



Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2023

THESE

POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement
le 21 septembre 2023 à Poitiers
par Alexis POISSON
né le 20 mai 1994

Proportion des consultations abordant la santé mentale en médecine générale

COMPOSITION DU JURY

Président :

- Professeur ROBLOT Pascal, PU-PH de Médecine Interne

Membres :

- Professeur ALBOUY Marion, PU-PH de Santé Publique
- Docteur ARCHAMBAULT Pierrick, PA de Médecine Générale
- Docteur CHANSIGAUD Eve, PH de Psychiatrie

Directrice de thèse :

- Docteur HÉBERT Marie -Thérèse, médecin généraliste

Remerciements

A Monsieur le Professeur Pascal ROBLOT, président du jury,

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider cette soutenance de thèse.
Je vous remercie pour cela ainsi que pour le regard que vous porterez sur ce travail.

A Madame la Maître de Conférence, Docteur Marion Albouy, membre du jury,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de ce jury.
Merci pour l'intérêt que vous porterez à ce travail.

A Monsieur le Docteur Pierrick ARCHAMBAULT, membre du jury,

Pour votre temps consacré à la formation des internes de Médecine Générale et pour avoir accepté d'être membre de ce jury, je vous présente ma reconnaissance des plus sincères.

A Madame la Docteur Eve CHANSIGAUD, membre du jury,

Pour la formation reçue durant mon semestre en hors filière et pour avoir accepté également de faire partie de ce jury, je vous remercie sincèrement.
Merci pour le regard que vous porterez à ce travail.

A Madame la Docteur Marie-Thérèse HEBERT, directrice de thèse,

Merci d'avoir accepté d'être la directrice de ce travail de thèse.
Merci pour votre investissement dans celui-ci.

A ma famille,

Mes parents, mes frères et ma grand-mère, merci d'avoir été là depuis le début de ces études. Vous avez suivi ce qui a construit une grande partie de ma vie aujourd'hui avec ses moments de bonheur et de difficultés. Merci pour vos conseils, vos réconforts et vos encouragements.

A mes tantes chéries et mes oncles, merci de votre attention et de votre soutien.

A mes amis de toujours,

De la Barrière, Arthur et Arthur, Jean-Baptiste, Valentin. Vous aussi avez vu le chemin parcouru depuis le début ensemble.

D'Orléans, Arnaud, Baptiste, Alexandre. Il n'y a nul besoin de décrire l'importance que vous avez pour moi. Vous êtes de ma famille.

Cyril, Maxime et Germain, ma communauté.

De la fac, la team BBK pour cette PACES ensemble et les années qui ont suivi ;

Louis, Maxime et Fanny pour la découverte de cette team pharma ; Ronan et Nicolas depuis la PACES vous êtes géniaux ; Kieran (spéciale pour tes relectures et critiques avisées), Carla, Côme et Félicia, merci d'être vous. On a passé du temps à plancher et encore plus à se poiler ensemble.

A la fanfare de Tours, la Vaginale, maintenant RCBB. Tout pareil que les gus du dessus.

Vous êtes aussi secoués de la carafe que talentueux et géniaux.

Aux personnes, copains et amis rencontrés durant l'internat,

Merci à la team de Saintes pour cette entrée en matière splendide et à Jb et Cyrielle qui ont suivi à Niort pour continuer l'aventure.

Merci aux copains de Niort pour ce semestre rythmé et ceux qui ont suivi.

Merci à Angoulême et aux copains de l'internat pour ce semestre d'été mémorable. Zebi.

Enfin, merci à Alice.

Merci pour ta douceur et ton humour. Merci pour tes encouragements et ta patience.

Merci pour ton amour et merci d'avance pour les années à venir.

Merci pour celle que tu es et pour ce que nous sommes ensemble.

SOMMAIRE

1. Introduction.....	
a. Santé mentale.....	
i. Définition.....	
ii. Composants.....	
b. Epidémiologie.....	
i. Internationale.....	
ii. Européenne.....	
iii. Nationale.....	
iv. Locale.....	
c. Place du médecin généraliste.....	
d. Objectifs.....	
2. Matériel et méthodes.....	
a. Type d'étude.....	
b. Méthodologie.....	
c. Critères d'inclusion et de non inclusion.....	
i. Critères d'inclusion.....	
ii. Critères de non inclusion.....	
d. Grille.....	
e. Analyse statistique.....	
3. Résultats.....	
a. Description de l'échantillon de médecins inclus.....	
b. Consultations.....	
i. Caractéristiques des consultations liées aux patients.....	
ii. Proportion de consultations en lien avec la santé mentale.....	
iii. Proportion des différents thèmes.....	
1. Selon l'ensemble des consultations.....	
2. Selon les consultations liées à la santé mentale.....	
iv. Caractéristiques des consultations liées au médecin.....	
1. Formation.....	
2. Orientations.....	
3. Aisance.....	
4. Discussion.....	
a. Limites, biais et forces de l'étude.....	
b. Comparaison bibliographiques.....	
5. Conclusion.....	
Annexes.....	
Bibliographie.....	

Abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

HAS : Haute Autorité de Santé

TMC : Troubles Mentaux Communs

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques

PIB : Produit Intérieur Brut

JI : Jours d'Inactivité

EDC : État Dépressif Caractérisé

PTSM : Projets Territoriaux en Santé Mentale

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMP-IJ : Centres Médico-Psychologiques de Psychiatrie Infanto-Juvenile

CATTP : Centres d'Accueil Thérapeutiques à Temps Partiels

ALD : Affection Longue Durée

MG : Médecin Généraliste

SM : Santé Mentale

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CHU : Centre Hospitalo-universitaire

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DSM : Diagnostic and Statistical Manual

DU : Diplôme Universitaire

FMC : Formation Médicale Complémentaire

CAMSP : Centre d'Action Médico-Sociale Précoce

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

EMG : Equipe Mobile de Gériatrie

CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

ARS : Agence Régionale de Santé

TSSA : Troubles à Symptomatologie Somatique et Apparentés

IMG : Interne de Médecine Générale

1. Introduction

a. Santé mentale

i. Définition

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la santé mentale correspond à un état de bien-être, permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux et de contribuer à la vie de sa communauté (1).

ii. Composants

La santé mentale est déterminée par de nombreux facteurs biologiques, psychologiques, socio-économiques et environnementaux, dont l'environnement de travail. Elle couvre un continuum complexe, allant d'un état optimal de bien-être à des états invalidants, notamment sur le plan émotionnel. Les personnes souffrant de problèmes de santé mentale sont plus susceptibles de ressentir un mal-être plus important, sans que ce soit systématique (2).

La Haute Autorité de Santé (HAS) présente trois dimensions composant la santé mentale (3) :

- La santé mentale positive, recouvrant le bien-être et les capacités d'agir dans les interactions sociales.
- La détresse psychologique réactionnelle, avec des symptômes, relativement communs et le plus souvent anxieux ou dépressifs, n'étant pas relatifs à un trouble psychiatrique mais pouvant le devenir.
- Les troubles psychiatriques se référant aux classifications diagnostiques et relevant d'une prise en charge médicale.

La santé mentale n'est ainsi pas limitée à l'absence de troubles psychologiques ou psychiatriques, dénommés aussi troubles mentaux (4).

b. Epidémiologie

i. Internationale

A l'échelle internationale, en 2019, une personne sur huit présentait un trouble mental, les troubles anxieux et les troubles dépressifs étant les plus courants (5). Ils sont tous deux dénommés troubles mentaux communs (TMC) par l'OMS par leur fréquence (6). On estime qu'un jeune sur sept (13 %) âgé entre 10 et 19 ans souffre de troubles mentaux (7).

Les troubles addictologiques gardent une forte prévalence à l'échelle mondiale. En 2016, 43 % de la population mondiale a consommé de l'alcool au cours de l'année passée (8) et 5,1 % de la population adulte souffre de troubles liés à sa consommation (9). De même pour le tabac, en 2019 plus d'un milliard de personnes dans le monde consommaient du tabac (10), en 2020 plus de 22 % de la population mondiale était consommatrice (11).

Pouvant être à l'origine de troubles mentaux, les difficultés au travail peuvent également être des stigmates de ces mêmes troubles. Malgré les conventions internationales appelant à la protection de la santé physique et mentale des travailleurs, l'OMS et l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) estiment qu'entre 15 et 20 % des adultes en âge de travailler souffrent d'un trouble mental (10,11). Entre 11 et 15 % souffrent de troubles « légers à modérés ». Bien que présentant des symptômes moins importants cliniquement, dans le temps et invalidants, ils ont également un impact sur les environnements personnels, familiaux, économiques, professionnels et scolaires.

