



HAL
open science

Consultations avancées de psychologie au sein des maisons de santé en Meuse : représentations et attentes des médecins généralistes

Christelle Kaiser

► To cite this version:

Christelle Kaiser. Consultations avancées de psychologie au sein des maisons de santé en Meuse : représentations et attentes des médecins généralistes. Sciences du Vivant [q-bio]. 2017. hal-01932455

HAL Id: hal-01932455

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932455>

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>

2017

THESE

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Christelle KAISER

le 24 octobre 2017

CONSULTATIONS AVANCEES DE PSYCHOLOGIE AU SEIN DES

MAISONS DE SANTE EN MEUSE :

REPRESENTATIONS ET ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES

U.F.R. Médecine Nancy

Directeur de thèse : Docteur Olivier BOUCHY

Président du jury : Pr Paolo DI PATRIZIO

Membres du jury : Pr Jean-Pierre KAHN, Pr Jean-Marc BOIVIN, Dr Elisabeth STEYER

REMERCIEMENTS

A notre Maître et Président de Thèse :

MONSIEUR le PROFESSEUR Paolo Di Patrizio

PROFESSEUR des UNIVERSITES de MEDECINE GENERALE

Nous vous sommes particulièrement reconnaissants d'avoir accepté de suivre et de soutenir ce travail.

Votre regard et vos conseils nous ont été précieux.

Nous vous prions de voir dans ce modeste travail l'expression de notre gratitude et de notre profond respect.

A notre Maître et Juge :

MONSIEUR le PROFESSEUR Jean-Pierre Kahn

PROFESSEUR des UNIVERSITES et PRATICIEN HOSPITALIER en PSYCHIATRIE

Nous vous sommes profondément reconnaissants d'avoir accepté de porter un regard sur notre travail.

Recevez l'expression de notre humble considération et de nos plus sincères remerciements.

A notre Maître et Juge :

MONSIEUR le PROFESSEUR Jean-Marc Boivin

PROFESSEUR des UNIVERSITES de MEDECINE GENERALE

Nous vous remercions sincèrement pour votre attention et votre disponibilité, votre soutien quant à ce travail nous a été d'une grande aide.

Nous espérons que votre rigueur imprénera longtemps la pratique de notre exercice professionnel.

Veillez accepter ici l'expression de notre immense gratitude.

A notre Maître et Juge :

MADAME le DOCTEUR Elisabeth Steyer

MAITRE de CONFERENCE des UNIVERSITES de MEDECINE GENERALE

Nous vous sommes reconnaissants de votre participation au dénouement de ce travail.

Nous garderons en mémoire vos apprentissages et essayerons de les appliquer au mieux dans notre travail, au plus proche des patients.

Merci de voir dans notre demande quant à votre participation le reflet de notre estime à votre égard.

A notre directeur et Juge

MONSIEUR le DOCTEUR Olivier Bouchy

MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE

Depuis l'initiation du projet jusqu'à la rédaction de ce travail, vous avez été sans cesse présent. Cette thèse est aussi la vôtre.

Nous nous souviendrons de votre soutien, de vos précieux conseils, de votre patience de votre compréhension, lors de cette thèse comme lors de notre formation à vos côtés.

Veillez accepter l'expression de nos remerciements les plus cordiaux et de notre profonde reconnaissance.

Nous tenons à remercier les médecins qui nous ont aidé en participant à cette enquête et qui ont enrichi de leurs remarques notre réflexion sur ce sujet.

Remerciements aux médecins qui ont eu la pédagogie et la patience de nous aider à mener une réflexion critique lors de ce travail.

Un grand merci à toute l'équipe du cabinet de Revigny-sur-Ornain où a débuté cette thèse, ces longs mois de recherche n'auraient pas été aussi agréables s'ils n'avaient pas été à vos côtés.

Nos plus sincères remerciements au Docteur Sébastien Fayon ainsi qu'au Docteur Nicolas Mathis pour les échanges constructifs, leur immense contribution à notre formation et le regard plein d'affection que nous portons grâce à eux sur le métier de Médecin Généraliste.

Une pensée également pour les équipes du service de Médecine Interne et Polyvalente de Bar-le-Duc, du Service d'Accueil des Urgences de Verdun, et du service d'Hépatogastro-Entérologie du Centre Hospitalier Universitaire de Nancy, pour leur très importante participation à notre formation et la convivialité dans laquelle se sont déroulés nos stages, en particulier un grand merci à Monsieur le Docteur Philippe Evon et à Madame le Docteur Marie-Pierre Rapt pour la façon humaine et non moins compétente dont ils pratiquent, avec passion, leur métier de médecin.

A mon père, à qui ce travail tient probablement encore plus à coeur qu'à moi.

Ainsi qu'à ma mère, sans qui je n'aurais probablement même pas passé la première année.

Merci pour votre soutien et votre amour durant toutes ces années, vous n'avez jamais cessé de croire que tout était possible.

A toute ma famille, mon frère et tous les autres, pour les rires et l'affection, mais aussi le soutien dans les moments difficiles qui me permettront je l'espère de garder la tête haute sans jamais oublier d'où je viens. En particulier à ma grand-mère qui me regarde de bien haut, elle sait pourquoi mais la liste est trop longue à énumérer.

A Jérémie,

Pour ton calme qui m'a si souvent apaisée, mais qui n'est qu'une goutte d'eau dans l'océan de bonheur que nous avons la chance de partager.

A tous mes amis, parce qu'avant tout il y a la vie.

Merci à Pauline, Claire, Victor, Adrian, Marie-Flore, Julie, Manon, Anne-Laure, le grand Julien, Mathilde, Maxime et Léa, les Argonnais et toute la bande qui m'avez accueillie à bras ouverts.

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 ».

SOMMAIRE

PROBLÉMATIQUE	11
ARTICLE	20
<i>RESUME</i>	22
<i>ABSTRACT</i>	22
<i>INTRODUCTION</i>	23
<i>METHODES</i>	25
<i>RESULTATS</i>	26
<i>DISCUSSION</i>	35
<i>CONCLUSION</i>	38
<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	44
<i>ANNEXE</i>	46
CONCLUSION GENERALE	47
Liste des abreviations	49
BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE	50
RESUME	53

PROBLÉMATIQUE

Telle qu'elle apparaît dans la définition de la santé de la Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), la santé mentale se situe au même rang que la santé physique ou sociale (1). Les troubles mentaux sont définis comme suit par le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disease-5 (D.S.M.-V (2)) : un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives dans la cognition, la régulation des émotions, ou le comportement d'une personne qui reflètent un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques, ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental. « Il doit ou bien causer régulièrement une souffrance subjective, ou bien être régulièrement associé à une détérioration générale dans l'efficacité ou le fonctionnement social» (3).

Il s'agit également, au-delà de la souffrance individuelle, d'un problème de santé publique majeur de par sa fréquence et ses retentissements.

En effet, la prévalence ponctuelle mondiale des affections neuropsychiatriques était de 10% selon le rapport sur la santé mondiale de l'O.M.S. dédié à la santé mentale (4), qui consigne également les résultats d'une étude d'Ustün et Sartorius s'étant intéressée à l'épidémiologie en soins primaires (5). Dans cette étude multi-centrique internationale, les chiffres montent alors à 24%, sans compter les 9% de patients supplémentaires qui avaient des symptômes cliniquement significatifs mais ne remplissaient pas tous les critères des échelles d'évaluation utilisées. Paris se situait au 3e ou 4e rang des villes de plus forte prévalence ayant participé selon qu'il s'agisse de dépression (4e rang), d'anxiété (4e rang) ou d'alcoolisme (3e rang). La neurasthénie avait quant à elle une prévalence de 9,4%, l'hypochondrie de 0,1%.

La difficulté consiste également dans la définition de ces troubles puisque selon les critères diagnostiques utilisés, les chiffres de prévalence varient énormément. Par exemple, dans une étude sur les troubles somatoformes en soins primaires réalisée en Californie, la prévalence passe de 0,06% selon les critères D.S.M.-IV à 22% si on utilise la version abrégée de ces critères diagnostiques (6).

Au niveau européen, selon l'étude de Wittchen *et al.* réalisée sur 30 pays en 2010, on estime à 38,2% la prévalence des troubles mentaux, au premier rang desquels les troubles psychiatriques comme l'anxiété (14%), l'insomnie (7%) et la dépression (6,9%), les troubles somatoformes (6,3%) et les addictions (>4%) côtoient la démence (7).

En France, 7,5% des 15-85 ans ont déjà présenté un épisode dépressif caractérisé, dont 37,3% d'intensité sévère. Le sex-ratio est de 2 femmes pour 1 homme, avec cependant une augmentation de prévalence depuis 2005 chez les hommes de 35 à 54 ans (5,4% à 7,3%) (8).

Quant aux troubles anxieux, ils concernent 21,6% des patients suivis dans 40 centres français entre 1999 et 2003. Le trouble anxieux généralisé est le plus fréquent (12,8%), devant la phobie sociale (4,3%), le trouble panique (4,2%), l'agoraphobie (2,1%), et l'état de stress post-traumatique (0,7%) (9). En ce qui concerne l'addiction, 3 français sur 10 consomment quotidiennement du tabac et 1/10e de l'alcool (10).

Pour ces trois groupes de pathologies (troubles de l'humeur, troubles anxieux, alcoolisme), les chiffres diffèrent selon le statut professionnel. Ainsi, les chômeurs sont plus touchés que les actifs, et les retraités sont les moins touchés (11). Une autre étude française (Cohidon *et al.*) réalisée entre 2006 et 2008 dans trois régions françaises sur plus de 6000 personnes montre le lien entre travail et troubles mentaux. Les résultats démontrent que l'exposition à la tension au travail est très fréquente (41% des femmes et 35% des hommes) avec des variations significatives selon la catégorie socioprofessionnelle. Cette même étude

mettait en évidence une forte association entre la souffrance psychique et l'existence d'un déséquilibre entre les efforts et les faibles récompenses (OR 3,59; IC95%[1,96-6,56]) (12).

