# Le médecin généraliste et la santé mentale : vers quel recours serait adressé le patient

Aurore Thiesse

▶ **To cite this version:**

Aurore Thiesse. Le médecin généraliste et la santé mentale : vers quel recours serait adressé le patient. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. hal-01932076

**HAL Id: hal-01932076**
**https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932076**

Submitted on 23 Nov 2018

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE DE LORRAINE

2018

FACULTE DE MEDECINE

NANCY

# THESE

Pour l'obtention du titre de

# DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement par

Aurore THIESSE

23 janvier 2018

## *Le médecin généraliste et la santé mentale. Vers quel recours serait adressé le patient : infirmièr(e) de pratique avancée, psychologue ou psychiatre ?*

Audit auprès des médecins généralistes du sud meusien.

Membres du jury :

| | |
|---|---|
| M. le Professeur Paolo Di Patrizio, | Président |
| M. le Professeur Jean-Pierre Kahn, | Juge |
| M. le professeur Francis Guillemin, | Juge |
| M. le Docteur Olivier Bouchy, | Juge et Directeur |

**Président de l'Université de Lorraine**
**Professeur Pierre MUTZENHARDT**

**Doyen de la Faculté de Médecine**
**Professeur Marc BRAUN**

**Vice-doyens**
Pr Karine ANGIOI-DUPREZ, Vice-Doyen
Pr Marc DEBOUVERIE, Vice-Doyen

**Assesseurs :**
**Premier cycle** : Pr Guillaume GAUCHOTTE
**Deuxième cycle** : Pr Marie-Reine LOSSER
**Troisième cycle** : Pr Marc DEBOUVERIE

*Innovations pédagogiques* : Pr Bruno CHENUEL

*Formation à la recherche* : Dr Nelly AGRINIER

*Affaires juridiques et Relations extérieures* : Dr Frédérique CLAUDOT
*Vie Facultaire et SIDES* : Pr Laure JOLY
*Relations Grande Région* : Pr Thomas FUCHS-BUDER

**Chargés de mission**

*Bureau de docimologie* : Dr Guillaume VOGIN
*Commission de prospective facultaire* : Pr Pierre-Edouard BOLLAERT
*Orthophonie* : Pr Cécile PARIETTI-WINKLER
*PACES* : Dr Mathias POUSSEL
*Plan Campus* : Pr Bruno LEHEUP
*International* : Pr Jacques HUBERT

==========

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER - Professeur Henry COUDANE

==========

**PROFESSEURS HONORAIRES**

ALIOT - Jean-Marie ANDRE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE Alain BERTRAND - Pierre BEY- Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Louis BOUTROY – Serge BRIANÇON - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - Jean-François CHASSAGNE -
François CHERRIER Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gilbert FAURE - Gérard FIEVE Bernard FOLIGUET - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER Pierre GAUCHER - Professeur Jean-Luc GEORGE - Alain GERARD - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ -
Simone GILGENKRANTZ - Gilles GROSDIDIER - Olivéro GUERCI -Philippe HARTEMANN Gérard HUBERT - Claude HURIET Christian JANOT - Michèle KESSLER - François KOHLER- Jacques LACOSTE - Henri LAMBERT - Pierre LANDES -
Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Alain LE FAOU -Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Jean-Pierre MALLIÉ - Philippe MANGIN – Jean-Claude MARCHAL - Yves MARTINET - Pierre MATHIEU - Michel MERLE -
Pierre MONIN Pierre NABET – Patrick NETTER - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN - Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Luc PICARD - François PLENAT - Jean-Marie POLU - Jacques POUREL - Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD -Jacques ROLAND - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT -
Michel SCHWEITZER - Daniel SIBERTIN-BLANC - Claude SIMON - Danièle SOMMELET - Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT - Gérard VAILLANT - Paul VERT -Hervé VESPIGNANI - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET Jean-Pierre VILLEMOT - Michel WEBER

==========

**PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Professeur Etienne ALIOT - Professeur Gérard BARROCHE - Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Gilbert FAURE - Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Alain GERARD - Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Philippe HARTEMANN - Professeur François KOHLER - Professeur Alain LE FAOU – Professeur Jacques LECLERE - Professeur Yves MARTINET – Professeur Patrick NETTER - Professeur Jean-Pierre NICOLAS – Professeur Luc PICARD -
Professeur François PLENAT - Professeur Jean-François STOLTZ

==========

**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**
*(Disciplines du Conseil National des Universités)*

**42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**
**1ère sous-section :** ***(Anatomie)***
Professeur Marc BRAUN – Professeure Manuela PEREZ
**2ème sous-section :** ***(Histologie, embryologie et cytogénétique)***
Professeur Christo CHRISTOV
**3ème sous-section :** ***(Anatomie et cytologie pathologiques)***
Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Guillaume GAUCHOTTE

**43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**
**1ère sous-section :** ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER
**2ème sous-section :** ***(Radiologie et imagerie médicale)***
Professeur René ANXIONNAT - Professeur Alain BLUM - Professeur Serge BRACARD - Professeur Michel CLAUDON
Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT - Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur Pedro GONDIM TEIXEIRA

**44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**
**1ère sous-section :** ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Professeur Jean-Louis GUEANT - Professeur Bernard NAMOUR - Professeur Jean-Luc OLIVIER
**2ème sous-section :** ***(Physiologie)***
Professeur Christian BEYAERT - Professeur Bruno CHENUEL - Professeur François MARCHAL
**4ème sous-section :** ***(Nutrition)***
Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT - Professeur Olivier ZIEGLER

**45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**
**1ère sous-section :** ***(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)***
Professeur Alain LOZNIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER
**2ème sous-section :** ***(Parasitologie et Mycologie)***
Professeure Marie MACHOUART
**3ème sous-section :** ***(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)***
Professeur Thierry MAY - Professeure Céline PULCINI - Professeur Christian RABAUD

**46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**
**1ère sous-section :** ***(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Professeur Francis GUILLEMIN - Professeur Denis ZMIROU-NAVIER
**3ème sous-section :** ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Professeur Henry COUDANE
**4ème sous-section :** ***(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)***
Professeure Eliane ALBUISSON - Professeur Nicolas JAY

**47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**
**1ère sous-section :** ***(Hématologie ; transfusion)***
Professeur Pierre FEUGIER
**2ème sous-section :** ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Professeur Thierry CONROY - Professeur François GUILLEMIN - Professeur Didier PEIFFERT - Professeur Frédéric MARCHAL
**3ème sous-section :** ***(Immunologie)***
Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT - Professeure Marie-Thérèse RUBIO
**4ème sous-section :** ***(Génétique)***
Professeur Philippe JONVEAUX - Professeur Bruno LEHEUP

**48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**
**1ère sous-section :** ***(Anesthésiologie-réanimation)***
Professeur Gérard AUDIBERT - Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Thomas FUCHS-BUDER
Professeure Marie-Reine LOSSER - Professeur Claude MEISTELMAN
**2ème sous-section :** ***(Réanimation)***
Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Sébastien GIBOT - Professeur Bruno LÉVY
**3ème sous-section :** ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Professeur Pierre GILLET - Professeur Jean-Yves JOUZEAU
**4ème sous-section :** ***(Thérapeutique ; addictologie)***
Professeur François PAILLE - Professeur Patrick ROSSIGNOL – Professeur Faiez ZANNAD

**49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION**
**1ère sous-section :** ***(Neurologie)***
Professeur Marc DEBOUVERIE - Professeur Louis MAILLARD - Professeur Luc TAILLANDIER - Professeure Louise TYVAERT
**2ème sous-section :** ***(Neurochirurgie)***
Professeur Jean AUQUE - Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS - Professeur Olivier KLEIN
**3ème sous-section :** ***(Psychiatrie d'adultes ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre KAHN - Professeur Raymund SCHWAN
**4ème sous-section :** ***(Pédopsychiatrie ; addictologie)***
Professeur Bernard KABUTH
**5ème sous-section :** ***(Médecine physique et de réadaptation)***
Professeur Jean PAYSANT

**50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**
**1ère sous-section :** ***(Rhumatologie)***
Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE - Professeur Damien LOEUILLE
**2ème sous-section :** ***(Chirurgie orthopédique et traumatologique)***
Professeur Laurent GALOIS - Professeur Didier MAINARD - Professeur Daniel MOLE - Professeur François SIRVEAUX
**3ème sous-section :** ***(Dermato-vénéréologie)***
Professeur Jean-Luc SCHMUTZ
**4ème sous-section :** ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

**51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**
**1ère sous-section :** ***(Pneumologie ; addictologie)***
Professeur Jean-François CHABOT - Professeur Ari CHAOUAT
**2ème sous-section :** ***(Cardiologie)***
Professeur Edoardo CAMENZIND - Professeur Christian de CHILLOU DE CHURET - Professeur Yves JUILLIERE
Professeur Nicolas SADOUL
**3ème sous-section :** ***(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)***
Professeur Thierry FOLLIGUET - Professeur Juan-Pablo MAUREIRA
**4ème sous-section :** ***(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)***
Professeur Sergueï MALIKOV - Professeur Denis WAHL – Professeur Stéphane ZUILY

**52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**
**1ère sous-section :** ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI - Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET
**3ème sous-section :** ***(Néphrologie)***
Professeur Luc FRIMAT - Professeure Dominique HESTIN
**4ème sous-section :** ***(Urologie)***
Professeur Pascal ESCHWEGE - Professeur Jacques HUBERT

**53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**
**1ère sous-section :** ***(Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie)***
Professeur Athanase BENETOS - Professeur Jean-Dominique DE KORWIN - Professeure Gisèle KANNY
Professeure Christine PERRET-GUILLAUME – Professeur Roland JAUSSAUD – Professeure Laure JOLY
**2ème sous-section :** ***(Chirurgie générale)***
Professeur Ahmet AYAV - Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD
**3ème sous-section :** ***(Médecine générale)***
Professeur Jean-Marc BOIVIN – Professeur Paolo DI PATRIZIO

**54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**
**1ère sous-section :** ***(Pédiatrie)***
Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET - Professeur Jean-Michel HASCOET
Professeur Emmanuel RAFFO - Professeur Cyril SCHWEITZER
**2ème sous-section :** ***(Chirurgie infantile)***
Professeur Pierre JOURNEAU - Professeur Jean-Louis LEMELLE
**3ème sous-section :** ***(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)***
Professeur Philippe JUDLIN - Professeur Olivier MOREL
**4ème sous-section :** ***(Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)***
Professeur Bruno GUERCI - Professeur Marc KLEIN - Professeur Georges WERYHA

**55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**
**1ère sous-section :** ***(Oto-rhino-laryngologie)***
Professeur Roger JANKOWSKI - Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER
**2ème sous-section :** ***(Ophtalmologie)***
Professeure Karine ANGIOI - Professeur Jean-Paul BERROD
**3ème sous-section :** ***(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)***
Professeure Muriel BRIX

==========
**PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS**

**61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**
Professeur Walter BLONDEL
**64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**
Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER - Professeur Pascal REBOUL
**65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**
Professeure Céline HUSELSTEIN

==========
**PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE**
Professeur associé Sophie SIEGRIST

==========
**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS**
**42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**
**1ère sous-section :** ***(Anatomie)***
Docteur Bruno GRIGNON
**2ème sous-section :** ***(Histologie, embryologie et cytogénétique)***
Docteure Chantal KOHLER

**43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**
**1ère sous-section :** ***(Biophysique et médecine nucléaire)***
Docteur Antoine VERGER (stagiaire)
**2ème sous-section :** ***(Radiologie et imagerie médicale)***
Docteur Damien MANDRY

**44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**
**1ère sous-section :** ***(Biochimie et biologie moléculaire)***
Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA - Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle AIMONE-GASTIN
Docteure Catherine MALAPLATE-ARMAND - Docteur Marc MERTEN - Docteur Abderrahim OUSSALAH
**2ème sous-section** : ***(Physiologie)***
Docteure Silvia DEMOULIN-ALEXIKOVA - Docteur Mathias POUSSEL – Docteur Jacques JONAS (stagiaire)
**3ème sous-section** : ***(Biologie Cellulaire)***
Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

**45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**
**1ère sous-section :** ***(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)***
Docteure Corentine ALAUZET - Docteure Hélène JEULIN - Docteure Véronique VENARD
***2ème sous-section : (Parasitologie et mycologie)***
Docteure Anne DEBOURGOGNE

**46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**
**1ère sous-section :** ***(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)***
Docteure Nelly AGRINIER - Docteur Cédric BAUMANN - Docteure Frédérique CLAUDOT - Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE
**2ème sous-section** ***(Médecine et Santé au Travail)***
Docteure Isabelle THAON
**3ème sous-section** ***(Médecine légale et droit de la santé)***
Docteur Laurent MARTRILLE

**47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**
**1ère sous-section :** ***(Hématologie ; transfusion)***
Docteure Aurore PERROT – Docteur Julien BROSEUS
**2ème sous-section :** ***(Cancérologie ; radiothérapie)***
Docteure Lina BOLOTINE – Docteur Guillaume VOGIN
**4ème sous-section :** ***(Génétique)***
Docteure Céline BONNET

**48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**
**2ème sous-section :** ***(Réanimation ; Médecine d'urgence)***
Docteur Antoine KIMMOUN
**3ème sous-section :** ***(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)***
Docteur Nicolas GAMBIER - Docteure Françoise LAPICQUE - Docteur Julien SCALA-BERTOLA
**4ème sous-section :** ***(Thérapeutique ; Médecine d'urgence ; addictologie)***
Docteur Nicolas GIRERD

**50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE**
**1ère sous-section** : ***(Rhumatologie)***
Docteure Anne-Christine RAT
**3ème sous-section :** ***(Dermato-vénéréologie)***
Docteure Anne-Claire BURSZTEJN
**4ème sous-section** : ***(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)***
Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

**51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE**
**3ème sous-section :** ***(Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)***
Docteur Fabrice VANHUYSE

**52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE**
**1ère sous-section :** ***(Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)***
Docteur Jean-Baptiste CHEVAUX – Docteur Anthony LOPEZ (stagiaire)

