

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2017

N° 242

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de MEDECINE GENERALE)

Par

Simon RÉRAT

Né le 29 septembre 1987 à Laon

Présentée et soutenue publiquement le 5 décembre 2017

**PRISE EN CHARGE DE LA DÉPRESSION PAR LES MÉDECINS
GÉNÉRALISTES, APPORTS ET ÉVALUATION D'UN PROGRAMME
DE CONSULTATIONS AVANCÉES DE L'ÉQUIPE
INTERSECTORIELLE DE PRÉVENTION DU SUICIDE, DANS LE SUD
DE LA LOIRE-ATLANTIQUE.**

Président du Jury : Monsieur le Professeur Rémy SENAND

Directrice de Thèse : Madame le Docteur Kahina YEBBAL

SERMENT MEDICAL

Au moment d'être admis (e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis (e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

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

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé (e) si j'y manque.

Remerciements :

A Mme le Dr Kahina Yebbal, pour son travail, son humanité, ses conseils et son dynamisme, et pour m'avoir guidé pendant cette thèse,

à Mme le Pr Viviane Kovess-Masfety, pour la qualité de son travail, ses conseils avisés, sa disponibilité, et enfin pour avoir accepté de juger mon travail,

à M le Pr Rémy Senand, pour tous les cours dispensés au cours des années d'internat, sa disponibilité, et pour me faire l'honneur de présider mon jury,

à M le Pr Jean-Marie Vanelle, pour avoir accepté de juger ce travail,

à mes maîtres et plus particulièrement :

au Dr Richard Ariane, pour son humanité, sa gentillesse, les compétences qu'elle m'a transmises et pour m'avoir appris en grande partie la médecine générale,

au Dr Sébastien Abad, au Dr Corinne Delon-Saunier, au Dr François Aubret, au Dr Yohann Cailleaux, au Dr Thierry Guihard, pour m'avoir guidé et supporté au cours de mon internat,

à Bérengère, Candice, Denis, Julien, Virginie pour avoir continué à me former après la fin de celui-ci,

à Sabine Danguy sans qui les statistiques de cette thèse n'auraient jamais vu le jour,

à ma mère pour son soutien, les relectures, et sa patience au téléphone,

à mon père, pour son soutien et ses tentatives de m'apporter l'inspiration,

à Solène pour ses messages quotidiens pendant la dernière ligne droite, rendez-vous dans 4 ans petite sœur,

à Alice ma sœur pour m'avoir montré le chemin de la thèse et avoir apporté un regard sans concessions sur la mienne,

à tous mes amis de Nantes et d'ailleurs, pour m'avoir soutenu et fait rire,

à Aurélie, pour m'avoir supporté pendant ces 18 mois où j'ai difficilement écrit cette thèse, pour son soutien, sa patience, son sérieux quand il le fallait, son sourire et son amour.

Table des matières

I /Introduction.....	11
II /Maladies mentales, dépression et suicide : état des lieux.....	12
II.1 /La santé mentale	12
II.1.1)Définition	12
II.1.2)Épidémiologie.....	12
1)Quelques chiffres.....	12
2)La problématique de l'accès aux soins.....	14
II.2 /Dépression.....	14
1)Définition(s)	14
2)Épidémiologie	15
3)Facteurs de risque.....	15
4)Le traitement	16
II.3 /Le suicide	17
1)Définition.....	17
2)Épidémiologie.....	17
III /Les acteurs.....	19
III.1 /La première ligne : les proches.....	19
III.2 /Le premier recours médical : le médecin généraliste	19
III.3 /Les soins spécialisés en santé mentale.....	19
III.3.1)Le système français	19
1)Rappel historique	19
2)Organisation du système de soin spécialisé en santé mentale.....	20
III.3.2)Et dans le reste du monde : recommandations OMS.....	20
III.4 /La collaboration entre acteurs de premier recours et le système de soin spécialisé en santé mentale.	21
1)Dans le monde.....	21
2)Relation médecin généraliste - psychiatre en France.....	22
IV /Exemples dans la littérature	22

IV.1 /Programmes de prévention de la souffrance psychique et du suicide.....	22
IV.1.1)En Finlande	22
IV.1.2)En France :.....	23
IV.2 /Interventions communautaires en santé mentale.....	24
IV.2.1)En Suède : l'expérience de l'île de Gotland.....	24
IV.2.2)En France.....	24
1)Expérience du secteur Lille-Est	24
2)Expérience de Versailles RPSM 78 (Réseau de Promotion de la Santé Mentale en Yvelines-sud).....	25
IV.2.3)Italie : Trieste.....	25
IV.2.4)Allemagne : Nuremberg.....	25
V /L'unité de prévention du suicide.....	26
V.1 /Présentation de l'unité de prévention du suicide.....	26
V.1.1)Présentation	26
V.1.2)Historique	27
V.1.3)Fonctionnement des consultations avancées	28
V.2 /La situation dans la région Pays de la Loire	28
1)Epidémiologie.....	28
2)Démographie médicale.....	29
V.3 /L'activité de l'unité de prévention du suicide.....	29
V.3.1)Caractéristiques et provenance des patients.....	29
1)Nombre de patients vus.....	29
2)Démographie.....	30
3)Délai avant consultation	31
V.3.2)Motifs de recours à l'équipe de prévention du suicide.....	31
V.3.3)Devenir des patients.....	33
V.4 /Discussion.....	33
V.4.1)A propos de la population cible	33
V.4.2)A propos du devenir des patients.....	34
VI /Etude : comparatif de la prise en charge par le médecin généraliste des patients dépressifs, avec et sans l'intervention de l'équipe intersectorielle de prévention du suicide	35

VI.1 /Introduction à l'étude menée dans le cadre de ce travail	35
VI.2 /Présentation de l'étude de la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES).....	35
VI.2.1)Présentation de l'étude.....	35
VI.2.2)Échantillonnage	36
VI.2.3)Questionnaire.....	36
VI.2.4)Analyse statistique.....	37
VI.2.5)Résultats de l'étude :	37
VI.3 /Matériel et méthodes.....	38
VI.3.1)Population de l'étude.....	38
VI.3.2)Questionnaire	38
VI.3.3)Test statistique	38
VI.4 /Résultats.....	39
VI.4.1)Population de l'étude.....	39
VI.4.2)Caractéristiques démographiques	39
1)Age des médecins inclus	39
2)Sexe des médecins inclus.....	40
VI.4.3)Fréquence des maladies mentales dans la patientèle.....	40
VI.4.4)Habitudes de prise en charge	41
1)La dépression	41
2)Les freins aux psychothérapies	42
3)La suicidalité chez le patient dépressif.....	43
4)Formation à la santé mentale.....	43
VI.4.5)Collaboration avec les professionnels de santé mentale.....	44
VI.4.6)Réponses aux vignettes cliniques.....	45
1)Prise en charge thérapeutique.....	45
2)Traitement médicamenteux.....	48
3)Psychothérapie	49
VI.4.7)Ressenti des équipes.....	49
1)Ressenti des intervenants de l'équipe de prévention du suicide.....	49
2)Ressenti des médecins	49
VI.5 /Discussion.....	50

VI.5.1)Biais méthodologiques à propos de la population de l'étude.....	50
1)Comparaison avec l'étude de référence : validité externe.....	50
2)Représentativité des généralistes interrogés : validité interne.....	51
3)Secteur géographique.....	52
4)Pertinence du choix de l'étude de la DREES ?.....	52
VI.5.2)La collaboration médecins généralistes - professionnels de santé mentale.....	53
1)Une meilleure collaboration, pour quelles raisons ?.....	53
2)Conséquences des problèmes de coordination médecin généraliste – Psychiatre	53
3)Les obstacles à la coordination médecin généraliste – Psychiatre.....	54
VI.5.3)Les choix thérapeutiques.....	55
1)Facteurs influençant le choix du traitement.....	55
2)Adéquation du traitement	55
3)Perception des traitements médicamenteux :.....	56
VI.5.4)La formation des médecins généralistes.....	56
VI.5.5)Efficacité sur la prévention de la souffrance psychique.....	56
VI.5.6)Population de généralistes susceptibles de collaborer avec l'équipe de prévention du suicide.....	57
VII /Aller plus loin : ouvertures et propositions.....	58
VII.1 /A propos de notre étude.....	58
VII.2 /A propos du recueil de données par l'équipe de prévention du suicide.....	58
VII.3 /Étendre les champs d'action.....	59
VII.3.1)Le milieu du travail	59
VII.3.2)Les autres professionnels de santé.....	59
VII.4 /La recherche sur la prévention du suicide.....	59
VII.5 /La place de la santé mentale dans la société.....	59
VIII /Conclusion	61
IX /Bibliographie.....	62

Abréviations

ALD : Affection de Longue Durée

ARS : agence régionale de santé

CMP : Centre Médico-psychologique

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies – 10ème édition

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DSM-V : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*) – 5ème édition.

EDM : épisode dépressif majeur

EPS : Équipe de prévention du suicide

HAS : Haute Autorité de Santé

INSERM : institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

MG : Médecin généraliste

OMS : Organisation mondiale de la santé

ONS : Observatoire national du suicide

OR : Odds ratio

ORS : Observatoire régional de la Santé

PPSM : Plan Psychiatrie et Santé Mentale

WHO : World Health Organisation (*cf OMS*)

I / Introduction

La santé mentale fait partie intégrante de l'état de bonne santé, comme le rappelle l'OMS dans la définition qu'elle propose, à savoir « un état complet de bien-être physique, mental, social, [...] qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité » (1). Cependant, au regard la complexité des problématiques qui lui sont liées, la santé mentale est une composante moins connue du grand public, souvent taboue, parfois négligée y compris parmi les soignants (2).

Il est vrai que les problématiques liées aux maladies mentales sont complexes, car celles-ci ont un impact non seulement sur l'état de bien-être mental, mais également sur le somatique, la vie sociale, familiale, affective et sexuelle, et la vie professionnelle. La souffrance psychique n'est pas qu'un problème médical ou psychiatrique, elle est également un problème de société, dont elle suit les évolutions (3).

Son retentissement sur la vie de la communauté en est multiplié : dans son rapport de 2006 (4), l'organisation mondiale de la santé estime que 25% des individus souffriront d'au moins un problème de santé mentale à un moment de leur existence, et 10% au cours de l'année en cours.

Les troubles psychiatriques représentent ainsi la deuxième plus grande cause de morbidité dans le monde après les maladies cardiovasculaires, et devraient en devenir la première cause dans la prochaine décennie. Pire encore, plus de 870 000 personnes se suicident chaque année dans le monde, faisant du suicide la deuxième cause de mortalité évitable (5).

La France ne fait malheureusement pas exception à cette réalité, en ayant des indicateurs de santé mentale moins bons que des pays de niveau économique similaires, avec de plus une collaboration de mauvaise qualité entre professionnels de santé mentale et médecins généralistes (6,7).

Depuis 2009 un programme de consultations avancées d'infirmiers de psychiatrie a été mis en place dans des cabinets de médecine générale, dans le secteur Sud-Loire. L'objectif est de pouvoir prendre en charge des patients en souffrance psychique qui sont exclues du système de soins spécialisé en santé mentale.

Nous avons donc cherché à évaluer cette intervention, sur plusieurs plans : Quels sont les patients qui ont recours à ce programme ? Est-ce que les généralistes concernés ont des pratiques en terme de santé mentale différentes des autres médecins généralistes ? Et qu'en est il de la coopération entre médecins généralistes et spécialistes de santé mentale dans cette situation ?

Nous ferons tout d'abord un état des lieux des maladies mentales, ainsi que des acteurs prenant en charge ces maladies et comment ils interviennent. Ensuite, nous présenterons la population qui a eu recours au programme de consultations avancées, puis une étude comparant la prise en charge des troubles psychiques par les généralistes qui bénéficient de ce programme, avec des généralistes qui n'en bénéficient pas.

II / Maladies mentales, dépression et suicide : état des lieux

II.1 / La santé mentale

II.1.1) Définition

La santé mentale couvre un domaine très large (de la santé mentale positive « bien-être » aux diagnostics psychiatriques les plus sévères, en passant par les différents degrés de mal être).

La santé mentale comporte trois dimensions (8) :

- La santé mentale positive, qui s'intéresse à l'ensemble des déterminants conduisant à améliorer l'épanouissement personnel.
- La détresse psychologique réactionnelle qui correspond aux situations éprouvantes et aux difficultés existentielles.
- Les troubles psychiatriques qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées et qui correspondent à des troubles de durée variable plus ou moins sévères et handicapants.

II.1.2) Épidémiologie

1) Quelques chiffres

a) Dans le monde

Le handicap causé par ces maladies est estimé par des indicateurs de morbidité spécifique, à savoir :

- les années de vie corrigée par l'incapacité (AVCI) = « la somme des années de vie perdues à la suite des décès prématurés survenue dans la population »
- les années de vie vécues avec une incapacité (AVI)

Les maladies mentales concourent à 13% de l'ensemble des années de vie corrigées de l'invalidité (AVCI) dans le monde, et à près de 20% de l'ensemble des AVCI en Europe, où elles sont responsables de 35 à 45 % de l'absentéisme au travail (9,10).

L'impact de la maladie psychique est important sur le malade mais également sur son entourage, ce qui explique que le coût humain et économique dépasse le champ du malade pour devenir un problème de société (par exemple, aux USA, le coût des maladies mentales est estimé à 2,5% du Produit National Brut).

b) En France

En France, comme en Europe, les troubles psychiatriques représentent la première cause d'entrée en invalidité, concourent à environ un cinquième des années de vie perdues en bonne santé et sont responsables de 35 à 45 % de l'absentéisme au travail

Les prévalences des maladies psychiques les plus importantes sont indiquées dans le tableau ci-dessous :

	Sur les 12 derniers mois	Vie entière
Troubles anxieux	9,80%	24,10%
Troubles dépressifs	6,70%	22,40%
Dont :		
EDM	6,00%	21,40%
Troubles bipolaires	1,60%	7,90%
Troubles liés à l'alcool	0,80%	5,70%

Ces données sont celles tirées de l'enquête ESEMeD (European Study of Epidemiology of Mental Disorder), mais d'autres études similaires retrouvent les mêmes chiffres (11–13).

Presque 1,3 million de personnes bénéficient d'une reconnaissance d'affection longue durée exonérante au titre d'une pathologie psychiatrique (ALD 23) (14). En sus des maladies citées ci-dessus, la France est un des pays à forte consommation de psychotropes en Europe : environ 7,4 millions de Français ont un traitement psychotrope (antidépresseurs, anxiolytiques, neuroleptiques, thymorégulateurs) (13,15)

Le poids économique est important, en 2011, les troubles mentaux représentaient le deuxième pôle des dépenses de santé : 16% du budget annuel, soit 22 milliards d'euros, au même rang que les maladies cardio-vasculaires (15). Et ces dépenses n'intègrent pas le retentissement social et familial de ces maladies, qui, rappelons-le, est considérable. Une estimation comprenant les coûts indirects (absentéisme de la famille, perte de productivité, dépenses sociales, etc.) réalisée par l'Institut Montaigne en 2014 chiffre ce poids économique à plus de 100 milliards d'euros (16).

c) Comparaison France - Europe

La France est en Europe le pays le moins bien classé en matière de santé mentale positive (9^{ème} rang sur 11 pays européens) alors que le taux de détresse psychique y est élevé (3^{ème} rang sur 11). La prévalence des troubles anxieux et dépressifs y est la plus élevée au niveau européen, et le taux de suicide et d'idées suicidaires est parmi les plus élevés (17–19)

Plusieurs hypothèses ont été avancées pour essayer de comprendre ces différences, alors que la démographie des professionnels de santé et les moyens alloués sont équivalents avec d'autres pays mieux classés.

2) La problématique de l'accès aux soins

Bien que ce soit déjà un problème majeur de santé publique, la prise en charge des maladies mentales est compliquée par d'autres facteurs (20) :

- Il existe trop souvent des inégalités d'accès aux soins. Des traitements (au sens large : suivi spécialisé, psychothérapie, médicaments, etc.) existent, mais ne sont pas toujours appliqués : selon l'OMS, à l'échelle mondiale environ 60% des troubles mentaux ne sont pas traités, et ce pourcentage monte à 75-80% dans les pays en voie de développement. (21)
- Les maladies mentales peuvent troubler la capacité à demander de l'aide, à consentir et à s'engager durablement dans des soins,
- Les personnes souffrent trop souvent de stigmatisation et de discrimination, aggravant leur vulnérabilité.

En effet, les déterminants de la santé mentale ne sont pas que biomédicaux, mais également psycho-sociaux (2,22): différents facteurs de vulnérabilité (aux troubles mentaux) vont survenir au cours de la vie de la personne, depuis sa naissance et jusqu'à sa mort, et interagir avec la personne et entre eux (*cf annexe 3 page 65*).

Ces facteurs sont multiples :

- Le revenu et la situation sociale ;
- Le niveau d'instruction ;
- L'environnement social et physique ;
- L'accès aux services de santé ;
- La culture ;
- Le réseau social ;
- Le genre ;
- Le contexte géographique et géopolitique.

En résumé, les inégalités sociales sont des facteurs importants dans la survenue des troubles psychiques, dans la mesure où toute condition qui nuit à l'adaptation réciproque entre la personne et son milieu, telle que la pauvreté, la pollution ou la discrimination, constitue un obstacle à la santé mentale.

À l'inverse, toute condition qui facilite cette adaptation réciproque, comme par exemple l'accès à une éducation de qualité, à un emploi avec des conditions de travail adéquates, l'accès au logement, la réduction des préjugés favorise et soutient la santé mentale

Parmi ces troubles mentaux nous avons évoqué les maladies psychiatriques, nous allons maintenant développer la problématique de la dépression, pour sa fréquence en population de médecine générale.

II.2 / Dépression

1) Définition(s)

Pour simplifier, nous pouvons dire que la dépression est un état de tristesse ou/et de manque d'intérêt et de plaisir, souvent associé à une fatigue et des troubles alimentaires, ayant un retentissement significatif sur l'individu, qui dure depuis plus de 2 semaines et qui n'est pas expliqué par une cause somatique ou une autre maladie psychique.

Il existe plusieurs critères pour établir le diagnostic de dépression, avec deux principales définitions : Les critères de la CIM 10 (Classification Internationale des Maladies – 10^{ème} édition) (23) et ceux du DSM-V (24), que nous avons mises en annexe page 65.

Ces critères ne sont pas toujours utilisés par les médecins généralistes, ce qui participe en France au sous-diagnostic de la dépression (2,25).

2) Épidémiologie

La dépression est une maladie universelle, présente dans tous les pays, et indépendante des critères géographiques, ethniques, culturels ou religieux.

a) Dans le monde

D'après l'OMS, la dépression est la maladie mentale la plus fréquente, et également la plus importante en terme de morbidité, représentant environ 12% du total des AVI (Années Vécues avec une Incapacité).

b) En France

La prévalence de la dépression est très variable selon la durée observée : (12)

Prévalence d'un épisode dépressif caractérisé dans la population	6 derniers mois	12 derniers mois	Vie entière
Étude ESEMeD 2001 (> 18 ans)		6,70%	22,40%
Baromètre santé INPES 2005 (15 – 75 ans)		7,80%	19,00%
Enquête ANADEP 2005 (> 15 ans)		5,00%	17,80%
Étude DEPRES 1997	6,90%		

3) Facteurs de risque

Ces données sont issues d'études observationnelles, les études ANADEP et ESEMeD (11,13), et ne

peuvent donc conclure ni à l'existence d'un lien de causalité ni à la direction d'un tel lien.

a) Facteurs socio-démographiques

D'après ces études, les troubles dépressifs sont plus fréquents chez :

- Les femmes (facteur 1,5 à 3 par rapport aux hommes selon les études)
- Les personnes vivant seules, veuves ou divorcées
- Les personnes sans emploi
- Les personnes vivant en milieu urbain
- Les personnes atteintes de pathologies somatiques chroniques (maladies cardio-vasculaires et diabète notamment)

D'autres facteurs sont associés à la prévalence de la dépression :

- La prévalence de la dépression diminue avec l'augmentation des revenus (enquête ANADEP (11))
- La prévalence varie selon les catégories professionnelles mêmes à niveau de revenu équivalent (par exemple 1% chez les hommes agriculteurs, 10% chez les femmes cadres)

L'influence de l'âge est très variable selon les études.

b) Les comorbidités

Ces deux études soulignent une forte comorbidité avec les troubles anxieux et les troubles liés à l'alcool :

- Étude ESEMeD : 37,6% des personnes présentant un trouble dépressif ont également un trouble anxieux ou un trouble de l'usage de l'alcool.
- Étude ANADEP : 28% des personnes présentant un trouble dépressif ont également un trouble anxieux généralisé ou/et un trouble de l'usage de l'alcool.

4) Le traitement

Les recommandations pour le traitement de la dépression en médecine de ville sont anciennes (plus de 10 ans) mais mal suivies. Le traitement de référence consiste en une psychothérapie, associée ou non avec un traitement médicamenteux, antidépresseur le plus souvent (type Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine) mais parfois un anxiolytique (26).

La psychothérapie peut-être de plusieurs types, cognitivo-comportementale, de soutien, psychanalytique.

Malheureusement, la littérature nous montre qu'il existe une inadéquation entre le traitement de référence et la prise en charge réalisée en pratique en médecine générale. Concernant le traitement médicamenteux, non seulement il existe un sur-diagnostic (25,27) (c'est-à-dire une prescription de traitements de la dépression ou de l'anxiété chez des patients ne répondant pas aux critères de dépression) par excès dans près de 50% des cas, mais également de sous-diagnostic (une dépression qui est présente mais non repérée) dans près de 50% des cas également (25,27).

La prise en charge en psychothérapie est quant à elle insuffisante la plupart du temps (27,28). Elle est rarement proposée en médecine générale, pour 36,6% des patients atteints de dépression d'intensité légère et dans 47,3% des patients atteints de dépression d'intensité sévère.