En Lorraine, selon une enquête de la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales (D.R.A.S.S.), le besoin en santé mentale défini par : soit une souffrance psychologique, soit une gêne dans la vie quotidienne, soit un absentéisme professionnel pour raison de santé mentale, soit un diagnostic (dépression, anxiété, addiction) s'élève à 27,7% des adultes vivant à domicile, sans disparités territoriales importantes. Notons une prévalence de 27,1% pour la région Barrois-Val de Meuse qui est une partie du territoire de notre étude. En ce qui concerne le critère « souffrance psychologique », il touche 20,2% de cette population, entraînant un absentéisme professionnel de 4% (13).

L'absentéisme professionnel n'est qu'un retentissement parmi tant d'autres de la souffrance psychologique. Outre une qualité de vie non seulement considérablement impactée, le préjudice est durable même après la guérison, du fait des préjugés (4). L'altération du fonctionnement social et professionnel fait d'ailleurs partie de la définition de la plupart de ces troubles selon le D.S.M.-5 (2). La morbidité peut s'exprimer en Années de Vie Corrigées de l'Incapacité (A.V.C.I.), comme dans l'étude européenne de Wittchen *et al.* (7). Ainsi, pour un taux de 10 000 A.V.C.I., l'alcoolisme est responsable de : 48,9 A.V.C.I., les dépendances aux drogues : 18,2, l'insomnie primaire : 9,4, le trouble panique : 9,2, le total des maladies mentales psychiatriques : 289,7. Selon le rapport sur la santé mentale de l'O.M.S. (4), le trouble dépressif unipolaire aurait fait perdre 4,4% d'A.V.C.I. en 2000, les troubles liés à l'alcool et les lésions auto-infligées : 1,3% chacun.

Les A.V.C.I. comportent donc la morbidité liée à l'auto-agressivité pour cause de pathologies neuropsychiatriques. Outre les années vécues en situation de handicap, l'auto-agressivité peut avoir des conséquences mortelles. En 2011 en France, pour 100 000

habitants, le taux de mortalité par suicide chez les hommes était de 27,7 (8,1 pour les femmes), 1/3 des victimes se situe dans la tranche d'âge des plus de 60 ans, et le suicide représente 16% du total des causes de décès des 15-24 ans, soit la deuxième cause la plus fréquente de décès des jeunes après les accidents de la route (14). La Meuse, territoire de notre étude, se différencie en cela du reste de la France et de la Lorraine, puisque son taux de décès par suicide est de 33% supérieur à la moyenne nationale (la Lorraine ayant un taux similaire à la France) (15). Rappelons une augmentation de la mortalité totale liée aux troubles mentaux, puisque parmi les causes médicales de décès en 2013 selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (I.N.S.E.E.), 22,2 milliers de décès étaient imputables aux troubles mentaux ou du comportement. Ils n'étaient que 12,0 milliers en 1990 (16).

Pour revenir aux conséquences professionnelles, il a été démontré que le fait de souffrir de certaines maladies mentales (comme l'épisode dépressif constitué ou le trouble anxieux généralisé) diminue la probabilité d'être encore dans l'emploi quatre ans plus tard (17). De même, les arrêts maladie de longue durée augmentent la probabilité d'incapacité et de chômage dans le futur (18), d'autant plus que le chômage est de longue durée (19). Or, comme nous l'avons fait remarquer plus haut, la santé mentale des personnes sans emploi est moins bonne que celle des actifs, nous pouvons donc redouter une aggravation de la situation pour ces patients.

Le retentissement n'atteint pas uniquement le patient mais également sa famille. Le soutien à apporter au malade entraîne du stress, des difficultés financières, une diminution des relations sociales (4), le lien social étant d'ailleurs un facteur important de la qualité de vie (20). On peut ainsi aisément imaginer que ceci peut entraîner des problèmes de santé mentale chez les aidants, comme pour ceux ayant un proche atteint de démence, de handicap ou de cancer.

D'un point de vue de santé publique, il faut également tenir compte du coût que représentent les maladies psychiques. Ainsi, dans une étude britannique, les troubles de l'humeur avaient coûté au Royaume-Uni environ 19,2 millions d'euros (en Parité du Pouvoir d'Achat (P.P.A.)), l'addiction ou l'anxiété chacun plus de 11 millions, le trouble de la personnalité 4,9 millions, l'insomnie 5,6 millions et les troubles somatoformes 3,5 millions d'euros (P.P.A.). Concernant la part totale des troubles mentaux, elle est formée en majorité des coûts indirects (perte de productivité) pour 46,6%, contre 26,8% chacune pour la part des dépenses médicales et dépenses directes non médicales (21). En Europe, le coût total des troubles de l'humeur, de l'anxiété et des addictions s'élevait en 2010 à 249,1 milliards d'euros P.P.A.. Pour toutes ces pathologies, on remarquait une nette augmentation par rapport aux coûts 2006 : +7% concernant les troubles de l'humeur, +14% pour les addictions et jusqu'à +59% d'augmentation pour les dépenses liées à l'anxiété. En France, 109,2 milliards d'euros par an sont consacrés aux dépenses de santé mentale, soit 5,8% du P.I.B. (22). Selon une enquête du Réhalto sur 1515 salariés français en 2016, les troubles psychologiques totalisaient 14% des causes totales d'arrêt maladie, 20% d'entre eux estiment que leur arrêt est lié à leur travail (tensions liées à l'organisation du travail et difficultés liées aux pratiques managériales) (23). En termes de consommation médicamenteuse, la France reste au 2e rang des pays européens les plus consommateurs d'hypnotiques, au 4e rang européen de la consommation des anxiolytiques (24). 131 millions de boîtes de benzodiazépines ont été vendues en 2012 en France. 90% des prescripteurs étaient des libéraux dont 90% environ de médecins généralistes. Des effets indésirables graves ont été recensés : somnolence, coma, confusion (25). Quant aux antidépresseurs, leur consommation en France était de 6%, contre 3,5% en moyenne pour cinq autres pays européens étudiés (24).

Concernant les hospitalisations, on dénombre en France 569 structures psychiatriques, sans compter les psychiatres et psychologues libéraux. 375 000 adultes hospitalisés en 2015,

les durées de séjour étant relativement longues puisque on comptabilise 57,7 journées en moyenne par patient à temps complet. Les patients hospitalisés pour troubles de l'humeur sont les plus nombreux (134 000), devant les psychotiques, les troubles anxieux et somatoformes (58 000) et les addictions (48 000). Les Centres Médico-Psychologiques (C.M.P.) totalisent 60% des 20,5 millions d'actes ambulatoires réalisés en 2015 (26).

Depuis 2016, la loi oblige le médecin généraliste à s'assurer de la coordination du parcours de soins des patients qu'il suit (27), il est également le premier professionnel auquel les patients souffrant de troubles psychiques, par exemple la dépression, ont recours (28). Il est donc intéressant de savoir dans quelle mesure il prend en charge les troubles psychologiques et psychiatriques. Les consultations pour motif psychologique ou psychiatrique sont nombreuses, parfois ce motif est indirectement découvert pendant la consultation. On estime qu'un consultant sur cinq souffre d'un problème de santé mentale, qu'il soit ou non exprimé ou reconnu (29). Ainsi, sur le centre parisien de l'étude multi-centrique mondiale référée plus haut, on dénombre 11% de motifs de consultation psychologiques en soins primaires, pour 39,6% de causes physiques et 25,3% pour douleur. A noter que pour 8,4% des patients, il n'a pas pu être précisément décidé si le motif était psychologique ou physique (5). Le médecin généraliste est en effet le premier recours pour les patients atteints de souffrance mentale (30), si tant est qu'ils consultent, ce qui n'est pas toujours le cas. Pour la dépression par exemple, on rapporte effectivement 39 % de patients en 2010 qui ne sont pas rentrés dans le système de soins. Ils étaient 63% en 2005 (8). Plus de patients dépressifs ont donc recours à une prise en charge professionnelle, ce qui augmente la consommation de biens médicaux malgré une stagnation de la prévalence de cette maladie pour la plupart des sous-groupes d'âge et de sexe étudiés (8). Outre le nombre de consultations dédiées aux maladies mentales, la durée d'une consultation où un problème

psychologique ou psychiatrique est abordé est plus élevée (31). Pour répondre à cette inflation, l'offre de soins doit être adéquate. Malheureusement, selon l'atlas de démographie médicale 2016 du Conseil National de l'Ordre des Médecins, l'effectif de médecins généralistes a diminué de 8,5% entre 2007 et 2016 dans la région Grand-Est, ce qui est à peu près équivalent à la baisse moyenne en métropole (8,4%). En termes de densité, nous nous situons légèrement en-dessous de la moyenne nationale (132,1 médecins généralistes pour 100 000 habitants, moyenne Grand-Est : 129,3) (32).

Pour assurer la prise en charge des patients en souffrance psychologique, le médecin généraliste peut avoir recours aux thérapeutiques médicamenteuses mais également à la psychothérapie. Le soutien psychologique est d'ailleurs recommandé dans de nombreuses pathologies, même en dehors du cadre des maladies mentales comme la dépression (33), il doit également être systématiquement proposé aux patients victimes de cancer (34), de maladies coronaires (35), d'accidents vasculaires cérébraux (36), d'addiction (37), ainsi qu'aux aidants (38). Pourtant, les études médicales en médecine générale ne comprennent pas de cours de formation systématique aux psychothérapies et très peu d'heures de formation à la santé mentale.