**53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE, CHIRURGIE GÉNÉRALE ET MÉDECINE GÉNÉRALE**
**2ème sous-section : (Chirurgie générale)**
Docteur Cyril PERRENOT (stagiaire)
**3ème sous-section :** ***(Médecine générale)***
Docteure Elisabeth STEYER

**54ème Section : DEVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**
**5ème sous-section :** ***(Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)***
Docteure Isabelle KOSCINSKI

**55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**
**1ère sous-section :** ***(Oto-Rhino-Laryngologie)***
Docteur Patrice GALLET

==========
**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES**
Monsieur Vincent LHUILLIER

**7ème Section : SCIENCES DU LANGAGE : LINGUISTIQUE ET PHONETIQUE GENERALES**
Madame Christine DA SILVA-GENEST

**19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE**
Madame Joëlle KIVITS

**64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**
Madame Marie-Claire LANHERS - Monsieur Nick RAMALANJAONA

**65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE**
Madame Nathalie AUCHET - Madame Natalia DE ISLA-MARTINEZ - Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS
Monsieur Hervé MEMBRE - Monsieur Christophe NEMOS

**66ème Section : PHYSIOLOGIE**
Monsieur Nguyen TRAN

==========

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE**

Docteur Pascal BOUCHE – Docteur Olivier BOUCHY - Docteur Cédric BERBE - Docteur Jean-Michel MARTY

==========

**DOCTEURS HONORIS CAUSA**

Professeur Charles A. BERRY (1982)
*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
*Brown University, Providence (U.S.A)*
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
*Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)*
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
*Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)*
*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*
Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
*Université de Montréal (Canada)*
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
*Institute of Technology, Atlanta (USA)*
Professeur Brian BURCHELL (2007)
*Université de Dundee (Royaume-Uni)*
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
*Université de Wuhan (CHINE)*
Professeur David ALPERS (2011)
*Université de Washington (U.S.A)*
Professeur Martin EXNER (2012)
*Université de Bonn (ALLEMAGNE)*

# REMERCIEMENTS

## A MON PRÉSIDENT DE JURY

Monsieur le Professeur Paolo Di Patrizio
Professeur des Universités de Médecine Générale,
Directeur du DMG, Coordonnateur régional du DES de Médecine Générale
UFR de Médecine de Nancy, Université de Lorraine

*Merci de m'avoir fait l'honneur d'être mon président de jury.*
*Merci d'avoir partagé votre expérience et votre sens de l'organisation en stage ambulatoire.*
*Je garderai toujours en mémoire ces moments afin qu'ils me portent dans ma pratique.*
*Je vous exprime mes sincères remerciements pour m'avoir aidé dans la réalisation de ce projet de thèse et vous prie de croire en mon profond respect.*

# AUX MEMBRES DE MON JURY

Monsieur le Professeur Jean-Pierre Kahn
Professeur des Universités. Pôle de Psychiatrie et Psychologie Clinique

*Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter de juger mon travail.*
*Merci pour les enseignements que vous m'avez transmis pendant ma formation médicale.*
*J'en garde le souvenir et ils constituent le socle de mes connaissances dans votre discipline.*

Monsieur le Professeur Francis Guillemin
Professeur des Universités en Epidémiologie et Santé Publique

*Merci de m'avoir fait l'honneur d'accepter d'être membre de mon jury.*
*Merci d'avoir accepté de glisser ma soutenance dans votre programme.*
*Je vous prie de croire en ma reconnaissance.*

A mon directeur et juge :
Monsieur le Docteur Olivier Bouchy,
Maître de Conférences et Praticien Libéral
Médecin Généraliste à Revigny-sur-Ornain.

*Merci de m'avoir permis de réaliser cette thèse en m'offrant ce sujet.*
*Merci pour votre implication au cours de sa réalisation.*
*Je vous adresse toute ma reconnaissance et mon admiration pour votre dynamisme et votre gentillesse.*

# A TOUS MES MAÎTRES ET FORMATEURS

*J'adresse mes remerciements à tous les enseignants de métier ou non, qui ont croisé mon chemin, qu'ils m'aient apporté des connaissances et des savoirs faire ou des savoirs-être. J'ai eu la chance de bénéficier dans ma scolarité, d'enseignants formidables qui m'ont donné le goût et le plaisir d'apprendre. J'ai également rencontré des personnes exceptionnelles qui ont changé mon regard, sans parfois même le savoir, merci à tous et particulièrement :*

*A Mr Muller du collège Montaigu, le souvenir de sa classe atypique au décor théâtral, et à l'odeur de tabac à pipe, où chacun évoluait quel que soit ses capacités et ses différences, restera gravé éternellement dans ma mémoire :*

*A mon professeur de Mathématiques en terminale à Loritz, pour avoir su me cadrer :*

*Aux enseignants de Biologie appliquée pour ces 3 années enrichissantes :*

*A Luc S. et toute l'équipe des débuts d'Hybrigenics à Paris :*

*Au Pr Jonveaux et à Christophe de génétique lors de mon entrée en « Médecine »:*

*A tous ces anonymes qu'ils soient patients, familles, aides-soignants, sages-femmes, pharmaciens, secrétaires ou autres…qui m'ont appris ce qui ne figure dans aucun livre. Et à tous les professeurs, docteurs, assistants, internes et externes qui ont partagé mes stages hospitaliers. En particulier au Dr Borsa-Dorion des urgences de l'hôpital d'enfants, à Elsa D. et Fairouze des urgences de Sarrebourg et à Stéphane Z. de cardiologie.*

*Merci à mes maîtres en médecine générale : au Pr Di Patrizio, aux Dr Antoine d'Haroué, Dr Gérard de Vicherey, (regrettée) Dr Kusy de Jarville et Dr Poyeton de Neufchâteau, avec qui j'ai beaucoup appris au cours de mes stages ambulatoires, m'apportant chacuns un éclairage différent sur la profession.*

*Merci au Dr Louyot-Keller pour sa bienveillance et le partage de ses connaissances en homéopathie, je ne me lasserai jamais d'écouter son enseignement et ses anecdotes.*

*Merci tout particulièrement au Dr Rozaire de Flavigny/Moselle pour m'avoir accueillie avec bienveillance et professionnalisme en stage ambulatoire. Je ne sais définir ce qui explique mon sentiment de « concordance « apparu dès les premiers jours à vos côtés mais c'est un honneur pour moi d'être votre remplaçante.*

# A MA FAMILLE

*A mes 4 as, Aurélien, Amaël, Adrian et Alaïs,*

*Quels atouts exceptionnels dans ma main pour réussir au grand jeu de la vie ! Mais chacun joue selon ses propres règles et cela fausse la partie. On triche, on envoie tout au tapis ou on abandonne … Cessons les coups à pique qui nous laissent sur le carreau, recherchons le trèfle et s'il est à quatre feuilles nous aurons plus de chance de toucher en plein cœur. Faisons équipe pour qu'à chaque coup nous sortions gagnants. Et même si c'est perdu, déduisons-en de nouvelles stratégies, il y a tant de combinaisons possibles ! Il faut parfois savoir redistribuer les cartes quand le hasard nous joue des tours. Alors jouons et jouons encore pour recréer la magie. Il n'y a aucun tour plus extraordinaire pour moi, que de faire retentir vos éclats de rire et apparaître des étoiles dans vos yeux.*

*A ma Mère, au-delà de nos différences et peut être surtout pour ça : son incroyable pouvoir de résilience, sa logique cartésienne, ses capacités à « tout faire ».*

*A Mamie Mimie « like a diamond in the sky » pour tout ce qui a bercé mon enfance.*

*A Nanou, pour tous les moments inoubliables de partage et de convivialité à ses côtés qui m'ont réchauffé le cœur.*

*A tonton Pierre, pour nos discussions et son intérêt pour ma formation et aussi ses kouglofs et autres bredele.*

*A tata Georgette pour avoir gardé les enfants avec gentillesse et passion, depuis toutes ces années, avec tant de disponibilité quelles que soient les contraintes de dernières minutes.*

# A MES AMIS

*A mes camarades, collègues et partenaires de formation : Elsa, Benoît, Emilie, Pierre-Alexandre, Sofia, Matthieu, Marianna, Maxime, Julien, Anh Thu, Mathilde, Peggy, Nadège, Carole, Julie, Frederic, Laetitia et Caroline.*

*A Cathy et Sandra et nos moments de partage créatifs.*

*A Mathieu et sa famille ainsi qu' Hélène et George, mes comparses d'internat.*

*A Mélanie pour son écoute réconfortante et ses corrections judicieuses qui m'ont énormément aidé.*

*A Catherine, je n'aurai jamais imaginé que tu ne sois pas là et pourtant … cette thèse est pour toi. A Stéphanie et Jean-Charles de la BU, qui partagent ma peine.*

*Et enfin à Amélie D. et Amélie T., Céline, Didier, Estelle, Lauriane, Laura, Benoît, Luigia, Marianne, Martine, Mathieu, Michèle, Patricia, de la maison de santé pluriprofessionnelle de Flavigny pour le plaisir que j'ai à travailler à vos côtés.*

# SERMENT

« Au moment d'être admise à exercer la médecine,

je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la

santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté,

sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies,

vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.

Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances.

Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.

Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime

si je suis fidèle à mes promesses;

que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».

# TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES ABBREVIATIONS ..... 15

TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX ..... 16

PRESENTATION ..... 17

QU'EST-CE QUE LA SANTE MENTALE ? ..... 17
LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE ..... 18
EPIDEMIOLOGIE ..... 19
PROBLEMATIQUE DU SUD MEUSIEN ..... 21

ARTICLE ..... 22

RESUME ..... 23
INTRODUCTION ..... 24
METHODE ..... 25
RESULTATS ..... 27
DISCUSSION ..... 32
CONCLUSION ..... 35
BIBLIOGRAPHIE ..... 36

CONCLUSION ..... 38

BIBLIOGRAPHIE ..... 39

ANNEXES ..... 41

# TABLE DES FIGURES ET TABLEAUX

**FIG. 1-** Caractéristiques d'âge, de sexe et mode d'exercice des médecins..... 27

**FIG. 2-** Proximité du CMP ..... 28

**FIG. 3-** Distance en Km du CMP de proximité..... 28

**FIG. 4-** Pyramide des âges des patients..... 29

**FIG. 5-** Recours choisis par les MG pour leurs patients en souffrance psychique ..... 30

**TAB. 1-** Répartition des traitements et de leur association (Nb de patients)..... 29

**TAB. 2-** Recours sollicités selon le type de traitement..... 31

**TAB. 3-** Recours sollicités selon le motif de souffrance psychique ..... 31

# ABRÉVIATIONS

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**ATD** : Antidépresseur

**BZD** : Benzodiazépine

**CIM-10** : Classification Internationale des Maladies 10éme version

**CMP** : Centre Médico-Psychologique

**CNOM** : Conseil National de l'Ordre des Médecins

**CNSM** : Conseil National de Santé Mentale

**CNS** : Conseil National du Suicide

**CSAPA** : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

**DSM V** : Diagnostic Statistical Manual 5ème version

**EAM** : Ecart Absolu Moyen à la Moyenne

**ESEMeD** : European Study of Mental Disorders

**HAS** : Haute autorité de santé

**IDE** : Infirmier(e) Diplomé(e) d'Etat

**INSEE** : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

**MG** : Médecin Généraliste

**MSP** : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

**NLP** : Neuroleptique

**OCDE** : Organisation de coopération et de développement économiques

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**ONS** : Observatoire National du Suicide

**PRS** : Plan Régional de santé

# PRESENTATION

La santé mentale est une composante essentielle de la santé, reconnue depuis 1946 par la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Elle est souvent négligée dans les politiques de santé. Pourtant, elle s'impose de nos jours comme un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale, française, locale et individuelle.

## *1) Qu'est-ce que la santé mentale ?*

Il n'existe pas de définition consensuelle de la santé mentale car il s'agit d'une notion complexe. Elle est déterminée pour un individu, à un instant donné, par des facteurs socio-économiques, environnementaux, psychologiques et biologiques multiples. Nous retiendrons la formulation de l'OMS (1): « 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 ». La bonne santé mentale ne se limite donc pas à l'absence de maladies psychiatriques ou de handicaps mentaux.

**Troubles de la santé mentale**

Les troubles d'origine psychiques sont extrêmement polymorphes (2) et touchent tous les individus quel que soit leur âge et leur sexe. Ils se manifestent par un continuum allant du normal au pathologique. Ils peuvent se présenter sous la forme de simples symptômes aspécifiques, transitoires, stables ou récidivants. Ils peuvent être réactionnels, isolés ou associés, ou encore constituer la manifestation d'une véritable maladie psychiatrique.

À l'heure actuelle, deux classifications internationales sont utilisées pour identifier les pathologies mentales :

- La Classification Internationale des Maladies de l'OMS, dixième version (CIM-10)
- Le Diagnostic Statistical Manual, cinquième version (DSM-V) développé par l'Association américaine de psychiatrie.

Elles proposent une description clinique de syndromes mais ne tiennent pas compte de l'origine des symptômes, ni de la personnalité qui les accompagne.

Ce travail abordera principalement la problématique des troubles psychiques dits « courants », c'est-à-dire dont la prévalence est élevée en population générale, à l'exclusion des troubles de l'enfant. Les troubles psychiques courants, essentiellement les troubles anxieux et dépressifs, d'intensité légère à modérée (3), représentent selon l'étude ESEMeD (4) environ 80% de l'ensemble des troubles mentaux.

**Traitements**

Le traitement des troubles psychiques courants repose sur les médicaments et la psychothérapie (5). Le type de thérapeutique et la durée de traitement sont déterminés par la nature et la sévérité des troubles. Ils permettent dans 70% des cas de diminuer les symptômes et leurs répercussions dans la vie quotidienne ainsi que de prévenir les récidives (6).

Les psychothérapies ont démontré leur efficacité dans de nombreuses études (7). Elles peuvent être utilisées en première intention dans les cas légers ou en association avec les médications psychotropes, pour les formes modérées. Les cas les plus sévères nécessitent un avis psychiatrique et parfois un séjour hospitalier, en particulier en cas de risque suicidaire (8).

