



Représentations de la psychiatrie chez les médecins généralistes de l'Oise et collaboration avec les psychiatres

Mehdi Yalaoui

► To cite this version:

Mehdi Yalaoui. Représentations de la psychiatrie chez les médecins généralistes de l'Oise et collaboration avec les psychiatres. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02496626

HAL Id: dumas-02496626

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02496626>

Submitted on 3 Mar 2020

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.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2019

Thèse n° 2019-159

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

SPECIALITE MEDECINE GENERALE

**REPRESENTATIONS DE LA PSYCHIATRIE CHEZ LES MEDECINS
GENERALISTES DE L'OISE ET COLLABORATION AVEC LES
PSYCHIATRES**

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT

LE 5 NOVEMBRE 2019 par

Mehdi YALAOUI

JURY

Président du Jury :

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Membres du Jury :

Monsieur le Professeur Yazine MAHJOUB

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Madame le Professeur Christine AMMIRATI

Monsieur le Docteur Youssef BENNIS

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Olivier BOITARD

REMERCIEMENTS

A mon Président de Jury

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Psychiatrie Adultes

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider le jury de cette thèse. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

A mes juges

Monsieur le Professeur Yazine MAHJOUB

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Anesthésiologie, réanimation, médecine d'urgence

Vous avez accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Médecine interne

Je vous remercie sincèrement de l'intérêt que vous portez à ce sujet de thèse. Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

Madame le Professeur Christine AMMIRATI

Praticien Hospitalier, Professeur associé des Universités (Anesthésie-Réanimation, option Médecine d'Urgence)

Chef du Pôle Médecine d'Urgence, Médecine légale et sociale

Responsable du service SAMU-SMUR-CESU, service d'accueil des urgences

Officier dans l'Ordre National du Mérite

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance.

Monsieur le Docteur Youssef BENNIS

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

Pharmacologie clinique

Vous me faites l'honneur d'accepter de participer à ce jury, recevez à l'occasion de ce travail mes sincères remerciements.

A mon directeur de thèse

Monsieur le Docteur Olivier BOITARD

Praticien Hospitalier

Chef de pôle- Fitz-James V- CHI de Clermont

Psychiatrie adulte

Je vous remercie infiniment pour votre disponibilité, votre bienveillance, vos conseils précieux et pour toutes ces discussions enrichissantes.

Je dédie ce travail :

A Estelle. Tu m'as soutenu jour après jour avec ton amour, ta patience et toutes tes bonnes idées. Je t'aime et je suis fier de partager ta vie.

A mes parents. Pour leur amour, les valeurs qu'ils m'ont transmises et pour avoir tant sacrifié pour notre réussite.

A la mémoire de ma mère. De là-haut, je sais que tu continues à veiller sur moi et j'ai senti ta présence pendant tout ce travail. Le souvenir de tous ces moments merveilleux passés avec toi m'a donné le courage d'aller au bout. Je n'oublierai jamais ta grandeur d'âme, ton courage et ta dignité. Je t'aime maman.

A mon père. Très tôt, tu m'as fait comprendre qu'on pouvait s'élever et accomplir son destin avec de la volonté et du travail. Tu as toujours su trouver les mots justes. Sache que je t'aime et que je t'admire.

A mes frères et sœurs, Sabrina, Wilhem, et Mélissa qui sera bientôt la meilleure des infirmières. A tous nos souvenirs, nos rires, nos bonheurs, notre enfance formidable et aux épreuves que l'on a affrontées ensemble.

A mes neveux, Yanis et Sohan.

A ma tante, le Docteur Tousia ZEGAR-YALAOU. Tu es un exemple et tu as ouvert la voie. Tu m'as donné envie de faire ce métier. Je ne te remercierai jamais assez de tout ce que tu as fait pour moi.

A mes grands-parents adorés :

A ma grand-mère Marie-José, pour sa gentillesse et sa générosité.

A mon Djeddi. Je pourrais passer des heures à refaire le monde avec toi et à écouter toutes ces histoires qui ont jalonné ta vie. Tes prières m'accompagnent.

A Reda et Lili, des beaux-parents que beaucoup aimeraient avoir

A Aurélie et Elisa. A mes neveux Arthur et Victor

A Teddy et Julie, pour leur soutien et leur amitié sans faille. A la petite Anna.

A tous mes cousins et cousines : Séverine, Bilel, Loubna, Camille, Yacine, Cyril, Nicolas, Antoine, Jonathan, David, Anthony, Alexis, Amina, Samy, Amel, Ines, Titi, Sarah, Sofiane, Nassim, Amine...

A tous mes amis : Mathieu mon frère de vadrouille, Mehdi mon frère de son, Abdoulaye mon plus vieil ami, toute l'équipe du bus de Marie Curie, les deux Cyril, Hamat, Bouziane, Mame, Hannah, Fathia, Quentin, Thomas, Nathan et Jean-Yves.

A Raphael, Christine, Romuald, Isabelle, Meziane, Patrick, Ahmed, Jean-Marc, Adriano, Maxime, Dalila, Ahcène, Jean-Mi...

A Denise, Antoine et toute la famille BIANAY-BALCOT, Muriel et Jean-Michel, Sylvie et Jean Yves, Bernard et Claudine.

A mes professeurs de l'école primaire Camille Claudel, tout particulièrement Monsieur BOURGUIGNON et Mademoiselle BLERY.

Aux médecins qui ont compté dans mon parcours : Les docteurs Olivier BOITARD, Carlo SAROUFIM, Flore ISARD, Laetitia FABRE, Corina MEDVEDI, Catherine HERRY, Marwan BARHOUM, Khira GONIN, Zafer OSMAN, Philippe KOWAL, Said DABI, Laurence et Mohamed RAQBI, Delphine LE MOULLEC et Mladen PETKOV.

A toute l'équipe de pédiatrie du GHPSO.

A la mémoire de mes grands-parents maternels, de Françoise ABREU, Jacqueline MAITTE-LOBBE, Nadia MAIZI et Omar BACHIR.

A mes inspirations du quotidien : Hugo C, Charles de G, Maximilien de R, Emmanuel T, Jean Pierre C, Marcelo B, Zinedine Z, Nasir J, John C, et ce fameux soir du 12 juillet 1998.

A tous ces gens de Rantigny.

A ce pays que j'aime tant.

« Primum non nocere. » (« Avant tout, ne pas nuire. »)

Le Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis 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.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 déshonoré et méprisé si j'y manque

LISTE DES ABREVIATIONS

AAH : Allocation Adulte Handicapé

ALD : Affection Longue Durée

ARS : Agence Régional de Santé

CMP : Centre Médico-Psychologique

CHI : Centre Hospitalier Isarien

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DES : Diplôme d'Enseignement Supérieur

FMC : Formation Médicale Continue

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

MG : Médecin Généraliste

N : Nombre

SMPG : Santé Mentale en Population Générale

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

I. Définitions et données épidémiologiques.....	11
1. Définitions	11
2. Epidémiologie de la santé mentale en France.....	11
II. Place du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles mentaux.....	12
1. Importance des troubles mentaux en médecine générale.....	12
2. Rôle du médecin généraliste.....	12
3. La collaboration médecin généraliste-psychiatre.....	13
III. Offre de soins en psychiatrie	13
IV. Représentations de la psychiatrie et de la maladie mentale	14
1. Intérêt des représentations sociales en santé mentale.....	14
2. Historique	15
3. Représentations en population générale et dans le monde médical.....	16
V. Justification de l'étude, objectifs.....	16

METHODOLOGIE

I. Recherche bibliographique.....	18
II. Type d'étude, population cible.....	18
III. Recueil des données	18
IV. Support de l'étude	18
V. Traitement des données, analyse statistique.....	19

RESULTATS

I. Participation à l'étude	21
II. Caractéristiques de la population étudiée.....	21
1. Données socio-démographiques.....	21
2. Profil des médecins généralistes répondants.....	22
2.1 Expérience et formation	22
2.2 Histoire personnelle.....	23
2.3 Intérêt pour la psychiatrie.....	24
2.4 Besoin de formation en santé mentale	24
2.5 Suivi des troubles sévères	25

III. Objectif principal : étude des représentations de la psychiatrie chez les médecins généralistes de l'Oise	25
1. Analyse descriptive.....	25
1.1 Positionnement sur la psychiatrie	25
1.2 Positionnement sur les psychiatres	26
1.3 Positionnement sur les patients présentant des troubles psychiatriques	26
2. Analyse comparative.....	27
2.1 Selon le genre	27
2.2 Selon l'expérience en psychiatrie	29
2.3 Selon l'histoire personnelle.....	31
3. Analyse comparative selon le score moyen des représentations.....	34
3.1 Selon le genre.....	34
3.2 Selon l'expérience en psychiatrie	34
3.3 Selon l'histoire personnelle	35
IV. Objectif secondaire : évaluation de la collaboration avec les psychiatres de secteur et des obstacles à la prise en charge des patients psychiatriques.....	35
1. Etat de la collaboration avec les psychiatres de secteur	35
1.1 Qualité de la coopération avec les psychiatres de secteur	35
1.2 Causes des difficultés de collaboration avec les psychiatres de secteur.....	35
1.3 Niveau d'implication dans la prise en charge des patients conjoints	37
2. Obstacles à la prise en charge des patients psychiatriques	38
V. Commentaires libres	39

DISCUSSION

I. Résultats	40
1. Insuffisance de la formation en santé mentale	40
2. Prédominance des représentations négatives sur les psychiatres et les patients psychiatriques.....	40
3. Impact positif de l'expérience en psychiatrie et de l'histoire personnelle	41
4. Médecins généralistes-psychiatres : une collaboration à améliorer	42
II. Comparaison avec la littérature	43
1. Représentations de la psychiatrie dans le monde médical	43
1.1 Représentations chez les confrères	43
1.2 Représentations chez les étudiants en médecine	43

1.3 Représentations dans les structures de santé mentale	44
2. Impact des stages cliniques et de l’histoire personnelle sur les représentations	45
2.1 Influence des stages cliniques sur les représentations	45
2.2 Influence de l’histoire personnelle sur les représentations	45
3. Influence culturelle sur les représentations	46
3.1 Dans le monde médical	46
3.2 En population générale	46
4. Insuffisances majeures de la collaboration médecins généralistes-psychiatres	47
III. Forces et limites de l’étude	48
1. Forces	48
2. Limites	49
CONCLUSION.....	50
BIBLIOGRAPHIE.....	52
RESUME.....	55
ABSTRACT.....	56
ANNEXES.....	57

INTRODUCTION

I. DEFINITIONS ET DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES

1. DEFINITIONS

La psychiatrie est la spécialité médicale qui prend en charge les affections psychiatriques caractérisées et les aspects pathologiques de la souffrance psychique.

Le trouble mental est défini comme « 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 » (1).

2. EPIDEMIOLOGIE DE LA SANTE MENTALE EN FRANCE

Notre pays présente de mauvais indicateurs en matière de santé mentale. La consommation de psychotropes diminue depuis 2012 mais reste l'une des plus importantes d'Europe. En 2015, les français occupaient la deuxième place parmi huit pays européens pour la consommation de benzodiazépines : 20 % de moins que les espagnols mais 5 fois plus qu'en Allemagne, pays le moins consommateur (2). Le taux de mortalité par suicide (14,7 pour 100 000 habitants) est l'un des plus élevés des pays de l'Union Européenne (10,2 pour 100 000 habitants) (3).

En France, la prévalence du trouble bipolaire est estimée autour de 1 à 2,5% dans les études en population générale et celle de la schizophrénie à 1%. Selon les données du baromètre santé 2005, 19 % des français ont vécu ou vivront une dépression au cours de leur vie. On estime que 10 % des hommes et 20 % des femmes présenteront des troubles anxieux (3).

Il existe une corrélation importante avec les facteurs socio-professionnels et les pathologies sont fréquemment associées (4). La classe d'âge des 18-29 ans présente systématiquement les prévalences les plus fortes. Les jeunes sont donc particulièrement exposés (4).

Par ailleurs, on peut répertorier les troubles les plus graves à partir du dispositif des « affections de longue durée » (ALD) : en 2017, 1 399 040 personnes étaient prises en charge au titre d'une « affection psychiatrique de longue durée » (ALD 23) dont 56 % de femmes (5).

L'ALD 23 regroupe notamment les psychoses (schizophrénies, troubles délirants persistants et troubles schizo-affectifs), les troubles de l'humeur récurrents ou persistants (troubles bipolaires, troubles dépressifs récurrents et troubles de l'humeur persistant et sévère) et les troubles névrotiques sévères (troubles anxieux graves, état limite...)

En 2016, 2,16 % des isariens étaient en ALD 23 pour troubles de l'humeur récurrents ou persistants contre 2,19 % au niveau national et 0,54 % pour troubles psychotiques contre 0,73 % au niveau national (6).

II. PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES MENTAUX

1. IMPORTANCE DES TROUBLES MENTAUX EN MEDECINE GENERALE

En France, le médecin généraliste a une place prépondérante dans la prise en charge des troubles mentaux qui représentent 15 à 40 % de l'activité selon les différentes méthodes utilisées (7). Pour l'INSEE, il s'agit de la deuxième cause de recours aux soins chez le généraliste et la première chez les 25 à 60 ans (7). Ils sont à l'initiative de 90% des traitements antidépresseurs et un acte sur dix inclurait un soutien psychothérapeutique comme composante principale (7).

