Les principaux postes de coûts correspondaient à la perte de qualité de vie (65 milliards d'euros), et à la perte de productivité (24,4 milliards d'euros). Ces chiffres semblent cohérents avec les données recueillies par Goldberg *et al.* (60) qui estiment que dans de nombreux pays développés, entre 35% et 45% des absences du lieu de travail sont dues à des problèmes de santé mentale, et que le taux d'incapacité chez les actifs atteints de dépression est le double de celui des personnes non atteintes.

Les troubles mentaux sont l'une des premières causes d'invalidité et d'arrêts maladie de longue durée (61). Ainsi en 2009, près d'un million de personnes bénéficiaient du dispositif d'affection longue durée à cause de troubles psychiatriques sévères,

⁴ Unité de Recherche Clinique en Economie de la Santé

principalement les troubles de la personnalité chez les hommes, et les troubles dépressifs chez les femmes (62). Entre 2007 et 2008, l'effectif de personnes en affection longue durée pour Affections psychiatriques de longue durée (ALD n°23) a augmenté de 3,5% (63).

5. L'offre de soin psychiatrique en France

a. Organisation des soins psychiatriques

Il existe en France une offre diversifiée de prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques.

Il y a tout d'abord l'hospitalisation complète, qui a lieu à l'hôpital, sous surveillance permanente, en milieu ouvert ou fermé.

Il existe ensuite des alternatives à l'hospitalisation, complète ou partielle :

- les appartements thérapeutiques, visant une réinsertion sociale ;
- l'accueil familial thérapeutique, pour les patients dont la prise en charge hospitalière n'est plus indiquée, mais dont le retour à domicile est encore impossible ;
- l'hospitalisation à domicile ;
- hospitalisation de jour, ou de nuit, assurant des soins intensifs polyvalents ;
- les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel et les ateliers thérapeutiques qui complètent de manière généralement discontinue les soins délivrés par l'hôpital de jour, chez des patients le plus souvent autonomes.

Enfin il existe les soins ambulatoires. Depuis la circulaire du 15 mars 1960 (64), ils sont organisés sur le principe du « secteur », unité de base de la délivrance des soins en psychiatrie publique en France. Ces secteurs, au nombre de 829 en ce qui concerne la psychiatrie pour adultes, et 320 pour la psychiatrie infanto-juvénile, correspondent à des zones géographiques en lesquelles sont divisés tous les départements français. Il existe en moyenne un secteur pour 54 000 habitants de plus de 20 ans. Chaque secteur est rattaché administrativement à un centre hospitalier.

Le rôle de cette structure est d'assurer la coordination des actions de prévention, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale. Ces actions sont réalisées majoritairement dans les CMP⁵ au sein desquels officient des équipes pluridisciplinaires composées de psychiatres, de pédopsychiatres, de psychologues, mais aussi d'infirmiers, psychomotriciens, orthophonistes, ergothérapeutes.

Ces centres peuvent aussi fonctionner en centre de crise ou d'accueil permanent pour les urgences psychiatriques.

Moins fréquemment les soins ambulatoires sont dispensés dans le cadre de la psychiatrie de liaison (soins ou interventions en unités d'hospitalisation somatique).

Selon les statistiques annuelles des établissements de santé, en 2011 **71% des adultes pris en charge par les services publics de psychiatrie l'étaient en ambulatoire strictement et n'étaient jamais hospitalisés** (65). Depuis une dizaine d'années l'augmentation du recours aux soins psychiatriques a concerné davantage le secteur ambulatoire. Ainsi dans son rapport de décembre 2011 étudiant les effets du Plan Psychiatrie et santé mentale (66), la Cour des Comptes estime qu'entre 2003 et 2009, la file active⁶ traitée exclusivement en ambulatoire est passée d'environ 830 000 personnes en 2003 à plus d'un million en 2009, et la part de la file active exclusivement ambulatoire dans la file active totale a augmenté de 68% à 75%.

b. Une démographie préoccupante

La répartition des professionnels de santé libéraux de premier recours constitue un enjeu crucial pour l'accès aux soins.

En ce qui concerne les médecins généralistes, ils constituent la profession de santé de premier recours la mieux répartie sur le territoire. En 2013, 84% de la population réside dans une commune où exerce un médecin généraliste, la quasi-totalité de la population

⁵ Centre Médico-Psychologique

⁶ Nombre de patients en cours de traitement

peut y accéder en moins de 15 minutes (67), et les disparités d'accessibilité sont davantage liées au type d'espace (site urbain/rural, centre de pôle ou périphérie) qu'à la région. Selon un rapport de l'IRDES⁷ datant de 2014 la densité de médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants âgés de 16 ans et plus varie dans un rapport de 1 à 2 selon les départements (68).

Mais selon les sources de l'Atlas du Conseil National de l'Ordre des Médecins 2016 (69) le nombre de médecins généralistes en activité diminue (diminution de l'effectif de 8,4% depuis 2007), et va continuer à diminuer jusqu'à 2025. L'âge moyen des médecins généralistes est élevé (52 ans), et la proportion de médecins âgés de moins de 40 ans, représentant 16% des effectifs, ne suffira pas à compenser les prochains départs en retraite. Cette « désertification » concerne aussi bien les zones rurales qu'urbaines.

La répartition des psychiatres est quant à elle plus préoccupante, comme en rend compte L'Atlas régional de Psychiatrie générale (70) datant de février 2005. Avec une densité moyenne de 22 psychiatres pour 100 000 habitants en 2011, la France occupait la 3^e place parmi les pays de l'OCDE⁸ les plus dotés en psychiatres (71). Cette densité a déjà diminué, étant actuellement à 18,5 pour 100 000 habitants (69). Mais, selon l'IRDES, la densité de psychiatres libéraux pour 100 000 habitants de 16 ans et plus varie dans des proportions allant de 1 à 40 (68), laissant certains départements avec un seul psychiatre libéral pour l'ensemble de la population. Les zones les mieux dotées sont les zones urbaines et celles situées à proximité des grandes villes universitaires.

C'est encore bien pire lorsque l'on s'intéresse à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Les effectifs ont diminué de 48,2% depuis 2007, et la densité moyenne est de 5 professionnels pour 100 000 habitants (69).

Les prévisions du Conseil National de l'Ordre des Médecins, s'orientant vers une poursuite de la baisse des effectifs, notamment libéraux au cours des prochaines années, ne sont guère rassurantes.

⁷ Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

⁸ Organisation de Coordination et de Développement Economiques

Par conséquent, dans certains espaces, surtout ruraux, les déficits d'accessibilité aux médecins généralistes et aux spécialistes en accès direct se cumulent (67).

L'importance du recours exclusif au généraliste en matière de santé mentale étant inversement proportionnelle à la densité en psychiatres exerçant à proximité (72), il devient aisé de réaliser que la charge allant peser sur les médecins généralistes concernant les troubles mentaux va s'alourdir dans les prochaines années.

**MEDECIN GENERALISTE ET TROUBLES
MENTAUX : UN RÔLE CENTRAL, DE
NOMBREUX OBSTACLES**

1. Le rôle central du médecin généraliste

Ce rôle central s'inscrit tout d'abord dans le parcours de soins coordonnés. En effet, si le médecin traitant n'est pas obligatoirement le médecin généraliste, il l'est tout de même pour la grande majorité des patients français. Comme le montrent les chiffres recueillis en 2006 par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie, 99,5% des médecins traitants choisis par les patients sont des médecins généralistes (73). L'avenant n°10 ajouté à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes en février 2006 autorise un accès direct au psychiatre pour les adultes de moins de 26 ans. Au-delà de cet âge, ils doivent y être adressés par le médecin traitant sous peine de remboursement incomplet.

La fréquence des troubles mentaux en médecine générale est estimée à un tiers environ (74), et un acte de médecine générale sur dix comporte un soutien psychothérapeutique comme composante principale (75).

Cette place centrale a été renforcée par la création des secteurs de soins psychiatriques et l'ouverture des CMP⁹ ayant transféré les prises en charge vers les soins primaires. Le nombre de patients suivis en ambulatoire augmente ainsi régulièrement (de 39% entre 1989 et 1995 en Ile-de-France)(76).

La médecine générale apporte une « *réponse ambulatoire, proche du lieu de vie, de la communauté du patient, un accès ouvert non trié, au stade initial comme évolué des pathologies* » (77). Le médecin généraliste est, en santé mentale plus qu'ailleurs, le principal fournisseur de soins. Il peut garantir des soins rapides, notamment au décours d'une hospitalisation liée à une urgence psychiatrique ou à une pathologie mentale avérée. Après une tentative de suicide par exemple, c'est le médecin généraliste qui est consulté par la majorité des patients (78).

Il est amené à prendre en charge aussi bien les pathologies psychiatriques identifiées que la souffrance psychique quotidienne. C'est ce que confirment deux enquêtes françaises *Baromètre Santé* (79) et ANADEP (22) : en cas de trouble de la santé mentale le médecin généraliste est le professionnel consulté préférentiellement pour respectivement 60% et

⁹ Centre Médico-Psychologique

67% des patients. Dans l'enquête ANADEP, le médecin généraliste est même le seul médecin consulté chez 46,1% des patients.

Ensuite vient le psychiatre (32% des patients), puis le psychologue (25%). Mais même dans ces cas-là le suivi reste la plupart du temps assuré en association avec le médecin généraliste.

Les résultats du Baromètre Santé de 2005 indiquent toutefois que le suivi varie selon la sévérité de l'épisode dépressif. Ainsi en cas d'épisode dépressif sévère, le médecin généraliste ne soigne exclusivement qu'un patient sur 4, tandis que le suivi conjoint avec le psychiatre est de 23% (contre 5% si l'épisode n'est pas sévère), et le suivi exclusif avec un psychiatre est de 15%.

Cette place privilégiée ne se limite pas aux soins de premier recours. Dans une enquête française ayant interrogé des personnes résidant en Yvelines et en Essonne, 46,6% d'entre elles souhaitaient que leur suivi au long cours soit aussi assuré par leur médecin généraliste(80).

L'enquête ESEMED confirme cette position au niveau européen (81). (figure 1)

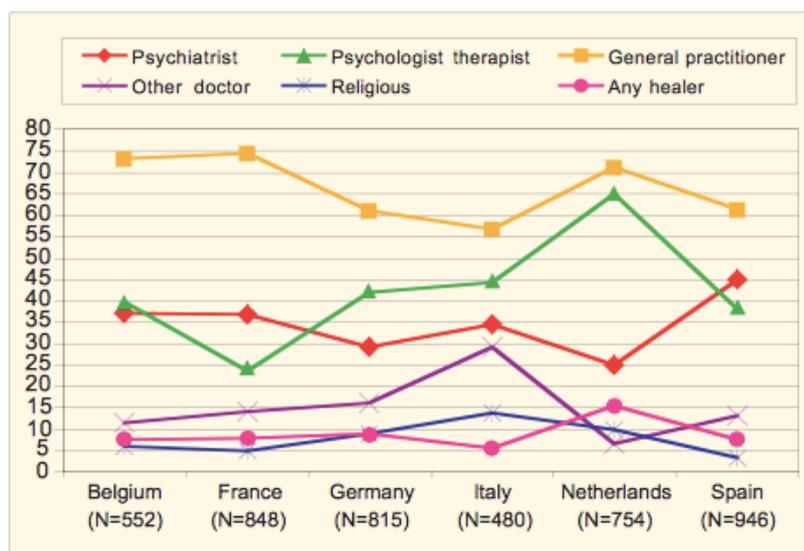


Figure 1. Type de professionnel consulté pour trouble de la santé mentale en Europe (issue du rapport de la Commission européenne : The State Of Mental Health in EU ,2004(32)) Source : ESEMED.

Le médecin généraliste était ainsi consulté le plus fréquemment pour 64,2% de la population européenne, avant le psychiatre (de 25,5% à 43,8%) et le psychologue. En France le recours aux psychologues est le plus faible d'Europe, en lien probable avec le non remboursement de ce type de consultation.

Les omnipraticiens sont d'ailleurs à l'origine de 75% des prescriptions d'antidépresseurs et d'anxiolytiques (82). Plus encore, 90% des prescriptions d'antidépresseurs en première intention sont réalisées par eux (83).

2. De nombreux obstacles

a. Une représentation négative vis-à-vis des troubles mentaux gênant l'accès aux soins

Pour 70% des français les pathologies mentales ne sont pas des « maladies comme les autres » (84) et 47% d'entre eux les associent à des représentations négatives. Les stéréotypes qui y sont attachés véhiculent les notions de danger, de peur, d'exclusion de la communauté, d'imprévisibilité et d'irresponsabilité.

L'enquête Santé Mentale en Population Générale étudiait notamment les représentations associées aux maladies mentales, à travers trois archétypes : le « fou », le « malade mental » et le dépressif. Les termes de « fou » et de « malade mental » étaient largement associés à des comportements violents.

Un sondage plus récent (85) confirme la méconnaissance forte entourant les troubles psychiatriques. Près de trois quart des français sous-estiment la prévalence des troubles mentaux, et 46% les associent spontanément aux troubles neurologiques.

Selon ce sondage, 90% des français estiment que la dépression peut être suffisamment grave pour solliciter une aide extérieure. Mais cette aide est associée à une notion de risque, à une peur de la stigmatisation par le médecin et l'entourage. En effet, 52% des personnes interrogées se disaient gênées de vivre sous le même toit qu'une personne atteinte de maladie mentale, 35% de travailler dans la même équipe, et 30% de partager un repas.

Cette difficulté de recours est alimentée par une faible croyance dans la capacité de guérison. Seulement 7% des français considèrent les thérapeutiques proposées (psychothérapie, traitements médicamenteux, règles hygiéno-diététiques) comme efficaces, et 90% déclarent qu'on ne peut jamais guérir totalement un « malade mental » (33).

b. Un recours spécialisé non satisfaisant

Lorsque le médecin généraliste rencontre des difficultés dans sa prise en charge, il oriente son patient vers un professionnel de santé mentale. Ce taux de recours varie de 23% pour Wang *et al.* (86) à 38% pour Williams *et al.*(87).

La décision de ce recours est évidemment liée aux caractéristiques médicales de l'épisode pour lequel le patient consulte. Dans une étude anglaise datant de 2002 étudiant les principaux obstacles rencontrés par les médecins généralistes dans le traitement de la dépression, les facteurs influençant « très souvent » ou « tout le temps » le recours aux services spécialisés étaient le risque encouru par le patient dans 23,1% des cas, et la nécessité d'un traitement spécialisé dans 21,3% des cas (88).

De plus, les caractéristiques socio-économiques du patient, comme un niveau supérieur d'éducation, un statut salarié, ou le fait de résider en milieu urbain ont été reconnus comme facilitant ce recours (89)(90).

Enfin, l'existence d'antécédents psychiatriques agit comme facteur encourageant (91).

Toutefois le recours n'est pas toujours aisé. L'enquête « Place de la Santé mentale en médecine générale »(92) réalisée en 2014 révèle que 9 médecins généralistes sur 10 rencontrent des difficultés pour orienter leur patient vers une prise en charge spécialisée en santé mentale. Ils dénoncent essentiellement un délai d'attente beaucoup trop long (90%) et des problèmes de communication et de liaison (71%).

1) Difficultés liées aux structures et à leur accessibilité

Selon les RAPSY¹⁰ publiés en 2010, en 2003 le délai d'obtention d'un rendez-vous de consultation avec un intervenant spécialisé était supérieur à un mois dans 23% des secteurs de psychiatrie générale (contre 16% en 2000), et dans 60% des secteurs de psychiatrie infanto-juvénile. Selon la DREES (93), l'existence des secteurs de psychiatrie est bien connue des médecins généralistes (moins de 1% d'entre eux disent ne pas « savoir ce que c'est »), mais seulement 35% déclarent être suffisamment informés sur leurs missions et leurs activités. Et même si plus de 90% des omnipraticiens déclarent avoir des patients qui y sont suivis, seulement 40% disent pouvoir contacter facilement le secteur psychiatrique en cas de besoin, et 22% être régulièrement informés de la situation de leurs patients qui y sont suivis.

Ce que confirme l'étude de *Telford et al.* citée plus haut qui indiquait que selon les médecins généralistes, l'insuffisance de services spécialisés ainsi que la difficulté d'y accéder altéraient « presque tout le temps » la prise en charge de leurs patients déprimés (88).

Le modèle « communautaire » ou « de remplacement » existant en France, considérant le psychiatre ou l'équipe pluridisciplinaire évoluant au sein des CMP comme interlocuteur principal du patient consultant pour trouble de la santé mentale ne correspond évidemment plus à la réalité du terrain, et aurait tendance à ne pas considérer à sa juste valeur le rôle du médecin généraliste, consulté comme nous l'avons déjà dit de manière préférentielle par la population lorsqu'il s'agit de prendre en charge un trouble de la santé mentale, en situation d'urgence ou lors du suivi chronique.

¹⁰ Les Rapports d'activité de psychiatrie

2) *Difficultés liées à la mauvaise collaboration entre médecin généraliste et psychiatre*

Selon l'étude ESEMED la France est le pays européen où l'adressage au psychiatre est le plus faible : 22,2% contre 55,1% en Italie, et 40,4% en Espagne.

87,7 % des médecins généralistes considèrent que la possibilité d'obtenir un avis spécialisé psychiatrique est plus difficile que pour les autres disciplines , et 53,9% d'entre eux disent avoir des relations plus difficiles avec les psychiatres qu'avec les autres spécialistes.

Pour *Milleret et al.*, si 97% des médecins généralistes disent envoyer un courrier au médecin psychiatre lorsqu'ils orientent leur patient vers un service de psychiatrie, 74% déclarent ne recevoir aucun retour (92). D'un autre côté, les psychiatres estiment que les courriers des médecins généralistes leur adressant les patients omettent fréquemment des informations pertinentes, et contiennent trop peu d'informations sur les antécédents médicaux et sur l'environnement social. 31,5% d'entre eux sont insatisfaits de leur relation avec les médecins généralistes (94). Parmi les patients adressés par le médecin généraliste, 80% étaient repris en charge exclusivement par le psychiatre, pouvant expliquer la surcharge de travail qu'ils rapportent, rendant difficile la prise en charge de nouveaux patients (95).

Cette carence d'échange alimente le vécu d'abandon ressenti par l'omnipraticien et le patient, et entretient l'insatisfaction ressentie par presque 3/4 des médecins généralistes concernant leur relation avec le monde de la psychiatrie (96).

Plus encore, elle a un effet négatif sur la prise en charge des patients, en raison de la perte d'information en résultant : les psychiatres ne sont pas au courant des antécédents somatiques du patient, et moins fréquemment les médecins généralistes eux-mêmes ne connaissent pas les antécédents psychiatriques de leurs patients (97). A plus long terme les conséquences sont multiples : fragmentation des soins, mauvaise gestion du traitement avec augmentation de la iatrogénie, perte de confiance de la part du patient et diminution de sa compliance au traitement (94).

Près de la moitié des médecins généralistes exprimaient un désir de collaboration, partagé par près de 60% des psychiatres hospitaliers, mais seulement 9% des libéraux (95).

c. Une formation universitaire souvent insuffisante

De par sa position en première ligne, le médecin généraliste doit être capable de « *détecter les signes cliniques en faveur d'une décompensation aiguë chez un sujet sans antécédent ou chez un patient présentant une pathologie psychiatrique chronique, d'évaluer l'efficacité, l'observance et la tolérance des traitements et d'orienter en cas de situation d'urgence* » (7).

Pourtant l'enseignement nécessaire à assurer ces missions est en France très limité pendant le cursus universitaire et assez hétérogène.

Au cours du premier cycle, la formation est essentiellement théorique. Très peu de cours sont en lien avec la psychiatrie, et ils sont surtout centrés sur la relation médecin/patient.

Le deuxième cycle associe une formation pratique par l'intermédiaire des stages hospitaliers. La sémiologie psychiatrique, très riche et indispensable en pratique clinique, reste difficile à appréhender par une approche purement théorique, et nécessiterait un enseignement pratique au lit du patient, probablement plus efficace. Mais il existe peu de terrains de stage obligatoires, et le stage en psychiatrie n'en fait pas partie.

Au cours du 3^e cycle enfin, il n'existe pas de place dédiée à la formation en psychiatrie dans la maquette du DES¹¹ de médecine générale. La seule possibilité pour l'étudiant de réaliser un stage dans un service de psychiatrie est de le choisir au cours de son semestre libre. Mais compte tenu du faible nombre de terrains de stage, les opportunités d'être confrontés à la pathologie mentale sont rares.

Une étude comparant la satisfaction des médecins généralistes français et britanniques sur la prise en charge de leurs patients déprimés (98) concluait que la formation est une

¹¹ Diplôme d'Etudes Spécialisées

« pierre angulaire » dans la stratégie d'amélioration de la prise en charge des patients déprimés. Les médecins se déclarant formés étaient moins inquiétés par l'évaluation du risque suicidaire, la demande de conseils thérapeutiques leur posait moins de problème, et ils ressentaient moins souvent avoir atteint leurs limites.

En postuniversitaire, la FMC¹², le maintien à jour des connaissances et des compétences est devenu depuis 1996 une obligation légale, en plus d'être une obligation déontologique. L'adhésion au dispositif est satisfaisante. Dans une étude de la DRESS datant de 2008 (99) plus de 80% des médecins généralistes déclaraient participer à des sessions collectives de FMC (contre seulement 15 à 20% en 1998 (100)), et $\frac{3}{4}$ disaient s'être formés individuellement au cours des 12 derniers mois. Seuls très peu de médecins (moins de 5%) ne ressentaient pas le besoin de se former. L'implication dans l'EPP¹³ était plus faible : seul 1 médecin du panel sur 3 l'avait déjà réalisée, et parmi les autres 1 seulement sur 3 se disait prêt à s'y engager.

3. Une prise en charge jugée non optimale

Le parcours du patient atteint de trouble mental en médecine générale peut être schématisé comme sur la *figure 2*.

La problématique qui se pose au médecin généraliste confronté à un trouble mental est exposée dans le Plan psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 (11) : il doit organiser une réponse en présence le plus souvent d'une « non-demande » de la part du patient. En effet, si les chiffres varient selon les études, toutes reconnaissent le mauvais accès aux soins des personnes atteintes de pathologies mentales.

Selon l'étude DEPRES (19) concernant la dépression, plus de 2 personnes sur 5 ne consultaient pas, et plus d'un tiers des patients ayant présenté un épisode dépressif majeur n'avait pas eu recours aux soins.

¹² Formation Médicale Continue

¹³ Evaluation des Pratiques Professionnelles

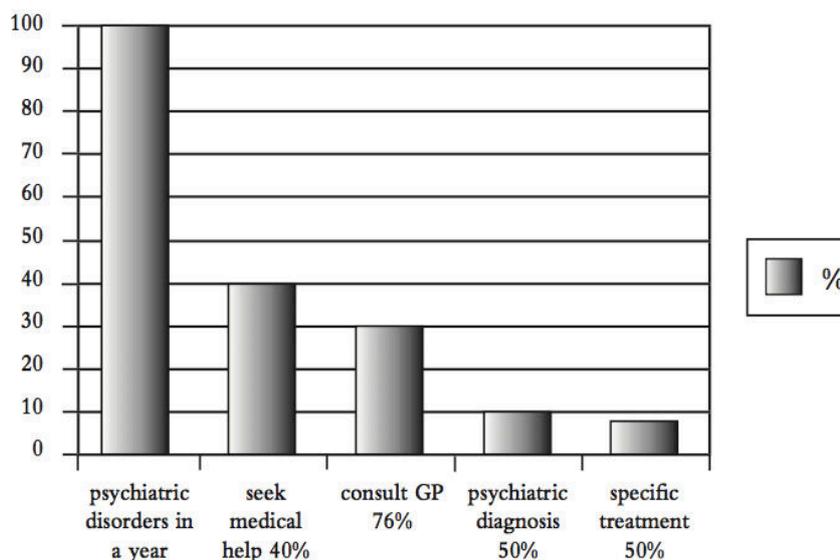


Figure 2. Les filtres de la santé mentale en médecine générale. Tiré de « A Manual of Mental Health Care in General Practice »(101)

Lorsque ces patients consultent, c'est le plus souvent pour une problématique somatique, n'évoquant la pathologie psychiatrique qu'en fin de consultation (102).

