HAL open science

Difficulté d'accès aux soins pour les patients dépressifs : évaluation de la prise en charge par le médecin généraliste

Marion Vallot

To cite this version:

Marion Vallot. Difficulté d'accès aux soins pour les patients dépressifs : évaluation de la prise en charge par le médecin généraliste. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02962377

HAL Id: dumas-02962377

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02962377v1

Submitted on 9 Oct 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.

Université de Nice Sophia-Antipolis
Faculté de Médecine de Nice

Difficulté d'accès aux soins pour les patients dépressifs : évaluation de la prise en charge par le médecin généraliste.

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine de Nice
Le seize septembre deux mille vingt

Par Marion VALLOT
Née le 11 mai 1990

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

(Diplôme d'état)

Devant la commission d'examen composée de :

Monsieur le Professeur Michel BENOIT, président du jury

Monsieur le Professeur Olivier GUERIN, Assesseur

Monsieur le Professeur Gilles GARDON, Assesseur

Madame le Docteur Camille LARROUY, Assesseur

Madame le Docteur Caroline ARMENGAU, Directrice de thèse

LISTE DES ENSEIGNANTS

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie	**Pr. ALUNNI Véronique**
Recherche	**Pr DELLAMONICA jean**
Etudiants	**M. JOUAN Robin**
Chargé de mission projet Campus	**Pr. PAQUIS Philippe**
Conservateur de la bibliothèque	Mme AMSELLE Danièle
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAI Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénéréologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Georges	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépato Gastro-entérologie (52.01)

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BERTHET Jean-Philippe	Chirurgie Thoracique (51-03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M	FAVRE Guillaume	Néphrologie (44-02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mme	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	VANBIERVLIET Geoffroy	Gastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
M.	CAMUZARD Olivier	Chirurgie Plastique (50-04)
Mme	CONTENTI-LIPRANDI Julie	Médecine d'urgence (48-04)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
M	DOYEN Jérôme	Radiothérapie (47.02)
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M.	HUMBERT Olivier	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	LAMY Brigitte	Bactérilogie-virologie (45.01)
Mme	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
M.	MASSALOU Damien	Chirurgie Viscérale (52-02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et mycologie (45.02)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
Mme	SEITZ-POLSKI barbara	Immunologie (47.03)
M.	SQUARA Fabien	Cardiologie (51.02)
M.	TESTA Jean	Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	THUMMLER Susanne	Pédopsychiatrie (49-04)
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M.	DARMON David	Médecine Générale (53.03)
Mme	GROS Auriane	Orthophonie (69)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme	LANDI Rebecca	Anglais

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M.	DURAND Matthieu	Urologie (52.04)
M.	SICARD Antoine	Néphrologie (52-03)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale (53.03)
Mme	MONNIER Brigitte	Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme	CASTA Céline	Médecine Générale (53.03)
M.	GASPERINI Fabrice	Médecine Générale (53.03)
M.	HOGU Nicolas	Médecine Générale (53.03)

UNIVERSITE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE

Université Nice Sophia Antipolis
Faculté de Médecine

Liste des enseignants au 1er septembre 2019 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M. AMIEL Jean
M ALBERTINI Marc
M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIERE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CANIVET Bertrand
M. CASSUTO Jill-patrice
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain
Mme CRENESSE Dominique
M. DARCOURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DESNUELLE Claude
M. DOLISI Claude
Mme EULLER-ZIEGLER Liana
M. FENICHEL Patrick
M . FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GASTAUD Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. GRIMAUD Dominique
M. HOFLIGER Philippe
M. JOURDAN Jacques
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. ORTONNE Jean-Paul
M. PRINGUEY Dominique
M. SANTINI Joseph
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
M. BENOLIEL José
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

REMERCIEMENTS

A mon président de jury, Monsieur le Professeur Benoit
Merci d'avoir accepté de présider ce jury. Votre présence est un honneur
Soyez assuré de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Guerin,
Vous me faites le privilège de siéger dans ce jury. Merci pour l'intérêt que vous portez à l'égard de mon travail. Vous trouverez ici l'expression de ma profonde considération.

Monsieur le Professeur Gardon,
Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury pour juger mon travail. Merci également de l'enseignement et du soutient que vous m'avez apporté durant mon DES et de votre implication au sein du DERMG qui valorise notre belle spécialité.
Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude.

A Madame le Docteur Larrouy,
Merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury sans même me connaitre, et quel changement depuis. Entre Marion et Cyril nous étions faites pour nous rencontrer ; merci pour ta bonne humeur à chacune de nos rencontres. Je suis très heureuse de te voir juger mon travail ce jour.

A ma directrice de thèse, future associée et surtout amie, le Docteur Armengau,
Il y a un peu plus d'un an et demi je te remplaçais pour la première fois et depuis les choses se sont très vite enchainées. Je te remercie pour la confiance que tu m'as accordée aussi bien dans l'écriture de cette thèse que dans ta vie professionnelle. J'aime travailler à tes côtés dans cette ambiance joviale et j'apprécie d'autant plus quand on se retrouve en dehors pour trinquer à nos vies. J'admire ta détermination, ton ambition ton professionnalisme et tes « quelques » idées folles.

A tous les médecins, généralistes et spécialistes, que j'ai rencontré lors de mes études ou lors de mes remplacements, merci pour votre amour de la médecine, des gens et de votre don du partage. J'ai énormément appris à vos côtés et je continue d'en tirer des leçons.

A ma mère, merci pour toutes ces années de soutien, pour ton amour inconditionnel, merci d'y avoir toujours cru quand moi-même je voulais baisser les bras. Si j'en suis là c'est grâce à tous tes sacrifices, tu es une femme exceptionnelle. Je t'aime plus que tout au monde.

A Alain, merci d'être entré dans nos vies et pour nos échanges toujours plus constructifs et merci de m'aider à murir toujours un peu plus.

A mon père, à ta ténacité et tes « on ne renonce jamais » qui m'ont toujours fait avancer. Tu es une vraie école de la vie et un exemple. J'espère en ce jour te rendre fière. Merci de ton soutien. Je t'aime.

A Lydie, qui me connait depuis toujours et qui m'a vu grandir. Merci pour le foyer heureux que vous avez pu construire avec papa, où les rires prédominent.

A mes grands-parents, toujours présent ou partis trop tôt, merci de m'avoir couvé d'amour et de bienveillance. A ces longues journées d'enfance joviales et insouciantes, aux tartines de chocolat et aux groseillers que l'on mangeait en cachette.

A ma « belle » belle-famille, vous m'avez ouvert votre foyer et votre cœur. Je mesure la chance de vous avoir auprès de moi. Vous êtes la bienveillance à l'état pure. Merci de m'avoir soutenu et de répondre au moindre appel.

A Caroline, ma sœur d'amour et de cœur, merci pour ton amitié sans faille, ton amour et ton soutien permanent. Ma vie serait bien fade sans ton rire dans mes oreilles. Et je ne serai pas sur Nice sans toi. Je te dois tellement et je t'aime tant. A Romain dont l'amitié compte beaucoup pour moi. Et à ma juju, si petite mais déjà si importante dans mon cœur.

A boubou, lu et Léa, mes mousquetaires, mes drôles de dames, vous êtes surement les filles les plus folles que j'ai pu rencontrer. Ô combien j'ai la chance d'être dans votre cœur et de vous avoir comme amie, j'aime chaque moment passé en votre compagnie, nos fous rires, nos pleurs, nos échanges. La distance n'efface rien de notre amitié. Et je suis sûre que les années passants, nous serons toujours là, un verre à la main à refaire le monde…ou tout du moins nos vies.

A Marion et Sara, vous m'avez accueilli sans hésitation et je me suis tout de suite sentie à ma place à vos côtés. D'un remplacement en a découlé les prémices d'une jolie amitié, merci de votre patience sur mes interrogations professionnelles et de votre écoute sur ma vie personnelle. Je trinque à mon installation à vos côtés dont je suis très heureuse et fière.

A Isabelle, Zoé, Betty et Emilie pour vos sourires quotidiens et au 4eme étage pour son girl power.

A Martin, parce qu'il fallait bien un peu de nord dans cette nouvelle vie de sudiste. Merci d'être un ami toujours présent, toujours à l'écoute malgré la distance.

A Tristan et Marina, à tous ces verres que nous avons déjà échangés, à tous ceux qui vont suivre, et à la bonne humeur qui les accompagne systématiquement. Je vous adore. Et à l'année prochaine parce que le Portugal continue de nous attendre !

A Marine, mon binôme de tout cet internat, ma colloc', ma co-interne et ma confidente. Et aux Spritz évidemment. A Thamo qui nous a supporté pendant un an collé, et à son regard professionnel sur cette présentation. A doudou qui a passé la moitié de l'écriture de cette thèse sur mes genoux.

A Bere et henry pour les films/kebab de minuit et aux soirées punchs ; à loulou pour réussir à me faire rire et sortir de mes gonds de pseudo féministe dans la même phrase, à Stéphane parce qui l'eut cru 5 ans après tout simplement, à l'unique Adrien et ta maladresse si attendrissante, à Gaelle et Edouard qui forme un couple si remarquable et à toute l'équipe de l'Archet et à nos soirées folles qui m'ont laissé une à deux marques indélébiles et des souvenirs plein la tête.

Aux Toulonnais, pour m'avoir intégré si rapidement.

Aux kinés de me faire une place parmi vous.

A Florence et au centre médical de la gare d'accueillir la petite dernière arrivée que je suis.

A Cyril, mon inestimable et irremplaçable Cyril, merci pour ton rire tonitruant, pour tes poèmes qui n'en sont pas, pour ton humour que peu comprenne et pour ta simplicité quotidienne. Tu es mon phare dans la nuit.
A 20 ans j'étais peut-être plus fun (comme tu me l'as signalé) mais à 30 je suis plus heureuse et c'est uniquement grâce à toi. J'ai hâte de vivre les futures années à tes côtés. Je t'aime.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ENSEIGNANTS 2
REMERCIEMENTS 9
TABLE DES MATIERES 12
RESUME 14
LISTE DES ABREVIATIONS 15
INTRODUCTION 16
MATERIEL ET METHODE 18
I. Choix de la méthode 18
II. Définition et recommandations 18
III. Echantillonnage 19
IV. Recueil des données 19
V. Analyse des données 20
VI. Ethique 20
RESULTATS 21
I. Données descriptives 21
1. Caractéristiques de l'échantillon 21
2. Nombre et durée des entretiens 21
II. Analyse du discours 21
1. Etat des lieux des pratiques 22
1.1 Diagnostic 22
1.2 Circonstances du suivi par le MG 23
1.3 Orientations vers les spécialistes 24
1.3.1 Différence psychiatre/psychologue 24
1.3.2 Circonstances de l'orientation 25
1.3.3 Abord financier 26
1.3.4 Vision du Centre Médico-psychologique (CMP) 27
1.4 Connaissances et formations des médecins généralistes 28
1.5 Cotation financière par le médecin généraliste 29
2. Difficultés rencontrées 29
2.1 Accès aux soins 30
2.1.1 Financière 30

2.1.2 Géographique 31
2.1.3 Logistique 31
2.1.4 Linguistique et culturelle 32
2.1.5 Offre de soins 32
2.1.6 Connaissance 33
2.2 Facteurs entravant la bonne prise en charge par le MG 33
2.2.1 Les relations avec les spécialistes 33
2.2.2 L'isolement du MG 35
3. Axes d'amélioration 35
3.1 Prise en charge des psychologues 35
3.2 Interlocuteur ligne direct 36
3.3 Connaissance pluriprofessionnelle 36
3.4 Téléconsultation 37
3.5 Formation des MG 37
3.6 Une consultation dédiée valorisée 38
3.7 Autres 38
DISCUSSION 39
I. Place des MG et de la psychothérapie de soutien dans la prise en charge 39
II. Les échanges entre confrères pour une meilleure prise en charge 41
III. Prise en charge financière des consultations chez le psychologue 44
IV. La télémédecine : nouvelle ère ? 46
V. Forces et faiblesses de l'étude 48
CONCLUSION 50
BIBLIOGRAPHIE 51
ANNEXES 54
SERMENT D'HIPPOCRATE 58

RESUME

Introduction :

Le syndrome dépressif est l'un des motifs de consultations les plus fréquemment rencontrés par le médecin généraliste et son chiffre semble être à la hausse. De nombreuses thérapies et spécialistes, plus ou moins reconnus par les autorités de santé, existent à l'heure actuelle afin d'assurer une prise ne charge complète de ces patients. Cependant cette dernière ne semble toujours pas optimale.