Parfois, une prise en charge spécialisée est nécessaire, que ce soit pour un avis diagnostic, thérapeutique, une psychothérapie structurée ou autre. Ainsi, le médecin généraliste adresse 25 à 30% des patients à un psychiatre pour un traitement et demande un avis pour 17% des patients hors décision médicamenteuse (39). Cependant, la Meuse fait partie des trois départements les moins bien pourvus en termes de couverture médicale psychiatrique, avec 8 médecins psychiatres seulement pour 100 000 habitants alors qu'au niveau national ils sont 22 pour 100 000 habitants (40), la même densité qu'en Meurthe-et-Moselle (41). La Meuse compte 10 Centres Médico-Psychologiques parmi les 67 C.M.P. lorrains (42), le C.M.P. de Revigny-sur-Ornain a récemment fermé ses portes, et

certains territoires en sont dépourvus. Les psychologues, quant à eux, se répartissent selon une densité très faible par rapport à la moyenne nationale (moins de 6 psychologues libéraux pour 100 000 habitants en Meuse contre 13 pour 100 000 en France) (43), et leurs consultations ne sont pas remboursées par la Sécurité Sociale. Et quand une prise en charge spécialisée est nécessaire, le manque d'échange avec le médecin généraliste freine la continuité des soins (28).

La tendance actuelle est à l'augmentation du nombre de Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (M.S.P.) en Meuse (44). Ceci reflète une volonté française et des médecins généralistes de réorganiser le paysage médical, en augmentant le nombre de prises en charge ambulatoires pour soulager le milieu hospitalier et diminuer les coûts des prises en charge. Ainsi, les M.S.P. permettent une offre de soins primaires diversifiée, à proximité du lieu de vie des patients. C'est sur ce schéma qu'ont débuté des prises en charge infirmières au sein des maisons de santé meusiennes, en addictologie en collaboration avec les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (C.S.A.P.A.). Ces professionnels, comme d'autres spécialisés en gestion de la douleur, permettent de soulager le médecin généraliste qui endosse alors pleinement son rôle de coordonnateur des soins. Une prise en charge dédiée et systématique d'un problème de santé particulier du patient permet d'augmenter la qualité de la prise en charge, de rapprocher les professionnels de soins des patients et de resserrer les liens entre soins de premier recours et second recours. C'est dans cette dynamique que l'Agence Régionale de Santé (A.R.S.) du Grand-Est se propose de mettre en place, en qualité d'expérimentation, des consultations avancées de psychologie et de psychiatrie auprès d'un psychologue ou d'un infirmier spécialisé en psychiatrie au sein des M.S.P., un jour défini par semaine et par site, dans le Sud-Meusien. Le médecin généraliste devient donc quelque part prescripteur de soins psychologiques dédiés, une pratique

habituellement majoritairement exercée par les psychiatres. Mais quelles sont ses représentations de ces soins ? Quels besoins et quelles difficultés ressent-il à leur mise en place ? Pour quelles pathologies ? Et comment les organiser afin d'optimiser l'échange interprofessionnel qui en découle et ainsi d'améliorer la prise en charge conjointe du patient ? La réponse à ces questions devrait permettre de cerner les besoins des médecins généralistes afin de mieux y répondre, d'anticiper et d'optimiser l'organisation de ces prises en charge dans le but de mettre en place une offre de soins primaires de qualité, et surtout de préparer au mieux la collaboration future entre le professionnel de soins en santé mentale et le médecin généraliste pour améliorer la continuité des soins.

ARTICLE

CONSULTATIONS AVANCEES DE PSYCHOLOGIE : REPRESENTATIONS ET ATTENTES DES MEDECINS GENERALISTES MEUSIENS

Nombre de signes : 24 399

Type de publication : Recherche originale.

Auteurs : Christelle KAISER¹, Olivier BOUCHY¹, Paolo DI PATRIZIO¹

1 : Département de Médecine Générale de Nancy, U.F.R. Médecine de Nancy, Université de
Lorraine

Mots-clés : psychologie, psychiatrie, médecine générale, soins primaires (Cismef Rouen)

Key-Words : psychology, psychiatry, general practice, primary care

RESUME

La santé mentale est un problème de santé publique mais les médecins généralistes, premier recours, sont confrontés à des difficultés de prise en charge et de recours. L'A.R.S. du Grand Est propose donc une expérimentation sur la mise en place de consultations avancées de psychiatrie au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (M.S.P.). Aussi, il convient au préalable d'évaluer les attentes des généralistes sur ces consultations avancées. Notre enquête qualitative par entretiens semi-dirigés a porté sur 14 médecins généralistes du sud-meusien. La majorité des médecins reconnaît l'importance de la santé mentale, mais aussi la difficulté de sa prise en charge : délais, frein financier des consultations auprès de psychologues, absence de retours. Les patients anxieux, dépressifs, connaissant des difficultés professionnelles, les malades chroniques, les aidants seraient éligibles. Des bénéfices en termes de qualité de vie sont à attendre, et les freins sont disparates. L'organisation doit mettre l'accent sur l'échange soins primaires-soins spécialisés.

ABSTRACT

Mental health is a public health issue but general practitioners have to deal with many problems to take care of their patients, or to get psychiatrists' help. So, the Regional Health Agency of Grand-Est, France, suggest to try out specialized psychiatrics consultations which will take place in the Pluriprofessionnal Heath centers in primary care. We interviewed individually 14 general practitioners in South of Meuse. Most of them recognized the importance of mental health, but also the problems to take care of patients : long time to get an appointment, cost of psychologist consultations, lake of answers from the specialists. Anxiety, depression, difficulties in their job, chronic diseases, caregivers could get this type of psychologic cares. We can suppose best quality of life and the disadvantages are sparsely. Organisation have to improve the relationship between general physicians and psychiatrics.

INTRODUCTION

Les troubles mentaux représentent un problème de santé publique majeur, avec une prévalence européenne de 38,2%, troubles psychiatriques au premier rang (troubles anxieux, insomnie, dépression, addictions) (1). 24% en soins primaires à Paris (2), 27,7% des lorrains adultes vivant à domicile ont un besoin en santé mentale, 20,2% ressentent une souffrance psychologique (3).

Parmi les retentissements de ces troubles, on notera l'importance de la morbi-mortalité (289,7 Années de Vie Corrigées de l'Incapacité (A.V.C.I.) sur 10 000 pour les troubles psychiatriques en Europe (1)), le taux de mortalité par suicide est le 2e plus fréquent chez les 15-24ans (4), où la Meuse connaît une surmortalité de 33% par rapport à la moyenne nationale (5). Il existe une relation bidirectionnelle entre emploi et maladies mentales, avec un plus fort risque de sortie d'activité en cas de trouble mental (6) mais aussi 20% d'arrêts maladie pour causes psychologiques liées au travail (7). Le poids des maladies mentales pèse également sur les familles des patients, devenant elles-mêmes à plus fort risque de souffrance psychologique (8). Le retentissement financier n'est pas négligeable (109,2 milliards d'euros par an en France (9)) : perte de productivité, surconsommation médicamenteuse et coût des actes ambulatoires et hospitaliers (10).

Le médecin généraliste est au coeur de cette problématique puisqu'il est chargé d'assurer la coordination de la prise en charge globale de son patient depuis 2016 (11). On estime en outre qu'un consultant sur 5 souffre d'un problème de santé mentale (12). Ceci pose plusieurs problèmes : le médecin généraliste est insuffisamment formé à la prise en charge de ce type de problème, ces consultations sont chronophages et réclament de la disponibilité (13). Par ailleurs, le recours aux psychiatres n'est pas toujours aisé puisque leur nombre est particulièrement insuffisant en Meuse (8 pour 100 000 habitants, 22 en moyenne en France

(14)), de même que celui des psychologues (dont les consultations ne sont pas remboursées en libéral). Par ailleurs, les Centres Médico-Psychologiques (C.M.P.) augmentent sans cesse leur activité (15), et les délais de consultations augmentent.

Pour faire face à ces difficultés, et alors que l'heure est au regroupement des professionnels en Maison de Santé Pluriprofessionnelles (M.S.P.) (16), l'Agence Régionale de Santé (A.R.S.) (17) et les instances nationales (17,18,19,20) mettent l'accent sur la nécessité d'améliorer l'offre de soins de premier recours. L'A.R.S. propose donc une expérimentation dans le Sud-Meusien avec mise à disposition des populations de consultations avancées de psychologie, dispensées par des infirmières à compétence psychiatrique ou des psychologues intervenant au sein des M.S.P. et remboursées. Le médecin généraliste restera le coordonnateur de la prise en charge. La mise en place d'un tel dispositif nécessite donc d'évaluer les attentes, mais aussi les difficultés des médecins généralistes en termes de prise en charge afin de mieux cerner les champs d'action à prioriser et d'optimiser la collaboration entre médecins généralistes et professionnels de santé mentale de proximité dans ce nouveau parcours de soins.

METHODES

Nous avons réalisé une évaluation qualitative par entretiens individuels. Cette méthode a été choisie pour sa capacité à étudier des pratiques et à entrevoir le point de vue de l'acteur ainsi que son expérience (21).

Quatorze entretiens ont été menés entre mai et juillet 2017, dans le Sud-Meusien (Figure 1). Les participants à l'étude étaient des médecins généralistes libéraux exerçant pour la plupart en M.S.P.. Nous avons effectué un échantillonnage raisonné de la population enquêtée. Le recrutement s'est fait par démarchage téléphonique, par échantillonnage de commodité en recherche de variation maximale. Sur les 19 médecins contactés, 15 étaient d'accord pour participer à l'enquête, 14 ont effectivement répondu au guide d'entretien (un refus sur place après prise de rendez-vous).

Le guide d'entretien a été élaboré par l'auteur et revu par le co-auteur (Annexe I). Il comprenait cinq questions ouvertes et trois à quatre questions de relance avec exemples afin d'enrichir le débat. Les cinq thèmes portaient sur la représentation des soins psychologiques et de la santé mentale afin de recueillir la perception actuelle des médecins généralistes, puis on tentait d'évaluer la place de ces consultations au sein de l'offre de soins existante, les pathologies éligibles, les atouts et freins entrevus à ce dispositif, et enfin les souhaits des médecins sur l'organisation de cette collaboration.