De nombreuses études reconnaissent ensuite des difficultés diagnostiques : environ 50% des patients ayant une pathologie psychiatrique ne sont pas reconnus par le médecin généraliste (103). En effet, s'il est capable de ressentir la souffrance de son patient, il ne possède pas forcément les outils pour véritablement la classifier, et finit par développer une « recette » propre, plutôt qu'un véritable savoir, afin de répondre à la demande de son patient (104). Les carences en matière de formation prennent ici toute leur importance. En effet, concernant la dépression, 63,9% des généralistes déclarent connaître les recommandations de bonne pratique, mais seulement 50% déclarent les utiliser dans leur pratique quotidienne (99).

Enfin, parmi les patients détectés, seule la moitié d'entre eux bénéficie d'un traitement médicamenteux (105) et très peu sont adressés au spécialiste.

Paradoxalement, la France est selon l'étude ESEMED le pays européen où la prescription et l'usage de médicaments psychotropes sont les plus élevés d'Europe. Les prescriptions sont souvent inappropriées : dans la moitié des cas les sujets ne présentent pas de trouble psychiatrique relevant d'une indication reconnue, et la durée ne s'aligne généralement pas sur les recommandations de traitement et sur l'AMM. Une enquête datant de 2005 étudiant les prescriptions des médecins généralistes (106) donne des renseignements intéressants. Devant un diagnostic isolé de dépression, le médecin généraliste prescrit un antidépresseur dans 58 % des cas. Cette prescription s'accompagne de celle d'un anxiolytique dans 35 % des cas et d'un hypnotique dans 25 % des cas. Il ne prescrit aucun psychotrope que dans un cas sur 4. En cas d'anxiété il prescrit un anxiolytique dans 29 % des cas et un antidépresseur dans 18 % des cas. Il ne prescrit aucun médicament psychotrope dans un cas sur deux.

Par conséquent, malgré une démographie favorable (2^e rang en densité de médecins généralistes, et 1^e rang en densité de psychiatres en Europe), la France montre de mauvais indicateurs de santé mentale : taux de suicide élevé, forte prévalence des syndromes dépressifs, consommation élevée de psychotropes.

Le suivi et le dépistage des comorbidités somatiques chez les patients atteints de troubles mentaux peuvent eux aussi être améliorés. L'étude CATIE¹⁴(107) montrait notamment que chez les patients schizophrènes 30% des diabètes, 62% des hypertension, et 88% des dyslipidémies n'étaient pas traitées. Chez les patients diabétiques atteints de troubles mentaux d'autre part, les dosages d'hémoglobine glycosylée, de glycémie et de LDL-cholestérol étaient réalisés moins fréquemment que chez les patients diabétiques non atteints de trouble mental.

Il faut cependant rapporter la surprenante différence existant entre la compétence perçue par le médecin généraliste et sa compétence réelle, observée, objectivée par des outils standardisés (108). Ainsi 9 médecins généralistes français sur 10 s'estiment efficaces dans la prise en charge de la dépression (109). Cela pourrait expliquer pourquoi les campagnes

¹⁴ Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness

de formation ayant pour but l'amélioration des capacités de détection et de prise en charge des troubles mentaux ont généralement une efficacité très contrastée, et de courte durée (110)(111).

METHODE

1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive par questionnaires diffusés en ligne par l'intermédiaire des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins, menée auprès de médecins généralistes thésés, installés et remplaçants, répartis dans plusieurs départements français.

L'objectif principal était de décrire la perception que les médecins généralistes ont de leur prise en charge des troubles mentaux.

Le choix de ce type d'étude s'est imposé compte tenu du fait que notre travail peut être considéré comme une étude préliminaire et exploratoire, devant le peu de littérature existant en France sur le sujet de la prise en charge des troubles mentaux en médecine générale, et qu'il s'agit d'une étude d'opinion.

Le recueil des données a été effectué entre le 10/11/2016 et le 26/02/2017.

2. Le Questionnaire

Une revue de la littérature sur la gestion des troubles de la santé mentale par le médecin généraliste a guidé la rédaction de notre questionnaire.

Les conclusions sont les suivantes :

- le médecin généraliste est le principal acteur de la prise en charge des troubles mentaux
- les troubles mentaux représentent le premier motif de recours au médecin généraliste et leur prévalence est élevée en population générale
- l'intérêt pour la pratique de la psychiatrie des médecins généralistes est faible
- la formation universitaire et postuniversitaire semble insuffisante
- les compétences en matière de diagnostic peuvent amplement être améliorées
- l'utilisation des guidelines et des questionnaires diagnostiques est faible
- la consultation pour motif psychiatrique pose certaines difficultés :

- la pathologie mentale en elle-même interfère avec le recours au soin du patient
- le manque de temps de consultation ne permet pas de mettre en place des thérapeutiques plus axées sur les techniques psychothérapeutiques
- la difficulté d'accès aux structures spécialisées complique le recours au spécialiste et isole le médecin généraliste dans sa prise en charge
- les prescriptions médicamenteuses sont trop nombreuses et souvent inadaptées. Cette situation est plus marquée en France que dans le reste de l'Europe.
- les campagnes de formation n'ont que peu d'impact sur la modification des pratiques
- la satisfaction du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles psychiatriques est moins élevée que dans la prise en charge des pathologies organiques

Dès lors certaines questions ont émergé :

- quelle est la prévalence estimée par le médecin généraliste des troubles de la santé mentale dans sa pratique ?
- la psychiatrie l'intéresse-t-il et a-t-il conscience de l'importance de son rôle dans le domaine de la santé mentale ?
- améliorer l'intérêt pour la psychiatrie améliorerait-il ses compétences et sa prise en charge ?
- comment évalue-t-il ses compétences globales dans la prise en charge de ses patients atteints de troubles mentaux ?
- quels sont ses outils diagnostiques habituels et se sent-il compétent dans la détection des troubles mentaux ?
- quelle place estime-t-il avoir dans le suivi du patient ?
- présente-t-il des difficultés de prescription thérapeutique ?
- quels obstacles ressent-il dans sa pratique quotidienne ?
- quelle est son opinion sur la collaboration avec les structures de soins spécialisées ?
- a-t-il des besoins de formation, et si oui, comment y répondre ?

A partir de ces conclusions et de ces interrogations notre questionnaire a été conçu.

Une première version a été rédigée et présentée à 3 médecins généralistes installés ainsi qu'à une psychiatre.

Il a ensuite été modifié en fonction des différentes remarques reçues puis validé et mis en ligne via le site internet Eval&go © (version 2017).

La version finale comporte 29 questions (cf ANNEXE 1). Le temps moyen de réponse a été estimé à 9 minutes.

Il est structuré en 8 domaines explorant :

- L'**identité** par deux questions demandant de citer les 3 premières lettres du nom et du prénom afin de limiter le risque de doublons
- Les **caractéristiques sociodémographiques** des médecins répondants :
 - Activité : âge, durée d'installation, mode d'exercice
 - Prise en charge des pathologies mentales : prévalence estimée sur une semaine
- L'**intérêt** pour la psychiatrie, l'**évaluation** du rôle du généraliste, et la **formation complémentaire** en psychiatrie
- L'**auto-évaluation des compétences**
 - En matière de détection des troubles mentaux
 - De manière plus globale : en matière de capacité diagnostique, thérapeutique (médicamenteuse, psychothérapeutique, éducation)
- Les **habitudes de pratique** : outil diagnostique utilisé, temps de consultation, suivi du patient
- L'avis sur la **collaboration** avec le spécialiste et le recours aux structures spécialisées
- Les principaux **obstacles** rencontrés au cours de la prise en charge
- Les **besoins de formation** et les médias les plus à même d'y répondre

3. Population interrogée

Notre questionnaire s'adressait aux médecins généralistes thésés, installés ou remplaçants, en France métropolitaine et d'Outre-mer.

Les médecins inclus dans l'étude devaient être en mesure de recevoir le questionnaire en ligne, et donc posséder une messagerie électronique. Cette adresse électronique devait être connue du Conseil de l'Ordre Départemental dont ils dépendaient.

Enfin, le Conseil de l'Ordre en question devait avoir accepté de transmettre notre questionnaire par mail aux médecins.

L'estimation du nombre total de médecins ayant eu connaissance du questionnaire est difficile.

Selon nos calculs, 3034 médecins ont reçu le lien vers le questionnaire par mail. Mais la diffusion a aussi été réalisée par insertion du lien dans 2 newsletters et sur 6 sites internet de Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins, dont il nous est impossible d'évaluer précisément la visibilité.

4. Le déroulement de l'enquête

a. Procédure initiale

L'étude devait dans un premier temps se limiter aux médecins généralistes de la Région Poitou-Charentes.

Le lien vers le questionnaire accompagné d'un message de présentation de l'étude était transmis par mail aux Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins, qui l'adressaient ensuite, s'ils le souhaitaient, aux médecins généralistes dont ils possédaient les adresses e-mail.

Les premiers mails vers les Conseils Départementaux de l'Ordre des médecins de Charente, Charente-Maritime, Vienne et Deux-Sèvres ont été envoyés le 10 novembre 2016.

Malgré une relance 10 jours plus tard par l'intermédiaire du COGEMS PC¹⁵ nous n'avions obtenu que 27 réponses, soit 8,5% du nombre de réponses nécessaires.

Une procédure complémentaire de recrutement a donc été mise en place.

b. Procédure complémentaire

Afin d'obtenir un nombre de réponses suffisant, la décision a été prise d'élargir le recrutement des médecins généralistes à l'ensemble du territoire français.

Nous avons procédé à l'identique, en adressant par mail le lien vers le questionnaire en ligne à tous les Conseils Départementaux de France métropolitaine, et à ceux des DOM-TOM. Le choix leur était laissé de transférer ou non le questionnaire aux médecins généralistes de leur département.

Les premiers mails ont été envoyés le 06 décembre 2016.

5. Analyse statistique

L'ensemble des réponses des participants a été recensé dans le logiciel de création de questionnaire Evalandgo©.

Les données ont ensuite été encodées selon la norme ISO-8859-1 et exportées vers un fichier CSV.

Les données ont été systématiquement décrites globalement puis par groupe de comparaison. Les variables qualitatives sont décrites en termes d'effectifs et de

¹⁵ Collège des Généralistes Enseignants et Maîtres de Stage de Poitou-Charentes

pourcentage. Les variables quantitatives sont décrites en termes d'effectifs, moyenne, écart-type, minimale, maximale et étendue interquartile.

Les analyses statistiques ont été effectuées en partie en ligne par le site Evalandgo©, ainsi que par un épidémiologiste à l'aide du logiciel Excel.

Le seuil de significativité a été fixé à 5%.

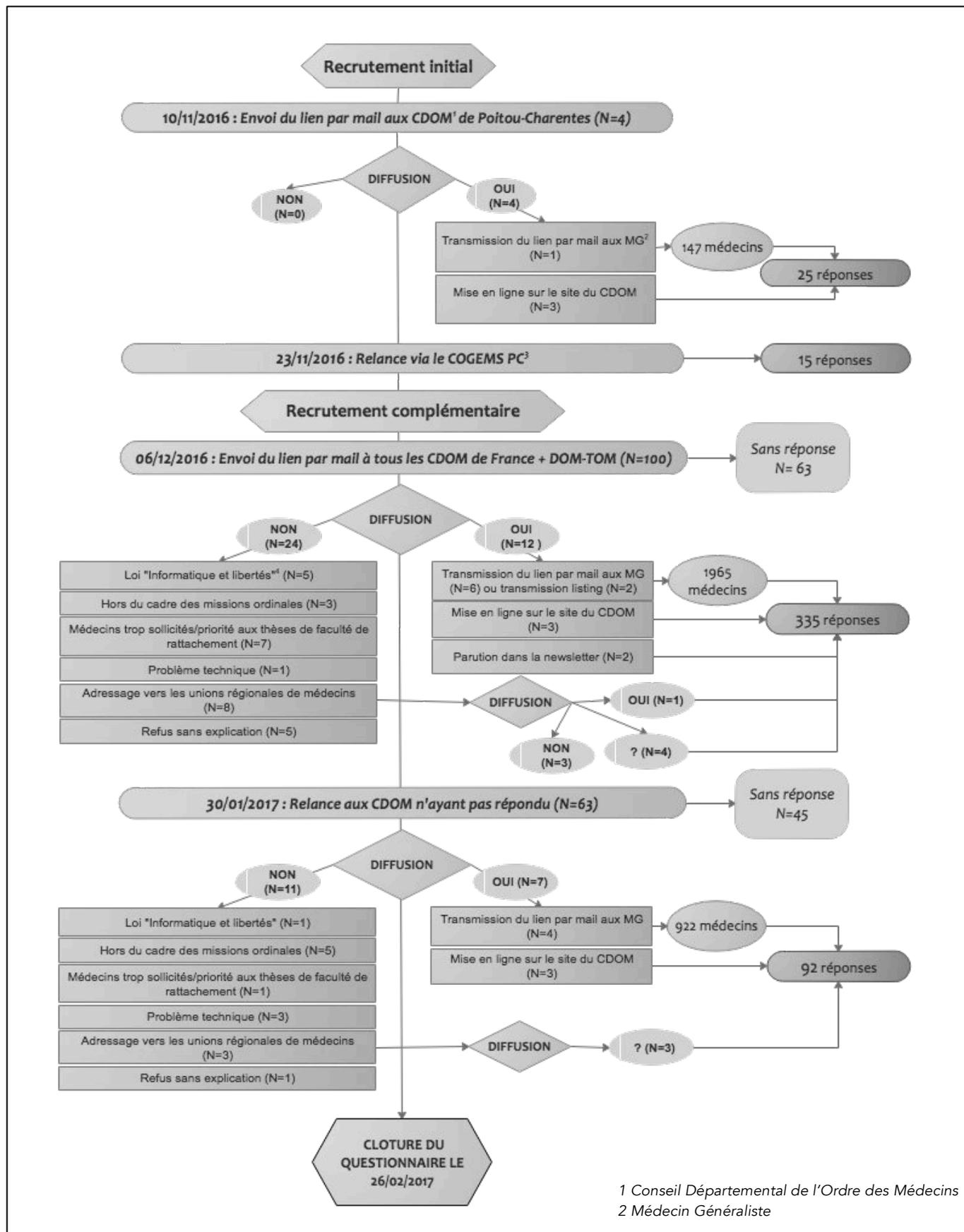


Figure 3. Diagramme de flux récapitulant le déroulement de l'étude

RESULTATS

1. Gestion des données

467 questionnaires ont été reçus.

La gestion des données a été réalisée comme décrit sur la figure 4 ci-dessous.

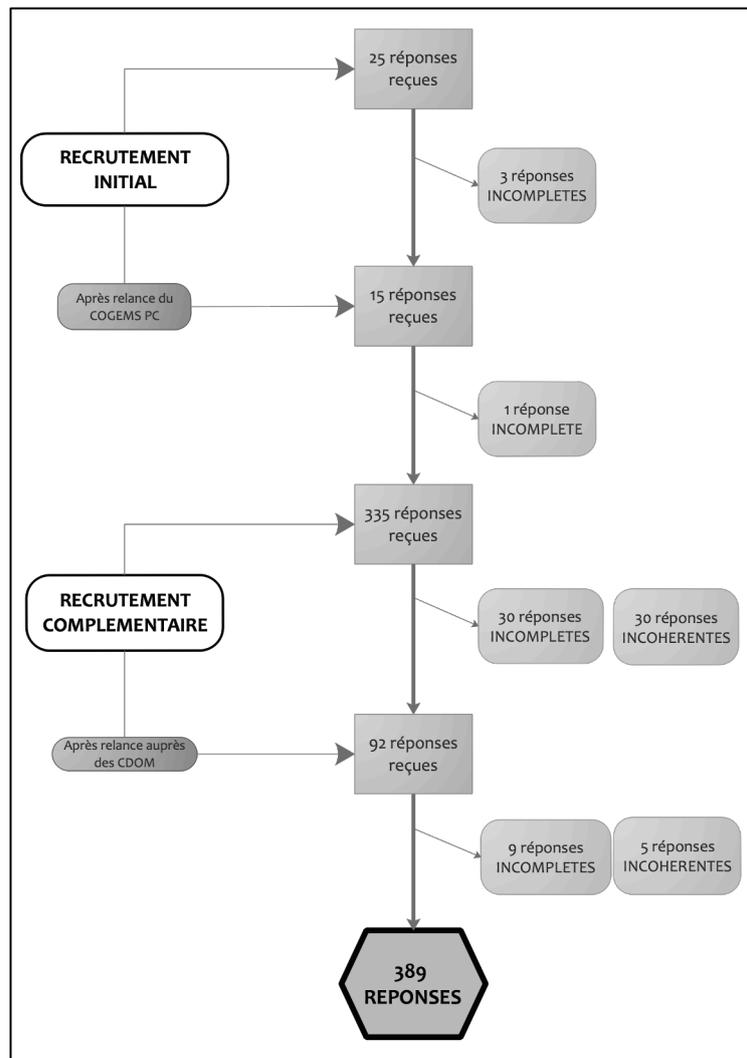


Figure 4. Gestion des données

Les questionnaires incomplets ($N = 43$) ou contenant des réponses incohérentes ($N = 35$) ont été exclus dans leur totalité. Etaient considérés comme incomplets les questionnaires dans lesquels il manquait une ou plusieurs réponses. Les incohérences ont été en intégralité retrouvées dans les réponses chiffrées (nombre d'années d'exercice, nombre de consultations par semaine, temps de consultation) : réponses négatives, nombre de consultation supérieur à 1000 par semaine.

A la clôture du questionnaire le 26/02/2017, **389 questionnaires complets** étaient obtenus (nombre de réponses nécessaires = 382).

2. Caractéristiques sociodémographiques, intérêt et background en matière de psychiatrie des médecins interrogés (tableau 2)

a. Genre

Sur les 389 médecins ayant répondu au questionnaire, 51,7% étaient des hommes (N = 201) et 48,3% des femmes (N = 188).

b. Lieu et mode d'exercice

40,6% (N= 158) des répondants exerçaient en milieu semi-rural, 28,3% (N = 110) en milieu rural, et 25,7% (N = 100) en milieu citadin.

La majorité des médecins exerçait en cabinet de groupe (71%), et 23,7% exerçaient seuls.

Sur l'ensemble des médecins ayant répondu, 5,4% (N = 21) étaient des médecins remplaçants.

c. Nombre d'années d'exercice

18,8% des médecins répondants (N = 73) avait moins de 5 ans d'expérience. 15,4% (N = 60) avait entre 5 et 9 ans d'expérience. 15,5 % (N = 60) avait entre 10 et 19 ans d'expérience. 12,1 % (N = 47) avait entre 20 et 24 ans d'expérience. 38,3% (N = 149) avait plus de 25 ans d'expérience.

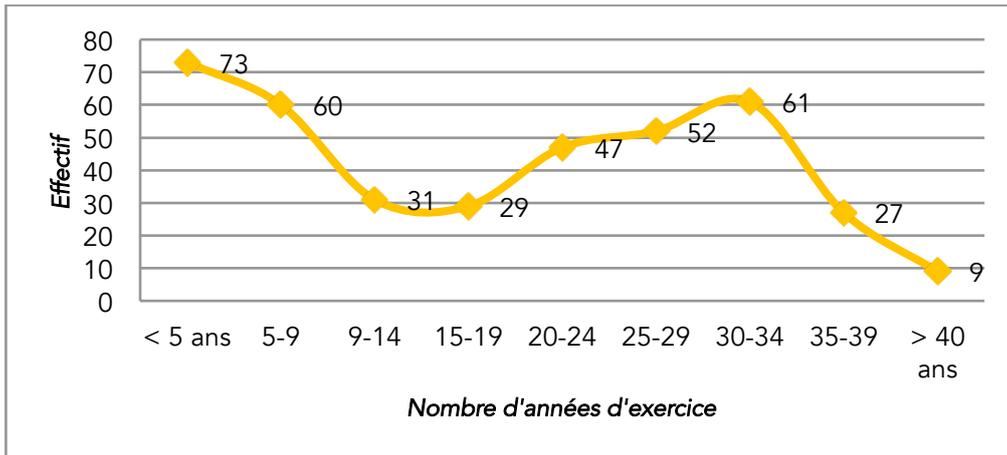


Figure 5 : Répartition des médecins en fonction de leur nombre d'années d'exercice

d. Nombre de consultations par semaine

La majorité des médecins (66,6 %, N = 104) voyait entre 100 et 119 patients par semaine. 12,9 % (N = 50) en voyait plus de 150, et 19,3 % (N = 75) moins de 80.

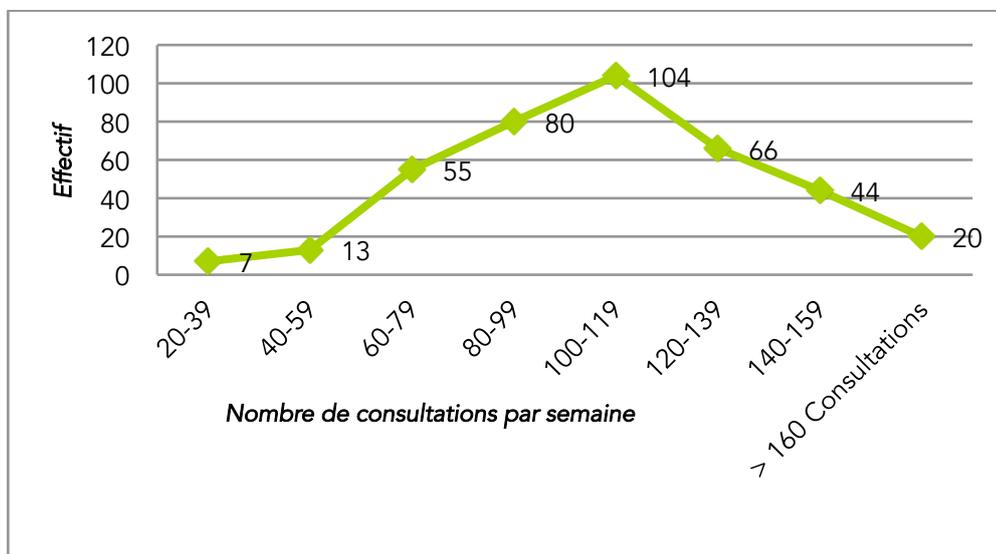


Figure 6 : Répartition des médecins en fonction de leur nombre de consultations par semaine

e. Nombre de patients vus pour la prise en charge d'un trouble de la santé mentale par semaine

La majorité des médecins (64,7 %, N = 252) voyait entre 1 et 10 patients atteints de troubles de la santé mentale par semaine, et 26,5 % (N = 103) en voyait entre 11 et 20. 2,3 % (N = 9) en voyait plus de 30 par semaine.

Le sexe masculin ou féminin n'était pas lié au nombre de patients consultés par semaine pour troubles de la santé mentale ($p=0,889$).

Les médecins présentant un intérêt pour la psychiatrie estimaient voir plus de patients atteints de troubles de la santé mentale par semaine ($p < 10^{-3}$). Mais ce résultat doit être interprété en prenant en compte le biais de mémorisation. En effet, les médecins intéressés par la psychiatrie sont plus à même de donner une estimation élevée du nombre de cas, surtout en l'absence de cotation informatisée comme cela est le cas dans notre étude.

La prévalence moyenne des consultations pour motif psychiatrique par semaine était de 11,62 % (en prenant en considération que notre échantillon est constitué de volontaires, et non d'un échantillon tiré au sort).

f. Intérêt pour la pratique de la psychiatrie / psychothérapie et rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles mentaux

66,1 % des médecins généralistes interrogés (N = 257) déclaraient s'intéresser à la pratique de la psychiatrie. 18,5 % (N = 72) n'y apportait pas d'intérêt particulier, et un nombre relativement important (15,4 %, N = 60) avait préféré ne pas se prononcer.

L'intérêt était lié à la participation à une formation dans le domaine de la santé mentale au cours des deux dernières années ($p < 10^{-4}$), bien que l'on ne puisse pas conclure formellement à un lien de causalité entre ces deux éléments (la formation précède-t-elle l'intérêt ou est-ce l'inverse ?).

La très grande majorité d'entre eux estimait très important (38,6%, N = 150) voire primordial (25,7%, N = 100) le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles mentaux.