Nous développerons ces freins plus tard dans notre étude, mais cela peut constituer une piste pour expliquer les mauvais indicateurs français en terme de santé mentale.

Au-delà des comorbidités de la dépression, la complication la plus grave des troubles psychiatriques est le suicide, notamment en cas de trouble anxieux associé.

II.3 / Le suicide

1) Définition

Le suicide est une mort volontaire, résultant d'une crise majeure dans laquelle les mécanismes de défense du sujet sont dépassés par sa souffrance psychique.

La plupart des personnes qui attentent à leur vie le font non parce que la vie en général ne leur semble pas valoir la peine d'être vécue, mais parce qu'ils ne trouvent pas d'autre issue dans leur vie en particulier. Le suicide constitue un choix par défaut, lorsque les autres moyens de soulager la souffrance semblent inaccessibles.

La crise suicidaire est donc un concept dynamique, et donc toujours réversible, mais son évolution imprévisible rend la prévention du passage à l'acte suicidaire très complexe.

Près de 90% des suicides sont associés à une pathologie mentale sous-jacente (29).

2) Épidémiologie

a) Au niveau mondial

Dans son rapport sur la prévention du suicide (5), l'OMS estime qu'environ 870 000 personnes se sont suicidées dans le monde en l'an 2015.

Le suicide figure parmi les 10 premières causes médicales de décès quel que soit le pays, est la deuxième cause de décès chez les 15-29 ans (30), et est la troisième cause de mortalité prématurée après les cancers et les maladies cardio-vasculaires.

Surtout, le suicide est la deuxième cause de mortalité évitable, après les décès liés au tabac et devant les accidents de la route.

Le taux de décès annuels par suicide estimé par l'OMS est de 11,4 pour 100 000 habitants par an (standardisée pour l'âge). Le suicide prédomine chez les hommes, ces derniers étant 3,5 fois plus nombreux que les femmes parmi les suicidés (31).

Les raisons expliquant les différents taux de suicide entre les hommes et les femmes sont

nombreuses (5): problèmes d'égalité des sexes, différences entre les méthodes socialement acceptables de gestion du stress et des conflits pour les hommes et les femmes, disponibilité des moyens de suicide et préférences en la matière, disponibilité de l'alcool et schémas de consommation, différences des taux de recours aux soins en cas de troubles mentaux entre hommes et femmes...

L'association d'un impact social et familial immense et d'un caractère évitable fait que la prévention du suicide est un axe majeur de la politique de l'OMS (8).

b) En France

En France, la mortalité par suicide est estimée à 2% de la mortalité globale, soit 10500 décès/an, ce qui donne un taux annuel standardisé (selon âge et sexe) de 16,7/100 000 (et un taux annuel brut de 15,3/100000) (31).

Le taux de suicide en France est donc supérieur à la moyenne mondiale qui est de 11,4/100000, mais également à la moyenne européenne qui est de 13,9/100000 (10), avec un investissement dans le système de soins pourtant similaire (31).

L'impact social et familial du suicide est énorme : on estime qu'une personne sera confrontée, sur une période de quarante ans, au décès par suicide d'une à trois personnes de son entourage immédiat (*un suicide touche 20 à 25 personnes de l'entourage immédiat*) (31)

Il existe en France comme dans le reste du monde une surmortalité masculine, avec des tentatives de suicides qui sont cependant plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, cette différence étant notamment liée au moyen utilisé (intoxication médicamenteuse volontaire pour les femmes, pendaison ou arme à feu chez les hommes).

Le taux de suicide en France diminue progressivement depuis 1986, notamment grâce à une meilleure efficacité des soins urgents après une tentative de suicide, bien qu'il reste stable depuis les années 2010 (31).

Au-delà du suicide, la prévalence des idées suicidaires est un bon reflet du bien-être ou du mal être de la population : elle est estimée à 3,9% au cours des douze derniers mois (2) et 12% sur toute une vie (13). De même, 5 à 8 % de la population déclare avoir fait au moins une tentative de suicide, avec une nette prédominance féminine, près de cinq femmes pour un homme (13,31).

Comme pour la dépression, les idées suicidaires sont sous-diagnostiquées par les généralistes français dans environ la moitié des situations (32).

La surmortalité par suicide en France comparée à d'autres pays, et son caractère évitable, ont mené à la création de l'Observatoire National du suicide en septembre 2013.

Il est donc possible de conclure que la souffrance psychique est fréquente, que son retentissement sur la personne et la société est majeur, et que les facteurs de risque sont non seulement médicaux mais également psychosociaux. De plus, la population française est en moins bon état de santé mentale que des pays tout autant développés.

Quels sont les acteurs qui interviennent pour prévenir cette souffrance psychique ?

III / Les acteurs

III.1 / La première ligne : les proches

Bien qu'ils ne soient ni professionnels de santé, ni membres d'associations engagés, les proches des êtres en souffrance psychique sont malgré elles les premières personnes ressources. Elles seront fort sollicitées, et leur participation au projet de soin est précieuse, bien qu'insuffisamment reconnue, pour repérer les premiers symptômes et inciter au soin, puis pour faire le lien entre la communauté et les professionnels de santé (3,33).

III.2 / Le premier recours médical : le médecin généraliste

En France, le médecin généraliste est le professionnel de premier recours en cas de problème de santé mentale (6) : en 2007 environ 23% des personnes interrogées avaient consulté un médecin généraliste dans l'année pour un problème de santé mentale, 7% avaient consulté un psychologue et 6% un psychiatre.

De même, 83% des traitements psychotropes sont prescrits par le médecin généraliste.

Il existe en plus une disparité selon les régions : en Lorraine et Haute Normandie, 25% des personnes avaient consulté un généraliste, (contre 20 % en Île de France), 6% des personnes avaient consulté un psychologue (contre 10% en Île de France) 5,5% avaient consulté un psychiatre (contre 7,5% en Île de France).

En cas de besoin de soins en psychiatrie, qui en théorie relèvent plus des spécialistes de santé mentales, 28 à 34% des patients ont exclusivement consulté le médecin généraliste en Haute Normandie ou Lorraine, contre 18% en Île de France.

Selon l'étude ANADEP (11), le médecin généraliste est le principal professionnel impliqué : pour un problème de santé mentale, il est présent dans 67 % des parcours de soins, et dans près de la moitié des cas, il est consulté exclusivement.

En cas d'épisode dépressif majeur sévère, la consultation exclusive d'un généraliste reste importante (24 %) et 23% des personnes ont consulté à la fois un généraliste et un psychiatre, contre 5% lorsqu'il n'y a pas d'épisode dépressif majeur.

Le généraliste est donc souvent non seulement un professionnel de premier recours mais également un acteur important pendant toute la prise en charge de ces patients, en lien avec les professionnels du secteur de soin spécialisé en santé mentale.

III.3 / Les soins spécialisés en santé mentale

III.3.1) Le système français

1) Rappel historique

Le système public de santé mentale français découle historiquement de la création d'asiles

au XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles, avec l'internement des personnes atteintes de troubles mentaux. Ces derniers sont renommés Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) en 1937, avec développement d'un système de soins « hors des murs »
A partir des années 1960 (34), le système de soin spécialisé en Santé Mentale s'organise en « secteurs » géographiques de 100 000 habitants. C'est l'organisation actuelle, avec une tendance à l'augmentation progressive de la prise en charge en ambulatoire à partir des années 1980.

Depuis les années 1970, la plupart des pays européens sont passés d'une prise en charge dans de grandes institutions à l'intégration du patient dans son environnement à l'aide de soins et de services de proximité.
Cependant, la France est en retard en matière d'intégration de la psychiatrie aux soins généraux, mais aussi en matière de développement des structures et services d'accompagnement des personnes à l'extérieur de l'hôpital (35).

2) Organisation du système de soin spécialisé en santé mentale

Le système français comprend :

- Un secteur public : CHS (services hospitaliers et CMP), au sein desquels travaillent des équipes pluridisciplinaires composées de médecins, psychologues, assistants sociaux, infirmières. Leur mission est l'accueil et le suivi des patients présentant des troubles mentaux à tous les stades de leur maladie. Le secteur public comprend également des équipes spécialisées ou intersectorielles ;
- Un secteur privé avec des soins remboursés par la sécurité sociale : psychiatres libéraux, cliniques
- Un secteur privé avec des soins non pris en charge par la sécurité sociale : les psychologues et psychothérapeutes libéraux.

Tous ces professionnels interviennent souvent en second recours, néanmoins les psychologues et les psychiatres libéraux sont parfois consultés en première intention en cas de problème de santé mentale, respectivement pour 7% et 6% des patients, comme nous l'avions indiqué précédemment.

Cependant il est démontré que l'association d'une prise en charge ambulatoire et hospitalière est nécessaire et que les soins de proximité améliorent la qualité de vie de la majorité des patients (36) : c'est le modèle recommandé par l'OMS.

III.3.2) Et dans le reste du monde : recommandations OMS

Le principe de base des actions de l'OMS est « penser global, agir local ». Sa politique de santé mentale repose sur l'empowerment (le renforcement du patient), le rétablissement, et le maintien dans sa vie citoyenne.

En pratique, pour simplifier, l'OMS recommande une organisation « pyramidale » du système de soins en santé mentale (37,38) (cf annexe I page 63) :

- À la base, le self-care et les soins informels dans la communauté/la cité
- Au milieu de la pyramide, les soins primaires

- En haut de la pyramide, les services spécialisés en santé mentale, hospitaliers et communautaire
- Et au sommet, les services de long séjour et les établissements spécialisés en santé mentale

L'intensité des besoins (en termes de nombre de patients) est importante à la base de la pyramide, et décroît en en allant vers le haut. Quant à eux, les coûts suivent l'évolution inverse .

L'OMS recommande donc d'intégrer le traitement des troubles mentaux aux soins primaires : c'est en partie ce qui a été fait au Royaume-Uni, avec un transfert des moyens et des personnels depuis les hôpitaux psychiatriques vers des structures extra-hospitalières.

Il y a au Royaume-Uni beaucoup moins de psychiatres qu'en France : 12 psychiatres pour 100 000 habitants (contre 22 pour 100 000 habitants en France). Le nombre d'admissions en psychiatrie est faible : 300 admissions par an pour 100 000 habitants (contre 1 000 en France et 800 en Italie). Ce qui traduit un suivi important dans la cité par des équipes mobiles, suivi qui permet le maintien dans l'environnement familial.

Le recours à l'hospitalisation reste l'exception, alors qu'en France la tendance est inverse avec un recours injustifié à l'hospitalisation (39).

Pour conclure, nous pouvons dire - en reprenant les mots du Docteur Jean-Luc Roelandt, (3)) que la psychiatrie est la discipline médicale la plus liée à l'organisation sociale et politique de la société dans laquelle elle se met en œuvre.

Depuis 50 ans, a été confié à la psychiatrie seule (et malheureusement seule) l'ensemble de la question de la santé mentale – prévention, post-cure, réadaptation et soins. Or, cette question ne peut se concevoir qu'avec la participation de toute la société et de la médecine dans son ensemble.

C'est le fondement de l'action de l'équipe de prévention du suicide, et elle implique également une nécessaire collaboration de qualité entre les médecins généralistes et les psychiatres, que nous allons développer ici.

III.4 / La collaboration entre acteurs de premier recours et le système de soin spécialisé en santé mentale.

1) Dans le monde

La proposition de développer des formations aux médecins généralistes en vue d'augmenter leur compétence n'est pas à proprement parler une réponse à la question de l'amélioration de la coopération entre médecins généralistes et spécialistes en santé mentale dans la mesure où elle ne s'accompagne pas d'actions organisationnelles. Plusieurs études dont deux méta-analyses du groupe Cochrane ont montré que seules des actions complexes incluant à la fois une formation des médecins généralistes, un rôle renforcé de l'infirmier et un plus grand degré d'intégration entre les généralistes et les spécialistes de santé mentale (de type consultation-liaison) permettent d'améliorer l'état de santé mentale d'une population (40,41), ce qui n'a pas été démontré dans les cas d'actions de formation isolée des généralistes ou de remplacement du généraliste par un spécialiste de santé mentale pour le suivi des patients, d'où l'importance d'une bonne collaboration.

2) Relation médecin généraliste - psychiatre en France

Le constat est fait qu'en France le taux de contact entre le généraliste et le spécialiste en santé mentale est le plus faible des pays de l'enquête ESEMED. France : 22.2%, Italie : 55.1%, Pays-Bas : 52.8%, Espagne : 40.4% (6).

On remarque également que la consultation avec le médecin généraliste ne joue pas de rôle protecteur vis-à-vis du passage à l'acte suicidaire, alors que par exemple une consultation avec le généraliste est associée à un faible taux de passage à l'acte chez les femmes espagnoles. Il est noté que le modèle de coopération entre le généraliste et le psychiatre en Espagne est proche du modèle recommandé par l'OMS, à savoir un modèle où le généraliste se repose beaucoup sur le psychiatre pour avoir son avis sur les patients en souffrance psychique, ce qui n'est pas le cas pour le modèle français (42).

Bien que la place des généralistes dans les problèmes de santé mentale soit importante, ses modalités sont peu étudiées. De même, les généralistes français (et également leurs homologues des autres pays occidentaux) décrivent un problème de communication avec le secteur de santé mentale, dans 50 à 80% des cas selon les études (19,28,43).

Des expériences visant à favoriser la collaboration des médecins généralistes et des spécialistes en santé mentale sont donc en train de se créer (dont la nôtre), et en 2010 le Conseil National Professionnel de Psychiatrie-Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNPP-CNQSP) a élaboré en partenariat avec la Haute Autorité de Santé (HAS) une recommandation visant à améliorer la collaboration entre médecin généraliste et psychiatre (44). Ces recommandations sont néanmoins discutées et peuvent être améliorées (7). Voyons maintenant quelques exemples de programmes de prévention du suicide et de collaborations entre médecins généralistes et psychiatres.

IV / Exemples dans la littérature

IV.1 / Programmes de prévention de la souffrance psychique et du suicide

IV.1.1) En Finlande

Il s'agit du premier projet d'ampleur visant à prévenir la souffrance psychique. Il a vu le jour au début des années 1990 et s'appuie sur une logique interventionniste de santé publique faisant coopérer tous les acteurs : médicaux, services sociaux, éducation, employeurs, associations, élus, etc., dans des logiques de prévention de la souffrance psychique (45).

Ce projet a été précédé d'une grande étape d'analyse avec une autopsie psychologique de tous les suicides commis en Finlande en 1987, qui, associée à un modèle théorique de prévention

adapté depuis les recommandations de l'OMS, a servi de base pour écrire le plan national de prévention du suicide.

L'accent a été mis sur le soutien dans les situations à risque suicidaire, la reconnaissance des facteurs de risque et le renforcement pour faire face à des situations difficiles à gérer.

La tendance à l'augmentation des suicides s'est progressivement inversée suite à ce plan, avec une diminution de 20% du taux de suicide.

IV.1.2) En France :

En France, suite au constat d'une surmortalité par suicide, l'Observatoire National du Suicide (ONS) est créé en 2003. L'ONS a remis son premier rapport en novembre 2014, consacré à un état des lieux des connaissances sur le suicide, et le second en février 2016, consacré aux actions de prévention, aux facteurs de risque et de vulnérabilité au suicide, aux données locales, et au suivi des recommandations du premier rapport.

Il ressort du premier rapport de l'ONS que trois types d'interventions sont particulièrement efficaces pour réduire le risque suicidaire (31):

- la réduction des moyens létaux (contrôle plus strict de l'attribution des permis d'armes à feu, diminution du taux de monoxyde de carbone dans le gaz de ville)
- le maintien du contact, surtout s'il est proactif et «humain»
- la mise en place de lignes d'appel, à condition de réfléchir à leurs modalités de mise en œuvre (méthodes d'écoute, possibilités d'orientation vers le soin, éventuellement organisation d'un service de suivi par des «appels sortants», etc.)

D'autres types d'organisation sont efficaces mais plus complexes à mettre en œuvre (selon les auteurs) :

- La formation des médecins généralistes doit être répétée et généralisée
- L'intervention en milieu scolaire : nécessite des personnels formés.
- L'organisation des soins doit aboutir à une meilleure coordination ville/hôpital.
- L'information du public est efficace si il y a une prise en charge proposée ensuite.

A l'international, les conclusions semblent similaires bien qu'un peu plus anciennes, la formation des médecins et la restriction d'accès aux moyens létaux semblant être deux mesures efficaces (46).

A ce jour, les rapports de l'ONS sont très théoriques et ont porté sur les facteurs de risque de suicide, le recueil des données sur le suicide, et des présentations de l'action des associations et de différents programmes de prévention mis en place au niveau local en France. Les recommandations de l'ONS ont surtout concerné le recueil de données sur le suicide et l'identification des facteurs de risque psycho-sociaux.

Il convient de s'interroger sur le peu de place accordée, dans ces rapports, aux médecins généralistes pour la prévention du suicide, qui est peut-être liée à son existence assez récente.

IV.2 / Interventions communautaires en santé mentale

IV.2.1) En Suède : l'expérience de l'île de Gotland

En 1983-1984, sur l'île de Gotland en Suède (56 000 habitants), la prévalence des troubles psychiques et des suicides était bien supérieure à la moyenne nationale. Le comité suédois de prévention et de traitement de la dépression a mis en place un programme de formation renforcée auprès de l'ensemble des médecins généralistes de l'île sur plusieurs sujets de santé mentale, essentiellement la dépression et le suicide.

Ensuite, plusieurs enquêtes ont évalué l'impact de ces mesures, et ont montré une meilleure utilisation des traitements psychotropes, une augmentation des guérisons de dépression, et une nette diminution des suicides (47,48).

Cependant, 3 ans après l'intervention, une deuxième enquête montrait que la prévalence de la dépression et des suicides était quasiment retournée à son niveau d'avant l'intervention (49). L'auteur concluait à une nécessité de répéter le programme de formation tous les 2 ans pour maintenir un effet durable dans le temps.

IV.2.2) En France

1) Expérience du secteur Lille-Est

A la fin des années 70, le secteur Lille-Est se transforme sous l'impulsion du Dr ROELANDT, en un secteur où l'hospitalisation devient exceptionnelle, et où la majeure partie de la prise en charge se fait en extra-hospitalier (37).

Les patients sont souvent vus en premier lieu par les médecins généralistes, mais au lieu du circuit classique où le patient est adressé en CMP, des consultations avec des infirmiers se font dans d'autres endroits que le CMP : cabinet de médecin généraliste, CCAS, centre sportif...

De même, le suivi et la prise en charge sont souvent réalisés en extra-hospitalier, dans des petites structures : familles d'accueil, appartement thérapeutique, équipes mobiles pour une prise en charge à domicile.

La collaboration avec les associations de patients et les représentants de la société civile est également très importante.

Cette prise en charge rejoint en partie la philosophie de l'équipe de prévention du suicide : agir à proximité des patients et au sein de la vie de la cité.

2) Expérience de Versailles RPSM 78 (Réseau de Promotion de la Santé Mentale en Yvelines-sud)

En 1999 le RPSM 78 a été créé, regroupant des généralistes et des spécialistes en santé mentales (psychiatres, psychologues), ce qui a abouti à la mise en place d'un dispositif de soins partagés. Une structure a été installée au sein de l'hôpital général, moins stigmatisé que l'hôpital psychiatrique, pour recevoir en consultation des patients adressés par des généralistes de ce bassin de population ou prenant directement contact, dans ce cas après accord téléphonique du médecin traitant du patient concerné. Environ un quart des généralistes (soit environ 125 médecins) du secteur participent à ce programme. Les patients étaient vus pour des interventions brèves d'une à trois consultation(s) par l'infirmière, puis éventuellement par le psychiatre ou le psychologue de la structure.

Trois ans après, une étude rétrospective a montré que 44% des patients étaient ensuite orientés vers le secteur spécialisé et 56% continuaient le suivi avec leur généraliste si besoin. L'ensemble des acteurs étaient très satisfaits de ce dispositif (50,51).

IV.2.3) Italie : Trieste

À Trieste, le taux de suicide était historiquement très élevé, trois fois plus que le taux italien. En suivant les recommandations de l'OMS, le Département de santé mentale (DSM) de Trieste a monté en 1996 le projet « *telefono speciale* » (31,52).

Le projet s'est déroulé de la manière suivante : premièrement, création d'un numéro vert (centre d'écoute pour personnes en difficulté) avec un opérateur formé en état de relier la demande aux services d'intervention si nécessaire (ambulances, service psychiatrique hospitalier, police).

Puis travail de communication sociale, avec implication de journalistes, d'écrivains, d'experts de la communication, de médecins généralistes, du personnel enseignant des écoles supérieures, des citoyens, dans des initiatives publiques de sensibilisation au problème du suicide.

Les résultats montrent :

- une sensibilisation de la population générale au problème du suicide facilitant l'accueil de la demande d'aide des personnes en état d'isolement et/ou de détresse,
- une diffusion de l'information concernant la disponibilité d'un service d'écoute et d'intervention disponible 24 heures sur 24,
- une sensibilisation des journalistes pour une information adaptée à la population.

Les données épidémiologiques montrent une baisse du taux de suicide, qui passe de 25,5 pour 100 000 habitants par an entre 1990 et 1996 à 13,8 entre 2004 et 2011.

IV.2.4) Allemagne : Nuremberg

Le projet pilote en Allemagne « *The Nuremberg Alliance Against Depression (NAAD)* » (31) est un programme de prévention du suicide : des actions parallèles ont été mises en œuvre à différents niveaux du système de santé qui sont :

- Des coopérations avec les médecins de premier recours pour optimiser le diagnostic et le traitement de la dépression,
- Le lancement de campagnes d'information sur la dépression auprès du grand public ;
- Des coopérations avec des acteurs de la communauté (enseignants, infirmières en gériatrie, policiers, médias, pharmaciens, etc.) ;
- Et des services d'aide pour les groupes à risque et leurs familles (lignes d'appels, etc.).