Il est estimé que l'impact mondial cumulé des troubles mentaux en termes de perte de production économique représentera 16 300 milliards de dollars US entre 2011 et 2030 (1).

Globalement, les conséquences économiques des problèmes de santé mentale sont majeures et peuvent atteindre 4 % du PIB des pays de l'OCDE. Les coûts indirects dépassent le coût direct (soins et aides sociales), estimé par l'OCDE entre 4 et 10 % du budget santé des pays de l'OCDE (12). En moyenne, moins de 2 % des budgets nationaux alloués aux soins de santé dans le monde vont à la santé mentale (2).

Les problèmes de santé mentale entravent le développement en réduisant la productivité, détériorant les relations sociales et accentuant les problématiques de pauvreté et de handicap. On constate chez les personnes souffrant de troubles mentaux des taux d'incapacité et de mortalité plus élevés que la moyenne. La dépression représente 4,3 % de la charge mondiale de morbidité et fait partie des principales causes d'incapacité dans le monde.

Les Etats sont alertés de la nécessité de modifier leur politique de santé afin d'optimiser l'aide sociale et l'accompagnement adaptés aux populations. Un investissement dans la prévention et la promotion de la santé mentale en parallèle de la formation et de la recherche est préconisé par l'OMS (1).

ii. Européenne

A l'échelle européenne, une méta-analyse de 2010 rapportait que chaque année 38,2 % de la population de l'Union Européenne souffrait d'un trouble mental. Les diagnostics les

plus fréquemment repérés étaient : les troubles anxieux (14 %), les troubles de l'humeur (7,8 %), les troubles somatoformes (6,3 %) et la dépendance à l'alcool (3,4 %) (13).

En 2017, un rapport de l'OMS sur la santé mentale européenne décrivait également le trouble dépressif et le trouble anxieux comme étant les troubles mentaux les plus communs en Europe. Un quart de la population souffrait sur l'année passée d'un trouble de la santé mentale et les troubles mentaux représentaient une charge importante pour les économies. Le coût annuel direct de la dépression a été estimé à 617 milliards d'euros en 2013, principalement en raison des coûts pour les employeurs liés à l'absentéisme et des coûts pour l'économie liés à la perte de production (14).

iii. Nationale

A l'échelle nationale, l'enquête "*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*" (ESEMED) menée par l'OMS a montré que plus d'un tiers de la population française avait été touché au moins une fois dans sa vie par un trouble anxieux, dépressif ou lié à l'alcool (15). Une analyse de ces résultats présentait que 18,5 % de la population interrogée avait présenté au moins un trouble mental durant l'année écoulée. Les troubles mentaux étaient les principaux pourvoyeurs de jours d'inactivités (JI), comparativement aux problèmes somatiques (31,0 vs 13,9 en moyenne des JI annuels) (16).

L'enquête "*Santé mentale en population générale : images et réalités*" (SMPG) en 2007 relevait la prévalence des troubles psychiatriques et leurs conséquences sur l'activité professionnelle sur un échantillon national de la population. Les troubles de l'humeur présentaient une prévalence de 13,7 %, les troubles anxieux de 21,7 % et les troubles addictifs de 2,5 %, genres confondus. En moyenne 50 % d'entre eux l'associaient à une gêne professionnelle (17).

D'après les résultats du Baromètre santé 2017, 13 % des femmes et 6 % des hommes, soit près d'une personne sur dix aurait vécu un état dépressif caractérisé (EDC) l'année précédente. Les femmes, les personnes de moins de 45 ans, les chômeurs *et autres inactifs*, les personnes seules et les personnes déclarant de faibles revenus présentaient les niveaux de prévalence les plus élevés (18).

En 2020, 23,7 % de la population âgée de 18 à 75 ans dépassait les repères de consommation d'alcool. Ces consommations à risque étaient davantage le fait des hommes (33,2 % d'entre eux) que des femmes (14,7 %) (19).

En 2021, 31,9 % des 18-75 ans déclarait fumer et 25,3 % d'entre eux de façon quotidienne (20).

Selon l'Assurance Maladie, les troubles psychiatriques sont l'un des premiers postes de dépense et représentent 14 % des dépenses totales de santé. Ils sont la première cause d'années vécues avec une invalidité. Ils sont responsables de 35 à 45 % de l'absentéisme au travail (21).

iv. Locale

A échelle locale, les Projets Territoriaux en Santé Mentale (PTSM), introduits depuis la loi d'octobre 2016 ont pour but de permettre un suivi global sanitaire social et médico-social des habitants d'un territoire. Ils s'établissent sur un diagnostic territorial partagé en santé mentale et s'articulent autour de la participation et la coopération de l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire. Le rapport sur le diagnostic partagé sur le département de Charente-Maritime publié en mars 2019 (22), recense les ressources et les besoins en la matière.

L'offre des établissements ambulatoires est diversifiée et nombreuse pour permettre une prise en charge transversale et pluridisciplinaire ambulatoire. Ces établissements sont des lieux de suivis, de soins, de prévention et d'accompagnement. Les centres médico-psychologiques (CMP), les centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ) et les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiels (CATTP) sont les plus nombreux sur le territoire (22). Ils s'adaptent au virage ambulatoire en modifiant leur pratique et leur communication avec les autres acteurs ambulatoires, notamment les professionnels libéraux (23).

La densité de professionnels libéraux est inégale sur le territoire avec de faibles populations de psychiatres et de psychologues en 2016 : 4 psychiatres et 19 psychologues pour 100 000 habitants, en dessous des densités régionale (9 et 24 respectivement pour 100 000 habitants) et nationale (10 et 28 pour 100 000 habitants). La proportion de médecins généralistes diminue passant de 120 à 108 pour 100 000 habitants entre 2016 et 2019 (22,24). Un vieillissement des professionnels libéraux est relevé : 56 % des psychiatres, 28 % des médecins généralistes et 18 % des psychologues en Charente-Maritime ont plus de 60 ans.

Peu de données locales permettent d'appréhender les prévalences des TMC ou addictologiques, hormis l'incidence des Affections Longues Durées (ALD) correspondantes (25), la consommation de médicaments ou le recours aux soins remboursés. Ceux-ci sont précisés dans l'Atlas de la santé mentale (26) : 19,6 % des bénéficiaires du régime général de 18 à 64 ans sont pris en charge pour des troubles de l'humeur, 5,8 % pour des troubles

addictologiques en 2015, et 8 % d'entre eux bénéficient de prescriptions de médicaments anxiolytiques et / ou antidépresseurs.

c. Place du médecin généraliste

Étant donné sa place centrale dans le dispositif d'accès aux soins, le médecin généraliste (MG) est le premier professionnel consulté en cas de problème de santé mentale (SM), devant les psychiatres et les psychologues (11,24–26). C'est un maillon essentiel en tant que coordonnateur dans le parcours de soin des patients, y compris avec le médico-social.

La place des troubles mentaux a été mise en lumière lors d'une étude regroupant des MG randomisés sur toute la France avec une prévalence de 7 % pour la dépression et 5,9 % pour l'anxiété (27).

En 2012, lors d'une enquête nationale sur leur prise en charge de la dépression, les médecins généralistes relevaient qu'ils étaient confrontés chaque semaine à des patients présentant une souffrance psychique (72 %), des troubles anxieux (82 %) ou un état dépressif (67 %) (28).

Dans l'étude du *Panel d'observation des pratiques et conditions d'exercice de la médecine générale* de 2020, la quasi-totalité des praticiens déclarent procéder au repérage des consommations de tabac, d'alcool et de cannabis de leurs patients, a minima pour ceux qu'ils estiment à risque. Le repérage de conduites addictives était plus souvent mis en œuvre de manière systématique et régulière pour le tabagisme (66 %), que pour la consommation d'alcool à risque (43 %) ou celle de cannabis (24 %). Concernant cette dernière consommation, la majorité des médecins réalise un repérage uniquement auprès des patients qu'ils estiment à risque (signes d'appel, évènements de vie) (56 %) (29).

Entre avril et juillet 2021, 72 % des médecins généralistes estimaient que les demandes de soins pour stress, troubles anxieux ou dépressifs étaient plus fréquentes qu'à l'ordinaire et 20 % estimaient que leur nombre avait augmenté de plus de 50 %. Cela signifiant une certaine pérennisation d'une souffrance psychologique dans la population liée aux conséquences socio - économiques liées au COVID-19 et des mesures mises en place pour l'endiguer.