2. ROLE DU MEDECIN GENERALISTE

Les médecins généralistes assurent le dépistage, le diagnostic et le traitement des troubles légers et modérés (syndrome dépressif et troubles anxieux) mais aussi la détection précoce et le suivi des troubles graves stabilisés (5). Ils jugent de la nécessité d'adresser vers une prise en charge spécialisée et ont un rôle de coordinateur des soins qui a été formalisé par le dispositif du médecin traitant. Les médecins généralistes veillent à l'observance thérapeutique, aux éventuels effets secondaires et peuvent réévaluer le traitement. En cas de conflit entre le patient, ses proches, ou le spécialiste, ils peuvent intervenir comme médiateur. Ils sont parfois sollicités dans les situations d'urgence où leur responsabilité médico-légale peut être engagée lors d'une décision d'hospitalisation sous contrainte (décompensation psychotique, crise suicidaire...) (8).

Les médecins généralistes vont aussi diagnostiquer et suivre les comorbidités somatiques. En effet, les troubles mentaux sévères, notamment la schizophrénie et la bipolarité, sont associés à une morbi-mortalité plus importante qu'en population générale. L'espérance de vie de ces patients est de 20 % inférieure à la moyenne nationale (9). Pour le schizophrène, tous âges sexes et causes confondues, la mortalité est 4,5 fois supérieure à celle de la population générale (9).

On estime que 60% de la surmortalité observée serait liée à des pathologies somatiques dont la prévalence est plus importante chez ces patients (9). Les plus fréquentes sont l'obésité, le syndrome métabolique, le diabète et les maladies cardiovasculaires. D'autres facteurs interviennent :

- Le mode de vie avec les comportements à risque et les addictions.
- L'iatrogénie des anti psychotiques et des thymorégulateurs.
- L'isolement social et la précarité.
- Le risque suicidaire plus élevé.

A cela s'ajoute les mécanismes de déni de la maladie qui engendrent un retard diagnostic et un moindre accès aux traitements (9).

3. LA COLLABORATION MEDECIN GENERALISTE-PSYCHIATRE

La médecine générale et la psychiatrie ont de nombreuses similitudes : ce sont des disciplines cliniques centrées sur la personne qui partagent une approche psycho bio sociale du patient (7). Les interventions se font dans la durée et la relation soignant-soigné est fondamentale. Pourtant, plusieurs études ont révélé les difficultés des médecins généralistes dans le suivi des patients présentant des troubles mentaux mais aussi la pauvreté de la collaboration avec les psychiatres (10). A ces problématiques s'additionnent les réalités de la démographie médicale : l'Oise, notre territoire d'étude, est l'un des départements les plus touchés par le déficit de médecins ce qui est une source de tension supplémentaire.

III. OFFRE DE SOINS EN PSYCHIATRIE

En France, l'offre de soin en psychiatrie s'articule principalement autour d'un service public très développé qui permet théoriquement un accès gratuit pour tous.

Elle s'organise selon le principe de sectorisation initié par la circulaire du 15 mai 1960 et officialisé par la loi du 25 juillet 1985 (3).

Les départements sont subdivisés en secteurs géographiques où se rattache une équipe pluridisciplinaire (psychiatres, infirmiers, psychologues...). Chaque secteur est relié à un service hospitalier prenant en charge les malades relevant de son territoire, et comprend un ou plusieurs Centres Médico-Psychologiques (CMP). En 2014, il y avait 885 secteurs de psychiatrie générale adulte, et 579 dispositifs intersectoriels formalisés (3).

Les CMP constituent le pivot du système ambulatoire. Ses missions sont multiples : ce sont des unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert qui organisent des actions de prévention, de diagnostic, de soin et d'intervention à domicile. D'autres dispositifs se sont également développés : les hôpitaux de jour, les foyers de postcure, les appartements thérapeutiques, les placements familiaux thérapeutiques et les centres d'accueil et de crise. Toutefois, l'ouverture sur la ville n'est pas sans conséquences (11). Elle a engendré des demandes toujours plus importantes et la file active totale a plus que doublée en trente ans (3,11).

Dans l'Oise, l'activité psychiatrique s'organise autour du Centre Hospitalier Isarien dont le statut public remonte à 1887. Il gère les 8 secteurs de psychiatrie adulte du département et est basé sur les communes de Clermont de l'Oise et Fitz-James (12). En 2016, le département comptait 110 psychiatres, dont 82 salariés (74 %), 24 libéraux (22 %) et 4 d'exercice mixte (4%), soit une densité de 13,5 psychiatres pour 100 000 habitants. Ce chiffre est inférieur à la moyenne nationale (23 pour 100 000 habitants) (12).

IV. REPRESENTATIONS DE LA PSYCHIATRIE ET DE LA MALADIE MENTALE

1. INTERET DES REPRESENTATIONS SOCIALES EN SANTE MENTALE

Denise JODELET définit les représentations sociales comme « *Une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social* » (13).

A l'origine, elles ont été théorisées par Serge MOSCOVICI en reprenant le concept des représentations collectives énoncé par Emile DURKHEIM (14). Selon lui, les représentations sociales ont pour vocation de donner un référentiel commun aux membres d'une communauté

afin de permettre le positionnement social des individus par rapport à un objet (14). Il propose de les analyser autour de trois éléments :

- L'information : la somme des préjugés et des stéréotypes sur l'objet.
- Le champ de représentation : l'organisation de l'information.
- L'attitude : la disposition plus ou moins favorable d'un sujet face à l'objet.

Ainsi, par l'intermédiaire des représentations sociales nous établissons différents groupes auxquels nous attribuons des traits communs définis comme des stéréotypes (13).

Les représentations sociales liées à ces stéréotypes nous amènent à figurer le monde de façon simplifiée. Elles sont à l'origine d'attitudes stigmatisantes (distance sociale, méfiance, peur) et de comportements discriminatoires (rejet, exclusion) mais donnent sens à nos attitudes (15).

Dans le domaine de la santé mentale, l'analyse des représentations sociales permet d'appréhender les logiques qui contribuent à l'adoption de pratiques spécifiques. Elle permet également de comprendre les ressorts des processus de stigmatisation et d'y apporter des réponses (15).

2. HISTORIQUE

La Grèce Antique fut la première à réfléchir sur la folie et la maladie de l'âme. Dès le Vème siècle avant notre ère, la tradition hippocratique remet en cause l'explication divine de la folie (16). Bien plus tard, pendant la période médiévale, les représentations sont fortement influencées par l'Eglise dans le monde occidental. La folie est souvent assimilée au péché mais il existe une relative tolérance envers les malades mentaux dans une société très rurale (16).

En 1656, Louis XIV ordonne la création de l'Hôpital général dans une logique mêlant assistance et contrôle de la population (17). La folie est assimilée à la pauvreté et à la misère, mais la vocation charitable des hôpitaux est progressivement remplacée par une fonction de soins durant le 18^{ème} siècle.

Le 19^{ème} siècle est l'époque des aliénistes qui font figure de pionniers de la psychiatrie moderne. Philippe PINEL instaure le traitement moral et son élève Jean-Etienne ESQUIROL est à l'origine de la loi du 30 juin 1838 qui stipule que chaque département doit disposer d'un asile (16). Les méthodes coercitives restent répandues sur le terrain malgré la progression de la réflexion théorique. La peur associée à la folie réapparaît avec l'idée du péril social (16).

Le début du 20^{ème} siècle voit naître la psychiatrie contemporaine avec une amélioration des conditions de vie des malades. Cependant, la véritable révolution se fait après la seconde guerre mondiale avec l'apparition des neuroleptiques. Cette découverte soulage la souffrance due aux symptômes. Sur le terrain, les politiques de désinstitutionalisation se mettent progressivement en place. Ces dernières décennies, la psychiatrie poursuit sa mutation et se développe dans les neurosciences. L'apparition de systèmes nosographiques validés au niveau international sert de langage commun dans le domaine de la recherche.

3. REPRESENTATIONS EN POPULATION GENERALE ET DANS LE MONDE MEDICAL

Les représentations négatives sur la psychiatrie, les psychiatres et les patients souffrant de troubles mentaux sont très prégnantes dans nos sociétés. La politique de désinstitutionalisation entamée dans les années 60, bien qu'elle ait permis la réintégration de certains patients dans la cité, n'a pas fait cesser les préjugés et les stéréotypes (18). Sur les 36 000 personnes interrogées en France lors de l'enquête « Santé Mentale en Population Générale » (SMPG), plus de 75 % associaient les termes de « fou » et de « malade mental » à des comportements violents et dangereux (18). Le monde médical n'échappe pas à ces représentations négatives que ce soit chez les médecins généralistes, les spécialistes ou les étudiants en médecine.

Le rôle des médias dans la diffusion et l'entretien de ces représentations négatives est communément admis. Ainsi, la schizophrénie est constamment évoquée sous l'angle de faits divers tragiques (19). Certains experts soulignent le fort impact médiatique du double meurtre commis à l'Hôpital de Pau en 2004.

V. JUSTIFICATION DE L'ETUDE, OBJECTIFS

Au cours de mon cursus, j'ai constaté une formation insuffisante en santé mentale et les représentations négatives dont fait l'objet la psychiatrie. Cela m'a incité à réaliser ce travail de thèse qui est centré sur les troubles psychiatriques de l'adulte. La pédopsychiatrie et les troubles spécifiques à la personne âgée ne sont pas traités. Bien que souvent intriquées dans des problématiques psychiatriques, les conduites addictives (toxicomanie, alcoolisme) ne sont pas abordées en détail. Elles pourraient faire l'objet d'un travail à elles seules.

A travers une étude des représentations, j'ai tenté de comprendre la façon dont les médecins généralistes de l'Oise percevaient la psychiatrie. Je me suis également interrogé sur la façon dont ils l'appréhendaient dans leur exercice quotidien, notamment à travers leur collaboration avec les psychiatres de secteur.

Objectif principal : Etudier les représentations de la psychiatrie chez les médecins généralistes de l'Oise et les éventuels déterminants : genre, expérience en milieu psychiatrique, proche présentant une pathologie mentale.

Objectifs secondaires : Evaluer l'état de la collaboration avec les psychiatres de secteur et les obstacles à la prise en charge des patients psychiatriques.

METHODOLOGIE

I. RECHERCHE BIBLIOGRAPHIQUE

La recherche bibliographique a été menée en utilisant les moteurs de recherche Pubmed® et Google scholar®. Les mots clés suivants ont été utilisés à travers différentes combinaisons : médecin généraliste, psychiatrie, psychiatres, difficultés, troubles mentaux, coopération, représentations, attitude, patients psychiatriques, étudiants en médecine, maladie mentale, schizophrénie, bipolarité, traitements, neuroleptiques, comorbidités, épidémiologie, histoire.

II. TYPE D'ETUDE, POPULATION CIBLE

Il s'agissait d'une étude quantitative descriptive ayant pour population cible les médecins généralistes installés dans l'Oise. Leur nombre s'élevait à 589 au 1^{er} juillet 2019 (ordre des médecins). L'échantillonnage a été réalisé via les pages jaunes : 290 d'entre eux furent sélectionnés par tirage au sort. Le critère d'exclusion concernait les médecins remplaçants afin de nous assurer que la collaboration avec les psychiatres de secteur ait pu être expérimentée.

III. RECEUIL DES DONNEES

Les médecins généralistes sélectionnés étaient contactés par téléphone afin de leur expliquer brièvement l'objet du travail de thèse et solliciter leur accord pour y participer. En cas de réponse positive, ils optaient pour une réception du questionnaire par voie postale ou par courriel. Celui-ci était accompagné d'un courrier explicatif sur l'étude. L'envoi et la collecte des questionnaires se sont déroulés du 11 juillet au 13 août 2019.

IV. SUPPORT DE L'ETUDE

Il s'agissait d'un questionnaire présenté sous format papier ou formulaire électronique en ligne (Google form®) avec possibilité d'une seule réponse par courriel. Il comportait 17 questions, à choix multiples et réponse unique, avec possibilité de commentaires en texte libre.

La première partie regroupait les caractéristiques des répondants avec les données socio-démographiques (âge, milieu d'exercice, milieu d'exercice et durée d'installation) ainsi que

leur profil : expérience en psychiatrie (stage d'internat ou vacations), proche atteint d'une pathologie psychiatrique et intérêt pour la discipline.

La deuxième partie traitait des représentations en reprenant une partie des questions de l'étude Stuart et al. (2015) (20). A travers dix items, nous avons interrogé les médecins généralistes sur leur perception des psychiatres, de la psychiatrie, de la qualité de son enseignement et des patients souffrant de maladie mentale. La question de l'efficacité des traitements a également été évoquée. Les items ont été évalués en utilisant une échelle de Lickert à quatre degrés (allant de « Tout à fait d'accord » à « Pas du tout d'accord ») avec une absence de choix neutre pour éviter les réponses sans engagement.

La troisième partie était une évaluation des pratiques professionnelles centrée sur l'état de la collaboration avec les psychiatres de secteur et les obstacles à la prise en charge des patients présentant une maladie mentale.

V. TRAITEMENT DES DONNEES, ANALYSE STATISTIQUE

Les données ont été récupérées sous format informatique ou papier puis regroupées sur tableur Excel® qui a également servi pour les analyses descriptives. Les analyses comparatives ont été faites via le logiciel BiostaTGV® en utilisant les tests statistiques de FISHER et STUDENT. Le choix du seuil de significativité a été fixé à $p < 0.05$.

Pour la partie « représentations », une cotation numérique a été établie pour calculer « un score moyen des représentations » pour chacun des groupes comparés. La méthodologie s'inspire de la thèse publiée par le Docteur Nadège SIMON en 2015 (21).

Pour les items 1,3,4,5,6,7,9,10 :

- La réponse « Tout à fait d'accord » cote 4
- La réponse « D'accord » cote 3
- La réponse « Pas d'accord » cote 2
- La réponse « Pas du tout d'accord » cote 1

Pour les items 2 et 8 : la cotation est inversée.