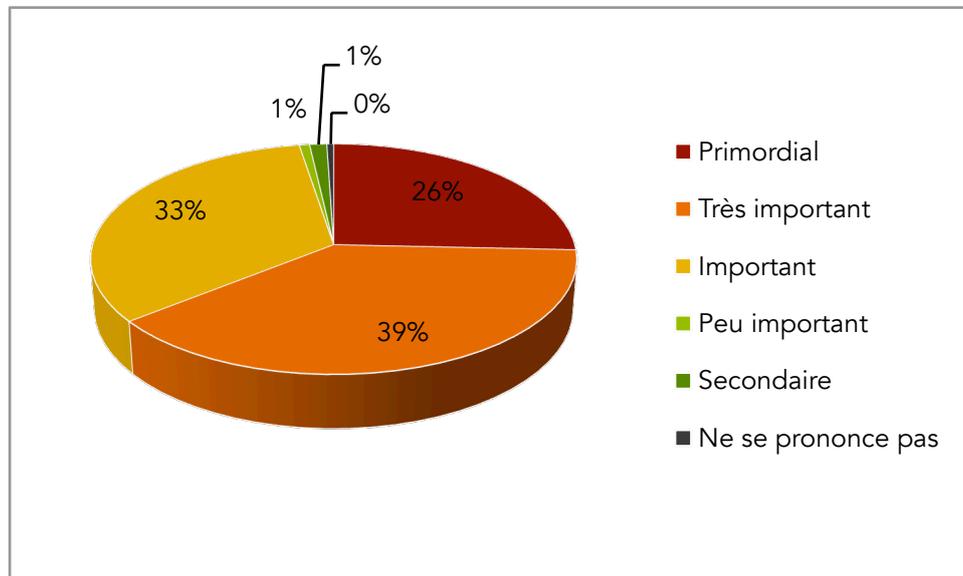


Figure 7. Estimation de l'importance du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge d'un trouble de la santé mentale

Les médecins présentant un intérêt pour la psychiatrie attribuaient un rôle plus important au généraliste dans la prise en charge des troubles mentaux ($p < 10^{-6}$).

g. Formation en psychiatrie

Sur les deux dernières années, seulement 37% (N = 144) des médecins généralistes avaient participé à une session de formation sur la prise en charge des troubles mentaux. Le nombre d'années d'exercice n'influçait pas la participation aux formations ($p=0,117$).

Par ailleurs, 92,3% des médecins (N = 359) n'avait pas de formation complémentaire en psychiatrie.

Sur les 30 médecins ayant une formation complémentaire :

- 1/3 avait suivi un stage de formation en service de psychiatrie (le plus souvent en tant que « Faisant Fonction d'Interne ») pendant l'internat.

- 21 avaient une formation postuniversitaire, répartie comme suit :

- 20 possédaient un Diplôme Universitaire
 - Géro-psi-chiatrie (1 médecin), Pédo-psi-chiatrie (2 médecins), Psychiatrie générale (1 médecin), Addictologie (1 médecin), Psycho-traumatologie (1 médecin), formation dans le domaine de l'autisme (1 médecin)
 - Concernant les techniques de psychothérapie, principalement les thérapies cognitivo-comportementales (6 médecins) et les thérapies brèves (3 médecins), mais aussi les techniques d'entretien motivationnel (2 médecins), la psychanalyse (1 médecin), et même la thérapie familiale (1 médecin)
- 1 médecin disait s'être formé en assistant à des séminaires et des colloques sur les troubles de la santé mentale

- 6 médecins pratiquaient l'hypnose

Seulement 29 médecins (7,5%) cumulaient un intérêt particulier pour la pratique de la psychiatrie et une formation complémentaire dans le domaine.

Variable étudiée	Effectif (N=)	Pourcentage (%)
<u>Genre</u>		
- Homme	201	51,7
- Femme	188	48,3
<u>Lieu d'exercice</u>		
- Rural	110	28,3
- Semi-rural	158	40,6
- Citadin	100	25,7
<u>Mode d'exercice</u>		
- Seul	92	23,7
- Cabinet de groupe	276	71
- Médecin remplaçant	21	5,4
<u>Nombre d'années d'exercice</u>		
- Moins de 5 ans	73	18,8
- 5-9 ans	60	15,4
- 10-19 ans	60	15,5
- 20 – 24 ans	47	12,1
- Plus de 25 ans	149	38,3
<u>Nombre de consultations par semaine</u>		
- < 80 consultations	75	19,3
- 80-99 consultations	80	20,6
- 100-119 consultations	104	26,7
- 120-149 consultations	80	20,6
- > 150 consultations	50	12,9
<u>Nombre de consultations pour motif psychiatrique par semaine</u>		
- 1-10 consultations	252	64,7
- 11-20 consultations	103	26,5
- 21-30 consultations	25	6,4
- > 30 consultations	9	2,3
<u>Intérêt pour la pratique de la psychiatrie</u>		
- OUI	257	66,1
- NON / Ne se prononce pas	132	33,9
<u>Participation à des sessions de formation sur la santé mentale au cours des deux dernières années</u>		
- OUI	144	37
- NON	245	63
<u>Formation complémentaire en psychiatrie</u>		
- OUI	30	7,7
- NON	359	92,3

Tableau 2. Caractéristiques sociodémographiques, intérêt et background des médecins répondants

3. Auto-évaluation des compétences

Lorsqu'il s'agissait d'évaluer leurs compétences dans la prise en charge globale du patient consultant pour trouble de la santé mentale, les médecins interrogés rapportaient les notes moyennes suivantes (notes sur 5) :

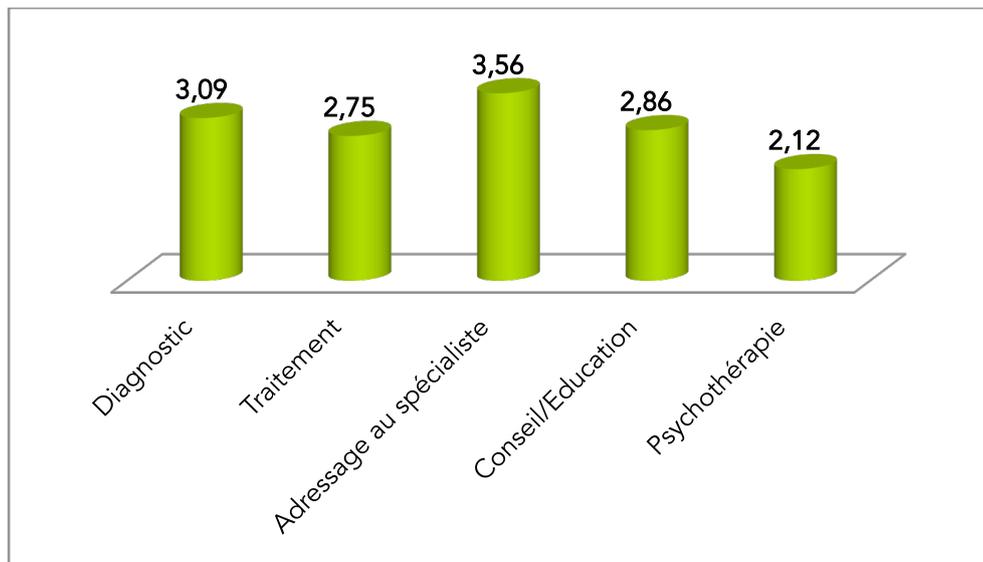


Figure 8. Auto-évaluation des compétences en matière de prise en charge des patients présentant des troubles de la santé mentale. (Note sur 5)

En matière de diagnostic, les médecins paraissaient plutôt confiants dans leurs compétences, et cela n'était pas lié au nombre d'années d'exercice ($p = 0,701$).

Cet état d'esprit se retrouvait dans la question relative aux capacités de reconnaissance et d'identification des troubles mentaux (*figure 9*). En effet la plupart des médecins interrogés avait confiance en ses capacités (62,5 %, $N = 243$). Très peu se sentaient très confiants (3,3 %, $N = 13$). Mais presque un tiers d'entre eux (30,6%) se sentait peu confiant dans ce domaine. L'intérêt pour la psychiatrie ainsi qu'une formation complémentaire en psychiatrie favorisaient une confiance élevée ($p < 10^{-3}$).

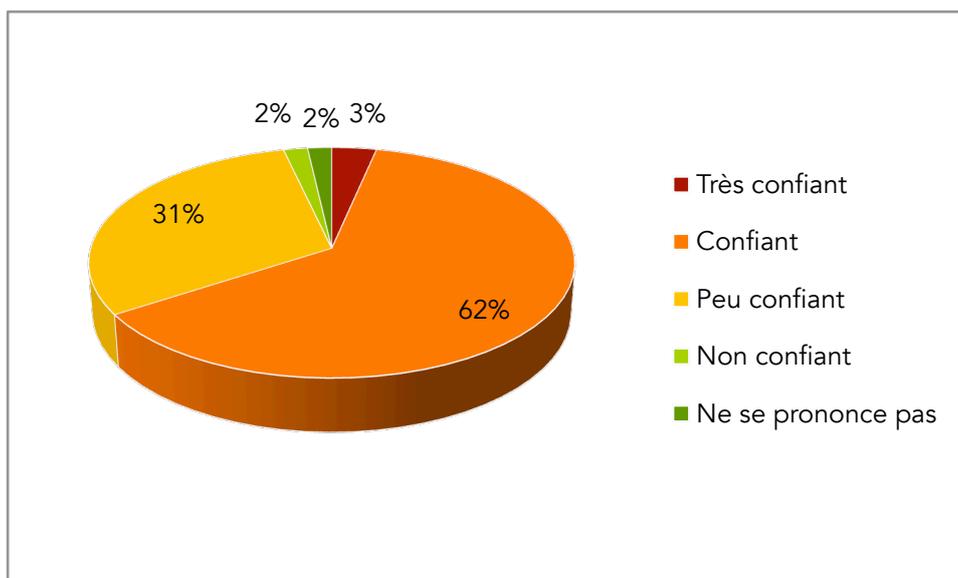


Figure 9. Auto-évaluation des compétences de reconnaissance et de détection des troubles de la santé mentale

La note la plus élevée était celle relative à l'adressage au spécialiste, bien que nous allons voir plus loin qu'il semblait exister des difficultés dans le recours spécialisé. Les médecins qui estimaient qu'un suivi conjoint avec le psychiatre était important s'évaluaient plus favorablement que les autres dans ce domaine ($p < 10^{-3}$).

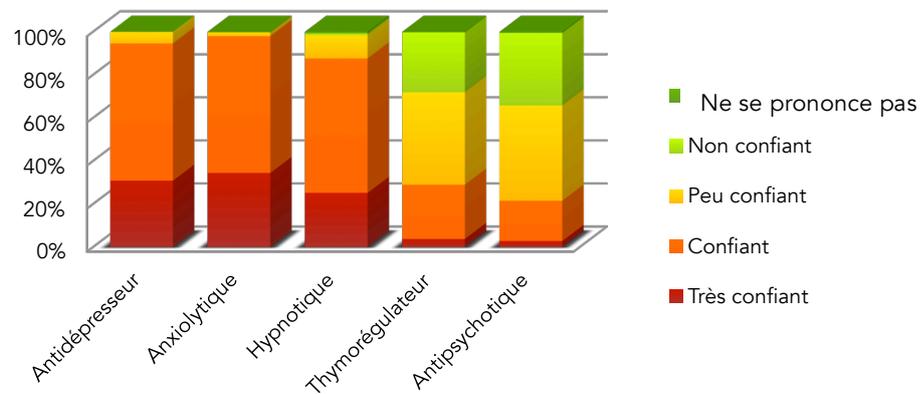
Les médecins étaient plus en difficulté concernant la psychothérapie (notre questionnaire ne permet pas de préciser si les difficultés sont en lien avec la prescription de la psychothérapie, ou avec les compétences propres des praticiens interrogés dans ce domaine) où ils se notaient en-dessous de la moyenne. Les médecins s'évaluant le plus favorablement en matière de psychothérapie étaient aussi ceux qui s'estimaient le plus compétents dans la prise en charge globale de la dépression ($p < 10^{-3}$).

Sur le plan thérapeutique, une tendance s'était dessinée, qui concernait aussi bien l'initiation que l'arrêt des différents traitements psychotropes (*figure 10*). Presque 2/3 des médecins s'estimaient confiants dans l'initiation d'un traitement antidépresseur (63,8%), anxiolytique (63,5%) ou encore hypnotique (62,5%). Ces chiffres étaient sensiblement les mêmes concernant l'arrêt de ces molécules. En effet 63% des praticiens étaient confiants

lorsqu'il s'agissait d'arrêter un traitement antidépresseur, 61,2% un anxiolytique, et 56,3% un traitement hypnotique.

Les médecins qui se référaient aux guidelines dans leur démarche diagnostique n'étaient pas plus confiants dans leurs prescriptions que les autres ($p = 0,052$), et la participation récente à une formation sur la prise en charge des troubles mentaux n'augmentait pas leur confiance ni en l'initiation d'un traitement antidépresseur ($p=0,560$), ni d'un traitement anxiolytique ($p = 0,052$).

Initiation



Arrêt

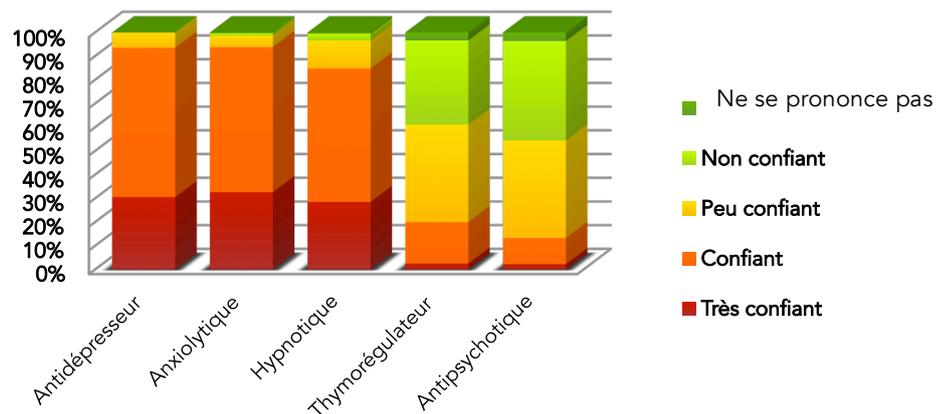


Figure 10. Confiance des praticiens en leurs prescriptions de psychotropes

A l'opposé, les médecins se montraient plus incertains lorsqu'il s'agissait d'évaluer leur gestion d'un traitement thymorégulateur et antipsychotique. Un peu moins d'1/3 d'entre eux n'étaient pas confiants dans l'initiation d'un traitement thymorégulateur (27,8%) ou

antipsychotique (33,7%). Ces chiffres étaient encore plus élevés concernant l'arrêt des mêmes molécules (respectivement 35,5 % et 41,9%).

Les médecins qui étaient peu confiants dans leurs compétences en matière d'initiation d'un traitement antipsychotique ou thymorégulateur adressaient plus souvent leurs patients au spécialiste pour recommandation de traitement que les autres (respectivement $p < 10^{-2}$ pour le traitement antipsychotique et $p < 10^{-3}$ pour le traitement thymorégulateur).

Ces résultats en matière de compétence thérapeutique sont cohérents avec les notes que les praticiens interrogés s'attribuent en matière de prise en charge des principaux troubles de la santé mentale rencontrés en médecine générale (*figure 11*).

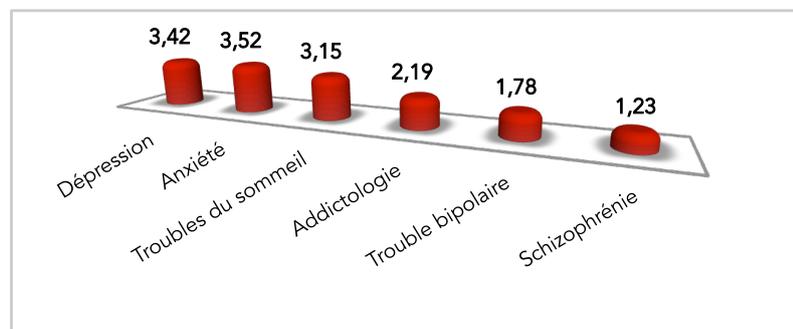


Figure 11. Evaluation des compétences en matière de prise en charge globale des principaux troubles mentaux rencontrés en médecine générale (note sur 5)

Les pathologies pour lesquelles ils s'estimaient les plus compétents étaient aussi les pathologies les plus rencontrées en médecine générale, celles pour lesquelles ils étaient le plus souvent les premiers interlocuteurs du patient, et les premiers initiateurs de thérapie médicamenteuse : dépression, anxiété, troubles du sommeil.

Les compétences en matière de prise en charge globale de la dépression et de l'anxiété n'étaient pas influencées par la participation récente à une formation dans le domaine des troubles de la santé mentale ($p=0,267$ pour la dépression, $p=0,373$ pour l'anxiété). Par contre, les médecins s'évaluant plus favorablement sur leur pratique de la psychothérapie étaient aussi plus compétents dans la prise en charge de la dépression ($p < 10^{-3}$).

4. Utilisation des outils diagnostiques

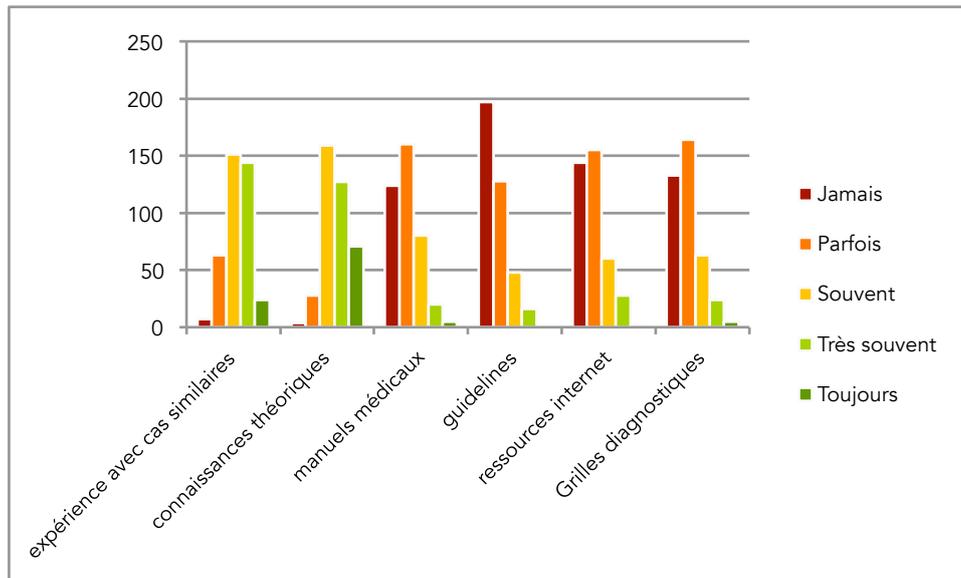


Figure 12. Utilisation des outils diagnostiques

Les deux ressources les plus utilisées au moment de poser un diagnostic de trouble de la santé mentale étaient les connaissances théoriques (souvent pour 40,9% des médecins, et très souvent pour 32,6%) et l'expérience avec des cas similaires (souvent pour 38,8% des médecins, très souvent pour 37%), paradoxalement non liée au nombre d'années d'exercice ($p=0,797$).

L'utilisation des connaissances théoriques dans l'établissement d'un diagnostic n'était pas liée à la participation dans les deux années précédentes à une session de formation sur les troubles de la santé mentale ($p=0,291$). C'était aussi le cas concernant l'utilisation des guidelines ($p=0,115$).

A l'inverse, les praticiens interrogés avaient très peu recours aux ressources externes pendant leur consultation. Un peu plus d'un tiers n'utilisait jamais les ressources internet (37%), ni les grilles diagnostiques (34,2%), et la moitié disait ne jamais se référer aux guidelines (50,6%). Les médecins qui avaient recours aux grilles diagnostiques avaient pourtant des durées de consultation plus courtes ($p = 0,013$). Les guidelines n'étaient pas plus utilisées par les jeunes médecins que par ceux ayant plus d'expérience ($p=0,198$), et la participation à une formation récente sur les troubles mentaux et leur prise en charge n'améliorait pas le recours à ce support ($p=0,115$).

Les manuels médicaux étaient parfois utilisés par 41,1% des médecins, et jamais utilisés par 31,9% d'entre eux.

5. Temps de consultation

Le temps de consultation moyen pour une consultation somatique était de 17,4 minutes. Moins de 5% des médecins déclaraient consulter pendant moins de 15 minutes (4,6%), et 43,4% consultait pendant 20 minutes ou plus. La moitié des médecins consultait pendant 15 à 19 minutes (51,9%).

Lorsqu'il s'agissait d'un motif psychiatrique, la consultation était généralement plus longue (rapport moyen de 1,7). En fait, elle n'était plus courte que pour 2 médecins, et aussi longue pour 20 d'entre eux (5,1%).

Elle était 3 fois plus longue pour 12 médecins, et jusqu'à 4 fois plus longue pour 1 des praticiens interrogés.

La durée moyenne de ce type de consultation était estimée à 29,4 minutes. Presque 1 médecin sur 5 passait 40 minutes ou plus avec le patient (18,3%).

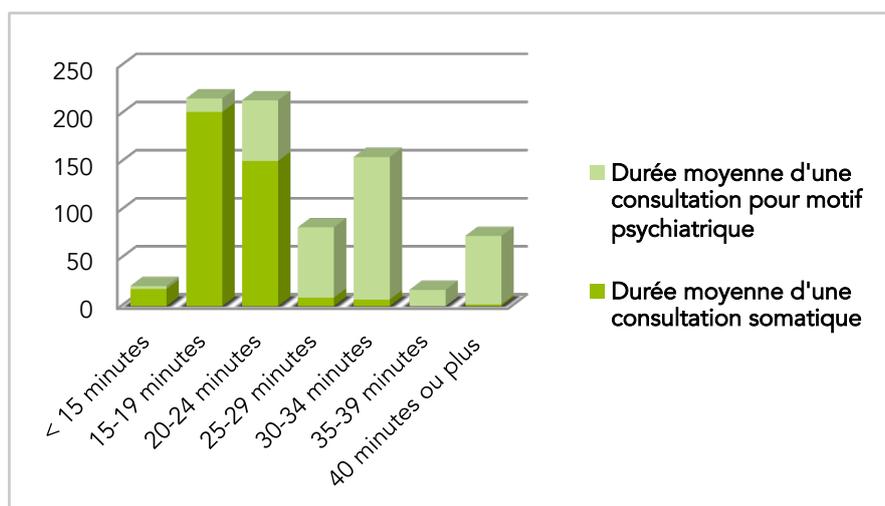


Figure 13. Temps de consultation

Les médecins s'évaluant le plus favorablement en matière de psychothérapie ou de conseil/éducation, étaient ceux qui avaient les durées de consultation pour motif psychiatrique les plus longues (respectivement $p < 10^{-4}$ et $p < 10^{-2}$).

6. Collaboration avec le spécialiste

Si plus de la moitié des médecins interrogés déclaraient adresser les patients au psychiatre aussi facilement qu'aux autres spécialistes (53%), ils étaient tout de même 41,4% à les adresser moins facilement. Seulement 3,3% les adressait plus facilement.

Parmi les motifs d'adressage les plus fréquents, on retrouvait la situation d'urgence (« toujours » pour 29,49% des médecins), le besoin d'aide au diagnostic (« très souvent » pour 27,69% des médecins), la nécessité d'un traitement spécialisé (« très souvent » pour 35,9% des médecins), et la limite estimée des compétences (« très souvent » pour 32,05% des médecins). (*figure 14*)

L'urgence était moins fréquemment un motif d'adressage pour les médecins ayant le plus d'années d'exercice ($p=0,022$). Il faut pondérer ce résultat en prenant en compte le fait que le nombre d'années d'exercice peut être considéré comme un facteur confondant avec le nombre de cas similaires vus. En effet, plus on pratique, plus on est confronté à des cas similaires, mieux l'on connaît ses patients, plus l'on s'aguerrit à la gestion de situations d'urgence. Les données de notre questionnaire ne permettent pas de répondre formellement à cette question.

Le manque de temps de consultation n'était jamais un motif de recours au spécialiste pour 42,56% des médecins. Par ailleurs, plus la durée de consultation pour motif psychiatrique était longue, moins les médecins semblaient adresser les patients aux structures spécialisées ($p < 10^{-2}$).

La demande du patient ou de l'entourage était parfois un motif d'adressage pour 46,67% des médecins, et souvent pour 30,26% d'entre eux.