Objectif :

Analyser les difficultés d'accès aux soins identifiées par le médecin généraliste lors de la prise en charge des patients atteints de dépression.

Méthode :

Une étude qualitative par entretiens individuels semi structurés a été réalisée auprès de 15 MG du département des alpes maritimes entre septembre 2019 et janvier 2020. L'analyse a été menée pat théorisation ancrée avec double codage.

Résultats :

Les médecins interrogés ont mis en évidence des nombreuses difficultés d'accès aux soins tant sur du point de vu du patient que des difficultés entravant la bonne prise en charge par le médecin généraliste. Ces difficultés semblent mettre le MG dans un état d'isolement et de doute vis-à-vis de sa pratique.

Conclusion :

L'analyse des données des 15 entretiens a permis l'émergence de nombreuses difficultés distinctes. Cette étude offre des perspectives de progression en lien avec les attentes des MG interrogés : amélioration de la communication avec les spécialistes, prise en charge du psychologue, intervention des nouvelles technologies. Certains de ces axes paraissant plus facilement réalisables que d'autres car dépendant des médecins eux même.

LISTE DES ABREVIATIONS

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

MG : Médecin Généraliste

TNM : Thérapies non médicamenteuses

CMP : Centre médico-psychologique

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé

RPM : Ralentissement psychomoteur

TC : Téléconsultation

MPC : Majoration forfaitaire transitoire applicable à la CS

MCS : Majoration de coordination pour les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues

EHPAD : Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

SSR : Soins de suite et de réadaptation

INTRODUCTION

Le syndrome dépressif est défini par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un trouble mental courant, caractérisé par la tristesse, la perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de faible estime de soi, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et d'un manque de concentration (1).

Les écrits décrivant ce syndrome remontent aussi loin que possible dans l'histoire. Hippocrate décrivait à son époque un syndrome de mélancolie comme une maladie distincte avec des symptômes particuliers *« Si la crainte ou la tristesse persévère longtemps, cela tient à la mélancolie »* (2).

Un premier usage désignant un terme psychiatrique est effectué par le psychiatre français Louis Delasiauve en 1856. Dès les années 1860 le terme « dépression » fait son apparition dans les encyclopédies médicales pour déterminer une diminution physiologique et métaphorique de la fonction émotionnelle (3).

Le syndrome dépressif est un des motifs de consultation les plus rencontrés en médecine générale ; la majorité des médecins de ville sont confrontés chaque semaine à des patients présentant une souffrance psychique (72 %), des troubles anxieux (82 %) ou un état dépressif (67 %) (4). En 2010, 7,5 % des Français âgés de 15 à 85 ans ont souffert de dépression au cours des 12 mois qui ont précédés et parmi eux, 39 % ont déclaré n'avoir consulté aucun professionnel de santé (4).

De manière général il a été mis en évidence que, bien que neuf médecins sur dix s'estiment efficaces dans la prise en charge de la dépression, la majorité ont des opinions favorables vis-à-vis des psychothérapies et reconnaissent l'efficacité de ce traitement pour traiter la dépression. L'HAS reconnait et préconise d'ailleurs l'utilisation des psychothérapies comme « traitement » non médicamenteux (TNM) des syndromes dépressifs (5). De même l'OMS préconise l'utilisation de ces TNM selon le degré de la dépression (1).

Cependant il existe plusieurs freins à l'accès aux psychothérapies dont le principal étant le non remboursement des consultations avec un psychologue ou un psychothérapeute non médecin (91 %). La perception des difficultés d'accès aux professionnels spécialisés en santé mentale s'avère également fortement corrélée aux densités de psychiatres libéraux et salariés sur le territoire.

L'accès aux soins, selon l'OMS, peut être défini comme la facilité plus ou moins grande avec laquelle une population peut s'adresser aux services de santé dont elle a besoin.

L’accès est lié à la présence (ou l’absence) potentielle de barrières économiques, physiques, culturelles, géographique ou autres lors de l’utilisation de ces services (6).

La France a mis en place deux dispositifs visant à étendre la couverture sanitaire à l’ensemble de la population : la Couverture Médicale Universelle (CMU) pour les citoyens français et étrangers dont la présence en France est stable, et l’Aide Médicale d’Etat (AME) essentiellement destinée aux étrangers en situation irrégulière.

Au 30 juin 2019, environ 5,2 millions de personnes affiliées au régime général bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l’on compterait plus de 300000 bénéficiaires de l’AME (7). De plus en 2016 la France comptait plus de 8,8 millions de personnes vivant en dessous du seuil de pauvreté (soit 1026 euros par mois) et ce chiffre serait à la hausse (8).

Devant la fréquence de ce motif de consultation ainsi que la nécessité d’un suivi et d’une surveillance régulière, la place du MG dans la prise en charge de ce syndrome est centrale. Cependant, à ce jour les thérapies non médicamenteuses proposées aux patients ne sont pas prises en charge par la sécurité sociale. De plus dans le département des Alpes-Maritimes, bien que la démographie de médecin spécialisé en psychiatrie soit supérieure à celle des autres départements français, un très grand nombre d’entre eux sont en secteur 2 et pratique donc le dépassement d’honoraire.

Grâce à un travail qualitatif, cette thèse a pour objectif d’établir un état des lieux des pratiques actuelles dans le département des Alpes Maritimes, et d’analyser les difficultés concernant la prise en charge des patients atteints de syndrome dépressif en cabinet de médecine générale, dans le cadre de difficulté d’accès aux soins.

MATERIEL ET METHODE

I. Choix de la méthode

Nous avons choisi la méthode qualitative qui est adaptée à l'exploration des représentations des participants. Cette méthode permet d'appréhender les expériences, le vécu et le ressenti vis-à-vis d'une pratique. Des entretiens individuels semi-dirigés ont été réalisés afin de favoriser la libre expression des MG, sans aucune forme de jugement venant de confrères (en comparaison aux focus group).

II. Définition et recommandations

Le syndrome dépressif est caractérisé par la persistance dans le temps d'une humeur triste et d'une baisse d'énergie (10). Y est associé une constellation de symptômes et de signes impliquant aussi bien des perturbations psycho-affectives tels que les perturbations de l'humeur, des émotions, du contenu de la pensée jusqu'aux idées suicidaires ; des perturbations psychomotrices tel qu'un Ralentissement Psychomoteur (RPM), une altération de l'état cognitif ; ou encore des perturbations physiologiques pouvant associer altération du sommeil, asthénie, perturbation des conduites alimentaires ou de la sexualité.

Ce syndrome survient indépendamment de l'ethnie, du niveau d'éducation et du statut socio-économique. Il est à l'origine de coûts conséquents pour la société et génère un haut niveau de handicap (1ere cause d'année de vie perdue en bonne santé dans le monde) (9).

L'HAS reconnait l'intérêt d'une psychothérapie dans le syndrome dépressif en premier lieu avant même l'introduction d'une thérapie médicamenteuse (5). Dans la dépression d'intensité dite légère elle est même le seul traitement recommandé.

Les interventions psychothérapeutiques sont choisies selon :

- Le fonctionnement psychique et les préférences éventuelles du patient ;
- La présence de facteurs de stress psychosociaux significatifs et des difficultés interpersonnelles du patient ;

- Les réponses antérieures positives à un type spécifique de psychothérapie ;
- La disponibilité et les compétences du clinicien dans les approches spécifiques psychothérapeutiques ;
- Les possibilités de prise en charge financière.

En dehors des thérapies structurées, il existe une thérapie non codifiée dans sa technique, pratiquée par nombre de médecin généraliste, que l'on appelle volontiers psychothérapie de soutien.

III. Echantillonnage

Les critères d'inclusion étaient d'être un MG installé dans le département des Alpes-Maritimes, et d'accepter de participer à l'étude.

Nous avons procédé à la constitution d'un échantillon « en recherche de variation maximale ». Il s'agit d'un échantillonnage dynamique recherchant une diversification de MG, par rapport au sexe, à l'âge, au mode et milieu d'exercice et à la qualification de Maître de Stage Universitaire (MSU). Le mode de recrutement a été un « snowballsampling » (boule de neige). Les médecins interrogés ont été recommandés par les précédents en raison de l'intérêt des éléments qu'ils pourraient apporter.

La taille de l'échantillon a été définie à posteriori, après avoir obtenu une saturation théorique des données.

IV. Recueil des données

Les médecins recommandés ont été contactés par téléphone. Le lieu et la date du rendez-vous ont été laissés à la convenance du médecin. Un guide d'entretien a été élaboré puis modifié au cours de l'étude afin de répondre au mieux à la problématique. L'annexe 1 correspond à la version finale de ce guide.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide de deux dictaphones visibles en permanence par le médecin. Chaque enregistrement audio a ensuite été retranscrit sous forme verbatim, dans l'optique de traduire l'authenticité des propos.

V. Analyse des données

Une analyse thématique de texte a été appliquée sur le corpus Verbatim avec identification des unités de sens. Un codage par deux chercheurs a été effectué (double codage) à l'aide du logiciel QRS NVivo 12, permettant une triangulation des données.

Les unités de sens ont ensuite été regroupées afin de dégager plusieurs thème et profils de médecins. Les thèmes les plus pertinents ont été développés dans la partie résultats.

VI. Ethique

Cette étude non interventionnelle menée auprès de professionnels de santé ne nécessitait pas d'avis du comité de protection des personnes. Le consentement des participants a été recueilli oralement et par écrit grâce à un formulaire dédié (Annexe 2).

L'anonymisation des participants, des lieux et des personnes citées a été faite lors de la retranscription de chaque entretien.

RESULTATS

I. Données descriptives

1. Caractéristiques de l'échantillon

Quinze médecins généralistes ont participé à cette étude.
Leurs caractéristiques (âge, sexe, mode d'exercice, MSU, secteur) sont résumées dans l'Annexe 3.
L'échantillon comporte neuf femmes pour six hommes.
L'âge de la population recrutée est compris entre 28 ans et 59 ans avec une moyenne de 40 ans.
Parmi les médecins interrogés cinq sur quinze sont Maitre de Stage Universitaire (MSU).
Trois médecins exercent en milieu rural, trois en milieu semi-rural et neuf en milieu urbain.
Deux médecins exercent seuls et treize en cabinet de groupe. Parmi ces treize deux sont en cabinet pluriprofessionnel et deux sont en Maison de Santé Pluridisciplinaire.
Tous les médecins interrogés appliquent une tarification de secteur 1 conventionné par la sécurité sociale.

2. Nombre et durée des entretiens

Les entretiens semi dirigés ont été réalisés entre le 15 septembre 2019 et le 23 janvier 2020.
La saturation des données a été atteinte après 15 entretiens, aucun élément nouveau n'étant apparu lors des 14 -ème et 15 -ème entretiens.
Douze entretiens ont eu lieu dans des cabinets médicaux et trois au domicile du médecin. La durée des entretiens a varié de 6 à 33 minutes avec une médiane de 22 minutes.

II. Analyse du discours

Les résultats de cette étude s'articulent autour de trois grands axes.

Le premier s'attache à l'analyse des pratiques des MG du département face à la gestion des syndromes dépressifs. Le second axe explore les difficultés rencontrées par les médecins. Enfin le troisième axe comporte les besoins des MG ainsi que des idées d'amélioration.

1. Etat des lieux des pratiques

1.1 Diagnostic

Chaque médecin interrogé a pu faire part du fait qu'il classe les syndromes dépressifs selon trois niveaux : légers, modérés et sévères.
Certains médecins ont fait référence à des échelles pour classer ces symptômes tel que l'échelle Hamilton. L'utilisation d'une cotation particulière à cet exercice n'est pas employée par tous les médecins. D'autres au contraire ont totalement rejeté cette méthode, préférant l'utilisation de questions « clés » lors des interrogatoires afin d'orienter au mieux la suite de la consultation.