## *2) La place du médecin généraliste*

Le médecin généraliste (MG) est le coordonnateur du parcours de soin des patients particulièrement en santé mentale. Il connaît le patient dans son environnement, ainsi que son entourage, ce qui lui confère une place déterminante dans le dépistage (1,5). En effet, 80 % des patients et leurs familles sont connus depuis plus de 5 ans par leur médecin (9). Il est le recours de santé de proximité de la population, accessible dans des délais réduits et à moins de 15 min de route pour plus de 95% des français (10).

Pour autant, le repérage de la souffrance psychique est complexe. Les troubles mentaux se manifestant par une multitude de signes, allant du symptôme passager à la pathologie sévère chronique. Il peut s'agir également de signes indirects comme les plaintes somatiques multiples, les douleurs rachidiennes, la fatigue, l'insomnie … masquant aux yeux du praticien, non sensibilisé, la réalité de la problématique mentale. De plus, il s'agit d'une comorbidité très importante dans les maladies chroniques (11). La souffrance psychique peut alors être reléguée au second plan derrière la pathologie organique.

Le MG est le premier interlocuteur en santé mentale, avec 53 à 92% de consultation en première intention, loin devant les psychologues (6 à 28%) et les psychiatres (0 à 22%) (12). Il est le premier prescripteur de traitements psychotropes (13) et oriente les patients dans le système de soins selon la sévérité du cas. Cependant, le parcours de soins en santé mentale est mal défini et mal connu par les MG, en particulier hors des situations d'urgence (14). Les troubles psychiques sont selon l'Insee la première raison de recours aux soins chez les 25-60 ans (15) mais seulement la moitié des patients souffrant d'un tel trouble aura recours aux soins pour cette problématique (9). De plus, le recours au spécialiste ou aux thérapies structurées est souvent difficile pour les patients, en raison d'une inégale accessibilité, de longs délais, d'absence de remboursement et d'une stigmatisation possible (16), qui favorise le renoncement aux soins (16).

## *3) Données épidémiologiques*

### Internationales

Selon l'OMS en 2001, au moins 450 millions d'individus étaient atteints de troubles mentaux dans le monde. Une méta-analyse menée en 2010 par Wittchen et al. (17) rapporte les diagnostiques les plus fréquemment repérés dans la population européenne : les troubles anxieux (14%), les troubles de l'humeur (7,8%), l'insomnie (7%), les troubles somatoformes (6,3%) et la dépendance à l'alcool (3,4%).

Les dernières estimations de l'OMS sont préoccupantes et montrent une augmentation des cas de dépression de près 18% entre 2005 et 2015. La dépression serait la première cause de morbidité et d'incapacité dans le monde actuellement (18). Il existe des liens étroits entre la dépression et les autres troubles psychiques mais également avec les autres maladies non transmissibles ce qui en fait la comorbidité principale.

La dépression est également le principal facteur de risque de suicide, première cause de décès chez les jeunes adultes (19), ce qui en fait une priorité de santé internationale (20).

Les difficultés au travail sont à la fois causes et conséquences de la survenue d'un trouble mental ce qui impacte sur la qualité et la quantité de travail (21). On estime que 20% des actifs souffrent de troubles mentaux et qu'un individu sur deux connaîtra de tels troubles au cours de sa vie. Pour les pathologies les plus sévères, l'espérance de vie est diminuée de près de 20 ans. Les patients sont plus pauvres et plus souvent sans emploi que dans la population générale (22).

Ces constatations impliquent de développer des stratégies pour diminuer l'impact grandissants des troubles mentaux sur la société. Ainsi, depuis une vingtaine d'années, des objectifs et des recommandations internationales sont émises pour améliorer la santé mentale (23,24). Les états sont alertés sur la nécessité d'une politique de gouvernance pour fournir des services de santé mentale et d'aide sociale complets, intégrés et adaptés aux besoins communautaires. Il apparaît également essentiel de soutenir la promotion et la prévention en santé mentale et de renforcer le système d'information et de recherche dans ce domaine.

### Nationales

Bien que la France déploie des stratégies autour du thème de la santé mentale depuis de nombreuses années, les indicateurs pointent certaines lacunes comparativement aux autres pays de l'OCDE (25, 26) :

- surconsommation de psychotropes
- surconsommation d'alcool
- taux de suicides élevés
- disparités territoriales d'accès aux soins primaires et spécialisés
- sous-développement des soins ambulatoires, des pratiques pluriprofessionnelles et des approches psychologiques.

La France déplore plus de 10 000 décès par an et 200 000 passages aux urgences pour tentative de suicide (27). Les troubles mentaux sont en moyenne 7,3 fois plus fréquemment associés au suicide, qu'aux autres types de décès chez les moins de 25 ans et près de 67 fois en ne considérant que la dépression (28). Devant ces constatations alarmantes, l'Observatoire National du Suicide a été créé en septembre 2013, afin de mieux cerner ses déterminants et de mieux le prévenir.

En octobre 2016, le ministère de la santé a instauré le Conseil National de Santé Mentale dont les axes de travail s'appuient sur le rapport Laforcade (29). Ce rapport témoigne des politiques et des pratiques mises en œuvre depuis 50 ans France. Il apparaît que la rupture du parcours de soins dans notre pays est importante en raison de divers facteurs :

- faiblesse des actions de prévention
- déficit de formation des professionnels
- retard diagnostic des troubles psychiques
- inégalités territoriales d'accès aux soins spécialisés
- difficultés de collaboration interprofessionnelles
- stigmatisation des individus

Il préconise de favoriser la prise en charge ambulatoire complète, c'est-à-dire à la fois sanitaire, sociale et médicale, de proximité, en tenant compte des accompagnants du patient.

**Territoriales : La Meuse**

La Meuse est un département rural de Lorraine qui est sensiblement touché par les problèmes de santé mentale en raison de ses caractéristiques socio-démographiques. Le vieillissement de la population marqué et le solde naturel négatif sont des facteurs de hausse des besoins de santé. Par ailleurs, l'emploi est en déclin, impacté par la crise dans les milieux agricoles et ouvriers (30). Le territoire est également particulièrement concerné par les addictions et toxicomanies (31). Le territoire meusien bien que sous doté en médecins libéraux (117 pour 100000 hbts en 2017 contre 130 en France) a su maintenir une bonne couverture en soins primaires en développant les pôles et Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP). Cependant, d'après les Atlas de démographie médicale du CNOM (32), la Meuse ne dispose pas d'une offre de soins spécialisés suffisante (-13% de spécialistes médicaux toutes spécialités

confondues), particulièrement en psychiatrie où un seul praticien pour adulte exerce en libéral en 2017. Ainsi la Meuse est un des départements les plus déficitaire en France au même titre que la Creuse, le Cantal, l'Ariège, la Lozère et les Vosges.

L'état des lieux effectué par L'Agence Régionale de Santé de Lorraine (ARS Grand Est) à l'occasion du Projet Régional de Santé 2012-2017 (33) mettait en exergue les difficultés meusiennes :

- démographie médicale préoccupante avec pyramide des âges défavorable
- faiblesse des libéraux (5,9 / 100 000 hbts vs 10,9 pour le territoire national)
- démographie hospitalière précaire pour les centres hospitaliers de Fains-Veel et Verdun.
- Insuffisance des structures extra-hospitalières spécialisées en prise en charge ambulatoire tels les Centres Médico-Psychologiques (CMP).
- Insuffisance de lisibilité du parcours de soins en psychiatrie par les médecins généralistes et méconnaissance des ressources locales.
- défaut de coordination ville-hôpital et avec le secteur social entraînant des ruptures dans le parcours de soins des patients
- surmortalité masculine par suicide. Entre 2000 et 2007 le taux de suicide en France a diminué alors qu'il est resté particulièrement élevé en Meuse (34).

### *4) Problématique du Sud-meusien*

La fermeture du CMP de Revigny sur Ornain, il y a 2 ans, pour des raisons budgétaires a significativement compliqué la prise en charge des patients du secteur. Les médecins se sont alors heurtés à la rupture du suivi des patients déjà connus, en raison de la perte de proximité du centre. Mais également à une moindre entrée dans les soins des nouveaux patients présentant des troubles psychiques courants, enrayant totalement la dynamique en soins psychiques ambulatoires locale. C'est pourquoi, les médecins et les acteurs du secteur psychiatrique ont souhaité renforcer leur collaboration en proposant la mise en place de consultations avancées en santé mentale au sein même des maisons de santé pluriprofessionnelles.

Afin de déterminer l'intervenant le plus sollicité pour animer ces consultations, nous avons cherché à identifier vers quel(s) recours et pour quel(s) motifs les médecins généralistes du sud-meusien adresseraient leurs patients présentant une souffrance psychique s'ils en avaient la possibilité.

# ARTICLE

## MISE EN PLACE DE CONSULTATIONS AVANCEES EN SANTE MENTALE : QUELS RECOURS ET TYPE DE PRISE EN CHARGE ATTENDUS PAR LE MEDECIN.

AUDIT AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES DU SUD MEUSIEN.

## *SETTING UP OF MENTAL HEALTH CONSULTATIONS : WHAT RECOURSE AND MANAGEMENT EXPECTED BY THE DOCTOR.*

*AUDIT OF GENERAL PRACTITIONNERS IN THE SOUTH OF MEUSE.*

Thiesse A [(1)], Bouchy O [(1)], Kahn JP [(2)], Guillemin F [(3)], Di Patrizio P [(1)]

(1) Université de Lorraine. Département de Médecine Générale. UFR Médecine Nancy.

(2) Université de Lorraine. Pôle de Psychiatrie et Psychologie Clinique. Centre Psychothérapique Nancy-Laxou.

(3) Université de Lorraine. Epidémiologie Clinique. Inserm. Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy-Brabois.

**MOTS CLES :** santé mentale, soins primaires, maison de santé pluriprofessionnelle, Meuse

***KEY WORDS :*** *mental health, primary care, community health center, Meuse*

# Résumé

**Introduction** : La santé mentale est un enjeu de santé publique majeur dans le monde. En France, il existe des lacunes dans la prise en charge non médicamenteuse des troubles psychiques et un accès aux soins très inégal sur le territoire. Dans le cadre de la mise en place de consultations avancées en santé mentale dans la maison de santé de Revigny/Ornain, nous avons cherché à identifier le type et le motif de recours sollicités par les médecins, pour leurs patients en souffrance psychique. **Méthode :** Nous avons mené un audit par questionnaire auprès des médecins généralistes du sud-meusien du 1er juin au 31 juillet 2017. **Résultats** : L'étude rapporte un besoin de second recours chez 80% des patients (N=173) pour lesquels une souffrance psychique est détectée. Les motifs principaux de recours sont la dépression (52/173 patients), l'anxiété (35/173) et la souffrance au travail (27/173). Les patients seraient orientés principalement vers un(e) infirmièr(e) de pratique avancée en santé mentale (82/173) ou vers un(e) psychologue (83/173). **Discussion** : Malgré un taux de participation intéressant, le seuil de significativité statistique n'a pas été atteint pour cette étude. Toutefois les caractéristiques de notre échantillon sont en adéquation avec les études sur la même population ainsi que dans d'autres régions françaises ou à l'échelle européenne. **Conclusion** : Notre étude confirme le besoin de second recours en santé mentale dans le sud-meusien. La mise en place de consultations avancées en santé mentale au sein des maisons de santé pluriprofessionnelles est une initiative innovante qui semble répondre aux attentes des médecins généralistes et aux recommandations de prise en charge des troubles psychiques courants.

# *Abstract*

***Introduction****: Mental health is a major public health issue in the world. In France, there are gaps in the non-pharmacological management of mental disorders and unequal access to healthcare in the territory. As part of the implementation of advanced consultations in mental health in the Revigny / Ornain health center, we try to identify the type and reason for the recourse sought by doctors for their patients with psychic disorders.* ***Method****: We conducted a questionnaire audit of GPs from the south of Meuse from June 1 to July 31, 2017.* ***Results****: The study reports a need for second recourse in 80% of patients (N = 173) for whom psychic suffering is detected. The main reasons was depression (52/173 patients), anxiety (35/173) and suffering at work (27/173). Patients would be referred to an advanced mental health nurse (82/173) or a psychologist (83/173).* ***Discussion****: Despite an interesting participation rate, the threshold of statistical significance was not reached for this study. However, the characteristics of our sample are in adequation with the studies on the same population as well as in other French regions or on a European scale.* ***Conclusion****: Our study confirms the need for second-line mental health recourse in the South of Meuse. The establishment of advanced consultations in mental health in multiprofessional health centers is an innovative initiative that seems to meet the expectations of general practitioners and recommendations for taking charge of common mental disorders.*

# Introduction

Selon l'OMS, la santé mentale correspond à un état de bien être, permettant à chacun de reconnaitre 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). Bien plus que l'absence de pathologie psychiatrique, elle est déterminée pour un individu, à un instant donné, par des facteurs socio-économiques, environnementaux, psychologiques et biologiques multiples.

La prévalence des troubles psychiques est en constante augmentation (2) et représente un véritable enjeu de santé publique international en raison des conséquences psycho-socio-économiques qu'ils engendrent (3). Il s'agit de la première cause d'incapacité et de morbidité dans le monde. Les troubles mentaux sont très fortement associés au suicide (4). On estime qu'un individu sur 4 connaîtra des troubles mentaux au cours de sa vie (5). Une méta-analyse de 2010 de Wittchen et al. (6) rapporte les diagnostiques les plus fréquemment repérés dans la population européenne, que l'on nommera troubles « courants » comme les troubles anxieux (14%), les troubles de l'humeur (7,8%), l'insomnie (7%), les troubles somatoformes (6,3%) et la dépendance à l'alcool (3,4%).

En France, l'évolution du système de soins progresse lentement vers la pratique ambulatoire et décloisonnée de la psychiatrie pour limiter la discrimination, garder le patient dans l'emploi et dans la société, principalement grâce à des initiatives locales (7). Il existe de grandes disparités territoriales d'accès aux soins spécialisés et certaines lacunes transparaissent dans les études comparatives de l'OCDE (8) : surconsommation d'alcool, surconsommation de psychotropes, taux de suicide élevé, sous-développement des pratiques ambulatoires et sous-utilisation des approches psychologiques.