Fin 2020, les jeunes médecins déclaraient plus fréquemment réaliser des consultations pour des motifs liés à la santé mentale (84 % des médecins de moins de 50 ans

constatent une hausse de ces consultations, contre 71 % des 50-59 ans et 64 % des 60 ans ou plus) (30).

Une observation réalisée dans *l'Atlas de la santé mentale* à propos de la place du médecin généraliste dans le suivi post hospitalier relève une diminution de la proportion de patients n'ayant pas eu de suivi spécialisé en ambulatoire l'année suivant l'hospitalisation lorsque l'intervention du médecin généraliste était ajoutée aux CMP et psychiatres libéraux. Cette proportion passe de 43 % à 14 % pour les TMC (anxieux et dépressifs), de 52 % à 16 % pour les troubles addictologiques et de 40 % à 20 % pour les troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères (26).

Nous nous intéresserons donc dans cette étude à la place qu'a la santé mentale au sein des consultations des médecins généralistes de ce département.

d. Objectifs

L'objectif principal de cette étude était d'estimer la proportion de consultations en lien avec la santé mentale en médecine générale. Nous avons cherché à déterminer le nombre de consultations abordant au moins un des thèmes de la santé mentale dans un échantillon de médecins généralistes de Charente-Maritime.

Les objectifs secondaires étaient d'aborder leur ressenti en termes d'aisance dans la gestion de ces consultations, leur sollicitation du réseau de soins pour ces situations et s'ils avaient reçu une formation spécialisée en lien avec ces consultations.

Cette étude a permis également de fournir une première source de données quantitatives sur le sujet.

2. Matériel et méthodes

a. Type d'étude

Nous avons réalisé une étude épidémiologique déclarative transversale à visée descriptive de la proportion de consultations abordant la santé mentale en médecine générale dans le département de la Charente-Maritime.

b. Méthodologie

Un échantillon test de 5 médecins généralistes (MG) a permis de tester la grille d'étude au préalable. Il était composé de 3 MG installés en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP) et cabinet de groupe et de 2 remplaçants. Ce test avait pour but d'évaluer la faisabilité, le temps de réalisation et l'interprétation possible de la grille. Il a été réalisé sur une journée. Nous avons corrigé des détails de forme sur la grille d'étude et modifié le message d'explications dans le mail adressé aux MG sélectionnés.

La sélection des médecins s'est faite à partir de la liste des médecins généralistes inscrits au Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins (CDOM) de la Charente-Maritime. Cette liste recensait un total de 661 médecins généralistes dans un ordre alphabétique. Le nombre de médecins nécessaire a été fixé arbitrairement avec l'équipe de Recherche Clinique et Biostatistique du CHU de Poitiers à 33, correspondant à 5% du nombre total de médecins généralistes du département étudié. A notre connaissance il n'existe pas d'étude similaire à partir de laquelle des hypothèses puissent être formulées. En effet ne souhaitant pas montrer de différence significative, la détermination d'une puissance statistique minimum et l'utilisation des formules de calcul de sujets nécessaires n'étaient pas utiles dans notre étude.

L'échantillonnage a été réalisé par tirage au sort à partir du numéro de chaque médecin dans cette liste grâce à une formule de randomisation sur le logiciel Excel®. Le doctorant n'étant pas en possession de la liste nominative, les noms correspondant aux numéros tirés au sort ont été transmis après chaque tirage par sa directrice de thèse. Cette liste était en possession de la directrice de thèse par son appartenance au CDOM. Au total, 5 tirages au sort successifs ont été réalisés. Si un numéro avait déjà été tiré, il était retiré.

Les coordonnées des médecins randomisés ont ensuite été retrouvées via l'annuaire sur le site du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) et celui de l'Assurance Maladie, et par le moteur de recherche Google®.

La sélection s'est déroulée entre le 1er Novembre 2022 et le 18 Avril 2023.

Un premier contact téléphonique a été suivi de 2 rappels à 2 et 4 semaines. Si l'adresse mail était communiquée par le médecin ou le secrétariat, un premier mail était envoyé suivi d'une relance à 4 et 6 semaines. Un courrier papier identique au mail (cf annexe

1) a été envoyé aux médecins à 6 semaines du premier contact téléphonique avec le deuxième mail de relance.

Chaque mail et courrier était composé d'un texte explicatif et de la grille d'étude. En pièce-jointe des mails, la grille était envoyée sous format PDF modifiable. Elle pouvait ainsi être remplie directement par informatique sous Windows®, macOS® ou imprimée et remplie sur papier.

Le texte explicatif de l'étude se terminait par une demande d'informations propres au médecin participant :

- L'âge ;
- L'année d'installation ;
- La zone d'exercice (rurale, semi-rurale, urbaine) ;
- Le lieu d'exercice (cabinet seul, de groupe, maison de santé pluridisciplinaire).

c. Critères d'inclusion et de non inclusion

i. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion étaient :

- Être thésé ;
- Être installé ;
- Pratiquer au minimum 4 jours de consultations par semaine.

ii. Critères de non inclusion

Les critères de non inclusion étaient :

- La pratique majoritaire d'exercices alternatifs comme l'échographie, les pathologies du sommeil, l'homéopathie, la médecine thermale, la médecine esthétique... ;
- La pratique en centre hospitalier, clinique ou d'urgence comme SOS Médecins ;

d. Grille

Une grille d'étude (cf annexe 2) comportant plusieurs caractéristiques propres au patient, à la consultation et au médecin a été construite via le logiciel Indesign®. Elle a été réalisée pour se présenter sur une page et correspondre à une journée de consultations. Quatre grilles ont été transmises pour être remplies sur quatre jours successifs de consultations. Le

remplissage a été réalisé par le médecin généraliste pour chaque consultation de la journée qu'elle soit en rapport ou non avec un des thèmes étudiés.

Elle était constituée de trois premières colonnes pour :

- Le numéro de la consultation ;
- L'âge du patient ;
- Le sexe du patient.

Puis d'une colonne par thème ou situation étudié(e) :

- Les situations liées au travail (souffrance au travail, problématique relationnelle, harcèlement, changement de poste, relation avec la médecine du travail) ;
- Les situations liées à la famille (conjugale, parentale, sexuelle) ;
- Les troubles mentaux communs (troubles anxieux et dépressifs) ;
- Les troubles addictologiques (tabac, alcool, cannabis, drogues dures (MDMA, héroïne, ecstasy ou autre), jeux vidéos, activités sportives) ;
- Les troubles à symptomatologie somatique et apparentés (TSSA) (trouble à symptomatologie somatique, trouble de conversion, crainte excessive d'avoir une maladie, trouble factice). Cette catégorie correspond à l'ancien trouble somatoforme du DSM IV (31).

Enfin les trois dernières colonnes correspondaient à des informations propres au médecin généraliste :

- L'aisance ressentie dans la gestion de la consultation ;
- L'interlocuteur spécialisé, structure ou personne, qu'il sollicitait s'il le souhaitait ;
- Une formation éventuelle en lien avec le sujet de la consultation.

L'âge et le sexe du patient ainsi que l'orientation et la formation étaient à remplir en rédaction libre. Les colonnes abordant les thèmes de la santé mentale étaient à remplir en cochant la présence d'un ou plusieurs thèmes de manière simultanée dans la même consultation. Une légende était associée à la grille afin de préciser les situations appartenant aux thèmes inscrits dans les colonnes. Les différents thèmes ont été choisis en cohérence avec les notions développées dans la définition de l'OMS et selon la revue de la littérature existante réalisée.

e. Analyse statistique

Chaque grille reçue a été analysée et les données retranscrites dans un tableur Excel®. Les réponses ont été regroupées selon leur appartenance aux données des médecins ou aux données des consultations.

Les données patients étaient anonymes et les dates de consultations non demandées. Les documents papiers étaient retranscrits informatiquement puis détruits.

Les médecins étaient anonymisés par numérotation par ordre d'entrée dans l'étude dans le tableau Excel®. Le répertoire des médecins participants était conservé sur un autre fichier distinct.