MG 8 « quand je peux et que j'ai un peu de temps j'essaie de faire l'échelle Hamilton pour voir un petit peu où ils se situent dans l'intensité du syndrome dépressif »

MG 6 « pour évaluer vraiment le syndrome dépressif je prends une grille avec les symptômes, comme une échelle d'Hamilton puis je calcule le score »

MG 5 « pour établir le diagnostic, je ne me sers pas du tout d'échelle, même s'il y a des échelles qui sont rémunérées, bien rémunérées, je trouve que c'est mal adapté en tous cas à ma pratique. Je privilégie des questions types : et moralement comment ça va ? et vous dormez bien ? Est-ce que vous êtes stressé ? »

Il a également été évoqué par nombre de médecins l'importance d'une éviction d'un élément organique avant toute prise en charge d'orientation psychiatrique.

MG 14 « on essaie de répondre aussi en termes de notre qualité de médecin généraliste […] c'est à dire qu'on essaie de ne pas oublier que dans les causes de dépression, il peut y avoir des causes organiques, et qu'on est là pour les éliminer parce que c'est notre boulot donc on en profite pour faire un bilan santé éventuellement une prise de sang, on en profite pour voir s'il n'y a pas de carence. »

Enfin il a également été mis en évidence par certains médecins généralistes un nombre important de syndrome dépressif révélé comme diagnostic secondaire lors d'une consultation. Soit sur somatisation soit comme motif « caché » lors de la consultation.

MG 7 « je passe beaucoup de temps en fait quand la demande n'est pas frontale, quand le motif de consultation ce n'est pas directement : docteur j'ai telle anxiété ou docteur j'ai l'impression d'avoir une humeur triste … ça prend une autre forme, je ne sais pas une grande fatigue ou des douleurs qui s'avèrent être finalement des douleurs somatisées »

MG 5 « il y a des plaintes secondaires, celles qui sont cachées, donc c'est vrai que ça prend du temps pour faire parfois le diagnostic »

1.2 Circonstances du suivi par le MG

Lors des différents interrogatoires il a été mis en évidence une disparité des pratiques avec des orientations vers les spécialistes plus ou moins précoce.
En effet les médecins ont décrit, pour la plupart d'entre eux, initier eux même le suivi des syndromes dépressifs.

Dans la plupart des cas les MG semblent revoir de manière spontanée leur patient lors de la prise en charge des syndromes dépressifs. Ils l'expliquent par le fait d'avoir instauré avec eux une relation de confiance, de le connaitre ce qui entrainerait une meilleure confidence.

MG 11 « « mais je suis timide, je suis… voilà ça va être difficile de déballer ma vie à un inconnu, vous docteur vous me connaissez mieux, je n'ai pas besoin de tout réexpliquer », souvent c'est ça qu'on entend »

MG 6 « j'essaie de mettre en place un bon relationnel avec le patient pour qu'il soit en confiance, pour qu'il revienne, pour que le suivi se fasse de façon plus rapprochée et que… enfin voilà je pense que simplement de mettre en confiance le patient ça le fait revenir et peut-être aussi le fait de discuter avec lui ça l'aide dans sa démarche »

Une première consultation est également le moment d'informer le patient sur les différentes options thérapeutiques. Certains médecins nous ont dit proposer une deuxième consultation pour laisser au patient le temps de la réflexion.

MG 11 « je parle déjà de thérapeutique médicamenteuse et je propose, et c'est pour moi le plus important, des rendez-vous beaucoup plus rapprochés et beaucoup plus réguliers, c'est-à-dire on se voit la semaine prochaine, on se revoit après-demain si vous le voulez, enfin… bien sûr c'est une décision partagée »

MG 3 « en général, je refais le point avec le patient un petit peu à distance, 8 - 10 jours après pour laisser se décanter un petit peu les choses qui ont été dites à l'entretien initial et puis là, je prends une décision sur quel type de prise en charge »

La plupart des médecins s'entendent pour affirmer que l'une des principales raisons qui amène le MG à initier le suivi est le temps d'attente avant de pouvoir avoir un rendez-vous avec un spécialiste. En effet devant des délais qui semblent poser problème, les MG proposent la plupart du temps de revoir leur patient de manière hebdomadaire.

MG 1 « vous dites que c'est pour un rendez-vous pour un début de prise en charge… si le rendez-vous est dans trop longtemps à ce moment-là vous revenez me voir, dans l'intervalle je vous revois »

Enfin il a également été relaté par plusieurs MG la vision négative de certains patients envers la psychiatrie, décrit comme une peur. Ce qui entraine une réticence du patient à aller consulter des spécialistes.

MG 1 « il y certains patients quand on va dire le mot psy, ça leur fait peur, c'est associé à la folie »

MG 4 « la plupart des gens ils ont l'impression que d'aller voir un psychiatre c'est ce qu'ils voient dans les films : tu t'allonges dos au gars et puis tu parles tout seul durant une demie heure et ils ne voient pas bien le côté constructif… oui la première réticence c'est que ça va ne servir à rien… j'entends beaucoup moins qu'ils ne sont pas fous »

1.3 Orientations vers les spécialistes

1.3.1 Différence psychiatre/psychologue

Ce qui ressort initialement lors de l'abord de la question sur l'orientation c'est la confusion des patients et leur méconnaissance entre les deux spécialités. La plupart des médecins ont donc soulevé l'importance d'expliquer aux patients les différences et ont évoqué avoir cette explication à chaque fois.

MG 3 « ils ne font pas bien la différence entre le psychiatre et le psychologue la plupart du temps, à part l'histoire financière, prise en charge pas prise en charge, mais en dehors de ça ils ne cernent pas bien, souvent c'est nécessaire de leur expliquer »

MG 7 « il y a toujours un moment dans la consultation où je vais expliquer déjà qu'est-ce qu'un psychiatre qu'est-ce qu'un psychologue, quels sont les intérêts, les avantages des deux, quels sont les inconvénients des deux »

1.3.2 Circonstances de l'orientation

Dans l'ensemble les médecins ont déclaré faire appel à des spécialistes seulement en second recours, en avis secondaire. Ils ont expliqué orienter selon le degré de gravité, s'ils se retrouvent dans l'impasse thérapeutique ou encore s'il existe un antécédent psychiatrique.

MG 10 « honnêtement je n'oriente que quand il y a un risque suicidaire élevé »

MG 5 « si je n'y arrive pas, si je vois que je bataille, je leur demande de consulter un spécialiste si on n'arrive pas à avancer ensemble. Je reconnais aussi que j'essaie de réévaluer les choses et s'il n'y a pas satisfaction, il faut demander un avis secondaire »

Ils ont également spécifié orienter vers les urgences psychiatriques de Nice, le CAP, en derniers recours si aucune autre solution ne peut être trouvée, jugeant le lieu mal adapté à la prise en charge des patients dits « fragiles ».

MG 1 « un patient qui a menacé de se suicider, par contre là j'envoie directement au CAP »

MG 9 « s'il y a un risque suicidaire c'est immédiatement transfert sur un confrère si possible hospitalier. Il y a le CAP mais c'est violent »

MG 14 « Le CAP c'est quand il y a des tentatives de suicide, quand il y a un gros danger potentiel voire répété, mais c'est toujours un traumatisme, ce n'est pas un endroit qui est fait pour accueillir des personnes dépressives. J'étais urgentiste cinq ans avant de venir m'installer ici, je sais ce que c'est, je sais que c'est très difficile pour eux, ils font ce qu'ils peuvent, mais n'empêche que d'envoyer des personnes qui ont un syndrome dépressif, même quand elles sont suicidaires là-bas, il n'en ressort rien de bon… en plus, généralement, vous êtes son médecin traitant, le patient il vous en veut »

1.3.3 Abord financier

Au cours des entretiens nous avons noté deux attitudes distinctes : certains médecins abordent directement la question du coût financier des séances, notamment pour les Thérapies Non Médicamenteuses (TNM) ; d'autres en revanche préfèrent attendre que ce soit le patient qui avance le sujet. Cependant l'ensemble des MG interrogés semblent s'accorder sur le fait que cette question est systématiquement abordée.

MG 4 « ils me disent : combien ça va me coûter ? Est-ce que c'est pris en charge ? Et malheureusement je leur dis : écoutez jusqu'à aujourd'hui il n'y a rien qui est fait par la sécu »

MG 7 « je t'avoue que comme c'est mon angoisse, je sais que ça va être le problème principal, je ne leur laisse pas trop l'occasion de me poser la question, je leur en parle directement »

MG 8 « c'est vrai que souvent ils me parlent de l'aspect financier, c'est un frein évident pour eux »

Quelques médecins ont mis en avant la prise en charge des mutuelles dans le remboursement des psychologues.

MG 3 « la prise en charge du psychologue dans une immense majorité des cas n'existe pas après il y a des fois des mutuelles qui prennent une partie, un peu comme les ostéopathes mais bon c'est quand-même assez peu répandu au jour d'aujourd'hui. »

MG 5 « je sais qu'il y a certaines mutuelles qui peuvent aider financièrement à avoir quelques séances de psychologie prises en charge »

Enfin certains médecins nous ont indiqué choisir dans certaines circonstances leurs orientations en fonction du niveau économique du patient privilégiant des consultations chez un médecin psychiatre plutôt qu'un psychologue.

MG 7 « orientation psychiatre ou psychologue, elle dépend de plusieurs facteurs, le premier va être financier très clairement »

MG 4 « Bien souvent, ils n'ont pas besoin d'aller voir un psychiatre. Il faut juste des petits coups de pouce dans la vie pour faire le point pour comprendre ce qui se passe, mais le psychologue c'est payant et la prise en charge est nulle financièrement parlant »

1.3.4 Vision du Centre Médico-psychologique (CMP)

Tous les médecins interrogés ont abordé le sujet du CMP. A l'unanimité ils ont fait part de ce moyen comme principale prise en charge en cas de difficulté financière.

MG 7 « Quand je sais que vraiment l'accès aux soins va être difficile et qu'il faut mettre un reste à charge un peu élevé, alors à ce moment j'oriente vers le CMP ou vers des structures publiques. »

Cependant le mode de fonctionnement du CMP, sa prise en charge a eu des retours très ambivalents lors des entretiens. D'une part positive avec l'existence d'un réseau pluriprofessionnel, vu comme une structure qui permet d'alléger voire de soutenir le travail du MG ; d'autres part vu par certain comme une structure réservée à des patients « lourds » ou déjà institutionnalisés, avec notamment une difficulté importante d'y entrer en tant que patient externe au système hospitaliser.

MG 3 « il y a le côté intéressant c'est le pluriprofessionnel, donc ils voient des fois la psychologue, des fois infirmière, des fois le psychiatre »

MG 5 « ça permet un suivi en parallèle et nous médecins généralistes ça nous décharge aussi de ce poids là parce que nous on a tous les autres côtés à gérer, quand c'est des patients lourds, je suis bien contente »

MG 13 « ce n'est pas la meilleure manière qui fonctionne, je pense que ça marche pour des patients qui sont institutionnalisés, qui sont au CHS et qui sont après suivis au CMP, qui sont pilotés comme ça en sortant de l'hôpital, mais les adresser de l'extérieur c'est quand-même compliqué »

Cette vision négative a été cependant infirmée par les MG travaillant en Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ou en Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS), ayant un contact plus étroit avec les CMP.

MG 5 « c'est vrai que dans notre projet de maison de santé pluri-professionnelle, nous sommes allés voir le CMP proche de chez nous, ils nous en reçu en équipe »

1.4 Connaissances et formations des médecins généralistes

Bien que la plupart des MG nous ont dit se sentir à l'aise dans les échanges qu'ils ont avec leurs patients, un certain nombre a mis en lumière un manque de formation dans le domaine psychiatrique ou psychologique. Notamment sur le plan des psychothérapies structurées mais également dans la prescription des thérapies médicamenteuses.