Une baisse des actes suicidaires (suicides et tentatives) de 24 % a été observée durant les années de mise en œuvre des actions par rapport à l'année 2000 et cette réduction a été jugée significative par rapport à une région de contrôle. Des enquêtes représentatives au sein de la population ont par ailleurs montré que la prise de conscience publique au sujet de la dépression s'est améliorée (53).

Nous avons donc vu que les déterminants de la santé mentale sont principalement psycho-sociaux avant d'être médicaux. De plus, en cas de souffrance psychique, le généraliste est le professionnel de santé de premier recours. Cependant, non seulement ces derniers se sentent insuffisamment formés pour prendre en charge ces patients, mais de plus, la communication avec les professionnels de santé mentale est souvent jugée non satisfaisante. Des interventions au niveau communautaire semblent être les plus efficaces pour prévenir cette souffrance.

Ces difficultés de collaboration ont mené à la création de consultations avancées dans des cabinets de médecine générale par l'équipe intersectorielle de prévention du suicide, dans une logique d'amélioration de la communication entre médecin généraliste et psychiatre, et d'une approche communautaire de prévention de la souffrance psychique chez les patients.

V / L'unité de prévention du suicide

V.1 / Présentation de l'unité de prévention du suicide

Nous avons donc vu que la souffrance psychique est un facteur de risque de suicide. Les autres facteurs de risque de suicide étant surtout psycho-sociaux. La prévention de la souffrance psychique devrait donc permettre de réduire le risque de suicide : c'est ce qui a motivé la création de l'unité de prévention du suicide.

V.1.1) Présentation

Cette équipe comporte :

- Une psychiatre, le Docteur Kahina YEBBAL,
- Une cadre supérieure de santé, Isabelle BACOEUR,

- Une psychologue, Elise AVIET,
- Trois infirmières, Vanessa GLORIT, Sabine DANGUY, Nadine BOSQUE,
- Une assistante sociale : Sylvie PAUMIER.

L'objectif de l'équipe de prévention du suicide est évidemment la prévention du suicide, mais également le soutien aux proches de personnes suicidaires ou endeuillées.

La philosophie de cette action est de privilégier une approche de terrain afin de faire rentrer la prévention de la souffrance psychique (et donc du suicide) dans la sphère communautaire (33). Plusieurs moyens d'action sont utilisés :

- Des actions de formation sur le suicide et la crise suicidaire (auprès de professionnels de santé mais également des collectivités territoriales, des associations, du grand public, etc .),
- Et ainsi, la création de réseaux très implantés localement, qui peuvent agir en amont (municipalités, associations de citoyens, etc.), auprès desquels l'équipe de prévention du suicide peut apporter son expertise.
- Des consultations avancées dans les cabinets de médecins généralistes (cf ci-dessous).

De fait, l'équipe de prévention du suicide, s'inscrit dans le cadre d'une réduction des inégalités d'accès aux soins que nous avons évoquées plus tôt : en participant à la construction de réseaux bien implantés localement pour repérer les personnes en situation de détresse, elle permet de faciliter leur recours aux soins. De même, une communauté ayant conscience du poids de ces déterminants sera plus attentive à avoir moins de préjugés envers les personnes présentant des troubles mentaux.

V.1.2) Historique

L'unité de prévention du suicide existe depuis 2002. Elle est intégrée à la fédération de santé publique, qui fait elle-même partie de l'hôpital Georges Daumézon, à Bouguenais. L'équipe intersectorielle de prévention du suicide intervient donc sur les secteurs sud-Loire du département de Loire-Atlantique.

Depuis 2009, une consultation avancée de psychiatrie a été mise en place : une infirmière ou une psychologue de l'équipe intersectorielle de prévention du suicide se déplace pour faire des consultations dans des cabinets de médecine générale.

Les cabinets de médecine générale où l'équipe intervient sont les suivants (par ordre d'ouverture des consultations avancées) :

- Clisson (depuis 2009) : 5 médecins
- Le Bignon (depuis octobre 2012) : 3 médecins
- Monnières (depuis 2011) : 2 médecins
- Gétigné (depuis 2011) : 3 médecins
- Le Pallet (depuis mars 2014) : 2 médecins
- Legé (depuis avril 2015) : 5 médecins

Au niveau géographique il y a donc 4 cabinets situés dans des communes voisines ou quasiment dans la vallée de Clisson (Clisson, Monnières, Gétigné, Le Pallet), et 2 autres plus éloignés (Legé, Le Bignon), soit un secteur plutôt semi-rural ou rural.

V.1.3) **Fonctionnement des consultations avancées**

Il peut être présenté ainsi :

- 1) Avant l'intervention de l'équipe, une convention est signée entre les médecins du cabinet médical et l'équipe de prévention du suicide.
- 2) Un lieu de rendez-vous dédié est mis en place pour les membres de l'équipe de prévention du suicide, il s'agit le plus souvent d'un bureau habituellement utilisé par l'un des médecins du cabinet et qui est libre à la plage horaire fixée.
- 3) Des plages de rendez-vous sont ouvertes, toujours le même jour, une fois par semaine ou une semaine sur deux selon les besoins. L'organisation est telle que l'infirmière (ou la psychologue pour le cabinet de Clisson) présente est toujours la même.
- 4) Le médecin voit en consultation un(e) patient(e) qui selon lui présente un problème de santé mentale, qui n'est pas urgent et qui ne lui évoque pas d'emblée une pathologie psychiatrique pour laquelle un suivi par un psychiatre ou un CMP serait nécessaire. Il peut proposer à la personne un rendez-vous avec l'infirmier de l'équipe de prévention du suicide qui intervient au cabinet.
- 5) Si le patient accepte, le médecin remplit alors une fiche mentionnant l'état civil du patient et le motif détaillé de la consultation, fixe avec le patient un rendez-vous avec l'infirmière, et note ce rendez-vous sur le planning de l'infirmière (ce planning reste toujours dans le cabinet).
- 6) En cas de première consultation, les secrétaires du cabinet rappellent le patient la veille ou le jour même de l'entretien infirmier pour éviter les absences au premier rendez-vous.
- 7) L'infirmière voit le patient en entretien. La durée fixée pour un entretien est de une heure par patient. Elle remplit ensuite un compte rendu de son entretien avec ses propositions éventuelles, et fixe un nouveau rendez-vous si elle le juge nécessaire.
- 8) En cas de besoin, médecin et infirmière peuvent échanger sur la situation, le plus souvent lors d'un temps informel (pause de midi ou autre).
- 9) Une réunion-bilan a lieu au bout de 6 mois, puis tous les ans, afin de faire le point de l'année écoulée. Elle réunit les médecins du cabinet où intervient l'équipe, et les membres de l'équipe de prévention du suicide qui interviennent dans ce cabinet, ainsi que les responsables de l'équipe et parfois des observateurs extérieurs.

V.2 / **La situation dans la région Pays de la Loire**

1) Epidémiologie

Globalement, la situation en pays de Loire est souvent proche de la moyenne nationale (54), quel que soit l'indicateur utilisé : que cela soit pour la proportion de personnes se déclarant en état de détresse psychologique (16 % des 15-75 ans, avec un score inférieur au seuil de 55 points au test Mental Health 5), pour la fréquence des idéations suicidaires (7 % déclarent avoir pensé à se suicider). En 2010, ces proportions étaient nettement moindres qu'en 2015, respectivement égales à

9 et 4 %, mais elles suivent la tendance nationale.

Environ 3 % de la population régionale bénéficie de soins pour un problème de santé mentale (3,2 % au plan national), et 10% suivent un traitement psychotrope, soit des taux similaires aux taux nationaux.

Il y a des différences minimales sur d'autres indicateurs :

- Le taux de suicide semble légèrement supérieur (18,2% contre 16,7%), et est stable depuis 2010, suivant l'évolution nationale.
- De même pour les décès liés à l'alcool

Il existe également des données disponibles par territoire de santé (qui correspond à un regroupement de communes), mais ces derniers sont trop étendus géographiquement pour pouvoir étudier l'effet de l'équipe de prévention du suicide. De plus, ils ne présentent que peu de différences avec la moyenne régionale (55).

2) Démographie médicale

Au niveau de la démographie médicale , la région Pays de la Loire est la région qui enregistre la plus forte hausse en terme de démographie médicale entre 2007 et 2014 (56).

La densité de médecins dans la région Pays de la Loire est inférieure à la moyenne nationale avec 7% de MG et 26% de psychiatres de moins que la moyenne nationale (144,1 MG et 16,8 psychiatres pour 100 000 ligériens). La Loire-Atlantique, bien que mieux dotée que les autres départements de la région, reste pauvre en psychiatres (57).

V.3 / L'activité de l'unité de prévention du suicide

V.3.1) Caractéristiques et provenance des patients

1) Nombre de patients vus

Au total, depuis le début des consultations avancées, plus de 1000 patients ont été vus :

	Ouverture	Nombre de patients vus	Nombre d'actes	Actes / patient	Patients / an
Clisson	2009	568	994	1,75	81,14
Géttigné	2011	114	192	1,68	28,5
Le Bignon	2012	159	305	1,92	39,75
Monnières	2011	112	200	1,79	28
Le Pallet	2014	57	112	1,96	28,5
Legé	2015	80	130	1,62	40
Total / Moyenne		1090	1933	1,77	245,89

Nous remarquons qu'il y a plus de patients vus à Clisson que dans les autres lieux. Ceci est à nuancer, dans la mesure où les patients vus à Gétigné et à Monnières ont été inclus dans les données de Clisson en 2011 et 2012.

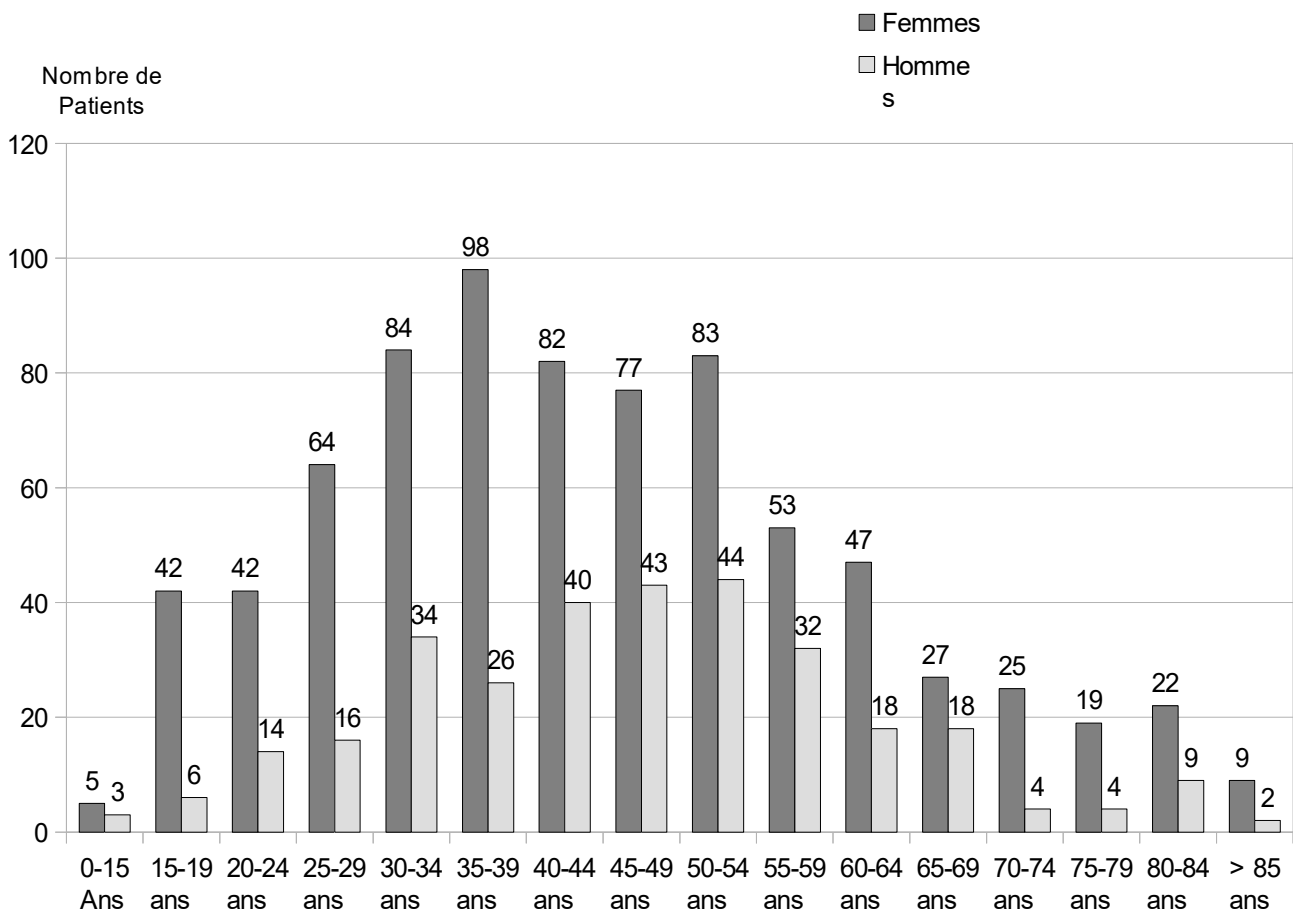
La moyenne d'actes par patients est de 1,77 et est stable selon le lieu et au fil des années. C'est le reflet d'interventions brèves, entraînant soit une amélioration de l'état de santé du patient, soit son adressage à un autre professionnel ou structure pour la poursuite de la prise en charge. Ceci est cohérent avec la mission de l'équipe de prévention du suicide.

2) Démographie

Caractéristiques démographiques :

	Femmes	Hommes	Ratio F/H	Age moyen	Age moyen (hommes)	Age moyen (Femmes)
Clisson	397	177	2,24	45,4	47,7	44,3
Gétigné	92	22	4,18	41,5	43,4	41,1
Le Bignon	118	40	2,95	50,7	49,1	51,2
Monnières	81	31	2,61	45,4	45,2	45,5
Le Pallet	41	16	2,56	41	36	43
Legé	52	28	1,85	46,7	50,9	44,4
Total / moyenne	781	314	2,52	45,2	45,8	44,6

Répartition par âge et sexe :



L'âge moyen des patients adressés se situe autour de 45 ans, pour les hommes comme pour les femmes. La tranche d'âge la plus représentée est celle des 30-60 ans.

Le sexe-ratio est de 2,48 femmes pour un homme.

3) Délai avant consultation

Le délai avant consultation est très variable selon les centres et la période de l'année : il tourne entre une et quatre semaines entre le moment où le médecin généraliste prend rendez-vous pour son patient et le moment où celui-ci est vu en consultation.

V.3.2) Motifs de recours à l'équipe de prévention du suicide

L'analyse des données des entretiens réalisés par les infirmiers de l'unité de prévention du suicide a permis d'avoir une idée des motifs de consultation lors de ces entretiens. Ces données

étaient regroupées par années et ont été obtenues auprès du Département d'Information Médicale du CHS de Daumézon.

Malheureusement, le motif de ces entretiens a été codé pour correspondre à une case de la CIM-10, et l'agrégation de ces données par grand groupe de maladies (fait automatiquement au moment où les données ont été rentrées dans le système informatique) les rend inappropriées pour une analyse statistique.

En effet, les deux tiers des motifs de consultation sont liés à des événements de vie difficiles, que ce soit sur le plan professionnel (travail, etc.) ou privé (difficultés conjugales, problèmes familiaux, difficultés financières, deuil, etc.), mais ces derniers ne sont pas détaillés. Ces événements sont parfois associés à d'authentiques épisodes dépressifs, des idées suicidaires, des troubles anxieux qui ne sont pas toujours cotés comme tels.

Il semble exister une répartition selon le sexe pour les différentes pathologies : les conduites addictives et la souffrance au travail semblent plus toucher les hommes, et les troubles liés aux difficultés familiales semblent plus toucher les femmes

L'analyse des réunions bilans annuelles permet de noter que les principaux motifs de demande de consultation sont :

- Les difficultés familiales (séparation, conflits dans la famille, etc.) pour environ la moitié des demandes,
- La souffrance au travail pour 15 à 20% des demandes,
- Les troubles anxieux et les crises de milieu de vie pour 10 à 15% des demandes chacun
- Dans des proportions bien moindres (moins de 2%) : des difficultés liées à l'usage de l'alcool ou d'autres substances, des troubles de l'humeur ou de la personnalité, un vécu difficile d'une maladie somatique, etc.

(les pourcentages ci-dessus sont des estimations car sont issus des compte-rendus des réunions-bilan annuelles et ne sont pas disponibles pour toutes les années)

De plus, de façon empirique, les différents intervenants de l'équipe de prévention du suicide remarquent ces dernières années une augmentation des cas de souffrance au travail, et un travail qui n'est plus perçu comme « renforçateur » vis à vis des événements négatifs de la vie.

Même si ces statistiques ne permettent pas de se faire une idée précise des pathologies mentales rencontrées par l'équipe, elles soulignent le poids des multiples facteurs psychosociaux qui, lorsqu'ils sont défailants, fragilisent la santé mentale de la personne. Or nous avons vu au début de notre travail que ce sont justement ces facteurs psychosociaux qui favorisent l'apparition de maladies mentales.

De même lors de plusieurs bilans les équipes mettent en avant la part importante de patients se trouvant dans une situation socio-économique précaire.

V.3.3) Devenir des patients

Le devenir des patients après entretien avec l'équipe de prévention du suicide est résumé dans le tableau ci-dessous :

Orientation	Pourcentage des patients
Sans orientation	59,70%
Secteur public (CMP ou consultation avec un psychiatre de la FSP)	18,60%
Hospitalisation	1,30%
Secteur libéral (psychiatre ou psychologue)	8,40%
Association	8,80%
Assistante sociale / CLIC	3,20%

Pour la majeure partie des patients, une intervention brève suffisait à résoudre le problème pour lequel ils avaient consulté : ils n'ont donc pas eu besoin d'orientation ultérieure.

Pour presque 30% d'entre eux cependant, l'entretien infirmier était la porte d'entrée vers le secteur spécialisé en santé mentale.

Il faut également souligner la part importante de patients qui sont orientés vers des associations ou une assistante sociale, ce qui semble cohérent avec ce que nous avons écrit plus tôt sur l'importance déterminants psycho-sociaux de la santé mentale.

V.4 / Discussion

V.4.1) A propos de la population cible

Le public visé est surtout le public qui échappe habituellement au système de soins spécialisé en santé mentale.

La structure démographique (répartition des patients vus en consultation selon l'âge et le sexe) semble similaire au public qui a recours au système de soins spécialisé en santé mentale, que ce soit en terme de structure d'âge ou de sexe (58–60).

Nous avons comparé la population ayant consulté l'équipe de prévention du suicide avec la population du CMP de Clisson par un test de Khi 2 avec un risque α de 5%, et les populations sont comparables au niveau du sexe (Khi 2 = 27 > risque α = 0,05).

Nous avons également comparé la distribution des âges des patients,

Les femmes sont plus nombreuses à avoir recours au système de soins spécialisé en santé mentale dans un facteur 2 à 2,5 en France, et la tranche d'âge la plus représentée est la tranche 35-65 ans.

Nous ne pouvons pas dire dans quelle mesure les patients vus par l'équipe de prévention du suicide auraient ou non consulté d'autres professionnels de santé mentale. Cependant, les critères d'adressage des patients à l'infirmière de l'équipe de prévention du suicide entraînent de facto une sélection. Seuls sont vus des patients en souffrance psychique :

- Qui ne relèvent pas de l'urgence,
- Qui ne sont pas trop sévères (dans ce cas ils sont adressés au CMP ou à un psychiatre en libéral), ou alors qui nécessiteraient un suivi par le secteur public mais le refusent ou ne peuvent pas le faire (pour des raisons matérielles, problèmes liés au transport notamment vu que l'équipe intervient en milieu rural / semi-rural)
- Qui n'ont pas déjà débuté un suivi par un professionnel de santé mentale, psychologue libéral notamment, souvent ce sont des patients qui n'ont pas les ressources (matérielles et/ou psychologiques) nécessaires pour cet accompagnement.

On voit donc que les patients vus en consultation avancée par l'équipe de prévention du suicide sont des patients qui ne peuvent pas ou ne veulent pas avoir recours au système de soins spécialisés en santé mentale déjà existant.

V.4.2) A propos du devenir des patients

Chez plus de la moitié des patients, une intervention brève (moins de 2 actes par patient en moyenne), semble aboutir à une amélioration de l'état de santé mentale car aucune orientation future n'est proposée et le nombre de perdus de vue est très faible (il n'a pas pu être calculé car les données sont incomplètes, mais il est de quelques patients par an et par centre selon les données qualitatives contenues dans le bilan).

Ces données semblent se rapprocher de celles de l'étude du RPSM 78 (50).

Il est difficile de savoir avec notre étude si les patients orientés vers le système de soins public ou privé spécialisé en santé mentale après entretien avec l'infirmière de l'équipe de prévention du suicide auraient fini par y consulter si ce dispositif n'avait pas existé... La compilation des ressentis des professionnels impliqués (membres de l'équipe de prévention du suicide et généralistes) tend vers un « non » unanime à cette question.

Étant donné que l'évaluation du devenir des patients était difficilement réalisable d'un point de vue méthodologique, nous nous sommes tournés vers les médecins : nous avons voulu savoir si la prise en charge des patients en souffrance psychique par les généralistes qui bénéficiaient de l'intervention de l'équipe de prévention du suicide au cabinet était différente de la prise en charge de ces mêmes patients par des généralistes qui n'en bénéficiaient pas.

VI / Etude : comparatif de la prise en charge par le médecin généraliste des patients dépressifs, avec et sans l'intervention de l'équipe intersectorielle de prévention du suicide

VI.1 / Introduction à l'étude menée dans le cadre de ce travail

L'intervention de l'équipe de prévention du suicide a déjà été évaluée en 2011 par la thèse du Dr PIEL-DESRUISSEAU DALBY (61), qui a fait le bilan de l'action de l'équipe de prévention du suicide un an après le début de l'intervention à Clisson.