Nous avons obtenu une saturation des données à compter du 13e entretien.

Les entretiens ont été enregistrés après accord oral des participants, puis retranscrits par l'auteur en assurant l'anonymat des médecins interrogés. Une analyse thématique a ensuite permis de réorganiser les thèmes en unités de sens et de les catégoriser afin de répondre à la question guidant la recherche. L'analyse a été effectuée par le thésard et son directeur de thèse.

RESULTATS

Population (Tableau I)

Le tableau I décrit les caractéristiques de la population de l'étude. 2/3 étaient des hommes et les âges variaient de 29 à 60 ans, en moyenne 39,9 ans. Leur lieu d'exercice, une M.S.P. pour tous sauf un, se situait en moyenne à 21,1km du C.M.P. de secteur (14,4 à 29,9km).

Représentations de la santé mentale et des soins psychologiques

Tous les médecins interrogés s'accordent sur l'importance et la fréquence des troubles psychologiques et psychiatriques en médecine générale. Ces difficultés semblent importantes à prendre en compte : « La santé mentale fait partie des éléments de prise en compte dès les premiers instants pour connaître le patient. » (C2). On retrouve également la notion du retentissement des troubles mentaux : « Des conséquences pour le patient et des conséquences pour la société d'un point de vue financier important que ce soit en termes d'arrêts de travail ou de soins. » (N10-13).

Pourtant, la prise en charge de ces troubles n'est pas aisée. Bien que le médecin se perçoive, à raison, comme le premier intervenant, il déplore un manque de temps et de compétence : tandis que les plus âgés se disent « plus formés sur le tas » (I122), les plus jeunes admettent qu'ils n'ont « pas l'expérience » (N152). Le recours quant à lui, est encore plus difficile : les délais de prise en charge dans les C.M.P. et auprès des psychiatres libéraux sont longs. Et quand une prise en charge spécialisée a pu être initiée, l'échange interprofessionnel manque cruellement : « Je n'ai pas toujours les réponses, et même quand j'obtiens des réponses, c'est très difficile en psychiatrie d'obtenir des retours, par exemple des courriers. » (E33-34) voire est inexistant « On n'a jamais de retour, jamais. » (N44). Le

manque de connaissance des professionnels, entre autres les psychologues libéraux, auxquels ont affaire les généralistes se retrouve dès l'adressage, avec pour conséquence un manque de crédibilité ressenti comme néfaste par le généraliste : « Tu ne te sens pas je trouve en très grande force pour pouvoir orienter les patients parce que toi tu ne connais pas les individus. » (N48-49) et l'absence de proposition faite au patient pour un recours libéral : « Je n'envoie pas mes patients les voir parce que je ne connais pas leurs tarifs, je ne connais pas leur prise en charge. » (L90-91).

Quand bien même certains patients auraient besoin, selon leur médecin traitant, de soins psychologiques, ils ne sont pas demandeurs et à la proposition d'une prise en charge, presque la moitié d'entre eux est confrontée à une mauvaise acceptabilité et pour un tiers, cela dépend des patients. « Ils acceptent quand ça vient de nous et ils ont une grosse réticence à aller voir d'autres professionnels de santé. » (K27-28)

En outre, plus de la moitié des médecins interrogés pensent que le frein financier est conséquent (« Le problème du psychologue libéral c'est le problème du remboursement. » (L53)), de même pour la distance qui les sépare du lieu de la consultation spécialisée (« Le fait d'avoir à se déplacer ça pose souvent problème. » (H53)).

La place des consultations avancées de psychologie et de psychiatrie

Tous les médecins interrogés sans exception perçoivent d'un oeil favorable cette proposition (« ça ne peut être que bénéfique » (N191)). Celle-ci a semblé moins utile à trois médecins qui bénéficient de vacations de psychologie libérale au sein de la M.S.P. où ils exercent.

Les possibilités de prise en charge se rapprochent selon beaucoup de médecins interrogés de celles réalisées en C.M.P., également remboursées (« ça serait une consultation type C.M.P. rapprochée »(J98)). Ainsi on peut supposer que par un premier tri effectué par le

médecin généraliste et l'infirmière (« On discute et on décide tous les deux s'il faut l'envoyer» (G61)), ce nouveau champ permettrait d'économiser des prises en charge psychiatriques actuellement utilisées car elles sont les seuls moyens d'accès à une psychothérapie remboursable. Et alors que certains les préféreraient au recours C.M.P. par leur proximité, d'autres laisseraient le choix au patient, dans la mesure où le C.M.P. a l'avantage de proposer une offre pluriprofessionnelle (« Je pense que je leur donnerais le choix (...) pour ceux pour qui je n'ai pas vraiment besoin de l'avis du psychiatre je leur dirais "on a deux possibilités : il y a le C.M.P., il y a la structure, il y a une équipe, c'est plus loin, il y a la consultation [avancée], ça va être plus proche, il y a une infirmière" » (D85-87)) bien que celui-ci souffre d'une étiquette de prise en charge psychiatrique dédiée qui rebuterait certains patients, à laquelle s'oppose l'anonymat et la position de la maison de santé, mieux connue et donc mieux acceptée (« Le fait que ça se passe dans la structure c'est rassurant pour eux, ils viennent à l'endroit où ils vont d'habitude » (A83)).

La proximité et le travail collaboratif plébiscité

La moitié des participants attendent une meilleure acceptabilité de la part des patients, en effet la connaissance de la structure et de ses professionnels, la proximité et une crédibilité améliorée car : « Connaître la personne, ça permet de mieux défendre ce qu'on présente au patient.» (K141). La compétence est ensuite, largement citée, « quelqu'un qui est largement formé et qui peut prendre le temps d'une consultation pour ça » (J197-198), de même que le temps de consultation dédié pour « approfondir [la] problématique [du patient] » (C116), avec un gain de temps médical. La compétence d'un regard extérieur permet également « une objectivité que je n'ai pas » (C166) reconnaît un médecin qui avoue être « juge et parti » (C167). Enfin, un avantage largement relevé fait écho au problème de l'échange interprofessionnel actuel : « ça nous permet d'échanger éventuellement avec la psychologue,

ce qui est un confort à mon avis et pour nous, et pour la psychologue et pour les patients. » (A98-99). Ceci permettrait d'aller vers une amélioration de la continuité des soins par : « une meilleure collaboration (...) avec les C.M.P. ou C.H.S.» (C84) (Centre Hospitalier Spécialisé), « un référencement plus facile à un psychiatre (...), plus rapide» (L205-207). Les bénéfiques à plus long terme seraient donc « une meilleure prise en charge» (G121), « une meilleure qualité de vie pour eux » (N163), la diminution du recours médicamenteux également : « ça renforcerait notre discours qui est justement de ne pas surmédicaliser des choses qui n'ont pas forcément lieu d'être » (E119). De même, pour certains patients réfractaires, la possibilité d'un nouvel abord de prise en charge : « il y a des cas qui n'ont aucune envie de psychiatrisation mais qui par ce biais-là auront accès, ou par le biais d'une discussion avec l'infirmière, avec le médecin et l'infirmière, on arrivera peut-être à trouver des moyens d'approcher différemment et d'expliquer pour que le patient rentre en soins» (C193-194).

Des peurs pour les patients

Une des craintes était le passage de relai du médecin traitant de famille, connu, en qui on a confiance, vers un interlocuteur étranger (« Le fait qu'il ne connaisse pas la personne à qui il va parler » (C186)), non médical, et représentant le milieu psychiatrique. En effet, le fait de « changer de professionnel, ça reste un frein » (A125). Un changement de professionnel pouvant se multiplier du fait d'un fonctionnement public du dispositif selon un médecin interrogé : « Le professionnel rompt son contrat, il s'en va, et c'est un autre professionnel qui arrive et du coup les gens subissent les changements de professionnels, pour des suivis psychologiques ça peut être des causes de rupture. » (A144). Pour la prescription médicamenteuse, le C.M.P. retrouve sa place : « J'orienterai plus facilement au CMP quand j'aurai vraiment besoin d'un avis psychiatrique, d'un avis médical. » (D73). Une multiplicité des professionnels avec un risque de divergences d'opinion pourrait également perturber le

patient (« Multiplier des professionnels qui ne disent pas tous la même chose, je trouve que dans les prises en charge ça ne va pas. » (E121)). Ceci pose également à nouveau la question du bénéfice d'une prise en charge morcelée : « Je pense que les patients ont aussi besoin qu'on ne les « saucissonne » pas, ils ont besoin d'avoir confiance et d'avoir des interlocuteurs qui (...) les connaissent finalement, pas qui s'attachent juste à une partie d'eux-mêmes » (E154-157). Mais le besoin de compétence démontré antérieurement reste, en réponse à ce risque, un bénéfice pesant lourd dans la balance.

A l'inverse, l'absence de prise en charge pluriprofessionnelle et d'approches psychothérapeutiques diversifiées (relaxation, hypnose, thérapie cognitivo-comportementales, ...) existant au sein des C.M.P. (« Le seul bémol ça pourrait être justement qu'il n'y a pas le travail d'équipe » (D171)) peut elle aussi être un handicap.

« Le passage du milieu on va dire commun avec la médecine générale, au milieu psychologique qui leur fait un peu peur » (A140-141) : la représentation des soins mentaux peut malgré l'amélioration de l'acceptabilité, rester un frein pour certains patients, s'agissant de mauvaises expériences passées, de bénéfices secondaires freinant la demande de soins ou le « peu de convictions, d'envie, de désir d'avoir une consultation plus longue sur un problème qui pour lui justifiait plus un médicament qu'une écoute » (C182-184). Une bonne information du patient et une promotion du dispositif permettra peut-être de pallier à ce problème.