MG 4 « la formation de psycho pure et dure elle était minime, enfin moi quand j'ai fait mes études il y a 15 ans »

MG 8 « quelque part ça me met mal à l'aise de ne pas me sentir assez formée »

«MG 6 « on n'a pas été formé en psychiatrie… ou alors pendant l'externat et on a très peu d'expérience en psychiatrie. Simplement c'est notre côté humain qui ressort et on essaie d'aider les gens, juste en discutant quoi […] on s'adapte vraiment au psychologique »

MG 7 « je suis frustré ne pas avoir eu de formation sur la thérapie cognitivo-comportementales, sur l'EMDR, la méditation pleine conscience… sur tout ce qui n'est pas de la psychiatrie dure quoi »

Les médecins interrogés sont univoques quant à la sensation d'une formation empirique, se faisant « sur le tas » au contact des patients.

MG 4 « j'ai l'impression de me former toute seule en fait, sur le tas… ce qui peut paraître bizarre après dix ans d'études de médecine mais j'ai l'impression de me former toute seule… alors oui le temps passant et l'expérience permet d'avoir plus d'assise et plus de ressenti par rapport à l'évaluation du danger potentiel de ton patient en face »

MG 12 « j'ai un peu d'expérience personnelle mais qui se fait sur le terrain »

Lors des entretiens nous avons noté que les MG sont en demande de formation, et nombre d'entre eux sont au courant des Formation Médicale Continues (FMC) proposées. Bien qu'un petit nombre ait pu assister à ces formations, ce qui prévaut est le manque de temps des MG. En effet il est ressorti qu'en règle générale les MG se sentent débordés entre leur vie professionnelle, les demandes grandissantes des patients et leur vie personnelle.

MG 3 « alors j'étais intéressé pour me former à l'hypnose médicale mais le problème c'est trouver le temps »

MG 4 « ce n'est pas le manque d'intérêt, c'est le temps… comme toujours… il y a plein de choses potentiellement qui m'intéressent mais voilà… les longues journées, les enfants à la maison… à un moment donné c'est vrai je rentre chez moi »

MG 9 « vu le volume de consultation dans la journée, les urgences qu'on gère du matin au soir… je ne peux pas »

1.5 Cotation financière par le médecin généraliste

Certains médecins ont également soulevé la question de la prise en charge financière par le MG notifiant que les consultations conservaient la même cotation qu'une consultation standard bien que le temps passé ne soit pas le même.

MG 11 « mes consultations c'est 20 minutes et je trouve que parfois pour un patient comme ça il faut plus de temps, malheureusement en fait, qui dit augmentation du temps, si je passe 40 minutes du coup c'est rémunération en conséquence. Ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle. »

2. Difficultés rencontrées

Les médecins ont rapporté certaines difficultés rencontrées dans la gestion des syndromes dépressifs. Nous pouvons classer ces difficultés en deux grandes parties : les difficultés d'accès aux soins rencontrées par les patients d'une part, les facteurs entravant la bonne prise en charge par le MG d'autre part.

2.1 Accès aux soins

Ce qui a été mis en évidence dès les premiers entretiens est la disparité des difficultés d'accès aux soins rencontrés par les patients. Selon les MG ces difficultés se traduisent par les caractéristiques suivantes :

2.1.1 Financière

La plupart des MG s'entendent pour dire que la principale difficulté est financière. Aussi bien pour les consultations chez le psychiatre que pour la prise en charge du psychologue, l'abord financier semble être un frein important, au point par moment de devoir renoncer à ce suivi.

MG 2 « j'essaie de les orienter vers un psychologue mais la plupart ils ne peuvent pas parce que c'est 50 – 60 euros la séance, c'est globalement tous les 15 jours »

MG 3 « il y a un remboursement qui est inexistant pour les psychologues et c'est des consultations qui peuvent coûter 30, 40, 50 euros, des fois 60 euros, alors qu'ils ont du mal par moment à nous avancer 7,5 euros »

MG 10 « le coût financier ça reste un vrai problème, ça c'est évident, on va avoir des difficultés à trouver des psychothérapeutes en tous cas qui soient dans des prix décents »

MG 8 « que ce soit un psychologue, qui n'est pas remboursé du tout, ou un psychiatre, en général ils font des dépassements d'honoraires, c'est vrai que c'est un frein évident pour eux et du coup pour nous aussi puisque du coup ça nous bloque aussi dans la prise en charge. »

Certains médecins ont évoqué le fait qu'il existerait, de la part des professionnels de santé, aussi bien psychiatre que psychologue, des gestes financiers faits pour des patients au niveau économique faible.

MG 7 « Les contacts qu'on a au cabinet de psychiatres, quand les patients sont dans des situations plus difficiles ils ne leur font vraiment pas payer de supplément… après c'est des psychiatres secteur II qui leur font faire un tarif secteur I »

MG 5 « parfois les psychologues s'adaptent aussi aux conditions économiques du patient »

2.1.2 Géographique

Certains médecins ont également évoqué des difficultés d'ordre géographique, c'est-à-dire avec une pénibilité à trouver des professionnels de santé. Nous avons remarqué que les médecins ayant évoqués ce critère sont les médecins exerçant en rural ou semi rural. Aucun des médecins exerçant en urbain ne nous a fait part de cette difficulté dans leur pratique.

MG 14 « pour aller voir par exemple sa psychologue à Nice centre, c'est une heure et demie aller et une heure et demie retour… quand tout se passe bien, quand on a son véhicule et quand il n'y a pas d'embouteillage et ce n'est même plus être motivé, c'est être acharné »

MG 6 « déjà il y a le côté géographique avec les patients qui sont loin donc géographiquement des endroits où ils pourraient consulter »

MG 10 « Dans le cadre de difficultés d'accès aux soins, il y a aussi l'isolement géographique. Parce que nous ça va on n'est pas mal mais quand-même dans la plupart des régions de France ou même plus haut dans cette région je pense qu'il peut y avoir un isolement géographique »

Un médecin nous a même fait part de problème d'ordre météorologique.

MG 14 « Une partie est lié aux conditions météorologiques, par exemple ici pour accéder à la pharmacie la plus proche on doit passer un col à 1500 mètres d'altitude où il neige, pas souvent, mais ça rend les choses très compliqués pour les gens, ne serait-ce que pour récupérer un traitement même s'ils ont pu aller chez le médecin ou voir en visite le médecin donc tout ça, ça fait que l'accès aux soins, à la santé est difficile. »

2.1.3 Logistique

Plusieurs médecins ont évoqué le fait de problème « logistiques », c'est-à-dire d'horaires non adaptés, de disponibilité de déplacement ou d'adaptation des centres d'accueil

MG 13 « des problèmes de disponibilités par rapport aux horaires »

MG 8 « des difficultés dans l'autonomie aussi : avoir la famille qui peut les amener, les déposer… »

MG 15 « Maintenant on a des normes pour les accès handicapés, mais certains endroits peuvent rester difficiles d'accès pour des personnes à mobilité réduite »

2.1.4 Linguistique et culturelle

Quelques médecins ont évoqué le fait du problème linguistique, avec des difficultés de compréhension, notamment dans notre région avec toute une patientèle étrangère et dont l'exercice de la langue français est compliqué. Il a également été évoqué des difficultés culturelles avec une incompréhension des pratiques.

MG 12 « la première chose qui me vient à l'esprit c'est le barrage de langue, j'ai des patients étrangers qui ne parlent pas bien français, des barrages de langues et de culture aussi.

MG 2 « des difficultés de compréhension quand on leur dit qu'il faudrait aller voir un médecin et qu'ils ne comprennent pas qui est le médecin et qu'ils n'arrivent pas eux-mêmes à prendre rendez-vous »

MG 15 « je parlerai également des difficultés culturelles parce que pour certains patients ce n'est pas dans leur pratique de prendre soin d'eux, et encore moins pour la santé mentale. Certains pour consulter il faut qu'ils soient vraiment très mal »

2.1.5 Offre de soins

Tous les médecins se sont entendus pour nous signaler la difficulté qu'ont les patients à trouver des médecins psychiatres disponibles. En effet soit par délais d'attente trop important soit par refus de prise en charge de nouveau patient.

MG 14 « des difficultés par rapport à l'offre aussi, ici on a aussi beaucoup de ce genre de chose, c'est à dire qu'on a peu de professionnels de santé et pas dans toutes les disciplines où on en aurait besoin »

MG 5 « difficultés aussi parfois de voir un psychiatre c'est une réalité parce qu'il y en a beaucoup qui ne prennent plus de nouveaux patients »

MG 1 « les délais d'attente pour moi c'est quelqu'un qui ne va pas bien, mais pas au point d'aller aux Urgences, quand on lui dit : ben oui mais on vous voit dans un mois »

2.1.6 Connaissance

Enfin les MG nous ont également fait part des connaissances limitées qu'ont certains patients sur les offres de soin qui leurs sont proposées. Allant jusqu'à entraver la prise en charge en premier recours.

MG 3 « il y a la méconnaissance qui peut entraîner aussi une difficulté d'accès aux soins. Après c'est le rôle du médecin traitant aussi de les orienter mais c'est vrai que la méconnaissance peut aussi entraîner une difficulté d'accès aux soins parce qu'ils n'y pensent pas »

MG 7 « Il y a quand-même, je trouve aussi, une certaine tranche de population qui ont peut-être moins de ressources et de connaissances pour s'orienter et pour avoir d'idées de projection »

2.2 Facteurs entravant la bonne prise en charge par le MG

2.2.1 Les relations avec les spécialistes

Les MG ont déclaré que le moyen utilisé pour contacter les psychiatres est essentiellement le téléphone, seulement un a déclaré utiliser les mails.

MG 3 « Je peux avoir des contacts mails ou SMS »

MG 4 « je prends mon téléphone, il y en a dont j'ai le téléphone portable ou professionnel donc on s'échange des textos »

Certains ont déclaré qu'ils prenaient contact eux même pour essayer d'avoir un rendez-vous plus rapide. Cependant souvent les MG ont déclaré ne pas avoir eu de réponse positive à leur demande.

MG 3 « il m'arrive de contacter le psy aussi de temps en temps pour avoir un rendez-vous vite, je ne laisse pas forcément le patient prendre le rendez-vous quand je veux qu'il soit vu rapidement »

MG 10 « bon j'avoue au début de mon installation j'étais motivée, j'appelais moi-même les psychothérapeutes pour essayer de prendre les rendez-vous plus rapidement, pour essayer de faire accélérer un peu les choses. Bon je me suis vite heurté à un mur »

Les MG ont déclaré qu'il semble plus difficile de prendre contact avec les psychiatres qu'avec les médecins d'autres spécialités.

MG 13 « c'est quasiment impossible de discuter de toute façon, pour des raisons aussi de disponibilité, le téléphone ce n'est pas toujours pratique. Bon manifestement par rapport aux autres spécialités et aux autres correspondants, il y a vraiment un problème, un déficit de communication qui est extrêmement important par rapport à tous les autres correspondants que l'on peut avoir »

MG 6 « On a aucun contact avec les psychiatres au quotidien, contrairement au contact qu'on peut avoir avec des cardiologues ou avec des spécialistes d'organes, avec qui le contact se fait facilement. C'est vrai que la psychiatrie c'est un monde à part en fait j'ai l'impression. »

La plupart des médecins interrogés ont estimé ne pas avoir autant de retour que de patient adressé et que cela peut, par moment, porter préjudice au bon suivi des patients. Quelques médecins ont expliqué avoir de meilleurs retours et des courriers s'il existe un lien entre les deux professionnels, notamment si les deux professionnels se connaissent.

MG 13 « je trouve très compliqué en retour je n'ai pas autant de retour que des allers. Je ne dis pas qu'il n'y en a pas mais normalement il devrait y avoir un aller-retour systématique »

MG 15 « les comptes-rendus de psychiatres je n'ai jamais vu »

MG 7 « ils m'appellent régulièrement : ben voilà j'ai vu monsieur ou madame untel et j'ai des retours, c'est pour ça que j'oriente vers eux. C'est vrai que la communication avec les psychologues c'est quand-même très compliqué si on ne le connaît pas. »

Enfin certains médecins disent avoir remarqué un changement des pratiques depuis quelques années avoir des courriers plus réguliers.

MG 3 « j'aurais tendance à dire, que depuis un an ou deux, je ne sais pas pourquoi, on voit arriver spontanément des courriers de psychiatres, chose qui n'arrivait jamais auparavant. Je ne suis pas le seul à le constater, des confrères reçoivent aussi de temps en temps, des courriers »

2.2.2 L'isolement du MG

Dans la plupart des entretiens menés il est ressorti un sentiment de solitude du MG, parfois également des situations anxiogènes ou de culpabilité.