La proportion de consultations portant sur au moins un des thèmes de la santé mentale a été calculée par une formule de somme. La proportion de chaque thème a été calculée de manière identique. Des tableaux croisés dynamiques ont permis de réaliser des analyses en sous-groupe en fonction des caractéristiques démographiques des patients et des médecins généralistes. De la même façon, les données sur l'aisance ressentie, l'orientation et la formation spécialisée ont été étudiées. Afin d'analyser et de comparer ces données selon les différents groupes, nous avons utilisé des tests de Chi2 pour les variables catégorielles lorsque $n > 5$ ou de Fisher lorsque $n < 5$, avec un risque $\alpha = 0,05$. La p-value sera considérée comme positive à partir de 0,05. Les résultats abordant les médianes seront précisés par les premiers interquartiles Q1 et les troisièmes Q3 entre crochet [IQ1 - IQ3] pour simplifier la lecture.

3. Résultats

a. Description de l'échantillon de médecins inclus

Le nombre de tirages réalisés a été de 5, tirant systématiquement 35 médecins, soit le nombre de médecins nécessaire + 2. L'échantillon initial était de 175 médecins qui ont été contactés par téléphone. 65 (37 %) ont transmis une adresse mail dont 31 (48 %) ayant exprimé un accord de participation durant l'appel. Dix n'ont pas été inclus pour raison de pratiques spécifiques (2 médecins du sport, 1 échographiste, 1 médecin du sommeil, 1 spécialiste en médecine thermale, 1 pratiquant à SOS médecins, 1 acupuncteur et 3 médecins pratiquant la médecine esthétique) et 3 car pratiquant moins de 4 jours par semaine.

Au total, la population d'étude s'élève à 20 médecins, répartis en 11 femmes et 9 hommes. Nous avons choisi de les différencier en fonction de la description d'une formation ou non dans le tableau 1.

Tableau 1 : Répartition de la population médicale selon la caractéristique formation. Les données présentées sont les effectifs avec leur pourcentage entre parenthèses. Les p-value en gras sont statistiquement significatives et inférieures à 0,005. La fin de ce tableau décrit le nombre de consultations réalisées par les médecins ayant suivi une formation ou non.

	Formation (n = 8)	Sans formation (n = 12)	Total (n = 20)	p-value
Genre (n.(%))				
Femme	4 (50,0)	7 (58,3)	11 (55)	1.00
Homme	4 (50,0)	5 (41,7)	9 (45)	
Durée d'installation (n.(%))				
Inférieur à 10 ans	3 (42,9)	3 (25,0)	6 (30)	0,364
Entre 10 et 19 ans	3 (42,9)	2 (16,7)	5 (25)	
Entre 20 et 29 ans	2 (14,2)	4 (33,3)	6 (30)	
Supérieur à 30 ans	0 (0)	3 (25)	3 (15)	
Zone d'exercice (n.(%))				
Rurale	2 (30,6)	5 (71,4)	7 (35)	0,330
Semi - rurale	4 (66,6)	2 (33,3)	6 (30)	
Urbaine	2 (30,6)	5 (71,4)	5 (20)	
Tranches d'âge (n.(%))				
Entre 30 et 39 ans	3 (42,9)	3 (25,0)	6 (30)	0,331
Entre 40 et 49 ans	3 (42,9)	2 (16,7)	5 (25)	
Entre 50 et 59 ans	2 (14,2)	3 (25,0)	5 (25)	
60 ans et plus	0 (0)	4 (33,3)	4 (20)	
Nombre de consultations réalisées	746	1134	1880	
Liées à la santé mentale	175 (23,5)	407 (35,9)	582 (31)	<0,0001

Non liées à la santé mentale	571 (76,5)	727 (64,1)	1298 (69)	
------------------------------	------------	------------	-----------	--

Les médecins généralistes (MG) participants avaient en moyenne 48 ans. L'âge médian était de 39 ans [37,75 - 59]. Ils étaient installés en moyenne depuis 17 ans, avec une médiane à 17,5 [7,75 - 24,25]. Ils exerçaient pour 16 d'entre eux en cabinet de groupe, 2 en cabinet seul et 2 en Maison de Santé Pluridisciplinaire (MSP). Concernant les données démographiques de l'échantillon, nous n'avons pas retrouvé de différence statistiquement significative entre les médecins.

Cependant une différence statistiquement significative a été observée concernant les consultations réalisées par ceux ayant décrit une formation ou non. Les MG qui n'ont pas décrit avoir eu de formation ont réalisé plus de consultations abordant la SM que ceux qui ont décrit en avoir eu une ($p < 0,0001$).

b. Consultations

i. Proportion de consultations en lien avec la santé mentale

Au total, 1880 consultations ont été recueillies, dont 686 au format papier, et 1194 par mail. Parmi ces consultations, 582 (31 %) ont abordé au moins un des thèmes étudiés de la santé mentale comme montré dans le tableau 2. Sur l'ensemble des consultations réalisées sur 4 jours, en moyenne un MG réalisait 94 consultations [66;132], 96 pour les femmes et 92 pour les hommes. Le nombre moyen de consultations abordant la SM était de 29 (31 %) [9;54], genres confondus. Les femmes voyaient en moyenne 24 (25 %) consultations abordant la SM et les hommes 35 (38 %).

ii. Caractéristiques des consultations liées aux patients

Tableau 2 : Répartition de l'âge et du sexe des patients selon la présence d'au moins un des thèmes de la santé mentale : les données présentées sont les valeurs absolues du nombre de consultations et entre parenthèses leur pourcentage par rapport au total des consultations. Les p-value en gras étaient statistiquement significatives et $< 0,05$. SM : *Santé Mentale*.

	Consultations liées à la SM (n = 582)	Consultations non liées à la SM (n = 1298)	Total (n = 1880)	p-value
Tranches d'âge (n. (%))				

Entre 1 mois et 15 ans	20 (3,4)	245 (19,0)	265 (14,1)	<0,0001
Entre 16 et 25 ans	48 (8,3)	86 (6,7)	134 (7,1)	
Entre 26 et 35 ans	38 (6,6)	104 (8,0)	152 (8,1)	
Entre 36 et 45 ans	69 (11,9)	118 (9,3)	187 (9,9)	
Entre 46 et 55 ans	89 (15,4)	127 (9,9)	218 (11,6)	
Entre 56 et 65 ans	111 (19,2)	167 (12,9)	278 (14,8)	
Entre 66 et 75 ans	99 (17,0)	235 (18,2)	334 (17,8)	
Plus de 75 ans	106 (18,2)	206 (16,0)	312 (16,6)	
Genre				
Femme	364 (62,5)	743 (57,2)		0,0308
Homme	218 (37,5)	555 (42,8)		

La moyenne d'âge des patients était de 50 ans, la médiane était à 55 ans [31 - 71]. Les patients qui étaient à l'origine de consultations en lien avec la SM étaient majoritairement des femmes ($p = 0,0308$). Une différence significative était observée également dans l'âge des patients à l'origine des consultations étudiées.

iii. Proportion des différents thèmes

1. Selon l'ensemble des consultations

Les TMC étaient retrouvés dans 18 % des consultations étudiées. Les situations étaient liées à la famille dans 12 % des consultations, suivies par les troubles somatoformes (10 %), les situations liées au travail (7 %) et les troubles addictologiques (6 %).

2. Selon les consultations liées à la santé mentale

Le thème majoritaire dans les consultations liées à la SM était celui des TMC (57,6 %). Puis les situations liées à la famille (39,0 %), les troubles somatoformes (31,4 %), les situations liées au travail (23,2 %) et enfin les troubles addictologiques (18,0 %).

Nous n'avons pas réalisé de tests statistiques pour comparer ces proportions car ces facteurs appartiennent à la même population d'étude du fait que les MG pouvaient rencontrer

plusieurs de ces thèmes durant la même consultation. Cela explique également un total de ces proportions supérieur à 100 %.

iv. Caractéristiques des consultations liées au médecin

1. Formations

Au total, 8 MG ont décrit avoir déjà eu une formation complémentaire.

Un avait un Diplôme Universitaire (DU) en psychiatrie ; 1 avait suivi une Formation Médicale Complémentaire (FMC) sur le Burn-Out ; 1 une formation sur la prise en charge sur les adolescents via l'association de FMC "MG Form" ; 1 avait une formation en toxicologie et 1 avait réalisé une étude de thèse en rapport avec certaines consultations abordant la santé mentale. Trois autres médecins ont décrit avoir suivi une formation sans en préciser la nature.