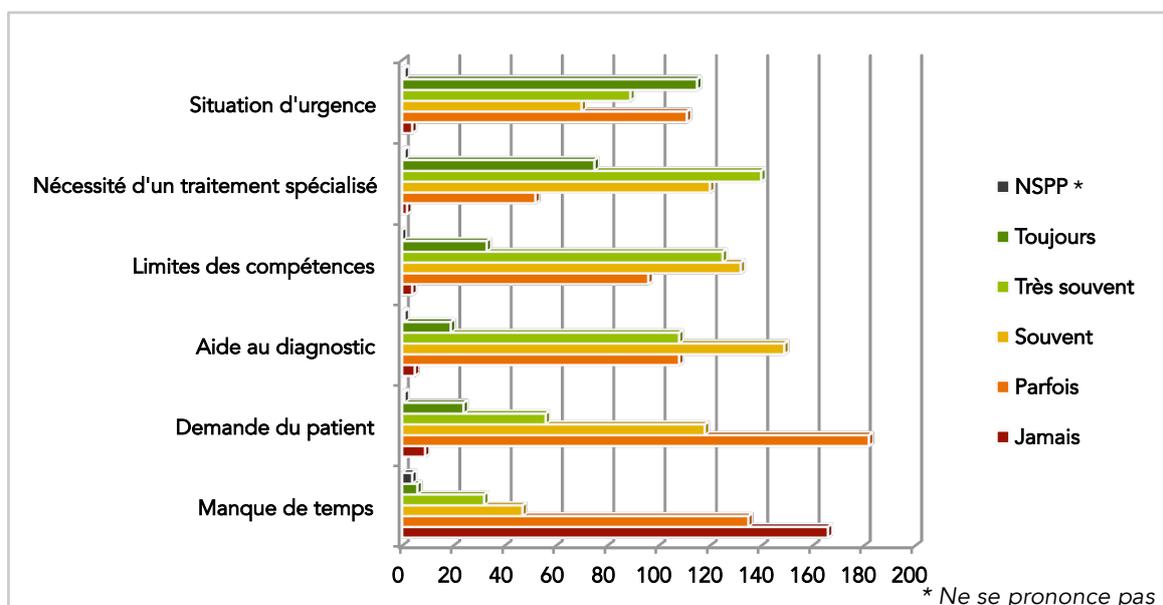


Figure 14. Motifs d'adressage au spécialiste

Les attentes en matière d'adressage étaient principalement une organisation de la prise en charge future (87,15%), une recommandation de traitement (83,80%), et un diagnostic (71,98%). 44,2% des médecins interrogés souhaitaient avoir des réponses sur ces trois points à la fois.

Seul un faible nombre de médecins souhaitait obtenir des informations sur l'histoire familiale et personnelle (18%).

Dans l'ensemble, la relation avec le monde de la psychiatrie était estimée comme peu satisfaisante, avec une note moyenne de 2,06 sur 5.

Cela ne semblait pas être lié à la gestion des urgences ($p=0,42$) ou l'organisation de la prise en charge future ($p=0,24$).

Elle semblait par contre dépendre en partie du lieu d'exercice ($p=0,031$). Les citadins étaient plus souvent satisfaits que les médecins ruraux. Les médecins remplaçants étaient plutôt mitigés, tandis que les médecins exerçant en milieu semi-rural avaient des avis divisés, voire même extrêmes.

Le plus fort lien entre la satisfaction des médecins généralistes concernant leur relation avec le monde de la psychiatrie était avec l'accès aux structures spécialisées : les médecins les plus insatisfaits étaient ceux qui considéraient la difficulté d'accès comme étant un

obstacle très fréquent de leur prise en charge des patients atteints de troubles de la santé mentale ($p < 10^{-10}$).

7. Suivi du patient

En matière de suivi, 96,4% des médecins étaient d'accord pour déclarer qu'il était de leur devoir de surveiller l'apparition ou l'évolution des comorbidités somatiques. Ils étaient 9 sur 10 à estimer que leur prise en charge ne devait pas se limiter au patient, mais qu'ils devaient aussi apporter du soutien à la famille et à l'entourage de ce dernier. Les médecins qui paraissaient les plus conscients de cet aspect de leur mission étaient d'ailleurs ceux qui incluaient le plus souvent la famille dans la décision d'adresser leur patient au spécialiste ($p < 10^{-2}$).

92% des médecins interrogés convenaient qu'il était de leur devoir d'assurer le suivi du patient conjointement avec le psychiatre, mais ils n'étaient que 24,4% à penser que partager ce suivi avec le spécialiste était aisé.

8. Obstacles rencontrés au cours de la prise en charge (*figure 15*)

L'obstacle rapporté le plus fréquemment était la difficulté d'accès aux soins spécialisés (« très souvent » pour 40% des médecins).

La surcharge de travail entraînée par la prise en charge de ce type de pathologie, et le fait que le patient soit réfractaire à la prise en charge spécialisée, étaient considérés comme des obstacles rencontrés « souvent » par respectivement 31,3% et 43,6% des médecins interrogés.

La surcharge de travail n'était ni liée au nombre de consultations par semaine ($p = 0,255$), ni au nombre de consultations pour motif psychiatrique par semaine ($p = 0,382$). Elle était par contre corrélée au temps passé à gérer les consultations pour motif psychiatrique :

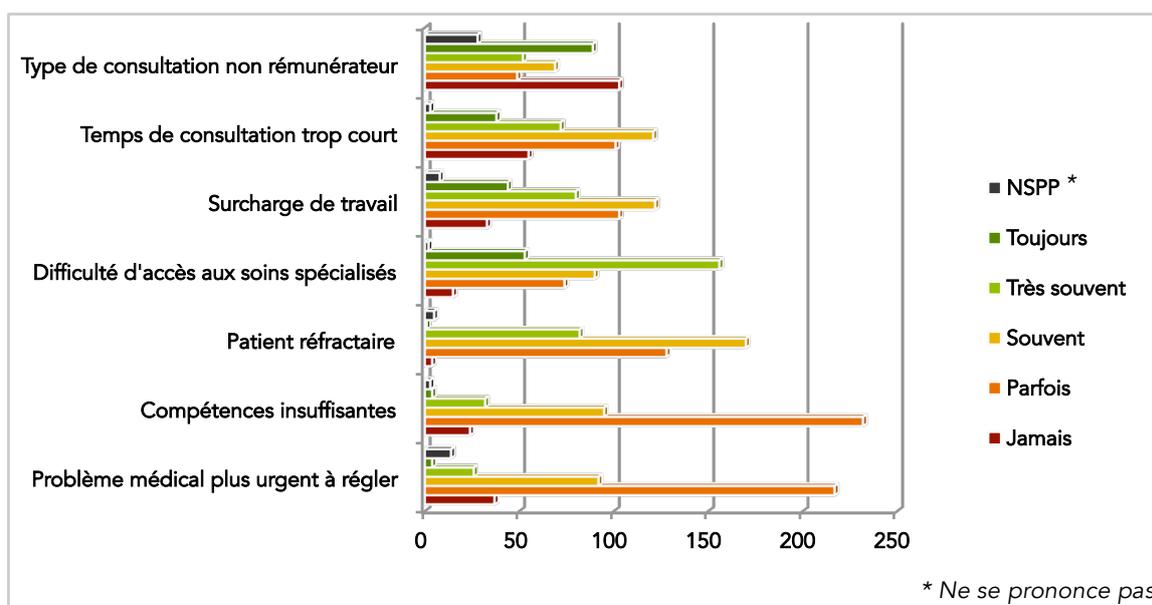


Figure 15. Principaux obstacles rencontrés au cours de la prise en charge du patient présentant un trouble de la santé mentale

plus le temps de consultation pour motif psychiatrique était supérieur au temps de consultation pour motif somatique, plus la pathologie psychiatrique était considérée comme plus lourde à gérer ($p < 10^{-3}$).

La position des praticiens était plus mitigée concernant la rémunération de ces consultations : presque 1/4 des médecins (22,8%) estimait que c'était toujours un obstacle à leur prise en charge. Ils étaient d'un autre côté à peine plus nombreux (26,41%) à trouver que ce n'était jamais un obstacle. C'était d'ailleurs l'élément pour lequel le plus de médecins ne se prononçaient pas (7,2%).

Les obstacles rencontrés le moins souvent étaient le manque de compétences (« parfois » pour 59,5% des médecins), et le fait qu'il y avait un problème médical plus urgent à régler (« parfois » pour 55,6% des médecins). Les médecins qui portaient un intérêt plus important à la pratique de la psychiatrie estimaient moins souvent que le problème médical était plus important à régler ($p < 10^{-3}$).

9. Besoins de formation

L'auto-évaluation assez positive de leurs compétences contrastait avec le fait que 75,6% des médecins interrogés (N = 294) pensait tout de même devoir améliorer leur démarche diagnostique ou leur prise en charge globale des patients atteints de troubles de la santé mentale. Les médecins ayant le plus d'années d'exercice étaient ceux qui pensaient le moins devoir progresser dans ce domaine ($p < 10^{-3}$). Et, assez logiquement, les médecins les moins confiants dans leurs capacités d'identification et de reconnaissance des troubles mentaux étaient ceux qui souhaitaient le plus s'améliorer en la matière ($p=0,030$).

De la même façon, 76,6% des généralistes étaient d'accord pour participer à des formations en vue d'améliorer leurs compétences. La participation récente à une formation concernant la prise en charge des troubles de la santé mentale influençait favorablement le souhait de participer à une nouvelle formation sur le sujet ($p < 10^{-2}$).

Dans les deux cas, environ 1 médecin sur 10 ne se prononçait pas.

Lorsqu'ils étaient interrogés sur les stratégies qu'ils aimeraient se voir proposer pour leur permettre de rester à jour dans leurs connaissances dans le champ de la santé mentale, les médecins s'orientaient à une grande majorité (81,75%) vers les programmes formels de formation médicale continue, loin devant la formation individuelle (39,07%) et le matériel éducatif en tout genre (37,28%). (*figure 16*)

L'évaluation des compétences (auto et hétéro évaluation) et le recours aux guidelines n'intéressaient chacun qu'environ 1 médecin sur 5.

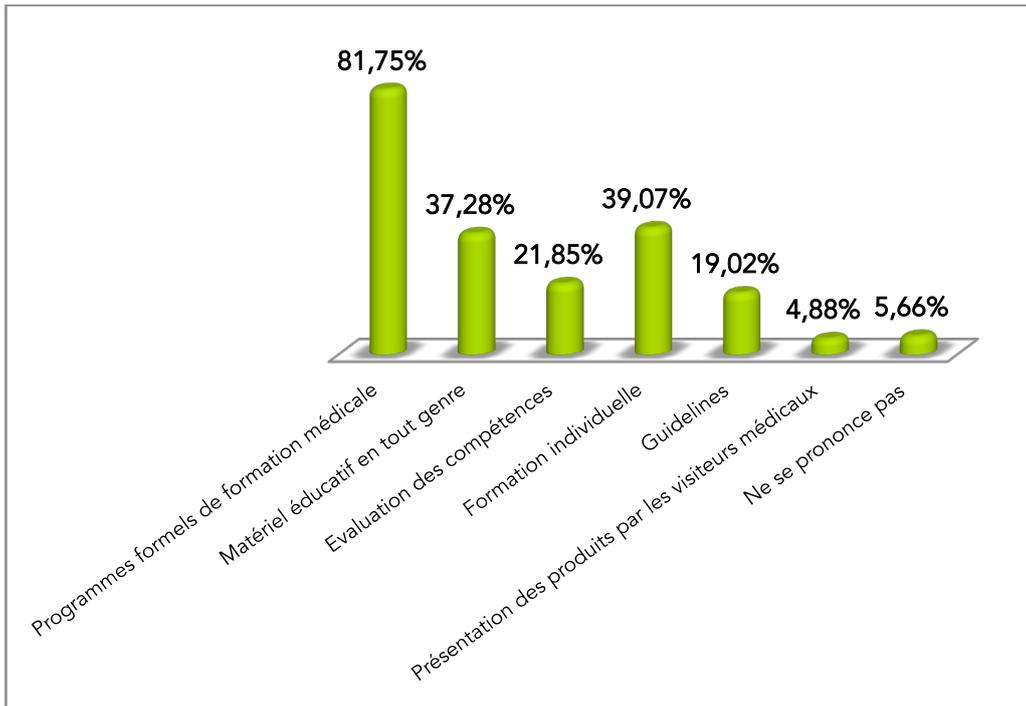


Figure 16. Supports de formation envisagés pour la mise à jour des compétences dans le domaine de la santé mentale

DISCUSSION

1. Résumé des principaux résultats et comparaison avec les données de la littérature

Notre étude retrouvait une prévalence moyenne des consultations pour motif psychiatrique de 11,62 % par semaine. Cette valeur semble faible par rapport aux autres travaux vus dans la littérature qui évaluent plutôt cette prévalence entre 1/3 et 1/4 des consultations du médecin généraliste. Néanmoins une étude réalisée en 2000 en Europe retrouvait un chiffre similaire au notre (12,9%) pour la cohorte française (112).

66,1% des médecins déclaraient s'intéresser à la pratique de la psychiatrie. Ce taux est plus élevé que dans les autres études que nous avons pu voir (4). L'intérêt était lié avec une plus grande valorisation du rôle du médecin généraliste dans le domaine de la santé mentale ($p < 10^{-6}$), et avec une meilleure évaluation des compétences ($p < 10^{-3}$).

Le reste de nos résultats concorde avec les données de la littérature actuelle :

- le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles mentaux était très valorisé par les médecins participants : 25,7% estimaient que le médecin généraliste exerçait un rôle primordial, et 38,6% que ce rôle était très important. Ce résultat est cohérent avec une autre enquête réalisée en 1999 en Meurthe-et-Moselle (113).

- 62,5% des médecins interrogés avaient confiance en ses capacités de détection des troubles de santé mentale et la note moyenne concernant les compétences diagnostiques était de 3,09/5. Ces chiffres rejoignent toutes les études sur le sujet, les médecins ayant tendance, en France comme à l'étranger, à ne pas rapporter de difficulté particulière dans leur démarche diagnostique (4) (108).

- la compétence la moins bien notée était celle relative à la psychothérapie (2,12/5). Un travail publié en 2010 s'intéressant à la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires dans le Nord-Ouest de la France rejoint notre résultat en montrant que les médecins étaient conscients de leurs insuffisances de compétences, notamment dans le domaine de la relation d'aide (114).

- en matière de prise en charge médicamenteuse, la note restait correcte (2,75/5). Si les médecins semblaient être sereins quant à la prise en charge des principales pathologies mentales retrouvées en médecine générale (dépression, anxiété, troubles du sommeil), ils étaient beaucoup moins confiants dans leurs prescription de thymorégulateurs et

d'antipsychotiques, et s'évaluaient moins favorablement concernant leur prise en charge de la maladie bipolaire (1,78/5) et de la schizophrénie (1,23/5). L'étude réalisée auprès de médecins de Meurthe-et-Moselle citée plus haut retrouvait la même tendance (113).

- les consultations pour plainte psychiatrique étaient en moyenne 1,7 fois plus longues que celles pour plainte somatique, ce qui va dans le sens d'études sur la durée de consultation en fonction du motif amenant à consulter retrouvant le même résultat (115).

- les médecins notaient défavorablement leur relation avec le monde de la psychiatrie (2,06/5), et étaient 41,4% à adresser plus difficilement leurs patients aux psychiatres qu'aux autres spécialistes. La complexité de la relation entre médecins généralistes et psychiatres, ainsi que les difficultés ressenties par les omnipraticiens pour accéder aux soins spécialisés en psychiatrie est largement décrite dans la littérature et confirme les données retrouvées dans notre étude (88) (113). Les motifs d'adressage les plus fréquents étaient la situation d'urgence et la nécessité d'un traitement spécialisé. Les principales attentes étaient une organisation de la prise en charge future et une recommandation de traitement.

- les médecins interrogés utilisaient principalement leur expérience et leurs connaissances théoriques pour établir un diagnostic et se référaient très rarement aux ressources externes. La formation n'influçait ni le recours aux guidelines et aux grilles diagnostiques, ni les compétences en matière thérapeutique. Nous n'avons pas retrouvé de travail étudiant spécifiquement l'interaction entre ces deux paramètres, mais ce résultat semble par contre confirmer les différentes études que nous avons pu voir établissant le peu d'impact des formations sur les pratiques médicales (110).

Dans ce travail, 92,3% des médecins n'avaient pas de formation complémentaire en psychiatrie, et seulement 37% avaient participé à des sessions de formation sur la santé mentale au cours des deux dernières années. 75,6% des médecins souhaitaient améliorer leurs compétences et se tournaient principalement vers la formation médicale continue pour le faire. En France, il existe un manque de données permettant d'évaluer les pratiques des médecins en matière de formation, ainsi que leurs attentes, leurs besoins et leurs difficultés et sur ce point précis, nous n'avons pas retrouvé d'élément de comparaison.

2. Intérêt et limites de l'étude

a. Intérêt

Il s'agit d'une étude transversale descriptive nationale, incluant des médecins généralistes de 24 départements français.

Cette étude interroge directement les médecins généralistes de 24 départements différents, dans le but de dresser un état des lieux global de la prise en charge des troubles mentaux en médecine générale en France. Elle traite à la fois de la formation des praticiens, mais aussi des compétences estimées, ainsi que des difficultés rencontrées dans la pratique habituelle. Elle s'intéresse particulièrement à la collaboration avec les structures spécialisées, et cherche à mettre en lumière des besoins de formation éventuels, et des axes d'amélioration des pratiques médicales.

Les caractéristiques des médecins ayant répondu semble représentatif de la population source de par leurs caractéristiques socio-démographiques comparées avec celles de l'Atlas de Démographie Médicale 2017 du Conseil National de l'Ordre des Médecins (116).

Le caractère anonyme de notre questionnaire permettait de limiter un éventuel biais de déclaration, et permettait une grande honnêteté dans les réponses.

b. Limites

Il faut d'abord prendre en compte le recrutement des participants à notre étude, basé sur un échantillon de volontaires, et non un échantillon tiré au sort. Les données de prévalence doivent donc être interprétées avec prudence.

De plus elle est basée sur le ressenti des médecins. Les réponses, en termes quantitatifs, ne sont donc pas forcément le reflet de la réalité. D'ailleurs, quelques médecins

participants ont regretté l'absence d'ouverture de certaines questions, particulièrement celle relative à la note attribuée à la relation avec le monde de la psychiatrie, et auraient préféré des espaces de « commentaires libres » pour s'exprimer plus précisément et développer leurs arguments sur ce sujet.

Il faut ensuite évoquer le faible taux de participation : moins de 15%. L'échantillon reste de taille convenable. Mais, cela associé au sujet de l'étude, et au temps de remplissage pouvant être considéré comme assez long pour un questionnaire en ligne, a pu entraîner un biais lors de la sélection : il est probable que les médecins ayant participé avaient un intérêt plus important pour la psychiatrie. En effet, 66,1% des médecins répondants annonçaient avoir un intérêt particulier pour la pratique de la psychiatrie, ce qui semble être supérieur aux données recueillies dans d'autres études (4). D'autres hypothèses sur les motifs de non-participation peuvent être avancées : surcharge de travail et manque de temps à consacrer aux études en ligne, mauvaise expérience avec la prise en charge de patients atteints de troubles de la santé mentale, ou de collaboration avec les structures spécialisées.

3. Pistes de réflexion

Les résultats de notre étude, combinés aux lectures réalisées dans le cadre de la préparation de cette thèse, nous permettent de formuler quelques hypothèses pour améliorer la prise en charge des troubles mentaux en soins primaires :

a. Renforcer la place de la psychiatrie dans la pratique de la médecine générale

- **Susciter de l'intérêt pour la discipline**

Notre travail montre que seule une minorité de médecins généralistes cumule intérêt pour la psychiatrie et formation antérieure.

Pourtant l'intérêt pour la psychiatrie reste logiquement lié à la participation récente à des sessions de formation sur la gestion des troubles mentaux d'une part, et à l'évaluation des compétences en matière de prise en charge des patients atteints de troubles mentaux d'autre part.

Plus généralement, l'intérêt semble être le point de départ d'une dynamique au sein de laquelle le médecin généraliste qui décide de se former à une pratique qui l'intéresse aura envie de se former à nouveau. Plus il est formé, plus il est confiant en ses capacités, qui apparaissent meilleures comme le montre notre étude. C'est ce que Bandura appelle l'«auto-efficacité» : le sentiment d'auto-efficacité constitue la croyance qu'a un individu en sa capacité de réaliser une tâche. Plus grand est le sentiment d'auto-efficacité, plus élevés sont les objectifs qu'il s'impose et son engagement dans leur poursuite (117).

Une des explications avancée concernant ce manque d'intérêt pour la santé mentale est la vision relativement pessimiste que certains médecins ont des pathologies mentales, altérant ainsi leur volonté de s'investir plus activement dans la formation d'une discipline qu'ils ne souhaitent pas réellement maîtriser (118). Dès lors, il apparaît primordial de comprendre pourquoi certains médecins sont intéressés par la psychiatrie et d'autres non, afin de déterminer les actions à mettre en place pour stimuler cet intérêt et motiver la participation à des sessions de formations.

Notre étude ne permet pas de répondre à cette interrogation, et c'est à notre avis un sujet à traiter dans de futurs travaux.

- **Améliorer la formation des médecins généralistes**

Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles de la santé mentale est plutôt valorisé par les médecins ayant répondu à notre questionnaire.

De même chez les médecins non attirés par la prise en charge de ce type de patients, la psychiatrie semble s'imposer toutefois comme une spécialité avec laquelle il faut réussir à composer fréquemment dans la pratique quotidienne.

Notre étude montre clairement que les médecins généralistes sont peu formés dans le domaine de la santé mentale, que ce soit durant leur cursus universitaire ou dans le cadre de la formation médicale continue. Nous ne les avons pas interrogés sur leur satisfaction quant à la formation qu'ils avaient reçue pendant leur cursus, mais d'autres études françaises établissent que la plupart des médecins généralistes estiment que leur formation est absente ou inadaptée (113).

Tous les rapports censés établir un état des lieux des pratiques des médecins (généralistes et spécialistes) en matière de santé mentale à l'échelle nationale pointent du doigt ce problème (82)(119)(11).

Des solutions sont proposées et certaines concernent les médecins généralistes :

- améliorer la formation initiale en incluant dans la maquette de médecine générale un stage en service de psychiatrie.

L'enseignement de la psychiatrie doit passer par un apprentissage auprès du patient. Malheureusement la carence actuelle en terrains de stage en service psychiatrique ne le permet pas le plus souvent, et contraint donc à envisager une modification des stratégies d'enseignement théorique et de leur contenu. C'est ce que préconise l'Association pour l'Enseignement de la Sémiologie Psychiatrique (AESP)¹⁶ qui incite à l'utilisation de médias innovants comme les cas cliniques vidéo pour sensibiliser les étudiants à la sémiologie psychiatrique. A propos de la communication entre le patient et le médecin par exemple, fondamentale dans toutes les spécialités, mais très soutenue en psychiatrie, des études ont montré que les compétences en matière de communication du médecin pouvaient affecter le déroulement de la consultation, jusqu'à même influencer le devenir du patient (120)(121) en terme d'observance thérapeutique, et d'évolution de la pathologie (durée de l'épisode, nombre de rechutes). Ces techniques nécessitant de la pratique et du suivi de consultations auprès des maîtres de stages, l'enseignement théorique était évidemment insuffisant.

¹⁶ Site internet www.asso-aesp.fr/

- rendre la formation médicale continue plus efficace et plus attractive en modifiant ses modalités.

Nombreuses sont les publications qui montrent le faible impact de la formation médicale continue, même volontaire, sur la modification des pratiques médicales. Cela est vrai dans d'autres domaines que la psychiatrie. Une revue de la littérature portant sur 3000 articles concernant la période 1992-1996 (122) montre qu'il n'y a pas de preuve d'efficacité d'actions formelles de formation médicale continue, et que mêmes les méthodes « dites » les plus efficaces (« audit-feedback », c'est-à-dire la discussion de la pratique avec un collègue ou dans un groupe) ont un impact cliniquement et chronologiquement limité.

Nos résultats vont dans ce sens : la participation récente à une formation dans le domaine de la psychiatrie ne modifiait pas le recours aux connaissances théoriques ou aux guidelines, et n'influçait pas non plus la confiance des médecins dans leurs prescriptions médicamenteuses.

Nous avons été surpris de constater que $\frac{3}{4}$ des médecins de notre étude souhaitait améliorer ses compétences diagnostiques et de prise en charge des patients atteints de troubles de la santé mentale, alors qu'ils s'évaluaient assez favorablement en matière d'identification et de reconnaissance des troubles mentaux (presque $\frac{2}{3}$ s'estimait « confiant » ou « très confiant »), et se notaient largement au dessus de la moyenne concernant la prise en charge globale de la dépression (3,42/5), de l'anxiété (3,52/5) et des troubles du sommeil (3,15/5). Ces pathologies représentant les troubles mentaux les plus rencontrés en médecine de ville, une explication possible serait que les médecins voulaient se former sur ces pathologies parce qu'ils y étaient fréquemment confrontés. Ils étaient d'ailleurs beaucoup moins confiants lorsqu'il s'agissait de la prise en charge des troubles bipolaires et de la schizophrénie, ainsi que dans le maniement des thymorégulateurs et neuroleptiques, étant pourtant le traitement le plus adapté aux situations d'urgence, auxquelles ils seraient régulièrement confrontés pour plus des $\frac{2}{3}$ d'entre eux (113).