MG 8 « ce qui est toujours difficile aussi c'est l'évaluation du risque suicidaire, parfois on a quand-même des difficultés à faire la part des choses : est-ce qu'il faut que je m'en occupe en urgence ? Est-ce que ça peut attendre un jour ou deux ? Donc c'est vrai que c'est assez anxiogène d'ailleurs pour nous aussi »

MG 15 « ce qui est très difficile c'est les patients qui ne veulent pas être pris en charge en urgence par exemple si tu as un risque suicidaire ou même ceux qui vont mal et ne veulent aucun suivi : là c'est vrai que tu te sens très seul »

MG 14 « on peut faire les médecins généralistes, on ne peut pas faire les spécialistes en psychiatrie, on n'a ni la formation, ni le temps, ni l'énergie, on est là pour passer le relais mais trop souvent on est là que nous »

3. Axes d'amélioration

Cet axe est à l'origine de nombreuses propositions dans l'optique d'améliorer la prise en charge des syndromes dépressifs.

3.1 Prise en charge des psychologues

Tous les MG de manière unanime ont évoqué le remboursement par la Sécurité Sociale des consultations des psychologues ; cette prise en charge se faisant sur prescription médicale.

MG 3 « faudrait qu'il y ait une prise en charge sécurité sociale de la consultation chez le psychologue… je crois vue la charge de rendez-vous chez les psychiatres que ça permettrait de débloquer bon nombre de situations, de soulager des tas de gens qui pourraient être suivis par un psychologue et avoir un recours très ponctuel ou pas de recours du tout au psychiatre »

MG 4 « j'ai déjà regretté qu'il n'y ait aucune prise en charge des psychologues parce que quand je fais le bilan proportionnellement j'adresse plus de patients voir un psychologue qu'un psychiatre »

MG 7 « il y a eu des tentatives dans d'autres régions de faire des études et des expérimentations pour des psychologues remboursés, ça serait génial, ça serait vraiment top parce que la valeur ajoutée des compétences du psychologue elle est inestimable. Moi je révérais de pouvoir orienter vers le psychologue aussi largement que je peux faire vers n'importe quels autres spécialistes donc ça vraiment c'est un besoin. »

3.2 Interlocuteur ligne direct

Certains médecins ont proposé la mise en place d'un numéro direct « avis psychiatre » afin de joindre un spécialiste en cas de question et de besoin de consultation rapide sans pour autant passer par les urgences psychiatriques ; numéro réservé aux MG comme par exemple la ligne directe « avis infectiologie » mise en place avec les infectiologues de l'hôpital l'Archet.

MG 4 « Donc c'est dommage qu'on ne puisse pas avoir un référent qui peut te rappeler en te disant : qu'est-ce qui se passe ? Pourquoi vous êtes inquiète ? Qu'est-ce qui s'est dit ? Qu'est-ce qui s'est fait ? Dans l'attitude ? Qu'on puisse expliquer pourquoi on est inquiet et pourquoi on n'a pas envie d'attendre un mois ou deux mois pour que la personne soit reçue »

MG 8 « ce qui pourrait être bien ce serait qu'il y ait un numéro, comme pour les maladies infectieuses, ça c'est vrai que si on avait un recours rapide ça serait vraiment bien. Ça m'est déjà arrivé d'appeler le CAP quand j'avais besoin d'un avis urgent mais voilà si on avait vraiment un numéro dédié aux médecins généralistes où on pouvait demander un avis »

3.3 Connaissance pluriprofessionnelle

La plupart des médecins souhaiteraient développer les échanges avec le spécialiste. Notamment pour disposer d'informations complémentaires sur la maladie et sur les changements thérapeutiques. Permettant au MG une meilleure vision à long terme.

MG 13 « ce qui me manque le plus, finalement c'est une correspondance riche avec les psychiatres »

MG 5 « nous on ne se figure pas qu'eux aussi ont des problèmes pour faire suivre leurs patients en somatique et nous on peut avoir des problèmes pour faire suivre nos patients en psy donc il y aurait une ouverture là : avec un peu plus d'échange ce serait mieux pour tout le monde »

MG 7 « je n'ai pas pris non plus contact avec eux. Voilà c'est peut-être une erreur, c'est peut-être quelque chose que devrait faire les libéraux, prendre contact avec les psychiatres du CMP ou les psychiatres en règle générale, je ne l'avais jamais fait. C'est tout l'intérêt d'être en MSP d'ailleurs c'est de faciliter les contacts »

Certains médecins travaillant déjà en pluriprofessionnalité ont approuvé cette vision des choses en affirmant avoir certainement plus d'échange que leur confrère.

MG 14 « nous on a la chance d'être dans une maison de santé, et d'être en relation avec différents réseaux »

MG 11 « effectivement le fait d'être en CPTS et d'être organisée en réseau, ça permet de se connaitre en pluriprofessionnel, je trouve que ça ouvre des portes. En plus d'être organisée comme ça en pluri-pro ça fluidifie beaucoup les choses donc quand j'ai un patient comme ça je passe un coup de fil devant lui et le rendez-vous il l'a 4 jours après »

3.4 Téléconsultation

Quelques médecins ont mis en évidence l'exercice de la télémédecine dans ce cadre spécifique de consultation à visée psychologique, notamment devant des difficultés d'accès géographique.

MG 10 « je ne suis pas pour la télémédecine mais dans le cadre de difficultés d'accès aux soins, dans le cadre d'isolement géographique, faire entrer des psychothérapeutes et qu'ils puissent être disponibles et disposés à s'occuper des gens à distance. Tout simplement parce que de toute façon il faut surfer sur l'agreg de la téléconsultation, on ne va pas pouvoir se voiler la face très longtemps il faut essayer de l'inclure dans nos façons de travailler et s'il y a bien un thème pour lequel se serait propice et judicieux c'est bien les pathologies psychologiques, psychiatriques »

3.5 Formation des MG

Bien que la majorité des médecins se disent à l'aise dans le suivi de leur patient atteint de syndrome dépressif un certain nombre d'entre eux souhaiteraient avoir reçu une formation, durant leur année d'étude, plus spécifique sur la psychiatrie ou tout du moins en psychologie.

MG 12 « une formation un petit peu plus spécifique moi ça ne me déplairait pas, bon maintenant ça fait longtemps que j'ai fait les études à la fac je ne sais pas si ça a évolué »

MG 10 « on n'est pas suffisamment précis et compétents, on n'a pas reçu une formation particulière pendant les études. »

3.6 Une consultation dédiée valorisée

Plusieurs médecins ont évoqué l'existence de la valorisation récente de certains actes de médecine générale avec notamment des consultations de l'obésité de suivi chez l'enfant permettant une meilleure rémunération de leur pratique. L'idée de créer une cotation adaptée au suivi de patient atteint de syndrome dépressif pourrait être une solution d'après ces mêmes médecins, reconnaissant le caractère chronophage de ce dernier.

MG 3 « il faudrait qu'il y ait une vraie reconnaissance d'une plus-value, qu'on ait potentiellement un temps de consultation plus long avec une rémunération adaptée pour ce type de consultation un peu particulière »

3.7 Autres

Les MG ont évoqué également le nombre insuffisant à leurs yeux de médecins psychiatres, aussi bien pour les adultes mais plus particulièrement pour la population pédiatrique.

Un autre médecin proposait que les psychiatres libéraux puissent réserver des consultations d'urgences dans leur planning à l'instar de leurs confrères généralistes.

DISCUSSION

Cette étude nous a permis de mettre en exergue l'hétérogénéité des pratiques des médecins généralistes et leurs appréhensions dans la prise en charge des syndromes dépressifs. La difficulté d'accès aux soins semblait être un frein important à la bonne prise en charge de ces patients et il semblait exister un clivage des pratiques mais surtout des besoins entre la population urbaine et rurale.

Malgré ces différences, l'ensemble des MG se retrouvaient sur plusieurs points. Tous s'accordaient à dire que le MG est un pilier dans la prise en charge des syndromes dépressifs. Cette place privilégiée était néanmoins fragilisée par la complexité inhérente à la prise en charge de pathologie psychiatrique. De plus nombre de MG relataient un sentiment d'isolement causé par un manque trop fréquent d'information et de communication avec les spécialistes. Les médecins interrogés ne voyaient cependant pas cette situation comme inéluctable et ont émis des propositions afin de retrouver leurs places de coordinateurs et d'améliorer la collaboration entre les différents intervenants. Le but étant de perfectionner les soins apportés aux patients, dans ce passage difficile de leur vie.
Enfin tous les MG étaient unanimes pour espérer la prise en charge financière et la reconnaissance par la sécurité sociale des consultations réalisées chez le psychologue, facilitant le suivi de ces patients.

I. Place des MG et de la psychothérapie de soutien dans la prise en charge

Notre étude permet de mettre en avant le fait que de manière unanime les MG estiment avoir une place centrale dans la prise en charge des syndromes dépressifs, cette estimation n'est pas inhérente à notre département (10). Dans la majorité des cas les MG sont les premiers à rencontrer des patients déprimés ; notamment plus de la moitié des victimes de suicide contactent leur MG dans les quatre semaines précédant leur décès (11). Le médecin généraliste a une fonction spécifique, il est dans une position privilégiée, et possède des outils propres à sa fonction. Il est donc en mesure de développer une thérapeutique adaptée, souvent appelée « psychothérapie de soutien du médecin généraliste ». (12) Selon les recommandations de l'ANAES de 2002, la psychothérapie de soutien a pour objectif, avec le patient déprimé, de l'amener à verbaliser ses difficultés actuelles, de l'aider à comprendre leur origine, et de le soutenir dans ses décisions facilitées par son travail psychothérapeutique. Elle nécessite d'être menée par des praticiens formés. Pour certains experts, le terme même de «

psychothérapie » suppose une formation spécifique, un cadre spécifique, et une technique particulière, exercée par un « psychothérapeute » habilité à cet effet ; pour d'autres experts, la relation médecin-malade en médecine générale inclut la pratique d'une réelle « psychothérapie de soutien », dont le médecin acquiert progressivement la compétence au fil de son expérience et de sa formation continue. Ce qui va à l'encontre de ce dernier point de vue est que cette pratique nécessite une formation initiale encore actuellement très succincte dans ce domaine, et une orientation concertée de la formation continue. Pour l'ANAES, 70 % des patients dépressifs suivis en médecine générale ne peuvent pas consulter un psychologue ou un psychiatre. Elle a conclu donc en 2002 que la mise en œuvre, en pratique courante de médecine générale, d'une telle « psychothérapie de soutien » nécessiterait une remise en question de la formation initiale et une incitation en matière de priorités de formation continue (13).

Et comme le rappelle Jaddo reste également la question de la légitimité du médecin généraliste à répondre aux questions de vie des patients :

« Qu'est-ce que j'ai à dire, moi, sur l'éducation des enfants ou sur les chagrins d'amour qui vaille davantage que ce que pourrait dire le boucher ou la coiffeuse ? J'ai fait la partie du boulot qu'on m'a apprise. J'ai posé un diagnostic, j'ai décidé de donner ou pas des médicaments, et il me reste dix-huit minutes de consultation de « psychothérapie de soutient » Alors je fais avec ce que j'ai. Ce que j'ai en moi, ce que j'ai de ce que ma mère m'avait dit, à moi, quand j'ai eu des chagrins d'amour. Et qui n'a rien à voir avec ce qu'on m'a appris de la médecine à la fac. » (14)

De plus Balint rappelle également que le médecin engagé dans une démarche de psychothérapie ne doit pas « jouer au psychiatre » (15)
Dans la majorité des cas, les MG sont les premiers à rencontrer les patients dépressifs et doivent être formé au diagnostic et à l'utilisation des TNM et des TM. En effet il a été démontré que le manque de formation et de connaissance peut entrainer une non reconnaissance des syndromes dépressifs (11) et, comme dans cette étude, les MG sont en demandent de formation sur le sujet de la prise en charge des patients psychiatriques et notamment des psychothérapies (16) (17). L'étude Suédoise de Gotland réalisée dans les années 80 a également montré que deux ans après une formation de deux jours sur le diagnostic et le traitement de la dépression chez le médecin généraliste, le taux de suicide a diminué de 60 %. (18). Cependant ils notaient également une diminution des effets bénéfiques de la formation quelques années après cette dernière. L'expérience s'est alors renouvelée en 1993 et 1995

avec de nouveau une diminution sensible du taux de suicide (19) (20). Ce qui tend a démontrer la nécessité d'une formation perpétuelle des MG sur des sujets que l'on pense maitriser.