En écho au manque d'échange actuel, certains redoutent de voir se répéter les modèles connus, que la « consultation s'autonomise » (J92) avec une nouvelle absence d'échange, délétère pour la continuité des soins des patients.

La distance restera peut-être également un frein pour les patients qui ne peuvent pas du tout quitter leur domicile (sujets âgés, situation de handicap, ...).

Des freins organisationnels

Les freins cités sont : le manque de place (« il faut qu'il y ait de la place, nous ici c'est le problème » (M58)) ou d'un bureau adapté (la consultation psychologique nécessitant un cadre plus « intimiste » (L61)), ou encore l'augmentation du coût immédiat : « ça augmente le coût de la santé parce que dès qu'on a une offre de soins forcément après on multiplie les consultations (...) après si on voit à plus long terme c'est vrai que si les patients sont pris en charge plus rapidement pour des petits problèmes ça permettra peut être de les régler plus facilement et d'éviter des soins ou des hospitalisations.» (M69-72)

Des indications reflétant l'activité de la médecine générale

« Toutes les situations qui justifient un accompagnement psychologique, et qui sortent de la consultation [du médecin généraliste] »(A56). Il s'agira donc de « problèmes de vie » (E103), de « gens qui vivent un mal-être »(I92), « les manques d'estime de soi » (C14), des situations de conflit : « conflit intérieur, avec l'environnement, de la personnalité » (C10-13 et 90), les deuils (largement cités), « tous les problèmes de relations interpersonnelles»(106), « des évènements de vie un peu traumatisants » (E104), ...

En termes de pathologie psychiatrique définie, outre les deuils pathologiques, les troubles anxieux et dépressifs sont largement nommés. La souffrance au travail est également fréquemment relevée, l'un des participants rappelle son niveau de compétence « proche de zéro » (N112) et un autre déplore le manque d'accompagnement psychologique sur le lieu de travail (les psychologues exerçant dans les entreprises sont rares, notamment en zone rurale pour des petites entreprises), précisant la difficulté de réinsertion en cas de situation conflictuelle, notamment après des arrêts maladie de longue durée.

Le soutien aux aidants, « que ce soit pour une personne avec une démence ou que ce soit de l'accompagnement de fin de vie » (J20), pour « les familles de patients psychiatriques,

de patients addicts qui sont des fois en difficulté et qu'on n'arrive pas forcément à adresser » (D134) est plébiscité car les médecins se trouvent confrontés à des états d'épuisement ou de détresse psychologique des proches du malade, difficiles à adresser à un spécialiste.

En outre, les indications somatiques sont également larges : que ce soit en complément à la prise en charge des douleurs chroniques ou en addictologie (où les patients bénéficient déjà de la compétence d'une infirmière au sein des M.S.P., source de satisfaction pour les médecins interrogés qui y ont déjà recours et font beaucoup d'analogie avec la proposition dont il est question), des pathologies rebelles aux traitements médicamenteux ou réfractaires aux consignes d'hygiène de vie pour lesquelles on suspecte une participation psychologique, le retentissement de maladies inflammatoires, « dans [un] contexte de cancer avec un mauvais vécu » (C128) quand le patient est suivi de façon ambulatoire et accède de ce fait moins bien à la prise en charge psychologique hospitalière des unités de soins palliatifs, c'est-à-dire finalement « toute maladie chronique mal vécue » (C130).

Enfin, la question d'une prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques lourds divise. Les partisans arguent un suivi plus régulier chez ces patients souvent victimes d'un « sous-prise en charge » (G96), un nouvel abord de soins pour les patients les refusant ou ne pouvant y accéder par précarité, une meilleure collaboration encore une fois avec les services spécialisés (« ça peut permettre d'être éventuellement en association » (D119)), une décision conjointe d'adresser au psychiatre dans les situations non urgentes (« tu peux te servir aussi de l'infirmier ou du psychologue ici pour débrouiller la situation. Toi tu peux te faire une première idée, après l'infirmier psychologue se fait aussi une idée, et ensemble tu décides si on l'envoie voir un psychologue ou un psychiatre ou une hospitalisation ou si on le suit nous en ambulatoire. » (G48-52)) permettant d'économiser du temps médical spécialisé. Les opposants pensent cependant qu'il serait dangereux d'effectuer

un débrouillage sur place et d'y adresser les patients ayant une pathologie psychiatrique sévère : ce n'est pas la place de ces consultations.

Organisation du dispositif

Informers les médecins et les patients

De nombreux médecins attendent, encore une fois, un échange interactif. Ainsi, ils attendent du professionnel qu'il leur présente son champ de compétences « pour éventuellement ouvrir à des patients auxquels on n'aurait pas pensé » (K139). Un des participants suggère une information des patients concernant le dispositif, leur permettant de prendre rendez-vous de leur propre chef, car dans les "petits villages", certains d'entre eux pourraient avoir des « réticences » (J25) à consulter le médecin généraliste pour ce type de problème (« Le fait que ce soit quelqu'un de neutre qui intervienne, des fois là-dessus ça peut permettre d'aller un peu plus loin. » (J210)).

Améliorer le repérage des besoins et les échanges entre professionnels

Outre « la demande du patient » (L128) ou le ressenti d'un besoin par le médecin, l'un d'eux propose la mise en place de scores de repérage pour certaines pathologies ou pour un mal-être, permettant de « savoir comment définir qu'ils en aient besoin » (L144) et d'automatiser la proposition d'une prise en charge complémentaire. Quant au support des échanges, plusieurs possibilités s'offrent aux professionnels : courrier, appel téléphonique, communication orale avec participation aux Réunions de Concertation Pluriprofessionnelles (R.C.P.), fiche de liaison ou accès partagé au dossier médical du patient. Un médecin évoque également la possibilité d'une consultation conjointe « où on présente la psychologue, et où on discute avec le patient en présence du médecin généraliste et de la psychologue, de

manière à faciliter le passage de relai » (A135-137). Des médecins rappellent qu'il n'y a pas de nécessité de connaître les détails du discours du patient, mais simplement de connaître le statut du suivi. Pour les médecins, le retour permet, outre la « transversalité » (C231), une auto-évaluation et une amélioration des pratiques des médecins généralistes (« qu'on puisse échanger et avoir des retours pour (...) nous avoir des bonnes pratiques » (K160)).

Enfin, de nombreux médecins souhaitent être informés du glissement vers une consultation de psychiatrie, d'une proposition de changement de traitement par celui-ci ou autre, afin de favoriser la continuité des soins, « pour pas que le patient me rappelle affolé en me disant "on m'hospitalise je voudrais savoir pourquoi" et que moi je ne le sache pas » (A205).

DISCUSSION

Les limites de notre travail

Les entretiens ont été animés par l'un des auteurs, jeune étudiante favorable au dispositif, ce qui a pu influencer les réponses et créer un biais d'investigation. L'utilisation d'un questionnaire pré-établi et l'analyse par deux personnes permettant un regard croisé ont pu limiter ce risque. Des médecins n'ont pas répondu au démarchage téléphonique, posant la question de leur intérêt pour cette proposition, ces médecins auraient pu être moins favorables à la mise en place du dispositif. Certains médecins avaient également été informés au préalable de la proposition de l'A.R.S. concernant ces soins psychologiques, ils ont pu bénéficier de davantage de temps pour mûrir leur réflexion. En outre, certains points ont été discutés après la fin de l'enregistrement.

En médecine générale : des attentes et des besoins en santé mentale

diversifiés

Outre la perception de l'importance de la santé mentale dans la santé globale de par sa fréquence et ses retentissements, on retrouve dans cette étude la difficulté, pour des médecins trop peu nombreux, d'allouer plus de temps d'écoute à des patients qui en ont souvent besoin (12). De plus, les problèmes d'acceptabilité en soins spécialisés, de remboursement, de délais de rendez-vous se retrouvent dans une autre étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (D.R.E.E.S.) menée sur la prise en charge de la dépression par des médecins généralistes, où la perception de la difficulté de recours était inversement proportionnelle à la démographie des psychiatres (22). Cette étude montrait cependant que les médecins généralistes se sentaient compétents pour prendre en charge la dépression, ce qui contraste quelque peu avec nos résultats. Nous pouvons l'expliquer par la couverture du nombre de pathologies différentes que nous avons explorées, dont certains

types de souffrances psychologiques difficiles à catégoriser en termes de diagnostic précis comme des troubles relationnels, du comportement, des plaintes somatiques mal étiquetées, etc... mais pour lesquels le besoin en termes de soutien psychologique existe (12). Le besoin d'accompagnement psychologique des personnes âgées a également été relevé par un participant, cependant des consultations à domicile de psychogériatrie existent déjà. Ce dispositif semble donc être mal connu, ce qui reflète un défaut d'information aux médecins généralistes quant aux possibilités de prise en charge. Un autre médecin a déploré l'inexistence d'accompagnement psychologique sur le lieu de travail comme nous l'avons fait remarquer plus haut. Celui-ci existe pour des entreprises de grande taille, mais effectivement assez peu dans le cas contraire. Il s'agit donc d'une éventuelle piste d'amélioration, pour laquelle une collaboration avec le médecin du travail peut être envisagée, afin de mieux intégrer la dimension professionnelle à la prise en charge globale du patient.