Ils ont réalisé 175 consultations soit 30 % des 582 abordant la SM, comme montré dans le tableau 3. Ces consultations étaient plus nombreuses en zone semi-rurale ($p < 0,0001$) en comparaison avec celles réalisées par les médecins non formés. Elles étaient également plus fréquentes lorsque réalisées par des médecins formés installés depuis moins de 19 ans. Cependant ces deux groupes de consultations selon la formation ou non du MG ne se sont pas différenciés de manière significative en termes d'aisance ressentie (p -value = 0,691) ou d'orientation souhaitée (p -value = 0,417).

Tableau 3 : Répartition des consultations faites par les médecins formés ou non selon la zone d'exercice, la durée d'installation du médecin, l'aisance ressentie, l'orientation souhaitée et le lien entre la formation et la consultation : Les données présentées sont les valeurs absolues du nombre de consultations et entre parenthèses leur pourcentage. Les p -value en gras étaient statistiquement significatives et $< 0,05$.

Proportion de consultations liées à la santé mentale réalisées par	médecins formés (n = 175)	médecins non formés (n = 407)	Total (n = 582)	p = value
Zone d'exercice (n.(%))				
Rurale	38 (21,7)	179 (44,4)	217 (37,3)	<0,0001
Semi - rurale	75 (42,9)	55 (13,5)	130 (22,3)	
Urbaine	62 (35,4)	173 (42,5)	235 (40,4)	
Durée d'installation des médecins (n.(%))				
Moins de 10 ans	57 (30,6)	99 (24,3)	156 (26,8)	<0,0001

Entre 10 et 19 ans	80 (45,7)	54 (13,3)	134 (23,0)	
Entre 20 et 29 ans	38 (21,7)	112 (27,5)	150 (25,8)	
Plus de 30 ans	0 (0)	142 (34,9)	142 (24,4)	
Aisance ressentie (n.(%))				
Aisée	102 (58,3)	230 (56,5)	332 (57,1)	0,691
Non aisée	73 (41,7)	177 (43,5)	250 (42,9)	
Orientation ou avis souhaité (n.(%))				
Souhaité	45 (25,7)	92 (22,6)	137 (23,5)	0,417
Non souhaité	130 (74,3)	315 (77,4)	445 (76,5)	
En lien avec une formation (n.(%))				
Oui	61 (34,9)	0 (0)	61 (10,5)	<0,0001
Non	114 (65,1)	407 (100)	521 (89,5)	

2. Orientations

Les MG participants ont souhaité prendre un avis spécialisé ou orienter leur patient vers un interlocuteur spécialisé dans 23,5 % des consultations en lien avec la SM (137 consultations sur 582). Un MG n'a pas souhaité prendre d'avis et n'a orienté aucun de ses patients.

La liste des interlocuteurs est précisée dans le tableau 5 ci-dessous.

Tableau 4 : Répartition des consultations avec souhait d'orientation ou non selon la zone d'exercice, la durée d'installation du médecin, l'aisance ressentie et le lien avec une éventuelle formation : Les données présentées sont les valeurs absolues du nombre de consultations et entre parenthèses leur pourcentage. Les p-value en gras étaient statistiquement significatives et < 0,05.

Proportion de consultations liées à la santé mentale	Souhait d'avis (n = 137)	Sans souhait d'avis (n = 445)	Total (n = 582)	p = value
Zone d'exercice (n.(%))				
Rurale	63 (46,0)	154 (34,6)	217 (37,3)	<0,0001
Semi - rurale	38 (27,7)	92 (20,7)	130 (22,3)	
Urbaine	36 (26,3)	199 (44,7)	235 (40,4)	
Durée d'installation des médecins (n.(%))				
Moins de 10 ans	42 (30,7)	114 (25,6)	156 (26,8)	<0,0001

Entre 10 et 19 ans	44 (32,1)	90 (20,2)	134 (23,0)	
Entre 20 et 29 ans	36 (26,3)	114 (25,6)	150 (25,8)	
Plus de 30 ans	15 (10,9)	127 (28,6)	142 (24,4)	
Aisance ressentie (n.(%))				
Aisée	71 (51,8)	261 (58,6)	332 (57,1)	
Non aisée	66 (48,2)	184 (41,4)	250 (42,9)	0,158
En lien avec une formation (n.(%))				
Oui	17 (12,4)	44 (9,9)	61 (10,5)	
Non	120 (87,6)	401 (90,1)	521 (89,5)	0,400

Une différence statistiquement significative était observée également entre les consultations liées à la SM pour lesquelles un avis était souhaité selon la zone d'exercice du médecin et son ancienneté d'installation ($p < 0,0001$) en comparaison avec celles pour lesquelles un avis n'a pas été souhaité. Il n'y avait pas de différence statistiquement significative entre ces deux groupes de consultation selon un éventuel lien avec une formation ($p = 0,400$) ou l'aisance ressentie ($p = 0,158$) dans leur gestion respective.

Tableau 5 : Répartition des interlocuteurs spécialisés selon le nombre de consultations correspondant : Dans ce tableau sont présentés les différents interlocuteurs au nombre de 17 (dont le refus d'adressage et les précisions d'avis souhaité sans nommer l'interlocuteur) et le nombre de consultations où il a été question de solliciter l'avis de cet interlocuteur. Les données sont en valeurs absolues et les pourcentages entre parenthèses. CSAPA : *Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie* ; CMP : *Centre Médico-Psychologique* ; CAMSP : *Centre d'Action Médico-Sociale Précoce* ; CMPP : *Centre Médico-Psycho-Pédagogique* ; EMG : *Equipe Mobile de Gériatrie*.

Interlocuteurs (n.(%))	Consultations (n = 128)
Psychologue	57 (44,6)
Psychiatre	14 (10,9)
CSAPA	9 (7,0)
CMP	7 (5,5)
Médecin du travail	5 (3,9)
Pédopsychiatrie dont CAMSP et CMPP	5 (3,9)
Hospitalisation dont sous contrainte	4 (3,1)
Gérontopsychiatrie dont EMG et gérontopsychologue	4 (3,1)

Sophrologue	2 (1,6)
Centre de la douleur	2 (1,6)
Ostéopathe	1 (0,78)
Cure thermale	1 (0,78)
Société interprofessionnelle de soins ambulatoires	1 (0,78)
Neurologue	1 (0,78)
Consultation sommeil	1 (0,78)
Sans précision	4 (3,1)
Refus de l'adressage	10 (7,8)

Les interlocuteurs les plus sollicités dans notre étude pour des avis ou des orientations ont été les psychologues (44,6 %) et les psychiatres (10,9 %). Les établissements de suivi ambulatoires suivaient avec 7 % et 5,5 % pour les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et les Centres Médico - Psychologique (CMP) respectivement. Un refus a été exprimé par les patients dans 7,8 % de ces consultations.

3. Aisance

Les MG participants ont décrit une aisance dans la gestion des consultations liées à la SM dans 332 consultations, soit 57 % des 582 consultations totales.

Tableau 3 : Répartition des consultations aisées ou non selon la zone d'exercice, la durée d'installation du médecin, l'orientation souhaitée ou non et le lien avec une éventuelle formation

: Les données présentées sont les valeurs absolues du nombre de consultations et entre parenthèses leur pourcentage par rapport au total des consultations. Les p-value en gras étaient statistiquement significatives et < 0,05. SM : *Santé Mentale*

Proportion de consultations liées à la SM	Aisées (n = 332)	Non aisées (n = 250)	Total (n = 582)	p = value
Zone d'exercice (n.(%))				
Rurale	116 (34,9)	101 (40,4)	217 (37,3)	0,011
Semi - rurale	89 (26,8)	41 (16,4)	130 (22,3)	
Urbaine	127 (38,2)	108 (43,2)	235 (40,4)	
Durée d'installation des médecins (n.(%))				
Moins de 10 ans	90 (27,1)	66 (26,4)	156 (26,8)	0,043
Entre 10 et 19 ans	71 (21,4)	63 (25,2)	134 (23,0)	
Entre 20 et 29 ans	99 (29,8)	51 (20,4)	150 (25,8)	

Plus de 30 ans	72 (21,7)	70 (28)	142 (24,4)	
Orientation ou avis souhaité (n.(%))				
Souhaité	71 (21,4)	70 (28)	137 (23,5)	
Non souhaité	261 (78,6)	184 (72)	445 (76,5)	0,083
En lien avec une formation (n.(%))				
Oui	32 (9,6)	29 (11,6)	61 (10,5)	
Non	300 (90,4)	221 (88,4)	521 (89,5)	0,444

Une différence statistiquement significative dans la répartition des consultations aisées selon le lieu d'exercice a été retrouvée. L'orientation ($p = 0,083$) ou le lien avec une formation ($0,444$) n'a pas permis de différencier ces deux groupes.