Il semble par ailleurs nécessaire de préciser que les données de notre étude sont basées sur le ressenti des médecins, et non sur des données objectives. Dès lors, les compétences rapportées sont celles ressenties par les médecins, et non leurs compétences « réelles ». Ces paramètres discorderaient le plus souvent, comme le montre la littérature sur le sujet

(108)(123)(103). Les médecins auraient tendance à s'évaluer plutôt favorablement, ce qui pourrait expliquer l'échec des campagnes de formation : la majorité des médecins s'estimant compétent dans la gestion des troubles mentaux, les formations sur le sujet éveillent peu d'intérêt et donc peu de motivation. Une enquête réalisée en Tunisie en 2002 montrait d'ailleurs que 44% des médecins estimaient le contenu administré lors des sessions de formation comme non concordant avec leurs besoins spécifiques en la matière (124).

Il paraîtrait pourtant que l'efficacité de la formation médicale continue puisse être améliorée si ses modalités étaient revisitées et modifiées. Selon la revue de la littérature citée plus haut (122), la diffusion simple de matériels éducatifs (y compris les recommandations cliniques) n'a pas d'impact sur la pratique médicale. Ce média n'était d'ailleurs retenu que par un tiers des médecins que nous avons interrogés. L'étude menée par *P. Chantillon et R. Jones* conforte cette conclusion (110) : les méthodes les plus efficaces sont celles où l'enseignement est intégrable à la pratique clinique, les réunions interactives et les stratégies impliquant des interventions multiples. La qualité de l'intervenant est bien entendu un facteur à prendre en compte dans la réussite d'une session de formation. Bien souvent les médecins généralistes sont formés par des spécialistes d'organes, et les recommandations délivrées semblent bien éloignées des cas rencontrés lors de la pratique quotidienne. Alors qu'il pourrait en être autrement : une étude a montré que de bons pédagogues, même sans formation psychothérapeutique spécifique, pouvaient obtenir des résultats comparables à ceux de thérapeutes formés (125). Bien que le caractère pluri-professionnel de ces formations doit être encouragé, afin de lutter contre le cloisonnement existant actuellement entre médecine générale et service spécialisé, peut-être faudrait-il y développer les interventions des spécialistes en médecine générale, ce qui permettrait d'adapter le message pédagogique aux attentes spécifiques des médecins généralistes, et de se rapprocher de leurs besoins de manière plus efficace.

D. Davis et al insistent par ailleurs sur l'importance de la démarche active d'étude de l'élève (126) dans l'efficacité de la formation. Cela semble assez logique. La question suivante se pose alors : qu'est-ce qui détermine le besoin de formation chez le médecin à un moment donné ? Dans un travail publié en 1996, *Armstrong et al* rapportent trois situations de

besoin de formation différentes (127) : le seuil d'évidence (prise de conscience qu'une formation est devenue nécessaire), l'événement critique qui révèle une carence (situation clinique au cours de laquelle le praticien est confronté à son manque de compétence et à ses conséquences éventuelles), et la mise à jour permanente. En effet, chacun n'éprouve pas les mêmes besoins de formation au même moment, et il semble indispensable que le médecin puisse accéder à la formation qu'il souhaite au moment où elle lui est nécessaire.

Une étude réalisée en Israël en 2002 s'interrogeant sur la manière d'améliorer la satisfaction des médecins généralistes à propos de la formation médicale continue montre l'intérêt d'un nouveau modèle de formation, le modèle « participatif » (128). Il s'agissait de proposer aux médecins d'évaluer leurs besoins de formation spécifiques dans un domaine déterminé, de préparer des questions éventuelles en lien avec le sujet intégré dans leur pratique quotidienne, et d'assister ensuite à une session de formation en présence d'un expert capable de répondre à ces interrogations. Notre modèle de DPC¹⁷ actuel s'oriente vers cela avec une phase de recueil de données sur un thème, la rédaction d'une situation clinique sur ce thème de formation, puis une phase présentielle avec échanges et expertises et parfois même une phase post-formation avec évaluation, et analyse de l'impact sur l'évolution des pratiques.

Quoiqu'il en soit, les médecins ayant répondu à notre questionnaire se reposaient à 81,75% sur la formation médicale continue pour mettre à jour leurs connaissances et leurs compétences dans le domaine de la santé mentale. C'était de loin le moyen le plus plébiscité. D'ailleurs, selon une enquête de l'IRDES datant de 2009 (129), les médecins consacraient environ 4,5 heures par semaine à leurs activités de formation, ce qui n'est pas négligeable. Cela étant dit, il apparaît nécessaire d'améliorer les modalités de délivrance de cette formation afin d'améliorer la participation, l'efficacité, les pratiques et la prise en charge des patients. Le but final restant bien entendu la qualité des soins apportée aux patients.

¹⁷ Développement Personnel Continu

- favoriser la diffusion des recommandations de bonne pratique auprès des médecins généralistes.

Dans le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 déjà, une des pistes d'action visant à améliorer la prise en charge des troubles mentaux, notamment en médecine générale, était la diffusion à l'attention des omnipraticiens, de fiches de bonne pratique devant faciliter la démarche diagnostique du médecin généraliste confronté lors de sa consultation à un trouble de la santé mentale. Cet objectif est repris dans le Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015. Ces fiches devaient être distribuées aux médecins par les visiteurs médicaux lorsqu'ils venaient présenter de nouveaux traitements. Le « Programme Psychiatrie et santé mentale » de l'HAS¹⁸, qui s'articule autour de trois axes : prise en charge de la dépression, parcours des personnes en situation de handicap psychique, droits et sécurité en psychiatrie, n'a débouché que sur 4 fiches de recommandations de bonne pratique. Si l'une concerne la prise en charge de la dépression et devait être diffusée au cours du troisième trimestre de cette année, aucune ne concerne la prescription d'anxiolytiques ou d'hypnotiques, pourtant prescrits de façon inadéquate dans 40% des cas en 2000 (130), ou la pédopsychiatrie.

En outre, comme nous l'avons montré plus haut, ce support ne semble pas être le plus efficace pour faire évoluer les pratiques des médecins généralistes, qui selon notre étude étaient un sur deux à ne jamais se référer aux recommandations de bonne pratique lorsqu'ils devaient établir un diagnostic.

- mieux informer les médecins généralistes sur l'organisation des structures spécialisées, et organiser des formations pluri-professionnelles

Un des facteurs le plus souvent impliqué dans les difficultés de communication entre les médecins généralistes et les psychiatres est la méconnaissance des structures de soins psychiatriques par les médecins généralistes, et notamment les notions de CMP et de secteur psychiatriques, concepts plutôt opaques pour la plupart des omnipraticiens(131). Rappelons tout de même que l'obstacle le plus souvent rencontré par les médecins de notre étude est la difficulté d'accès aux structures spécialisées. Afin d'atténuer cette

¹⁸ Consultable sur https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has

barrière relationnelle, l'une des pistes avancées est l'élaboration de rencontres pluri-professionnelles, que ce soit en termes de groupes de réflexion afin de faire découvrir la notion de parcours de soins en santé mentale et le fonctionnement du secteur en psychiatrie, ou bien de missions de développement professionnel continu communes. En effet, ces formations pourraient être bénéfiques aux médecins généralistes, qui auraient une vision plus nette du réseau de soins vers lequel ils adressent leur patient, mais elles bénéficieraient tout autant aux spécialistes, très peu au fait des pratiques courantes en médecine générale (si la formation actuelle des psychiatres prévoit deux stages de six mois hors psychiatrie, les étudiants choisissent à 90% des terrains de stage en lien avec la neurologie(132). Très peu découvrent donc la médecine générale, les contraintes liées à son exercice et surtout les besoins et attentes en matière de recours spécialisé). Testée dans d'autres spécialités cette expérience s'est révélée plutôt positive(133).

b. Rompre l'isolement du médecin généraliste

- **Mieux répartir les professionnels de santé sur le territoire**

La loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST) de juillet 2009 a pour but notamment d'améliorer la répartition territoriale de l'offre de soins et donc de lutter contre les inégalités en matière de santé. Pour cela elle privilégie une gouvernance régionale afin de répondre de la manière la plus adaptée aux besoins locaux de la population. Les Agences Régionales de Santé (ARS) constituent l'incarnation de cette gouvernance « locale ». En matière de psychiatrie, leur rôle a été renforcé par la loi du 5 juillet 2011. Cette instance a un rôle de coordination des différentes offres de soins disponibles, que ce soit dans le cadre de l'urgence psychiatrique, ou dans le cadre du suivi au long cours des patients atteints de troubles mentaux, ainsi que de leurs proches.

Pourtant, cette mission de service public de proximité inhérente à la psychiatrie n'est pas explicitée en tant que telle dans la loi HPST, l'unique mission de service public identifiée étant l'autorisation de certains établissements à délivrer des soins sans consentement.

Les secteurs sont par ailleurs décriés, l'accès au soin n'est pas amélioré et la coordination entre les différents intervenants n'est pas efficace. En effet, leur création entraine initialement dans une philosophie visant à renforcer l'offre de proximité, d'améliorer la coordination des soins en délimitant le champ d'action des établissements et des médecins « de terrain », d'assurer la continuité des soins allant de la prévention à la réinsertion, en prenant en charge aussi bien le patient que sa famille. En pratique, le découpage semble fondé sur des considérations géographiques plus que sur les besoins de la population. La répartition du système de soins n'est pas égalitaire, notamment en matière d'équipements hospitaliers dont le nombre de lits est extrêmement variable d'un secteur à un autre. Le mode de traitement est variable lui aussi, le patient étant contraint à une hospitalisation dans l'établissement « de son secteur », dont la prise en charge peut varier d'un établissement à un autre selon les pratiques médicales de l'équipe en place. Enfin si la création de la prise en charge extra-hospitalière a permis une prise en charge plus globale du patient, elle aurait aussi entraîné une « scission entre les équipes médicales » (134) : le traitement somatique des troubles psychiques serait réalisé à l'hôpital, réservant la prévention et l'accompagnement du patient en vue d'une réinsertion aux équipes extra-hospitalières.

Ils doivent d'ailleurs être « rénovés » dans le cadre du projet territorial de santé mentale, afin de « *privilégier l'inclusion sociale, en renforçant les moyens humains et financiers.* »(135)

La pénurie de médecins actuelle, généralistes et spécialistes d'organes, surtout problématique dans les régions isolées, est bien entendu un élément déterminant de l'accès aux soins.

Une revue de la littérature ayant pour but de mettre en lumière les meilleures stratégies pour lutter contre les disparités régionales en comparant celles déjà testées au niveau international (136) montre que les actions les plus efficaces sont en rapport avec la formation : « *les mesures éducatives doivent être basées sur une sélection de candidats sur profil et doivent tendre à fournir une formation adaptée aux futures conditions d'exercice, avec un suivi des candidats pendant leurs études et après leur installation.* »

3 périodes doivent être particulièrement ciblées, et faire l'objet d'actions spécifiques :

- la période de la formation initiale.

Depuis plusieurs années la France a décidé d'augmenter régulièrement le numerus clausus régissant le concours d'accès aux études médicales pour augmenter le nombre de médecins présents sur le territoire. Déjà testée dans d'autres pays, cette mesure n'a qu'une influence modérée sur la réduction des inégalités territoriales à court terme, et même très faible à long terme.

Les mesures incitatives financières à l'attention des étudiants en médecine s'engageant à s'installer en zone de pénurie d'une part (Contrat d'Engagement de Service Public) et d'autre part à l'attention des médecins décidant de s'installer dans ces zones sous-dotées (statut de Praticien Territorial de Médecine Générale) ont elles aussi déjà été tentées à l'étranger. Et, de la même façon, ont un impact positif uniquement à court terme. Elles ont par ailleurs un coût non négligeable. C'est d'ailleurs ce que confirme l'Atlas de la Démographie Médicale 2017 (116) : même si le nombre de bénéficiaires de ces mesures incitatives augmente régulièrement depuis leur création, il reste très faible et la quasi-totalité des nouvelles installations de médecins généralistes a lieu hors des zones de pénurie.

D'autres mesures portant sur le recrutement des étudiants et le contenu de la formation dispensée ont été développées dans les pays anglo-saxons principalement. Une des hypothèses évoquée était que les étudiants venant de zones déficitaires étaient plus à même de s'y installer pour exercer, et l'idée était de privilégier ces profils au moment du recrutement. Les résultats étaient assez prometteurs. L'adaptation de la formation avec la création de cursus spécifiques enseignant les particularités de l'exercice en zone déficitaire, ou la localisation préférentielle des terrains de stage dans ces zones particulières était moins efficace, et n'y favorisait pas forcément l'installation à la fin de la formation.

- la période du recrutement (arrivée sur le marché du travail).

Les méthodes de coercition administrative visant à limiter l'installation des médecins dans les zones considérées comme étant « sur dotées », ou celles concernant l'installation de médecins étrangers pour pallier au déficit démographique n'ont pas permis de rendre les zones déficitaires plus attractives.

- **la période du maintien ou de la rétention des professionnels sur un territoire.**

C'est l'objectif le plus difficile à atteindre.

Les incitations financières à l'installation ou à la rétention, que ce soit en revalorisant la rémunération des médecins exerçant en zone de pénurie ou en aidant au financement des investissements nécessaires à s'y installer n'ont qu'une influence très faible à court terme, et leurs coûts sont élevés.

Le développement des maisons médicales pluri-professionnelles semble être une solution à envisager pour attirer les jeunes médecins, la pratique solitaire en cabinet devenant de plus en plus obsolète. Ces dispositifs se développent, mais leur localisation géographique ne semble pas toujours pertinente. Et le recul n'est pas encore suffisant pour pouvoir déterminer précisément leur impact sur l'amélioration du maillage territorial (137).

Un autre phénomène à remarquer est la **fuite des jeunes diplômés vers le salariat**. C'est ce que montre l'Atlas de Démographie Médicale 2017 (116) : lors de la première inscription à l'Ordre, 64,2% des médecins privilégient l'exercice salarié, 21,3% une activité de remplacement, et 12,1% exercent en secteur libéral ou mixte. Cette dynamique est amorcée depuis déjà plusieurs années, et concerne toutes les spécialités, même les plus lucratives, établissant un fait assez clair : ce n'est pas la recherche d'une meilleure rémunération qui pèse dans le choix du mode d'exercice, mais bien autre chose. La recherche d'une meilleure qualité de vie, avec un exercice libéral considéré alourdi par le poids des problèmes d'organisation du travail et des charges administratives.

Il ne semble donc pas exister de « remède miracle » pour lutter contre la mauvaise répartition des professionnels de santé sur le territoire, en France comme ailleurs.

Toutefois les études sur le sujet s'accordent sur l'importance de la **gouvernance locale**, délivrant des **soins de proximité** adaptés à la population à laquelle elle s'adresse, de **manière coordonnée et réévaluée régulièrement**.

- **Améliorer la collaboration avec le monde de la psychiatrie**

La difficulté de collaboration entre les médecins généralistes et le monde de la psychiatrie est un sujet très fréquemment étudié, et il est établi que c'est un obstacle à une prise en charge optimale des troubles mentaux en médecine générale.

Nous ne sommes donc pas surpris par les résultats de notre étude qui confirment cet état de fait. Cela étant dit, il faut bien comprendre que ce qui est remis en question est la disponibilité des structures spécialisées, et en aucun cas les compétences de ces dernières. Le commentaire suivant, reçu par mail de la part d'un médecin généraliste, en complément de ses réponses à notre questionnaire, semble bien résumer la situation :

« Pour ce qui est de la « satisfaction des relations avec les pysys », j'ai mis « pas satisfaite », mais c'est pas une histoire de qualité des interlocuteurs, plutôt de disponibilité absolument catastrophique des psychiatres et CMP¹⁹ (2 ans et demi pour avoir rendez-vous au CMP enfant / adolescent de mon secteur, et les psychiatres libéraux ne prennent plus de nouveau patient) et de prise en charge des consultations chez les psychologues, que ne peuvent pas se permettre les patients. Pour moi c'est LE gros point noir de la prise en charge actuelle des patients souffrant d'un trouble de la santé mentale. »

Cette insatisfaction dans la relation aboutit in fine à une confusion, voire même un conflit entre les intervenants, car la responsabilité de la prise en charge n'est pas clairement définie (incompréhension, désaccord sur la thérapeutique notamment médicamenteuse).

Elle peut par ailleurs entraîner une réticence à s'occuper de ce type de patient, qui exprime pourtant une plus grande satisfaction quand le médecin généraliste continue à assurer une partie de la prise en charge conjointement avec le spécialiste (138).

Le suivi chronique pourrait également être amélioré. Si la plupart des médecins que nous avons interrogés estimait qu'il était de leur devoir d'assurer le dépistage des comorbidités

¹⁹ Centre Médico-Psychologique

liées aux pathologies mentales et à leurs traitements médicamenteux spécifiques, ils étaient très nombreux à penser qu'assurer le suivi conjoint avec le spécialiste n'était pas chose aisée. On peut s'interroger sur la capacité du médecin généraliste à se concentrer plus particulièrement sur la partie « somatique », rôle qui semble lui incomber en majeure partie, et y être plus efficace, s'il avait le sentiment de pouvoir se reposer sur les structures spécialisées pour lui fournir des outils et surtout des conseils quant à l'aspect purement psychologique de la prise en charge. D'ailleurs, lorsque ce suivi est structuré dans une démarche de partenariat, le nombre de ré-hospitalisations du patient est moins importante (139).

Il existe heureusement plusieurs axes d'amélioration :

- comme nous l'avions évoqué plus haut, **l'amélioration de la formation** par l'organisation de sessions de **formation communes**. Il semble en effet logique de penser que la qualité de la collaboration réside en grande partie dans la qualité de la relation entre les intervenants. Ces formations auraient donc pour but de renforcer les connaissances des médecins généralistes sur l'organisation des soins psychiatriques et sur leurs futurs interlocuteurs éventuels, et celle des psychiatres sur la dimension psycho-sociale et relationnelle inhérente à la pratique de la médecine générale, afin de mettre en avant la nécessaire **complémentarité** des deux prises en charge, et de développer un **langage commun** permettant évidemment d'améliorer la communication. Ce type de formation a prouvé sa supériorité en terme de satisfaction des médecins participants et d'impact sur la pratique clinique par rapport aux sessions de formation uniquement destinées aux médecins généralistes, censées principalement améliorer leurs capacités à assurer le suivi des patients présentant des troubles mentaux, et leurs compétences en matière d'adressage (140).

- **amélioration de la communication**. Devant la prise de conscience de ces difficultés de collaboration, et surtout de leurs conséquences sur le devenir du patient, une Charte nationale de Partenariat entre Médecine Générale et Psychiatrie de secteur(141) a été rédigée en 2014, et mise en place dès 2015. Elle comprend 8 points et insiste sur la nécessaire **transmission d'information réciproque** entre le médecin généraliste et les structures de soins spécialisées. Ces informations sur l'état de santé doivent être

transmises régulièrement, ainsi qu'en cas d'hospitalisation. Il en est de même pour le traitement de sortie et les conditions de retour à domicile qui doivent être décidées conjointement entre le médecin généraliste et le psychiatre et permettre une coordination de la prise en charge ambulatoire. Il s'agit donc de déterminer le meilleur moyen de transmettre ces informations : le format électronique semble peu adapté compte tenu de la nécessité de préserver le secret professionnel, nécessité de faire attention au libellé de certaines informations (notamment en lien avec la personnalité du patient, ou son contexte socio-psychologique) pour ne pas heurter le patient susceptible de lire le courrier... Une recommandation de bonne pratique élaborée en 2010 par le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (142), et labellisée par l'HAS, tente d'établir un protocole concernant les éléments devant figurer dans le courrier que le médecin généraliste rédige à l'attention du psychiatre lorsqu'il décide de lui adresser un patient. Elle parle bien sûr des informations attendues par le psychiatre, mais aussi de celles que ce dernier doit fournir en retour à son confrère généraliste. Il semble toutefois difficile et peu applicable dans la pratique quotidienne, compte tenu du type de pathologie concerné, et du fait que l'adressage semble plus lié au patient, et à la relation qui le lie avec son médecin traitant qu'à la pathologie elle-même, d'établir de façon « formelle » une liste de critères devant déterminer l'adressage. Et il ne faut pas omettre le fait que les psychiatres ne sont pas forcément satisfaits des courriers reçus, et les trouvent souvent incomplets (91). 64% des médecins généralistes sembleraient en fait avoir du mal à expliciter clairement leur demande (96) lorsqu'ils adressent leur patient. Mais plus ils travaillent avec les psychiatres, plus ces attentes deviennent claires, établissant de fait le caractère évolutif de ce partenariat et l'intérêt de le développer et l'entretenir (143). **Ainsi, la rédaction systématique d'un courrier devrait être la règle entre médecin généraliste et psychiatre.** Peut-être faudrait-il confier à l'Ordre des Médecins, ou bien l'ARS, la mission veiller à la bonne diffusion de cette recommandation...

- améliorer l'offre de soins alternatifs à l'hospitalisation et les soins de première ligne

L'organisation du système de soins psychiatriques en France semble actuellement inadaptée aux besoins de collaboration des médecins généralistes, et ne permet pas pour

le patient un parcours de soin de qualité. Plusieurs modèles de collaboration développés à l'étranger semblent apporter des pistes de réflexion intéressantes :

- *le modèle de soins collaboratifs* : modèle dans lequel la collaboration entre les différents intervenants est organisée de manière « éducative », pour le médecin comme pour le patient. Le psychologue assure la psychothérapie, le médecin traitant se charge de la prescription et du suivi du patient. Le psychiatre supervise la prise en charge, réévalue le traitement si nécessaire, et communique régulièrement avec le patient et les autres partenaires.
- *le modèle de soins étagés* : dans lequel la prise en charge du patient s'intensifie progressivement en fonction de sa réponse au traitement proposé à chaque niveau de soins. Concernant la dépression par exemple il existe 4 niveaux différents : 1) reconnaissance et diagnostic ; 2) prise en charge par le médecin généraliste ; 3) consultation spécialisée de type intervention brève ; 4) transfert de la prise en charge du patient vers les services spécialisés
- *le modèle de soins partagés* comprenant les « consultations-liaison » qui proposent des avis directs ou indirects, des interventions brèves auprès des patients posant ponctuellement des problèmes aux médecins généralistes, et les « consultations-attachements » où le psychiatre intervient toujours ponctuellement mais plus régulièrement au sein du cabinet médical. En parallèle, ce modèle comprend un programme d'actions de développement continu, chapeauté par un système d'observatoire de ce partenariat. Une des applications françaises de ce modèle est le dispositif de soins partagés du Réseau santé mentale Yvelines-Sud²⁰.

Malgré la volonté politique de décloisonner la prise en charge par la promotion de la coordination entre les différents professionnels impliqués et le développement des réseaux en psychiatrie, ils restent peu nombreux en France.

²⁰ Disponible sur <https://www.rpsm78.com/dispositifs/soins-partages>

D'autres axes peuvent être évoqués :

- la discussion sur le **remboursement de la psychothérapie**, le montant à la charge du patient étant souvent un argument limitant le recours à ce type de professionnel. Dans ce contexte de pénurie en spécialistes, cela permettrait peut-être d'améliorer la prise en charge des troubles mentaux en réduisant les délais de consultation, ou encore diminuer la prescription de psychotropes... Cela étant dit, il pourrait être intéressant de travailler à l'uniformisation de la formation dans cette discipline, dont les différentes branches sont enseignées par un grand nombre d'écoles différentes, ou au moins de mieux informer les médecins généralistes sur la diversité des compétences des psychothérapeutes afin qu'ils puissent au mieux adapter leur recours spécialisé au besoin spécifique de leur patient.