Les consultations avancées de psychiatrie : une réponse adaptée au virage ambulatoire

Notre travail a mis l'accent sur l'insuffisance de coopération entre médecine générale et psychiatrie, retrouvée dans une autre étude effectuée dans les Yvelines du Sud (23), et il s'agit également d'un problème que les autorités de santé ont bien compris. En effet, plusieurs recommandations visent à améliorer la coopération entre ces deux mondes encore trop séparés. Le Plan Psychiatrie et Santé Mentale (18) revient également sur le problème d'absence de demande de la part des patients (également relevé lors de nos entretiens), sur les intrications entre santé mentale et santé globale, sur la nécessité d'organiser une offre garantissant la continuité des soins, au plus proche du patient et soutient également les expérimentations territoriales destinées à compléter l'offre de ville. La proposition de l'A.R.S. Grand Est s'inscrit dans ce cadre, comme le montre notre étude, puisque les résultats

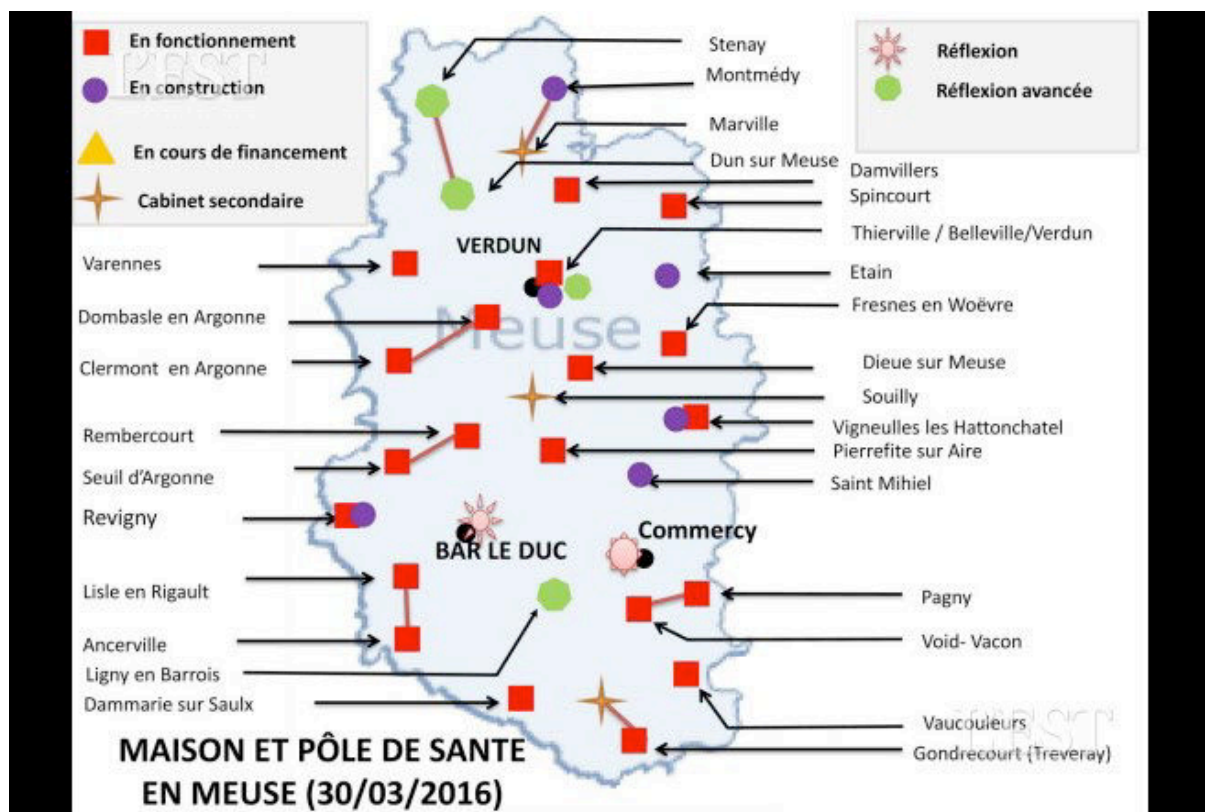
rappellent le retentissement des maladies mentales, le bénéfice d'une prise en charge de proximité et la nécessité d'améliorer les échanges avec les professionnels spécialisés en santé mentale, mais soulèvent également le manque de compétence des généralistes en santé mentale et évoquent la possibilité de protocoliser les demandes de prises en charge psychologiques. Ces deux dernières notions se retrouvent dans les missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie du Ministère de la Santé (19). Le guide des politiques et services en santé mentale souligne la nécessité d'intégrer les services de santé mentale aux systèmes de santé généraux. Il reprend les recommandations du rapport sur la santé mentale de l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.), à savoir le traitement des troubles mentaux au niveau des soins primaires, au sein de la communauté, d'éduquer le grand public et de surveiller la santé mentale des communautés, autant de rôles pour lesquels le médecin généraliste tient une place de choix. Il rappelle également la place de premier recours de celui-ci ainsi que la nécessité de formation du généraliste et celle d'améliorer la collaboration entre soins primaires et soins spécialisés. La mise en place de consultations avancées de santé mentale au sein des M.S.P. permettrait de répondre aux attentes exprimées par les médecins dans notre étude ainsi qu'aux besoins de la population de ce territoire. L'amélioration de la prise en charge précoce des souffrances psychologiques, de la collaboration avec les soins psychiatriques spécialisés et l'intégration de la santé mentale aux soins primaires sont des possibilités permises par les consultations avancées de psychiatrie.

Cette intégration de la santé mentale aux soins primaires fait également écho à la politique de désinstitutionnalisation de la psychiatrie, comme c'est le cas dans plusieurs autres pays européens, ces mêmes pays dont les politiques visent à renforcer le rôle des soins primaires (24). Il s'agit en effet également d'un moyen de lutte contre les inégalités d'accès aux soins (25), une autre problématique importante de santé publique.

CONCLUSION

Les résultats de cette étude confirment l'importance de la prise en charge de la souffrance psychologique, et renforcent les avis selon lesquels une meilleure collaboration entre généralistes et spécialistes est nécessaire. La mise en place de consultations avancées de psychiatrie au sein des M.S.P. est un moyen d'améliorer l'offre de soins primaires et l'accessibilité aux soins de façon plus égalitaire. Des bénéfices secondaires pourraient être une meilleure utilisation des services spécialisés et la diminution des coûts imputables aux problèmes de santé mentale. D'autres pistes sont également à explorer, comme par exemple les soins de pédopsychiatrie, les consultations à domicile, la création de consultations de télémédecine avec le psychiatre référent du secteur. Une évaluation de ces pratiques sera bien sûr à mettre en oeuvre, mais on peut espérer que la diversification de l'offre de soins au sein des M.S.P. permettra un meilleur accès à la santé mentale pour tous.

Figure 1 : Carte de la Meuse représentant les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles au sein desquelles des médecins généralistes ont été interrogés.



Source :

<http://www.estrepublicain.fr/edition-de-bar-le-duc/2016/05/29/les-maisons-de-sante-avenir-medical-de-la-meuse>

Liste des M.S.P. pour lesquelles un médecin a participé à l'étude :

- *Ancerville*
- *Gondrecourt-le-Chateau/Trèveray*
- *Lisle-en-Rigault*
- *Pierrefitte-sur-Aire*
- *Revigny-sur Ornain*
- *Seuil d'Argonne*
- *Vigneulles-les-Hattonchâtel*

Tableau I : Caractéristiques de la population interrogée

Rang	Age (années)	Sexe	C.M.P.	Distance C.M.P. (km)	Type exercice
A	45	H	Saint Mihiel	17,2	MDS
B	57	H	Bar-le-Duc	17,4	MDS
C	53	H	Bar-le-Duc	14,4	MDS
D	34	F	Ligny-en-Barrois	25,8	MDS
E	40	H	Saint Mihiel	17,2	MDS
F	55	H	Ligny-en-Barrois	25,8	ISOLE
G	42	H	Saint Mihiel	17,4	MDS
H	48	F	Bar-le-Duc	21,5	MDS
I	60	H	Bar-le-Duc	19,3	MDS
J	40	H	Bar-le-Duc	29,9	MDS
K	35	F	Ligny-en-Barrois	29,2	MDS
L	29	H	Bar-le-Duc	17,4	MDS
M	34	F	Saint Mihiel	17,2	MDS
N	32	H	Ligny-en-Barrois	25,8	MDS

Légende :

F : femme

H : homme

MDS : Maison de Santé

Tableau II : Résumé des principaux résultats de l'étude

Thème	Sous-thème	Définition
Représentations de la santé mentale	Place de la santé mentale	<i>Importance</i>
		<i>Fréquence</i>
		<i>Retentissement</i>
	Problèmes pour le médecin généraliste	<i>Manque de temps</i>
		<i>Manque de compétence</i>
		<i>Délais de recours</i>
		<i>Absence de retours</i>
		<i>Professionnels non connus</i>
	Problèmes liés au patient	<i>Absence de demande</i>
		<i>Mauvaise acceptabilité</i>
		<i>Frein financier</i>
		<i>Distance</i>
Place des consultations avancées de psychologie et de psychiatrie	Avis favorable	
	Par rapport au C.M.P.	<i>Selon le choix du patient</i>
		<i>Selon la nécessité d'un avis psychiatrique</i>
		<i>Préférence aux consultations avancées</i>
Avantages	Proximité	
	Professionnel connu intégré à l'équipe de la M.S.P.	
	Compétence	
	Consultation dédiée	
	Objectivité	
	Echange interprofessionnel	
	Amélioration de la collaboration avec le spécialiste	
	Amélioration de la prise en charge globale	
	Amélioration de la qualité de vie	
	Nouvel abord de prise en charge en cas de refus de soins	
	Economies à long terme	

Thème	Sous-thème	Définition
Avantages	Limitation du retentissement médicamenteux	
	Limitation des complications à long terme (hospitalisations, soins lourds)	
	Amélioration des pratiques professionnelles	
Inconvénients	Intervenant non connu du patient	
	Changement de professionnel (structure publique)	
	Absence d'avis thérapeutique médicamenteux	
	Risque de divergence dans les conseils donnés au patient	
	Prise en charge morcelée entre professionnels différents	
	Professionnel isolé, absence de pluriprofessionnalité	
	Absence de réalisation de psychothérapies structurées	
	Représentation négative de la psychiatrie	
	Autonomisation de la consultation	
	Préférence médicamenteuse du patient	
	Distance au domicile	
	Place non disponible au sein de la M.S.P.	
	Coût immédiat	
Indications	Souffrance psychologique	<i>Accompagnement, mal-être</i>
		<i>Manque d'estime de soi</i>
		<i>Relations interpersonnelles</i>
		<i>Souffrance au travail</i>
		<i>Psychotraumatismes</i>
	Psychiatriques	<i>Deuil pathologique</i>
		<i>Anxiété</i>
		<i>Syndrome dépressif</i>
		<i>+ - Pathologie lourde</i>