La Meuse est particulièrement touchée par les troubles de la santé mentale en raison de ses caractéristiques socio-démographiques (9) : population vieillissante et en baisse, hausse du chômage, augmentation de la pauvreté-précarité, prévalence élevée des comportements addictifs (10).

Les troubles de la santé mentale sont souvent « non-dits » ou une comorbidité non perçue par le patient et donc complexes à dépister (11). Le MG est le premier recours en cas de trouble psychique et le principal prescripteur de psychotropes (3,12). Il a donc une place essentielle dans le repérage de la souffrance mentale et dans la coordination des soins qui en découlent.

Bien que la dynamique des Maisons de santé pluriprofessionnelles ait permis de conserver une offre de soins primaires de proximité en Meuse, les soins psychiques de second recours sont très largement déficitaires avec 8 CMP pour adultes et seulement 8 psychiatres pour 100000 habitants contre 22 au niveau national. Les praticiens libéraux sont sous représentés : 1 psychiatre et 6 psychologues sur l'ensemble du département en 2017 (13).

Pour remédier à cette problématique, les acteurs de premiers et seconds recours locaux envisagent, avec le soutien de l'ARS Grand Est, d'expérimenter une consultation avancée en santé mentale sur le modèle des consultations en psychologie d'addictologie (CSAPA), qui ont démontré leur efficience en Meuse (10). L'objectif de cette étude quantitative prospective est d'identifier vers quel(s) recours et pour quel(s) motifs les médecins généralistes adresseraient leurs patients en souffrance psychique, s'ils en avaient la possibilité.

# Méthode

Nous avons réalisé un audit auprès des médecins généralistes du sud-meusien entre le 1er juin et le 31 juillet 2017. Il s'agissait de repérer au cours des consultations ou visites de médecine générale, les 20 premiers patients de plus de 18 ans présentant une souffrance psychique. Un relevé anonyme de l'âge, du sexe, des traitements psychotropes et du motif des troubles était réalisé de manière prospective sur une grille de recueil. Le médecin devait ensuite notifier le(s) recours qu'il aurait choisi pour optimiser la prise en charge du patient.

Un pré-test de validation de la grille s'est déroulé dans le mois précédent le début de l'étude auprès de professionnels de santé lorrains, non meusiens, de notre connaissance.

## Recrutement et diffusion

Il a été réalisé par démarchage téléphonique systématique à partir des pages jaunes et de l'annuaire du Conseil National de l'Ordre des Médecins. En cas d'échec de contact, un second appel était réalisé un autre jour et à d'autres créneaux horaires. Un second échec de contact était considéré comme un refus. En cas d'accord, une grille de recueil et une lettre explicative était transmise sous le format choisi par le participant (papier, étude en ligne) et envoyé au maximum dans un délai de 24h suivant le contact. Une relance systématique a été réalisée par téléphone et par mail auprès de tous les participants ayant formulé leur accord, 3 semaines après le début de l'étude puis 24h avant la fin.

Grille d'audit

*Version papier* : La grille a été étudiée pour se présenter sur une page. La première partie permettait de relever quelques caractéristiques épidémiologiques des participants de manière anonyme (âge, sexe, type d'exercice, distance du CMP, intérêt pour le thème, formation, motivations et freins). La seconde partie permettait de recueillir, de façon prospective et anonyme l'âge, le sexe, les traitements à visée psychique et le motif de souffrance des patients repérés par leur médecin comme présentant un trouble de la santé mentale.

*Version en ligne :* La grille papier a été retranscrite sous forme d'un questionnaire en ligne à choix multiple. L'utilisateur pouvait utiliser un ordinateur, un smartphone ou une tablette. Il avait le choix de se connecter à plusieurs reprises et d'enregistrer ses réponses sans pouvoir les modifier ou d'effectuer un recueil papier et de retranscrire ultérieurement les données.

Exploitation des résultats

Les résultats du questionnaire en version papier ont été saisis manuellement sur la plateforme en ligne Evalandgo® afin d'harmoniser le format de réponse.

L'ensemble des résultats ainsi obtenus ont été exploités sur tableur Excel®.

En raison des données peu nombreuses, nous n'avons pas mené d'exploitation statistique pour la plupart des résultats. Les pourcentages exprimés restants descriptifs. Pour les résultats croisés, le nombre de patients était remplacé par le nombre de recours.

Nous avons choisi d'utiliser le paramètre de dispersion « écart absolu moyen à la moyenne » (EAM) pour comparer les résultats de recours selon les traitements ou les motifs de souffrance psychique : $EAM = \sum_{i=1}^{N} \frac{|xi-\bar{x}|}{N}$

La moyenne des recours ( $\bar{x}$ ) correspond au nombre total de recours par critère (traitement ou motif) divisé par 4 (nombre de recours possibles : MG, IDE, psychologue, psychiatre).

Nous avons déterminé l'intervalle de confiance autour de $\bar{x}$ $[EAM - \bar{x}\,;\, EAM + \bar{x}]$ .

Pour l'analyse des recours selon le motif de souffrance psychique, les réponses sous forme de commentaires libres ont été regroupées en items par l'auteur.

# Résultats

### Pré-test

L'étude sous forme écourtée (5 patients requis) a été proposée à 10 professionnels de santé (5 médecins installés, 2 remplaçants, 1 interne et 2 non médecins) pour en valider la forme, l'ergonomie et la faisabilité. Les participants ont choisi le format de grille à leur convenance (2 sur papiers, 7 en ligne). Les non médecins ont répondu de manière factice visible aux questions « patient ». Seules quelques modifications de forme (taille des caractères, abréviation, espacement des lignes) ont été apporté à la version finale papier. Suite aux retours des testeurs, le message d'accueil de la version en ligne a été modifié pour souligner le caractère rapide de l'étude et favoriser la participation. Le choix de recours, initialement unique, dans la version en ligne, a été ouvert au choix multiple pour être en adéquation avec les réponses papier. Les résultats de ce prétest n'ont pas été inclus dans l'étude.

### Participation à l'étude

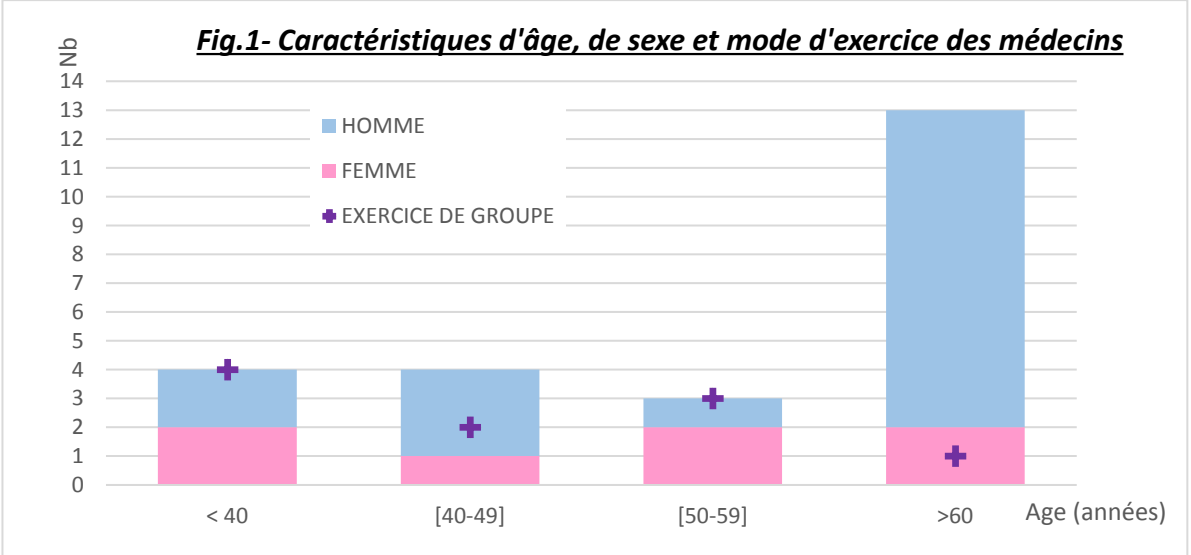
Sur les 91 médecins contactés, 57 ont accepté de participer à l'étude. La version en ligne a été consulté 39 fois. Au final, la participation est de 29% (26/91 médecins sollicités).

Environ 85% des questionnaires étaient partiellement remplis avec une moyenne de 6,8 patients repérés par médecin. Le taux de réponse pour les données « médecin » étaient variables selon la question (entre 14 et 24 réponses). Trois questionnaires ont été complétés en totalité.

Caractéristiques des médecins (Fig.1)

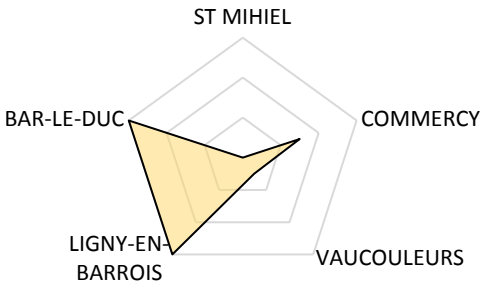
Les médecins ayant participé à l'étude sont à 78% des hommes. La moyenne d'âge est de 52 ans avec une proportion élevée de plus de 60 ans (13/24 réponses).

***Fig.1- Caractéristiques d'âge, de sexe et mode d'exercice des médecins***



Ils exercent pour moitié en groupe (10/19 réponses) dont seulement un médecin de plus de 60 ans. La totalité des participants sont installés dont 20% depuis moins de 5 ans.

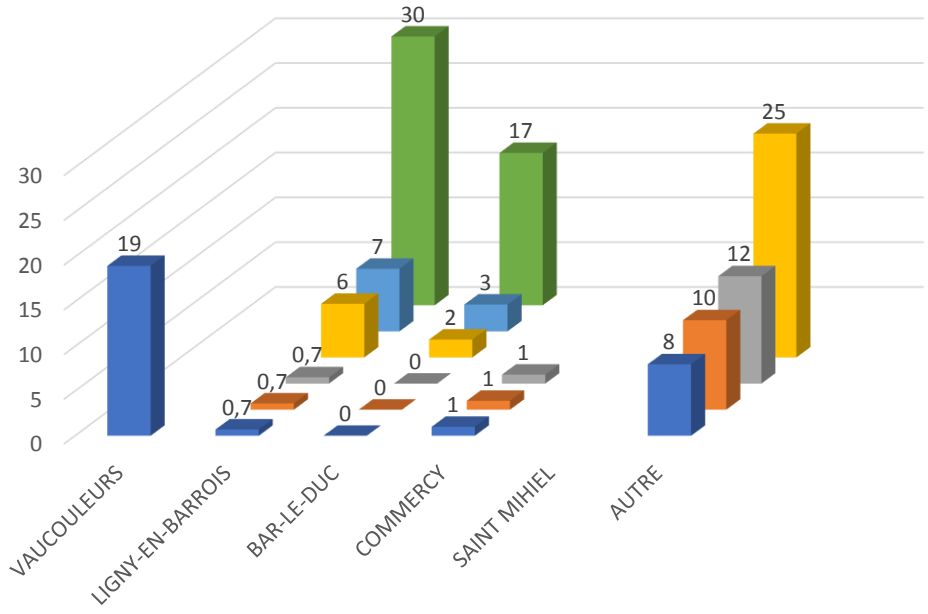
***Fig.2 - Proximité des CMP***




Les ¾ des participants se situent dans le Sud-Ouest de la Meuse à proximité des CMP de Bar-Le-Duc (6/16) et Ligny-en Barrois (6/16) et aucun à proximité de St Mihiel (Fig.2 et 3). Quatre grilles ont été remplies par des médecins meusiens, n'exerçant pas dans la zone d'étude.

Près de 70% des cabinets médicaux (11/16) se trouvent à moins de 3 km d'un CMP, alors que 20% se situent à plus de 15 km.

***Fig.3 - Distance en Km au CMP de proximité***




Regard sur la pratique en santé mentale

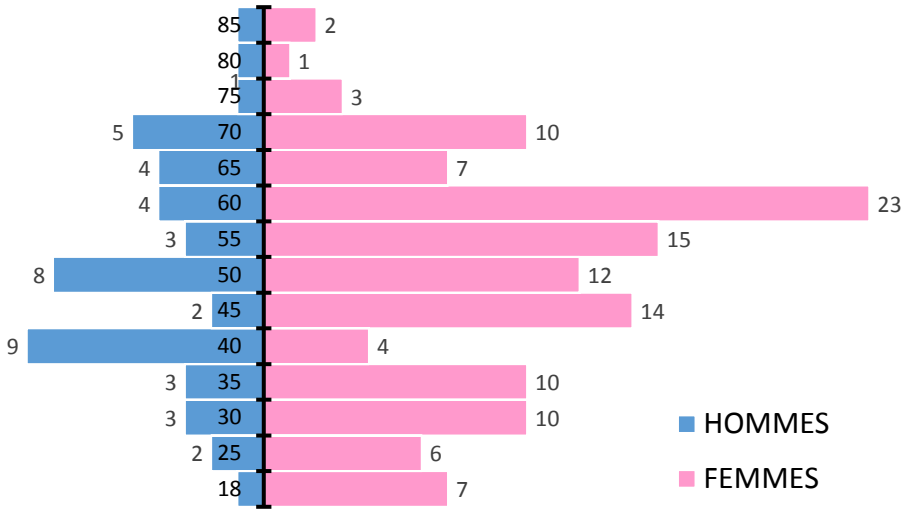
85% des médecins déclarent être concernés par la santé mentale dans leur exercice et 5/20 ont déjà participé à une formation sur ce thème. Sur les 26 répondants, 14 médecins ont déclaré avoir des freins dans leur pratique en santé mentale tels :

- le manque de temps (exprimé 10 fois sur 14)
- le manque de formation /connaissances (4/14)
- la difficulté d'accès aux soins (4/14)
- le manque de communication avec les spécialistes (3/14)

Caractéristiques démographiques des patients (Fig.4)

Un total de 173 patients a été repérés comme présentant un trouble de la santé mentale. L'âge des patients est compris entre 18 et 91 ans avec une moyenne de 52 ans (Fig. 4). Les femmes représentent 73% de l'effectif.