Comme spécifié dans notre étude, les médecins sont tout à fait au courant de l'existence de Formations Médicales Continues (FMC) qui plus est sont obligatoires, mais ce qui ressort est le manque de temps pour accéder à l'ensemble des formations, avec des agendas « débordés ». Dans un rapport de 2012 la DRESS nous informe du temps de travail moyen d'un médecin généraliste, celui-ci étant d'environ 57 heures par semaine. (21) Le rapport de 2019 confirme les chiffres avec un temps de travail moyen de 54 heures dont 44 heures et 30 minutes passées auprès des patients. Le temps de consultation moyen est également inchangé avec une estimation de 18 minutes par consultation. (22). En plus de leur activité de soins au près des patients, il est spécifié que les MG ont une part importante de leur emploi du temps réservé à des taches type comptabilité, secrétariat, permanence des soins et formations. En moyenne les MG accordent 13 demi-journées par an aux FMC. Face à ces emplois du temps il ressort que 19 % des médecins se disent débordés et 45 % affirment qu'ils pourraient mieux s'organiser pour avoir un peu plus de temps. (21) Ces emplois du temps peuvent en parti expliquer les réticences rencontrées par les MG à suivre des formations.

II. Les échanges entre confrères pour une meilleure prise en charge

D'après les MG interrogés cette position privilégiée, centrale, peut également s'expliquer par les difficultés rencontrées lors de l'orientation vers les spécialistes. Elle est d'ailleurs vue comme la principale difficulté d'accès aux soins dans l'enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaire réalisée par Mercier (17) avec une insuffisance des services spécialisés. En France, dans le cadre d'une enquête réalisée au niveau national la quasi-totalité des médecins généralistes déclarait envoyer un courrier au psychiatre lorsqu'ils orientaient un patient et 74 % d'entre eux disaient ne recevoir aucune réponse (23) et que cela entrainait un frein à l'adressage de patient notamment dans le cadre du CMP (4).
Interrogés sur leur vision du contenu de la coopération avec les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale, les médecins généralistes ont identifié quatre composantes dans le cadre de la prise en charge de la dépression (4) :

- l'adressage de patients vers le second recours ;
- le retour d'informations sur les patients ;
- la demande de conseils ;

- la réalisation de prises en charge conjointes.

En parallèle seuls 26 % des médecins généralistes disaient adresser un courrier au psychiatre traitant quand le patient subissait l'instauration ou le changement de prescription médicales, ainsi que la survenue de nouveaux événements intercurrents (23).

Chez des médecins généralistes interrogés la construction progressive d'un réseau personnalisé semble être perçue comme fondamentale pour obtenir des réponses dans un délai raisonnable, qu'il s'agisse ou non de situations considérées comme urgentes. Certains médecins généralistes évoquent l'existence de réseaux informels, personnels constitués notamment de psychiatres, avec lesquels ils ont des relations privilégiées, l'habitude de travailler et un rapport de confiance (24),comme notifié à plusieurs reprises dans l'étude.

Les médecins interrogés nous ont signalé pour plusieurs d'entre eux ne pas rencontrer ce genre de problème grâce au travail en pluriprofessionnalité. Plusieurs modèles ont été mis en place et testés à travers le monde.

Le premier et le plus répandu en France est l'intervention type co-location. La co-location inclut notamment les formes connues d'exercices en groupe (maisons de santé pluriprofessionnelles et/ou pluridisciplinaires, par exemple). Dans ce type d'interventions, le ou les professionnel(s) spécialisé(s) en psychiatrie et santé mentale (généralement un psychiatre ou un psychologue) exerce(nt) au sein du cabinet de soins de premiers recours. La présence dans les mêmes locaux permet d'adresser plus rapidement les patients du MG aux spécialistes. Dans ce cadre les intervenants n'agissent pas vraiment en collaboration mais il s'agit plutôt d'un transfert du patient d'un spécialiste à un autre (25).

Viennent ensuite les interventions type consultation-liaison ou dispositif de soins partagées. Il s'agit d'un modèle anglo-saxon des années 80 importé en France pour la première fois dans les Yvelines en 2000. Contrairement au modèle évoqué précédemment, le médecin généraliste reste, dans la plupart des cas, chargé du suivi du patient et de la mise en œuvre de la stratégie thérapeutique adaptée (25). L'objectif est double : améliorer l'accessibilité aux soins spécialisés en psychiatrie et améliorer la formation des médecins. Le premier contact est téléphonique auprès d'un infirmier pour explorer la demande (soit du médecin généraliste ou du patient). Puis, une réunion pluriprofessionnelle évalue la réponse, le patient bénéficie alors dans 20 % des cas d'une orientation directe (urgences, cas sévères, conduites addictives), soit d'une ou plusieurs consultations auprès de psychiatres ou psychologues dans 80% des cas, afin d'évaluer la clinique et le contexte, d'élaborer un projet de soins personnalisé en incluant le médecin généraliste et la famille. Un contact direct avec le MG est

donc pris par les spécialistes pour une décision conjointe et comprendre les attentes du médecin. Ce contact doit se faire avant la rencontre avec le patient (26) (27).

D'après les estimations la satisfaction d'un tel projet était excellente : 95 % des patients se déclaraient satisfaits ou très satisfaits de leur venue à la consultation et 85 % des MG exprimaient leur satisfaction (28) , (29).

Ces dispositifs sont encore rares en France, il en existe également à Toulouse et Créteil. Un dispositif sera développé prochainement à Montpellier pour la pédo psychiatrie.

Enfin il existe aussi des modèles appelés « collaborative care », il s'agit de stratégies d'amélioration de la collaboration entre le médecin généraliste et les différents acteurs du soin dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux. Il s'agit d'intervention complexe et multidimensionnelle où chaque acteur de soins à un rôle bien défini, mobilisant un « case manager » pour assurer la liaison entre les médecins généralistes, les patients et les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale. Il est établi un programme de prise en charge structuré avec un suivi programmé du patient. Dans ce type de dispositif il est surtout mis en avant une communication interprofessionnelle renforcée : l'intervention intègre de nouveaux mécanismes pour faciliter la communication (réunions, conférences, consultations/supervision, dossiers médicaux partagés, retours écrits ou oraux entre professionnels) (25).

Ces dispositifs ne sont pas encore développés en France probablement du à leur complexité de réalisation.

Définir clairement les rôles et responsabilités de chacun des professionnels impliqués dans les soins semble être un levier permettant d'encourager la collaboration. Qu'importe le modèle choisi les différentes études cités ci-dessus nous montrent l'importance de la communication entre professionnels de santé. De même, dans notre étude, la qualité de la prise en charge par le psychiatre n'est pas discutée il s'agit plutôt de revoir nos moyens de communication afin de pouvoir les améliorer.
Enfin il en ressort également l'importance de la prise en charge par le psychiatre. Dans une société où il semble que la demande de soins psychiatriques soit grandissante nos confrères semblent également surchargés par les demandes, ce qui explique les délais d'attente de nos confrères (30), (31).

III. Prise en charge financière des consultations chez le psychologue

En 2009 les MG déclaraient que les TNM avaient une place restreinte dans la prise en charge des syndromes dépressifs ; en effet dans cette étude moins de la moitié des MG interrogés avaient cité les psychothérapies comme moyen de prise en charge (17). Cependant il était mis en avant que le manque d'orientation vers le psychologue était principalement dû à l'absence de prise en charge des consultations.

En 2014 une enquête menée mettait en évidence que 67 % des MG du Nord souhaitaient le remboursement des consultations chez le psychologue. Une telle demande pouvait s'expliquer par 2 hypothèses :

- La situation précaire de nombre de patient d'une part
- L'activité trop chronophage de la réalisation du suivi pour les MG d'autre part (32)

D'après notre étude, la demande des MG de la prise en charge par la sécurité sociale est un point phare et a été évoqué de manière unanime. Cette demande semble être de plus en plus forte et pressente.

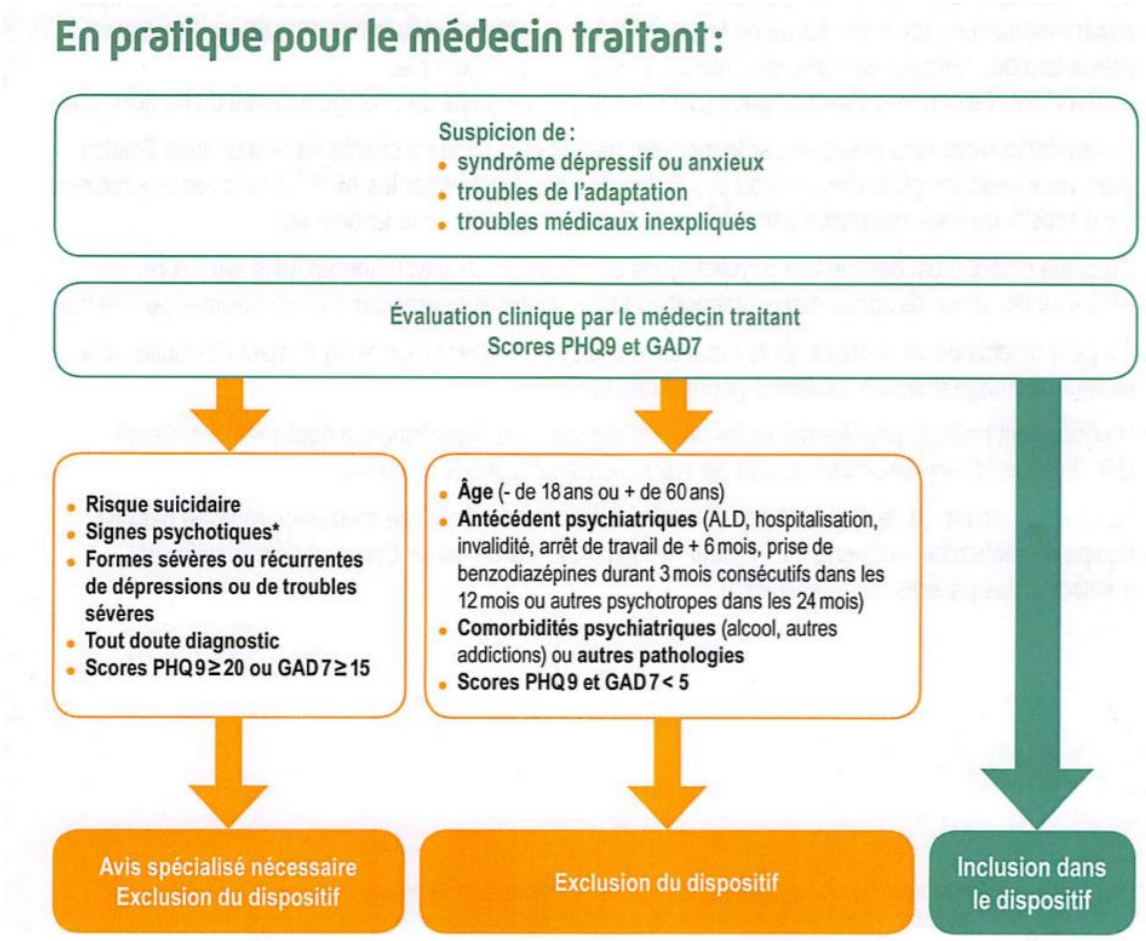
Concernant celle-ci, il a été évoqué par plusieurs des médecins interrogés la part prise en charge par les mutuelles. Certaines d'entre elles proposent en effet le remboursement des séances sous deux formes : soit sous forme de forfait annuel (X euros remboursés par an) soit sous forme de nombre de séances (X séances par an).