En résumé, les résultats de cette étude montraient que les consultations abordant la SM représentaient 31 % des consultations réalisées et les patients à l'origine de ces consultations étaient majoritairement des femmes ($p = 0,0308$).

Dans toutes les consultations les TMC étaient retrouvées dans 18 % des cas et celles liées à la famille dans 12 % des cas. Dans les consultations liées à la SM, le thème majoritaire était celui des TMC (57,6 %) suivi des situations liées à la famille (39,0 %).

Les MG ont souhaité prendre un avis spécialisé ou orienter leurs patients dans 23,5 % de leurs consultations liées à la SM. Les interlocuteurs principaux ont été les psychologues (44,6 %). Une aisance dans la gestion de ces consultations était décrite pour plus de la moitié d'entre elles (57 %).

Dans notre échantillon, 40 % des MG ont décrit avoir déjà eu une formation complémentaire. On note que la présence de formations était plus fréquente chez les médecins installés depuis moins de 20 ans. De plus, on remarque que la formation n'est pas un facteur significatif de différenciation concernant l'aisance ressentie et le souhait d'orientation durant les consultations liées à la SM. En revanche, on observe une différence statistiquement significative pour l'aisance et le souhait d'orientation selon la zone d'exercice et la durée d'installation des MG.

4. Discussion

Notre étude a montré la proportion importante de la santé mentale, qui était présente dans 31 % des consultations de médecine générale en Charente-Maritime. Elle a également précisé les proportions des différents thèmes étudiés, avec la présence des troubles mentaux communs dans plus de 57 % d'entre elles ainsi que le positionnement des médecins généralistes dans la gestion de ces consultations.

a. Limites, biais et forces de l'étude

La principale limite de notre étude réside dans l'effectif des MG suite au faible taux de participation ne permettant pas d'extrapoler nos résultats par manque de représentativité. C'est un phénomène retrouvé dans plusieurs autres études en médecine générale (27,32–34). Les raisons supposées pour l'expliquer sont le moyen de communication utilisé, pouvant être amélioré par l'utilisation d'un mail approprié tel qu'utilisé pour les communications avec les instances type CDOM ou ARS ; l'utilisation d'une grille d'étude plutôt qu'un questionnaire standardisé et le caractère a priori chronophage du remplissage de celle-ci ; le temps disponible avec la période de recueil qui s'étendait en partie sur celle des épidémies virales durant l'hiver ; et enfin la disponibilité des MG pour la réalisation de l'étude.

Cela représente un biais méthodologique induisant un biais de recrutement. Un éventuel biais d'affection est également à prendre en compte pour les MG sensibilisés au sujet qui auraient accepté de participer.

Nous avons tenté de prévenir certaines de ces limites notamment dans la facilité et le temps nécessaire pour remplir la grille. Plusieurs médecins, certains participants à l'étude et ceux ayant participé aux tests avant le début de l'étude l'ont décrite simple et rapide à utiliser. Le choix de la grille semblait le plus approprié aux objectifs de l'étude. Nous n'avons pas connaissance d'études abordant ces différents thèmes sur lesquelles nous appuyer pour la réalisation d'un outil de recueil de données. Nous avons donc priorisé l'aspect généraliste et plurithématique ainsi que la faisabilité au détriment du caractère scientifique rigoureux avec l'utilisation d'outils validés et de précisions supplémentaires sur les thèmes étudiés. Pour ce qui est du moyen de diffusion, le CDOM n'a pas pu transmettre d'adresses mails en raison de la protection de données des MG inscrits (motif avancé lors de notre demande). De plus, nous avons réalisé l'étude sur plusieurs mois pour permettre de lisser les périodes avec des pics de consultations pour motifs aigus afin de permettre aux MG d'avoir le temps de participer. En

effet, il est déjà décrit que ces consultations prennent plus de temps du fait de la sensibilité des informations qui y sont partagées (28,32–39).

Compte tenu de ces limites, notre étude présente un aspect inédit par son caractère multi-thématique avec cette définition de la SM qui n'a pas été étudiée en médecine générale à notre connaissance et constitue un apport dans la littérature. Notre population randomisée de MG homogène sans différence significative dans ses caractéristiques démographiques nous permet également d'écarter un biais de sélection majeur. Les données en termes d'âge sont superposables à celles de l'atlas décrit en 2022 (40), ainsi que celles de la population de patients. De plus, malgré le caractère transversal de notre étude nous avons fait le choix d'un délai de recueil de 4 jours afin de limiter les biais de sélection de patients liés au jour de la semaine et d'avoir un reflet plus proche d'une semaine type de consultations en médecine générale.

b. Comparaisons bibliographiques

Nous retrouvons dans notre étude une majorité de patientes à l'origine de consultations liées à la SM. Cette observation est également partagée par d'autres études, avec l'une d'entre elles montrant qu'il y avait deux fois plus de risque d'être diagnostiquée d'un trouble dépressif pour les femmes que pour les hommes (OR = 2,1 [1,3 ; 3,6] (15,32–34).

Nos résultats montrent une prévalence des TMC de 18 %, comprenant les troubles anxieux et dépressifs, et peuvent être comparés à ceux de certaines études antérieures (15,16) et s'en éloignent d'autres (17). Les méthodes de diagnostics et de recueils diffèrent. En effet, nous avons recueilli la présence de seulement 2 troubles psychiatriques dans cette dénomination sur 4 jours de consultations. Certaines études utilisaient des outils permettant la recherche d'une prévalence sur les 12 derniers mois ou au cours de la vie, ou d'un éventail plus large de troubles psychiatriques et comprenant parfois des troubles subsyndromiques (15,33). De plus, notre étude s'appuyait sur les diagnostics réalisés par les MG participants, pouvant différer de ceux faits par les tests diagnostiques utilisés dans la littérature (33,41).

Ces observations sont également valables pour les troubles à symptomatologie somatique et apparentés (TSSA) et les troubles en addictologie. La prévalence retrouvée des

TSSA est similaire à celle des troubles somatoformes d'une étude citée ci-dessus. Celle-ci compare les diagnostics faits par un outil diagnostique (l'auto-questionnaire PHQ) à ceux réalisés par le MG. Il n'existe pas de différence statistiquement significative pour le diagnostic du trouble somatoforme (33), confortant la vraisemblance de notre résultat.

Notre prévalence des troubles en addictologie, comprenait plusieurs entités et est donc difficilement superposable aux résultats issus de la littérature. Cependant ces résultats différents nous interrogent sur les substances ou comportements qui ont amené ce taux. L'étude comparant le PHQ avec les diagnostics des MG montrait que l'abus ou la dépendance à l'alcool est repéré dans moins de 38 % des cas par les MG de son échantillon (33). Cette comparaison est mise en perspective avec ceux de l'étude réalisée par la Drees en 2019-2020 qui montrait un repérage systématique de la part de MG de trois régions françaises dans 66 % des consultations pour le tabac, 43 % pour la consommation d'alcool à risque et 24 % pour celle du cannabis (29). Ainsi les résultats retrouvés dans notre étude de 6 % et 18 % interrogent sur la place de l'addictologie dans la pratique des MG de notre échantillon et confrontent les hypothèses du déni d'une partie de la population, de freins ou réticences à cette prise en charge par les MG.

Les problématiques en situations familiales sont retrouvées dans 39 % des consultations liées à la SM. Cette proportion importante est corroborée par une étude décrivant "les problèmes familiaux" comme facteurs de risque importants associés aux troubles mentaux (34). Cependant le nombre d'études abordant cette thématique dans son ensemble en médecine générale est faible. Il y aurait éventuellement un intérêt à la développer à l'avenir.

La proportion de consultations abordant la sphère professionnelle correspond à 7 % des consultations totales de l'étude et près de 23 % de celles abordant la SM. Cela est plus bas que les résultats retrouvés dans la littérature notamment car ce motif seul est peu recherché. Il est davantage associé à la notion de souffrance psychologique au travail ou à l'impact des différents troubles psychiatriques sur le travail (16,17) et cela n'était pas l'objet de notre étude.

De plus, l'augmentation des différentes proportions de ces thèmes selon leur place dans les consultations liées à la SM ou dans les consultations générales semble montrer une comorbidité ou co-occurrence semblant confirmée par la littérature (15,16,34,42-44). La réalisation d'analyses plus spécifiques pourrait confirmer cette observation mais n'a pas été l'objet de notre étude.