***Fig. 4 - Pyramide des âges des patients***




Profil de traitement des patients inclus (Tab.1)

On constate que ¾ des patients repérés bénéficient d'une prise en charge psychique, qu'elle soit médicamenteuse (131/173 patients) ou non. Les 15% de patients (27/173) déjà suivis par un psychologue ou un psychiatre sont sous traitement médicamenteux à l'exception de 2 : 89% sous benzodiazépines (BZD), 67% sous antidépresseurs (ATD) et 26% sous neuroleptiques (NLP). Les ATD sont les traitements en cours les plus fréquents (100/131).

***Tab.1- Répartition des traitements et de leur association (Nb de patients)***

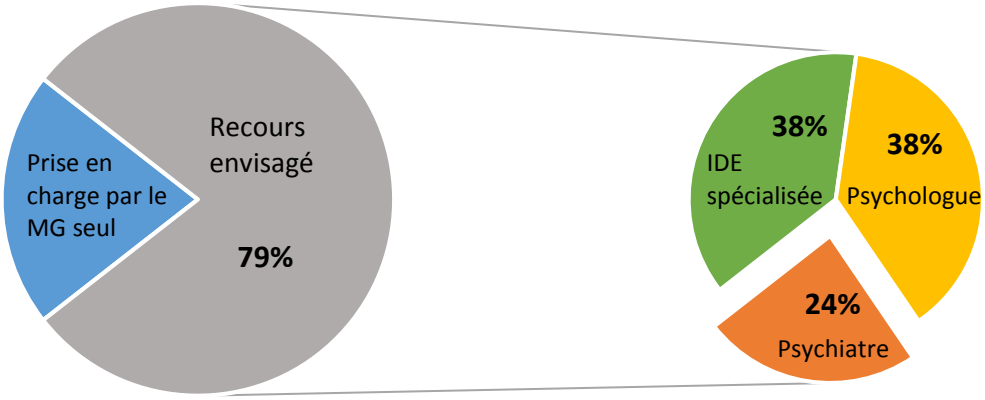
| | NLP | ATD | BZD | Suivi | Totaux N=173 |
|---|---|---|---|---|---|
| **Neuroleptiques (NLP)** | 16 | - | - | - | **131 médiqués** |
| **Antidépresseurs (ATD)** | 11 | 100 | - | - | |
| **Benzodiazépines (BZD)** | 9 | 57 | 77 | - | |
| **Traitements en association** | 16 | 58 | 58 | 25 | **62** |
| **Suivi spécialisé** | 7 | 18 | 24 | 27 | **27** |
| **Sans médicament** | - | - | - | 2 | **45** |

Pour 47% des patients il existe une polymédication (62/131 patients traités). L'association BZD/ATD représente plus de 93% des traitements associés (58/62). Les BZD sont associées à au moins un autre traitement dans ¾ des cas (58/77), toujours avec des ATD (58/58) et jamais uniquement avec un suivi spécialisé.

**Type de recours**

Si les médecins en avaient la possibilité, ils adresseraient leurs patients reconnus en souffrance vers un second recours dans près de 4/5 des situations (Fig.5). Lorsqu'un seul intervenant est choisi par le médecin, la répartition entre les différents intervenants est homogène avec ¼ des patients dans chacun des cas.

**Fig. 5 - Recours choisis par les MG pour leurs patients en souffrance psychique**.




Les MG solliciteraient les paramédicaux dans 3/4 des cas de recours : les IDE de pratique avancée en santé mentale (82/173 patients) et les psychologues (83/173 patients), les 2 étant proposés simultanément dans la plupart des situations (47/82 recours). Un tiers des patients (58/173 patients) resteraient pris en charge par leur médecin spécifiquement pour le trouble psychique dont 24 sans aucun autre recours requis. Les 5 médecins ayant fait ce choix n'étant pas ceux ayant suivi une formation spécifique ni ceux n'ayant aucun frein en santé mentale. Le recours au psychiatre est requis chez 52 patients, ce qui représente ¼ des demandes de recours.

Le type de recours varie selon les traitements en cours du patient. (Tab.2).

Les IDE sont préférentiellement sollicitées quel que soit le traitement et en particulier chez les patients n'ayant aucune prise en charge préalable. Les psychologues interviendraient plutôt pour des patients sous ATD et/ou BZD. Les psychiatres seraient surtout sollicités en cas de suivi préalable mais peu en cas de nouvelle prise en charge ou chez les patients sous BZD.

***Tab.2 - Recours sollicités selon le type de traitement***

| Traitement | Nb patients | Nb de recours | | | | Moyenne des recours |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | MG | IDE | Psychologue | Psychiatre | |
| Aucun | 45 | 7 | 30 | 22 | 5 | 16 [6 -25] |
| Suivi psychologique | 27 | 12 | 12 | 14 | 20 | 14 [12-17] |
| Benzodiazépines | 77 | 38 | 31 | 41 | 26 | 34 [28-39] |
| Antidépresseurs | 100 | 40 | 38 | 52 | 41 | 43 [38-47] |
| Neuroleptiques | 16 | 7 | 11 | 8 | 9 | 9 [8-10] |
| **Totaux** | **173** | **77** | **124** | **119** | **77** | **99 [77-121]** |

Significativement inférieur à la moyenne des recours  supérieur

Il apparaît également que le motif de souffrance psychique influence le choix de recours du médecin (Tab.3). On constate que les médecins sont les principaux recours en cas de dépression et dans une moindre mesure d'anxiété. Ils solliciteraient fréquemment les autres intervenants en santé mentale pour la prise en charge conjointe de leurs patients.

***Tab.3 - Recours sollicités selon le motif de souffrance psychique***

| MOTIFS DE SOUFFRANCE | Nb patients | MG | IDE | Psychologue | Psychiatre | Moyenne des recours |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Dépression* | 52 | 28 | 19 | 18 | 26 | 23 [18-27] |
| Anxiété* | 35 | 12 | 12 | 8 | 11 | 11 [9-12] |
| Lié au travail | 27 | 2 | 6 | 21 | 5 | 9 [2-15] |
| Couple / Sexualité | 16 | 0 | 6 | 10 | 5 | 5 [3-8] |
| Douleurs chroniques/ Fibromyalgie | 16 | 6 | 14 | 14 | 3 | 9 [5-14] |
| Maladie chronique (non mentale) | 16 | 5 | 10 | 10 | 4 | 7 [5-10] |
| Troubles psychiatriques ** | 14 | 3 | 6 | 7 | 14 | 8 [4-11] |
| Deuil | 13 | 5 | 6 | 6 | 3 | 5 [4-6] |
| Addiction et dépendance | 10 | 4 | 7 | 4 | 4 | 5 [3-6] |
| Aidant | 5 | 1 | 5 | 2 | 0 | 2 [1-4] |
| Violences / Maltraitance | 3 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 [1-2] |
| **Totaux** | **173** | **65** | **112** | **105** | **57** | **85 [61-109]** |

* l'anxio-dépression citée à 15 reprises, a été comptabilisée à la fois sous le champ de l'anxiété et de la dépression.
** ensemble hétérogène regroupant les pathologies mentales caractérisées citées, telles la schizophrénie, l'anorexie mentale, les phobies spécifiques, la bipolarité…

Significativement inférieur à la moyenne des recours  supérieur

Les MG s'impliquerait moins en cas de troubles psychiatriques, de troubles de la sexualité ou de dysfonctionnement du couple ainsi qu'en cas de maltraitance.

Pour des thématiques liées au travail et à la sexualité ou les troubles affectifs, le recours nettement privilégié serait le psychologue, alors qu'il serait moins sollicité en cas d'anxiété.

L'IDE de pratique avancée en psychiatrie serait le recours préférentiel en cas d'addiction ou en soutien de l'aidant.

En cas de pathologie mentale plus sévère ou caractérisée, l'ensemble des patients seraient adressés au psychiatre avec un soutien par les paramédicaux. A contrario, il ne serait pas impliqué en cas de pathologie relevant des soins primaires comme les maladies et douleurs chroniques non psychiatriques.

# Discussion

Notre étude souligne le besoin en second recours des MG pour les problèmes de santé mentale et identifie le type d'orientation que choisiraient ces médecins en fonctions des traitements de leurs patients et des motifs de souffrance.

Malgré un taux de participation correct pour ce genre d'étude, nous n'avons pas atteint le seuil de significativité statistique pour nos résultats. Ceci principalement en raison des réponses partielles, ce qui constitue un biais méthodologique. Le recueil prospectif des données, nécessitant de remplir le questionnaire en plusieurs fois a été source d'oubli et/ou ressenti comme chronophage. Par ailleurs, l'étude s'est déroulée en juin et juillet, période de congés pour certains médecins et parallèlement de surplus de travail pour d'autres. Ceci a pu limiter la participation soit par l'absence du praticien, soit en raison du manque de temps pour le recueil des données.

On note une sous-représentation des médecins du Sud-Est du territoire, ce qui constitue un biais de sélection. La présence d'une psychologue libérale dans un cabinet médical de ce secteur pourrait expliquer que les médecins à proximité n'aient pas participé à l'étude, ne se sentant pas concernés par le manque de recours. Par ailleurs, seules les MSP ont pu être contactées en totalité. Toutefois le pool de médecins répondants est équilibré entre exercice isolé et groupé.

Les MG du sud-meusien ont rapporté les mêmes difficultés que celles misent en exergue par l'étude de Mercier en 2009 (14) dans le Nord-Ouest de la France et dans l'étude qualitative réalisée en 2017 par Kaiser (15) auprès des médecins des MSP meusiennes : difficulté d'accès

aux soins, consultations chronophages, manque de connaissances et problèmes de communication avec les intervenants en santé mentale. Dans l'étude de Mercier (14) ils suggèrent des outils pour remédier à ces difficultés : l'instauration d'un circuit de consultation rapide sur demande du MG, la mise à disposition d'un annuaire des intervenants, la mise en place d'une ligne téléphonique professionnelle dédiée et la constitution de « réseaux de soins de proximité » afin d'améliorer la communication et de ne pas stigmatiser le patient. Ces suggestions confortent le projet de consultation avancée en MSP.

Par ailleurs, la sélection des patients basée sur le ressenti du médecin, est très subjective et peut engendrer un biais de recrutement. Spontanément on pourrait s'attendre à ce que les médecins sélectionnent les patients déjà suivis, les plus sévères ou encore polymédiqués. En fait, nous constatons que les patients repérés ne sont ni sous traitement ni suivis en proportion non négligeable. Notre échantillon de patients a d'ailleurs globalement les mêmes caractéristiques que la population étudiée dans l'étude française ESEMeD (16) : les patients consultants en médecine générale pour un trouble psychique sont principalement des femmes (6, 16). La majorité des patients souffrent de dépression et/ou d'anxiété et sont traités par antidépresseurs et benzodiazépines (17). Une faible proportion de patients a accès à un suivi à visée psychique (6). La part des troubles mentaux imputés au travail concerne plus d'un patient sur dix (18) ce qui en fait le motif de recours le plus important dans cette série derrière la dépression et l'anxiété.

Les études de Wittchen (6) en Europe et de Mercier (14) révèlent que les MG adressent peu leurs patients vers un second recours. Or il ressort de notre étude que si les médecins en avaient la possibilité, ils souhaiteraient un second recours dans 80% des cas. Mais les recours utiles aux médecins : IDE spécialisé(e)s, psychologues et psychiatres ne sont pas facilement accessibles sur le territoire meusien. C'est pourquoi, l'expérimentation des consultations avancées en santé mentale est une approche innovante du soin psychique en adéquation avec les recommandations (19).

Les médecins ne se contentent pas d'un seul intervenant mais suggèrent un recours conjoint aux paramédicaux et spécialistes en psychiatrie. L'IDE et le psychologue sont associés dans la majorité des cas, nous pouvons nous demander s'il s'agit réellement d'un besoin des 2 intervenants coordonnés autour du patient ou s'il s'agit de l'expression d'un besoin de recours indifférencié.

Pour ce qui concerne le motif de souffrance, il n'a pas pu être codifié à partir des classifications reconnues (CIM ou DSM). Les réponses obtenues à partir des commentaires libres de ne permettant pas. Cependant, l'étude basée sur le ressenti du MG, ne visait pas à

évaluer les connaissances en santé mentale des médecins mais à recueillir les réponses les plus détaillées possibles.

Lorsque l'on observe le lien entre le motif et le type de recours on remarque que le choix de l'IDE spécialisée en santé mentale correspond à l'entrée dans les soins des nouveaux patients et que le psychologue est dévolu aux problématiques en lien avec le travail. Le psychiatre n'interviendrait que dans les cas sévères ou les troubles psychiatriques avérés. Le MG assurerait seul le soutien psychologique pour un quart de ses patients. Il serait intéressant de connaître les déterminants de ce choix car contrairement à nos attentes, dans notre étude, il est totalement indépendant de la formation ou de l'intérêt du praticien pour la santé mentale.

Les psychiatres ne seraient pas sollicités pour intervenir quand la souffrance psychique est une comorbidité de douleurs, de pathologies organiques, de deuil ou si elle concerne un aidant. Le MG identifiant probablement ces problématiques comme relevant exclusivement des soins primaires.

En cas de troubles sexuels, de troubles affectifs ou de violences, le MG passerait plus souvent la main (sous réserve de la faiblesse des effectifs pour ces catégories). Ces thèmes sont particulièrement complexes, non-dits et exprimés de façon variable selon la personnalité du patient (20). Ils peuvent par ailleurs engager la responsabilité du médecin au travers de certificats médicaux et du secret médical surtout quand les différents protagonistes impliqués font partis de la même patientèle.

Concernant la santé au travail, le recours au psychologue est très largement requis alors même que le MG est peu impliqué. Il est probable que le premier recours du MG, dans cette situation, serait le médecin du travail (21) plus à même à résoudre les difficultés. Dans ce contexte le manque de temps en consultation pourrait également expliquer le faible soutien.

Le projet innovant de consultations avancées en santé mentale semble répondre aux attentes des médecins (14, 15, 22). Le MG, coordonnateur des soins du patient, pourrait directement, via l'agenda partagé, proposer un rdv auprès d'un(e) IDE spécialisée ou d'un(e) psychologue, dans les locaux de la MSP. Le patient non stigmatisé aurait un accès facile, à un temps de consultation plus large, auprès d'un intervenant spécialisé, détaché d'un centre hospitalier ou d'un CMP. Le MG, quant à lui, aurait une facilité de recours et une trace dans le dossier informatisé, permettant une bonne coordination des soins et un gain de temps.