Le score total minimum est 10 et le maximum 40. Plus le score est faible, plus la représentation envers la psychiatrie et la maladie mentale est positive. Les analyses comparatives ont été effectuées sur les sous-groupes suivants :

- « Genre » : comparaison du score moyen obtenu chez les femmes versus le score moyen obtenu chez les hommes.
- « Expérience » : comparaison du score moyen obtenu chez les médecins généralistes rapportant une expérience en milieu psychiatrique (stage d'internat, vacations) versus les autres.
- « Proximité » : comparaison du score moyen obtenu chez les médecins généralistes connaissant un proche présentant, ou ayant présenté, une pathologie mentale versus les autres.

RESULTATS

I. PARTICIPATION A L'ETUDE

Sur les 290 médecins généralistes contactés par téléphone, 248 donnèrent leur accord pour participer à l'enquête contre 42 refus. Parmi les participants, 158 ont souhaité recevoir le questionnaire sous format papier et 90 par courriel. On dénombre 86 répondants (61 par courrier et 35 par courriel) soit un taux de retour de 34,67 %.

II. CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE

1. DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES

Plus de 60% des médecins généralistes participant à l'étude étaient des hommes. La participation était plus faible chez les femmes. Elles représentaient 36 % des médecins généralistes exerçant sur le territoire national en 2016 d'après l'ordre des médecins.

Les plus de 55 ans constituaient la classe d'âge la plus représentée (46,51 % contre 33,72 % pour les 40-55 ans et 19,77 % pour les moins de 40 ans). Une donnée comparable aux chiffres de l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour le département de l'Oise (51 % des médecins généralistes installés avaient plus de 55 ans en 2012).

Tableau 1. Répartition selon la classe d'âge

	< 40 ans	40-55 ans	> 55 ans	Total
Hommes (n)	7	10	35	52
	8,14 %	11,63 %	40,69 %	60,47 %
Femmes (n)	10	19	5	34
	11,63 %	22,09 %	5,81 %	39,53 %
Total (n)	17	29	40	86
	19,77 %	33,72 %	46,51 %	100 %

Logiquement, les professionnels installés depuis plus de 25 ans étaient les plus nombreux (41,86 % contre 33,72 % pour les « 10-25 ans » et 24,42 % pour les « moins de 10 ans »).

Tableau 2. Répartition selon le milieu d'exercice

	Rural	Semi-rural	Urbain	Total
Hommes (n)	19	14	19	52
	22,09 %	16,28 %	22,09 %	60,47 %
Femmes (n)	7	17	10	34
	8,14 %	19,77 %	11,63 %	39,53 %
Total (n)	26	31	29	86
	30,23 %	36,05 %	33,72 %	100 %

Les répondants se répartissaient équitablement selon le milieu d'exercice : environ un tiers en milieu rural (30,23 %), le deuxième tiers en milieu semi-rural (36,05 %) et le dernier en milieu urbain (33,72 %).

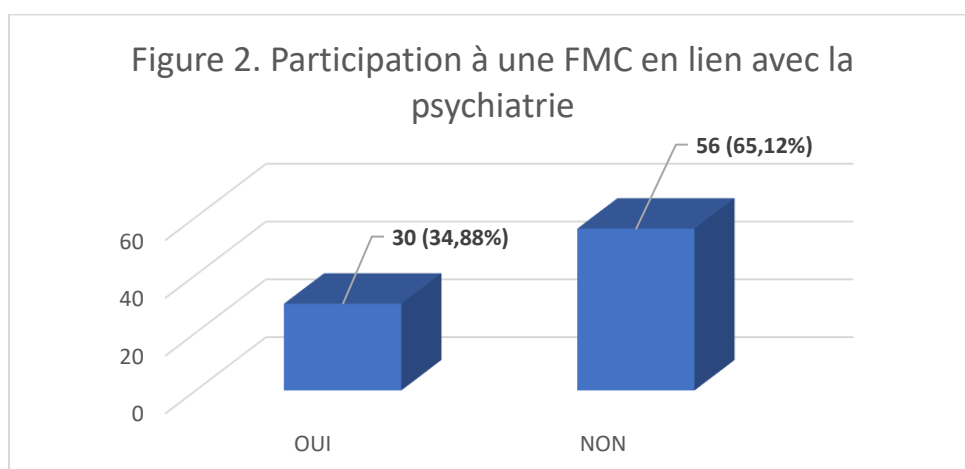
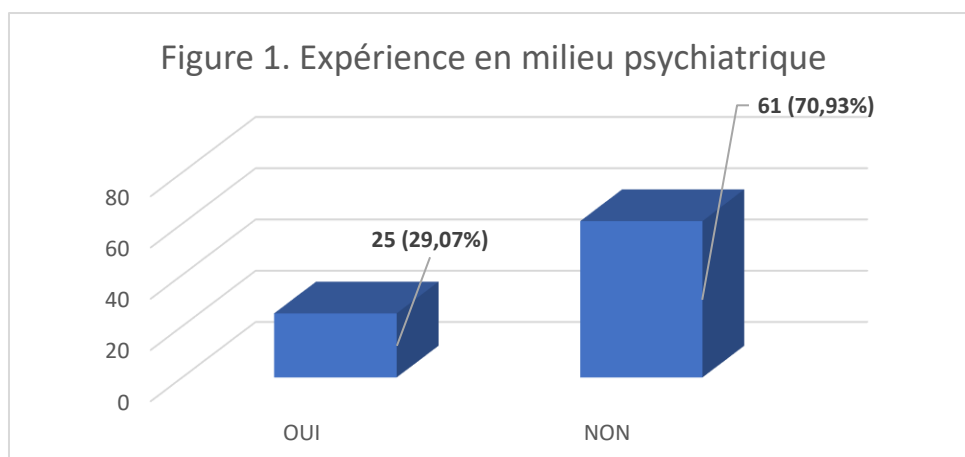
Tableau 3. Répartition selon la durée d'installation

	<10 ans	10-25 ans	>25 ans	Total
Hommes	9	12	31	52
	10,47 %	13,95 %	36,05 %	60,47 %
Femmes	12	17	5	34
	13,95 %	19,77 %	5,81 %	39,53 %
Total	21	29	36	86
	24,42 %	33,72 %	41,86 %	100 %

2. PROFIL DES MEDECINS GENERALISTES REpondants

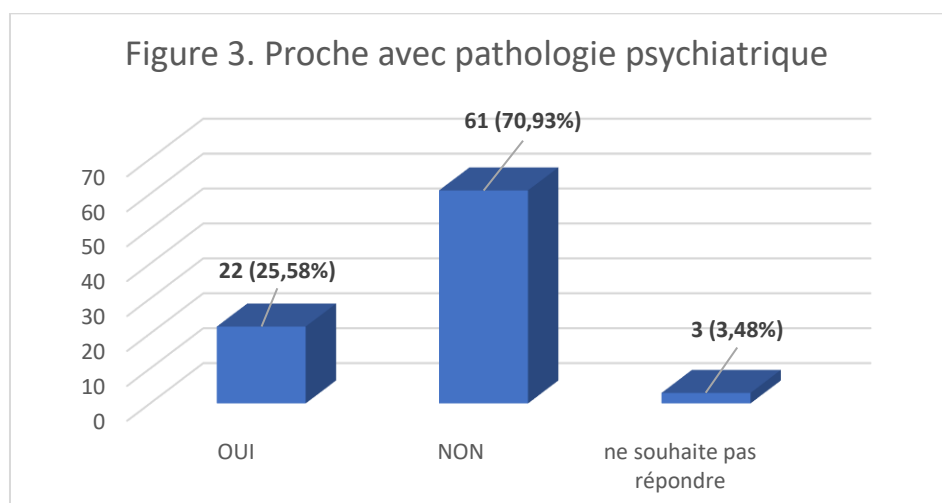
2.1 Expérience et formation

70,93 % des médecins généralistes rapportaient n'avoir aucune expérience en milieu psychiatrique. Les chiffres étaient du même ordre pour la participation à une Formation Médicale Continue (FMC) en lien avec la psychiatrie : 65,12 % d'entre eux disaient n'avoir jamais assisté à ce type de formation.



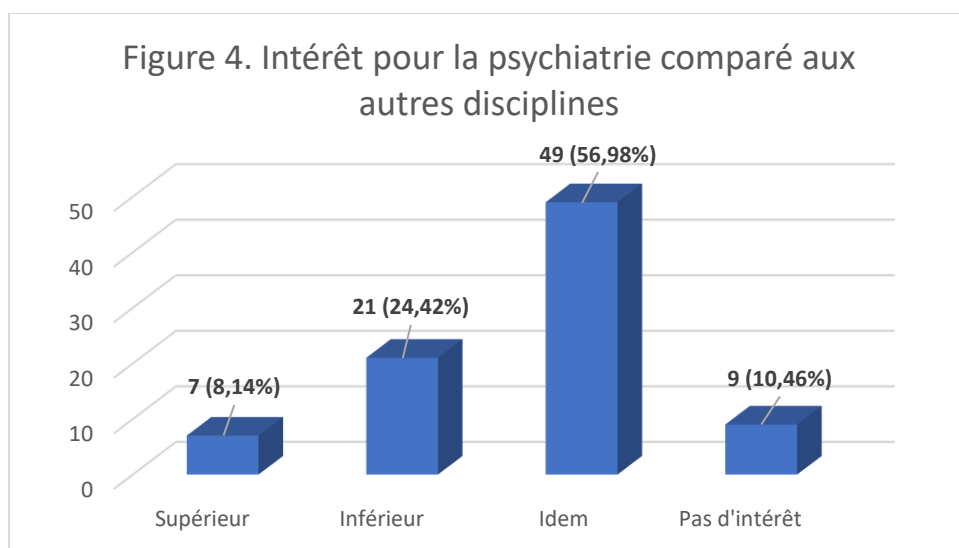
2.2 Histoire personnelle

Plus d'un quart des praticiens déclaraient connaître un proche présentant, ou ayant présenté, une pathologie psychiatrique (25,52 %).



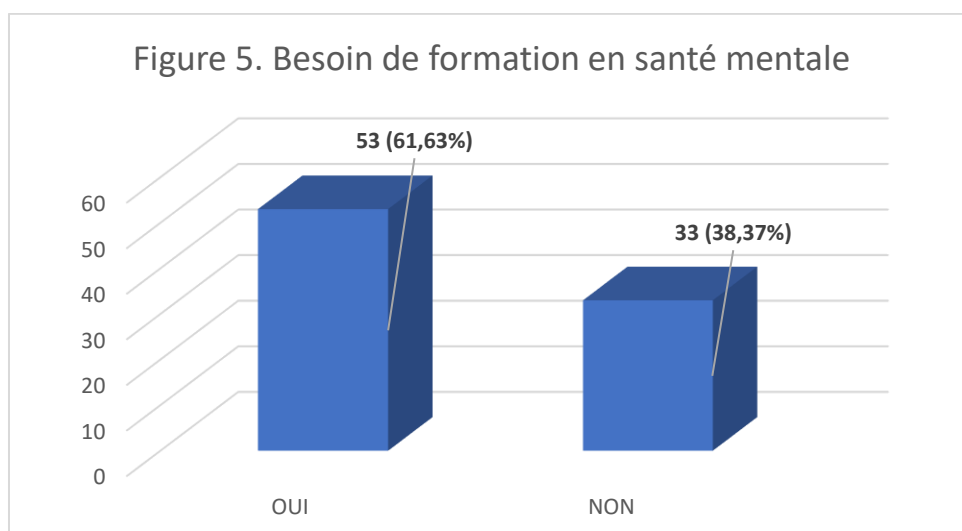
2.3 Intérêt pour la psychiatrie

La majorité des médecins généralistes (56,98%) avait un intérêt pour la psychiatrie identique aux autres spécialités tandis que 10,46 % d'entre eux déclaraient n'avoir aucun intérêt pour la discipline.



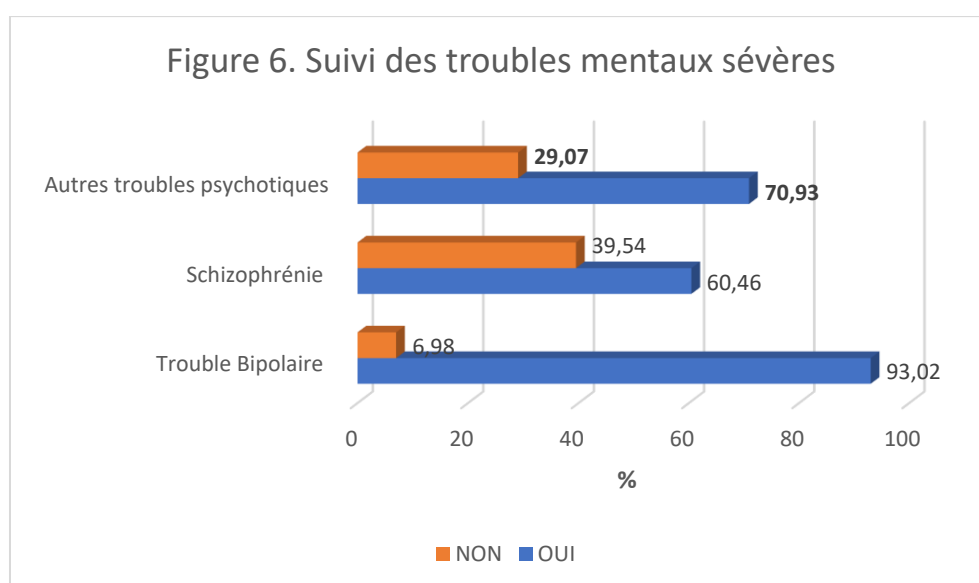
2.4 Besoin de formation en santé mentale

Ce besoin était exprimé par plus de six médecins généralistes sur dix.



2.5 Suivi des troubles sévères

Les médecins généralistes disaient suivre, dans leur grande majorité, des patients bipolaires (93,02 %). Les chiffres étaient moins importants pour les schizophrènes (55,9 %) et pour les troubles psychotiques (65,59%).