Ce bilan a mis en évidence les apports de ce programme de consultations avancées : atteindre une population réticente aux soins spécialisés en santé mentale, améliorer la communication entre les différents professionnels de santé, dans le cadre d'une prévention de la souffrance psychique et de la crise suicidaire.

Sept ans après les premières consultations, le programme s'est étendu à 6 cabinets, avec plus de 1000 patients vus au total.

Au-delà du bilan de ces 7 ans d'intervention de l'équipe de prévention du suicide, nous avons voulu savoir ce que cela a apporté aux généralistes qui en bénéficient, et aussi savoir si leur prise en charge des patients en souffrance psychique était différente de celle des généralistes qui n'en bénéficient pas.

VI.2 / Présentation de l'étude de la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Nous venons de voir que la France présente de mauvais indicateurs en terme de santé mentale par rapport à d'autres pays de niveau économique équivalent : consommation élevée de traitements psychotropes, sans que ce traitement soit toujours approprié, faible taux d'adressage au spécialiste de santé mentale, rôle peu protecteur du MG vis à vis du risque suicidaire... Et ce malgré le fait que le médecin généraliste soit le premier professionnel consulté par les patients pour un problème de santé mentale.

En cas de dépression, moins d'une personne sur quatre ayant consulté un MG est diagnostiquée et traitée de façon appropriée. Les études ont identifié certaines variables associées à ces choix de traitement mais sans pouvoir donner les déterminants de ces choix. La DREES a donc mis en place une étude pour évaluer ces déterminants.

VI.2.1) Présentation de l'étude

La DREES, en collaboration avec les Observatoires Régionaux de la Santé (ORS) et les

Unions régionales de professionnels de santé, médecins libéraux (URPS-ML) des régions Provence-Alpes-Côte-d'Azur (Paca), Pays de la Loire, Bourgogne et Poitou-Charentes, et l'UMR 912 SESSTIM à Marseille (Sciences économiques et sociales de la santé, traitement de l'information médicale), a mis en place depuis 2010 un panel national de médecins généralistes libéraux, enrichi de trois sur-échantillons pour les régions partenaires : il interroge, au total, entre deux et trois mille médecins généralistes à chaque étude.

Les objectifs sont multiples :

- Étudier les pratiques et les déterminants de prise en charge des MG,
- Observer leurs cadres d'activité, environnement professionnel et rythmes de travail.

Les participants acceptaient de répondre à 5 enquêtes transversales à 6 mois d'intervalles sur divers sujets de santé publique.

La troisième enquête, réalisée entre septembre et décembre 2011, visait à décrire les stratégies de prise en charge de la dépression en médecine générale de ville et à étudier les différents facteurs associés à leur choix.

C'est l'ORS Paca, en collaboration avec l'UMR SESSTIM de Marseille et la DREES, qui a construit le questionnaire et réalisé l'enquête.

VI.2.2) Échantillonnage

La base de sondage a été obtenue à partir du répertoire Adeli (qui recense l'ensemble des professions de santé réglementées). Ont été exclus les praticiens à la retraite, les salariés, ceux ayant des projets de cessation d'activité ou de déménagement à moins d'un an et ceux ayant un mode d'exercice particulier exclusif (homéopathie, acupuncture. . .).

L'échantillon a été constitué par tirages aléatoires stratifiés sur le sexe, l'âge, le type de la commune d'exercice et le volume d'activité des médecins.

VI.2.3) Questionnaire

Le questionnaire a été construit sur la base d'une revue de la littérature, discuté avec un groupe d'experts et testé auprès de 50 MG. Il comprenait 37 questions portant sur l'histoire personnelle des médecins généralistes (avec notamment les antécédents psychologiques personnels et familiaux des MG), de la fréquence de prise en charge, de la dépression, des troubles anxieux, des troubles bipolaires, des addictions, la collaboration avec les spécialistes en santé mentale, les pratiques de prise en charge de la dépression.

Ces pratiques ont été étudiées à l'aide de cas fictifs (vignettes cliniques) de patients consultant pour la première fois pour des symptômes de tristesse, des troubles du sommeil, et une perte d'appétit, durant depuis trois semaines, et chez lesquels une dépression est diagnostiquée. Huit versions différentes de vignette ont été présentées à 8 sous-groupes de médecins composés de façon aléatoire. Ces 8 versions étaient obtenues en faisant varier le sexe du patient, sa situation sociale (ouvrier/cadre) et le degré de sévérité de l'épisode dépressif (léger/sévère).

VI.2.4) Analyse statistique

Les auteurs ont utilisé des analyses sur les données afin d'étudier les facteurs associés à trois variables dépendantes :

- 1) Prendre un avis d'emblée sur le diagnostic ou le traitement auprès d'un spécialiste avant d'initier la prise en charge ;
- 2) Prescrire un traitement antidépresseur (versus pas d'antidépresseur)
- 3) Chez les personnes mises sous antidépresseur, prescrire une psychothérapie (versus pas de psychothérapie).

VI.2.5) Résultats de l'étude :

L'étude a été conduite chez 1249 médecins parmi les 1431 médecins ayant initialement accepté de participer au panel, soit un taux de participation de 87 %.

La majorité des médecins ont une opinion positive sur les psychothérapies et les jugent efficaces, mais ils soulignent plusieurs freins à leur accès.

Les prises en charge des patients ne sont pas conformes aux recommandations de bonne pratique pour la dépression : en effet 82,6% des médecins généralistes proposent un traitement médicamenteux (y compris pour les dépressions peu sévères dans 80,8% des cas), associés dans 38,2% des cas à une psychothérapie. Ils prescrivent rarement (moins de 4% des cas) une psychothérapie seule, même dans les cas d'intensité légère.

Concernant le traitement médicamenteux :

- Les facteurs associés à la prescription d'un traitement étaient : une dépression d'intensité sévère, et un antécédent personnel de traitement par un antidépresseur
- Les facteurs associés à la non-prescription d'un traitement médicamenteux étaient notamment : le sexe du prescripteur (une femme), et l'antécédent personnel de psychothérapie.

Concernant la proposition d'une psychothérapie en plus du traitement médicamenteux :

- Les facteurs associés à la prescription d'une psychothérapie étaient :
 - Le sexe du prescripteur (une femme),
 - Une perception favorable de l'efficacité de la psychothérapie comme traitement de la dépression,
 - Une perception favorable de l'utilité d'une bonne collaboration avec les spécialistes en santé mentale,
 - Un patient de niveau socio-économique élevé.
- Les facteurs associés à la non-prescription d'une psychothérapie étaient : un prescripteur âgé de plus de 56 ans, et insatisfait de la coopération avec les spécialistes en santé mentale.

Les auteurs concluaient à l'époque que ces résultats posaient des questions sur les contenus de la formation médicale initiale et continue, 77% des généralistes de l'étude ayant suivi une formation continue sur la dépression (quoique ancienne de plus de 3 ans pour les deux tiers d'entre eux), et que des actions étaient nécessaires pour améliorer à la fois les connaissances des médecins généralistes sur la dépression et la coopération avec les spécialistes en santé mentale.

VI.3 / Matériel et méthodes

VI.3.1) Population de l'étude

Ont été inclus dans notre étude l'ensemble des généralistes des différents cabinets dans lesquels l'équipe de prévention du suicide intervient. Ils ont été contactés par mail ou par téléphone afin de fixer un rendez-vous, puis le questionnaire a été rempli en entretien face à face.

En cas de non réponse, un second entretien a été sollicité par rappel téléphonique ou renvoi d'un mail.

La population de médecins généralistes de l'étude de la DREES est considérée dans notre étude comme étant l'échantillon de population de référence.

VI.3.2) Questionnaire

Le questionnaire utilisé est le même que celui qui avait servi de base à l'étude de la DREES, avec quelques modifications :

- Le questionnaire initial comportait des questions sur les antécédents personnels ou familiaux d'épisode dépressif, de traitement antidépresseur ou anxiolytique, de psychothérapie. Ces questions n'ont pas été posées car l'enquêteur de notre étude connaissait personnellement plusieurs médecins de l'étude.
- Une autre partie étudiait la prise en charge du dernier patient vu pour un syndrome dépressif, mais ces résultats n'étaient pas présents dans les résultats de l'étude de la DREES et les questions n'ont pas été posées dans notre étude.
- Une question portait sur l'appartenance du généraliste à un réseau de soins en santé mentale. Par définition, l'ensemble des généralistes de notre étude appartenait à un tel réseau et la question n'a pas été posée.

VI.3.3) Test statistique

Pour comparer des données quantitatives nous avons utilisé un test t de Student.

Pour comparer des données qualitatives nous avons utilisé un test exact de Fisher vu le faible effectif de médecins de notre étude.

VI.4 / Résultats

VI.4.1) Population de l'étude

Dix généralistes ont été vus en entretien, alors que 19 ont été contactés (Il y a 20 médecins au total mais l'un d'eux est en arrêt maladie prolongé).

Sept médecins ont déclaré à la deuxième relance avoir trop de travail au moment de l'étude pour avoir le temps de passer l'entretien, mais ne sont pas opposés à un entretien ultérieur.

Deux médecins généralistes, (dans 2 cabinets différents) nous ont répondu qu'ils utilisaient très peu le programme de consultations avancées, malheureusement ils n'étaient pas disponibles pour un entretien par manque de temps.

Les caractéristiques démographiques des médecins ayant répondu ou non à l'étude sont différentes, comme résumées dans ce tableau : il y a plus de femmes que d'hommes chez les médecins interrogés, et l'inverse se produit parmi les médecins n'ayant pas participé à l'étude.

	Ont participé à l'étude	N'ont pas participé à l'étude		
		Manque de temps	Utilisent très peu le programme	Arrêt maladie
Femmes	6	4	0	0
Hommes	4	3	2	1

Nous n'avons pas pu avoir accès aux âges des médecins interrogés.

Bien que les effectifs soient trop faibles pour pouvoir faire une étude statistique, et que les caractéristiques démographiques des médecins interrogés soient différentes, nous avons quand même analysés les résultats car ils peuvent ouvrir des pistes de réflexion, tout comme les remarques formulées par les MG lors des entretiens.

VI.4.2) Caractéristiques démographiques

1) Age des médecins inclus

Nous n'avons pu avoir accès à l'âge des médecins non inclus dans notre étude. L'âge moyen des médecins généralistes interrogés dans notre étude est de 45 ans et demi.

La répartition par âge des médecins généralistes de notre étude en comparaison avec celle de la DREES est notée dans le tableau ci-dessous :

Age	Médecins généralistes avec passage EPS		Médecins généralistes de l'échantillon de référence.	
< 49 ans	7	70,00%	403	32,30%
49-56 ans	1	10,00%	439	35,10%
> 56 ans	2	20,00%	407	32,60%

Il est difficile de comparer la moyenne d'âge des médecins généralistes de l'échantillon de référence avec le nôtre car seule la répartition des médecins par âge est connue et pas la moyenne d'âge.

Cependant, étant donné la méthode de sélection des médecins de l'étude de la DREES (= celle de notre échantillon de référence), qui correspond à un échantillon représentatif de l'ensemble des médecins généralistes de France, la moyenne d'âge des médecins de l'échantillon doit être la même que la moyenne d'âge des généralistes français.

La moyenne d'âge des généralistes au niveau national étant de 52 ans, et de 50 ans dans le département de Loire-Atlantique (En 2014), après comparaison des moyennes la population de notre étude est significativement plus jeune que celle de l'échantillon de référence.

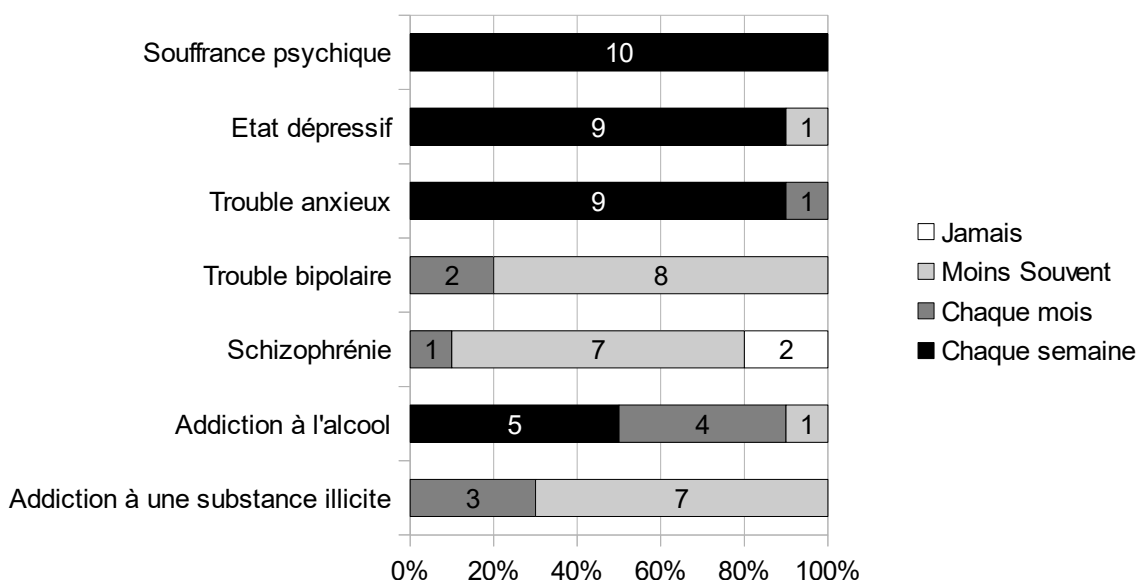
2) Sexe des médecins inclus

Parmi les généralistes interrogés, la proportion de femmes est de 60%, et elle était de 27,1% parmi les médecins interrogés dans l'étude de la DREES. Elle était de 47% parmi les MG de Loire-Atlantique en 2014 (56).

En comparant ces données avec un test exact de Fisher, nous observons que la proportion de femmes de notre étude semble plus élevée que dans la population de référence mais de façon non significative, Odds Ratio = 4,02 Intervalle de confiance à 95% [0.947 ; 19.4919].

VI.4.3) **Fréquence des maladies mentales dans la patientèle**

Le diagramme ci-dessous montre la fréquence des pathologies mentales dans la patientèle des médecins ayant participé à notre étude :



Par ailleurs, au cours des 5 dernières années, 80% des médecins ont eu une tentative de suicide dans leur patientèle, et 60% un suicide. Par contre, aucun des patients s'étant suicidé n'a été vu par l'équipe de prévention du suicide.

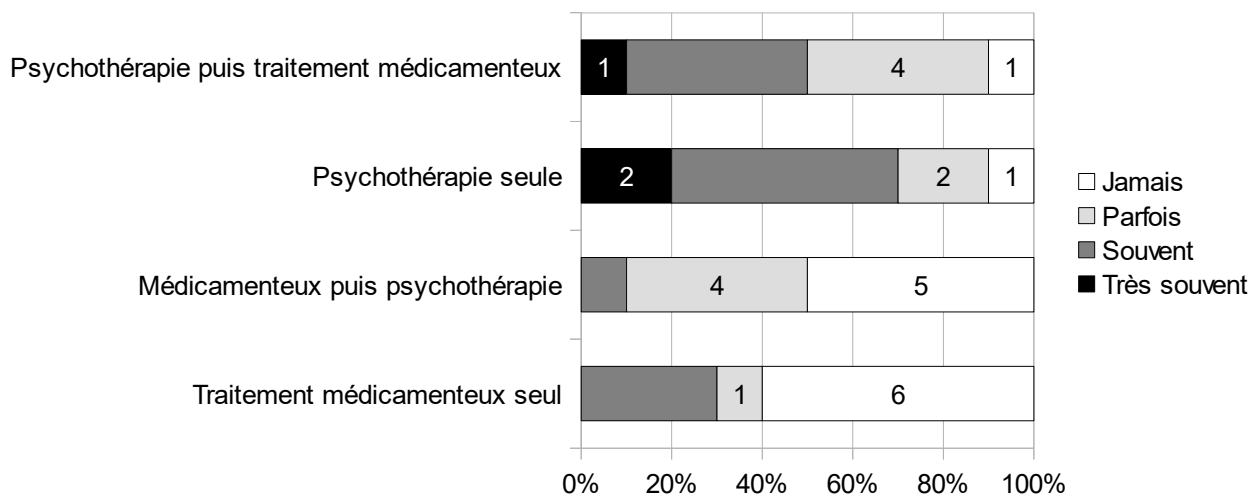
La comparaison avec les résultats de l'étude de référence est difficile en raison du faible nombre de médecins inclus dans notre étude, il semble que les fréquences des pathologies mentales rencontrées en consultation soient similaires, avec peut-être une fréquence des addictions à une substance illicite moins importante que dans l'étude de la DREES, et au contraire une fréquence plus importante des cas de souffrance psychique, de troubles anxieux et d'états dépressifs.

VI.4.4) Habitudes de prise en charge

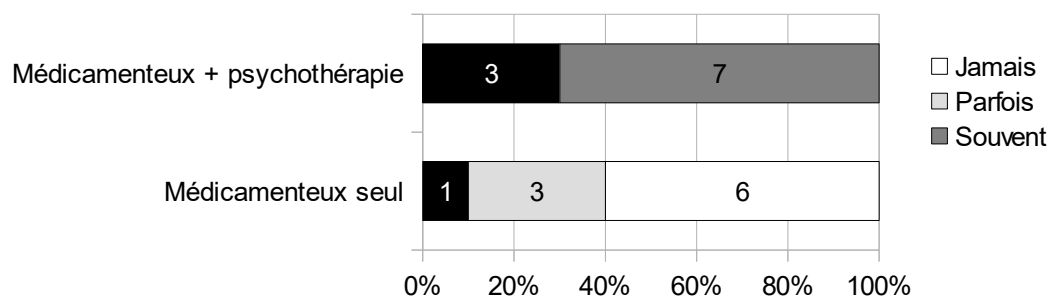
1) La dépression

Concernant la prise en charge de la dépression, 90% des médecins que nous avons interrogés s'estiment efficaces.

Leurs habitudes de prise en charge de patients présentant une dépression d'intensité légère à modérée sont détaillées dans ce tableau :



En cas de dépression d'intensité sévère :



Nous remarquons qu'en cas de dépression d'intensité légère à modérée, la psychothérapie seule ou associée à un traitement médicamenteux est la prise en charge la plus proposée par les médecins interrogés.

Les médecins de notre étude sont 70% à proposer souvent ou très souvent une psychothérapie seule contre seulement 27,6% des médecins de l'étude de référence en cas de dépression légère. Cependant les tests statistiques ne permettent pas de montrer de différence statistiquement significative entre ces deux groupes, encore une fois à cause de la petite taille de l'échantillon.

Pour la totalité des médecins que nous avons interrogés les psychothérapies sont efficaces pour traiter la dépression, les psychothérapies sont des traitements de la dépression au même titre que les antidépresseurs, tout en ayant un meilleur rapport bénéfice/risque que ceux-ci pour 90% des médecins interrogés. Les médecins de notre étude semblent avoir une meilleure opinion des psychothérapies mais il n'y a pas de différence statistiquement significative avec les médecins de l'échantillon de référence.

De même, 70% des médecins de notre étude considèrent qu'il y a actuellement une sur-prescription d'antidépresseurs en France, et 60% des médecins interrogés considèrent que toutes les psychothérapies ne se valent pas.

Il est étonnant de constater que les médecins prescrivent des traitements médicamenteux dans une proportion non négligeable, plutôt que de la psychothérapie, même s'ils reconnaissent une efficacité similaire à cette dernière.

Quels sont donc les freins ressentis par les généralistes pour la prise en charge des patients atteints de dépression en psychothérapie ?

2) Les freins aux psychothérapies

Tout d'abord, pour 90% des interrogés, les principaux freins sont le délai trop long avant une consultation chez un psychiatre libéral, et le non-remboursement des consultations chez le psychologue libéral, ce qui est regrettable car 70% des médecins jugent que les psychologues

libéraux sont disponibles dans des délais corrects.

La notion de délai correct est variable selon les médecins : elle est en moyenne de 5 semaines dans notre étude, avec une distribution relativement proche de la moyenne, hormis un médecin qui note un délai d'une semaine, et un autre un délai de 16 semaines.

De plus, 60% des médecins interrogés considèrent que les psychothérapies s'adressent plutôt aux patients de niveau d'éducation élevé, et 80% soulignent la réticence des patients à suivre une psychothérapie.

Ces freins expliquent peut-être la part non négligeable des patients avec un traitement médicamenteux. Ils soulèvent d'autres questions, au niveau de la collaboration entre le médecin généraliste et le psychiatre.

Ces données ne montrent pas de différence statistiquement significative avec les données de l'échantillon de référence.

Dans les cas de dépression, une autre difficulté est l'évaluation du risque suicidaire :

3) La suicidalité chez le patient dépressif

La totalité des médecins interrogés dans notre étude déclarent rechercher souvent voire à chaque fois des idées suicidaires chez les patients dépressifs, ainsi qu'un scénario et une intention de passage à l'acte. Ils n'ont pas peur de favoriser le passage à l'acte en abordant ce sujet. Seuls 10% des généralistes déclarent hésiter à aborder le sujet.

Leurs difficultés éventuelles sont plus liées à des difficultés de savoir-faire en cas de crise suicidaire pour 40% d'entre eux, et dans une moindre mesure le manque de temps pour 20% des interrogés (bien que ceux qui ne déclarent pas de difficultés liées au manque de temps disent prendre le temps qu'il manque).

En effet, 40% des médecins pensent que malheureusement on ne peut pas faire grand-chose pour éviter le passage à l'acte d'un patient suicidaire avec une intentionnalité forte. 20% des médecins pensent aussi que les patients qui expriment des idées suicidaires ne passent pas souvent à l'acte.

Ceci n'est pas cohérent avec la littérature, et bien que 70% des médecins se sentent suffisamment formés sur le suicide, ils ont suivi ou souhaitent suivre des formations, de même pour la dépression.