Par ailleurs ce procédé, favoriserait le lien ville-hôpital et la communication avec les psychiatres (23). La mise en relation des différents intervenants via ce type de consultation permettrait d'établir des liens collaboratifs et de formaliser des voies de recours ainsi que leurs

modalités. Cela pourrait aboutir à un protocole de coopération professionnel validé par l'HAS et l'ARS Grand Est comme cela existe pour le diabète ou les plaies (24). Par ailleurs, un tel dispositif est source de données pour la recherche en santé mentale.

Enfin, ne devrait-on pas parallèlement développer la téléconsultation avec les spécialistes dont le nombre ne cesse de diminuer, quelle que soit la spécialité, à l'heure où la technologie le permet ? Cet enjeu est de taille ! Assurances et autres organismes privés, proposent depuis fin 2017 des hotline médicales…le retard est-déjà là. La mise en place d'une consultation avancée en santé mentale ne pourrait-elle pas être le cadre d'une telle expérimentation ?

# Conclusion

La santé mentale est une problématique de première importance dans notre société de par ses répercussions ubiquitaires. Les instances nationales et internationales s'organisent pour lutter contre les troubles psychiques. L'amélioration des soins en santé mentale passe par : la lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins, la déstigmatisation des troubles psychiques, la prise en charge globale du patient et de ses proches mais également l'information et la recherche dans ce domaine.

Le projet de consultation avancée en psychiatrie dans le sud-meusien correspond à l'ensemble des recommandations d'action contre les troubles mentaux. L'intervenant de choix pour tenir cette consultation apparaît dans notre étude comme étant l'IDE spécialisée en santé mentale en particulier pour les patients entrant dans le soin. Mais le psychologue a aussi sa place en tant qu'interlocuteur privilégié de la souffrance au travail, véritable fléau actuel. Le recours au psychiatre pourrait être optimisé uniquement pour les cas complexes, sévères ou urgents. L'ensemble des acteurs autour du patient seraient coordonnés comme pour les autres pathologies par le médecin traitant, favorisant la communication interprofessionnelle et la transmission d'information.

Le dossier médical informatisé, partagé entre les différents professionnels, permettrai une vision plus globale du patient et de sa santé. Il serait également source d'information pour d'éventuelles études épidémiologiques en santé mentale et support d'évaluation du dispositif des consultations avancées.

Au regard des résultats de cette étude, la population meusienne est semblable sur le plan de la santé mentale à la population française. Difficultés au travail, dépression en tant que

comorbidité d'une pathologie chronique, anxiété, deuil, insomnie…sont des troubles courants qui touchent l'ensemble de la population quel que soit son bassin de vie. Cette expérimentation locale, si elle fait ses preuves, pourrait être déployée à d'autres MSP et à d'autres régions, en collaboration avec les ARS, pour soutenir et développer l'offre de soins psychiques ambulatoires, nécessaires à la bonne santé.

# Bibliographie


1. Chan M. Avant-propos. In OMS. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 ; 2013. p. 6. Disponible sur : http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/
2. OMS. Atlas de la santé mentale 2014. OMS. Disponible: www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/fr/
3. OECD. Making Mental Health Count. Paris : Organisation for Economic Co-operation and Development; 2014
4. OMS. La prévention du suicide. Indications pour les médecins généralistes. 2001.
5. Lamboy B, La santé mentale : état des lieux et problématique. Santé Publique. 2005 ; 4(17) :583-596.
6. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, 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.
7. Laforcade M. Rapport de Michel Laforcade relatif à la santé mentale. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016. Disponible : http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-de-michel-laforcade-relatif-a-la-sante-mentale
8. OECD. Health policy in France. [En ligne]. 2016 (cité le 31 mars 2017). Disponible sur : www.oecd.org/france/Health-Policy-in-France-January-2016.pdf
9. INSEE. Écoscopie de la Meuse - Insee Dossier Lorraine – 1 Mai 2015. Disponible : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893948
10. Bernard Marmont T, CREAI, Etude pour l'évolution de la filière addictologie en Meuse. Rapport final. Fev 2017
11. GALLAIS J, ALBY M. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie, 37-956-A-20, 2002, 6 p.
12. Dubois-Fabing D, Pichon P, Arnevielhe A, et al. Santé mentale, précarité et pratiques des médecins généralistes, enquête en Centres de santé de Grenoble. Santé Publique. 2011;23(HS):97-111.
13. CNOM. Atlas de la démographie médicale 2016.
14. Mercier 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. 2009
15. Kayser, C. Consultations avancées de psychologie au sein des maisons de santé en Meuse : représentations et attentes de médecins généralistes, 2017
16. Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, 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.
17. AFFSAPS. Etat des lieux de la consommation de benzodiazepines en France. Rapport d'expertise. Jan 2012.
18. Psycom. Santé mentale et emploi. Brochure [En ligne] 02/2017 [cité le 31 mar 2017] Disponible sur www.psycom.org/troubles-psychiques/Santé-mentale-et/Sante-mentale-et-emploi

19. HAS. Dépression de l'adulte- Repérage et prise ne charge initiale. Webzine HAS 9 nov 2017. [En ligne]. 2017 [cité le 11 nov 2017]
Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-11/infographie_depression_adultes_webzine.pdf
20. Gautier A, Fournier C, Beck F. Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention. Actualités et dossiers en santé publique. 2011 ; 77
21. Bègue C. Dès le début, une collaboration généraliste/médecin du travail. Le Concours médical; 2016 ; 138(10)
22. Calderon G, Mosquera M, Balaqué Gea L et al. [Models for primary care and mental health collaboration in the care of people with depression: main results and methodological challenges of a systematic overview]. Rev Esp Salud Publica. 2014 Jan-Feb;88(1):113-33
23. Muller C, Druais JP, Charte de partenariat Médecine générale et Psychiatrie de secteur [En ligne] 20 mars 2014 [cité le 31 mars 2017] Disponible sur http://www.lecmg.fr/photos/chartecmemedecinegen.pdf
24. Arrêté ARS 2017/0188 du 17 jan 17 [En ligne]. 2017 [cité le 31 mars 2017]

# Conclusion générale

Pour cette étude quantitative, j'ai été confrontée à plusieurs écueils. Tout d'abord des difficultés quant à la réalisation du questionnaire. En effet, afin de favoriser la participation, une version en ligne a été adaptée de la forme papier initiale. Or cette transposition n'est techniquement pas aussi simple qu'il n'y paraît pour obtenir une bonne correspondance entre les 2 versions et surtout obtenir une participation significative. Par ailleurs, bien que le nombre de données soit insuffisant pour conclure sur le plan statistique, l'exploitation de résultats en grand nombre (pour moi) et l'interprétation croisée de plusieurs données est complexe et source d'erreurs difficilement repérables. Enfin ma méconnaissance du territoire meusien et le fait que je ne sois pas directement impliquée dans la réalisation du projet, ont été des freins pour mener à bien l'étude. Ceci a contribué à limiter mon recrutement de médecins car mes informations étaient difficiles à mettre à jour (ambiguïté géographique, secrétariats déportés groupés, médecins retraités…) et a nécessité beaucoup de temps avant même le début de l'étude. A posteriori, il m'apparaît que l'élaboration de questionnaires et la réalisation d'études est tout un art, nécessitant un travail préparatoire conséquent. Consciente de l'importance de la réalisation d'études en médecine générale, je serais favorable dans ma pratique à participer à la recherche en médecine générale mais en partenariat avec des personnels spécialisés.

Je suis entrée dans les études médicales après des études techniques biologiques avec la seule volonté d'exercer en médecine générale. Au cours de ma formation, il m'est apparu comme une évidence de pratiquer dans une MSP. Ce travail de thèse a renforcé cette envie et m'a convaincu qu'il s'agit d'un outil de progrès pour améliorer le système de soins en particulier en développant la coordination pluriprofessionnelle. Par ailleurs, j'ai été surprise de l'ampleur des troubles psychiques dans notre société. Mon travail bibliographique m'a sensibilisée à cette problématique. J'ai redécouvert à quel point la santé mentale constitue une part essentielle de la santé alors même qu'elle est plutôt mise de côté.

C'est pourquoi je souhaiterai dans ma future pratique, en prenant exemple sur la MSP de Revigny/Ornain (et Vicherey), développer un projet de santé pluriprofessionnel pour la prise en charge des lombalgiques chroniques. Cette thématique de santé publique, de forte prévalence, se situe à la frontière de l'organique et du psychologique. Le développement à Flavigny/Moselle, d'une prise en charge multidisciplinaire ambulatoire de proximité, axée sur la prévention et l'éducation thérapeutique serait pour moi un ambitieux projet professionnel.

# BIBLIOGRAPHIE


1. Chan M. Avant-propos. In OMS. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 ; 2013. p. 6. Disponible sur : http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/
2. Gallais J, Alby M. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. Dans : Encyclo Méd Chir, Psychiatrie [Article 37-956, A-20], 2002, 6 p.
3. OECD. Making Mental Health Count. The social and economic costs of neglecting mental health care. Paris : OECD ; 2014. OECD Health Policy studies. p. 53-57.
4. Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD / MHEDEA 2000 / L'Encéphale. 1 avr 2005 ;31(2):182-94.
5. HAS. Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premiers recours. Synthèse de la recommandation de bonnes pratiques. oct 2017.
6. INSERM. Dépression : mieux la comprendre pour la guérir durablement. Information en santé dossiers d'information [En ligne]. 2014. [cité le 31 mars 2017] Disponible sur https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression
7. Cuijpers P, Berking M, Andersson G et al. A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone and in comparison with other treatments. Can J Psychiatry. 2013 Jul; 58(7):376-85.
8. HAS. Dépression de l'adulte- Repérage et prise ne charge initiale. Webzine HAS 9 nov 2017. [En ligne]. 2017 [cité le 11 nov 2017] Disponible sur https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-11/infographie_depression_adultes_webzine.pdf
9. Gallais J-L. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. L'information psychiatrique. 12 juin 2014 ; me 90(5):323-9.
10. Coldefy M, Com-Ruelle L. Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine. Questions d'économie de la santé. 2011 avr;(164).
11. Health Partners. Rapport sur les maladies chroniques et la santé mentale. [En ligne]. 2015. [cité le 11 nov 2017] Disponible sur http://partenairesante.quebec/sites/default/files/ PartenaireSante_Rapport_sur_les_maladies_chroniques_et_la_sant%C3%A9_mental_17juin_2015.pdf
12. OECD. Health at a Glance. 2011. OECD Indicators. OECD Publishing, Paris.
13. Agence Nationale pour la Sécurité du Médicament. Etats des lieux de la consommation des benzodiazépines en France [rapport]. Décembre 2013. Paris.
14. Mercier A. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. Encéphale ; 2009.
15. Chapireau F, Les recours aux soins spécialisés en santé mentale. nov 2006. Etudes et résultats n° 533.
16. DREES. La perception des problèmes de santé mentale : les résultats d'une enquête sur neuf sites. Etudes et résultats n° 116, mai 2011
17. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, 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.
18. OMS. « Dépression: parlons-en ». Communiqué de presse [En ligne] 30 mar 2017. Genève. Disponible sur http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/world-health-day/fr/

19. OMS. La prévention du suicide. Indications pour les médecins généralistes. [En ligne] 2002. [cité le 31 mar 2017]
Disponible sur http://www.who.int/mental_health/media/en/427.pdf ?ua =1
20. OMS. Prévention du suicide. L'Etat d'urgence mondial. 2014. [En ligne] Disponible sur http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131801/1/9789242564778_fre.pdf
21. OCDE. Mal-être au travail ? Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi [En ligne].09 mar 2012 [cité 19 déc 2017]. Disponible sur http://www.oecd.org/fr/els/mal-etre-au-travail-mythes-et-realites-sur-la-sante-mentale-et-l-emploi-9789264124561-fr.htm
22. OMS. Atlas de la santé mentale 2014. OMS [En ligne] Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2014/fr/
23. OECD. Fit Mind, Fit Job - From Evidence to Practice in Mental Health and Work - en - OECD. Disponible sur : http://www.oecd.org/employment/fit-mind-fit-job-9789264228283-en.htm
24. OMS | Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. WHO. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/
25. OCDE. Tableaux de bord des indicateurs de la santé. In: Panorama de la santé 2015 [Internet]. Éditions OCDE ; 2015 p. 19-31. Disponible sur: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2015/tableaux-de-bord-des-indicateurs-de-la-sante_health_glance-2015-4-fr
26. OECD. Health policy in France. [En ligne]. 2016 (cité le 31 mars 2017). Disponible sur : www.oecd.org/france/Health-Policy-in-France-January-2016.pdf
27. Observatoire national du suicide - Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/la-drees/observatoire-national-du-suicide-ons/article/l-observatoire-national-du-suicide-ons
28. Ha C, Decool E, Chan Chee C. Mortalité des personnes souffrant des troubles mentaux, analyse en causes multiples des certificats de décès en france. 2017
29. Laforcade M. Rapport de Michel Laforcade relatif à la santé mentale. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/ documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-de-michel-laforcade -relatif-a-la-sante-mentale
30. INSEE. Écoscopie de la Meuse - Insee Dossier Lorraine – 1 Mai 2015. Disponible sur : https://www.insee.fr/fr/statistiques/1893948
31. Bernard Marmont T, CREAI, Etude pour l'évolution de la filière addictologie en Meuse. Rapport final. 2017
32. CNOM. Atlas de la démographie médicale 2016.
33. ARS Lorraine. Projet Régional de Santé 2012-2017 - PRS - « Ensemble pour la santé des Lorrains ». Disponible sur : http://arslorraine.prod.flexit.fr/prs-ikobook/
34. ONS. Suicide, connaître pour prévenir : dimensions nationales, locales et associatives. 2016