III. OBJECTIF PRINCIPAL : ETUDE DES REPRESENTATIONS DE LA PSYCHIATRIE CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES DE L'OISE

1. ANALYSE DESCRIPTIVE

1.1 Positionnement sur la psychiatrie

Plus d'un quart des répondants (25,58 %) jugeaient la psychiatrie sans avenir et un tiers des praticiens (32,56 %) ne la trouvaient pas aussi scientifique que les autres spécialités. Toutefois, ils n'étaient qu'un dixième (11,63%) à contester son enseignement à l'université. 36 % des répondants jugeaient les traitements médicamenteux psychiatriques « pas aussi efficaces que ceux des autres spécialités ».

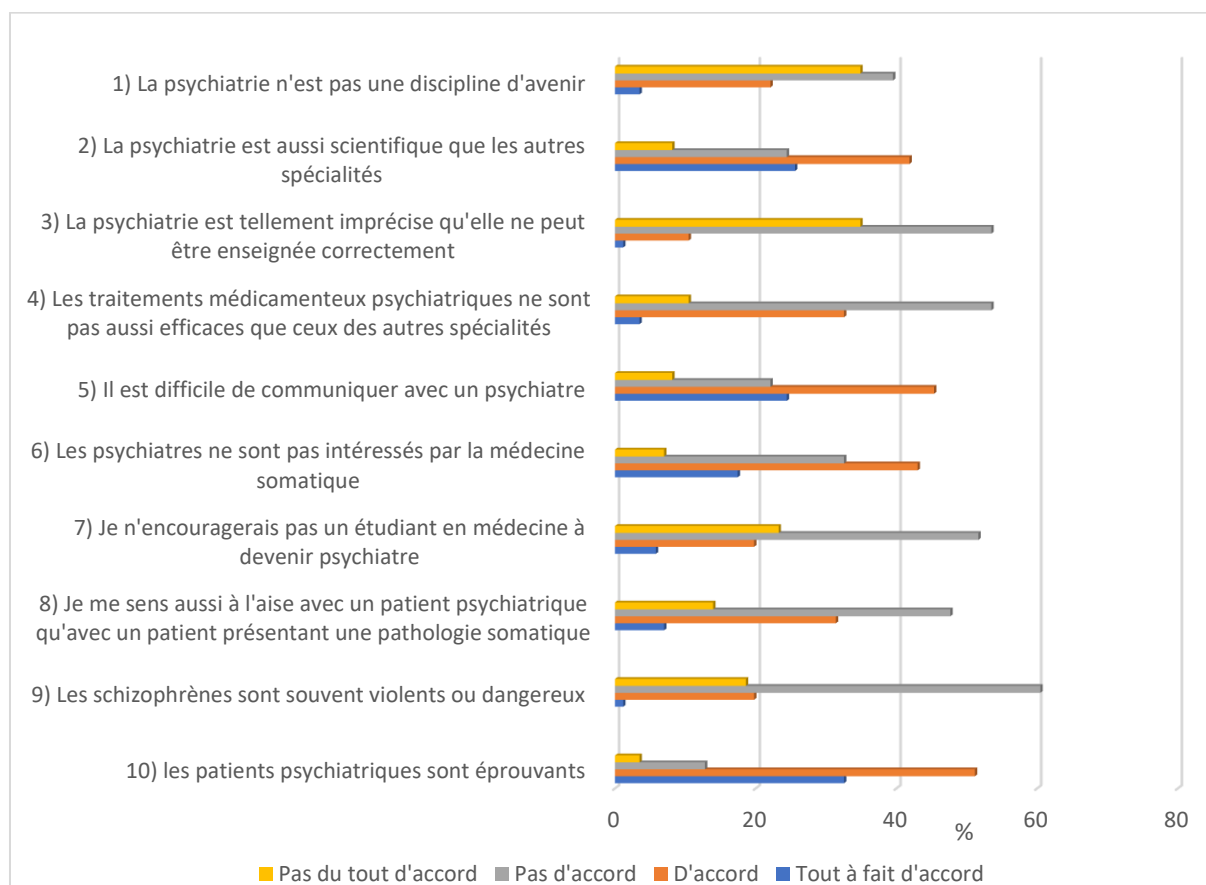
1.2 Positionnement sur les psychiatres

Concernant les psychiatres, les représentations étaient bien plus négatives : 69,77 % des médecins généralistes (dont 24,4 % de « tout à fait d'accord ») jugeaient la communication difficile avec ces derniers. De la même manière, 60,46 % estimaient que les psychiatres « n'étaient pas intéressés par la médecine somatique ». Plus d'un quart « n'encourageraient pas un étudiant en médecine à devenir psychiatre » (25,58 %).

1.3 Positionnement sur les patients présentant des troubles psychiatriques

Six médecins généralistes sur dix disaient ne pas se sentir aussi à l'aise avec un patient psychiatrique (61,63 %) tandis que plus d'un cinquième (20,93%) jugeaient les schizophrènes « souvent violents ou dangereux ». Enfin, 83,72 % des praticiens (dont 32,56% « tout à fait d'accord ») estimaient ces patients « éprouvants ». Ce score constituait la plus forte adhésion parmi tous les items.

Figure 7. Positionnement des MG selon les différentes représentations en santé mentale



2. ANALYSE COMPARATIVE

2.1 Selon le genre

Pour l'item 9, 28,84 % des hommes jugeaient les schizophrènes souvent « violents ou dangereux » contre 8,82 % des femmes ($p = 0.03$).

Pour l'item 7, 14,7 % des femmes « n'encourageraient pas un étudiant en médecine à devenir psychiatre » contre 32,7 % des hommes ($p = 0,07$).

Sexe	Tout à fait d'accord Tafa % (N)	D'accord A % (N)	Pas d'accord PA % (N)	Pas du tout d'accord PADA % (N)
------	--	------------------------	-----------------------------	--

1-La psychiatrie n'est pas une discipline d'avenir :

Hommes	5,77 % (3)	21,15% (11)	44,23% (23)	28,85 % (15)	$p = 0,80$
Femmes	0	23,53% (8)	32,35% (11)	42,12% (15)	

2-La psychiatrie est aussi scientifique que les autres spécialités :

Hommes	17,31% (9)	48,08% (25)	28,85% (15)	5,77% (3)	$p = 0.64$
Femmes	38,24% (13)	32,35% (11)	17,65% (6)	11,76% (4)	

3-La psychiatrie est tellement imprécise qu'elle ne peut être enseignée correctement :

Hommes	1,92% (1)	7,69% (4)	55,77% (29)	34,62% (18)	$p = 0,51$
Femmes	0	14,71% (5)	50% (17)	35,29% (12)	

4-Les traitements médicamenteux psychiatriques ne sont pas aussi efficaces que ceux des autres spécialités :

Hommes	5,77% (3)	28,85% (15)	55,72% (29)	9,62% (5)	$p = 0,82$
Femmes	0	38,24% (13)	50% (17)	11,76% (4)	

	TAFA % (N)	A% (N)	PA% (N)	PADA% (N)
--	------------	--------	---------	-----------

5-Il est difficile de communiquer avec un psychiatre :

Hommes	19,23% (10)	51,92% (27)	21,15% (11)	7,69% (4)	$p = 0,81$
Femmes	32,35% (11)	35,29% (12)	23,53% (8)	8,82% (3)	

6-Les psychiatres ne sont pas intéressés par la médecine somatique :

Hommes	15,38% (8)	44,23% (23)	32,69% (17)	7,69% (4)	$p = 0,32$
Femmes	20,59% (7)	41,18% (14)	32,35% (11)	5,88% (2)	

7-Je n'encouragerais pas un étudiant en médecine à devenir psychiatre :

Hommes	7,69% (4)	25% (13)	44,23% (23)	23,08% (12)	$p = 0,07$
Femmes	5,88% (2)	8,82% (3)	61,76% (21)	23,53% (8)	

8-Je me sens aussi à l'aise avec un patient psychiatrique qu'avec un patient présentant une pathologie somatique :

Hommes	3,85% (2)	32,69% (17)	50% (26)	13,46% (7)	$p = 0,82$
Femmes	11,76% (4)	29,41% (10)	44,12% (15)	14,71% (5)	

9-Les schizophrènes sont souvent violents ou dangereux :

Hommes	1,92% (1)	26,92% (14)	59,62% (31)	11,54% (6)	$p = 0,03$
Femmes	0	8,82% (3)	61,76% (21)	29,41% (10)	

10-Les patients psychiatriques sont éprouvants

Hommes	32,69% (17)	53,85% (28)	11,54% (6)	1,92% (1)	$p = 0,39$
Femmes	32,35% (11)	47,06% (16)	14,71% (5)	5,88% (2)	

2.2 Selon l'expérience en psychiatrie

Pour l'item 4, 45,9 % des médecins généralistes sans expérience en milieu psychiatrique jugeaient les traitements médicamenteux moins efficaces que ceux des autres spécialités. Ils n'étaient que 12% chez les médecins généralistes ayant une expérience dans ce milieu ($p = 0.003$).

Pour l'item 5, les trois quarts des médecins généralistes sans expérience (77,1 %) estimaient qu'il était difficile de communiquer avec les psychiatres contre la moitié (52 %) des médecins généralistes avec expérience ($p = 0.04$).

Pour l'item 8, un tiers (33,1 %) des médecins généralistes sans expérience se disaient « aussi à l'aise avec un patient psychiatrique » contre plus de la moitié (56 %) des médecins qui en déclaraient une ($p = 0.049$).

Pour l'item 10, 95,08 % des médecins généralistes sans expérience en milieu psychiatrique jugeaient ces patients « éprouvants » contre 56 % des médecins généralistes ayant une expérience dans ce milieu ($p < 0.001$).

Expérience	TAFA % (N)	A % (N)	PA % (N)	PADA % (N)
------------	------------	---------	----------	------------

1-La psychiatrie n'est pas une discipline d'avenir :

OUI	0	16% (4)	40% (10)	44% (11)	$p = 0,28$
NON	4,92% (3)	24,59% (15)	39,34% (24)	31,15% (19)	

2-La psychiatrie est aussi scientifique que les autres spécialités :

OUI	36,00% (9)	44,00% (11)	16,00% (4)	4,00% (1)	$p = 0,13$
NON	21,31% (13)	40,98% (25)	27,87% (17)	9,84% (6)	

Expérience	TAFA % (N)	A % (N)	PA % (N)	PADA % (N)
------------	------------	---------	----------	------------

3-La psychiatrie est tellement imprécise qu'elle ne peut être enseignée correctement :

OUI	4,00% (1)	4,00% (1)	40,00% (10)	52,00% (13)	$p = 0.72$
NON	0	13,11% (8)	59,02% (36)	27,87% (17)	

4-Les traitements médicamenteux psychiatriques ne sont pas aussi efficaces que ceux des autres spécialités :

OUI	4,00% (1)	8,00% (2)	68,00% (17)	20,00% (5)	$p = 0.003$
NON	3,28% (2)	42,62% (26)	47,54% (29)	6,56% (4)	

5-Il est difficile de communiquer avec un psychiatre :

OUI	16,00% (4)	36,00% (9)	32,00% (8)	16,00% (4)	$p = 0.04$
NON	27,87% (17)	49,18% (30)	18,03% (11)	4,92% (3)	

6-Les psychiatres ne sont pas intéressés par la médecine somatique :

OUI	12,00% (3)	44,00% (11)	36,00% (9)	8,00% (2)	$p = 1$
NON	19,67% (12)	42,62% (26)	47,54% (29)	6,56% (4)	

7-Je n'encouragerais pas un étudiant en médecine à devenir psychiatre :

OUI	8,00% (2)	8,00 % (2)	48,00% (12)	36,00% (9)	$p = 0.18$
NON	4,92% (3)	27,87% (17)	49,18% (30)	18,03% (11)	

Expérience	TAFA % (N)	A % (N)	PA % (N)	PADA % (N)
------------	------------	---------	----------	------------

8-Je me sens aussi à l'aise avec un patient psychiatrique qu'avec un patient présentant une pathologie somatique :

OUI	12,00 (3)	44,00% (11)	40,00% (10)	4,00% (1)	<i>p</i> = 0.049
NON	4,92% (3)	26,23% (16)	50,82% (31)	18,03% (11)	

9-Les schizophrènes sont souvent violents ou dangereux :

OUI	0	16,00% (4)	48,00% (12)	36,00% (9)	<i>p</i> = 0.56
NON	1,64% (1)	21,31% (13)	65,57% (40)	11,48% (7)	

10-Les patients psychiatriques sont éprouvants

OUI	16,00% (4)	40,00% (10)	36,00% (9)	8,00% (2)	<i>p</i> < 0.001
NON	39,34% (24)	55,74% (34)	3,28% (2)	1,64% (1)	

2.3 Selon l'histoire personnelle

Pour l'item 8, 51 % des praticiens témoignant d'une proximité avec une personne présentant, ou ayant présenté, des troubles mentaux répondaient se sentir « aussi à l'aise avec un patient psychiatrique » contre 34,4 % des praticiens sans proximité déclarée. (*p* = 0.21).

Pour l'item 5, 50 % des praticiens témoignant d'une proximité avec une personne présentant, ou ayant présenté, des troubles mentaux jugeaient la communication avec un psychiatre difficile contre 75,4% des praticiens sans proximité déclarée (*p* = 0,11).