De plus, une expérience actuelle vise à tester le remboursement des séances pour la prise en charge de la dépression dans quatre départements français : la Haute-Garonne, les Bouches-du-Rhône, le Morbihan et les Landes ; et ce sur une durée de 3 ans.

Lancée en avril 2018 cette expérimentation vise à réduire les dépenses de Sécurité sociale liées aux maladies psychiques, en abaissant notamment le nombre de jours d'arrêt de travail, mais surtout la consommation d'antidépresseurs, d'anxiolytiques et de somnifères. Pour rentrer dans le parcours de soin et donc pouvoir accéder au remboursement le patient doit être orienté par le MG vers un psychologue qui réalisera une séance d'évaluation de 45 minutes. Si les troubles mentaux constatés sont d'intensité "faible à modérée", une seconde prescription de 10 séances de psychothérapie de soutien de 30 minutes est adressée. Elle pourra être complétée, le cas échéant, par 10 séances de psychothérapie structurée de 45 minutes. Si les troubles sont plus marqués le patient sera alors dirigé vers un confrère psychiatre.

Les critères d'inclusions, pour que le médecin puisse prescrire les séances, sont fonction de l'examen clinique en s'aidant des échelles PHQ 9 pour la dépression (Annexe 4) (33).

Scores PHQ 9		
1-4	Absence de dépression	Exclusion du dispositif
5-9	**Dépression légère**	**Inclusion dans le dispositif**
10-14	**Dépression modérée**	**Inclusion dans le dispositif**
15-19	**Dépression modérément sévère**	**Inclusion dans le dispositif**
≥ 20	Dépression sévère	Avis spécialisé - Exclusion du dispositif



Bien que saluée par l'ensemble des patients ainsi que la plupart des professionnels de santé le tarif proposé semble trop peu au gout des psychologues : 22 euros pour les 10 premières séances, 32 euros pour les 10 suivantes (34)

Un même décret est actuellement en cours pour la prise en charge des consultations chez les jeunes de 11 à 21 ans avec une expérience de 4 ans. Cette expérimentation vise à réduire la souffrance psychique des jeunes. Les territoires sont fixés par l'arrêté du 5 mai 2017 au sein des régions Ile-de-France, Pays de la Loire et Grand Est (35), (36), (37).

IV. La télémédecine : nouvelle ère ?

Avec l'avancée des nouvelles technologies la représentation de la médecine offre de nouvelles perspectives. Les prémisses de la télémédecine datent de 1959 entre l'Institut psychiatrique du Nebraska et un hôpital de Norfolk via une télévision interactive à deux voies (38).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit en 1998 la télémédecine comme étant : « la fourniture de services de soins de santé, lorsque l'éloignement est un facteur déterminant, par des professionnels des soins de santé faisant appel aux technologies de l'information et des communications » (39).

En 2007 la France crée la Société Française de télémédecine (SFT) renommée par la suite Société Française de Santé Digitale (SFSD) (40).

Plusieurs études à travers le monde ont cherché à mettre en évidence l'efficacité de la télémédecine dans le domaine de la psychiatrie. En 2016 une méta analyse incluant 134 articles montrait qu'en règle générale la téléconsultation en psychiatrie amenait une complète satisfaction de la part des patients et des praticiens bien que ces derniers le soient un peu moins du au changement de la relation patient-médecin. De plus il en ressortait que l'observance semblait accrue due à la suppression des temps de trajets lassant à moyen et long termes les patients (41).

En avril 2020 une nouvelle étude américaine confirme les bienfaits d'une thérapie cognitivo-comportementale effectuée par téléconsultation pour prévenir les risques de dépression chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson (42).

En France, en 2014 le centre hospitalier Guillaume Régnier a répondu à un appel à projets de l'ARS Bretagne concernant les projets de télémédecine à destination des EHPAD. Le projet

de télémédecine en gérontopsychiatrie concernait 4 EHPADs initialement. En 2017, le centre hospitalier Guillaume Régnier a pu acter l'extension du projet à 5 nouveaux EHPAD, opérationnelle depuis octobre 2018. Les téléconsultations concernaient et concernent toujours actuellement majoritairement des consultations de suivi. Les patients apprécient le gain de temps lié aux transports. Ces sessions, jugées plus informatives permettent, en plus de voir le patient, d'échanger en direct avec l'équipe soignant de l'EHPAD, ce que ne permet pas une consultation classique en présentiel.

De même un second projet porté par l'institut médical de Breteuil (SSR) propose à ses patients l'accès à des téléconsultations de 30 minutes avec des psychiatres une fois par semaine. (43)

L'année 2018 marque un tournant majeure pour la télémédecine en France avec la prise en charge par l'assurance maladie des actes de téléconsultation. Cependant pour que cette prise en charge soit applicable elle est soumise à certaines règles telles que l'âge du patient (devant être âgé d'au moins 16 ans), accessible pour des situations d'urgence ou encore le patient doit être connu du médecin consultant et avoir bénéficié d'une consultation physique dans les 12 derniers mois.

Cette dernière spécificité laisse à penser que dans un suivi avec un psychiatre la première consultation sera obligatoirement faite en présentielle.

L'avenant n° 6 à la convention nationale, approuvé par un arrêté du 1er août 2018, fixe les tarifs des actes de téléconsultation (44). La téléconsultation est facturée par le médecin téléconsultant au même tarif qu'une consultation en présentiel et les majorations peuvent s'y ajouter dans les mêmes conditions (45).

Psychiatre neurologue et neuropsychiatre (en métropole)

	Médecin S1 ou S2 OPTAM ou S2 sans OPTAM si respect des tarifs opposables	**Médecin S2 sans OPTAM (si non application des tarifs opposables)**
Téléconsultation du médecin correspondant avec retour au médecin traitant	TC (39 €) + MPC (2,70 €) + MCS (5 €) = **46,70 €**	TC = **39 €**
Téléconsultation du médecin traitant	TC (39 €) + MPC (2,70 €) = **41,70 €**	TC = **39 €**

Il ne fait maintenant plus de doute que réaliser une consultation psychiatrique par vidéoconférence permet de faciliter l'accès aux soins de santé mentale aux patients dans certaines situations d'isolement psychique et à étendre l'offre de soins psychiatriques dans les zones à faible densité de professionnels de santé mentale (46).

La télémédecine a évolué de manière exponentielle ces dernières années, on recense près de 25 000 articles traitant du sujet sur PubMed, cependant en France elle semblait toujours soumise à un certain frein. Ce principal frein semble être la difficulté qu'on les soignants à s'adapter à cette nouvelle forme de soin. En effet dans un article publié en 2018, Alexandre Mathieu-Fritz le décrit en expliquant que « le cadre physique et symbolique de cette relation est bouleversé, les conditions d'observabilité et d'audibilité mutuelles sont moins bonnes qu'en face-à-face, les praticiens éprouvent, de diverses manières, une impression de distance dans la relation au patient » (47).

Avec la crise sanitaire mondiale de 2020 due à la coviD 19 l'intégration de la téléconsultation dans notre quotidien de praticien a pris un nouveau souffle en ouvrant à tous l'utilisation de cette technologie. De manière plus ou moins forcé nous avons dû nous familiariser rapidement avec ce nouvel aspect de notre pratique.

Cependant la téléconsultation ne saurait répondre à tous les maux et pose notamment plusieurs limites. Dans les premières, nous retrouvons évidemment la difficulté d'utilisation pour les personnes âgées non familiarisées avec ces technologies, la nécessité d'une bonne connexion internet et d'avoir les outils adéquats. De manière plus spécifique elle pourrait être une entrave à l'échange entre le professionnel et le patient, empêchant ce dernier de se livrer entièrement, dû par exemple à la sensation de ne pas vraiment être seuls (par exemple présence des enfants dans la pièce ou d'un tiers). Une fois la porte du cabinet fermé les patients savent qu'ils peuvent se livrer sans crainte d'un jugement et qu'il existe une règle tacite : celle du secret médical. Lors d'un échange par téléconsultation ces règles semblent plus flous. Enfin dans certaines circonstances où le problème vient du foyer, la consultation au cabinet peut être vu comme une issue, une échappatoire.

V. Forces et faiblesses de l'étude

Concernant la validité interne de cette thèse, nous pouvons considérer les résultats fiables sur le plan méthodologique car l'étude qualitative est la méthode de référence pour l'exploration

des expériences personnelles complexes et le choix des entretiens individuels a permis un climat propice à l'échange.

Un seul et même investigateur a réalisé l'ensemble des entretiens, permettant un recueil homogène et en cohérence avec l'analyse parallèle des données déjà recueillies. Enfin un double codage a permis une analyse par triangulation des données limitant ainsi le biais interprétatif inhérent à la méthode choisie.

Cependant nous pouvons noter certaines faiblesses méthodologiques.

Tout d'abord lors des demandes d'entretiens nous avons essuyé de nombreux refus nous laissant supposer que le sujet n'intéressait pas les médecins contactés ou que ces derniers ne ressentaient pas de difficulté dans la prise en charge de ces patients. Nous pouvons donc considérer que les médecins ayant accepté de participer à l'étude sont davantage sensibilisé au sujet.

L'âge, le sexe, le mode d'exercice ou encore le lieu d'installation sont des critères susceptibles d'influer les représentations. Or dans notre étude 9 des 15 médecins interrogés estiment exercer en milieu urbain. Nous pouvons penser que ces sujets ont moins de difficulté d'accès aux soins pour leurs patients.

Par ailleurs chaque entretien faisait l'objet d'une retranscription verbatim ce qui était précisé aux médecins interrogés avant l'entretien pouvant engendre une retenue dans leur discours et ainsi un biais d'information.

Pour terminer nous noterons un biais inhérent au manque d'expérience en recherche qualitative de l'auteur principal de cette étude, bien qu'il se soit amélioré dans la discipline au cours des divers entretiens.

CONCLUSION

Cette étude visait à mettre en exergue les difficultés que rencontraient les médecins généralistes dans leur prise en charge de patient atteint de syndrome dépressif, notamment dans le cadre de difficulté d'accès aux soins. L'analyse des 15 entretiens a permis l'émergence de nombreuses difficultés distinctes ; aussi bien du point de vue du médecin : relation avec ses confrère spécialistes ou sentiment d'isolement, que ceux pouvant être rencontrés par le patient : financière, géographique, logistique, culturelle, limite des connaissances, appauvrissement de l'offre de soin.

Bien que certains axes semblent difficilement améliorables, les médecins interrogés ont proposé nombre de solution pour palier à ces manques. Notamment le manque de fluidité dans la communication avec les médecins spécialistes est pointé de façon unanime comme un obstacle dans la bonne gestion de ce syndrome. Cet échange gagnerait à être développé de façon réciproque ; tant pour faciliter l'information du MG sur les diverses thérapies (médicamenteuses ou pas) en cours et l'évolution de la pathologie, pour favoriser un accès rapide aux patients le nécessitant, que pour apporter au spécialiste des données dont il ne dispose pas toujours sur d'autres pathologies, sur l'observance, sur les difficultés rencontrées par le patient pouvant influer sur sa gestion de la prise en charge.

Le rôle du MG, dans ce contexte, apparait donc central bien que cette place soit parfois difficile aussi bien d'un point de vue des connaissances, de temps ou même financier.

Enfin la place de plus en plus importante de la technologie dans notre quotidien pourrait en parti répondre à l'une des problématiques actuelles de l'étude. La télémédecine pourrait avoir une place privilégiée dans le suivi des patients dépressifs, surtout depuis sa prise en charge par l'assurance maladie.

Il reste cependant à se poser la question de la place du médecin généraliste dans cette nouvelle fonction.