- imaginer un **transfert de savoir-faire vers les infirmiers** de première ligne dans les secteurs de psychiatrie, en créant des équipes mobiles travaillant en lien avec les médecins généralistes, ou encore délivrant des actions de prévention directement au cabinet médical. Un peu sur le modèle des infirmières ASALEE²¹ développées sur l'ensemble du territoire, bénéficiant d'une consultation dédiée au sein du cabinet du médecin généraliste, et réalisant des actions de prévention diverses dans le domaine du risque cardiovasculaire, du diabète, des mesures hygiéno-diététiques, du dépistage des troubles cognitifs, de la BPCO ainsi que dans le sevrage tabagique. Ce dispositif a d'ailleurs prouvé son efficacité, notamment sur le suivi des patients diabétiques (144).

c. Rendre la consultation pour trouble de la santé mentale plus confortable pour le praticien

- **Faciliter la démarche clinique**

Sur le plan diagnostique, il paraît nécessaire d'intégrer des ressources « objectives » à la démarche afin d'en améliorer la précision et l'efficacité. Une thèse réalisée en 2015 (145) sur l'utilisation des échelles psychiatriques par les médecins généralistes montre que seulement 31,5% d'entre eux utilise les échelles psychiatriques de la dépression, et que ceux qui les utilisent le font peu fréquemment. Ils les utilisent essentiellement pendant la

²¹ Action de Santé Libérale En Equipe

démarche diagnostique. C'est l'échelle de Hamilton (*annexe 3*) qui est la plus fréquemment utilisée, car étant la plus connue, devant l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale) et MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale).

Selon ce travail, les principaux freins à l'utilisation des échelles par les médecins généralistes étaient : le manque de temps, la peur d'une altération de la relation médecin-malade, et la méconnaissance de ces échelles.

Concernant le caractère chronophage de l'utilisation de ces outils, on peut discuter l'intérêt de mettre en place des questionnaires plus courts, intégrables facilement à la consultation. Il est proposé par exemple dans une recommandation de l'HAS (146) l'utilisation de deux simples questions pour le repérage des sujets à risque de dépression :

- au cours du dernier mois, avez-vous perdu tout intérêt et plaisir pour la plupart des choses qui vous plaisent habituellement ?

et

- au cours du dernier mois, avez-vous perdu votre entrain, ou vous sentez-vous inexplicablement fatigué ?

Encore faut-il informer les médecins généralistes de l'existence de ce bref questionnaire, et les former à « *demander à propos de la dépression plus souvent* ».

A propos de la méconnaissance de ces échelles, on peut imaginer que plus le médecin utilisera l'outil plus il lui sera facile de l'utiliser, et moins cela lui prendra du temps lors de la consultation suivante. En outre, il semble aussi intéressant de réaliser que ce genre d'échelle peut aboutir à la détection par le médecin généraliste d'éléments parfois inattendus chez son patient qu'il lui faudrait éventuellement gérer par la suite. La question de la formation se pose donc une fois encore : formation à l'introduction de l'outil au cours de la consultation pour permettre une meilleure acceptation par le patient, mais aussi formation à la gestion des réponses éventuelles du patient interrogé.

Améliorer la détection des troubles mentaux passerait en outre par une amélioration des compétences en matière d'attitude et de communication du praticien. Les patients ne disent pas tout à leur médecin. Et c'est le rôle de ce dernier d'établir une relation de confiance suffisante pour que son patient ose discuter de ses problèmes psychologiques

sans craindre de « déranger » son médecin traitant, d'être stigmatisé, ou de voir sa pathologie somatique négligée (147). Renforcer les aptitudes de communication influencerait profondément et positivement la prise en charge : plus grande satisfaction du patient, liée avec une meilleure observance, et une guérison plus rapide (148).

L'utilisation des échelles citées plus haut faciliterait par ailleurs la gestion de la **phase de négociation** avec le patient, et lui permettrait de mieux accepter le diagnostic, et d'améliorer son observance (149). Les pathologies mentales ayant très mauvaise réputation auprès de la population générale, il est souvent difficile pour le praticien de faire accepter ce diagnostic au patient, tout comme la prise en charge qui en découle. Dans son Rapport Relatif à la Santé Mentale datant de 2016 (132), M. LAFORCADE émet des propositions destinées à lutter contre la stigmatisation de la maladie mentale. Il souhaite agir au niveau médiatique tout d'abord, en communiquant de manière plus positive sur les troubles mentaux, tout en articulant cette communication avec les problèmes de terrain réels comme l'accessibilité aux logements sociaux des personnes en situation de handicap psychique. Il veut ensuite poursuivre ce travail de communication par la diffusion de brochures par exemple à l'attention des patients, mais aussi des médecins qui partagent souvent cette même vision péjorative des pathologies mentales. Médiatiser les troubles mentaux par des campagnes d'information à plus large échelle pourrait selon nous permettre de surmonter les préjugés qui les entourent (nous avons tous en mémoire la fameuse campagne « Les antibiotiques, c'est pas automatique », qui résonne encore plusieurs années après sa diffusion, et qui a permis de diminuer la prescription d'antibiotiques (150), en plus d'avoir agi sur les idées reçues existant sur les antibiotiques, d'ouvrir les patients au dialogue, et de susciter un besoin d'information de la part de la population générale).

Sur le plan thérapeutique enfin, il serait souhaitable de débiter par renforcer les compétences du médecin généraliste en matière de psychothérapie. Une enquête de 2012 sur la prise en charge de la dépression en médecine générale de ville (109) montre que les médecins prescrivent rarement une psychothérapie seule, même dans les cas d'intensité légère où elle est recommandée. Et lorsqu'ils la prescrivent, ils sont 58% à laisser au patient le libre choix du type de psychothérapie, reflétant une carence de connaissances et

donc de formation sur le sujet. Ce qui est inquiétant certes, mais pourrait aussi expliquer pourquoi les médecins ont tendance à reporter leur thérapeutique sur les prescriptions médicamenteuses, notamment d'antidépresseurs, pour laquelle ils s'estiment par contre tout-à-fait compétents (4). Les patients, eux, disent préférer l'écoute, à un traitement médicamenteux, ou une prise en charge spécialisée (151).

Le rappel par ailleurs des recommandations de bonne pratique en matière d'indication thérapeutique, et surtout de durée de traitement des principales molécules prescrites en médecine de ville comme les antidépresseurs, les anxiolytiques et les hypnotiques, doit être envisagé. A ce propos, le recours plus fréquent aux « reminders », ou « pense-bêtes », (ensemble des méthodes de rappel mises en œuvre pour faciliter la prise de décision conforme aux données de la science), en les intégrant aux logiciels médicaux par exemple, pourrait être discuté, ces dispositifs semblant avoir une grande influence sur les pratiques des médecins (122).

Une autre piste à imaginer pourrait être la création d'un outil informatique d'aide à la prescription de psychotropes, à destination du spécialiste de soins primaires, possédant une interface facile d'utilisation et non chronophage, qui permettrait d'aboutir à des prescriptions plus en respect des recommandations actuelles. Le site Antibioclic²² par exemple, aide à la prescription antibiotique en soins primaires, est très plébiscité par les médecins généralistes.

De manière globale, les médecins généralistes sont moins satisfaits de l'efficacité et de la qualité des consultations pour motif psychiatrique que lorsqu'il s'agit d'un motif somatique (152). Ces pathologies sont chronophages : les médecins considèrent que le temps accordé au patient est insuffisant dans environ 14% des consultations pour motif psychiatrique, contre 4% pour les motifs somatiques (115). Malheureusement, une prise en charge efficace est corrélée avec la durée de consultation : plus la consultation est longue, plus le niveau de détection des troubles mentaux est élevé, et meilleure est l'observance du patient (153). Elles nécessitent de plus un investissement émotionnel non négligeable, et sont considérées pour presque 1/3 des médecins que nous avons

²² Consultable sur <http://antibioclic.com/>

interrogés comme représentant une surcharge de travail entravant « souvent » la prise en charge du patient..

La thérapie de soutien, proposée par 2/3 des médecins au patient consultant pour syndrome dépressif (109), doit être réalisée selon des modalités précises, souvent méconnues du praticien, et ne lui permettant pas de garder la distance nécessaire. La formation initiale étant liée à une meilleure gestion des troubles mentaux en terme de surcharge de travail (103)(118), **le médecin généraliste doit donc posséder au terme de son cursus les outils nécessaires pour lui permettre d'aider son patient en se protégeant d'un épuisement professionnel éventuel.**

- **Revaloriser le rôle du médecin généraliste**

Toutes les sources bibliographiques citées dans ce travail établissent sans conteste le rôle central et primordial du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles mentaux.

Cette prise en charge à la fois complexe et compliquée nécessite motivation, engagement, et peut même être gratifiante si elle est organisée, et si le nombre de patients atteints de troubles de la santé mentale pris en charge est limité (154).

Elle concerne le patient, mais aussi son entourage dont le médecin est souvent également le médecin traitant, ce qui complexifie davantage la relation et la prise en charge pour le praticien.

Malheureusement, l'augmentation régulière de la prévalence des troubles mentaux en population générale, associée à l'aggravation de la pénurie de médecins annoncée pour les prochaines années, va se répercuter en soins primaires par la nette augmentation de ce type de consultation.

La revalorisation du rôle du médecin généraliste semble dès lors nécessaire à l'amélioration de la prise en charge des troubles mentaux.

Et cette revalorisation pourrait passer en partie par une revalorisation financière.

Il n'existe actuellement qu'une seule cotation concernant la santé mentale en médecine générale : « Test d'évaluation d'une dépression », code ALQP003, prix de l'acte 69,12 euros. Cette cotation, augmentant substantiellement la rémunération, est pourtant méconnue des médecins généralistes qui sont moins d'un sur deux à l'appliquer lorsqu'ils le peuvent (145).

Récemment, le tarif de la consultation a été majoré, et des consultations complexes et même très complexes ont fait leur apparition. L'unique motif de consultation « psychiatrique » existant dans ce type de consultation est la prise en charge des troubles du comportement alimentaire, pourtant peu fréquents en médecine générale. Par contre, aucune de ces nouvelles cotations ne se rapporte à la prise en charge des troubles mentaux les plus fréquents : dépression et troubles anxieux.

Il semble donc rester un long chemin à parcourir avant que la prise de conscience politique, pourtant clairement établie, de la nécessité d'encourager la prise en charge des troubles mentaux en soins primaires ne soit traduite en pratique par des faits concrets.

d. Encourager la recherche dans le domaine de la santé mentale

L'objectif de notre travail, sur ce thème peu étudié dans les publications françaises, était de dresser un état des lieux, le plus exhaustif possible, sur les pratiques des médecins généralistes français en matière de troubles mentaux, leurs difficultés et leurs besoins.

S'il permet de répondre à certaines questions, d'établir quelques faits, il soulève aussi beaucoup d'interrogations, auxquelles les items de notre questionnaire ne permettent pas de répondre. Ces interrogations sur les moyens d'améliorer l'intérêt des médecins généralistes pour la psychiatrie, sur leur avis quant à la formation reçue et leurs idées sur la formation « idéale » qu'ils souhaiteraient recevoir, sur leurs compétences en matière de communication et d'attitude, méritent toutes d'être développées.

Regrettablement, en France, la recherche sur la psychiatrie intégrée au contexte des soins primaires n'est pas satisfaisante. Il existe un paradoxe entre le fait que les recherches

soient principalement réalisées par les hospitalo-universitaires, alors que la grande majorité des patients présentant un trouble mental est prise en charge en ambulatoire. Ainsi les principaux objectifs de recherche paraissent éloignés des problématiques de terrain, alors que l'étude de la perception de ces problématiques et dysfonctionnements par les différents acteurs de soins primaires, principaux intéressés, est de toute évidence le préalable indispensable à toute recherche de solution.

CONCLUSION

Selon les caractéristiques de la médecine générale développées par la WONCA (155) en 2002, le médecin généraliste est le « *premier contact avec le système de soins, prenant en compte tous les problèmes de santé* ». L'importance de la place du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles mentaux n'est plus à prouver : elle est primordiale. Elle l'est d'autant plus que la proportion des troubles de la santé mentale dans le cabinet du médecin généraliste va s'accroître dans les prochaines années. Pourtant l'intérêt pour la psychiatrie des médecins généralistes, principaux concernés, reste faible.

Malgré cela, la discipline reste mal, ou trop peu enseignée pendant le cursus universitaire, provoquant des carences de formation avec des conséquences diverses à long terme influençant souvent négativement les démarches médicales, que ce soit en altérant les capacités de dépistage d'une part, et les attitudes thérapeutiques d'autre part.

Toujours d'après la WONCA, le médecin généraliste est censé « *utiliser de façon efficiente les ressources du système de santé par la coordination des soins, le travail avec les autres professionnels de soins primaires et la gestion du recours aux autres spécialités* ». Notre travail, comme tant d'autres, met en évidence les difficultés de collaboration prégnantes avec le monde de la psychiatrie, entretenues par le manque de communication, et la non-connaissance mutuelle existant entre les deux disciplines. Ce partenariat, corollaire indispensable à une prise en charge efficace pour le patient, doit être développé.

Par ailleurs, un travail plus vaste sur la représentation des troubles mentaux dans la population générale doit être amorcé, afin de lutter contre la stigmatisation qu'ils provoquent, empêchant les individus d'en parler, et de consulter. Ceci est un frein supplémentaire pour l'omnipraticien dans l'établissement d'un diagnostic juste nécessaire pour pouvoir proposer une prise en charge adaptée à son patient.

La prise en charge des troubles mentaux par le médecin de soins primaires est difficile. De par son caractère chronophage, la surcharge de travail qu'elle entraîne, et surtout en raison de l'engagement émotionnel qu'elle nécessite, la consultation pour trouble de la santé mentale doit être distinguée des autres. Le médecin généraliste et la prise en charge qu'il réalise au cours de ce type de consultation doit être reconnu et valorisé.

Enfin, la recherche en santé mentale intégrée aux contextes des soins primaires doit être encouragée. Il n'y a que le recueil d'un maximum de données objectives qui pourra servir de base de travail suffisante et satisfaisante à une meilleure connaissance des pratiques, des souhaits, des difficultés et des besoins, des différents acteurs impliqués dans la prise en charge des troubles de la santé mentale.

Une revalorisation des crédits de recherche réservés à la psychiatrie, bien plus faibles en France que dans d'autres pays (132), pourrait apporter une première pierre à cet édifice.

BIBLIOGRAPHIE

1. **LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.** 2009-879 juillet, 2009.
2. **ameli.fr - Le parcours de soins coordonnés** [Internet]. [cité 22 mars 2017]. Disponible sur: http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-etre-rembourse/le-parcours-de-soins-coordonnes/objectif-des-soins-coordonnes_rhone.php
3. Amara G, Ayachi M, Ben Nasr S, Ben Hadj Ali B. **Perception par les médecins du rôle du généraliste dans la prise en charge des troubles mentaux: importance, difficultés et perspectives.** Tunis Médicale. 2010;88(1):33-7.
4. Oakley Browne M, Lee A, Prabhu R. **Self-reported confidence and skills of general practitioners in management of mental health disorders.** Aust J Rural Health. oct 2007;15(5):321-6.
5. Afana A, Dalgard OS, Bjertness E, Grunfeld B. **The ability of general practitioners to detect mental disorders among primary care patients in a stressful environment: Gaza Strip.** J Public Health Med. déc 2002;24(4):326-31.
6. Ormel J, Koeter MW, van den Brink W, van de Willige G. **Recognition, management, and course of anxiety and depression in general practice.** Arch Gen Psychiatry. août 1991;48(8):700-6.
7. Fovet T, Amad A, Geoffroy PA, Messaadi N, Thomas P. **État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France.** Inf Psychiatr. 12 juin 2014;me 90(5):319-22.
8. Dissez N. **Qu'est-ce que la santé mentale ?** J Fr Psychiatr. 1 juin 2007;(27):19-21.
9. OMS - **Investir dans la santé mentale** [Internet]. [cité 24 mars 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/media/en/InvMHBr8.pdf
10. OMS - **Rapport sur la santé mentale dans le monde 2001. La Santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs.** [Internet]. [cité 24 mars 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf
11. **Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015** [Internet]. [cité 24 mars 2017]. Disponible sur: http://www.cnsa.fr/documentation/plan_psychiatrie_et_sante_mentale_2011-2015.pdf
12. OMS | **Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires** [Internet]. WHO. [cité 25 mars 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
13. **Charte d'OTTAWA - Ottawa_Charter_F.pdf** [Internet]. [cité 25 mars 2017]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
14. **Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé** [Internet]. [cité 25 mars 2017]. Disponible sur: <http://hrlibrary.umn.edu/instree/french/t2pppmif.htm>
15. **Programme d'action Comblent les lacunes en santé mentale** [Internet]. [cité 20 nov 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/mhgap_french.pdf?ua=1
16. **Integrating mental health into primary care** [Internet]. [cité 25 mars 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/resources/mentalhealth_PHC_2008.pdf
17. **Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020** [Internet]. [cité 25 mars 2017]. Disponible sur: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89969/1/9789242506020_fre.pdf?ua=1
18. **The European Mental Health Action Plan 2013–2020 - WHO-Europe-Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf** [Internet]. [cité 26 mars 2017]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/280604/WHO-Europe-Mental-Health-Action-Plan-2013-2020.pdf?ua=1
19. **Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society).** - PubMed - NCBI [Internet]. [cité 16 avr 2017]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9179630>
20. **Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être** [Internet]. [cité 26 mars 2017].

- Disponible sur: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_fr.pdf
21. **Santé, soins et protection sociale en 1996. Enquête sur la santé et la protection sociale.** France. 1996 [Internet]. [cité 20 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports1997/rap1204.pdf>
 22. **La Dépression en France, Enquête Anadep 2005, INPES** [Internet]. 2005. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1210.pdf>
 23. REED GM, MENDONÇA CORREIA J, ESPARZA P, SAXENA S, MAJ M. **The WPA-WHO Global Survey of Psychiatrists' Attitudes Towards Mental Disorders Classification.** World Psychiatry. juin 2011;10(2):118-31.
 24. OMS | **Onzième Classification internationale des maladies: appel à contribution** [Internet]. WHO. [cité 26 mars 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/features/2012/international_classification_disease/fr/
 25. **Santé Mentale - La version française du DSM-5 est parue** [Internet]. [cité 21 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.santementale.fr/actualites/le-dsm-v-est-paru.html>
 26. **Les diagnostics psychiatriques du DSM-5 définitivement adoptés: quels changements?** | Psychomédia [Internet]. [cité 9 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.psychomedia.qc.ca/sante/mentale/2012-12-02/dsm-5-adoption-definitive>
 27. Cabut S. **Psychiatrie : DSM-5, le manuel qui rend fou.** Le Monde.fr [Internet]. 13 mai 2013 [cité 9 avr 2017]; Disponible sur: http://www.lemonde.fr/sciences/article/2013/05/13/dsm-5-le-manuel-qui-rendfou_3176452_1650684.html
 28. **Santé Mentale - La médicalisation de nos émotions ordinaires** [Internet]. [cité 9 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.santementale.fr/boutique/acheter-article/la-medicalisation-de-nos-emotions-ordinaires.html>
 29. Goldberg DP, Lecrubier Y (1995). **Form and frequency of mental disorders across centres.** In: Üstün TB, Sartorius N, eds. **Mental illness in general health care: an international study.** Chichester, John Wiley & Sons on behalf of WHO: 323-334.
 30. 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. 1 avr 2005;31(2):182-94.
 31. **Données sur la situation sanitaire en France en 2003.** Paris : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). 2003.
 32. **Rapport de la Commission européenne: The State of Mental Health in EU** [Internet]. Disponible sur: http://www.msps.es/fr/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est18.pdf.pdf
 33. **Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale - er347.pdf** [Internet]. [cité 23 mars 2017]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er347.pdf>
 34. **Document de Travail. Série Etudes et Recherches. Organisation de l'offre de soins en psychiatrie et santé mentale. n°129** [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dt129.pdf>
 35. **Etat de santé des Français et facteurs de risque. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale 2014 - 223-etat-de-sante-des-francais-et-facteurs-de-risque.pdf** [Internet]. [cité 22 mars 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/223-etat-de-sante-des-francais-et-facteurs-de-risque.pdf>
 36. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, et al. **The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010.** Eur

Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol. sept 2011;21(9):655-79.

37. Hert MD, Dekker JM, Wood D, Kahl KG, Holt RIG, Möller H-J. **Cardiovascular disease and diabetes in people with severe mental illness position statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the European Association for the Study of Diabetes (EASD) and the European Society of Cardiology (ESC).** Eur Psychiatry. 1 sept 2009;24(6):412-24.
38. Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. **Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère.** /data/revues/00137006/v35i4/S0013700609000992/ [Internet]. 16 sept 2009 [cité 30 avr 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/225885>
39. Sowden GL, Huffman JC. **The impact of mental illness on cardiac outcomes: a review for the cardiologist.** Int J Cardiol. 6 févr 2009;132(1):30-7.
40. Masand PS, Gupta S. **Long-term side effects of newer-generation antidepressants: SSRIS, venlafaxine, nefazodone, bupropion, and mirtazapine.** Ann Clin Psychiatry Off J Am Acad Clin Psychiatr. sept 2002;14(3):175-82.
41. **Recommandations de bonne pratique en psychiatrie** [Internet]. Disponible sur: http://www.psydoc-france.fr/conf&rm/rpc/Argu_Soins_Soma_Psy.pdf
42. **OMS : relever des défis, trouver des solutions** [Internet]. Disponible sur: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98918/E88538.pdf
43. Mathers CD, Loncar D. **Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030.** PLoS Med. nov 2006;3(11):e442.
44. INSEE(2012) **Taux de décès par suicide Prévention du Suicide** [Internet]. [cité 17 avr 2017]. Disponible sur: <http://prevention.suicide.free.fr/?p=863>, <http://prevention.suicide.free.fr/?p=863>
45. Inserm (dir.). **Suicide : Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention.** Rapport. Paris : Les éditions Inserm, 2005, XII- 199 p. - (Expertise collective). - <http://hdl.handle.net/10608/131> - See more at: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/131#sthash.Aj9U3qdC.dpuf>.
46. Patel V, Kleinman A. **Poverty and common mental disorders in developing countries.** Bull World Health Organ. 2003;81(8):609-15.
47. McAlpine D, Warner L. **Barriers to employment among persons with mental illness : a review of the literature.** Working paper, Disability research institute, University of Illinois at Urbana-Champaign, USA. 2002;
48. Marcotte DE, Wilcox-Gök V. **Estimating the employment and earnings costs of mental illness: recent developments in the United States.** Soc Sci Med 1982. juill 2001;53(1):21-7.
49. HCLPD. **« Face à la crise : une obligation de résultats »** 11e rapport. [en ligne]. Décembre 2005 [Internet]. Disponible sur: http://www.hclpd.gouv.fr/IMG/pdf/11e_rapport_cle63233f.pdf
50. BUNGENER M. **Trajectoires brisées, familles captives : schizophrénies à domicile, la construction incessante d'un équilibre toujours précaire,** Rapport de recherche CNRS, Ed CERMES. 1994;
51. WEB_ADMIN. **Lutte contre l'exclusion Handicap psychique et logement : la difficile équation** [Internet]. UNAFAM 54. 2013 [cité 23 avr 2017]. Disponible sur: <https://unafam54.org/2013/05/27/lutte-contre-lexclusion-handicap-psychique-et-logement-la-difficile-equation/>
52. HCLPD. **« Droit au logement : construire la responsabilité »** 9e rapport [Internet]. 2003 nov. Disponible sur: www.hclpd.gouv.fr/IMG/pdf/HCLPD_9e_rapport_2003_cle6cde8c.pdf
53. CHARZAT M. **Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de**