Proche	TAFA % (N)	A % (N)	PA % (N)	PADA % (N)
--------	------------	---------	----------	------------

1-La psychiatrie n'est pas une discipline d'avenir :

OUI	0	13,64% (3)	45,45% (10)	40,91% (9)	$p = 0.09$
NON	4,92% (3)	24,59% (15)	39,34% (24)	31,15% (19)	

2-La psychiatrie est aussi scientifique que les autres spécialités :

OUI	40,91% (9)	36,36% (8)	22,73% (5)	0	$p = 0,20$
NON	19,67% (12)	44,26% (27)	26,23% (16)	9,84% (6)	

3-La psychiatrie est tellement imprécise qu'elle ne peut être enseignée correctement :

OUI	4,55% (1)	4,55% (1)	54,55% (12)	36,36% (8)	$p = 1$
NON	0	13,11% (8)	52,46% (32)	34,43% (21)	

4-Les traitements médicamenteux psychiatriques ne sont pas aussi efficaces que ceux des autres spécialités :

OUI	4,55% (1)	22,73% (5)	54,55% (12)	18,18% (4)	$p = 0,49$
NON	3,28% (2)	36,07% (22)	54,10% (33)	6,56% (4)	

5-Il est difficile de communiquer avec un psychiatre :

OUI	18,18% (4)	31,82% (7)	31,82% (7)	18,18% (4)	$p = 0.11$
NON	26,23% (16)	49,18% (30)	19,67% (12)	4,92% (3)	

Proche	TAFa % (N)	A % (N)	PA % (N)	PADA % (N)
--------	------------	---------	----------	------------

6-Les psychiatres ne sont pas intéressés par la médecine somatique :

OUI	4,55% (1)	45,45 % (10)	31,82% (7)	18,18% (4)	$p = 0,33$
NON	22,95% (14)	39,34 % (24)	34,43% (21)	3,28 % (2)	

7-Je n'encouragerais pas un étudiant en médecine à devenir psychiatre :

OUI	4,55% (1)	18,18% (4)	45,45% (10)	31,82% (7)	$p = 1$
NON	4,92% (3)	19,67% (12)	55,74% (34)	19,67% (12)	

8-Je me sens aussi à l'aise avec un patient psychiatrique qu'avec un patient présentant une pathologie somatique :

OUI	4,55% (1)	45,45% (10)	50,00% (11)	0	$p = 0.21$
NON	8,20% (5)	26,23% (16)	45,90% (28)	19,67% (12)	

9-Les schizophrènes sont souvent violents ou dangereux :

OUI	0	13,64% (3)	54,55% (12)	31,82 % (7)	$p = 0,54$
NON	1,64% (1)	21,31% (13)	62,30% (38)	14,75% (9)	

10-Les patients psychiatriques sont éprouvants :

OUI	18,18% (4)	54,55% (12)	27,73% (5)	4,55% (1)	$p = 0,18$
NON	39,34% (24)	47,54% (29)	9,84% (6)	3,28% (2)	

3. ANALYSE COMPARATIVE SELON LE SCORE MOYEN DES REPRESENTATIONS

3.1 Selon le genre

Les femmes avaient un score moyen des représentations inférieur aux hommes : **23 vs 24,13**.

On ne retrouvait pas de différence significative ($p = 0.37$; $dl = 66,95$).

Tableau 4. Scores moyens obtenus selon le genre à l'inclusion

	N	Moyenne (écart-type)
Hommes	52	24,13 (5,43)
Femmes	34	23,00 (5,85)

3.2 Selon l'expérience en psychiatrie

Les médecins généralistes ayant une expérience en milieu psychiatrique obtenaient un score moyen des représentations plus bas que les autres.

La différence était significative : **20,92 vs 24,82** ($p = 0.005$; $dl = 41,70$).

Tableau 5. Scores moyens obtenus selon l'expérience en milieu psychiatrique

	N	Moyenne (écart-type)
Oui	25	20,92 (5,63)
Non	61	24,82 (5,21)

3.3 Selon l'histoire personnelle

Les médecins généralistes connaissant un proche présentant ou ayant présenté une pathologie mentale avaient un score moyen significativement plus bas que les autres.

La différence était significative : **21,41 vs 24,46** ($p = 0.03$; $dl = 37,87$).

Tableau 6. Scores moyens obtenu selon la présence d'un proche présentant, ou ayant présenté, une pathologie psychiatrique

	N	Moyenne (écart-type)
Oui	22	21,41 (5,44)
Non	61	24,46 (5,55)

IV. OBJECTIF SECONDAIRE : EVALUATION DE LA COLLABORATION AVEC LES PSYCHIATRES DE SECTEUR ET DES OBSTACLES A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES

1. ETAT DE LA COLLABORATION AVEC LES PSYCHIATRES DE SECTEUR

1.1 Qualité de la coopération avec les psychiatres de secteur

84,88% des interrogés jugeaient la coopération avec les psychiatres de secteur « insatisfaisante » et près des trois quarts ne la trouvaient pas structurée. Moins de 20% des répondants la disaient efficiente. La majorité des médecins généralistes (54,65% dont 19,77% « tout à fait d'accord) décrivait cette coopération, comme inexistante.

1.2 Causes des difficultés de collaboration avec les psychiatres de secteur

La proposition recueillant le plus d'adhésion pour expliquer la complexité de la coopération avec les psychiatres de secteur était celle des « délais de rendez-vous » (93,02 %).

La grande majorité citait ensuite « l'absence de compte rendu d'hospitalisation ou de courrier de suivi » (83,72 %) et « l'indisponibilité des psychiatres au téléphone » (73,25 %). Le fonctionnement de la psychiatrie de secteur semblait être connu et compris de la plupart des praticiens : seuls 35,35% d'entre eux avançaient la méconnaissance de son fonctionnement comme une cause de difficulté de collaboration.

Figure 8. Qualité de la collaboration avec les psychiatres de secteur

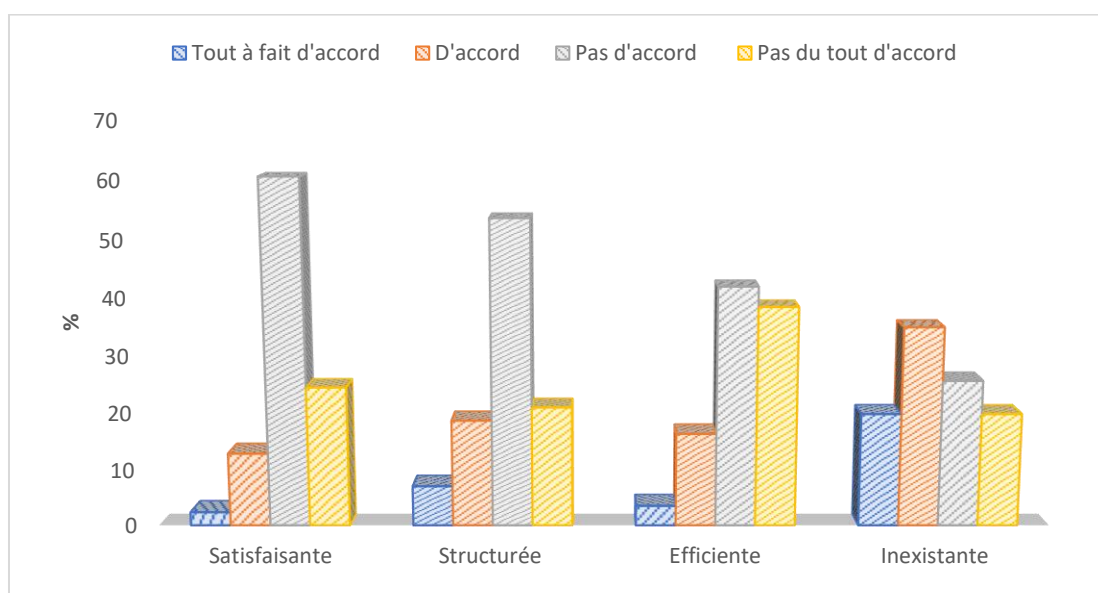
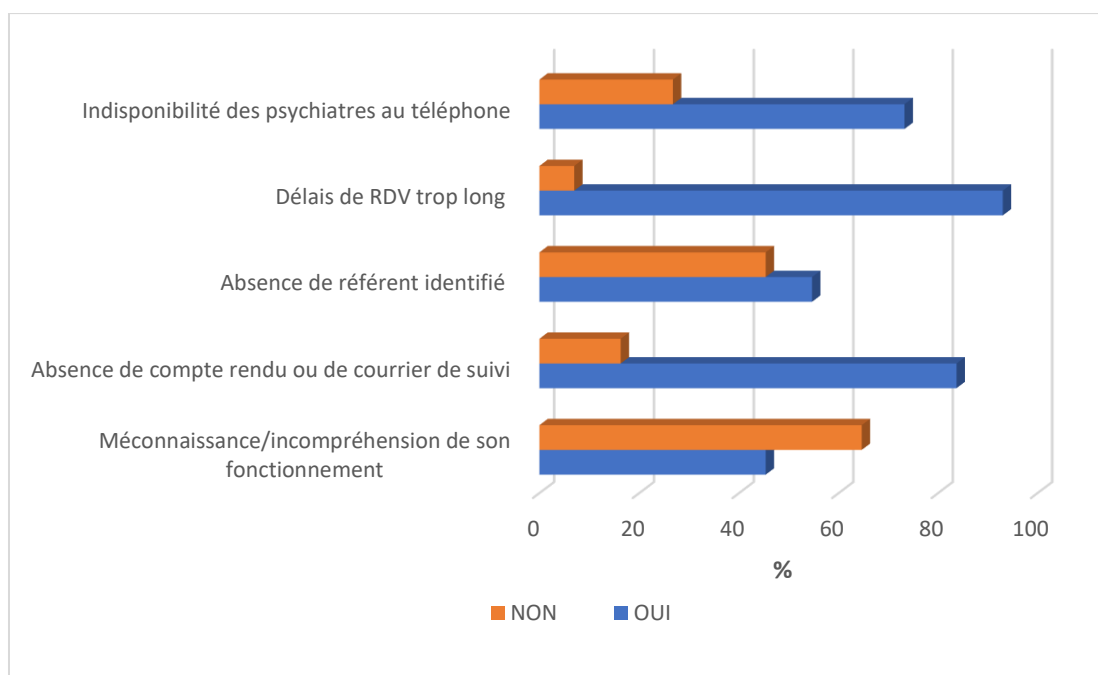


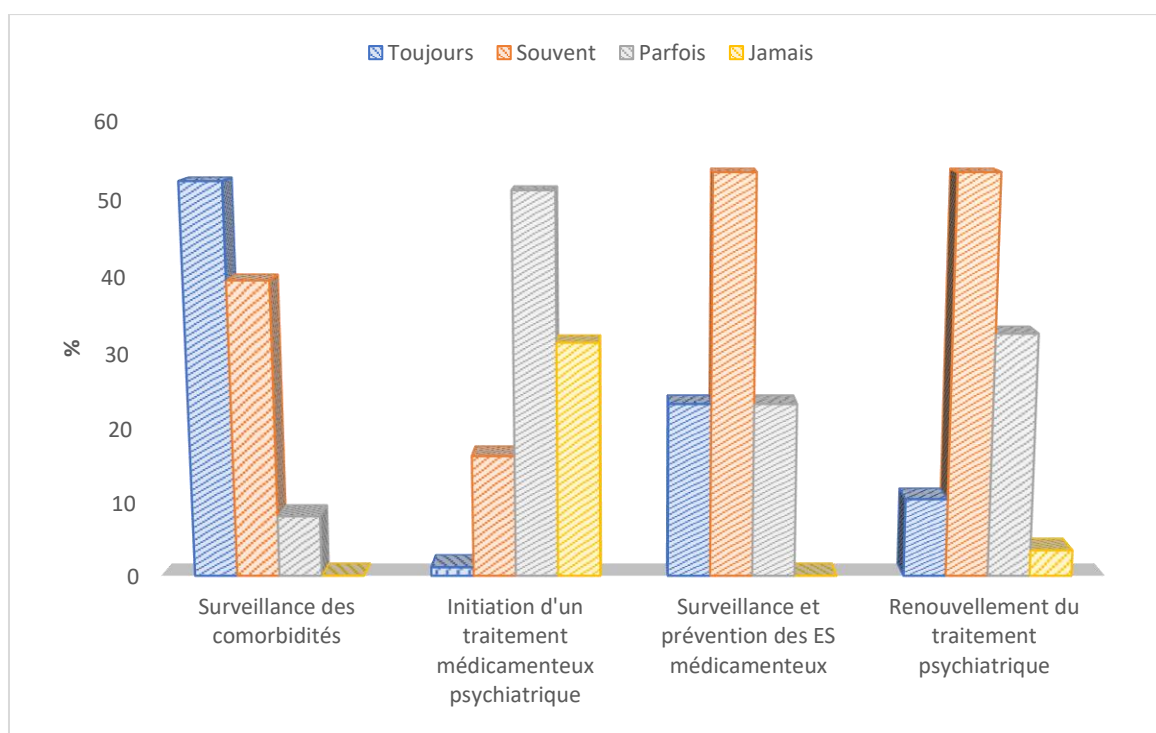
Figure 9. Causes des difficultés de collaboration avec les psychiatres de secteur



1.3 Niveau d'implication dans la prise en charge des patients conjoints

La surveillance des comorbidités somatiques était systématique ou fréquente chez plus de 90 % des médecins généralistes (52,33 % « toujours »). La prévention des effets secondaires médicamenteux était assurée fréquemment par 53,49 % des répondants et 25,25 % disaient l'effectuer de façon systématique. Le renouvellement du traitement psychiatrique était rare pour 32,56% des généralistes. Concernant l'introduction d'un psychotrope : un tiers des praticiens disaient ne jamais en initier chez ces patients et la majorité ne le faisait que ponctuellement (51,17% « parfois »).