4) Formation à la santé mentale

Les deux tiers des médecins ont suivi une formation sur la dépression ou le suicide après leur formation initiale, preuve de l'importance qu'ils accordent à ce sujet. Dans 80% des cas ces formations ont été réalisées par des membres de l'équipe de prévention du suicide.

Actuellement, 40% des généralistes interrogés souhaitent une formation sur la prise en charge de la dépression, notamment sur les types de psychothérapie et sur la pratique de la psychothérapie de

soutien par le généraliste.

De même, 30% souhaitent une formation sur le suicide, sur le savoir-faire pour aborder le sujet, sur l'évaluation du risque suicidaire, et sur l'orientation du patient suicidaire.

Ce désir de formation, même chez des professionnels déjà formés, montre bien que la prise en charge des patients en souffrance psychique est source de difficultés et que les professionnels s'y intéressent. Le rôle de l'équipe de prévention du suicide dans la formation des médecins généralistes chez lesquels elle intervient permet de mettre en avant cet aspect qui n'a pas été particulièrement étudié dans notre questionnaire, et aussi de renforcer la collaboration avec ces généralistes.

VI.4.5) Collaboration avec les professionnels de santé mentale

Étudier l'apport éventuel des consultations avancées de l'équipe de prévention du suicide comme facilitateur de collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres était aussi l'un des objectifs de notre travail.

Quand la question est posée aux médecins généralistes ce que signifie pour eux une collaboration de bonne qualité avec les professionnels de santé mentale, tous répondent que c'est pouvoir demander un avis ou un conseil, pouvoir adresser un patient en cas de besoin et être informé en retour, tout en réalisant une prise en charge conjointe du patient dans la durée.

Ils sont également tous d'accord pour dire que la collaboration avec le professionnel de santé mentale permet d'améliorer non seulement l'accès aux soins pour le patient, mais aussi et surtout la prise en charge de ce dernier. Et pour 90% des médecins interrogés, cela permet d'améliorer leurs propres compétences, pour peu qu'ils aient un retour de la part du spécialiste consulté

La moitié des généralistes interrogés sont satisfaits de la coopération avec les professionnels de santé mentale, et 30% en sont tout à fait satisfaits. Seuls 20% sont moyennement satisfaits, et tous soulignent l'apport positif de l'action de l'équipe de prévention du suicide sur cette coopération, car plusieurs d'entre eux signalent spontanément ne pas être satisfaits de la collaboration avec les autres acteurs de santé mentale, psychiatres libéraux notamment.

Cette qualité de coopération est à mettre en avant : en comparaison, dans l'enquête de la DREES, près de deux médecins sur trois sont insatisfaits de cette coopération avec les professionnels spécialisés, alors que leur vision de cette coopération est majoritairement la même que les médecins généralistes travaillant avec l'équipe de prévention du suicide.

De même, concernant l'accès aux professionnels spécialisés en santé mentale, tous professionnels confondus (donc en y incluant l'équipe de prévention du suicide), 80% des médecins interrogés considèrent que cet accès est plutôt facile voire très facile, notamment grâce à l'accès privilégié représenté par l'existence de consultations avancées au sein du cabinet où ils exercent.

Là encore, l'étude de la DREES retrouve des résultats très différents, avec des proportions inverses, près de 80% des médecins interrogés jugeant que l'accès aux professionnels de santé mentale est difficile dans le territoire où ils exercent.

En comparant ces deux populations avec un test de Fisher, on observe que bénéficier du programme de consultations avancées au cabinet améliore le sentiment de facilité d'accès aux professionnels de santé mentale, de façon statistiquement significative : Odds Ratio : 3.99 Intervalle de confiance à 95% [1.35 ; 11.36] $p = 0,005$.

L'action de l'équipe de prévention du suicide ne permet cependant pas de lever les obstacles à une meilleure collaboration avec le secteur public spécialisé en santé mentale, au regret de certains médecins interrogés.

Quand nous leur posons la question des freins à l'adressage des patients en CMP, la moitié des généralistes interrogés dans notre étude parlent d'un manque de collaboration, et 70% mettent en avant l'absence de retour quand le patient y est pris en charge. Ils sont cependant 60% à dire que le délai d'attente n'est pas un problème majeur, en cas de situation urgente ou semi-urgente un appel au CMP permettant de raccourcir ce délai.

Lors de plusieurs entretiens des médecins ont également fait remarquer l'apport du Centre d'Accueil Psychologique Intersectoriel Adultes (CAPSI Adultes) pour les situations urgentes. Ce centre, situé à Vertou mais dépendant du pôle intersectoriel du CHS de Bouguenais (tout comme l'équipe de prévention du suicide), a pour objectif d'être un lieu d'accueil d'urgence pour les personnes en souffrance psychique, et est ouvert en journée en semaine. Pour ces médecins, l'intérêt de ce centre est d'éviter la filière classique de passage par les urgences générales pour avoir un avis spécialisé en psychiatrie, filière qu'ils jugent angoissante et inappropriée pour des patients qui sont déjà en situation de détresse. Ils font ainsi le parallèle avec les consultations avancées de l'équipe de prévention du suicide, qui offre également dans son domaine une voie médiane, avec d'un côté le secteur non spécialisé (la consultation avec le médecin généraliste), et de l'autre le secteur spécialisé (le CMP).

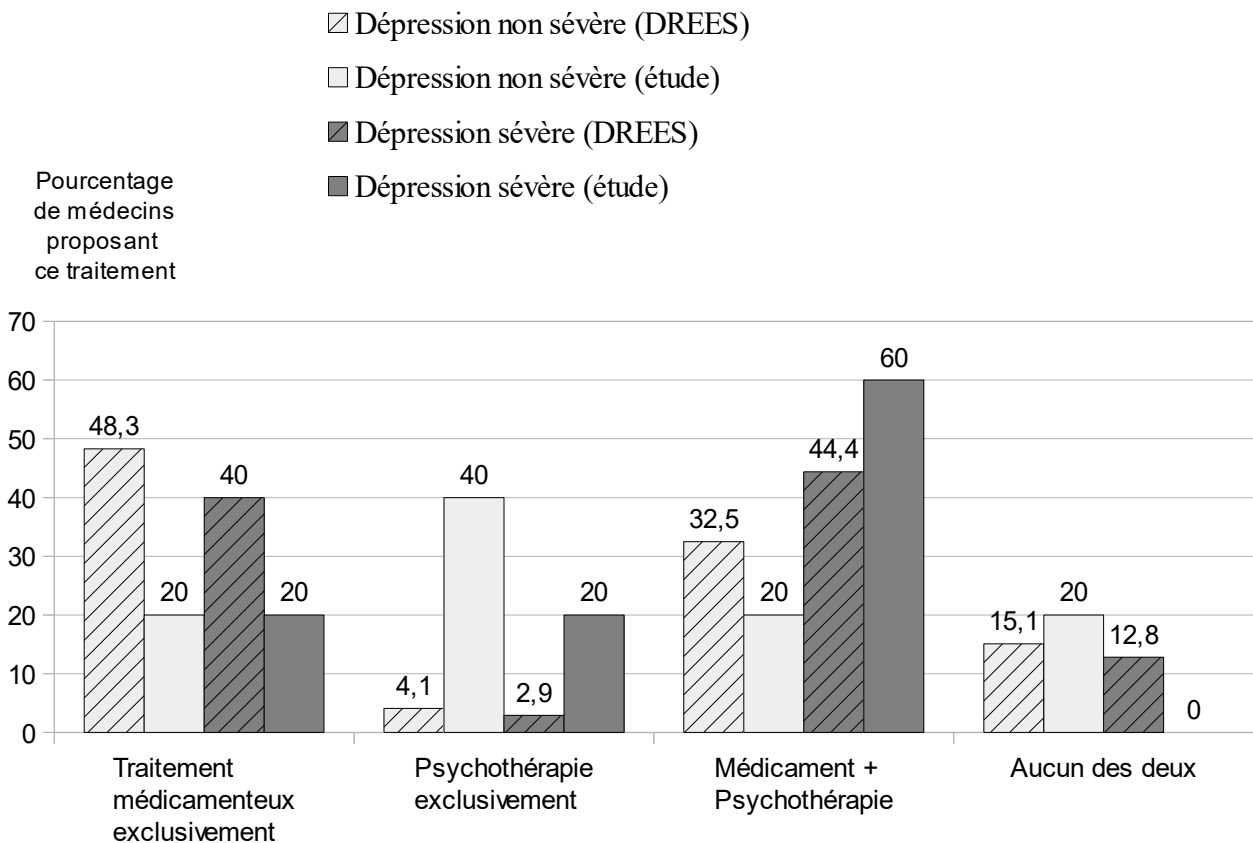
VI.4.6) Réponses aux vignettes cliniques

Lorsqu'un cas clinique fictif de dépression leur est présenté, tous les médecins de l'étude déclarent le prendre en charge, sans prendre d'avis spécialisé avant d'initier le traitement. Dans l'étude de la DREES, ils sont 92,8% à le prendre le patient en charge, et 88,8% ne prennent pas d'avis spécialisé avant le traitement.

1) Prise en charge thérapeutique

Indépendamment de la sévérité de la dépression, tous les généralistes que nous avons interrogés réalisent une psychothérapie de soutien lors des consultations, qu'ils prescrivent ou non un traitement médicamenteux et/ou une psychothérapie. La psychothérapie de soutien consiste à laisser le patient s'exprimer librement et en confiance, et comprend une dimension de conseil, d'information et d'explication (26).

Les prises en charges sont détaillées dans ce graphique :



Nous remarquons donc que, pour une dépression non sévère, 60% des médecins de l'étude prescrivent une psychothérapie (dont 40% une psychothérapie exclusive) et seulement 20% prescrivent un traitement médicamenteux sans psychothérapie : nous observons ainsi une nette différence avec les médecins interrogés dans l'étude de référence, qui prescrivent à 48,3% un traitement médicamenteux seul dans ce cas, et quasiment pas de psychothérapie seule (4,1% des médecins).

Après test exact de Fischer pour comparer les prises en charge, aucun n'est statistiquement significatif : par exemple, pour la prescription d'un traitement médicamenteux seul dans le traitement d'une dépression d'intensité légère à modérée, bénéficier du passage de l'équipe de prévention du suicide semble réduire la probabilité de prescrire un traitement antidépresseur seul pour le traitement de la dépression comparé à l'échantillon de référence, mais de façon non significative : Odds Ratio 0,27 Intervalle de confiance à 95% [0,0054 ; 2,69], $p = 0,37$

Or, nous avons vu plus tôt que le traitement de référence d'un épisode dépressif d'intensité modérée est la psychothérapie, et que le traitement médicamenteux est indiqué en seconde intention.

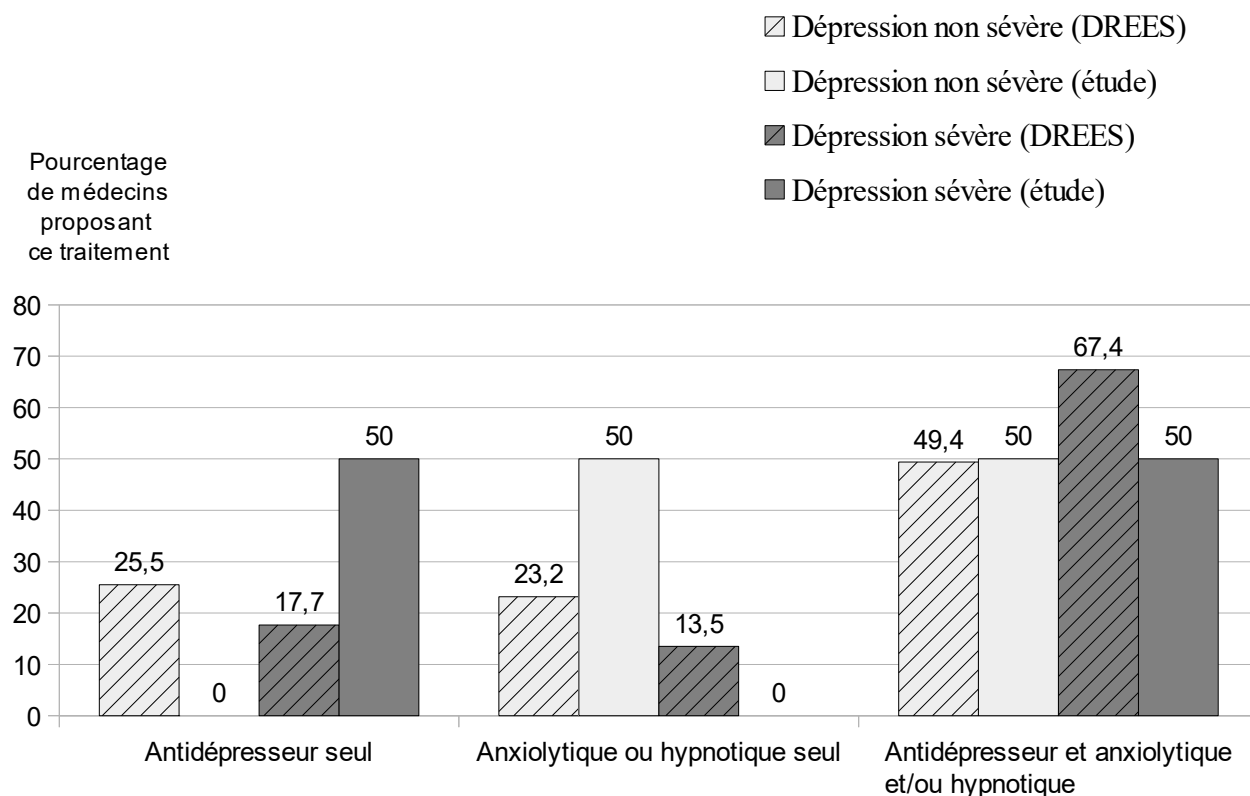
Pour les épisodes dépressifs d'intensité sévère, le traitement de référence est un traitement médicamenteux associé à une psychothérapie (26) : ce traitement de référence est proposé par 44,4% des médecins de l'étude de la DREES, et par 60% des médecins que nous avons interrogés.

Nous voyons donc que l'adéquation aux recommandations de bonnes pratiques est plus forte dans le groupe de médecins généralistes qui bénéficient de l'intervention de l'équipe de prévention du suicide au cabinet, et ce d'autant plus que comme nous avons dit plus tôt que tous les médecins interrogés pratiquent de plus en plus une psychothérapie de soutien.

2) Traitement médicamenteux

Le choix du traitement est difficile à comparer car seuls 6 généralistes en ont prescrit un, et plusieurs généralistes interrogés dans notre étude ont déclaré utiliser une échelle de gravité.

Les traitements choisis sont exprimés dans ce tableau :



Même si les différences ne sont pas statistiquement significatives au vu du nombre de cas, la proportion de médecins déclarant prescrire un traitement anxiolytique ou hypnotique seul dans un épisode dépressif reste non négligeable, et elle est à questionner vu que ce traitement n'est pas recommandé pour la prise en charge de la dépression, quelle que soit le degré de sévérité.

Dans notre étude, les deux médecins qui ont prescrit ce traitement ont expliqué le faire car le patient de la vignette clinique présentait des troubles du sommeil, et que pour eux, au début d'un épisode dépressif d'intensité légère, un traitement anxiolytique et/ou hypnotique était indiqué pendant une très courte durée (quelques jours) dans ces situations. Ces deux médecins ont également proposé une psychothérapie au patient.

3) Psychothérapie

Dans notre étude, lorsque les médecins généralistes proposent une psychothérapie pour la prise en charge du patient fictif, ils donnent tous les coordonnées d'un ou de plusieurs professionnels, tout en laissant le choix du type de psychothérapie au patient ou au professionnel consulté.

Le professionnel de santé mentale vers lequel le médecin généraliste oriente le patient est dans un tiers des cas un psychologue libéral, dans un tiers des cas l'infirmière de l'équipe de prévention du suicide, et dans un tiers des cas le choix du professionnel est laissé au patient.

Dans l'enquête de la DREES, un quart des médecins recommandaient une thérapie cognitivo-comportementale, et plus d'un sur dix une thérapie d'orientation psychanalytique. Dans notre étude, le choix du type de psychothérapie était laissé au patient et/ou au psychothérapeute.

VI.4.7) Ressenti des équipes

1) Ressenti des intervenants de l'équipe de prévention du suicide

Les équipes sont globalement très satisfaites de leur travail, de l'accueil dans les cabinets et des relations avec les médecins et les secrétaires. La disponibilité des médecins pour pouvoir échanger autour d'un cas est appréciée.

2) Ressenti des médecins

La totalité des médecins interrogés se disent satisfaits de l'action de l'équipe de prévention du suicide dans leur cabinet. Ils ont globalement peu de critiques à formuler.

a) Les points positifs :

- Sérénité pour le médecin, l'existence de ce dispositif permet d'aborder plus facilement en consultation les thèmes de la santé mentale vu que le médecin pourra proposer un entretien avec l'infirmière si besoin.
- Le retour d'information et d'expérience de la part de l'infirmière est très intéressant et permet d'améliorer les compétences de plusieurs médecins.
- Pour les patients :
 - Proximité géographique,
 - Écoute,

- Moins anxiogène que le CMP, décloisonne le soin psychiatrique,
- Possibilité d'adresser des patients ayant des difficultés financières qui ne peuvent pas consulter un psychologue en libéral et qui n'ont pas la possibilité matérielle d'aller au CMP ,
- Temps de parole identifié comme tel.

Les médecins relèvent une amélioration de la prise en charge pour les patients qui sont vus par l'équipe de prévention du suicide. Cependant, la quasi-totalité des médecins soulignent que les problématiques de santé mentale et notamment celles liées au travail sont de plus en plus fréquentes parmi leur patientèle au cours des dernières années, avec pour conséquence un état de santé mental global de leur patientèle qui leur semble ne pas s'améliorer.

b) Les critiques ou pistes d'amélioration :

- Un médecin déplore des délais parfois trop longs (plus d'un mois).
- Quelques médecins déplorent que l'intervention de l'équipe de prévention du suicide ne permette pas de resserrer les liens avec le CMP.

VI.5 / Discussion

VI.5.1) Biais méthodologiques à propos de la population de l'étude

1) Comparaison avec l'étude de référence : validité externe

a) Faible effectif interrogé

Seuls dix généralistes ont été interrogés, et au maximum seuls vingt d'entre eux auraient pu l'être. Cela limite beaucoup la significativité des comparaisons statistiques utilisées, et de ce fait la portée de l'étude.

Par exemple, si nous avions pu interroger tous les médecins bénéficiant du passage de l'équipe de prévention du suicide, concernant les prises en charges, aucun test n'aurait été statistiquement significatif si la distribution des réponses avait été la même.

b) Caractéristiques démographiques

La population de généralistes chez laquelle intervient l'équipe de prévention du suicide semble différente de la population de MG de référence : plus féminine, plus jeune. Ces caractéristiques démographiques sont responsables d'un biais de sélection, et les différences observées liées au genre et à l'âge plutôt qu'à l'intervention de l'équipe de prévention du suicide.

En effet, dans l'échantillon de référence, un médecin de sexe féminin était plus enclin à associer une psychothérapie à un traitement médicamenteux et prescrivait moins souvent un traitement médicamenteux seul (28). Or, ce sont les mêmes différences qui sont remarquées dans notre étude, même si elles ne sont pas significatives.

Notre étude conforte en tous cas les conclusions obtenues par les auteurs de l'étude de la DREES sur l'influence du genre et de l'âge du médecin sur les prises en charge de patients atteints de dépression.

c) Variabes non étudiées

Nous avons vu que certaines variables n'ont pas été étudiées dans notre étude, notamment au niveau des antécédents personnels de psychothérapie ou de traitement psychotrope, qui peuvent jouer un rôle de facteur de confusion caché : les différences observées y sont peut-être liées.

Ces variables pourraient être étudiées dans un questionnaire anonyme.

2) Représentativité des généralistes interrogés : validité interne

Seulement la moitié des généralistes concernés ont été vus en entretien, ce qui limite beaucoup l'interprétation des résultats. Même si c'est une proportion plutôt correcte pour une étude qui cherche à interroger des médecins généralistes, la petite taille de la population des médecins généralistes de notre étude fait que cela va beaucoup modifier l'analyse que l'on peut en faire (62).

De plus, les populations de généralistes interrogés / non interrogés de notre étude ne sont pas comparables, la proportion de femmes étant différentes dans les deux populations, ce qui engendre un autre biais de sélection. De ce fait, même si certains résultats de notre étude sont statistiquement significatifs, ils ne peuvent pas être généralisés à l'ensemble des médecins chez lesquels intervient l'équipe de prévention du suicide.

La principale raison évoquée par les médecins est le manque de temps, il est vrai que l'entretien dure 20-30 minutes ce qui est long. De plus, tous les médecins ont déclaré avoir un surcroît d'activité lors de la période de l'étude (octobre).

Un questionnaire en ligne aurait peut-être été une meilleure option mais je n'aurais peut-être pas saisi les nuances et les remarques libres que les généralistes ont évoquées. L'étude pourrait être complétée ultérieurement afin d'avoir les réponses de l'ensemble des généralistes au questionnaire.

3) Secteur géographique

Le secteur géographique dans lequel l'équipe de prévention du suicide intervient est un secteur rural voire semi-rural. Il n'a pas été décrit de différence en termes de prévalence de troubles mentaux selon que le sujet habite dans une région rurale ou dans un centre urbain si l'on apparie les sujets selon leurs autres caractéristiques socio-démographiques (63).

Mais les professionnels de santé mentale sont rares en dehors des centres urbains : pour tous les cabinets médicaux de l'étude il n'existe pas de psychiatre à moins de 18 km (pour le plus proche, souvent 20-25 km).

L'étude de la DREES a interrogé des médecins de modes d'exercices différents, urbain, rural ou semi-rural. Nous n'avons pas pu comparer les données de notre étude avec un échantillon de généralistes travaillant en milieu rural ou semi-rural., mais peut-être que cet éloignement géographique modifie le rapport des généralistes ou des patients avec le psychiatre.