# ANNEXES

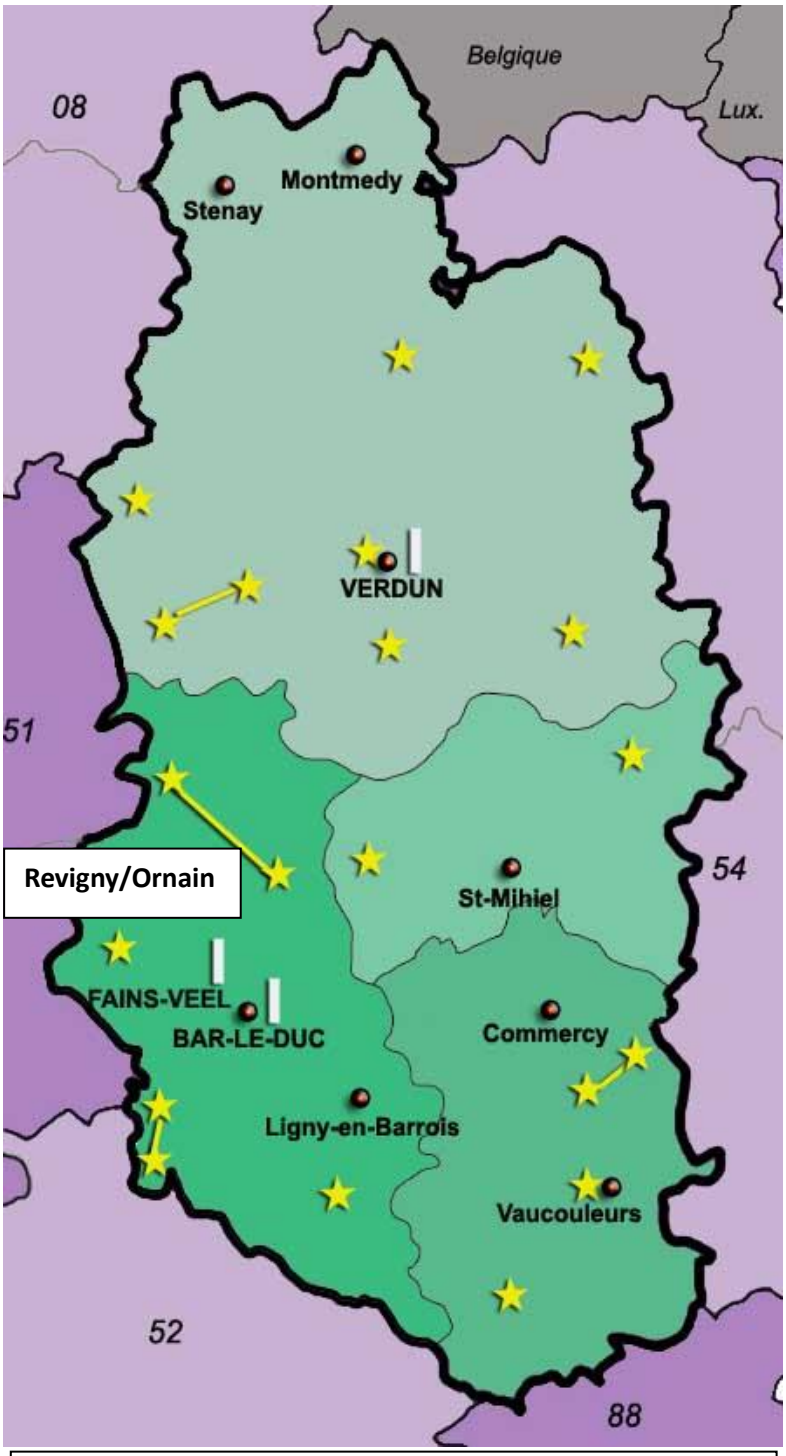
**ANNEXE 1** - CARTE DE MEUSE : CENTRES HOSPITALIERS, CMP ET MSP. ..... **42**

**ANNEXE 2** – COURRIER D'ACCOMPAGNEMENT DU QUESTIONNAIRE..... **43**

**ANNEXE 3** – GRILLE DE RECUEIL VERSION PAPIER ..... **44**

**ANNEXE 4**- DONNEES BRUTES ..... **45**

## Annexe 1 - Carte de Meuse : centres hospitaliers, CMP et MSP.



## *Annexe 2 – courrier d'accompagnement du questionnaire.*

Bonjour,

dans le cadre de mon travail de thèse en médecine générale,

initié et dirigé par le Dr BOUCHY,

vous êtes sollicités pour répondre à un questionnaire sur le thème de la santé mentale en Meuse.

Il s'agit d'évaluer, selon votre ressenti, les besoins de prise en charge psychologique, les intervenants adaptés et les motifs de souffrance psychique de vos patients de plus de 18 ans, en total anonymat.

Votre participation est essentielle pour améliorer la prise en charge de la souffrance psychique courante, en promulgant des consultations avancées en santé mentale au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles. L'objectif est de permettre aux médecins généralistes de proposer aux patients une offre de soins de proximité non stigmatisante et de renforcer les relations avec les Centres Médico-Psychologiques du territoire.

Merci de compléter le questionnaire en ligne et/ou d'utiliser la version papier comme support.
Vous pouvez à tout moment enregistrer vos réponses et y revenir ultérieurement.
Le temps nécessaire au renseignement d'une fiche patient est très court (< 1 min).
Il peut être réalisé conjointement avec vos étudiants en médecine.

***Nous comptons sur votre mobilisation.***
Un grand merci par avance à tous les participants.

VERSION EN LIGNE (plus ergonomique) : Cliquer ou copier le lien suivant dans votre navigateur

https://qsantementale.evalandgo.com/s/?id=JTk1cCU5N24lOUMlQUM=&a=JTk1bCU5QWklOUUlQUE=

ou par smartphone en flashant le code QR :

VERSION PAPIER (en 1 page) à télécharger et imprimer : https://mon-partage.fr/f/QfoZVd8d/

ou à demander par mail : athies.mg@gmail.com

THIESSE Aurore
Thésarde en médecine générale

## *Annexe 3 – Grille de recueil version papier.*

| Nb | date | PATIENT | | TRAITEMENT EN COURS | | | | RECOURS ENVISAGE EN SOINS PSYCHOLOGIQUES | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | sexe | age | suivi psy | anti-dépresseur | neuro-leptique | benzo-diazépine | infirmier(e) psy | psychologue | psychiatre | moi-même | motif(s) de la souffrance psychologique | |
| | | H/F | | O/N | O/N | O/N | O/N | O/N | O/N | O/N | O/N | **description libre** (plusieurs motifs possibles, liste non exhaustive)<br>deuil (parenté), anxiété, dépression, pathologie psychiatrique, addiction (laquelle), douleurs chroniques (localisation), annonce de maladie (laquelle), difficultés personnelles (familiales, scolaires ou professionnelles...) | |
| | | Merci de renseigner toutes les cases, en cas d'absence de données, noter "NSP" | | | | | | | | | | ***Précisez au maximum vos réponses*** | |
| 1 | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | | | | | | |

*Questionnaire de thèse sur la santé mentale - par Aurore THIESSE dirigée par le Dr Olivier BOUCHY.*

## *Annexe 4- Données brutes.*

| PATIENT | | | TRAITEMENT | | | | | RECOURS | | | | MOTIFS DE SOUFFRANCE (transcription simplifiée par l'auteur) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| F | H | AGE | RIEN | NLP | BZD | ATD | SUIVI | MG | IDE | PSYCHO | PSY | |
| 1 | | 56 | 1 | | | | | 1 | | | | RETOUR TRAVAIL DIFFICILE APRES IDM |
| 1 | | 29 | | | 1 | | | | 1 | | | SD ANXIO DEPRESSIF GENERALISE PERSO PRO |
| | 1 | 54 | | 1 | | | | | 1 | | | OH/DEPRESSION CHRONIQUE |
| 1 | | 57 | | | 1 | 1 | | | | 1 | | DIFF PERSO PRO |
| 1 | | 45 | 1 | | | | | | 1 | | | DEUILS |
| 1 | | 46 | | | | | 1 | | | 1 | | COUPLE |
| | 1 | 49 | | | 1 | 1 | 1 | | | | 1 | BIPOLAIRE / COUPLE |
| | 1 | 36 | 1 | | | | | | | 1 | | TS / DEPRESSION |
| 1 | | 35 | | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | 1 | PSYCHOSE/ DEPRESSION/ANXIETE/ SOLITUDE |
| 1 | | 24 | | | | 1 | | | | 1 | | ANXIETE / SOMATISATION |
| 1 | | 49 | 1 | | | | | | | | 1 | ANOREXIE MENTALE/ANXIETE/ SOLITUDE |
| 1 | | 25 | | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | ANOREXIE/ DEPRESSION |
| 1 | | 35 | | 1 | | | | | 1 | 1 | 1 | PSYCHOSE/NEVROSE/DEPRESSION |
| 1 | | 73 | | | 1 | 1 | | | 1 | 1 | 1 | DEPRESSION ANCIENNE |
| 1 | | 44 | | | | 1 | | | | 1 | | DEPRESSION / SURMENAGE |
| 1 | | 57 | | | | 1 | | | 1 | 1 | 1 | BURN OUT |
| 1 | | 33 | | | | 1 | | | 1 | 1 | 1 | OH/DEPRESSION |
| 1 | | 61 | | | 1 | 1 | | | | 1 | 1 | COUPLE VIOLENCE/SD ANXIO DEPRESSIF |
| 1 | | 19 | | | 1 | 1 | | | | 1 | | CONFLIT TRAVAIL |
| 1 | | 52 | | | 1 | 1 | | | | 1 | | TRAVAIL |
| 1 | | 24 | | | 1 | 1 | | | | 1 | | TRAVAIL |
| 1 | | 33 | | | | 1 | | | | 1 | | TRAVAIL |
| 1 | | 35 | | | 1 | 1 | | | | 1 | | TRAVAIL |
| 1 | | 38 | | | 1 | 1 | | | | 1 | | SURMENAGE TRAVAIL |
| 1 | | 36 | | | | 1 | | | | 1 | 1 | CONFLIT TRAVAIL |
| | 1 | 35 | | | | 1 | | | | | 1 | PATHO CHRONIQUE / INSOMNIE/ ANXIETE GENERALISEE |
| 1 | | 63 | | | | 1 | | | | 1 | | DEPRESSION |
| 1 | | 22 | 1 | | | | | 1 | | | | SOMATISATION |
| 1 | | 50 | | 1 | | 1 | | | 1 | 1 | 1 | BIPOLARITE |
| 1 | | 47 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | AIDANT FILS |
| 1 | | 78 | 1 | | | | | | | | | ANXIETE/ NEOPLASIE |
| 1 | | 49 | | | 1 | | | 1 | 1 | | 1 | INSOMNIE / DEPENDANCE BZD |
| | 1 | 38 | 1 | | | | | | 1 | | 1 | TROUBLES DU COMPORTEMENT |
| 1 | | | | | | 1 | | 1 | 1 | 1 | | TOXICOMANIE / DEPRESSION |
| 1 | | 56 | | | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | | DOULEURS CHRONIQUES / ACOUPHENES |
| | 1 | 55 | 1 | | | | | 1 | 1 | | | TRAVAIL / BURN OUT |
| | 1 | 71 | | | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | | DOULEURS CHRONIQUES |
| | 1 | 60 | 1 | | | | | 1 | 1 | 1 | | ANXIETE/ DOULEURS CHRONIQUES |
| 1 | | 51 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | DOULEURS CHRONIQUES/ FIBROMYALGIE/ DEPRESSION |
| | 1 | 27 | | 1 | | | | 1 | 1 | 1 | | ANOXIE CEREBRALE SUITE OVERDOSE |
| 1 | | 77 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | DEPRESSION/ DOULEUR CHRONIQUE/ AIDANT CONJOINT |
| 1 | | 56 | 1 | | | | | 1 | 1 | | | DECOUVERTE DIABETE |
| 1 | | 62 | | | 1 | 1 | | | 1 | 1 | | DOULEURS CHRONIQUES/ PB FAMILIAUX |
| 1 | | 54 | 1 | | | | | | 1 | 1 | | NEOPLASIE/ MICI |
| 1 | | 31 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | DEPRESSION RUPTURE/ PATHO CHRONIQUE |
| 1 | | 30 | | 1 | 1 | 1 | 1 | | | | 1 | SD ANXIO DEPRESSIF/ DOULEURS MULTIPLES/ DEPENDANCE |
| 1 | | 26 | | | 1 | | | | 1 | | | MISERE SOCIALE |
| 1 | | 34 | | | | 1 | | | | | 1 | MALTRAITANCE/ DIVORCE |
| | 1 | 26 | | | 1 | | | | | 1 | | TB COMPORTEMENT/ RUPTURE SOINS |
| | 1 | 52 | | 1 | | | | | 1 | | | SCHIZOPHRENIE / PSYCHIATRE RETRAITE |
| | 1 | 67 | | | 1 | 1 | | | | 1 | | BURN OUT |
| | 1 | 56 | 1 | | | | | | 1 | | | OH |
| 1 | | 27 | | | 1 | | | | 1 | | | MALTRAITANCE / DIVORCE |
| 1 | | 51 | | 1 | | | 1 | | 1 | | | PSYCHOSE / INOBSERVANCE/ RETRAITE PSYCHIATRE |
| | 1 | 21 | 1 | | | | | | | | 1 | SCHIZOPHRENIE SUSPECTEE |
| | 1 | 40 | | | 1 | 1 | | | | | 1 | SD STRESS POST TRAUMATIQUE |
| 1 | | 73 | | | 1 | | | 1 | | | | DEUIL PATHO / REFUS PSY |
| 1 | | 36 | 1 | | | | | | | | 1 | COUPLE |