BIBLIOGRAPHIE

1. **https://www.who.int/topics/depression/fr/.** ***Organisation Mondiale de la Santé, definition de la dépression.*** **[En ligne]**

2. ***« Hippocrate. Aphorismes. ΑΦΟΡΙΣΜΟΙ : Section 6 ».*** **P., Remacle.**

3. Berrios, G. E. ***Melancholia and Depression During the 19th Century : a Conceptual History.*** **1988.**

4. Dumesnil H., Cortaredona S., Cavillon M., Mikol F., Aubry C., Sebbah R., Verdoux H., Verger P. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. ***L'information psychiatrique.*** **2014.**

5. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours. ***Haute Autorité de Santé.*** **2017.**

6. ***OMS, Santé et droits de l'Homme .***

7. Couverture Maladie Universelle Complémentaire. ***Ameli.*** **[En ligne] 2019.**

8. Niveau de pauvreté. ***INSEE.*** **[En ligne]**

9. Psychiatrie, Collège national des universitaires en. ***Référentiel de psychiatrie et addictologie, .*** **2016.**

10. ***La prise en charge de la dépression en médecin générale dans les pays de la Loire.*** **DRESS. 2013, Observatoire régional de la santé, Union régionale des professionnels de santé des médecins libéraux .**

11. Rihmer Z., Dome P., Gonda. The role of general practitioners in prevention of depressionrelated suicides. ***Neuropsychopharmacologia hungarica .*** **2012.**

12. Druais et Ouazana. La dépression en Médecine Générale, La psychothérapie de soutien : une approche spécifique. . ***Collège de la Médecine Génrale.*** **2017.**

13. ANAES, Service Recommandations professionnelles. Paris: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. ***Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire.*** **2002.**

14. Jaddo. ***Juste après dresseuse d'ours. Les histoires brutes et non romancées d'une jeune généraliste.*** **2012.**

15. Cape J., Barker C., Buszewic M., Pistrang N. Gestion psychologique par les médecins généralistes des problèmes psychoaffectifs courants : tour d'horizon pour le développement de techniques pratiques, utiles et efficaces. ***British Journal of General Practice.*** **2000.**

16. Ventelou B., Paraponaris A., Sebbah R., Aulagnier M., Protopopescu C., Gourheux JC., Verger P. UN OBSERVATOIRE DES PRATIQUES EN MÉDECINE GÉNÉRALE : L'EXPÉRIENCE MENÉE EN RÉGION PROVENCE-ALPES-CÔTE-D'AZUR. ***Revue française des affaires sociales.*** **2005.**

17. Mercier A., Kerhuel N., Stalnikiewitz B., Aulanier S., Boulnois C., Becret F., Czernichow P. enquete sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *l'Encéphale.* 2010.

18. Rihmer Z., Rutz W., Pihlgren H. Depression and suicide on Gotland an intensive study of all suicides before and after a depression-training programme for general practitioners. *Journal of Affective Disorders.* 1995.

19. Rutz, W., von Knorring, L., Pihlgren, H., Rihmer, Z., Walinder, J. Prevention of male suicides: lessons from Gotland study. 1995.

20. Rutz, W., Walinder, J., von Knorring, L., Rihmer, Z., Pihlgren, H. Rutz, W., Walinder, J., von Knorring, L., Rihmer, Z., Pihlgren, H. (1997) Prevention of depression and suicide by education and medication: Impact on male suicidality. An update from the Gotland study. Int J Psychiatry Clin Pract. 1997.

21. JAKOUBOVITCH S., BOURNOT MC., CERCIER E., TUFFREAU F. Les emplois du temps des médecins généralistes. *DRESS.* 2012.

22. Chaput H., Monziols M., Fressard L., Verger P., Ventelou B., Zaytseva A. Deux tiers des médecins généralistes libéraux déclarent travailler au moins 50 heures par semaine. *DRESS.* 2019.

23. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt JL. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». *Info Psy.* 2014.

24. *Observatoire régional de la santé Provence-AlpesCôte d'Azur, Ministère des affaires sociales et de la santé. Projet DeMeGen. Etude quantitative et qualitative des pratiques de prise en charge de la dépression en médecine générale de ville et de leurs déte.* 2015.

25. HAS. *Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux.* 2018.

26. Hardy-Baylé MC., Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres? *L'information psychiatrique.* 2014.

27. Fidel D., Allermoz E. Psychiatrie : l'état d'urgence. *Médecins, bulletin de l'ordre national des médecins.* 2020, 65.

28. Passerieux C. Accès et continuité des soins pour les troubles mentaux les plus fréquents : les consultations de soins partagés du RPSM 78. *Annales Médico psychologiques.* 2007, Vol. 165.

29. S. PRÉBOIS, M. BENSOUSSAN , L.SCHMITT. *LE DISPOSITIF DE SOINS PARTAGÉS EN PSYCHIATRIE.* 2017.

30. Blond, Marlène. Étude sur les difficultés actuelles du métier de psychiatre hospitalier français. *L'information psychiatrique.* 2016.

31. J. MICHEAU, E. MOLIÈRE. *L'emploi du temps des médecins libéraux, DRESS.* 2010.

32. BEKKOUCHE M. Psychothérapie de soutien, médecins généralistes et patients dépressifs : enquête transversale auprès de 140 praticiens de soins primaires du Nord. *THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MEDECINE.* 2014.

33. Maladie, Assurance. *Prise en charge par l'Assurance maladie des thérapies non médicamenteuses. Dispositif expérimenté dans 3 départements.* 2017.

34. Arce C. Dépression: 4 départements testent le remboursement de la psychothérapie. *Pourquoi Docteur.* [En ligne] 2018.

35. Expérimentation du remboursement des psychologues libéraux. *Société Française de Psychologie.* [En ligne] 2018.

36. Cazeuneve B., Touraine M., Vallaud-Belkacem N., Sapin M., Eckert C.,. *Décret n° 2017-813 du 5 mai 2017 relatif aux expérimentations visant à organiser la prise.* 2017.

37. *Arrêté du 19 décembre 2017 portant approbation du cahier des charges national relatif, Journal officiel de la république française.* 2018.

38. Hilty DM, Liu W, Marks SL, et al. Effectiveness of telepsychiatry : a brief review. *Canadian Psychiatry Association Bulletin.* 2003.

39. P., Simon. pratiques de télémédecine et politiques actuelles. *ADSP.* 2017.

40. https://www.sf-telemed.org/statuts.html. *société française de la santé digitale.* [En ligne]

41. S Hubley, S B Lynch, C Schneck, M Thomas, J Shore. Review of key telepsychiatry outcomes. *World Journal of Psychiatry.* 2016.

42. Roseanne D. Dobkin, Sarah L. Mann, Michael A. Gara, Alejandro Interian, Kailyn M. Rodriguez, Matthew Menza. Telephone-based cognitive behavioral therapy for depression in Parkinson disease. *Neurology.* 2020.

43. Numérique, L'Agence Française de la Santé. *Etude pour l'accompagnement au déploiement de la télémédecine .* 2019.

44. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037306389. *Legifrance.gouv.* [En ligne]

45. Ministere des solidarités et de la santé. *https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/prises-en-charge-specialisees/telemedecine/la-teleconsultation/article/generalites?fbclid=IwAR3jF9SgH-uB-D9tdLDqrB0CZ5x5oOnJeXT10sLe-pDxH0IIIYiFLr1gviA.* [En ligne] 10 janvier 2020.

46. M ABDERRAHMANE, P ZHANG. Téléconsultation : outil de communication médecin-patient ou révolution dans la pratique médicale? *Revue médicale Suisse .* 2018.

47. Mathieu-Fritz, Alexandre. Les téléconsultations en santé mentale ou comment établir la relation psychothérapeutique à distance. . *Réseaux.* 2018.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

1 / Pouvez-vous me définir ce que signifie pour vous « difficulté d'accès aux soins »

2 / Comment cela se passe en pratique pour gérer un patient atteint d'un syndrome dépressif en cabinet de médecine général ? Quelles sont les différences à gérer ce même syndrome dans le cadre de difficulté d'accès aux soins ?

a) Quels sont les moyens actuels de suivi que vous connaissez pour orienter vos patients qui n'ont pas de moyens financiers ? quelles en sont les limites actuelles ?
b) Que connaissez-vous comme TNM dans le cadre de syndrome dépressif ?
c) Quelles sont les attentes et les interrogations des patients concernant les thérapies non médicamenteuses ?

3 / Quels sont les difficultés que vous rencontrez personnellement dans la gestion du suivi d'un patient atteint d'un syndrome dépressif et qui n'a pas les moyens financiers pour accéder à des thérapies non médicamenteuses ?

a) Comment se passent vos échanges avec les spécialistes ? Dans quelles circonstances estimez-vous devoir y avoir accès ? Quel moyen de communication utilisez-vous et estimez-vous son niveau efficace ?
b) Comment se passe le retour avec le patient ? Quels sont les réticences de ces derniers avec ces thérapies non médicamenteuses ?
c) Par quel moyen est abordée la question du cout financier ? Les patients s'en préoccupent ils ?
d) Vous arrive-t-il souvent d'être ou de vous sentir isolé concernant l'aide que vous pouvez apporter au patient ?
e) Dans le cas où aucune orientation n'est possible que faites-vous ?

4 / Avez-vous suivi une formation spécifique ? Pensez-vous être suffisamment formé pour prendre en charge une dépression en toute sécurité ? Savez-vous si de telles formations existent pour les médecins généralistes ? Ressentez-vous un besoin de collaboration avec les psychiatres ?

5 / Pouvez-vous me racontez une situation où vous avez été confronté à une difficulté d'orientation dû à un problème financier ?

6 / Quelles seraient vos besoins pour améliorer le suivi de ces patients ?

a) Quels types de structure ou de moyen pourrait-on imaginer afin de répondre le plus rapidement possible au besoin de cette population ?

Annexe 2 : Formulaire d'information et de consentement

Madame, Monsieur

Vous êtes invité(e) à participer à une étude sur le suivi de patients atteints d'un syndrome anxiodépressif dans les cabinets de médecine générale.

Ce document vous renseigne sur les modalités de cette étude. N'hésitez pas à poser des questions si certains éléments ne sont pas clairs.

La méthode choisie pour répondre à cette question est qualitative d'après des entretiens individuels semi dirigés. C'est pourquoi nous sommes réunis aujourd'hui pour un entretien d'environ 20 min.

Les discussions seront enregistrées avec deux appareils de façon à permettre l'analyse ultérieure des informations récoltées. L'anonymisation sera réalisée lors de la retranscription des données.

Il est entendu que votre participation à ce projet se déroule sur la base du volontariat et que vous pouvez à tout moment mettre un terme à votre participation sans avoir à motiver votre décision.

Nous vous ferons parvenir par mail, à la fin de l'étude, les résultats d'analyse des données. Nous serons attentifs à votre retour sur analyse.

Consentement libre et éclairé

Je soussigné(e) …… déclare avoir lu et compris le présent formulaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. Je déclare avoir eu l'occasion de poser librement des questions.

Par la présente, j'accepte librement de participer au projet.

Fait à Le

Signature

Annexe 3 : Caractéristique des participants

Médecins	Sexe	Age	Lieu	Mode d'exercice	MSU	Secteur
MG1	F	36 ans	Urbain	Cabinet de groupe	Non	1
MG2	F	31 ans	Semi rural	PP	Non	1
MG3	M	48 ans	Urbain	Cabinet de groupe	Oui	1
MG4	F	43 ans	Urbain	Cabinet de groupe	Non	1
MG5	F	47 ans	Urbain	Cabinet de groupe	Oui	1
MG6	M	30 ans	Semi rural	Seul	Non	1
MG7	M	31 ans	Urbain	Cabinet de groupe	Non	1
MG8	F	34 ans	Urbain	Cabinet de groupe	Non	1
MG9	M	44 ans	Rural	Cabinet de groupe	Oui	1
MG10	F	28 ans	Urbain	Cabinet de groupe	Non	1
MG11	F	37 ans	Urbain	MSP	Oui	1
MG12	F	44 ans	Urbain	PP	Non	1
MG13	M	59 ans	Semi rural	Cabinet de groupe	Non	1
MG14	F	39 ans	Rural	MSP	Oui	1
MG15	M	52 ans	Rural	Seul	Non	1

Annexe 4 :

PHQ 9 : évaluation du patient dépressif

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié des jours	Presque tous les jours
1 Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2 Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3 Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4 Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5 Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6 Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7 Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8 Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9 Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3

Score total PHQ 9 _____

Si vous avez entouré au moins « 1 » à au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont- ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ?

Pas du tout difficile(s) ☐ Assez difficile(s) ☐ Très difficile(s) ☐ Extrêmement difficile(s) ☐

Sources : K roenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. J G en Intern Med 2001;16:606-613

SERMENT D'HIPPOCRATE

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 le 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 seront 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.