Par ailleurs, le temps de trajet pour aller rencontrer un psychiatre est souvent un frein important pour le patient. L'intervention de l'équipe de prévention du suicide, à proximité géographique du lieu de vie des patients, permet probablement de lever un frein à l'avis spécialisé.

4) Pertinence du choix de l'étude de la DREES ?

Nous avons choisi l'étude de la DREES pour y comparer les médecins généralistes de notre étude pour plusieurs raisons :

- Elle nous permettait d'avoir une population de référence qui correspond à celle des généralistes exerçant en France.
- Le questionnaire utilisé permettait de recueillir à la fois des informations sur la prise en charge de plusieurs troubles mentaux et en particulier la dépression, et également sur la coopération médecin généraliste-psychiatre.
- Elle était de bonne qualité méthodologique, et la population non étudiée dans l'étude présentait des caractéristiques socio-démographiques comparables à la population étudiée.

Cependant, ce choix d'étude a ses limites :

- Elle a été réalisée en 2011, soit six ans avant notre propre étude. Au vu de l'influence de l'âge des médecins sur les résultats de l'étude, peut-être les conduites à tenir actuelles chez les médecins généralistes sont -elles différentes.
- Certaines questions sont floues ou biaisées : par exemple, pour la question de la prise en charge habituelle en cas de dépression sévère, les deux réponses possibles incluaient un traitement médicamenteux, ce qui est conforme aux recommandations mais qui oriente beaucoup les réponses !
- L'utilisation d'un nombre élevé de vignettes cliniques : avec 8 vignettes cliniques différentes

et 10 médecins ayant répondu au questionnaire, la répartition des vignettes fait que 6 vignettes sur 8 n'ont été présentées qu'une fois, et donc l'analyse de la réponse est difficile : est-elle influencée par les caractéristiques du médecin, ou par celles de la vignette ?

VI.5.2) La collaboration médecins généralistes - professionnels de santé mentale

1) Une meilleure collaboration, pour quelles raisons ?

Une des principales différences avec la population de référence des médecins généralistes est que les MG qui bénéficient du passage de l'équipe de prévention du suicide sont plus satisfaits de cette collaboration avec les professionnels de santé mentale en général et qu'ils les trouvent plus facile d'accès.

Cependant les médecins sont nombreux à expliquer que c'est l'intervention de l'équipe de prévention du suicide qui améliore la qualité globale de cette collaboration, celle-ci étant souvent insatisfaisante par ailleurs.

Et ils soulignent le fait que la qualité de cette collaboration permet d'améliorer nettement la prise en charge des patients.

Cette collaboration est de meilleure qualité grâce à plusieurs facteurs :

- La proximité géographique : les médecins et l'infirmière se croisent dans le cabinet du médecin généraliste.
- Le retour systématique par écrit au MG après l'entretien infirmière-patient.
- L'existence d'un temps d'échange MG-infirmière, informel ou non, avec discussion sur les patients.

Les avantages d'une bonne communication ont été démontrés en ce qui concerne les maladies chroniques et particulièrement les pathologies psychiatriques (64).

Cela se traduisait par une réduction de la durée moyenne d'hospitalisation, du délai d'admission et à une augmentation du temps entre deux hospitalisations pour un même patient, ce qui réduisait les coûts.

Une meilleure communication était souhaitée également par les patients eux-mêmes qui, auquel cas, affichaient une meilleure santé mentale (65).

2) Conséquences des problèmes de coordination médecin généraliste – Psychiatre

Différentes études ont permis de mettre en évidence les conséquences néfastes du manque de coordination MG/psychiatre (66–68):

<u>Sur l'organisation des soins :</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Fragmentation des soins du patient - Effet néfaste sur la prise en charge des patients - Barrière au traitement efficace des troubles mentaux sévères - Délivrance inefficace des soins et risque de duplication des services - Absence ou retard au diagnostic, répétition des examens complémentaires - Interruption des soins
<u>Sur l'efficacité :</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Mauvaise gestion du traitement - Augmentation de la iatrogénie - Non-compliance au traitement
<u>Sur les relations entre professionnels :</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Tensions dans les relations entre praticiens - Confusion des rôles - Questions médico-légales - Divergences de perception entre patient, MG et spécialiste
<u>Sur la relation entre le patient et les professionnels de santé :</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la confiance du patient - Attentes des patients devenant peu claires ou irréalistes

Ces mêmes études ont également montré, à l'inverse, les effets bénéfiques d'une prise en charge collaborative du patient par les médecins généralistes et les psychiatres, sous réserve que les obstacles soient surmontés.

3) Les obstacles à la coordination médecin généraliste – Psychiatre

Différents obstacles ont été retrouvés, et ont été bien mis en évidence par les études issues du Réseau de Promotion de la Santé Mentale en Yvelines sud (43,69,70). Les voici :

a) Facteurs organisationnels :

- Sous-évaluation du temps (et du coût) de cette coordination, qui aboutit à un arrêt de la coordination.
- Manque de disponibilité des spécialistes (délai d'attente, insuffisance des lieux d'adressage dédiés, etc.)

b) Facteurs liés à la coordination de deux spécialités différentes :

- Absence de langage commun entre médecin généraliste et psychiatre, de connaissance des pratiques de l'autre, 64% des MG sont insatisfaits ou très insatisfaits des relations avec les psychiatres.
- Vécu d'abandon ressenti par le patient et le MG (pas de retour de la part du psychiatre dans 80 % des cas), alors que les MG suivent seuls une population importante (23% des patients

psychiatriques) de patients de sévérité comparable à celle suivie par les spécialistes (en termes de chronicité et de handicap), et que selon les psychiatres environ 50% des patients sont adressés trop tardivement.

- Réticence des patients à l'envoi vers le psychiatre et préférence pour leur MG.
- Limites des compétences des MG (par exemple, le premier critère d'adressage au psychiatre est le fait qu'il y ait eu un suivi psychiatrique antérieur)
- Problème de définition des rôles ou de définition non consensuelle (par exemple, déléguer la prescription au MG sans accompagnement)

c) Des particularités françaises :

- Prévalence du modèle de remplacement (où le spécialiste en santé mentale fait seul le suivi du patient après qu'il ait été adressé par le médecin généraliste) par rapport au modèle communautaire d'une équipe pluridisciplinaire de soins en santé mentale.
- Psychiatre identifié comme premier contact pour les patients présentant des troubles mentaux et responsable de l'organisation de leurs soins
- Organisation des soins en santé mentale peu lisible : distinction difficile entre premier et deuxième recours
- Certaines modalités de coopération existent (ex: MG prescripteur et psychiatre psychothérapeute) mais peu diversifiées, insuffisantes et le fait de relations personnalisées et non d'une organisation des soins.
- Une démographie médicale très disparate selon les régions (13).

VI.5.3) Les choix thérapeutiques

1) Facteurs influençant le choix du traitement

Les facteurs influençant le choix des traitements n'ont pas été étudiés en raison de la faiblesse de notre effectif, qui a pour conséquences d'avoir une seule réponse par vignette clinique dans la plupart des cas. De fait, une analyse multivariée n'a ici pas d'intérêt, et nous ne sommes pas en mesure d'analyser si les facteurs influençant le choix des traitements sont les mêmes que dans l'étude de référence.

2) Adéquation du traitement

Chez les médecins de notre étude l'adéquation des prises en charges avec les prises en charges recommandées semble meilleure que chez les médecins de l'étude de référence.

Cependant, les questions sont posées à propos de vignettes cliniques : ce ne sont pas des situations réelles, notre étude ne nous permet pas de dire si le généraliste interrogé détecte bien tous les syndromes dépressifs chez les patients qu'il voit en consultation.

Or, nous avons vu précédemment qu'il existe un problème de sur-diagnostic et de sous-diagnostic de la dépression en France.

Notre étude ne nous permet pas d'évaluer ce sur-diagnostic et sous-diagnostic, cependant il est à noter que 30% des généralistes de notre étude déclarent spontanément utiliser les critères diagnostiques de la dépression (du DSM-V ou de la CIM-10) pour poser un diagnostic de dépression, et éviter ainsi le sur-diagnostic. De même ils sont 40% à utiliser une échelle de sévérité de la dépression pour suivre l'évolution du traitement, ce qui aurait pu être une question à poser de façon systématique pour la comparer à la littérature.

3) Perception des traitements médicamenteux :

Nous avons vu que 70% des médecins de notre étude considèrent qu'il y a actuellement une sur-prescription d'antidépresseurs en France. Ce que nous avons montré plus haut confirme en partie ce point de vue. Cependant, des médecins qui n'étaient pas d'accord avec cette affirmation donnaient comme explication le sous-diagnostic de la dépression chez certains patients qui auraient nécessité un traitement antidépresseur n'en suivaient pas, et ils ont raison là-dessus (25,27).

Il semblerait dans notre étude que les médecins qui ont recours à un traitement antidépresseur sans psychothérapie soient des médecins dont les caractéristiques socio-démographiques se rapprochent de celles de la population de l'étude de référence, à savoir des médecins plus âgés et de sexe masculin. Là encore, le faible effectif de notre étude ne nous permet pas les analyses multivariées qui auraient pu permettre de préciser un éventuel lien.

VI.5.4) La formation des médecins généralistes

Nous avons vu que la plupart des formations auxquelles ont assisté les médecins généralistes ont été réalisées par l'équipe de prévention du suicide, et que l'une des propositions des auteurs de l'étude de la DREES pour améliorer la prise en charge de la dépression par les médecins généralistes était justement une meilleure formation.

La proportion de médecins généralistes ayant suivi une formation est similaire dans ces deux études, nous ne pouvons pas conclure sur l'existence d'un lien entre ce qui semble être une meilleure prise en charge de la dépression et l'effet de la formation dispensée par l'équipe.

Cependant, ces actions de formation participent également au renforcement de la coopération entre les spécialistes de santé mentale et les médecins généralistes, et cela permet d'améliorer la prise en charge des patients.

VI.5.5) Efficacité sur la prévention de la souffrance psychique.

Notre étude ne nous permet pas d'apporter de preuve statistique de l'efficacité de ce programme sur la prévention de la souffrance psychique et du suicide, car il faudrait pour cela comparer sur plusieurs années l'évolution du risque relatif de suicide entre des communes qui bénéficient de l'intervention de l'équipe de prévention du suicide et d'autres communes qui serviront de référence.

Plusieurs facteurs tendent à montrer un effet positif, même s'ils sont très subjectifs et/ou indirects :

- Tous les médecins signalent une meilleure prise en charge pour leurs patients grâce aux consultations avancées,
- L'amélioration de la collaboration entre généralistes et spécialistes en santé mentale, la meilleure adéquation des traitements pour la dépression signifie que la prise en charge est de meilleure qualité.

Parmi la patientèle des médecins ayant répondu à l'étude, nous avons vu qu'aucun patient ayant participé à l'étude ne s'était suicidé. Or, cela permet plusieurs remarques :

- D'une part, nous pourrions dire que l'équipe de prévention du suicide a eu une efficacité remarquable. Cependant nous ne savons pas combien de patients présentaient des idées suicidaires au moment où ils ont été adressés, et donc nous ne pouvons conclure à l'existence d'un facteur protecteur, même si ce résultat est encourageant (et là encore le fait que le recueil des données auprès des médecins ne soit pas exhaustif pose un problème d'extrapolation du résultat).
- D'autre part, nous pourrions dire que malgré l'intervention de l'équipe de prévention du suicide, 60% des médecins déclarent avoir eu un décès par suicide dans leur patientèle : ce qui veut dire que malgré ce programme, des personnes suicidaires n'ont pas pris contact avec le système de soin, ou alors le risque suicidaire a été sous-évalué, voire non diagnostiqué, et qu'il y a donc encore des progrès à faire dans le repérage des patients à risque suicidaire, que ça soit au niveau du médecin généraliste ou au niveau communautaire.

VI.5.6) Population de généralistes susceptibles de collaborer avec l'équipe de prévention du suicide

En dépassant le cadre de l'étude qui porte sur l'effet de la consultation avancée chez les médecins généralistes, les réponses au questionnaire permettent d'en savoir davantage sur le profil des généralistes qui acceptent de collaborer avec l'équipe de prévention du suicide : en effet, d'autres généralistes ont été contactés lors de la mise en place des consultations avancées, et ont refusé l'intervention.

Au-delà d'une prise en charge des patients en souffrance psychique qui est différente, la population de généralistes de notre étude, plus jeune et féminisée, est aussi celle qui accepte de travailler en réseau, de collaborer avec les spécialistes en santé mentale, de mettre en place des prises en charge pluridisciplinaires, et qui a conscience des enjeux particuliers liés aux pathologies mentales.

VII / Aller plus loin : ouvertures et propositions

VII.1 / A propos de notre étude

La population étudiée n'est donc pas représentative des médecins chez lesquels intervient l'équipe de prévention du suicide. Ce problème aurait pu être évité par une meilleure anticipation de l'examineur (et auteur de ce travail) afin de faire passer les questionnaires au printemps ou lors des réunions de bilan de l'équipe de prévention du suicide avec les médecins généralistes.

Le projet de consultations avancées développé par l'équipe de prévention du suicide intéresse d'autres structures (dépendant du CHS de Blain et de celui de Saint-Nazaire notamment), et il s'est peut-être déjà exporté ailleurs. Un nouveau travail pourrait être lancé pour compléter les entretiens dans le secteur sud-Loire, et éventuellement interroger des généralistes dans d'autres secteurs.

Il pourrait être réalisé à nouveau par des entretiens, ou par un questionnaire à remplir en ligne, ou distribué à l'occasion des réunions-bilan.

VII.2 / A propos du recueil de données par l'équipe de prévention du suicide

Il serait intéressant de pouvoir recueillir des données intéressantes de façon plus systématiques, afin de permettre des analyses plus poussées, par exemple :

- Pour les cotations CIM-10, les coder et pouvoir y avoir accès en détail, sans qu'elles ne soient regroupées par grand groupes nosographiques perdant ainsi toute signification.
- Pour les orientations des patients, les noter de façon systématique

Et si des financements ou du temps humain sont disponibles pour faire de la recherche :

- Éventuellement, pouvoir garder une trace automatisée des hospitalisations (en psychiatrie notamment), des traitements et des éventuels décès des patients, grâce aux logiciels des centres hospitaliers, de l'assurance-maladie, et des bases de données de décès de l'Inserm (cela pose des problèmes éthiques et devrait être supervisé par l'ARS).
- Si le programme de consultation avancées se développe, que de nouveaux cabinets de médecine générale font partie du programme, et qu'il finisse par constituer une zone géographique bien définie dans laquelle tous les médecins généralistes en feraient partie, nous pourrions comparer l'évolution de plusieurs données épidémiologiques (nombre de décès par suicide et liés à l'alcool, admission en ALD pour maladie psychiatrique) sur cette zone géographique précise par rapport à une zone géographique de référence, ces dernières données étant déjà recueillies par l'ORS. Et ainsi avoir une idée de l'action de l'équipe de prévention du suicide à plus long terme.

VII.3 / Étendre les champs d'action

VII.3.1) Le milieu du travail

Nous avons vu que la souffrance au travail est un motif croissant de recours à la consultation par l'équipe de prévention du suicide, mais également aux soins spécialisés en santé mentale.

Auparavant, le travail était considéré comme un facteur protecteur vis-à-vis de la souffrance psychique, mais actuellement il peut être source de conflits et de mal-être.

L'intervention de l'équipe de prévention du suicide permet de toucher les hommes, qui ont peu tendance à consulter un professionnel de santé mentale, surtout en zone rurale. Cependant, notre étude montre qu'ils restent minoritaires par rapport aux femmes (sexe-ratio de 2,5 femmes pour un homme).

Une intervention peut peut-être se décider dans d'autres lieux, par exemple l'entreprise ? Des exemples d'interventions de ce type existent dans la littérature (71), montrant une augmentation de la guérison-rémission des troubles dépressifs après une action de dépistage et d'incitation à des soins lors de visites médicales au travail.

VII.3.2) Les autres professionnels de santé

D'autres professionnels de santé pourraient être sollicités afin de participer à cette démarche de prévention : infirmiers libéraux notamment, mais également les kinésithérapeutes.

VII.4 / La recherche sur la prévention du suicide

Nous avons vu plus tôt que des actions qui semblent efficaces pour réduire le risque de suicide sur certains territoires en France existent. Cependant, elles sont rarement évaluées, de même que des actions qui semblent prometteuses à l'international. En effet, la recherche, même à petite échelle, est peu développée sur le sujet : depuis 2010, au niveau national, seules huit thèses ont étudié des programmes de prévention du suicide (sur en théorie plus de 40 000 thèses au total) selon le Service Universitaire de Documentation de l'université de Nantes... De plus, la part du budget de la recherche consacrée aux maladies mentales est minime (moins de 2% du budget de la recherche en santé en France), alors que nous avons montré leur importance.

Des actions peuvent être entreprises pour changer cet état de fait, mais elles ne pourront se faire sans volonté politique.

VII.5 / La place de la santé mentale dans la société

C'est ce qui ressort le plus de la partie bibliographie de notre étude : les troubles mentaux sont les conséquences de déterminants psycho-sociaux, et leurs impacts sur les malades sont encore

aggravés par les inégalités d'accès au soin, la stigmatisation dont les malades sont victimes, la méconnaissance du grand public et également des professionnels de santé sur ces pathologies (16,31,37). La réponse idéale à ces troubles est une réponse communautaire, et ne saurait se limiter à une prise en charge médicale (par le généraliste ou le psychiatre) seule, fusse-t-elle en lien avec les acteurs sociaux.

Là aussi, la volonté politique est nécessaire, la création récente de l'Observatoire National du Suicide et le Plan Psychiatrie et Santé Mentale sont peut-être le signe de l'évolution des mentalités. Les médecins généralistes ont leur rôle à jouer dans les évolutions à venir, en tant que lien majeur entre le patient et le système de soin spécialisé en santé mentale.

VIII / Conclusion

Les troubles mentaux constituent un ensemble de pathologies dont l'impact sur l'état de santé de la population est majeur, une personne sur quatre en sera atteinte au cours de sa vie. Ils représenteront bientôt la principale cause de handicap au niveau mondial, et le suicide est la deuxième cause de mortalité évitable. Après avoir été longtemps ignorés, ils représentent maintenant un problème de santé très actuel donnant lieu à de nombreux plans d'action. Les recommandations de la littérature et de l'Organisation Mondiale de la Santé suggèrent de favoriser la prévention des troubles psychiques et leur traitement au sein de la communauté.

Ces troubles sont très fréquents en médecine générale, représentant un quart des consultations, et source de nombreuses difficultés pour les médecins généralistes.

L'équipe de prévention du suicide du CHS Georges Daumézon intervient depuis 2010 dans des cabinets de médecine générale du secteur sud-Loire, en milieu rural voire semi-rural, afin d'intervenir précocement auprès de patients en souffrance psychique et ainsi prévenir des troubles mentaux plus graves. Plus de mille patients ont ainsi été vus en entretien, de caractéristiques démographiques comparables à la population ayant habituellement recours aux systèmes de santé mentale. Dans plus de la moitié des cas une amélioration de l'état psychique est notée après une intervention brève, un peu moins de deux entretiens en moyenne. Dans un tiers des cas cette intervention est un premier contact, sécurisant pour le patient, avec le système de soins spécialisé en santé mentale. Le reste des patients est orienté vers des associations ou des professionnels sociaux.

Les médecins généralistes et les équipes sont satisfaits de cette collaboration, qui permet selon eux d'améliorer la coopération et la coordination entre les soins primaires et le système de soins spécialisés en santé mentale. De plus, cette intervention semble associée à une prise en charge plus efficiente par les généralistes des patients en souffrance psychique.

Cette étude présente plusieurs biais importants liés au faible effectif de médecins généralistes chez lesquels l'équipe intervient, ainsi qu'à la non-réponse de la moitié d'entre eux, les effets observés pouvant être liés au jeune âge et à la prédominance de médecins femmes dans l'étude. D'autres études sont nécessaires pour préciser les tendances positives en terme de qualité des soins qui semblent se dégager.

Les résultats sont cependant encourageants, et vont dans le sens de la littérature, à savoir qu'une bonne collaboration entre médecins généralistes et psychiatres et une prise en charge au plus près du lieu de vie des patients permet une meilleure qualité de soins.

IX / Bibliographie

1. Organisation mondiale de la santé. Constitution de l'organisation mondiale de la santé. 2014 [cité 7 nov 2017]; Disponible sur: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/FR/constitution-fr.pdf?ua=1>
2. Beck F. Baromètre santé 2005: attitudes et comportements de santé. Saint-Denis: Éditions INPES; 2007. 459-479 p.
3. Roelandt J-L. De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : bilan actuel et pistes d'évolution. *Inf Psychiatr.* 15 nov 2012;me 86(9):777-83.
4. OMS | Journée mondiale de la sante mentale 2006 [Internet]. WHO. [cité 7 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr53/fr/>
5. World Health Organization. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. World Health Organization; 2014. 93 p.
6. Kovess V. Place du généraliste dans la prise en charge des problèmes de santé mentale. *Rev Prat - Médecine Générale.* 9 mai 2007;(770):519-21.
7. Parleani C, Tine E. Pratiques et attentes relatives aux courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres : enquête déclarative concernant les patients suivis en ambulatoire en Loire-Atlantique [Internet].[Thèse d'Exercice]:[Nantes, France] [Internet]. Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2016 [cité 8 sept 2017]. Disponible sur: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=14f46039-393a-4ab0-a480-3d9b7e68ed3d>
8. Direction générale de la santé. Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2012 [cité 12 nov 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale-et-psychiatrie/article/plan-psychiatrie-et-sante-mentale-2011-2015>
9. Organisation Mondiale de la Santé. Rapport sur la santé dans le monde 2001: La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs. [Internet]. Genève: Organisation Mondiale de la Santé; 2001 [cité 8 sept 2017]. 172 p. Disponible sur: http://www.who.int/entity/whr/2001/en/whr01_fr.pdf?ua=1
10. Organisation mondiale de la santé, éditeur. Health and health systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2009. 178 p. (The European health report).
11. Chan Chee C, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), éditeurs. La dépression en France: enquête Anadep 2005. Saint-Denis: INPES; 2009. 203 p. (Études santé).
12. Lépine J-P, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). *Int Clin Psychopharmacol.* janv 1997;12(1):19.

13. Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *L'Encéphale*. 1 avr 2005;31(2):182-94.
14. Assurance Maladie. Personnes en ALD en 2015, par pathologie [Internet]. [cité 5 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/affection-de-longue-duree-ald/prevalence/prevalence-des-ald-en-2015.php>
15. Ministère de l'économie et des finances. Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2014 - Annexe 7 ONDAM et dépense nationale de santé [Internet]. [cité 5 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/plfss14-annexe7.pdf>
16. Prévention des maladies psychiatriques: pour en finir avec le retard français [Internet]. Institut Montaigne. [cité 12 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.institutmontaigne.org/publications/prevention-des-maladies-psychiatriques-pour-en-finir-avec-le-retard-francais>
17. Commission de la Communauté Européenne. The state of mental health in the European Union [Internet]. Luxembourg: European Commission; 2004 [cité 8 nov 2017]. Disponible sur: http://www.msps.es/fr/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/opsc_est_18.pdf.pdf
18. König H, Bernert S, Angermeyer MC, Matschinger H, Martinez M, Vilagut G, et al. Comparison of Population Health Status in Six European Countries: Results of a Representative Survey Using the Eq-5d Questionnaire. *Med Care*. 1 févr 2009;47(2):255-61.
19. Passerieux C. Propositions d'amélioration de la coopération MG –Psychiatres : du dispositif de soins partagés à la première recommandation sur cette coopération [Internet]. 2012. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/srp_s3_passerieux_310512.pdf
20. OMS | Programme d'action: combler les lacunes en santé mentale (mhGAP) [Internet]. WHO. [cité 6 nov 2017]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/mhgap/fr/
21. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ*. nov 2004;82(11):858-66.
22. World Health Organization and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva, World Health Organization; 2014.
23. Organisation mondiale de la santé. Classification Internationale des Maladies et des Problèmes de Santé Connexes, version française, 10^è édition. [Internet]. 2008. Disponible sur: <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr>
24. American Psychiatric Association, Crocq M-A, Guelfi JD. DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 2013.
25. Gallois P, Vallée J-P, Noc YL. Dépression en médecine générale. *Médecine*. 1 avr 2013;9(4):172-8.
26. Lepine J-P. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. [Internet]. Agence nationale de sécurité du

médicament; 2016. Disponible sur:

http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/9698d423c76ea69ed0a2678ff7a2b2b3.pdf

27. Norton J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger J-P, Ritchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. *L'Encéphale*. 1 déc 2009;35(6):560-9.
28. Dumesnil H, Cortaredona S, Verdoux H, Sebbah R, Paraponaris A, Verger P. General Practitioners' Choices and Their Determinants When Starting Treatment for Major Depression: A Cross Sectional, Randomized Case-Vignette Survey. *PLOS ONE*. 18 déc 2012;7(12):e52429.
29. Inserm. Suicide : autopsie psychologique et prévention [Internet]. [cité 12 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/dossiers-d-information/suicide-autopsie-psychologique-et-prevention>
30. OMS | Premier rapport de l'OMS sur la prévention du suicide [Internet]. WHO. [cité 6 nov 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/suicide-prevention-report/fr/>
31. Observatoire national du suicide. Suicide : état des lieux des connaissances et perspectives de recherche [Internet]. 2014 [cité 5 déc 2015]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapportons2014-mel.pdf>
32. Verger P, Brabis P-A, Kovess V, Lovell A, Sebbah R, Villani P, et al. Determinants of early identification of suicidal ideation in patients treated with antidepressants or anxiolytics in general practice: A multilevel analysis. *J Affect Disord*. 1 avr 2007;99(1):253-7.
33. Yebbal K. Prévention du suicide : une nouvelle approche clinique. *Lett Psychiatre* [Internet]. févr 2017 [cité 7 nov 2017];Volume III(N° 1-2). Disponible sur: <http://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/12901.pdf>
34. Circulaire du 15 mars 1960 [Internet]. [Internet]. Disponible sur: <http://psychiatrie.histoire.free.fr/legisl/sector/1960.htm>
35. Coldefy M. L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie: similitudes et divergences. *Quest D'économie Santé*. 2012;180:1-8.
36. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care: overview of systematic evidence. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. oct 2004;185:283-90.
37. Roelandt J-L, Vaglio A, Magnier J, Defromont L. La santé mentale en France et dans le monde : " Des hommes, pas des murs ". *Prat En Santé Ment*. 2015;(N°1):47-58.
38. Funk M, Benradia I, Roelandt J-L. Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale. *Inf Psychiatr*. 1 mai 2014;90(5):331-9.
39. Ministère des solidarités et de la santé. Plan Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008 : Bilan [Internet]. [cité 9 nov 2017]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plan_2005-2008.pdf

40. Bower P. On-site mental health workers in primary care: effects on professional practice. *Cochrane Eff Pract Organ Care Group* [Internet]. [cité 9 nov 2017]; Disponible sur: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000532/full>
41. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and Organizational Interventions to Improve the Management of Depression in Primary Care: A Systematic Review. *JAMA*. 18 juin 2003;289(23):3145-51.
42. Kovess-Masfety V, Boyd A, Haro JM, Bruffaerts R, Villagut G, Lépine JP, et al. High and low suicidality in Europe: A fine-grained comparison of France and Spain within the ESEMeD surveys. *J Affect Disord*. 1 sept 2011;133(1):247-56.
43. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet M-P, Kovess V, Falissard B, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Fam Pract*. 2 mai 2005;6(1):18.
44. Collège national pour la Qualité des Soins en Psychiatrie. Les courriers échangés entre Médecins Généralistes et Psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique [Internet]. [cité 26 oct 2017]. Disponible sur: <https://www.cnpp-cnqsp.com/blank-dvouy>
45. Batt A. Les programmes nationaux de prévention du suicide en Europe. *Actual Doss En Santé Publique*. déc 2003;(45):44-9.
46. Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, et al. Suicide Prevention Strategies: A Systematic Review. *JAMA*. 26 oct 2005;294(16):2064-74.
47. Rutz W, Wålinder J, Eberhard G, Holmberg G, von Knorring A-L, von Knorring L, et al. An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. *Acta Psychiatr Scand*. 1 janv 1989;79(1):19-26.
48. Rutz W, von Knorring L, Wålinder J, Wistedt B. Effect of an educational program for general practitioners on Gotland on the pattern of prescription of psychotropic drugs. *Acta Psychiatr Scand*. déc 1990;82(6):399-403.
49. Rutz W, von Knorring L, Wålinder J. Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression. *Acta Psychiatr Scand*. janv 1992;85(1):83-8.
50. Younès N, Passerieux C, Hardy-Bayle M-C, Falissard B, Gasquet I. Long term GP opinions and involvement after a consultation-liaison intervention for mental health problems. *BMC Fam Pract*. 2 juill 2008;9:41.
51. RPSM78 - Soins partagés [Internet]. [cité 9 nov 2017]. Disponible sur: <https://www.rpsm78.com/dispositifs/soins-partages>
52. Mezzina R. Community Mental Health Care in Trieste and Beyond: An "Open Door–No Restraint" System of Care for Recovery and Citizenship. *J Nerv Ment Dis*. juin 2014;202(6):440–445.
53. Hegerl U, Mergl R, Havers I, Schmidtke A, Lehfeld H, Niklewski G, et al. Sustainable effects

on suicidality were found for the Nuremberg alliance against depression. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1 août 2010;260(5):401-6.

54. Buyck J-F, Tallec A, Leguay D. Troubles mentaux et du comportement [Internet]. Observatoire régional de santé pays de la Loire; 2017 [cité 10 nov 2017] p. 213-48. (La santé des habitants des Pays de la Loire). Disponible sur: http://www.santepaysdelaloire.com/sites/default/files/fiches-lso/SanteHabPDL2017/2017_etatsantepdl_tblesmentaux.pdf
55. Santé Pays de la Loire. PISSTER - panier d'indicateurs sociosanitaires territoriaux [Internet]. 2015 [cité 10 nov 2017]. Disponible sur: <http://instant-atlas.santepaysdelaloire.com/>
56. Conseil national de l'Ordre des Médecins. Atlas national de la démographie médicale 2015 [Internet]. [cité 10 nov 2017]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_national_de_la_demographie_medicale_2015.pdf
57. Ministère des Solidarités et de la Santé. La démographie des médecins (RPPS) [Internet]. [cité 10 nov 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-medecins-rpps/article/la-demographie-des-medecins-rpps>
58. Boyd A, Van de Velde S, Vilagut G, de Graaf R, O'Neill S, Florescu S, et al. Gender differences in mental disorders and suicidality in Europe: Results from a large cross-sectional population-based study. *J Affect Disord.* 1 mars 2015;173(Supplement C):245-54.
59. Dezetter A, Briffault X, Bruffaerts R, De Graaf R, Alonso J, König H, et al. Use of general practitioners versus mental health professionals in six European countries: the decisive role of the organization of mental health-care systems | SpringerLink. janv 2013;48(1):137-49.
60. Younès N, Hardy-Bayle M, Falissard B, Kovess V, Chaillet M, Gasquet I. Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists. *BMC Public Health.* 7 oct 2005;5:104.
61. Piel-Desruisseaux Dalby A, Yebbal K. Prévention du suicide: mise en place d'une consultation avancée de psychiatrie en soins primaires : bilan après un an au sein du pôle Santé de Clisson. [Internet].[Thèse d'Exercice]:[Nantes, France]. [France]: Université de Nantes. Unité de Formation et de Recherche de Médecine et des Techniques Médicales; 2011.
62. Ventelou B, Paraponaris A, Sebbah R, Aulagnier M, Protopopescu C, Gourheux J-C, et al. Un observatoire des pratiques en médecine générale : l'expérience menée en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Abstract. *Rev Fr Aff Soc.* (1):127-60.
63. Kovess-Masfety V, Lecoutour X, Delavelle S. Mood disorders and urban/rural settings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1 août 2005;40(8):613-8.
64. Mitchell G, Del Mar C, Francis D. Does primary medical practitioner involvement with a specialist team improve patient outcomes? A systematic review. *Br J Gen Pract.* 1 nov 2002;52(484):934.
65. Tanielian TL, Pincus HA, Dietrich AJ, Williams JW, Oxman TE, Nutting P, et al. Referrals to Psychiatrists: Assessing the Communication Interface Between Psychiatry and Primary Care. *Psychosomatics.* 1 mai 2000;41(3):245-52.

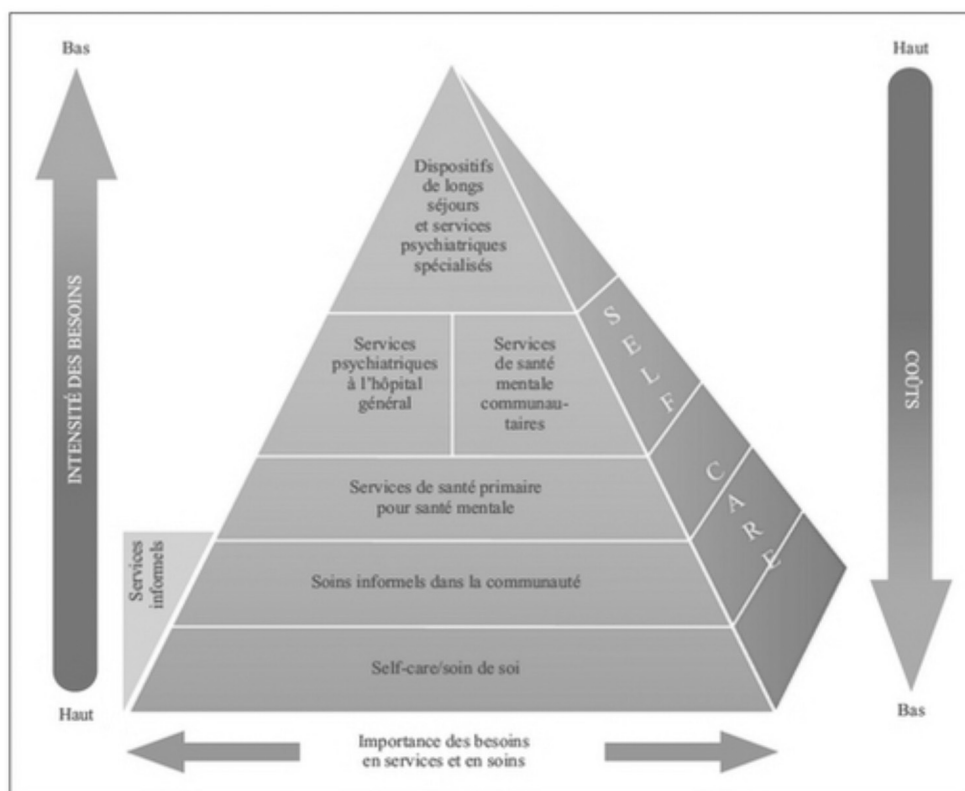
66. Chew-Graham CA, Lovell K, Roberts C, Baldwin R, Morley M, Burns A, et al. A randomised controlled trial to test the feasibility of a collaborative care model for the management of depression in older people. *Br J Gen Pr.* 1 mai 2007;57(538):364-70.
67. Richards DA, Hill JJ, Gask L, Lovell K, Chew-Graham C, Bower P, et al. Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial. *BMJ.* 19 août 2013;347:f4913.
68. Epstein R. In: *Communication Between Primary Care Physicians and Consultants* [Internet]. 1995. p. 403-5. Disponible sur: https://www.researchgate.net/profile/Ronald_Epstein/publication/15456153_Communication_Between_Primary_Care_Physicians_and_Consultants/links/547cb6fd0cf2cfe203c1fb48/Communication-Between-Primary-Care-Physicians-and-Consultants.pdf
69. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Bécrot F, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *L'Encéphale.* 1 juin 2010;36(Supplement 2):D73-82.
70. Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ?, How to Improve Co-operation between General Practitioners and Psychiatrists ? *Inf Psychiatr.* 12 juin 2014;me 90(5):359-71.
71. Godard C, Chevalier A, Gouffier C. Améliorer le diagnostic et la prise en charge des troubles anxieux et dépressifs en population active: l'expérience du programme Aprand, France. 2017.

Annexes

Page

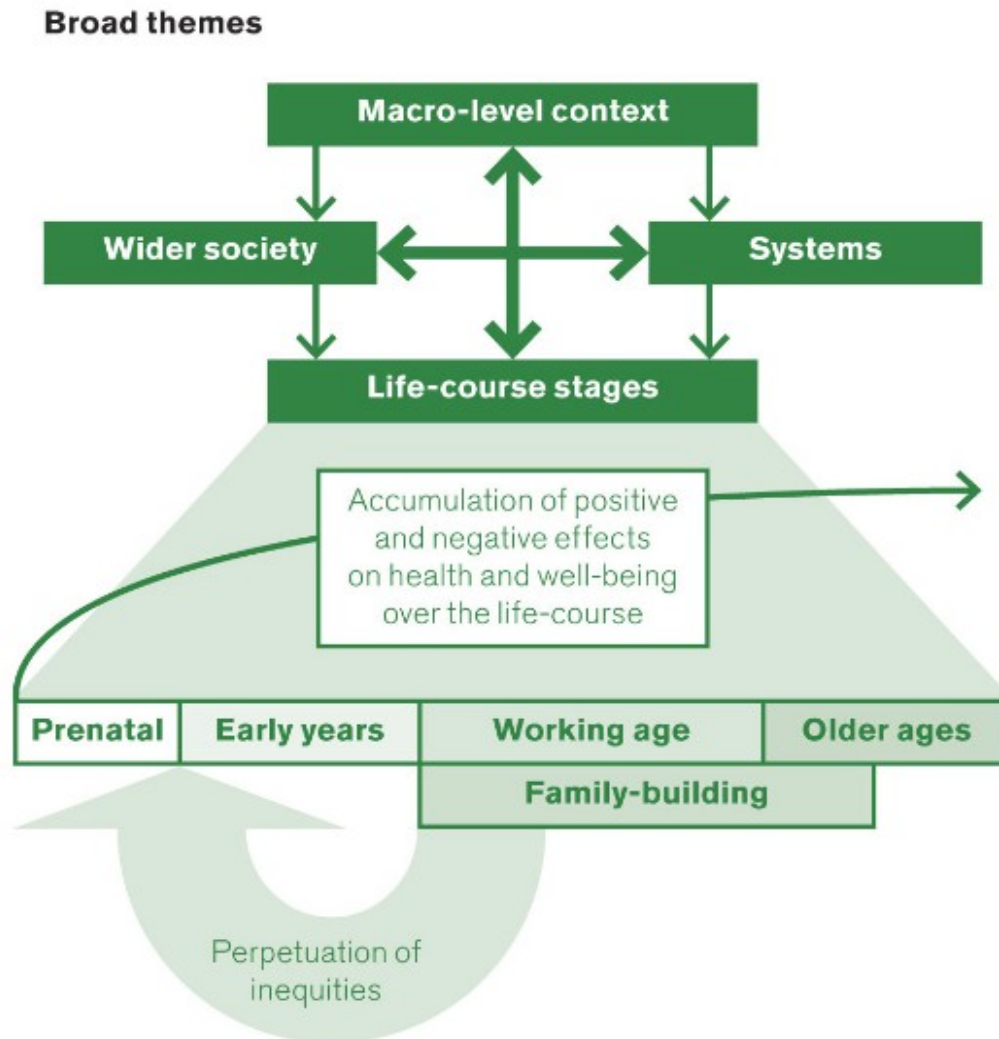
Annexe I : modèle OMS des soins spécialisés en santé mentale	63
Annexe II : Déterminants psychosociaux de la santé mentale	64
Annexe III : définitions de la dépression	65
Annexe IV : Imprimés de demande d'avis et de suivi pour l'unité de prévention du suicide	67
Annexe V : Questionnaire de l'étude	68

Annexe I : modèle OMS des soins spécialisés en santé mentale



Annexe II : Déterminants psychosociaux de la santé mentale

A life course approach to tackling inequalities in health, adapted from WHO European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide



Annexe III : définitions de la dépression

1) Critères diagnostiques du DSM-5 (1) :

A. Au moins 5 des symptômes suivants ont été présents durant la même période de deux semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement précédent : au moins un de ces symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

Remarque : Ne pas inclure les symptômes qui sont clairement attribuables à une autre condition médicale.

1. Humeur dépressive présente la plus grande partie de la journée, presque tous les jours, comme signalée par la personne (p. ex., se sent triste, vide, désespérée) ou observée par les autres (p. ex., pleure). (Remarque : Chez les enfants et les adolescents, peut être une humeur irritable.)
2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes, ou presque toutes, les activités, la plus grande partie de la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
3. Perte de poids significative en l'absence de régime ou gain de poids (p. ex., changement de poids excédant 5 % en un mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (Remarque : Chez les enfants, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.)
4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (observable par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).
6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.
7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).
9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.

Remarque : Les critères A à C représentent un épisode de dépression majeure.

Remarque : Les réponses à une perte significative (par exemple, deuil, ruine financière, pertes d'une catastrophe naturelle, maladie grave ou invalidité) peuvent inclure les sentiments de tristesse intense, la rumination sur la perte, l'insomnie, le manque d'appétit et la perte de poids listés dans le Critère A, ce qui peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes peuvent être compréhensibles ou jugés appropriés en rapport avec la perte, la présence d'un épisode dépressif

majeur, en plus de la réponse normale à une perte importante, devrait également être examinée avec soin. Cette décision requiert inévitablement l'exercice du jugement clinique basé sur l'histoire de l'individu et les normes culturelles pour l'expression de la détresse dans le contexte de la perte.

D. L'apparition de l'épisode dépressif majeur n'est pas mieux expliquée par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble du spectre schizophrénique et un autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou d'épisode hypomaniaque.

Remarque : Cette exclusion ne s'applique pas si tous les épisodes similaires à la manie ou l'hypomanie sont induits par une substance ou sont imputables aux effets physiologiques d'une autre condition médicale.

2) Critères diagnostics de la CIM-10

Il existe 2 rangs de symptômes. Le nombre de symptômes nécessaires est précisé pour chaque niveau de sévérité de l'épisode (léger, moyen, sévère sans ou avec symptômes psychotiques). Ils doivent être présents sur une période ≥ 2 semaines.

A. Symptômes typiques :

1. Abaissement stable de l'humeur (pas de variation d'un jour à l'autre ou selon les circonstances). Mais elle peut présenter des variations caractéristiques au cours du nycthémère.
2. Diminution de l'intérêt et du plaisir.
3. Réduction de l'énergie, entraînant une augmentation de la fatigabilité et une diminution de l'activité. Des efforts minimes entraînent souvent une fatigue importante.

B. Symptômes autres :

1. Une diminution de la concentration et de l'attention.
2. Une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi.
3. Des idées de culpabilité ou de dévalorisation (même dans les formes légères).
4. Une attitude morose et pessimiste face à l'avenir.
5. Des idées ou actes auto-agressifs ou suicidaires.
6. Une perturbation du sommeil.
7. Une diminution de l'appétit.

Annexe IV : Imprimés de demande d'avis et de suivi pour l'unité de prévention du suicide

EQUIPE DE PREVENTION DU SUICIDE

Sabine DANGUY, infirmière

MAISON MEDICALE DE LA LOGNE

Dr AUDRAN Candice
Dr BOCHU Denis
Dr CHARRUAU Bérandère
Dr FOURNY Virginie
Dr RERAT Simon
Dr SELVA Julien

**FICHE DE LIAISON
MEDECIN REFERENT**

Date de la demande:

Médecin référent :

■ **PERSONNE A RENCONTRER :**

- Nom et Prénom :
- Adresse :
.....
- Téléphone :
- Date de naissance :/...../.....