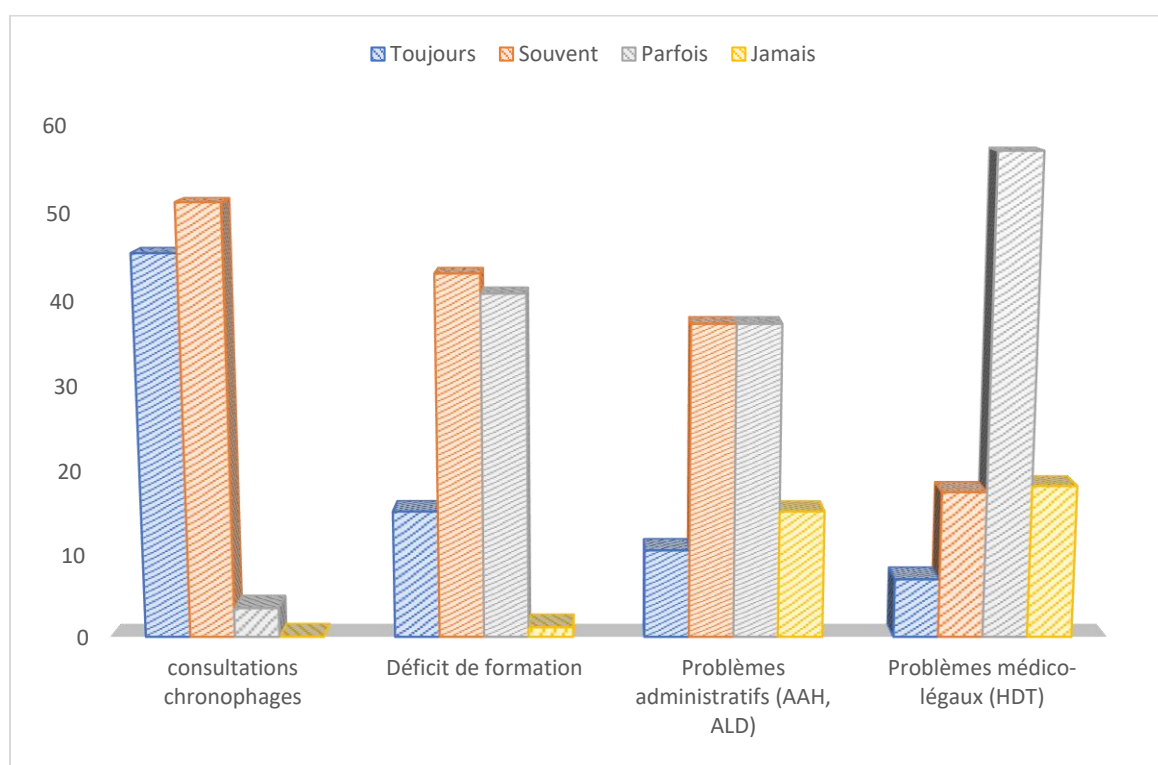
Figure 10. Fréquence d'Implication des MG dans la prise en charge des patients conjoints



2. OBSTACLES A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS PSYCHIATRIQUES

La quasi-totalité voyait le « caractère chronophage » des consultations comme un obstacle systématique ou fréquent (45,35 % « toujours » et 51,16 % « souvent »). Ils étaient plus de la moitié à ressentir souvent ou systématiquement un déficit de formation devant ce type de patient (15,1 % « toujours » et 43,02 % « souvent »). Les chiffres étaient plus partagés pour la problématique administrative, mais plus d'un tiers des médecins généralistes disaient avoir souvent des difficultés pour remplir les formulaires de prise en charge à 100 % (ALD23) ou d'Allocation Adulte Handicapé (AAH). Concernant la question médico-légale, notamment les hospitalisations sous contrainte, 56,98 % déclaraient n'y avoir fait face que de façon ponctuelle et 18,16% à aucun moment.

Figure 11. Fréquence des différents obstacles à la prise en charge des patients psychiatriques



V. COMMENTAIRES LIBRES

- « L'indisponibilité des psychiatres de secteur m'oblige à appeler les urgences psychiatriques pour des avis ou parfois à adresser le patient faute de mieux ».
- « Je consacre des plages horaires en fin de journée pour les patients psychiatriques ».
- « Les psychiatres ne prennent pas en compte les comorbidités, notamment les facteurs de risques cardiovasculaires. Manque de suivi sur la tolérance des traitements.
- A propos de la psychiatrie : « absence de progrès notables depuis 20 ans », « imprécision diagnostique » et « flou des entités cliniques ».
- « Encore difficile de faire accepter aux patients de consulter un psychiatre ».

DISCUSSION

I. RESULTATS

1. INSUFFISANCE DE LA FORMATION EN SANTE MENTALE

Les résultats de cette étude montraient qu'une minorité de médecins généralistes exerçant dans l'Oise a bénéficié d'une expérience en milieu psychiatrique, que ce soient des vacances ou un stage d'internat. Les chiffres étaient du même ordre pour la participation à une FMC en lien avec la santé mentale. Près des trois quarts disaient ne pas connaître suffisamment les recommandations de suivi du syndrome métabolique chez un patient sous neuroleptiques (70,9 %). Pourtant, la majorité avait un intérêt pour la discipline comparable à celui des autres spécialités, ce qui va à l'encontre des idées reçues. Ils étaient logiquement une majorité à ressentir un besoin de formation en santé mentale dans cette enquête.

La quasi-totalité des répondants suivait des patients bipolaires. Les chiffres étaient moins importants pour les schizophrènes (55,9%) et les autres troubles psychotiques (65,59%) mais ils révélaient que les médecins généralistes du département étaient régulièrement confrontés à la prise en charge de patients présentant des troubles mentaux sévères.

2. PREDOMINANCE DES REPRESENTATIONS NEGATIVES SUR LES PSYCHIATRES ET LES PATIENTS PSYCHIATRIQUES

Les représentations en santé mentale des médecins généralistes de l'Oise étaient globalement négatives. Cette tendance prédominait nettement sur l'image des psychiatres eux-mêmes mais aussi sur les patients présentant des troubles mentaux.

Ainsi, la grande majorité pensait qu'il était difficile d'échanger avec un psychiatre et jugeait leurs connaissances médicales limitées. Des commentaires évoquaient la non prise en compte des comorbidités, notamment les facteurs de risques cardiovasculaires, et un manque de suivi sur la tolérance des traitements.

Pour la perception des patients psychiatriques, le stéréotype sur le caractère fréquemment violent et dangereux des schizophrènes concernait un cinquième des répondants. Cette association systématique entre maladie mentale et violence va à l'encontre des données

disponibles : dans les pays industrialisés, les malades mentaux seraient responsables de 2 à 5% des homicides mais leur caractère spectaculaire et leur importante médiatisation contribuent à la méconnaissance de ces maladies (22). D'ailleurs, les patients souffrant de schizophrénie et d'autres maladies mentales sont plus souvent victimes de violence (22).

Les médecins généralistes se sentaient majoritairement moins à l'aise pour mener une consultation avec un patient présentant des troubles mentaux. Plus éloquent, ces derniers étaient jugés « éprouvants » par 8 médecins généralistes sur 10.

Plus d'un tiers des répondants n'accordaient pas à la psychiatrie le même crédit scientifique qu'aux autres spécialités. Un quart des médecins généralistes considéraient qu'elle n'avait pas d'avenir. Parmi les arguments avancés en commentaires libres, des médecins généralistes lui reprochaient « l'absence de progrès notables depuis 20 ans », « l'imprécision diagnostique » et « le flou des entités cliniques ».

3. IMPACT POSITIF DE L'EXPERIENCE EN PSYCHIATRIE ET DE L'HISTOIRE PERSONNELLE

L'expérience professionnelle en milieu psychiatrique et la proximité avec une personne présentant, ou ayant présenté, une pathologie mentale étaient associées à une moindre attitude stigmatisante et à des représentations en santé mentale plus favorables. Les médecins généralistes rapportant une expérience avaient, en proportion, une meilleure image des psychiatres, des patients psychiatriques, et de l'efficacité des traitements médicamenteux.

Les praticiens qui rapportaient l'existence d'une pathologie psychiatrique (actuelle ou passée) chez un proche avaient tendance à se sentir plus à l'aise avec les patients présentant des troubles mentaux et émettaient moins de réserve sur la communication avec les psychiatres.

On ne retrouvait pas de différence significative entre les hommes et les femmes au niveau du score des représentations. Toutefois, les femmes avaient une image plus favorable des schizophrènes et elles encourageraient davantage un étudiant à devenir psychiatre.

4. MEDECINS GENERALISTES-PSYCHIATRES DE SECTEUR : UNE COLLABORATION A AMELIORER

La collaboration entre les médecins généralistes de l'Oise et les psychiatres de secteur est à améliorer. Elle était jugée insatisfaisante, non structurée et inefficace chez plus de 80 % des répondants. Le qualificatif d « inexistante » était même attribué par la majorité des praticiens. Parmi les causes avancées, celles liées aux moyens de communication entre professionnels : « l'absence de compte rendu d'hospitalisation ou de courrier de suivi » et « l'indisponibilité des psychiatres au téléphone » étaient fortement mises en avant. « L'importance des délais de rendez-vous » était citée par la quasi-totalité des praticiens. Cette situation peut s'expliquer par la multiplication des missions des CMP, les files actives surchargées et le manque de moyens humains. Pour autant, la majorité semblait connaître et comprendre le fonctionnement de la psychiatrie de secteur.

Les médecins généralistes semblaient impliqués dans la prise en charge des patients suivis conjointement avec leurs collègues psychiatres, en particulier pour la surveillance des comorbidités. Rappelons que les troubles mentaux sévères, notamment la schizophrénie et la bipolarité, sont associés à une morbi-mortalité plus importante qu'en population générale. L'exception concernait l'initiation d'un psychotrope. Plus de 80 % des répondants ne le faisaient que ponctuellement ou jamais. Ce constat renvoie à d'autres résultats : le déficit de formation en santé mentale et le chiffre minoritaire des médecins généralistes témoignant d'une expérience en psychiatrie. Ils pourraient expliquer l'appréhension à modifier le traitement et la crainte de faire décompenser un patient.

Interrogés sur les obstacles à la prise en charge de ces patients, ils mettaient en tête les « consultations chronophages » mais aussi le « déficit de formation ». Un commentaire libre évoquait aussi la difficulté pour les patients d'accepter de voir un psychiatre. La problématique administrative, bien que moins citée, est à prendre en compte car elle est source de tension, voire de défiance, à l'égard des psychiatres. Comparativement aux autres propositions, les médecins généralistes semblaient moins confrontés à la dimension médico-légale, notamment celle des hospitalisations sous contraintes. Toutefois, leur caractère urgent et complexe en font un obstacle très difficile à gérer.

II. COMPARAISON AVEC LA LITTERATURE

1. REPRESENTATIONS DE LA PSYCHIATRIE DANS LE MONDE MEDICAL

1.1 Représentations chez les confrères

Concernant l'étude des représentations, nos résultats rejoignaient ceux de Stuart et al (2015) d'où sont issues une partie de nos questions (20). Cette enquête internationale a été menée auprès de 1057 médecins-enseignants de 23 facultés européennes et asiatiques à partir d'un questionnaire comportant 37 items. La plupart des praticiens portaient un regard négatif sur la psychiatrie, les psychiatres et les patients. Parmi les résultats remarquables, plus de 90 % des interrogés considéraient que les psychiatres n'étaient pas de bons exemples pour les étudiants en médecine et 84 % que les patients psychiatriques ne pouvaient pas être traités en dehors de structures spécialisées. 73 % d'entre eux pensaient que les patients étaient émotionnellement éprouvants et 29% n'encourageraient pas un étudiant à devenir psychiatre. Contrairement à notre enquête, une différence était retrouvée sur le genre : les femmes avaient une perception statistiquement moins négative que les hommes. Pour l'expliquer, les auteurs avançaient la tendance masculine à considérer les problèmes mentaux comme de la faiblesse et de la vulnérabilité. Des différences significatives étaient également trouvées selon la spécialité, le genre, le pays et l'avancement en carrière. Les médecins urgentistes avaient plus de représentations négatives que les autres. La raison avancée était le profil particulier des patients psychiatriques rencontrés dans leur pratique (agressif, violent et suicidaire). Venaient ensuite les radiologues, les chirurgiens, les biologistes et les pédiatres dont les contacts avec des patients souffrant de troubles mentaux sont rares. Les enseignants de médecine en milieu et fin de carrière avaient des représentations moins négatives pouvant s'expliquer par un plus grand contact avec des étudiants et collègues qui avaient eu une maladie mentale. Enfin, des différences significatives existaient par pays, soulignant l'importance des facteurs culturels.

1.2 Représentations chez les étudiants en médecine

Depuis trois décennies, la stigmatisation de la psychiatrie par les étudiants en médecine a fait l'objet de publications multiples à travers le Monde. Elles ont constamment démontré qu'ils ne considéraient pas la psychiatrie comme un choix de carrière épanouissant (23).

Son caractère peu scientifique et le mauvais pronostic des patients étaient parmi les motifs les plus cités. Ils avançaient aussi la peur de la violence des patients, le doute sur l'efficacité des traitements, le manque de prestige de la spécialité et son exigence sur le plan émotionnel (23).

Dans une enquête publiée en 1986 dans le *British Medical Journal* (24), 449 étudiants en médecine de premier et deuxième cycle ont été interrogés sur leurs représentations de neuf spécialités médicales (radiologie, psychiatrie, anesthésie, anatomopathologie, gynécologie, pédiatrie, médecine interne, chirurgie, médecine générale). Le support d'étude était un questionnaire comportant 50 items, cotés de 1 à 5 selon une échelle de Lickert, avec calcul d'un score moyen pour chacun d'entre eux. Les résultats mettaient en évidence des représentations très négatives vis-à-vis de la psychiatrie comparativement aux autres spécialités. Elle était perçue comme la discipline la moins valorisante (statut le plus bas), la moins scientifique et la plus imprécise. Les psychiatres étaient jugés comme des praticiens à « la pensée floue », « faisant peu pour leur patient » et « instable émotionnellement ». L'image des traitements étaient fondamentalement négative. Paradoxalement, les patients psychiatriques étaient vu comme les plus intéressants.