Thème	Sous-thème	Définition
Indications	Somatiques	<i>Cancérologie</i>
		<i>Maladies inflammatoires</i>
		<i>Douleur</i>
		<i>Addictologie</i>
		<i>Pathologies rebelles aux traitements et R.H.D.</i>
Organisation	Informier	<i>Les médecins</i>
		<i>Les patients</i>
	Adressage	<i>A la demande du patient</i>
		<i>Selon ressenti du médecin</i>
		<i>Protocole/ scores</i>
	Support	<i>R.C.P.</i>
		<i>Dossier médical</i>
		<i>Communication orale</i>
		<i>Courrier</i>
		<i>Téléphonique</i>
	Contenu	<i>Non nécessairement connu</i>
		<i>Etat du suivi</i>
		<i>Décision conjointe pour avis complémentaire</i>

BIBLIOGRAPHIE

1. Wittchen *et al.* The size and burden of mental disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol.* 2011;21,655-679.
2. Ustun TB, Sartorius N. *Mental illness in general health care.* Geneva: Wiley;1995.
3. Briançon S, Pereira O, Schléret Y. *Enquête santé mentale Lorraine. Déterminants du besoin de soins, des troubles psychologiques, du recours au soin et de qualité de vie. Exploitation régionale de l'enquête nationale «indicateurs en santé mentale».* Nancy; 2008. Commandité par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.
4. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. *Suicide : états des lieux des connaissances et perspectives de recherche.* Paris. 1er rapport/novembre 2014.
5. Diligent MB. *Le suicide en Lorraine. Du diagnostic à une démarche de prévention.* In : *Mémoires de l'Académie Nationale de Metz 2003-2010.* Metz; 2003.
6. Barnay T, Defebvre E. *L'influence de la santé sur le maintien en emploi.* *Economie et statistiques.* 2016;(486-487):45-78.
7. Réhalto. *Enquête sur les arrêts de travail «comprendre pour agir» [communiqué de presse].* 16 juin 2016.
8. Organisation Mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2001 - La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs.* Genève; 2001.
9. Piolot L. *110 milliards d'euros, le coût annule des maladies mentales en France.* *Le Figaro Magazine* 2014 dec 19.
10. Agence Technique de l'Information sur l'hospitalisation. *Chiffres clés 2015 Psychiatrie.* Octobre 2016.
11. Code de la Santé publique. Article L4130-1 modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016-article 68.
12. Union Régionale des Médecins Libéraux Ile-de-France. *Implication de la médecine libérale dans la prise en charge des soins psychologiques en Ile-de-France. Résultats de l'enquête du 13 octobre 1998.* Février 2000.
13. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. *Etudes et résultats. La durée des séances des médecins généralistes.* Avril 2006;486:1-8.
14. Coldefy M, Le Neindre C. *Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systématique.* In: *Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Les rapports de l'IRDES, [rapport].* Décembre 2014;558.
15. Mission Nationale d'Expertise et d'Audit Hospitalier. *L'organisation des centres médico-psychologiques. Bonnes pratiques organisationnelles et retour d'expérience.* Paris; mai 2008.
16. Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Meuse. (page consultée le 22/08/2017). *La Meuse : vers un exercice en maison de santé pluriprofessionnelle [en ligne].* <http://www.conseil55.ordre.medecin.fr/content/exercer-en-meuse>
17. Agence Régionale de Santé de Lorraine (page consultée le 24/08/2017). *Parcours de santé. Psychiatrie et Santé mentale [en ligne],* <http://arslorraine.prod.flexit.fr/index.php?id=101>
18. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé (page consultée le 22/08/2017). *Plan psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 [en ligne],*

<http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2011-2015>

19. Couty E. Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie [rapport]. Paris, janvier 2009. Commandité par le Ministère de la Santé et des Sports.
20. Organisation Mondiale de la Santé. Guide des politiques et des services de santé mentale. La situation en santé mentale. Genève; 2004.
21. Kivits J, Balard F, Fournier C, Winance M. Les recherches qualitatives en santé. Paris:Armand Colin; septembre 2016.
22. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Etudes et résultats. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. In: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Etudes et Résultats. Spetembre 2012;810.
23. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Soins de santé primaires : les pratiques professionnelles en France. Elements de bibliographie. Décembre 2016.
24. Coldefy M. L'évaluation des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences. In : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Questions d'économie de la santé. Octobre 2012;(180);1-8.
25. Bougueil Y, Jusot F. Expériences nationales et internationales. In : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Les inégalités sociales de santé. Actualité et dossiers en santé publiques. Décembre 2010;(73)38-46

ANNEXE

Annexe : I : Guide d'entretien de l'étude

1) Représentations de la santé mentale, des soins psychologiques et psychiatriques

- Importance de la santé mentale dans la prise en charge du patient
- Utilité des soins psychologiques dans la prise en charge des patients
- Demande de la part des patients de soins psychologiques ou acceptabilité lorsque la proposition vient du médecin généraliste
- Évolution de la demande des patients en termes de soins psychologiques (augmentation, diminution, stagnation)

2) Mise en place de consultations avancées auprès d'une infirmière avec compétence psychiatrique ou d'un psychologue

- Place au sein de l'offre de soins existante
- Perception de l'arrivée de ce type de consultations au sein des M.S.P
- Degré de priorité envisagé pour les consultations avancées de psychologie par rapport aux autres possibilités existantes

3) Indications relevant d'un besoin de soutien psychologique

- Type de pathologies éligibles
- Critères de recours

4) Atouts et freins entrevus à ce type de prise en charge dans la pratique

- Pour le médecin généraliste
- Pour le patient
- Bénéfices et risques envisageables à plus long terme

5) Organisation de cette collaboration de proximité en santé mentale

- Sur le plan pratique
- Retour attendu

Les participants étaient invités, à la fin de l'entretien, à préciser leurs souhaits éventuels par rapport à ce type de prise en charge.

CONCLUSION GENERALE

L'importance de la prise en charge de la souffrance psychologique, dès le stade des soins de premier recours, est soulignée par cette étude. Le médecin généraliste est le premier intervenant pour le patient et s'assure de la coordination de sa prise en charge globale. Il est donc fondamental pour lui de connaître les intrications entre santé mentale et santé globale, et le sur-risque des patients atteints de problèmes psychologiques, non seulement en termes de complications somatiques, mais aussi de diminution de l'accessibilité aux soins et de prise en charge tardive, souvent lourde de conséquences. Cependant, le médecin généraliste connaît de nombreuses difficultés de prise en charge de ces patients : des recours difficiles de par une faible représentation des psychiatres, l'absence de remboursement des consultations auprès de psychologues, l'insuffisance de collaboration avec ces spécialistes, la mauvaise acceptabilité de patients encore trop prisonniers d'une représentation négative de la psychiatrie. A l'heure de la sectorisation et de l'implication des acteurs territoriaux des politiques de santé, l'A.R.S. du Grand Est innove en proposant, sur le même schéma que pour les soins en addictologie, par ailleurs largement source de satisfaction pour ses prescripteurs, le renforcement de l'offre de soins des M.S.P. en proposant l'aide de professionnels compétents qui viendraient soutenir et compléter l'action des généralistes en faveur de la santé mentale. La plupart de ceux-ci y sont d'ailleurs favorables en reconnaissant, pour un grand nombre d'entre eux, la possibilité de mieux prendre en charge des patients dont la qualité de vie se verrait alors améliorée. Les freins, peu représentés en termes quantitatifs, trouvent pour la plupart une réponse dans une meilleure collaboration entre ces nouveaux professionnels de santé et les médecins traitants. Une collaboration fort attendue, car synonyme de prise en charge de qualité et d'amélioration des pratiques, de même que le renforcement de l'offre de soins primaires comme elle existe déjà dans d'autres pays européens où elle semble avoir un impact favorable (53). D'autres

bénéfices pourraient être la meilleure utilisation des services spécialisés et la diminution des coûts imputables aux problèmes de santé mentale. A terme, ceci permettrait peut-être même d'améliorer l'accès aux soins pour tous (54).

Le médecin généraliste prend également dans ces réflexions et réformes la route d'un exercice en pleine modification où la coordination des soins de santé globale prend tout son sens, comme le soulignent actuellement les instances politiques de santé (46, 48, 49, 50).

Au stade de la fin de l'internat auquel je me situe, cette modification de l'exercice pose beaucoup de questions. Quel avenir pour le métier de médecin généraliste ? Comment exercera-t-on dans vingt ans, dans trente ans ? C'est ce que nous découvrirons, en pratiquant une médecine que nous voulons de qualité, au plus près des patients. Ce travail m'a permis non seulement de me rappeler que la santé globale d'un patient, ce n'est pas uniquement sa santé physique mais également psychique, et, comme on l'oublie trop souvent, son bien-être social et professionnel, mais aussi que nous sommes constamment soumis à des difficultés dans la prise en charge des patients. Parfois, ce sont eux-mêmes qui se dressent entre nos propositions et ce que nous pensons être le meilleur pour leur santé. Parfois, l'organisation actuelle des soins engendre des problématiques auxquelles nous devons sans cesse trouver de nouvelles réponses. C'est aussi parce que c'est un métier en perpétuel renouvellement et donc, en perpétuel questionnement, que c'est un métier passionnant. Outre des améliorations en rigueur scientifique et en recherche documentaire, voilà ce que m'a apporté ce travail de thèse-mémoire. Ne jamais oublier que nous sommes, nous, modestes acteurs du système de santé, des étudiants à la fois curieux et ignorants, puisqu'en formation constante.