■ **NUMERO DE SECURITE SOCIALE :**

■ **SITUATION FAMILIALE :**

Situation maritale : marié(e), séparé(e), divorcé(e), en couple
Nombre d'enfants : dont à charge

■ **SITUATION PROFESSIONNELLE DE L'APPELANT :**

étudiant(e) - en activité - chômage - invalidité - retraité(e)

■ **MOTIF DE LA DEMANDE :**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Annexe V : Questionnaire de l'étude

Questionnaire thèse : Prise en charge de la dépression par les généralistes bénéficiant du passage de l'équipe de prévention du suicide dans leur cabinet.

1. Voici d'abord quelques questions démographiques

Sexe :

Age :

Année d'installation :

Année de début d'exercice :

Date de début d'intervention de l'unité de prévention du suicide dans le cabinet :

Ce questionnaire porte sur la **population adulte** uniquement, à l'exclusion des personnes âgées

2 Au cours de l'année écoulée, à quelle fréquence avez-vous pris en charge des patients pour (présentation aléatoire) :

	Chaque semaine	Chaque mois	Moins souvent	Jamais
2.1 Une souffrance psychique				
2.2 Un état dépressif				
2.3 Un trouble anxieux				
2.4 Un trouble bipolaire				
2.5 Une schizophrénie				
2.6 Une addiction à l'alcool				
2.7 Une addiction à une substance illicite				

3. Au cours des 5 dernières années, un de vos patients :

3.1 A-t-il fait une tentative de suicide ? Oui / Non

3.2 S'est-il suicidé ? Oui / Non

Je vais maintenant vous exposer un cas clinique fictif de dépression. Je vous demanderai par la suite quelle prise en charge vous envisageriez si vous receviez ce patient en consultation.

Cas n°1 : Un homme âgé de 40 ans, **ouvrier**, vient vous voir en consultation pour un premier épisode de plus de trois semaines, de tristesse, de troubles du sommeil et de perte d'appétit. Votre examen indique un état dépressif, avec un **retentissement fonctionnel faible dans la vie quotidienne (il poursuit son activité professionnelle)**. Il n'a pris aucun médicament, déclare une faible consommation d'alcool et vous ne trouvez aucune cause somatique, traumatique ou liée à des événements récents dans son travail ou sa vie privée qui pourrait expliquer cette dépression.

Cas n°2 : Un homme âgé de 40 ans, **ouvrier**, vient vous voir en consultation pour un premier épisode de plus de trois semaines, de tristesse, de troubles du sommeil et de perte d'appétit. Votre examen indique un état dépressif, avec un **retentissement fonctionnel sévère dans la vie quotidienne (il n'est plus en mesure de travailler)**. Il n'a pris aucun médicament, déclare une faible consommation d'alcool et vous ne trouvez aucune cause somatique, traumatique ou liée à des événements récents dans son travail ou sa vie privée qui pourrait expliquer cette dépression.

Cas n°3 : Un homme âgé de 40 ans, **cadre supérieur**, vient vous voir en consultation pour un premier épisode de plus de trois semaines, de tristesse, de troubles du sommeil et de perte d'appétit. Votre examen indique un état dépressif, avec un **retentissement fonctionnel faible dans la vie quotidienne (il poursuit son activité professionnelle)**. Il n'a pris aucun médicament, déclare une faible consommation d'alcool et vous ne trouvez aucune cause somatique, traumatique ou liée à des événements récents dans son travail ou sa vie privée qui pourrait expliquer cette dépression.

Cas n°4 : Un homme âgé de 40 ans, **cadre supérieur**, vient vous voir en consultation pour un premier épisode de plus de trois semaines, de tristesse, de troubles du sommeil et de perte d'appétit. Votre examen indique un état dépressif, avec un **retentissement fonctionnel sévère dans la vie quotidienne (il n'est plus en mesure de travailler)**. Il n'a pris aucun médicament, déclare une faible consommation d'alcool et vous ne trouvez aucune cause somatique, traumatique ou liée à des événements récents dans son travail ou sa vie privée qui pourrait expliquer cette dépression.

Cas n°5 : Une femme âgée de 40 ans, **ouvrière**, vient vous voir en consultation pour un premier épisode de plus de trois semaines, de tristesse, de troubles du sommeil et de perte d'appétit. Votre examen indique un état dépressif, avec un **retentissement fonctionnel faible dans la vie quotidienne (il poursuit son activité professionnelle)**. Elle n'a pris aucun médicament, déclare une faible consommation d'alcool et vous ne trouvez aucune cause somatique, traumatique ou liée à des événements récents dans son travail ou sa vie privée qui pourrait expliquer cette dépression.

Cas n°6 : Une femme âgée de 40 ans, **ouvrière**, vient vous voir en consultation pour un premier épisode de plus de trois semaines, de tristesse, de troubles du sommeil et de perte d'appétit. Votre examen indique un état dépressif, avec un **retentissement fonctionnel sévère dans la vie quotidienne (il n'est plus en mesure de travailler)**. Elle n'a pris aucun médicament, déclare une faible consommation d'alcool et vous ne trouvez aucune cause somatique, traumatique ou liée à des événements récents dans son travail ou sa vie privée qui pourrait expliquer cette dépression.

Cas n°7 : Une femme âgée de 40 ans, **cadre supérieur**, vient vous voir en consultation pour un premier épisode de plus de trois semaines, de tristesse, de troubles du sommeil et de perte d'appétit. Votre examen indique un état dépressif, avec un **retentissement fonctionnel faible dans la vie quotidienne (il poursuit son activité professionnelle)**. Elle n'a pris aucun médicament, déclare une faible consommation d'alcool et vous ne trouvez aucune cause somatique, traumatique ou liée à des événements récents dans son travail ou sa vie privée qui pourrait expliquer cette dépression.

Cas n°8 : Une femme âgée de 40 ans, **cadre supérieur**, vient vous voir en consultation pour un premier épisode de plus de trois semaines, de tristesse, de troubles du sommeil et de perte d'appétit. Votre examen indique un état dépressif, avec un **retentissement fonctionnel sévère dans la vie quotidienne (il n'est plus en mesure de travailler)**. Elle n'a pris aucun médicament, déclare une faible consommation d'alcool et vous ne trouvez aucune cause somatique, traumatique ou liée à des événements récents dans son travail ou sa vie privée qui pourrait expliquer cette dépression.

Dans ce cas précis :

4. Au cours de la consultation, poseriez-vous des questions (test pilote) :

4.1 Pour rechercher une addiction autre qu'à l'alcool ? Oui / Non

4.2 Pour rechercher une autre pathologie mentale que la dépression ? Oui / Non

4.4 Sur la présence actuelle d'idées suicidaires ? Oui / Non

5. Finalement, votre examen ne fait apparaître ni idées suicidaires, ni autre pathologie mentale ou somatique. Prenez-vous ce patient en charge ?

1 Oui, seul ou en collaboration avec un professionnel spécialisé : **Aller à Q8**

2 Non, je l'adresse à un confrère pour prise en charge thérapeutique.

→ **Si réponse NON à Q5 : Pour quelles raisons ?**

5.1 Parce que vous considérez que la prise en charge de la dépression relève du spécialiste :
Oui / Non

5.2 Car vous manquez de temps : Oui / Non

5.3 Car vous ne vous sentez pas à l'aise dans la prise en charge de la dépression : Oui / Non

6. Proposez-vous au patient de l'adresser à :

(1 seul choix possible) Consigne enquêteur : Lire les propositions

- Un psychiatre libéral
- Un psychologue libéral
- Un psychothérapeute libéral, ni psychiatre ni psychologue
- Un professionnel du CMP
- Un confrère généraliste
- Vous laissez le patient choisir

7. Donnez-vous au patient le nom d'un professionnel que vous connaissez ? Oui / Non

→ **Aller à la Q10**

8. Si réponse OUI à Q5 :

Que faites-vous ? (consigne enquêteur : lire d'abord les 3 propositions avant de demander au médecin de choisir l'une d'entre elles seulement, une seule réponse possible)

- 1 Vous suivez l'évolution du trouble et proposez au patient de le revoir d'ici quelques semaines
- 2 Vous débutez vous-même une prise en charge thérapeutique, sans prendre d'avis
- 3 Vous commencez par prendre un avis avant de débiter une prise en charge thérapeutique

→ **SI REPONSE 1 à Q8:**

Consigne enquêteur, lire « Vous revoyez le patient 2 à 3 semaines après. Son état n'a pas changé. Que faites –vous ?

- 1 Vous débutez vous-même une prise en charge thérapeutique, sans prendre d'avis

→ **Aller à la question 8.1**

- 2 Vous commencez par prendre un avis avant de débiter une prise en charge thérapeutique

→ **Aller à la question 9c**

→ **SI REPONSE 2 à Q8, aller à la question 8.1**

→ **SI REPONSE 3 à Q8, aller à la question 9c**

→ **SI REPONSE NSP à Q8, aller à la question 8.1**

4 NSP (item à ne pas lire)

→ **SI REPONSE 3 à la Q8 : Q9c**

9c. Après de quel type de professionnel prenez-vous un avis ? (1 seul choix possible)

- 1 Un psychiatre libéral
- 2 Un psychologue libéral
- 3 Un psychothérapeute libéral ni psychiatre ni psychologue
- 4 Un confrère généraliste
- 5 Un professionnel du CMP

9.1 C Sur quoi prenez-vous un avis ? (plusieurs choix possibles)

9.1 C - A Sur le diagnostic : Oui / non

9.1 C - B Sur la prise en charge : Oui / non

→ **Si réponse (oui ou NSP) à Q9.1C - A ET (non ou NSP) à Q9.1C - B :**

Lire la consigne « le professionnel confirme le diagnostic de dépression ». Puis aller à Q8.1

→ **SI REPONSE 2 ou NSP A Q8**

8.1 Réalisez-vous une psychothérapie de soutien ?

Oui / Non

8.2 Proposez-vous au patient de lui prescrire un traitement médicamenteux ?

Oui / Non

Si oui, lequel (plusieurs réponses possibles) :

8.2.1 Un antidépresseur : Oui / Non

8.2.2 Un anxiolytique (tranquillisant) : Oui / Non

8.2.3 « Un hypnotique (sommifère) » : Oui / Non

8.4 Proposez-vous au patient de l'adresser à un professionnel pour une psychothérapie ?

Oui

Non

→ **Si OUI à Q8.4:**

8.4.1 Proposez-vous au patient de l'adresser à (1 seul choix possible) :

- Un psychiatre libéral
- Un psychologue libéral
- Un psychothérapeute libéral, ni psychiatre ni psychologue
- Un professionnel du CMP
- Un confrère généraliste
- Vous laissez le patient choisir

8.4.2 Donnez-vous au patient le nom d'un professionnel que vous connaissez ?

Oui

Non

8.4.3 Quel type de psychothérapie conseillez-vous au patient ? (1 seul choix possible)

- Aucun en particulier
- Une thérapie d'orientation psychanalytique
- Une thérapie cognitivo-comportementale
- Autre

9)Nous allons maintenant parler de la collaboration entre les médecins généralistes et les professionnels spécialisés de santé mentale :

10 Dans la prise en charge des patients présentant un état dépressif, pensez-vous que la collaboration entre médecins généralistes et professionnels spécialisés en santé mentale :

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
10.1 Permet d'améliorer l'accès aux soins				
10.2 Permet d'améliorer la prise en charge				
10.3 Permet d'améliorer vos compétences				

11 Pour vous, travailler en collaboration avec un professionnel spécialisé signifie concrètement (Plusieurs choix possibles) :

11.1 Lui demander avis, conseil sur des patients : Oui / Non

11.2 Lui adresser des patients : Oui / Non

11.3 Être informé en retour sur vos patients de la part de ce professionnel spécialisé : Oui / Non

11.4 Réaliser une prise en charge « conjointe » de patients : Oui / Non

12 Selon vous, dans votre zone d'exercice, l'accès aux professionnels spécialisés en santé mentale est-il :

1 Difficile

2 Plutôt difficile

3 Plutôt facile

4 Facile

13 Concernant la coopération avec les professionnels spécialisés en santé mentale, êtes-vous ?

1 Pas du tout satisfait

2 Un peu satisfait

3 Satisfait

4 Tout à fait satisfait

5 Non concerné

14 Sur quels critères choisissez-vous les professionnels spécialisés auxquels vous adressez vos patients avec un état dépressif ? (Plusieurs réponses possibles)

Non concerné

14.1 L'habitude de travailler avec eux : Oui / Non

14.2 Des retours positifs de la part de patients : Oui / Non

14.3 Des retours positifs de la part de confrères : Oui / Non

14.4 Le délai d'obtention d'un rendez-vous : Oui / Non

14.5 La certitude qu'ils vous tiendront informé : Oui / Non

14.6 Leur proximité géographique du lieu de vie des patients : Oui / Non

14.7 Le remboursement de la consultation : Oui / Non

15. Dans votre pratique, quels sont les freins au fait d'adresser vos patients dépressifs à un Centre Médico-Psychologique (CMP) ? (administration aléatoire)

15.1 La difficulté à identifier le CMP vers lequel adresser le patient : Oui / Non

15.2 Le manque de collaboration avec les CMP : Oui / Non

15.3 L'absence de retour d'informations quand votre patient est pris en charge par le CMP
Oui / Non

15.4 Le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous : Oui / Non

15.5 La réticence des patients : Oui / Non

16. Selon vous, dans quel délai un patient avec une dépression doit-il être vu par un professionnel spécialisé, hors situation d'urgence ?
semaines

Nous allons maintenant vous poser des questions d'ordre plus général

17 Pensez-vous qu'il y a actuellement une sur-prescription d'antidépresseurs en France ?
1 Pas du tout d'accord 2 Plutôt pas d'accord 3 Plutôt d'accord 4 Tout à fait d'accord

18 Dans votre pratique, proposez-vous à un patient présentant une dépression d'intensité légère à modérée (administration aléatoire)

	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent
Un traitement médicamenteux seul d'emblée				
Un traitement médicamenteux seul puis, éventuellement, une psychothérapie				
Une psychothérapie seule d'emblée				
Une psychothérapie seule puis, éventuellement, un traitement médicamenteux				

19. Dans votre pratique, proposez-vous à un patient présentant une dépression d'intensité sévère (administration aléatoire)

	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent
Un traitement médicamenteux seul d'emblée				
Un traitement médicamenteux seul puis, éventuellement, une psychothérapie				

20. Etes-vous d'accord avec les propositions suivantes concernant les psychothérapies (ordre aléatoire)

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
21.1 Elles constituent un traitement de la dépression, au même titre que les médicaments				
21.2 Seules, elles sont efficaces pour traiter un état dépressif d'intensité légère ou modérée				

21.4 Elles conviennent davantage aux patients ayant un niveau d'éducation élevé				
21.5 Dans les dépressions d'intensité légère à modérée, le rapport entre les bénéfices et les risques est meilleur pour les psychothérapies que pour les antidépresseurs				
21.6 Tous les types de psychothérapies sont efficaces pour traiter la dépression				

21. Selon vous, quels sont les freins à la prise en charge des patients atteints de dépression en psychothérapie ? (ordre aléatoire)

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
22.1 Le non remboursement des consultations de psychologues et de psychothérapeutes				
22.2 Des délais trop longs pour obtenir un rendez-vous auprès des psychiatres				
22.3 Des délais trop longs pour obtenir un rendez-vous auprès des psychologues ou psychothérapeutes				
22.4 La difficulté pour les médecins à se repérer parmi les différents types de psychothérapie				
22.5 La réticence des patients à suivre une psychothérapie				

Nous allons maintenant aborder les problématiques de suicidalité chez les patients présentant un état dépressif.

22. Êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes concernant le passage à l'acte suicidaire : (ordre aléatoire)

	Pas du tout d'accord	Plutôt pas d'accord	Plutôt d'accord	Tout à fait d'accord
23.1 Le fait de questionner un patient sur ses idées de suicide peut favoriser le passage à l'acte				
23.2 On ne peut pas faire grand-chose face à une personne décidée à mettre fin à ses jours				
23.3 Les patients qui parlent de suicide ne passent pas souvent à l'acte				

23. Dans votre pratique, chez un patient présentant un état dépressif, posez-vous des questions pour rechercher (ordre aléatoire)

	Jamais	Parfois	Souvent	Très souvent
Des idées de suicide				
Une intentionnalité de passage à l'acte suicidaire				
Un plan suicidaire				
Une mise en ordre de ses affaires par le patient				
La rédaction d'une lettre par le patient				

24. Quelles difficultés rencontrez-vous pour évaluer le risque suicidaire chez un patient ? (ordre aléatoire)

24.1 Le manque de formation sur ce sujet : Oui / Non / NSP

24.2 Le fait de ne pas oser aborder la question du suicide avec les patients
Oui / Non / NSP

24.3 Des difficultés de « savoir faire » sur la façon d'aborder le sujet avec les patients
Oui / Non / NSP

24.4 Le manque de temps pour le faire: Oui / Non / NSP

Q24.5 Vous estimez-vous efficace dans la prise en charge des états dépressifs ?

1 Non 2 Plutôt non 3 Plutôt oui 4 Oui

Nous allons maintenant vous poser quelques questions sur votre formation

25. Avez-vous suivi une formation sur le diagnostic et/ou la prise en charge de la dépression ?

1 oui, au cours des 3 dernières années 2 Oui, il y a plus de 3 ans 3 Non, jamais

26 Est-ce que vous vous sentez suffisamment formé sur le diagnostic et/ou le traitement de la dépression ?

1 Non 2 Plutôt non 3 Plutôt oui 4 Oui

Si OUI ou PLUTOT OUI, aller à la Q28

Si Non ou PLUTOT Non, aller à la Q27

27. Souhaiteriez-vous suivre une formation sur (plusieurs réponses possibles)

27.1. Les différents types de psychothérapie et leurs indications : Oui / Non

27.2. La pratique de la psychothérapie de soutien par le médecin généraliste : Oui / Non

27.3. Quand et vers qui orienter un patient atteint de dépression ? Oui / Non

27.4 La gestion des demandes des patients de médicaments psychotropes : Oui / Non

28. Avez-vous suivi une formation sur le repérage et la prise en charge de patients présentant un risque suicidaire ?

1 Oui, au cours des 3 dernières années 2 Oui, il y a plus de 3 ans 3 Non, jamais

29. Est-ce que vous vous sentez suffisamment formé sur le repérage et l'évaluation de la crise suicidaire ?

1 Non 2 Plutôt non 3 Plutôt oui 4 Oui

Si OUI ou PLUTOT OUI, aller à la Q31

Si Non ou PLUTOT Non, aller à la Q30

30. Souhaiteriez-vous suivre une formation sur :

30.1 Les « savoir-faire » pour aborder la problématique de la suicidalité avec le patient :

Oui / Non

30.2 Les outils de repérage de la crise suicidaire en médecine générale : Oui / Non

30.3 L'évaluation de la dangerosité/l'urgence de la crise : Oui / Non

30.4 Comment intervenir, alerter et orienter une personne lors d'une crise suicidaire, selon le degré d'urgence et la dangerosité : Oui / Non

A partir de maintenant, nous allons discuter de l'action de l'équipe de prévention du suicide, la comparaison avec le questionnaire de la DREES est terminée.

31 : Retour sur l'intervention de l'équipe de prévention du suicide : (réponse libre)

34.1 Êtes-vous satisfait de la collaboration avec l'équipe de prévention du suicide ?

34.2 Quels bénéfices cela vous a-t-il apporté ?

34.3 Avez-vous des critiques ? Si oui, quelles améliorations suggérez-vous ?

34.4 Avez-vous l'impression que l'état de santé mentale de votre patientèle s'est amélioré depuis le début des consultations avancées ?

34.4 Avez-vous eu des suicides dans votre patientèle depuis l'intervention de l'équipe de prévention du suicide ?

Vu, le Président du Jury,
Professeur Rémy SENAND

Vu, La directrice de Thèse,
Docteur Kahina YEBBAL

Vu, la Doyenne de la Faculté,
Professeur Pascale Jolliet

Titre de thèse : Prise en charge de la dépression par les médecins généralistes, apports et évaluation d'un programme de consultations avancées de l'équipe intersectorielle de prévention du suicide, dans le sud de la Loire-Atlantique

RÉSUMÉ

Les troubles mentaux, notamment la dépression et le suicide, sont plus fréquents en France que dans d'autres pays Européens.

Notre étude a analysé l'effet d'un programme de prévention du suicide reposant sur l'intervention d'infirmiers de psychiatrie de l'équipe intersectorielle de prévention du suicide. Basée au Centre Hospitalier Spécialisé de Bouguenais, cette équipe intervient dans des cabinets de médecine générale situés en secteur sud-Loire, pour y rencontrer des patients en souffrance psychique à la demande des médecins des cabinets en question.

Nous avons comparé les pratiques des généralistes bénéficiant de ce programme avec les données issues d'une étude concernant la prise en charge des troubles mentaux par les généralistes, menée par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques en 2011.

Les médecins de notre étude sont tous très satisfaits de ce programme. Par rapports aux médecins de l'étude de référence, ils décrivent une meilleure coopération et un accès plus facile aux professionnels de santé mentale, OR : 3.99, IC à 95% [1.35 ; 11.36] p = 0,005. Par ailleurs, les médecins généralistes de notre étude semblent avoir des prises en charges mieux adaptées aux recommandations internationales pour la prise en charge de la dépression, mais les effectifs réduits de notre étude ne permettent pas de mettre en différence statistiquement significative.

Ce programme d'aide à la prise en charge psychiatrique en soins primaires va dans le sens d'une prévention de la souffrance psychique avant qu'elle ne s'aggrave. Même si des études complémentaires sont nécessaires pour en préciser les effets, nous pensons que ce programme peut ouvrir la voie à une prise en charge des troubles mentaux renforcée en secteur extra-hospitalier, au sein d'un réseau de soin et d'accompagnement social.

MOTS-CLES

Prévention

Suicide

Dépression

Médecin généraliste

Psychiatrie communautaire