Plusieurs recherches ont travaillé sur la formation, les difficultés ressenties et la coopération des MG dans la prise en charge psychiatrique de leur patientèle.

Dans notre étude, à l'exception d'un médecin, tous ont souhaité prendre un avis ou orienter leur patient. Il semble que les MG exerçant en zone rurale aient eu plus tendance à orienter leurs patients que ceux exerçant en zone semi-rurale ou urbaine, de la même manière que ceux installés plus récemment, observations faites également par deux études (33,38). De même, les interlocuteurs privilégiés sont ceux retrouvés dans la littérature (psychiatre, psychologue). Certains diffèrent avec l'infirmière psychiatrique ou l'assistante sociale (38) ou encore l'infirmière de spécialisation avancée, faisant l'objet d'une thèse (32), qui sont également des acteurs de soins de la SM.

Cette différence significative selon la zone d'exercice et l'âge est également retrouvée dans notre étude quant à l'aisance ressentie par les MG participants. Il semble que les médecins semi-ruraux soient plus aisés mais que seuls ceux installés depuis 20 à 29 ans réalisent significativement plus de consultations avec aisance. Quasiment tous les MG de l'étude ont exprimé une aisance dans la gestion de leurs consultations, corroborant le ressenti des MG quant à leur pratique du moins vis-à-vis de la prise en charge de la dépression (28). Car si la majorité des consultations liées à la SM (57 %) sont vécues avec aisance par les MG de notre échantillon, il existe plusieurs données dans d'autres études montrant un ressenti plus nuancé que nous n'avons pas détaillé dans la nôtre. En effet, certaines précisent une exigence plus prononcée lors de situations cliniques jugées sévères (38), ou l'impact que ces consultations peuvent avoir pour le MG pouvant expliquer une aisance ressentie ou non (45). Nous pouvons aussi remarquer une absence de différence statistiquement significative entre les consultations aisées ou non pour les médecins qui ont suivi une formation ou non. Cela peut être expliqué par le faible nombre de consultations qui était en lien avec leur formation et par la diversité de leurs formations ne pouvant apporter une aisance significativement différente que pour un nombre restreint de consultations.

On note une majorité de médecins formés chez les médecins semi-ruraux et chez ceux installés depuis moins de 20 ans, pouvant expliquer les différences observées lors de la comparaison des consultations selon ce critère. De plus, l'absence de différence significative mentionnée ci-dessus à propos de l'aisance ressentie dans les consultations est retrouvée dans les avis ou orientations qu'ils ont pu solliciter ainsi que dans la faible proportion de consultations en lien avec la formation qu'ils ont suivie. Cela peut aussi être expliqué par le faible effectif total de médecins se repercutant sur le nombre de formés et le nombre de consultations en lien avec celles-ci. En gardant en pondération le caractère transversal de

notre étude, une autre hypothèse est que les formations que ces médecins ont suivies n'influencent pas leur patientèle et la proportion de consultations en lien avec elles. Une exploration plus détaillée sur la pratique des médecins en fonction de leurs formations spécialisées pourrait confirmer ou infirmer cette hypothèse.

Néanmoins, la part relativement importante de médecins qui ont suivi une formation est encourageante et confirmée par les données de la littérature. La majorité des médecins formés se trouvant chez les moins de 50 ans et installés depuis moins de 20 ans nous montre un souhait de se former et la réalisation de ce souhait via les différents moyens à leur disposition. Cela entre en cohérence avec les critiques faites à propos de la formation des MG (38), les modifications de pratiques (34) et la formation des internes de médecine générale (IMG) (46). Cependant comme précisé dans cette thèse étudiant la formation à la psychiatrie des IMG, malgré la formation dispensée par la grande majorité des facultés, cet enseignement reste hétérogène. Peu d'universités s'emploient à préciser le parcours de soin et ses intervenants et les propositions de stage en ambulatoire pour des expériences de pratique clinique sont peu nombreuses (46). Cela peut être en partie lié à la démographie des professionnels de santé propre aux territoires de chaque université qui influe sur les ressources en termes d'interlocuteurs et de terrains de stage adaptés ainsi qu'à une pratique hospitalo-centrée dans la formation des IMG.

L'intérêt des médecins généralistes de notre étude pour la santé mentale dans leur pratique reflète l'aspect déterminant qu'elle peut avoir pour la santé globale de leurs patients ainsi que la mobilisation nécessaire pour permettre une prise en charge et un accompagnement le plus adapté possible.

5. Conclusion

Notre étude apporte de nouvelles données à propos d'un sujet vaste et complexe touchant aussi bien les champs médicaux, familiaux, sociaux et professionnels. La santé mentale semble ainsi avoir une place centrale au sein des consultations de médecine générale du département de Charente-Maritime. Ses différents thèmes se retrouvent en proportions importantes au sein des consultations soulignant ainsi son caractère fondamental dans la

pratique en médecine générale.

Bien que notre étude ne soit pas représentative, elle soulève des interrogations à propos de plusieurs points à préciser. La confirmation de ces résultats par une étude représentative et la modification des facteurs qui ont pu la limiter permettraient d'établir des données plus fiables et pérennes. Des recherches sur la différence significative à propos du genre des patients pourraient décrire les motifs ou thèmes abordés et expliciter les raisons de cette différence retrouvée entre les études. Une analyse des interlocuteurs sollicités en fonction des lieux et zones d'exercice des médecins généralistes permettrait éventuellement d'étudier les pratiques et moyens disponibles pour la prise en charge d'une population d'un territoire et de son parcours de soin.

Ces études peuvent apporter de nouvelles connaissances profitables aux démarches de politiques locales mises en place entre autres via les PTSM dont un axe aborde le parcours de soin coordonné pour celui du département étudié.

Pour conclure, notre étude a apporté des éléments sur la pratique courante des médecins généralistes concernant la santé mentale en termes de prévalence de situations rencontrées et d'outils utilisés. Cela permet ainsi de mettre en lumière des leviers mobilisables avec et auprès d'un acteur de soin de premier recours pour une prise en charge globale de la population.

Annexes

Alexis POISSON



Le 18 avril 2023

Chères consœurs, chers confrères,

Je vous adresse ce courrier afin de vous solliciter pour l'étude que je mène dans le cadre de ma thèse.

Mon étude porte sur **la proportion des consultations portant sur la santé mentale en médecine générale**, ciblée sur la Charente-Maritime.

C'est une étude innovante sur le territoire français n'ayant pas trouvé de données déjà existantes dans la littérature actuelle.

Je souhaite pouvoir **estimer le nombre de consultations** en rapport avec la santé mentale pour avoir des premiers chiffres afin de quantifier l'ampleur du sujet.

Elle se base sur une grille à remplir par vous et les autres docteurs participants de façon très simple en cochant ou remplissant :

- **L'âge et le sexe** du patient ou de la patiente
- **La présence d'un ou plusieurs thème(s)** de la santé mentale dans chacune des consultations de votre journée
- Le caractère aisé ou non de la consultation selon votre **ressenti**
- **L'orientation** vers un éventuel interlocuteur spécialisé
- Si vous avez eu une **formation** en rapport avec le sujet de la consultation ou non

Je vous joins la grille d'étude pour que vous puissiez en prendre connaissance. Je peux également vous la joindre par mail en format pdf si vous le souhaitez. Merci de m'en informer si c'est le cas.

J'ai réalisé cette grille afin qu'elle prenne un minimum de temps à remplir, que ce soit en fin de consultation ou en fin de journée.

L'étude se déroule **sur 4 jours au total**.

Le recueil de données prendra **fin le 02 Juin**.

Pourriez-vous également me transmettre des informations vous concernant afin de les corrélérer aux différents résultats :

- Votre **âge**
- Votre **lieu d'exercice** (cabinet seul, de groupe, MSP)
- Votre **zone d'exercice** (urbaine, rurale ou semi-rurale)

- Votre **année d'installation**

Je reste disponible par mail à l'adresse [REDACTED] ou par téléphone au [REDACTED] pour toutes précisions que vous souhaiteriez avoir.