- leurs proches [Internet]. 2002 mars. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/RAPPORT_CHARZAT_2002.pdf
54. Sartorius N. **Stigma and mental health**. The Lancet. 370(9590):810-1.
 55. **Enquête Santé mentale et addictions chez les sans domiciles franciliens. Observatoire du Samu Social, 2011** [Internet]. Disponible sur: https://www.samusocial.paris/sites/default/files/rapport_samenta.pdf
 56. **Conclusions du Conseil sur le Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être : résultats et action future** [Internet]. 2011. Disponible sur: https://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/fr/lisa/122390.pdf
 57. Rice DP, Kelman S, Miller LS. **Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985 and 1988**. Public Health Rep. 1991;106(3):280-92.
 58. Berto P, D'Ilario D, Ruffo P, Di Virgilio R, Rizzo F. **Depression: cost-of-illness studies in the international literature, a review**. J Ment Health Policy Econ. 1 mars 2000;3(1):3-10.
 59. Chevreur K, Prigent A, Bourmaud A, Leboyer M, Durand-Zaleski I. **The cost of mental disorders in France**. Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol. août 2013;23(8):879-86.
 60. Goldberg RJ, Steury S. **Depression in the workplace: costs and barriers to treatment**. Psychiatr Serv Wash DC. déc 2001;52(12):1639-43.
 61. Cnamts, **Les causes médicales de l'invalidité en 2006, Points de repère, N°16** [Internet]. 2008. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n__16.pdf
 62. Cnamts, **Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2007, Points de repère, n°20** [Internet]. 2008. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Points_de_repere_n__20.pdf
 63. Cnamts, **Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008, Points de repère, N°27** [Internet]. 2009. Disponible sur: http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/27_-_ALD_2008.pdf
 64. **Circulaire du 15 mars 1960** [Internet]. Disponible sur: http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_15mars1960bis.pdf
 65. **Statistiques annuelles des établissements de santé** [Internet]. 2011. Disponible sur: <https://www.data.gouv.fr/fr/datasets/r/b1d0fd7a-b91e-4ab5-889a-d945d17f4d71>
 66. **Cour des Comptes. L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « Psychiatrie et santé mentale » (2005-2010)** [Internet]. 2011 décembre. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/L_organisation_des_soins_psychiatriques_les_effets_du_plan_Psychiatrie_et_sante_mentale_2005-2010.pdf
 67. DREES. **La répartition géographique des professionnels de santé de premier recours. Portrait des professionnels de santé. 2016**.
 68. Coldefy et al. **Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins de psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique** [Internet]. 2014 décembre. (Les rapports de l'IRDES). Report No.: n°558. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/558-les-disparites-territoriales-d-offre-et-d-organisation-des-soins-en-psychiatrie-en-france.pdf>
 69. Conseil National de l'Ordre des Médecins. **Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2016**. [Internet]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
 70. Coldefy et al. **Atlas régional de psychiatrie générale. Disparités de l'offre et des territoires d'intervention**. [Internet]. 2005. Disponible sur: http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat75_1.pdf
 71. **Panorama de la santé 2013. Les indicateurs de l'OCDE** [Internet]. 2013. Disponible

sur: <http://www.oecd.org/fr/els/systemes-sante/Panorama-de-la-sante-2013.pdf>

72. Kovess V. **Place du généraliste dans la prise en charge des problèmes de santé mentale.** 2007;
73. **Le médecin traitant et le parcours de soins coordonnés : une réforme inaboutie.** Cour des comptes. Rapport public annuel. [Internet]. 2013 février [cité 23 avr 2017]. Disponible sur: https://www.comptes.fr/.../2_1_3_medecin_traitant_parcours_soins_coordonnees.pdf
74. Norton J, Roquefeuil G de, David M, Boulenger J-P, Ritchie K, Mann A. **Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit.** /data/revues/00137006/v35i6/S0013700608002674/ [Internet]. 12 août 2009 [cité 30 avr 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/236547>
75. Kandel O, et al. **Existe-t-il une typologie des actes effectués en médecine générale ?** [Internet]. Revue Prat Med Gen; 2004. Disponible sur: http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/128/fichier_article_typo_rdp2ba8d.pdf
76. **IMPLICATION DE LA MÉDECINE LIBÉRALE DANS LA PRISE EN CHARGE DES SOINS PSYCHIATRIQUES EN ILE DE FRANCE** [Internet]. Disponible sur: http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_000222.pdf
77. **Rapport Druais** [Internet]. [cité 22 mars 2017]. Disponible sur: http://www.apima.org/img_bronner/Rapport_Druais_20150306.pdf
78. Crawford MJ, Kumar P. **Intervention following deliberate self-harm: enough evidence to act?** Evid Based Ment Health. mai 2007;10(2):37-9.
79. **Baromètre Santé 2005** [Internet]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1109.pdf>
80. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, et al. **What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey.** BMC Public Health. 31 juill 2007;7:188.
81. Kovess-Masféty V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C, et al. **Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries.** Psychiatr Serv Wash DC. févr 2007;58(2):213-20.
82. **Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008** [Internet]. Disponible sur: http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf
83. Yvelines C. **Enquête.** 2002;
84. Durand-Zaleski I, Scott J, Rouillon F, Leboyer M. **A first national survey of knowledge, attitudes and behaviours towards schizophrenia, bipolar disorders and autism in France.** BMC Psychiatry. 28 août 2012;12:128.
85. Ipsos pour FondaMental et Klesia, **Perceptions et représentations des maladies mentales, juin 2014** [Internet]. Disponible sur: https://www.fondation-fondamental.org/sites/default/files/rapport_ipsos_fondamental_1.pdf
86. Wang J, Langille DB, Patten SB. **Mental health services received by depressed persons who visited general practitioners and family doctors.** Psychiatr Serv Wash DC. juin 2003;54(6):878-83.
87. Williams JW, Rost K, Dietrich AJ, Ciotti MC, Zyzanski SJ, Cornell J. **Primary care physicians' approach to depressive disorders. Effects of physician specialty and practice structure.** Arch Fam Med. févr 1999;8(1):58-67.
88. Telford R, Hutchinson A, Jones R, Rix S, Howe A. **Obstacles to effective treatment of depression: a general practice perspective.** Fam Pract. févr 2002;19(1):45-52.
89. Grembowski DE, Martin D, Patrick DL, Diehr P, Katon W, Williams B, et al. **Managed Care, Access to Mental Health Specialists, and Outcomes Among Primary Care Patients with Depressive Symptoms.** J Gen Intern Med. avr 2002;17(4):258-69.
90. Tardieu S, Bottero A, Blin P, Bohbot M, Goni S, Gerard A, et al. **Roles and practices of general practitioners and psychiatrists in management of depression in the community.**

BMC Fam Pract. 30 janv 2006;7:5.

91. Farmer AE, Griffiths H. **Labelling and illness in primary care: comparing factors influencing general practitioners' and psychiatrists' decisions regarding patient referral to mental illness services.** Psychol Med. août 1992;22(3):717-23.
92. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt J-L. **États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale », National Action Research** The Place of Mental Health in General Practice; Inf Psychiatr. 12 juin 2014;me 90(5):311-7.
93. DREES. **Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié.** Etudes et résultats. n°649 [Internet]. 2008. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er649.pdf>
94. Hardy-Baylé MC, Younes N. **Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ?** ResearchGate. 2014;90(5):359-71.
95. Younès N, Hardy-Bayle MC, Falissard B, Kovess V, Chaillet MP, Gasquet I. **Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists.** BMC Public Health. 7 oct 2005;5:104.
96. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet M-P, Kovess V, Falissard B, et al. **General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals.** BMC Fam Pract. 2 mai 2005;6(1):18.
97. BOHN I, Université Paris 7 Denis Diderot. Paris. FRA / com. **PSYSOM : évaluation de la communication entre psychiatres et médecins traitants.** 2008.
98. Mercier et al. **Satisfaction des généralistes sur la prise en charge des patients déprimés. Une comparaison France/Grande-Bretagne.** EXERCER. 20(88):100-5.
99. DREES. **Les pratiques en médecine générale dans cinq régions : formation médicale continue, évaluation des pratiques et utilisation des recommandations de bonne pratique.** N°708 [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er708.pdf>
100. GAUZERE M, ROUSSEAU GIRAL A-C, BOCQUET P-Y, GUEDJ J, ROIGT J, Inspection Générale des Affaires Sociales. (I.G.A.S.). Paris. FRA. **Formation médicale continue.** Rapport présenté par Mireille GAUZERE, Anne-Chantal ROUSSEAU-GIRAL, Pierre-Yves BOCQUET, Jérôme GUEDJ et Jean ROIGT, Membres de l'Inspection générale des affaires sociales. Paris: Inspection Générale des Affaires Sociales; 1998 avr p. 116+60p.
101. Davies J. **A Manual of Mental Health Care in General Practice** [Internet]. Disponible sur: <http://www.mymentalhealth.org.au/content/Document/AManualofMentalHealthCareinGeneralPractice.pdf>
102. Hannay DR. **Mental Illness In The Community: The Pathway To Psychiatric Care.** J R Coll Gen Pract. oct 1981;31(231):631-2.
103. Tylee A. **Depression in the community: physician and patient perspective.** J Clin Psychiatry. 1999;60 Suppl 7:12-16-18.
104. **Dépression et Anxiété : ce que votre Médecin Généraliste ne vous dit pas** [Internet]. PSYCHOTHERAPIE - HYPNOTHERAPIE - COACHING. 2010 [cité 7 mai 2017]. Disponible sur: <https://psychotherapeute.wordpress.com/2010/09/01/depression-et-anxiete-ce-que-votre-medecin-generaliste-ne-vous-dit-pas/>
105. Kessler D, Bennewith O, Lewis G, Sharp D. **Detection of depression and anxiety in primary care: follow up study.** BMJ. 2 nov 2002;325(7371):1016-7.
106. DREES. Etudes et résultats. **Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants.** N°440 [Internet]. 2005. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er440.pdf>
107. Trichard C. **Efficacité des antipsychotiques atypiques dans la schizophrénie : les données de l'étude CATIE.** Perspect Psy. 44(4):324-6.

108. Olsson I, Mykletun A, Dahl AA. **General practitioners' self-perceived ability to recognize severity of common mental disorders: an underestimated factor in case identification?** Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH. 30 août 2006;2:21.
109. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. **Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville, The management of depression in general medicine in the city.** Inf Psychiatr. 12 juin 2014;me 90(5):341-52.
110. **Does a continuing medical education course in mental health change general practitioner knowledge, attitude and practice and patient outcomes?** [Internet]. ResearchGate. [cité 8 mai 2017]. Disponible sur: https://www.researchgate.net/publication/233681866_Does_a_continuing_medical_education_course_in_mental_health_change_general_practitioner_knowledge_attitude_and_practice_and_patient_outcomes
111. Hodges B, Inch C, Silver I. **Improving the psychiatric knowledge, skills, and attitudes of primary care physicians, 1950-2000: a review.** Am J Psychiatry. oct 2001;158(10):1579-86.
112. Faravelli C, Zucchi T, Viviani B, Salmoria R, Perone A, Paionni A, et al. **Epidemiology of social phobia: a clinical approach.** Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr. févr 2000;15(1):17-24.
113. Cohidon, et al. **La non-communication entre la médecine générale et le secteur de santé mentale.** Santé publique. 1999;11(n°3):357-62.
114. Masson E. **Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions** [Internet]. EM-Consulte. [cité 21 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/253298/article/enquete-sur-la-prise-en-charge-des-patients-depres>
115. Zantinge EM, Verhaak PF, Kerssens JJ, Bensing JM. **The workload of GPs: consultations of patients with psychological and somatic problems compared.** Br J Gen Pract. 1 août 2005;55(517):609-14.
116. **Atlas de la démographie médicale 2017.pdf** [Internet]. [cité 15 nov 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2017_0.pdf
117. Bandura A. **Self-Efficacy: The Exercise of Control.** Worth Publishers; 1997. 628 p.
118. Main DS, Lutz LJ, Barrett JE, Matthew J, Miller RS. **The role of primary care clinician attitudes, beliefs, and training in the diagnosis and treatment of depression. A report from the Ambulatory Sentinel Practice Network Inc.** Arch Fam Med. oct 1993;2(10):1061-6.
119. **Programme Santé Mentale - HAS** 2013_10_08_programme_sante_mentale_college.pdf [Internet]. [cité 22 oct 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/2013_10_08_programme_sante_mentale_college.pdf
120. Street RL, Makoul G, Arora NK, Epstein RM. **How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes.** Patient Educ Couns. mars 2009;74(3):295-301.
121. Kim SS, Kaplowitz S, Johnston MV. **The effects of physician empathy on patient satisfaction and compliance.** Eval Health Prof. sept 2004;27(3):237-51.
122. Durieux P, JOLLY D, et al. **Comment influencer sur les pratiques professionnelles des médecins ?** Synthèse des recommandations réalisées dans le cadre d'une convention entre le Ministère du Travail et des Affaires Sociales et l'Institut d'Etudes des Politiques de Santé. 1998.
123. Dowrick C, Gask L, Perry R, Dixon C, Usherwood T. **Do general practitioners' attitudes towards depression predict their clinical behaviour?** Psychol Med. mars 2000;30(2):413-9.
124. **Motivation, participation et satisfaction des médecins généralistes à l'égard de la formation médicale continue.** | Base documentaire | BDSPP [Internet]. [cité 5 nov 2017].

Disponible sur: <http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/285999/>

125. SCRIPT-INSERM Hôp. Saint-Jean-de-Dieu, FRA, Univ. Pavie, ITA, A L, A A, N SEG, N A, et al. **Niveau de formation des psychothérapeutes et résultats de la psychothérapie analytique**
Training levels of psychotherapists and outcomes of the psycho-analytical therapy. *Ann Méd-Psychol.* 1995;153(10):676-86.
126. Davis D, O'Brien MA, Freemantle N, Wolf FM, Mazmanian P, Taylor-Vaisey A. **Impact of formal continuing medical education: do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing education activities change physician behavior or health care outcomes?** *JAMA.* 1 sept 1999;282(9):867-74.
127. Armstrong D, Reyburn H, Jones R. **A study of general practitioners' reasons for changing their prescribing behaviour.** *BMJ.* 13 avr 1996;312(7036):949-52.
128. **Increasing the satisfaction of general practitioners with continuing medical education programs: A method for quality improvement through increasing teacher-learner interaction** | *BMC Family Practice* | Full Text [Internet]. [cité 21 nov 2016]. Disponible sur: <http://bmcfampract.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2296-3-15>
129. **Le temps de travail des médecins généralistes. Une synthèse des données disponibles** - Qes144.pdf [Internet]. [cité 6 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes144.pdf>
130. **Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine, en 2000** - 75.pdf [Internet]. [cité 6 nov 2017]. Disponible sur: <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Cnamts/Rmam/2003/2/75.pdf>
131. REBOUL G. **Relations entre médecins généralistes et psychiatres: Enquête auprès des médecins généralistes du dixième arrondissement de Marseille** [Thèse d'exercice]. [1969 - 2011, France]: Université d'Aix - Marseille II; 2008.
132. **Rapport LAFORCADE Mission santé mentale** oct 2016m - dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf [Internet]. [cité 22 oct 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf
133. Laissy JP, Trotot PM. **Formation médicale continue commune aux médecins généralistes et radiologues : une expérience préliminaire positive.** /data/revues/02210363/00810001/19/ [Internet]. 20 mars 2008 [cité 6 nov 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/122806>
134. **L'analyse des secteurs psychiatriques français : quels enseignements** - groupe_30.pdf [Internet]. [cité 19 nov 2017]. Disponible sur: http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Ensp/mip/2006/groupe_30.pdf?1M4D1-6366W-X601X-70847-17477
135. **Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie.** [Internet]. [cité 15 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/14/pdf/rap-info/i1662.pdf>
136. **Comment améliorer la répartition géographique des professionnels de santé ? Les enseignements de la littérature et des mesures adoptées en France ?** - rap1635.pdf [Internet]. [cité 9 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2006/rap1635.pdf>
137. **Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France** - Qes122.pdf [Internet]. [cité 9 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes122.pdf>
138. Craven MA, Bland R. **Shared mental health care: a bibliography and overview.** *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* avr 2002;47(2 Suppl 1):iS-viiiS, 1S-103S.
139. Hansen V. **Psychiatric service within primary care.** *Acta Psychiatr Scand.* 1 août 1987;76(2):121-8.

140. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. **Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care: a systematic review.** JAMA. 18 juin 2003;289(23):3145-51.
141. **Charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur.pdf** [Internet]. [cité 12 nov 2017]. Disponible sur: http://www.cme-psy.org/sites/default/files/fichiers/charte-cme-medecine-generaliste_final_20140418.pdf
142. **Synthèse des recommandations professionnelles. La coopération Médecins Généralistes-Psychiatres. Les courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique.** Septembre 2010. CNQS [Internet]. [cité 12 nov 2017]. Disponible sur: https://docs.wixstatic.com/ugd/8c7aab_e6ac7125768348039b3e3093c4b55be1.pdf
143. Hull SA, Jones C, Tissier JM, Eldridge S, Maclaren D. **Relationship style between GPs and community mental health teams affects referral rates.** Br J Gen Pract. févr 2002;52(475):101-7.
144. **La coopération médecins généralistes/infirmières améliore le suivi des patients diabétiques de type 2. Principaux résultats de l'expérimentation ASALEE - Qes136.pdf** [Internet]. [cité 19 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes136.pdf>
145. Tournant B. **L'utilisation des échelles psychiatriques dans la prise en charge du patient dépressif par les médecins généralistes.** 5 oct 2015;77.
146. **Recommandations pour la pratique clinique - Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire.** ANAES. Mai 2002 [Internet]. [cité 13 nov 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_depression_2002_-_mel_2006_-_recommandations_2006_12_27__16_20_34_967.pdf
147. Peters S, Rogers A, Salmon P, Gask L, Dowrick C, Towey M, et al. **What Do Patients Choose to Tell Their Doctors? Qualitative Analysis of Potential Barriers to Reattributing Medically Unexplained Symptoms.** J Gen Intern Med. avr 2009;24(4):443-9.
148. Stewart MA. **Effective physician-patient communication and health outcomes: a review.** CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Médicale Can. 1 mai 1995;152(9):1423-33.
149. Baik S-Y, Gonzales JJ, Bowers BJ, Anthony JS, Tidjani B, Susman JL. **Reinvention of depression instruments by primary care clinicians.** Ann Fam Med. juin 2010;8(3):224-30.
150. Klein P. **Les antibiotique de moins en moins automatiques pour les français** [Internet]. [cité 19 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.cpan21.fr/PSnew/ObjSante/Docs/antibio1erresultatscequiachange02.pdf>
151. Brody DS, Khaliq AA, Thompson TL. **Patients' Perspectives on the Management of Emotional Distress in Primary Care Settings.** J Gen Intern Med. juill 1997;12(7):403-6.
152. Gómez-Restrepo, Carlos, Adriana Bohórquez Peñaranda, Mayumi Okuda Benavides, Gil Laverde, Jacky Fabian, et Natalia Sanchez Díaz. « **Primary care physician satisfaction with patients diagnosed with depression: International Depression Project results from Colombia** ». *Revista Brasileira de Psiquiatria* 28, n° 4 (décembre 2006): 283-89. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000400007>.
153. Corruble E. et Hardy P. **Observance du traitement en psychiatrie.** Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés). Psychiatrie, 37-860-A-60, 2003, 6p. [Internet]. [cité 14 nov 2017]. Disponible sur: http://psychologie-m-fouchey.psyblogs.net/public/fichiers%20joints/psychiatrie/psychiatrie_Observance_du_traitement_en_psychiatrie_37-860-A-60.pdf
154. Fleury M-J, Imboua A, Aubé D, Farand L, Lambert Y. **General practitioners' management of mental disorders: A rewarding practice with considerable obstacles.** BMC

Fam Pract. 16 mars 2012;13:19.

155. WONCA La définition européenne de la médecine générale-Médecine de famille [Internet]. [cité 20 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>

ANNEXES

ANNEXE 1 : LE QUESTIONNAIRE

Chers Confrères, Chers Collègues,

Voici mon questionnaire, élaboré dans le cadre de ma thèse de médecine générale.

Ce questionnaire porte sur la **perception que les médecins généralistes ont de leur prise en charge des troubles mentaux.**

La santé mentale, étant donné l'atteinte qu'elle porte au bien-être et à la qualité de vie des personnes d'une part, et le poids économique qu'elle représente d'autre part, est devenue un véritable enjeu de société et de santé publique.

Le médecin généraliste joue un rôle primordial dans la prise en charge des troubles de la santé mentale, par son action dans le cadre du premier recours tout d'abord, mais aussi de manière plus chronique, lors du suivi des patients.

Plusieurs études mettent en évidence des lacunes en matière de détection, des prescriptions médicamenteuses souvent inadaptées, ainsi que de multiples difficultés ressenties par les médecins généralistes dans la prise en charge de ces pathologies.

Il existe par contre très peu d'études interrogeant directement le médecin généraliste sur sa pratique dans ce domaine.

C'est pourquoi votre participation à ce questionnaire est indispensable à une meilleure appréhension de votre exercice, de vos compétences, ainsi que de vos difficultés et de vos besoins en tant qu'acteur essentiel de l'univers de la santé mentale.

Répondre à ce questionnaire vous prendra entre 5 et 10 minutes.

Je vous remercie par avance pour votre temps et votre participation.

Marine RAPHENON, médecin généraliste

Dr Virginie LAIDET, Directrice de thèse

1. Quelles sont les trois premières lettres de votre prénom ?

*

2. Quelles sont les trois premières lettres de votre nom de famille ? *

3. Etes-vous *

Un homme

Une femme

4. Quel est votre lieu d'exercice ? *

Rural

Semi-rural

Citadin

Médecin remplaçant

5. Quel est votre mode d'exercice ? *

Seul

Cabinet de groupe

Médecin remplaçant

6. Quel est votre nombre d'années d'exercice *

7. Quel est, en moyenne, le nombre de consultations que vous réalisez par semaine ? *

8. A combien estimez-vous le nombre de patients vus pour la prise en charge d'un trouble de la santé mentale, par semaine ? *

9. Présentez-vous un intérêt pour la pratique de la psychiatrie / psychothérapie ? *

OUI NON

Ne se prononce pas

10. Comment considérez-vous le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles de la santé mentale ? *

Primordial

Très important

Important

Peu important

Secondaire

Ne se prononce pas

11. Sur les deux dernières années, avez-vous participé à des sessions de formation, tout type confondu, sur les troubles de la santé mentale et leur prise en charge en médecine générale ? *

OUI NON

12. Avez-vous une formation complémentaire en psychiatrie ?

OUI NON

Si oui, laquelle :

13. Concernant vos capacités d'identification et de reconnaissance des troubles de la santé mentale, vous sentez-vous *

- Très confiant
 Confiant
 Peu confiant
 Non confiant
 Ne se prononce pas

14. Concernant la prise en charge de vos patients présentant des troubles de la santé mentale, évaluez sur une échelle de 0 à 5 vos compétences en matière de *

	Incompétent			Très compétent		
	0	1	2	3	4	5
Diagnostic	<input type="radio"/>					
Traitement médicamenteux	<input type="radio"/>					
Adressage au spécialiste	<input type="radio"/>					
Conseil / éducation	<input type="radio"/>					
Psychothérapie	<input type="radio"/>					

15. Quel outil utilisez-vous pour établir un diagnostic de trouble de la santé mentale ? *

	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours
Grilles diagnostiques	<input type="radio"/>				
Connaissances théoriques	<input type="radio"/>				
Manuels médicaux	<input type="radio"/>				
Guidelines	<input type="radio"/>				
Ressources internet	<input type="radio"/>				
Expérience avec des cas similaires	<input type="radio"/>				

16. Concernant les affirmations suivantes, êtes-vous *

	D'accord	Pas d'accord	Ne se prononce pas
Je pense qu'il est de mon devoir d'assurer, conjointement avec le psychiatre, le suivi des patients atteints de troubles de la santé mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je pense qu'il est aisé de partager avec le psychiatre le suivi des patients atteints de troubles de la santé mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je pense qu'il est de mon devoir de surveiller l'apparition ou l'évolution de co-morbidités somatiques des patients atteints de troubles de la santé mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Je pense qu'il est de mon devoir d'apporter du soutien à la famille d'un patient atteint de trouble de la santé mentale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17. Concernant l'initiation des traitements suivants, vous sentez-vous *

	Non confiant	Peu confiant	Confiant	Très confiant	Ne se prononce pas
Antidépresseur	<input type="radio"/>				
Anxiolytique	<input type="radio"/>				
Hypnotique	<input type="radio"/>				
Thymorégulateur	<input type="radio"/>				
Antipsychotique	<input type="radio"/>				

18. Concernant l'arrêt des traitements suivants, vous sentez-vous *

	Non confiant	Peu confiant	Confiant	Très confiant	Ne se prononce pas
Antidépresseur	<input type="radio"/>				
Anxiolytique	<input type="radio"/>				
Hypnotique	<input type="radio"/>				
Thymorégulateur	<input type="radio"/>				
Antipsychotique	<input type="radio"/>				

19. Quelle est la durée moyenne, en minutes, d'une de vos consultations *

20. Quelle est la durée moyenne, en minutes, d'une consultation lorsque le patient consulte pour trouble de la santé mentale *

21. Les éléments suivants sont souvent reportés comme étant des obstacles à une prise en charge optimale des troubles de la santé mentale en médecine générale. L'ont-ils déjà été pour vous, et si oui à quelle fréquence ? *

	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours	Ne se prononce pas
Le problème médical est plus urgent à régler	<input type="radio"/>					
Compétences insuffisantes	<input type="radio"/>					
Patient réfractaire au diagnostic/traitement	<input type="radio"/>					
Difficulté à accéder aux soins spécialisés	<input type="radio"/>					
Pathologies entraînant une surcharge de travail	<input type="radio"/>					
Temps de consultation trop court	<input type="radio"/>					
Type de consultation non rémunérateur	<input type="radio"/>					

22. A quelle fréquence les éléments suivants déterminent-ils votre choix d'adresser un patient atteint de trouble de la santé mentale à un spécialiste en psychiatrie ou à une structure spécialisée ? *

	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent	Toujours	Ne se prononce pas
Manque de temps de consultation	<input type="radio"/>					
Demande du patient ou de l'entourage	<input type="radio"/>					
Besoin d'aide au diagnostic	<input type="radio"/>					
Limites de vos compétences	<input type="radio"/>					
Nécessité évidente d'un traitement spécialisé	<input type="radio"/>					
Situation d'urgence	<input type="radio"/>					

23. Estimez-vous adresser vos patients au psychiatre *

- Moins facilement qu'aux autres spécialistes
- Aussi facilement qu'aux autres spécialistes
- Plus facilement qu'aux autres spécialistes
- Ne se prononce pas

24. Qu'attendez-vous de l'adressage au psychiatre
(plusieurs choix possibles) *

- Un diagnostic
- Une recommandation de traitement
- Une organisation de la prise en charge future
- Une histoire familiale et personnelle du patient plus détaillée
- Ne se prononce pas

25. Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait de votre relation avec le monde de la psychiatrie ? *

Insatisfait						Très satisfait
	0	1	2	3	4	5
	<input type="radio"/>					

26. Concernant les troubles de la santé mentale les plus souvent rencontrés en médecine générale, comment évaluez-vous vos compétences en matière de prise en charge, sur une échelle de 0 à 5 *

	incompétent			très compétent		
	0	1	2	3	4	5
Depression	<input type="radio"/>					
Anxiété	<input type="radio"/>					
Troubles du sommeil	<input type="radio"/>					
Trouble d'addiction à une substance	<input type="radio"/>					
Trouble bipolaire	<input type="radio"/>					
Schizophrénie	<input type="radio"/>					

27. Pensez vous que vous devriez améliorer votre démarche diagnostique, ou de prise en charge de vos patients atteints de troubles de la santé mentale" ? *

OUI
 NON

 Ne se prononce pas

28. Seriez-vous d'accord pour participer à des formations en vue d'améliorer vos compétences en matière de prise en charge des troubles mentaux ? *

- OUI NON
- Ne se prononce pas

29. Quelles stratégies trouvez-vous les plus efficaces pour vous permettre de rester à jour de vos connaissances dans le domaine des troubles de la santé mentale ? *
(plusieurs choix possibles)

- Programmes formels de formation médicale continue (séminaires, conférences, groupes de pairs)
- Matériel éducatif en tout genre (brochures, articles médicaux)
- Evaluation des compétences
- Formation individuelle
- Guidelines
- Présentation des produits par les laboratoires / visiteurs médicaux
- Ne se prononce pas

ANNEXE 2 : RESULTATS

Question n°3

#	Question	Nb.	%
3	Etes-vous	389	100%
	Un homme	201	51.67%
	Une femme	189	48.59%

Question n°4

#	Question	Nb.	%
4	Quel est votre lieu d'exercice ?	389	100%
	Rural	110	28.28%
	Semi-rural	159	40.87%
	Citadin	100	25.71%
	Médecin remplaçant	21	5.4%

Question n°5

#	Question	Nb.	%
5	Quel est votre mode d'exercice ?	389	100%
	Seul	92	23.65%
	Cabinet de groupe	277	71.21%
	Médecin remplaçant	21	5.4%

Question 6 : Quel est votre nombre d'années d'exercice ?