| PATIENT | | | TRAITEMENT | | | | | RECOURS | | | | MOTIFS DE SOUFFRANCE (transcription simplifiée par l'auteur) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| F | H | AGE | RIEN | NLP | BZD | ATD | SUIVI | MG | IDE | PSYCHO | PSY | |
| 1 | | 60 | | | 1 | | | | 1 | 1 | | ANNONCE MALADIE CHRONIQUE |
| 1 | | 62 | | | 1 | 1 | | | 1 | 1 | | DEUIL/ DIVORCE |
| | 1 | 41 | | | | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | BIPOLARITE/ OH |
| | 1 | 74 | 1 | | | | | | 1 | | | DEUIL |
| 1 | | 29 | | | 1 | 1 | 1 | | 1 | | 1 | DEPRESSION |
| 1 | | 69 | | | | 1 | 1 | | 1 | | | DEPRESSION |
| 1 | | 68 | 1 | | | | | | 1 | 1 | | DOULEUR CHRONIQUE |
| 1 | | 18 | 1 | | | | | | | 1 | | ANXIETE SCOLAIRE |
| 1 | | 91 | | | | 1 | | | 1 | 1 | | ANXIETE/ PATHO CHRONIQUE |
| 1 | | 72 | 1 | | | | | | 1 | 1 | | COUPLE |
| 1 | | 22 | 1 | | | | | | 1 | 1 | | SUICIDE PÈRE |
| 1 | | 62 | 1 | | | | | | 1 | | | PB FAMILIAL |
| | 1 | 70 | | | 1 | | | | 1 | | | *illisible* |
| | 1 | 42 | | | 1 | 1 | | | 1 | 1 | | BURN OUT TRAVAIL |
| 1 | | 63 | | | | 1 | | | 1 | 1 | | ANXIETE / CONFLIT TRAVAIL |
| 1 | | 70 | 1 | | | | | | 1 | 1 | | TB PSYCHOSOMATIQUES |
| 1 | | 47 | 1 | | | | | | 1 | 1 | | DOULEURS/ PB FAMILIAL |
| | 1 | 88 | 1 | | | | | | 1 | | | ANXIETE / INSOMNIE / AIDANT FEMME |
| 1 | | 24 | 1 | | | | | | 1 | 1 | | ECHEC CHIR OBESITE |
| 1 | | 63 | 1 | | | | | | 1 | 1 | | MALTRAITANCE COUPLE |
| | 1 | 32 | 1 | | | | | | | 1 | | PHOBIE |
| | 1 | 54 | 1 | | | | | | | 1 | | PB VALEUR SOCIALE |
| | 1 | 40 | 1 | | | | | | 1 | | | TRAVAIL |
| 1 | | 50 | 1 | | | | | | 1 | | | PERTE DE REPERES |
| 1 | | 60 | | | 1 | 1 | | | 1 | 1 | | DEPRESSION LEGERE |
| 1 | | 44 | | | | 1 | | | 1 | | | PB SYSTEMIQUE CHRONICISE |
| 1 | | 49 | | 1 | 1 | 1 | | | 1 | | | ANXIETE |
| | 1 | 70 | 1 | | | | | | 1 | | | ANXIETE REACTIONNELLE |
| 1 | | 69 | | | | 1 | | | 1 | | | SD ANXIO-DEPRESSIF |
| 1 | | 82 | 1 | | | | | | 1 | | | ANXIETE REACTIONNELLE |
| 1 | | 64 | | | | 1 | 1 | | | | 1 | DEPRESSION REACTIONNELLE TRAVAIL |
| 1 | | 52 | | | 1 | 1 | | 1 | | | | SD ANXIO DEPRESSIF REACTIONNEL |
| 1 | | 59 | | | 1 | 1 | | 1 | | | | BURN OUT TRAVAIL |
| | 1 | 43 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | SD DEPRESSIF SEVERE |
| 1 | | 49 | | | 1 | 1 | | 1 | | | | SD ANXIO DEPRESSIF REACTIONNEL |
| 1 | | 39 | | | 1 | | | 1 | | | | ANXIETE GENERALISE |
| 1 | | 61 | | | | 1 | | 1 | | | | SD DEPRESSIF REACTIONNEL |
| 1 | | 36 | | | 1 | 1 | | 1 | | | | SD ANXIO DEPRESSIF REACTIONNEL |
| 1 | | 63 | | | | 1 | 1 | | | | 1 | SD DEPRESSIF SEVERE |
| 1 | | 37 | | | 1 | 1 | | 1 | | | | SD ANXIO DEPRESSIF REACTIONNEL |
| | 1 | 43 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | | | 1 | SD DEPRESSIF SEVERE |
| 1 | | 53 | | | 1 | 1 | | 1 | | | 1 | SD DEPRESSIF SEVERE |
| 1 | | 62 | | | | 1 | | | | | 1 | SD ANXIO DEPRESSIF REACTIONNEL |
| 1 | | 54 | | | | 1 | | | | | 1 | ANXIETE GENERALISEE |
| | 1 | 62 | | | | 1 | | 1 | | | 1 | SD DEPRESSIF SEVERE |
| 1 | | 48 | | | 1 | 1 | | 1 | | | | SD ANXIO DEPRESSIF REACTIONNEL |
| 1 | | 39 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | | | 1 | SD DEPRESSIF SEVERE |
| | 1 | 43 | | | 1 | 1 | | 1 | | | | ANXIETE GENERALISE |
| 1 | | 52 | | | 1 | 1 | | 1 | | | | PHOBIE SOCIALE |
| 1 | | 63 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | BIPOLARITE |
| 1 | | 88 | 1 | | | | | 1 | 1 | | | DEPRESSION |
| | 1 | 68 | 1 | | | | | | 1 | 1 | | DOULEURS CHRONIQUES HYOCHNDRIRE |
| | 1 | 54 | 1 | | | | | | 1 | | | ANXIETE/ SEVRAGE TABAC |
| 1 | | 30 | | | | 1 | | | | 1 | | TRAVAIL/ PB FAM |
| 1 | | 55 | 1 | | | | | | 1 | 1 | | TB CONSUITE ALIM / HTPOCHONDRIE |
| | 1 | 44 | | | 1 | | | 1 | 1 | 1 | | NEOPLASIE / TABAC |
| | 1 | 71 | | | 1 | 1 | | 1 | | 1 | | DEPENDANCE ZOLPIDEM |
| 1 | | 73 | | | 1 | | | | 1 | 1 | | ANXIETE |

| PATIENT | | | TRAITEMENT | | | | | RECOURS | | | | MOTIFS DE SOUFFRANCE (transcription simplifiée par l'auteur) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| F | H | AGE | RIEN | NLP | BZD | ATD | SUIVI | MG | IDE | PSYCHO | PSY | |
| 1 | | 62 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | | RUTURE SUIVI CMP / PATHO CHRONIQUE |
| 1 | | 58 | | | | 1 | | 1 | 1 | 1 | | DEPRESSION |
| 1 | | 63 | | | 1 | 1 | | | 1 | 1 | | DOULEURS CHRONIQUES/ PB FAMILIAUX |
| 1 | | 67 | | | 1 | 1 | | | | 1 | | DECES FRERE |
| | 1 | 75 | | | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | | ANNONCE PATHO CHRONIQUE |
| 1 | | 64 | | | 1 | 1 | | | 1 | 1 | | AIDANT |
| 1 | | 73 | 1 | | | | | | | 1 | | COUPLE |
| 1 | | 67 | 1 | | | | | | 1 | 1 | | DOULEURS |
| | 1 | 48 | 1 | | | | | | | 1 | | TB SEXUALITE |
| | 1 | 32 | | | | 1 | | | 1 | 1 | | TRAVAIL/ DEPRESSION/ SUBSTITUTION |
| | 1 | 53 | | | 1 | 1 | | | 1 | | | DOULEURS / HANDICAP |
| 1 | | 34 | 1 | | | | | | 1 | | | AIDANT PÈRE / ANXIETE |
| 1 | | 58 | | | 1 | 1 | 1 | | | | 1 | DOULEURS CHRONIQUES/ SD ANXIODEPRESSIF |
| 1 | | 51 | | | 1 | | | | | | 1 | OH/ SD ANXIO DEPRESSIF |
| 1 | | 48 | | 1 | 1 | 1 | 1 | | | 1 | 1 | BIPOLARITE / TRAVAIL |
| 1 | | 46 | | | | 1 | 1 | | | 1 | | TRAVAIL/ POST TRAUM |
| | 1 | 34 | | | 1 | | | | | | 1 | ADDICTONS (HEROINE OH CANNABIS) |
| | 1 | 59 | | | 1 | 1 | 1 | | | 1 | 1 | TRAVAIL/ DEPRESSION/ MALADIE CHRONIQUE |
| 1 | | 63 | | | 1 | 1 | | | | 1 | | DOULEURS CHRONIQUES/ INSOMNIE |
| 1 | | 34 | | | | 1 | | | | | 1 | PHOBIES |
| 1 | | 70 | 1 | | | | | | | 1 | | DEUIL/ PB FAMILIAL |
| 1 | | 44 | | | | 1 | | | | | 1 | SD DEPRESSIF ANCIEN |
| 1 | | 51 | | | | 1 | | | | | 1 | DOULEURS/ SD DEPRESSIF |
| 1 | | 61 | | | | 1 | | | | | 1 | DEUIL PATHO |
| 1 | | 42 | | | | 1 | | | 1 | | | ANNONCE MENINGIOME/ SURDITE |
| 1 | | 25 | | | | 1 | | | | 1 | | PÈRE SOINS PALL |
| 1 | | 63 | 1 | | | | | | 1 | | | AIDANT MARI |
| 1 | | 49 | | | 1 | 1 | | 1 | 1 | 1 | 1 | FIBROMYALGIE |
| | 1 | 44 | 1 | | | | | | | | 1 | MALADIE CHRONIQUE OBESITE |
| 1 | | 70 | | | | 1 | | | | | 1 | DEPRESSION |
| 1 | | 70 | 1 | | | | | | 1 | 1 | | COUPLE / DEPERSSION |
| 1 | | 85 | 1 | | | | | | 1 | 1 | | DEUIL/ ISOLEMENT |
| 1 | | 60 | | | | 1 | | | 1 | | | OH/ SOLITUDE |
| | 1 | 83 | | | | 1 | | | 1 | | | SD GLISSEMENT |
| | 1 | 53 | | | 1 | | | | | | 1 | ANXIETE MAJEURE/ COUPLE |
| | 1 | 61 | | | 1 | | | | | 1 | | ANXIETE RETRAITE |
| 1 | | 32 | 1 | | | | | | | 1 | | MICI / SEXUALITE/ PERFECTIONISME |
| 1 | | 58 | | | 1 | 1 | | 1 | | 1 | | DEPRESSION |
| 1 | | 65 | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | TB PSYCHIATRIQ |
| 1 | | 55 | | 1 | 1 | 1 | | 1 | 1 | | | DEPRESSION GRAVE |
| | 1 | 68 | 1 | | | | | 1 | | | | ANXIETE |
| 1 | | 47 | | 1 | | 1 | | 1 | | | 1 | DEPRESSION DEUIL |
| 1 | | 55 | | | 1 | | | 1 | | | | DEUIL |
| 1 | | 48 | | | 1 | | | 1 | | | | DEUIL |
| | 1 | 51 | | | 1 | 1 | | 1 | | | 1 | TB ANXIO DEP |
| 1 | | 32 | | | | 1 | | 1 | | | | DEPRESSION |
| | 1 | 67 | | | 1 | | | 1 | | | | TB ANXIEUX |
| | 1 | 54 | | | 1 | 1 | | 1 | | | | TB ANXIEUX |
| 1 | | 58 | | | | 1 | | 1 | | | | DEPESSION |
| 1 | | 76 | | | | 1 | | 1 | | | | DEPRESSION |
| 1 | | 74 | | | | 1 | | 1 | | | | DEPRESSION |
| 1 | | 69 | | | 1 | | | 1 | | 1 | | PATHOLOGIE PSYCHIATRIQUE |
| | 1 | 62 | | | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | DEPRESSION DEUIL |
| 1 | | 56 | | | | | 1 | 1 | 1 | | 1 | TB ANXIO DEPRESSIF |
| 1 | | 63 | | | 1 | | | 1 | | | | TB ANXIO DEPRESSIF |
| 1 | | 64 | | | | 1 | 1 | 1 | | | 1 | TB BIPOLAIRE |
| 1 | | 58 | | | | 1 | | 1 | | | | DEPRESSION |

**RESUME DE LA THESE**

La santé mentale est un enjeu de santé publique majeur dans le monde. Le médecin généraliste est le premier recours en cas de souffrance psychique dans de nombreux pays. En France, il existe des lacunes dans la prise en charge non médicamenteuse des troubles psychiques et un accès aux soins très inégal sur le territoire. En Meuse, les Maisons de santé pluriprofessionnelles ont permis de conserver une bonne couverture en soins primaires mais les ressources spécialisées sont très limitées avec un sous-effectif libéral (1 psychiatre pour adulte, 6 psychologues) et 8 Centres Médico-Psychologiques. Les médecins des Maisons de Santé Pluriprofessionnelle du sud meusien ont souhaité renforcer leur collaboration avec les intervenants en santé mentale pour proposer une consultation avancée au sein même de leurs locaux. Nous avons mené un audit auprès des médecins généralistes du sud-meusien pour identifier pour quel motif et vers quels professionnels de santé mentale ils adresseraient leurs patients s'ils en avaient la possibilité. L'étude rapporte un besoin de second recours dans 80% des situations où une souffrance psychique est détectée. Les patients seraient orientés préférentiellement vers un(e) IDE de pratique avancée en psychiatrie ou un(e) psychologue en particulier lors d'une entrée dans le soin ou de difficultés au travail. Dans un quart des situations, la sévérité de la pathologie nécessiterait le recours au psychiatre. Notre étude confirme le besoin de second recours en santé mentale dans le sud-meusien. La mise en place de consultations avancées en santé mentale au sein des MSP est une initiative innovante qui semble répondre aux attentes des MG et aux recommandations de prise ne charge des troubles psychiques courants.

**TITRE EN ANGLAIS**

The general practitioner and mental health: To which recourse would the patient be referred: advanced practice nurse, psychologist or psychiatrist?
Audit of general practitioners in the south of Meuse.

**THESE :** MEDECINE GENERALE ANNEE 2018

**MOTS CLES :** santé mentale, soins primaires, maison de santé pluriprofessionnelle, Meuse

**INTITULE ET ADRESSE**

Université de Lorraine

Faculté de Médecine de Nancy

Avenue de la Fôret de Haye

54500 VANDOEUVRE LES NANCY