En vous remerciant par avance pour votre réponse.
Confraternellement,

Alexis POISSON

Bibliographie

1. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030 [Internet]. [cité 27 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240031029>
2. Rapport mondial sur la santé mentale: transformer la santé mentale pour tous. Vue d'ensemble [Internet]. [cité 21 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240050860>
3. Santé mentale [Internet]. [cité 11 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>
4. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes Disponible sur: https://www.atih.sante.fr/sites/default/files/public/content/4434/2023.9bis_bos.pdf
5. Institute for Health Metrics and Evaluation [Internet]. [cité 11 juin 2023]. GBD Results. Disponible sur: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results>
6. WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf [Internet]. [cité 16 juin 2023]. Disponible sur: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>
7. Santé mentale des adolescents [Internet]. [cité 12 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
8. Global Information System on Alcohol and Health [Internet]. [cité 12 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/data/gho/data/themes/global-information-system-on-alcohol-and-health>
9. Plan d'action mondial contre l'alcool 2022-2030 pour renforcer la mise en œuvre de la Stratégie mondiale [Internet]. [cité 12 juin 2023]. Disponible sur: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/alcohol/alcohol-action-plan/first-draft/global-alcohol-action_plan_first_draft_fr.pdf?sfvrsn=e490c5de_5
10. Reitsma MB, Kendrick PJ, Ababneh E, Abbafati C, Abbasi-Kangevari M, Abdoli A, et al. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 19 juin 2021;397(10292):2337-60.
11. Tabac [Internet]. [cité 12 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>
12. Les enjeux économiques de la santé mentale.pdf.
13. 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*. sept 2011;21(9):655-79.
14. World Health Organization. Regional Office for Europe. Multisectoral action for mental health: thematic brief on mental health [Internet]. World Health Organization. Regional Office for Europe; 2019 [cité 21 mai 2023]. Report No.: WHO/EURO:2019-3579-43338-60799. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/346538>
15. Lépine JP, 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.
16. Ickick R, Kovess V, Gasquet I, Lépine JP. Perte d'activité due à des problèmes de santé habituels : résultats français de l'étude OMS sur les troubles mentaux (WMH). *Encephale*. sept 2014;40(4):338-44.
 17. Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête "Santé mentale en population générale : images et réalités".
 18. Léon C. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du baromètre santé 2017.
 19. Andler R. Dépassement des repères de consommation d'alcool à moindre risque en 2020 : résultats du baromètre de Santé Publique France.
 20. Pasquereau A. Prévalence nationale et régionale du tabagisme en France en 2021 parmi les 18-75 ans, d'après le Baromètre de Santé publique France / National and regional prevalence of smoking in France in 2021 among 18-75 year olds, according to the Santé publique France Health Barometer.
 21. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Proposition de l'Assurance Maladie 2019 [Internet]. [cité 17 janv 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-charges-et-produits-2019-web.pdf>
 22. Diagnostic Territorial Santé Mentale-17 [Internet]. [cité 16 juin 2023]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dtsm_17.pdf
 23. 59-2.CMP_Adultes.pdf.
 24. Atlas de la santé mentale en France - Rapports et portraits de territoires [Internet]. [cité 16 juin 2023]. Disponible sur: <https://santementale.atlasante.fr/#c=report&chapter=p09&report=r05&selgeo1=dep.17>
 25. Nombre de nouvelles exonérations pour ALD par département - 2010 à 2021 | L'Assurance Maladie [Internet]. 2023 [cité 25 juin 2023]. Disponible sur: <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/incidence-nouvelles-exonerations-ald-departement>
 26. atlas-de-la-sante-mentale-en-france.pdf [Internet]. [cité 22 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/007-atlas-de-la-sante-mentale-en-france.pdf>
 27. Grimaldi-Bensouda L, Begaud B, Lert F, Rouillon F, Massol J, Guillemot D, et al. Benchmarking the burden of 100 diseases: results of a nationwide representative survey within general practices. *BMJ Open*. 14 nov 2011;1(2):e000215-e000215.
 28. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville.
 29. David S, Buyck JF, Metten MA. Les médecins généralistes face aux conduites addictives de leurs patients.
 30. Les demandes de soins liés à la santé mentale restent plus fréquentes au printemps 2021 [Internet]. [cité 28 mai 2023]. Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-10/ER%201209_1.pdf
 31. Masson H. DSM-IV TR. Manuel Diagnostique et statistiques des troubles mentaux.
 32. Thiesse A. Le médecin généraliste et la santé mentale: vers quel recours serait adressé le patient [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine; 2018 [cité 16 janv 2022]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2018_THIESSE_AURORE.pdf
 33. Norton J, David M, Gandubert C, Bouvier C, Gutierrez LA, Frangeuil A, et al. Détection par le médecin généraliste des troubles psychiatriques courants selon l'auto-questionnaire diagnostique le Patient Health Questionnaire : dix ans après, le dispositif du médecin traitant a-t-il modifié la donne ? *L'Encéphale*. 1 févr 2018;44(1):22-31.
 34. Santé mentale, précarité et pratiques des médecins généralistes, enquête en Centres de santé de Grenoble | Cairn.info [Internet]. 2022 [cité 20 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-HS-page-97.html>
 35. Fond G, Lancon C, Auquier P, Boyer L. Prévalence de la dépression majeure en France en population générale et en populations spécifiques de 2000 à 2018: une revue systématique de la littérature. *La Presse Médicale*. avr 2019;48(4):365-75.
 36. Hernu CH. Prise en charge psychiatrique en médecine générale et coopération entre

- médecins généralistes et psychiatres. Étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes du secteur de Saint-Quentin.
37. Espinoza E, Jung G. Le médecin généraliste pratique-t-il une psychothérapie spécifique?: étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Oise [Internet]. France; 2019 [cité 4 juill 2021]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/view/index/docid/2071229>
 38. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Bécrot F, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *L'Encéphale*. juin 2010;36:D73-82.
 39. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet MP, 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*. déc 2005;6(1):18.
 40. Atlas démographie 2022 tome 2 approche territoriale par specialites.pdf.
 41. Bushnell J. Frequency of consultations and general practitioner recognition of psychological symptoms. *Br J Gen Pract*. 1 nov 2004;54(508):838-42.
 42. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Psychiatry*. févr 2022;9(2):137-50.
 43. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 1 avr 2015;72(4):334.
 44. Ferreira Carreira L, Younes N, Riviere M, Plancke L, Prouvost H, De Pauw C, et al. Souffrance psychique liée au travail et caractéristiques du travail chez les salariés vus en consultation de médecine générale en Nord-Pas-de-Calais : étude Héraclès. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*. juin 2016;77(3):529-30.
 45. Feur C, Mansouri S. Les réponses des médecins généralistes aux souffrances psychosociales ordinaires des patients: étude qualitative par entretiens individuels. 2020;
 46. Bez C, Lepetit A. Formation à la psychiatrie des internes de médecine générale en France : résultats d'une enquête nationale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 janv 2018;176(1):48-54.

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 à 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 !

Résumé

La santé mentale est une notion complexe couvrant les plans personnels, familiaux, sociaux et professionnels des individus traversants des états optimaux de bien-être à des états invalidants. Elle ne se résume donc pas à la présence ou non de troubles psychiques ou psychiatriques. Ces derniers ont une prévalence importante dans le monde se retrouvant à l'échelle nationale et locale. Leurs liens et leurs répercussions sur la sphère professionnelle soulignent l'impact qu'ils peuvent avoir sur l'individu et la société. Nous avons réalisé une étude épidémiologique transversale via une grille d'étude anonymisée envoyée par mail ou voie postale pour connaître la proportion de la santé mentale dans les consultations de médecine générale du département de Charente-Maritime. Nous avons également cherché à connaître s'ils avaient suivi une formation spécialisée, leur ressenti en termes d'aisance et s'ils souhaitaient un avis ou une orientation vers un interlocuteur spécialisé. Au total, 31 % des consultations (582 sur 1880) ont concerné la santé mentale. Les troubles mentaux communs (anxieux et dépressifs) constituaient 57 % de ces consultations, les situations liées à la famille 39 %, les troubles somatoformes 31 %, celles liées au travail 23 % et les troubles en addictologie 18 %. Les médecins généralistes ont décrit une aisance dans plus de la moitié des consultations liées à la santé mentale, ainsi qu'un souhait d'orientation pour 23,5 % d'entre elles. Sur l'échantillon, 40 % avait suivi une formation complémentaire, plus fréquemment pour ceux installés depuis moins de 20 ans. Notre étude a apporté des éléments sur la pratique courante des médecins généralistes concernant la santé mentale en termes de prévalence de situations rencontrées et d'outils utilisés.

Mots clés : Santé mentale - prévalence - médecin généraliste - consultations - troubles mentaux