	Effectif	Pourcentage
< 5 ans	73	18,8%
5-9	60	15,4%
10-14	31	8,0%
15-19	29	7,5%
20-24	47	12,1%
25-29	52	13,4%
30-34	61	15,7%
35-39	27	6,9%
> 40 ans	9	2,3%
Total général	389	100,0%

Question 7 : Quel est, en moyenne, le nombre de consultations que vous réalisez par semaine ?

	Effectif	Pourcentage	Pourcentage cumulé
20-39	7	1,8%	1,8%
40-59	13	3,3%	5,1%
60-79	55	14,1%	19,3%
80-99	80	20,6%	39,8%
100-119	104	26,7%	66,6%
120-139	66	17,0%	83,5%
140-159	44	11,3%	94,9%
> 160 Consultations	20	5,1%	100,0%
Total général	389	100,0%	

Question 8 : A combien estimez-vous le nombre de patients vus pour la prise en charge d'un trouble de la santé mentale par semaine ?

	Effectif	Pourcentage	Pourcentage cumulé
1-5	125	32,1%	32,1%
6-10	127	32,6%	64,8%
11-15	58	14,9%	79,7%
16-20	45	11,6%	91,3%
21-25	12	3,1%	94,3%
26-30	13	3,3%	97,7%
31-35	1	0,3%	97,9%
36-40	3	0,8%	98,7%
46-50	3	0,8%	99,5%
56-60	1	0,3%	99,7%
71-75	1	0,3%	100,0%
Total général	389	100,0%	

Question n°9

#	Question	Nb.	%
9	Présentez-vous un intérêt pour la pratique de la psychiatrie / psychothérapie ?	389	100%
	OUI	258	66.32%
	NON	72	18.51%
	Ne se prononce pas	60	15.42%

Question n°10

#	Question	Nb.	%
10	Comment considérez-vous le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles de la santé mentale ?	389	100%
	Primordial	100	25.71%
	Très important	150	38.56%
	Important	130	33.42%
	Peu important	3	0.77%
	Secondaire	5	1.29%
	Ne se prononce pas	2	0.51%

Question n°11

#	Question	Nb.	%
11	Sur les deux dernières années, avez-vous participé à des sessions de formation, tout type confondu, sur les troubles de la santé mentale et leur prise en charge en médecine générale ?	389	100%
	OUI	144	37.02%
	NON	246	63.24%

Question n°12

#	Question	Nb.	%
12	Avez-vous une formation complémentaire en psychiatrie ?	389	100%
	OUI	0	0%
	NON	360	92.54%
	Si oui, laquelle :	30	7.71%

Question n°13

#	Question	Nb.	%
13	Concernant vos capacités d'identification et de reconnaissance des troubles de la santé mentale, vous sentez-vous	389	100%
	Très confiant	13	3.34%
	Confiant	243	62.47%
	Peu confiant	120	30.85%
	Non confiant	7	1.8%
	Ne se prononce pas	7	1.8%

Question n°14

#	Question	Nb.	Pertinence	Moyenne
14	Concernant la prise en charge de vos patients présentant des troubles de la santé mentale, évaluez sur une échelle de 0 à 5 vos compétences en matière de	389	100%	2.87
	Diagnostic	390	100.26%	3.09
	Traitement médicamenteux	390	100.26%	2.75
	Adressage au spécialiste	390	100.26%	3.56
	Conseil / éducation	390	100.26%	2.86
	Psychothérapie	390	100.26%	2.12

Question n°15

#	Question	Jamais		Parfois		Souvent		Très souvent		Toujours	
		Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
15	Quel outil utilisez-vous pour établir un diagnostic de trouble de la santé mentale ?	610	26.07%	699	29.87%	565	24.15%	359	15.34%	107	4.57%
	Grilles diagnostiques	134	34.36%	164	42.05%	63	16.15%	24	6.15%	5	1.28%
	Connaissances théoriques	4	1.03%	28	7.18%	160	41.03%	127	32.56%	71	18.21%
	Manuels médicaux	124	31.79%	161	41.28%	80	20.51%	20	5.13%	5	1.28%
	Guidelines	197	50.51%	128	32.82%	49	12.56%	16	4.1%	0	0%
	Ressources internet	144	36.92%	155	39.74%	61	15.64%	28	7.18%	2	0.51%
	Expérience avec des cas similaires	7	1.79%	63	16.15%	152	38.97%	144	36.92%	24	6.15%

Question n°16

#	Question	D'accord		Pas d'accord		Ne se prononce pas	
		Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
16	Concernant les affirmations suivantes, êtes-vous	1179	75.58%	296	18.97%	85	5.45%
	Je pense qu'il est de mon devoir d'assurer, conjointement avec le psychiatre, le suivi des patients atteints de troubles de la santé mentale	359	92.05%	9	2.31%	22	5.64%
	Je pense qu'il est aisé de partager avec le psychiatre le suivi des patients atteints de troubles de la santé mentale	96	24.62%	263	67.44%	31	7.95%
	Je pense qu'il est de mon devoir de surveiller l'apparition ou l'évolution de co-morbidités somatiques des patients atteints de troubles de la santé mentale	376	96.41%	8	2.05%	6	1.54%
	Je pense qu'il est de mon devoir d'apporter du soutien à la famille d'un patient atteint de trouble de la santé mentale	348	89.23%	16	4.1%	26	6.67%

Question n°17

#	Question	Non confiant		Peu confiant		Confiant		Très confiant		Ne se prononce pas	
		Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
17	Concernant l'initiation des traitements suivants, vous sentez-vous	244	12.51%	409	20.97%	912	46.77%	378	19.38%	7	0.36%
	Antidépresseur	0	0%	21	5.38%	249	63.85%	120	30.77%	0	0%
	Anxiolytique	0	0%	7	1.79%	248	63.59%	134	34.36%	1	0.26%
	Hypnotique	3	0.77%	42	10.77%	244	62.56%	98	25.13%	3	0.77%
	Thymorégulateur	109	27.95%	167	42.82%	98	25.13%	15	3.85%	1	0.26%
	Antipsychotique	132	33.85%	172	44.1%	73	18.72%	11	2.82%	2	0.51%

Question n°18

#	Question	Non confiant		Peu confiant		Confiant		Très confiant		Ne se prononce pas	
		Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
18	Concernant l'arrêt des traitements suivants, vous sentez-vous	316	16.21%	412	21.13%	816	41.85%	376	19.28%	30	1.54%
	Antidépresseur	0	0%	25	6.41%	246	63.08%	119	30.51%	0	0%
	Anxiolytique	4	1.03%	19	4.87%	239	61.28%	127	32.56%	1	0.26%
	Hypnotique	11	2.82%	46	11.79%	220	56.41%	111	28.46%	2	0.51%
	Thymorégulateur	138	35.38%	161	41.28%	68	17.44%	10	2.56%	13	3.33%
	Antipsychotique	163	41.79%	161	41.28%	43	11.03%	9	2.31%	14	3.59%

Question 19 : Quelle est la durée moyenne, en minutes, d'une de vos consultations ?

	Effectif	Pourcentage
4	1	0,3%
5	1	0,3%
6	1	0,3%
7	1	0,3%
10	9	2,3%
12	5	1,3%
15	191	49,1%
16	1	0,3%
17	3	0,8%
18	7	1,8%
20	148	38,0%
22	2	0,5%
23	1	0,3%
25	9	2,3%
30	7	1,8%
45	2	0,5%
Total général	389	100,0%

Question 20 : Quelle est la durée moyenne, en minutes, d'une consultation lorsque le patient consulte pour trouble de la santé mentale ?

	Effectif	Pourcentage
5	1	0,3%
10	2	0,5%
15	14	3,6%
20	58	14,9%
22	4	1,0%
23	1	0,3%
25	73	18,8%
30	148	38,0%
35	17	4,4%
40	38	9,8%
45	27	6,9%
50	1	0,3%
55	1	0,3%
60	4	1,0%
Total général	389	100,0%

Question n°21

#	Question	Jamais		Parfois		Souvent		Très souvent		Toujours		Ne se prononce pas	
		Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
21	Les éléments suivants sont souvent reportés comme étant des obstacles à une prise en charge optimale des troubles de la santé mentale en médecine générale. L'ont-ils déjà été pour vous, et si oui à quelle fréquence ?	271	9.93%	904	33.11%	759	27.8%	500	18.32%	233	8.53%	63	2.31%
	Le problème médical est plus urgent à régler	37	9.49%	217	55.64%	92	23.59%	26	6.67%	4	1.03%	14	3.59%
	Compétences insuffisantes	24	6.15%	232	59.49%	95	24.36%	32	8.21%	4	1.03%	3	0.77%
	Patient réfractaire au diagnostic/traitement	4	1.03%	128	32.82%	170	43.59%	82	21.03%	1	0.26%	5	1.28%
	Difficulté à accéder aux soins spécialisés	15	3.85%	74	18.97%	90	23.08%	156	40%	53	13.59%	2	0.51%
	Pathologies entraînant une surcharge de travail	33	8.46%	103	26.41%	122	31.28%	80	20.51%	44	11.28%	8	2.05%
	Temps de consultation trop court	55	14.1%	101	25.9%	121	31.03%	72	18.46%	38	9.74%	3	0.77%
	Type de consultation non rémunérateur	103	26.41%	49	12.56%	69	17.69%	52	13.33%	89	22.82%	26	7.18%

Question n°22

#	Question	Jamais		Parfois		Souvent		Très souvent		Toujours		Ne se prononce pas	
		Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%	Nb.	%
22	A quelle fréquence les éléments suivants déterminent-ils votre choix d'adresser un patient atteint de trouble de la santé mentale à un spécialiste en psychiatrie ou à une structure spécialisée ?	190	8.12%	684	29.23%	636	27.18%	550	23.5%	272	11.62%	8	0.34%
	Manque de temps de consultation	166	42.56%	135	34.62%	47	12.05%	32	8.21%	6	1.54%	4	1.03%
	Demande du patient ou de l'entourage	9	2.31%	182	46.67%	118	30.26%	56	14.36%	24	6.15%	1	0.26%
	Besoin d'aide au diagnostic	5	1.28%	108	27.69%	149	38.21%	108	27.69%	19	4.87%	1	0.26%
	Limites de vos compétences	4	1.03%	96	24.62%	132	33.85%	125	32.05%	33	8.46%	0	0%
	Nécessité évidente d'un traitement spécialisé	2	0.51%	52	13.33%	120	30.77%	140	35.9%	75	19.23%	1	0.26%
	Situation d'urgence	4	1.03%	111	28.46%	70	17.95%	89	22.82%	115	29.49%	1	0.26%

Question n°23

#	Question	Nb.	%
23	Estimez-vous adresser vos patients au psychiatre	389	100%
	Moins facilement qu'aux autres spécialistes	161	41.39%
	Aussi facilement qu'aux autres spécialistes	207	53.21%
	Plus facilement qu'aux autres spécialistes	13	3.34%
	Ne se prononce pas	9	2.31%

Question n°24

#	Question	Nb.	%
24	Qu'attendez-vous de l'adressage au psychiatre	389	100%
	Un diagnostic	280	71.98%
	Une recommandation de traitement	327	84.06%
	Une organisation de la prise en charge future	340	87.4%
	Ne se prononce pas	6	1.54%
	Une histoire familiale et personnelle du patient plus détaillée	70	17.99%

Question n°25

#	Question	Détail nb.(%)
25	Dans l'ensemble, êtes-vous satisfait de votre relation avec le monde de la psychiatrie ?	389 (100%)
	0	37 (9.51%)
	1	99 (25.45%)
	2	110 (28.28%)
	3	99 (25.45%)
	4	39 (10.03%)
	5	6 (1.54%)

Question n°26

#	Question	Nb.	Min.	Moyenne	Max.
26	Concernant les troubles de la santé mentale les plus souvent rencontrés en médecine générale, comment évaluez-vous vos compétences en matière de prise en charge, sur une échelle de 0 à 5	389	0	2.55	5
	Depression	390	1	3.42	5
	Anxiété	390	1	3.52	5
	Troubles du sommeil	390	0	3.15	5
	Trouble d'addiction à une substance	390	0	2.19	5
	Trouble bipolaire	390	0	1.78	5
	Schizophrénie	390	0	1.23	4

Question n°27

#	Question	Nb.	%
27	Pensez vous que vous devriez améliorer votre démarche diagnostique, ou de prise en charge de vos patients atteints de troubles de la santé mentale" ?	389	100%
	OUI	295	75.84%
	NON	44	11.31%
	Ne se prononce pas	51	13.11%

Question n°28

#	Question	Nb.	%
28	Seriez-vous d'accord pour participer à des formations en vue d'améliorer vos compétences en matière de prise en charge des troubles mentaux ?	389	100%
	OUI	298	76.61%
	NON	39	10.03%
	Ne se prononce pas	53	13.62%

Question n°29

#	Question	Nb.	%
29	Quelles stratégies trouvez-vous les plus efficaces pour vous permettre de rester à jour de vos connaissances dans le domaine des troubles de la santé mentale ?	389	100%
	Programmes formels de formation médicale continue (séminaires, conférences, groupes de pairs)	318	81.75%
	Matériel éducatif en tout genre (brochures, articles médicaux)	145	37.28%
	Evaluation des compétences	85	21.85%
	Formation individuelle	152	39.07%
	Guidelines	74	19.02%
	Présentation des produits par les laboratoires / visiteurs médicaux	19	4.88%
	Ne se prononce pas	22	5.66%

ANNEXE 3 : QUESTIONNAIRE DE HAMILTON

Humeur dépressive

- 0 - Absent.
- 1 - Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.
- 2 - Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.
- 3 - Le sujet communique ces états affectifs non verbalement ; par exemple par son expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer.
- 4 - Le sujet ne communique pratiquement que ces états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

Sentiments de culpabilité

- 0 - Absent.
- 1 - S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.
- 2 - Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables.
- 3 - La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.
- 4 - Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

Suicide

- 0 - Absent.
- 1 - A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.
- 2 - Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.
- 3 - Idées ou geste de suicide.
- 4 - Tentatives de suicide (cocher pour toute tentative sérieuse).

Insomnie du début de la nuit

- 0 - Pas de difficulté à s'endormir.
- 1 - Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir ; par exemple de mettre plus d'une demi-heure.
- 2 - Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

Insomnie du milieu de la nuit

- 0 - Pas de difficulté.
- 1 - Le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit.
- 2 - Il se réveille pendant la nuit (cocher pour toutes les fois où le malade se lève du lit sauf si c'est pour uriner).

Insomnie du matin

- 0 - Pas de difficulté.
- 1 - Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.
- 2 - Incapable de se rendormir s'il se lève.

Travail et activités

0 - Pas de difficulté.

1 - Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.

2 - Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente - ou bien décrite directement par le malade, ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations (il a l'impression qu'il doit se forcer pour travailler ou pour avoir une activité quelconque).

3 - Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité. A l'hôpital : cocher si le malade ne passe pas au moins 3 heures par jour à des activités - aides aux infirmières ou thérapie occupationnelle (à l'exclusion des tâches de routine de la salle).

4 - A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle. A l'hôpital, cocher si le malade n'a aucune autre activité que les tâches de routine de salle, ou s'il est incapable d'exécuter ces tâches de routine sans être aidé.

Ralentissement

0 - Langage et pensée normaux.

1 - Léger ralentissement à l'entretien.

2 - Ralentissement manifeste à l'entretien.

3 - Entretien difficile.

4 - Stupeur.

Agitation

0 - Aucune.

1 - Crispations, secousses musculaires.

2 - Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.

3 - Bouge, ne peut rester assis tranquille.

4 - Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

Anxiété psychique

0 - Aucun trouble.

1 - Tension subjective et irritabilité.

2 - Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.

3 - Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.

4 - Peurs exprimées sans qu'on pose de questions.

Anxiété somatique

0 - Absente.

1 - Discrète.

2 - Moyenne.

3 - Grave.

4 - Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

Symptômes somatiques gastro-intestinaux

- 0 - Aucun.
- 1 - Perte d'appétit, mais mange sans y être poussé par les infirmières. Sentiment de lourdeur abdominale.
- 2 - A des difficultés à manger en l'absence d'incitations du personnel. Demande ou a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques.

Symptômes somatiques généraux

- 0 - Aucun.
- 1 - Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires. Perte d'énergie et fatigabilité.
- 2 - Cocher dans le cas où n'importe quel symptôme est net.

Symptômes génitaux

- 0 - Absents.
- 1 - Légers.
- 2 - Graves.

Hypocondrie

- 0 - Absente.
- 1 - Attention concentrée sur son propre corps.
- 2 - Préoccupations sur sa santé.
- 3 - Plaintes fréquentes, demandes d'aide, etc.
- 4 - Idées délirantes hypochondriques.

Perte de poids : (coter soit A, soit B)

A : D'après les dires du malade

- 0 - Pas de perte de poids.
- 1 - Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.
- 2 - Perte de poids certaine (suivant ce que dit le sujet).

B : Appréciation par pesées hebdomadaires par le personnel soignant lorsque des modifications actuelles de poids sont évaluées

- 0 - Moins de 500 g de perte de poids par semaine.
- 1 - Plus de 500 g de perte de poids par semaine.
- 2 - Plus de 1 Kg de perte de poids par semaine.

Prise de conscience

- 0 - Reconnaît qu'il est déprimé et malade.
- 1 - Reconnaît qu'il est malade, mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.
- 2 - Nie qu'il est malade.

Interprétation:

Score de 10 à 13 : symptômes dépressifs légers.

Score de 14 à 17 : symptômes dépressifs légers à modérés.

Score supérieur à 18 : symptômes dépressifs modérés à sévères.

RESUME

Introduction : les troubles mentaux, de par leur coût économique, social et sanitaire sont un enjeu majeur de santé publique. Les médecins généralistes sont les principaux professionnels de santé impliqués dans la prise en charge de ces pathologies. Leurs compétences en matière diagnostique et thérapeutique peuvent être améliorées. Il existe peu d'études françaises les interrogeant directement sur leurs pratiques.

But de l'étude : déterminer la perception des médecins généralistes français sur leur prise en charge des troubles mentaux afin de réfléchir et de proposer des pistes d'amélioration de leurs pratiques.

Méthode : étude transversale descriptive par questionnaires diffusés en ligne via les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins menée auprès de médecins généralistes thésés, installés et remplaçants, répartis dans 24 départements français.

Résultats : 389 questionnaires complets ont été analysés. La prévalence moyenne des troubles mentaux par semaine était de 11,62%. 66,1% des médecins présentaient un intérêt pour la psychiatrie. 38,6% estimaient très important le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles mentaux. L'intérêt était lié avec la valorisation du rôle du médecin généraliste ($p < 10^{-6}$), et une meilleure évaluation des compétences ($p < 10^{-3}$). 92,3% des médecins n'avaient pas de formation complémentaire en psychiatrie, et seulement 37% avaient participé à une session de formation relative à la psychiatrie dans les deux années précédentes. L'évaluation des compétences était plutôt positive en matière de diagnostic (3,09/5). Elle était inférieure à la moyenne concernant la psychothérapie (2,12/5). Les médecins utilisaient leur expérience et leurs connaissances théoriques pour établir un diagnostic. Ils se référaient très rarement aux ressources externes. La formation n'influait pas le recours aux guidelines ou aux grilles diagnostiques, mais améliorait la gestion de la consultation en terme de surcharge de travail. Les médecins étaient confiants dans l'initiation des traitements antidépresseur et anxiolytique, mais étaient en difficulté avec les traitements thymorégulateur et antipsychotique. Ils s'évaluaient plus positivement dans la prise en charge de la dépression (3,42/5) et de l'anxiété (3,52/5) que dans celle du trouble bipolaire (1,78/5) et de la schizophrénie (1,23/5). Les consultations pour motif psychiatrique étaient en moyenne 1,7 fois plus longues que celles pour motif somatique. 41,4% des médecins adressaient plus difficilement leurs patients aux psychiatres qu'aux autres spécialistes. Les motifs les plus fréquents étaient la situation d'urgence et la nécessité d'un traitement spécialisé. Les attentes étaient une organisation de la prise en charge future et une recommandation de traitement. Les médecins notaient défavorablement leur relation avec le monde de la psychiatrie (2,06/5) et la difficulté d'accès aux soins spécialisés était l'obstacle le plus fréquemment rencontré lors la prise en charge. 75,6% des médecins souhaitaient améliorer leurs compétences et se tournaient principalement vers la formation médicale continue pour le faire.

Conclusion : le médecin généraliste joue un rôle central dans la prise en charge des troubles mentaux. Le manque d'intérêt et de formation d'une part, et la difficulté de collaboration avec les structures spécialisées d'autre part sont deux obstacles majeurs à une prise en charge de qualité. La recherche en santé mentale intégrée aux soins primaires doit être développée pour déterminer des pistes d'action et améliorer la qualité des soins délivrés aux patients.

Mots clés : perception, prise en charge, médecin généraliste, troubles mentaux, formation, intérêt, collaboration

SERMENT

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 !