LISTE DES ABREVIATIONS

A.R.S. : Agence Régionale de Santé

A.V.C.I. : Années de Vie Corrigées de l'Incapacité

C.H.S. : Centre Hospitalier Spécialisé

C.M.P. : Centre Médico-Psychologique

C.S.A.P.A. : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

D.S.M. : Diagnostic and Statistic Manuel of Mental Disorders

D.R.A.S.S. : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales

D.R.E.E.S. : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

I.N.S.E.E. : Institut National de la Statistiques et des Etudes Economiques

M.S.P. : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

O.M.S. : Organisation Mondiale de la Santé

P.I.B. : Produit Intérieur Brut

P.P.A. : Parité du Pouvoir d'Achat

R.C.P. : Réunion de Concertation Pluriprofessionnelle

R.H.D. : Règles Hygiéno-Diététiques

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé. New York; 1946.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
3. Demazeux S. Définition du trouble mental. EMC - Psychiatrie. 2016;(13(2):1-8.
4. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2001 - La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève; 2001.
5. Ustun TB, Sartorius N. Mental illness in general health care. Geneva: Wiley;1995.
6. Jung Wiggins E. Patients souffrant de trouble somatoformes : évaluation d'une prise en charge intégrée médico-psychiatrique et revue de la littérature. [Thèse de Doctorat en Médecine]. Genève: Université de Genève; 2000.
7. Wittchen et al. The size and burden of mental disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol. 2011;21,655-679.
8. Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours aux soins et sentiment d'information de la population. La santé de l'homme. 2012 Sept-Oct;421:43-45.
9. Leray et al. Prevalence, characteristics and comorbidities of anxiety disorders in France : Results from the «Mental Health in General Population» Survey (MHGP). Eur Psychiatry. 2011;26:339-345.
10. Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques. Addictions. In: Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques. Tableaux de l'Economie Française, édition 2015. In: Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques. INSEE Références 2015.
11. Cohidon C. Prévalence des troubles de santé mentale et conséquences sur l'activité professionnelle en France dans l'enquête «Santé mentale en population générale». In: Institut National de Veille Sanitaire. Collection «Santé travail». 2017, Aug. Saint Maurice: Labrador - Paris; 2017.
12. Cohidon C, Rabet G, Murcia M, Khireddine-Medouni I, Imbernon E. Surveillance de la santé mentale au travail – Le programme Samotrace. Volet en entreprises. Régions Centre, Pays de la Loire et Poitou-Charentes, 2006-2008. Saint-Maurice : Santé publique France ; 2016
13. Briançon S, Pereira O, Schléret Y. Enquête santé mentale Lorraine. Déterminants du besoin de soins, des troubles psychologiques, du recours au soin et de qualité de vie. Exploitation régionale de l'enquête nationale «indicateurs en santé mentale». Nancy; 2008. Commandité par la Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.
14. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Suicide : états des lieux des connaissances et perspectives de recherche. Paris. 1er rapport/novembre 2014.
15. Diligent MB. Le suicide en Lorraine. Du diagnostic à une démarche de prévention. In : Mémoires de l'Académie Nationale de Metz 2003-2010. Metz; 2003.
16. Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques. Maladies - Accidents. In: Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques. Tableaux de l'Economie Française, édition 2017. In: Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques. INSEE Références 2017.

17. Barnay T, Defebvre E. L'influence de la santé sur le maintien en emploi. *Economie et statistiques*. 2016;(486-487):45-78.
18. Barnay T, Favrot J, Pollak C. L'effet des arrêts maladie sur les trajectoires professionnelles. *Economie et statistiques*. 2015;(475-476);135-156.
19. Blasco S, Brodaty T. Chômage et santé mentale. *Economie et statistiques*. 2016;(486-487);17-44.
20. Godefroy P, Lollivier S. Satisfaction et qualité de vie. *Economie et statistiques*. 2014;(469-470);199-232.
21. Fineberg NA et al. The size, burden and cost of disorders of the brain in the UK. *J Psychopharmacol*. 2013;27(9);761-770.
22. Piolot L. 110 milliards d'euros, le coût annuel des maladies mentales en France. *Le Figaro Magazine* 2014 dec 19.
23. Réhalto. Enquête sur les arrêts de travail «comprendre pour agir» [communiqué de presse]. 16 juin 2016.
24. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Médicaments psychotropes - Consommations et pharmacodépendances [dossier de presse]. In: Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. Institut thématiques. 24-25 octobre 2012, Paris.
25. Agence Nationale pour la Sécurité du Médicament. Etats des lieux de la consommation des benzodiazépines en France [rapport]. Décembre 2013. Paris.
26. Agence Technique de l'Information sur l'hospitalisation. Chiffres clés 2015 Psychiatrie. Octobre 2016.
27. Code de la Santé publique. Article L4130-1 modifié par la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016.
28. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Etudes et résultats. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. In: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Etudes et Résultats. Septembre 2012;810.
29. Kovess V. *Epidémiologie et santé mentale. Médecine - sciences*. Flammarion;2002.
30. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C et al. (2007). What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC public health*. vol. 7 : 188.
31. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Etudes et résultats. La durée des séances des médecins généralistes. Avril 2006;486:1-8. (page consultée le 21/08/17). Service public de la diffusion du droit, [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2004/8/13/SANX0400122L/jo/texte>
32. Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2016. In: Conseil National de l'Ordre des Médecins. CNOM DATA. 2016.
33. Agence nationale pour l'accréditation en santé. (page consultée le 2 janvier 2017). Recommandations pour la pratique clinique : Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rpc_depression_2002_-_mel_2006_-_argumentaire.pdf.
34. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 2 janvier 2017). Guide - Affection Longue Durée : Cancer colo-rectal. [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_colon_version_web.pdf.
35. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 2 janvier 2017) . Guide du parcours de soins : Maladie coronarienne stable. [En ligne].

- http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/guide_mcs_web_2014-09-09_21-25-19_719.pdf.
36. Haute Autorité de Santé. (page consultée le 2 janvier 2017). Guide - Affection Longue Durée : Accidents vasculaires cérébraux. [En ligne]. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/07-042_traceur_guide-adl-avc.pdf.
 37. Association des Centres de Réadaptation en Dépendances du Québec. (page consultée le 22/08/2017). Les services à l'entourage des personnes dépendantes. Guide de pratique et offre de services de bases [en ligne] https://aidq.org/wp-content/uploads/2013/06/Guide_Entourage.pdf
 38. Candy B, Jones L, drake R, Leurent B, King M. interventions for supporting infirmal caregivers in patient of the terminal phase of a disease. Cochrane Database of Systematic Review 2011, Issue 6. Art. No.:CD007617.DOI:10.1002/14651858.CD007617.pub2.
 39. Union Régionale des Médecins Libéraux Ile-de-France. Implication de la médecine libérale dans la prise en charge des soins psychologiques en Ile-de-France. Résultats de l'enquête du 13 octobre 1998. Février 2000.
 40. Coldefy M, Le Neindre C. Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systématique. In: Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé. Les rapports de l'IRDES, [rapport]. Décembre 2014;558.
 41. Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (page consultée le 24/08/2017). Data - DREES, [en ligne]. http://www.data.drees.sante.gouv.fr/ReportFolders/reportFolders.aspx?IF_ActivePath=P,490,497,514
 42. Leroux I, Schultz P. Cartographie régionale de l'offre de soins en santé mentale. A partir des rapports d'activités de psychiatrie 2008, [document de travail]. In: Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques. Série Statistiques. 2011, avril;155.
 43. Direction Generale des Entreprises (page consultée le 21/08/2017). Observatoire de l'activité libérale, [en ligne]. https://www.entreprises.gouv.fr/files/files/directions_services/etudes-et-statistiques/Donnees_detaillees/Fiches-professions-liberales-2016/psychologue.pdf
 44. Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Meuse. (page consultée le 22/08/2017). La Meuse : vers un exercice en maison de santé pluriprofessionnelle [en ligne]. <http://www.conseil55.ordre.medecin.fr/content/exercer-en-meuse>

RESUME

La santé mentale est un problème de santé publique mais les médecins généralistes, premier recours, sont confrontés à des difficultés de prise en charge et de recours. L'A.R.S. du Grand Est propose donc une expérimentation sur la mise en place de consultations avancées de psychiatrie au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (M.S.P.). Aussi, il convient au préalable d'évaluer les attentes des généralistes sur ces consultations avancées. Notre enquête qualitative par entretiens semi-dirigés a porté sur 14 médecins généralistes du sud-meusien. La majorité des médecins reconnaît l'importance de la santé mentale, mais aussi la difficulté de sa prise en charge : délais, frein financier des consultations psychologiques, absence de retours. Les patients anxieux, dépressifs, avec des difficultés professionnelles, les malades chroniques, les aidants seraient éligibles. Des bénéfices en termes de qualité de vie sont à attendre, et les freins sont disparates. L'organisation doit mettre l'accent sur l'échange soins primaires-soins spécialisés.

PSYCHOLOGIC CONSULTATIONS IN PLURIPROFESSIONAL PRIMARY CARE'S STRUCTURES IN MEUSE : Representations and expectations of general practitioners.

THESE de MEDECINE GENERALE

Mots-clés : psychologie, psychiatrie, médecine générale, soins primaires (Cismef Rouen)

Key-Words : psychology, psychiatry, general practice, primary care

Auteurs :

Christelle Kaiser, caD.E.S. de Médecine Générale, Faculté de Médecine de Nancy
Docteur Olivier Bouchy, Maître de Conférence Universitaire
Professeur Paolo Di Patrizio, Professeur de Médecine Générale

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 Vandoeuvre-lès-Nancy

Septembre 2017