1.3 Représentations dans les structures de santé mentale

Lauber et al. (2006) ont enquêté auprès de 1073 professionnels de santé mentale suisses (psychiatres, psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers) et 1737 citoyens afin d'évaluer leurs attitudes à l'égard de la maladie mentale et leurs réactions spécifiques à l'égard de patients présentant ou non des troubles psychiatriques (25). Il ressortait que les psychiatres avaient plus de stéréotypes que la population générale avec un score moyen de 3,49 sur l'échelle choisie contre 3,38 pour le grand public. Concernant les mesures de restriction aux malades mentaux (retrait du permis de conduire, restriction des droits civiques...), les professionnels de santé les acceptaient trois fois moins souvent que le grand public.

En 1998, l'enquête SOFRES « Images de la psychiatrie » traduisait, entre autres, les opinions des médecins généralistes sur la spécialité. Les caractéristiques négatives qu'ils associaient à la psychiatrie étaient le flou, l'opacité et le caractère inquiétant. La qualité perçue de la collaboration avec les psychiatres était en fin de liste par rapport aux autres spécialités

2. IMPACT DES STAGES CLINIQUES ET DE L'HISTOIRE PERSONNELLE SUR LES REPRESENTATIONS

2.1 Influence des stages cliniques sur les représentations

La plupart des études portant sur l'impact des stages cliniques en psychiatrie sur les représentations et les attitudes en santé mentale révélaient une influence positive (21). Shen et al. (2014) ont réalisé une enquête auprès de 325 étudiants chinois en 4^{ème} année de médecine, effectuant un stage de 8 semaines en psychiatrie (26). Deux questionnaires leur étaient soumis en début et fin de session. Les conclusions allaient dans le sens d'une amélioration significative des attitudes face à la maladie mentale mais une influence limitée dans le choix de carrière et de spécialité (21,26). Certaines études, moins nombreuses, montraient au contraire que ces représentations pouvaient être particulièrement résistantes aux changements même après un stage clinique en psychiatrie (20,21).

2.2 Influence de l'histoire personnelle sur les représentations

Il est communément admis que la proximité avec une personne souffrant d'une pathologie mentale est associée à une meilleure tolérance. Brockington et al. (1993) ont établi un lien entre des attitudes plus favorables, cet effet de proximité et le niveau socio-éducatif (27).

Dans sa thèse publiée en 2015 (21), le Docteur Nadège SIMON comparait l'évolution des attitudes envers la psychiatrie et la maladie mentale de deux groupes d'externes affectés à deux terrains de stage différents (neurologie et psychiatrie). A l'image de notre étude, la présence parmi les proches d'une personne présentant, ou ayant présenté, une pathologie mentale était associée à des attitudes plus favorables. La proportion d'étudiant dans cette situation était toutefois plus importante que pour notre travail sur les médecins généralistes (48,65 % dans le groupe psychiatrie et 44,23 % dans le groupe neurologie versus 25,58% dans notre enquête).

3. INFLUENCE CULTURELLE SUR LES REPRESENTATIONS

Il semblait intéressant d'évoquer les travaux analysant l'influence ethnoculturelle sur les représentations en santé mentale au sein du monde médical et en population générale.

3.1 Dans le monde médical

Hengartner et al. (2012) ont comparé l'attitude à l'égard des schizophrènes de professionnels de la santé mentale suisses et brésiliens, principalement psychiatres, psychologues et infirmiers, afin d'évaluer s'il existait un déterminant culturel (28). Les critères étaient le niveau de distance sociale (mesuré par une échelle spécifique) et l'acceptation des effets secondaires des traitements psychopharmacologiques. Respectivement 1073 et 1522 professionnels suisses et brésiliens ont participé à l'étude. Les professionnels suisses ont signalé une plus grande distance sociale à l'égard des schizophrènes que leurs homologues brésiliens et donc une attitude plus stigmatisante. À l'exception de la toxicomanie, les professionnels brésiliens étaient plus réticents à accepter les effets secondaires liés au traitement que leurs collègues suisses.

3.2 En population générale

Mautret et al (2013) ont tenté de déterminer si la pratique de l'Islam influençait le domaine des représentations sociales de la maladie mentale (29). Trois groupes d'études ont été constitués en se basant sur les données de l'enquête SMPG. Il s'avérait que la pratique religieuse influençait au moins en partie les représentations. La place dévolue au « fou » et au malade mental au sein de la société était davantage priorisée et il existait une meilleure disposition à l'accueil d'un proche malade. Ces données montraient la prégnance de la notion de communauté et de la culture de l'accueil, rattachées à la culture musulmane. Néanmoins, bien que nettement décrit dans la littérature, la place du magicoreligieux dans l'explication des troubles mentaux et celle des thérapies traditionnelles apparaissaient largement minoritaires.

4. INSUFFISANCES MAJEURES DE LA COLLABORATION MEDECIN GENERALISTE-PSYCHIATRE

La collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres a fait l'objet de rapports et de publications multiples pointant sa mauvaise qualité et ses insuffisances majeures (30). Un constat national et international qui allait dans le sens de nos conclusions. En France, le taux d'adressage des médecins généralistes vers les psychiatres était le plus bas parmi les six pays participant à l'enquête ESMED (31) (22% contre 55,1 % pour l'Italie, 52,8 % pour les Pays-Bas et 40,4 % pour l'Espagne). Le rapport de la Cour des Comptes portant sur le Plan de santé mentale 2005-2010 imputait ces insuffisances au manque de disponibilité ressenti et à l'absence de retour de la part du psychiatre (32,33).

Craven et al. (2002) ont fait état « du besoin d'amélioration de la relation entre la psychiatrie et les soins primaires » et du « manque de communication directe » dans une revue de littérature internationale (30,34).

Younes et al. (2005) ont tenté d'analyser les difficultés rencontrées par les généralistes dans la prise en charge des patients présentant des troubles mentaux (35). La possibilité d'obtenir un avis serait plus difficile que pour les autres spécialités (87,1 %) et la majorité disait avoir des relations plus difficiles avec les psychiatres (53,9 %). L'inadéquation de l'information et de la communication venant des médecins généralistes étaient identifiés comme un problème majeur par les psychiatres (30,36).

Dans une enquête réalisée auprès de 2076 médecins généralistes exerçant en France, Milleret et al. (2014) ont évalué la perception de la psychiatrie et les attitudes à l'égard des personnes ayant des troubles mentaux (37). 61 % des interrogés estimaient que l'offre de soin en psychiatrie a évolué ces dernières années mais pour la grande majorité d'entre eux (80 %), cette évolution s'est faite dans le sens d'une dégradation. La plupart des médecins généralistes (90%) déclaraient rencontrer des difficultés pour orienter un patient vers une prise en charge en santé mentale. Les délais d'attente et le manque de place étaient les deux principaux griefs (90 %) devant les problèmes de communication (71 %). Au niveau des patients, les médecins généralistes évoquaient la peur de la folie, le déni des troubles et la mauvaise image des structures de santé mentale. Pour l'orientation vers le système privé, le coût des psychothérapies était désigné comme le principal frein. A l'image de notre étude, les médecins généralistes se disaient rarement sollicités pour les mesures d'hospitalisation sous contrainte (70%).

Concernant les modalités de liaison, ils acceptaient que le premier entretien soit réalisé par un infirmier ou un psychologue mais les trois quarts dénonçaient l'absence de retour par courrier lorsqu'ils adressaient un patient.

La problématique des modes de communication entre professionnels est récurrente. Si les médecins généralistes pointent la mauvaise qualité des courriers voire leur absence pure et simple, les psychiatres font part de la médiocrité des informations partagées lorsqu'un patient est adressé (30).

La question des critères d'adressage est donc sous-jacente. Il semblerait que les médecins généralistes aient du mal à les définir clairement (30). L'adressage à un psychiatre se ferait davantage pour une prise en charge globale et non pour un avis diagnostique ou thérapeutique comme pour les autres spécialités. (38). De plus, ceux qui travailleraient étroitement avec les psychiatres auraient des attentes plus explicites (30,38).

La qualité de cette coopération est d'autant plus importante que les patients suivis appartiennent à une population fragile, à sur risque de morbi mortalité. On constate, par exemple, moins de ré hospitalisation dans le parcours de soin du patient quand le suivi ambulatoire est structuré en partenariat avec le médecin généraliste (30).

Les conséquences négatives de l'absence de coopération entre médecins généralistes et psychiatres font également consensus. On peut citer le retard de diagnostic, la confusion des rôles, les interruptions de soins, la non-compliance au traitement, la perte de confiance du patient et l'augmentation de l'iatrogénie (30).

III. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE

1. FORCES

- Pertinence dans le cadre de la recherche en médecine générale. Si la collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres a fait l'objet de nombreux travaux, les représentations en santé mentale ont été peu étudiées au sein des médecins généralistes de notre territoire.

- Faible coût lié principalement à l'impression des questionnaires papiers, à leur envoi postal et à l'exploitation du logiciel EXCEL®. L'utilisation de Google Form® et de BiostaTGV® était quant à elle gratuite.

2. LIMITES

- Biais de sélection :

D'une part sur le choix des médecins généralistes constituant l'échantillon qui n'a pas tenu compte d'une équitable répartition entre les différents secteurs du département. D'autre part, sur les médecins généralistes installés depuis très peu de temps : on peut supposer que les concernés n'ont pas expérimenté pleinement leur collaboration avec les psychiatres du secteur.

- Biais déclaratif :

A prendre en compte devant le caractère privé de la question 7 « Y-a-t-il, parmi vos proches, une personne présentant ou ayant présenté une pathologie psychiatrique ? ».

- Elaboration du questionnaire :

Pour la question portant sur les représentations, la mesure par une échelle de Lickert a pu engendrer un « biais de désirabilité sociale », un « biais de tendance centrale » (répondants hésitant à donner une réponse extrême « tout à fait d'accord » ou « pas du tout d'accord ») et un « biais d'acquiescement ». Nous avons tenté de les limiter par le choix d'une échelle à quatre degrés (pas de choix neutre) et en alternant les formulations positives et négatives.

- Analyse comparative :

L'élaboration du score n'a pas tenu compte du caractère davantage stigmatisant de certaines propositions ce qui a pu engendrer un biais de mesure.

CONCLUSION

Il ressort de ce travail de thèse que les représentations négatives en lien avec la santé mentale sont répandues chez les médecins généralistes de l'Oise et prédominent nettement sur l'image des psychiatres et des patients présentant des troubles mentaux. Elles semblent être impactées positivement par l'expérience en milieu psychiatrique et l'histoire personnelle des médecins généralistes. Ces représentations sont à remettre dans le contexte de la pratique quotidienne, notamment la complexité de la collaboration avec les psychiatres qui est concordante avec les études menées sur la question. Les principales causes avancées sont les problèmes de communication, notamment par courriers, et les difficultés pour orienter un patient (délai d'attente). Les médecins généralistes sont impliqués dans le suivi des patients psychiatriques mais ils évoquent un déficit de formation.

On retrouve des processus de stigmatisation au sein même des structures de soin et dans l'ensemble des professions du corps soignant qui restent imprégnés par l'inconscient collectif de la société. L'évolution des représentations sur la folie et la maladie mentale est le fruit d'une longue histoire faite d'avancée et de retours en arrière. Elle est liée à la progression des connaissances médicales mais aussi à la réflexion philosophique dans un contexte religieux, anthropologique et culturel propre à chaque communauté humaine.

Déjouer les préjugés et les stéréotypes sur la psychiatrie et la maladie mentale impliquerait que les médecins généralistes et les psychiatres aient une meilleure connaissance mutuelle de leurs disciplines. Cela passe par une amélioration de la formation à tous les stades du cursus universitaires et pendant l'exercice professionnel.

La possibilité d'un stage de psychiatrie obligatoire pendant le 2^{ème} cycle des études médicales ou pendant l'internat de médecine générale est intéressante mais semble difficile à mettre en œuvre (effectifs, faible nombre de terrains de stage). Pour y remédier, des stratégies comme les simulations de situation clinique pourraient être développées (39). Le Centre Hospitalier Universitaire d'Amiens est en pointe dans ce domaine avec l'espace SIMUSANTE. Dans les faits, la seule possibilité pour les internes de médecine générale de réaliser un stage dans un service de santé mentale est de le faire au cours du semestre libre. Sans compter qu'ils se voient souvent cantonnés au suivi somatique des patients (39). Il conviendrait de repenser ces stages pour les intégrer pleinement dans la prise en charge psychiatrique au sein des CMP ou en milieu hospitalier. C'est la démarche engagée par le Docteur BOITARD et l'unité FITZ-JAMES V au

CHI de Clermont. Des auteurs ont proposé des objectifs ciblés pour la formation des internes de médecine générale en service de psychiatrie (39) :

- Conduites à tenir pour les situations d'urgence (crise suicidaire, syndrome délirant aigu, état maniaque, etc.) et stratégies d'orientation.
- Gestion des psychotropes.
- Modalités et indications d'une hospitalisation sous contrainte.
- Connaissance de la filière de soins (fonctionnement en secteur...) et des ressources dans le champ du handicap psychique.
- Dépistage des pathologies et situations nécessitant une prise en charge spécialisée.
- Dépistage des signes de décompensation chez un patient souffrant d'une pathologie psychiatrique chronique.

Ces objectifs pourraient également servir de socle pour la formation médicale continue des médecins généralistes en exercice.

Enfin, de nombreuses solutions ont été proposées pour optimiser la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres. Le courrier-type mis en place par l'établissement public de santé mentale de l'agglomération lilloise, est un bon exemple (8). On peut citer aussi les soins partagés mais ces dispositifs ne sont pas toujours généralisables à l'échelle nationale et doivent prendre en compte les ressources et organisations propres à chaque territoire (30). Une amélioration de l'offre de soin en première ligne fait également l'objet de réflexion avec l'idée de permanences psychiatriques au sein des maisons de santé pluridisciplinaires (37).

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Américan Psychiatric Association. DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2015.
- 2- Agence National de sécurité du médicament et des produits de Santé. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. Paris : ANSM, 2017.
- 3- Inspection générale des affaires sociales. Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960. Paris : IGAS, 2017.
- 4- Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population général. Paris : DRESS, 2004.
- 5- Haute Autorité de Santé. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux État des lieux, repères et outils pour une amélioration. Paris : HAS, 2018
- 6- L'assurance maladie. Cartographie des pathologies et des dépenses. [En ligne]. <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/index.php>. [Consulté le 30 mars 2019]
- 7- Gallais JL. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. L'information psychiatrique 2014;5:323-329.
- 8- Jombart G. Que pensent les médecins généralistes lillois de l'utilisation d'un courrier-type, inspiré des recommandations d'adressage au psychiatre? Thèse de médecine : Université de Lille 2, 2015.
- 9- Fédération française de psychiatrie-Conseil National Professionnel de Psychiatrie. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Paris : FFP-CNFP, 2015.
- 10- Hardy Baylé MC, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? L'Information psychiatrique 2014;5:359-71.
- 11- Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques. L'offre de soins de psychiatrie dans les établissements de santé. Paris : DRESS, 2019.
- 12- Agence Régional de Santé Hauts-de-France. Diagnostic territorial partagé en santé mentale de l'Oise. Lille : ARS Hauts-de-France, 2018.

- 13- Jodelet D. Les représentations sociales. Paris : Presse universitaire de France, 1989.
- 14- Moscovici S. La psychanalyse, son image et son public. Paris : Presse universitaire de France, 1961.
- 15- Galand C, Salès-Wuillemin E. Apports de l'étude des représentations dans le domaine de la santé. *Sociétés* 2009;3:35-44.
- 16- Quétel C. Histoire de la folie de l'antiquité à nos jours. Paris : Editions Tallandier, 2012.
- 17- Bougerol T. Histoire de la psychiatrie. Cours : Université de Grenoble, 2011.
- 18- Roelandt JL, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale* 2010;5:7-13.
- 19- Giordana JY et al. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2010.
- 20- Stuart H, Sartorius N, Liinamaa T. Images of psychiatry and psychiatrists. *Acta Psychiatr Scand* 2015;131:21-28.
- 21- Simon N. Étude comparative de l'évolution des attitudes envers la psychiatrie et la pathologie psychiatrique chez des étudiants en médecine en stage en psychiatrie et en neurologie. Thèse de médecine : Université de Bordeaux, 2015.
- 22- Institut Montaigne. Prévention des maladies psychiatriques : pour en finir avec le retard français. Paris : 2014
- 23- Sebbane D. « Être psychiatre : clichés, réalités et perspectives » Résultats d'une enquête nationale française menée en 2013 sur la stigmatisation de la profession. Thèse de médecine : Université de Lille 2, 2014.
- 24- Furnham AF. Medical students' beliefs about nine different specialties. *British Medical Journal* 1986;293:1607-1610.
- 25- Lauber C, Nordt C, Braunschweig C, Rossler W. Do mental health professionals stigmatize their patients? *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2006;113:51-59.
- 26- Shen Y, Dong H, Fan X et al. What can the medical education do for eliminating stigma and discrimination associated with mental illness among future doctors? Effect of clerkship training on Chinese students'attitudes. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 2014;47:241-254.
- 27- Brockington IF, Hall P, Levings J et al. The community's tolerance of the mentally ill. *Br J Psychiatry* 1996;162:93-99.

- 28- Hengartner MP, Loch AA, Lawson FL et al . Attitudes of mental health professionals towards persons with schizophrenia: a transcultural comparison between Switzerland and Brazil. *Rev. psychiatr. clín.* 2012;39(4): 115-121.
- 29- Mautret É, Amad A, Genin M, Roelandt J-L, Benradia I, Thomas P. Représentation de la santé mentale en population musulmane d'après l'étude « Santé mentale en population générale » (SMPG). *L'Information psychiatrique* 2013;89:579-85
- 30- Hardy Baylé MC, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? *L'Information psychiatrique* 2014;5:359-71.
- 31- Lepine JP et al. Prévalence et comorbidités des troubles psychiatriques dans la population française : résultats de l'étude ESMed. *L'Encéphale* 2008;31(2):182-194.
- 32- Rouault C. Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres publiques dans une commune de l'Isère (France) en 2015: constats et phénomènes entrant en jeu dans le développement de la collaboration sur le terrain. Thèse de médecine : Université de Grenoble, 2015
- 33- Cour des Comptes. L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « santé mentale et psychiatrie » 2005-2010. [en ligne]
<https://www.ccomptes.fr/fr/publications/lorganisation-des-soins-psychiatriques>
[consulté le 23 mai 2019]
- 34- Craven MA, Bland R. Shared mental health care : a bibliography and overview. *Can J psychiatry* 2002;47 (2 Suppl 1):iS-viiiS, 1S-103S.
- 35- Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Fam Pract* 2005;6:18.
- 36- Tanielian TL et al. Referrals to psychiatrists. Assessing the communication interface between psychiatry and primary care. *Psychosomatics* 2000;41:245-52.
- 37- Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt JL. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». *L'Information psychiatrique* 2014;90: 311-7.
- 38- Coulter A, Noone A, Goldacre M. General practitioners referrals to specialist out patient clinics. *BMJ* 1989;299:304-306.
- 39- Fovet T, Amad A, Geoffroy PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *L'Information psychiatrique* 2014;90:319-22.

RESUME

INTRODUCTION : En France, les troubles mentaux représentent 15 à 40 % des consultations chez le médecin généraliste (MG). Toutefois, la stigmatisation autour de la santé mentale persiste. L'objectif principal de notre étude était de déterminer les représentations des MG de l'Oise sur la psychiatrie. Ensuite, nous avons évalué leurs pratiques face aux patients présentant des troubles mentaux et leur collaboration avec les psychiatres.

METHODE : Etude quantitative descriptive effectuée sur un échantillon de 290 MG tirés au sort. Les questionnaires, anonymes, étaient envoyés par courrier postal ou courriel. Le taux de réponses était de 34,67 %.

RESULTATS : La majorité des répondants portait un regard négatif sur les psychiatres et les patients présentant des troubles mentaux. 84 % des MG pensaient que les patients psychiatriques étaient éprouvants et 60 % jugeaient que les psychiatres n'étaient pas intéressés par la médecine somatique. La proximité avec une personne présentant des troubles mentaux et l'expérience professionnelle en psychiatrie auraient un impact positif sur les représentations. La coopération entre MG et psychiatres s'avérait complexe. Les principaux obstacles seraient liés à la question des courriers et aux difficultés d'orientation des patients

DISCUSSION : Nos résultats sur les représentations vont dans le même sens que ceux de Stuart et al (2015). Nos conclusions sur la collaboration entre les MG et les psychiatres sont retrouvées dans de nombreuses études.

CONCLUSION : Changer les représentations en santé mentale nécessite une meilleure connaissance mutuelle entre la médecine générale et la psychiatrie ainsi qu'une amélioration de la communication et de la formation théorique et pratique.

ABSTRACT

INTRODUCTION : In France, mental disorders account for 15-40% of primary care visits. However, stigma around mental health remains high. The main goal of this study was to determine general practitioners (GP) attitudes towards psychiatry. In a second phase, we assessed their collaboration with psychiatrists and their practices towards patients with mental illnesses.

METHOD : Quantitative study based on a sample of 290 GPs in Oise, selected at random in June 2019. The questionnaire was sent by mail or email and the answers were anonymous. The average response rate was 34,67 %.

RESULTS : The majority of respondents held negative views towards psychiatrists and patients with mental disorders. 84% thought psychiatric patients were emotionally draining and 60% said psychiatrists were not interested in medicine. Proximity to someone with a mental illness and professional experience in psychiatry had a positive impact on attitudes. Co-operation between GPs and psychiatrists seemed difficult. The main obstacles were related to correspondence and referral difficulties.

DISCUSSION : Our findings point in the same direction as those reported in Stuard and Al (2015). The results about co-operation between GPs and psychiatrists have been found in many previous studies.

CONCLUSION : To change attitudes towards psychiatry would require a better reciprocal understanding among specialisms, improved communication and theoretical and practical training.

ANNEXES

Questionnaire de Thèse : Représentations de la psychiatrie chez les médecins généralistes de l'Oise et collaboration avec les psychiatres.

Chères consœurs, chers confrères

Je réalise actuellement une thèse portant sur le rapport à la psychiatrie des médecins généralistes de l'Oise. Elle s'effectue sous la direction du Docteur Olivier Boitard, chef de service de l'unité Fitz-James 5 au CHI de Clermont.

Pour que ce travail aboutisse votre collaboration est indispensable. Je vous propose de remplir le questionnaire ci-joint. Cela vous prendra moins de 10 minutes.

En vous remerciant d'avance pour votre contribution

Mehdi Yalaoui

1. **Sexe :**

☐ Femme
☐ Homme
2. **Age :**

☐ < 40 ans
☐ 40-55 ans
☐ > 55 ans
3. **Milieu d'exercice :**

☐ Rural
☐ Semi-rural
☐ Urbain

4. **Nombre d'années d'installation :**

- ☐ < 10 ans
☐ 10-25 ans
☐ > 25 ans

5. **Avez-vous une expérience en milieu psychiatrique (stage d'internat, vacations) ?**

- ☐ oui
☐ non

6. **Avez-vous déjà participé à une FMC en lien avec la psychiatrie ?**

- ☐ Oui
☐ Non

7. **Y-a-t-il, parmi vos proches, une personne présentant ou ayant présenté une pathologie psychiatrique ?**

- ☐ Oui
☐ Non
☐ Ne souhaite pas répondre

8. **Diriez-vous que votre intérêt pour la psychiatrie est :**

- ☐ Supérieur aux autres disciplines
☐ Inférieur aux autres disciplines
☐ Idem aux autres disciplines
☐ Pas d'intérêt

9. **Ressentez-vous le besoin de formation en santé mentale?**

- ☐ Oui
☐ Non

10.

Pour chaque item, indiquez votre degré d'accord en choisissant une seule proposition parmi les quatre possibles :

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
La psychiatrie n'est pas une discipline d'avenir	☐	☐	☐	☐
La psychiatrie est aussi scientifique que les autres spécialités	☐	☐	☐	☐
La psychiatrie est tellement imprécise qu'elle ne peut-être enseignée correctement	☐	☐	☐	☐
Les traitements médicamenteux psychiatriques ne sont pas aussi efficaces que ceux des autres spécialités	☐	☐	☐	☐
Il est difficile de communiquer avec un psychiatre	☐	☐	☐	☐
Les psychiatres ne sont pas intéressés par la médecine somatique	☐	☐	☐	☐
Je n'encouragerais pas un étudiant en médecine à devenir psychiatre	☐	☐	☐	☐
Je me sens aussi à l'aise avec un patient psychiatrique qu'avec un patient présentant une pathologie somatique	☐	☐	☐	☐
Les schizophrènes sont souvent violents ou dangereux	☐	☐	☐	☐
Les patients psychiatriques sont éprouvants	☐	☐	☐	☐

11.

Suivez-vous des patients présentant :

	oui	Non
Un trouble bipolaire	☐	☐
Une schizophrénie	☐	☐
D'autres troubles psychotiques	☐	☐

12. **Quels obstacles avez-vous rencontré dans la prise en charge des patients présentant une pathologie psychiatrique?**

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Consultations chronophages	☐	☐	☐	☐
Déficit de formation	☐	☐	☐	☐
Problèmes administratifs (formulaires ALD, AAH)	☐	☐	☐	☐
Problèmes médico-légaux (hospitalisation sous contrainte)	☐	☐	☐	☐

13. **Connaissez-vous suffisamment les recommandations de suivi du syndrome métabolique chez les patients traités par antipsychotiques ?**

☐ oui
☐ non

14. **Lesquels de ces éléments ont pu compliquer votre coopération avec la psychiatrie de secteur ?**

	Oui	Non
Méconnaissance/ incompréhension de son fonctionnement	☐	☐
Absence de compte-rendu d'hospitalisation ou de courrier de suivi	☐	☐
Absence de référent identifié	☐	☐
Délais de rendez-vous trop longs	☐	☐
Indisponibilité au téléphone	☐	☐

15. **Comment qualifieriez-vous votre collaboration avec les psychiatres de secteur?**

	Tout à fait d'accord	D'accord	Pas d'accord	Pas du tout d'accord
Satisfaisante	☐	☐	☐	☐
Structurée	☐	☐	☐	☐
Efficiente	☐	☐	☐	☐
Inexistante	☐	☐	☐	☐

16.

**Concernant les patients suivis conjointement avec les psychiatres de secteur :
Quelle est votre implication dans la prise en charge?**

	Toujours	Souvent	Parfois	Jamais
Surveillance des comorbidités somatiques	☐	☐	☐	☐
Initiation d'un traitement médicamenteux psychiatrique	☐	☐	☐	☐
Prévention et surveillance des effets secondaires	☐	☐	☐	☐
Renouvellement du traitement médicamenteux psychiatrique	☐	☐	☐	☐

17.

Etes-vous favorable à un stage obligatoire en psychiatrie pour les internes de médecine générale?

- ☐ oui
☐ Non

18.

Commentaires libres :
