

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -  
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

**ANNÉE 2021 N°23**

# **Analyse cartographique et socio-économique du non-accès aux soins en santé mentale – volet qualitatif**

## **THESE D'EXERCICE EN MEDECINE**

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1  
Et soutenue publiquement le lundi 22 février 2021  
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

FAHMI Morgan, né le 23/12/1992 à Amiens

**Sous la direction du Docteur CHAULIAC Nicolas**

# UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

|                                                             |                     |
|-------------------------------------------------------------|---------------------|
| Président                                                   | Pr Frédéric FLEURY  |
| Président du Comité de Coordination<br>des Etudes Médicales | Pr Pierre COCHAT    |
| Directeur Général des services                              | M. Damien VERHAEGHE |

## Secteur Santé :

|                                                                              |                          |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|
| Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est                                          | Pr Gilles RODE           |
| Doyenne de l'UFR de Médecine Lyon-Sud<br>Charles Mérieux                     | Pr Carole BURILLON       |
| Doyenne de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques (ISPB)                    | Pr Christine VINCIGUERRA |
| Doyenne de l'UFR d'Odontologie                                               | Pr Dominique SEUX        |
| Directeur de l'Institut des Sciences et Techniques<br>de Réadaptation (ISTR) | Dr Xavier PERROT         |
| Directrice du département de Biologie Humaine                                | Pr Anne-Marie SCHOTT     |

## Secteur Sciences et Technologie :

|                                                                                                        |                             |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| Administratrice Provisoire de l'UFR BioSciences                                                        | Pr Kathrin GIESELER         |
| Administrateur Provisoire de l'UFR Faculté des Sciences<br>Et Technologies                             | Pr Bruno ANDRIOLETTI        |
| Directeur de l'UFR Sciences et Techniques des<br>Activités Physiques et Sportives (STAPS)              | M. Yannick VANPOULLE        |
| Directeur de Polytech                                                                                  | Pr Emmanuel PERRIN          |
| Directeur de l'IUT                                                                                     | Pr Christophe VITON         |
| Directeur de l'Institut des Sciences Financières<br>Et Assurances (ISFA)                               | M. Nicolas LEBOISNE         |
| Directrice de l'Observatoire de Lyon                                                                   | Pr Isabelle DANIEL          |
| Administrateur Provisoire de l'Institut National Supérieur<br>du Professorat et de l'Education (INSPé) | M. Pierre CHAREYRON         |
| Directrice du Département Composante Génie Electrique<br>et Procédés (GEP)                             | Pr Rosaria FERRIGNO         |
| Directeur du Département Composante Informatique                                                       | Pr Behzad SHARIAT TORBAGHAN |
| Directeur du Département Composante Mécanique                                                          | Pr Marc BUFFAT              |



## Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2020/2021

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

|               |               |                                                                                       |
|---------------|---------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| BLAY          | Jean-Yves     | Cancérologie ; radiothérapie                                                          |
| BORSON-CHAZOT | Françoise     | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ;<br>gynécologie médicale            |
| CHASSARD      | Dominique     | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence                                      |
| CLARIS        | Olivier       | Pédiatrie                                                                             |
| COCHAT        | Pierre        | Pédiatrie ( <i>en retraite à compter du 01/03/2021</i> )                              |
| ETIENNE       | Jérôme        | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                                        |
| FINET         | Gérard        | Cardiologie                                                                           |
| GUERIN        | Claude        | Réanimation ; médecine d'urgence                                                      |
| GUERIN        | Jean-François | Biologie et médecine du développement et de la<br>reproduction ; gynécologie médicale |
| LACHAUX       | Alain         | Pédiatrie                                                                             |
| MIOSSEC       | Pierre        | Rhumatologie                                                                          |
| MORNEX        | Jean-François | Pneumologie ; addictologie                                                            |
| NEGRIER       | Sylvie        | Cancérologie ; radiothérapie                                                          |
| NIGHOGHOSSIAN | Norbert       | Neurologie                                                                            |
| NINET         | Jean          | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire ( <i>à la retraite au<br/>01.04.2021</i> )   |
| OBADIA        | Jean-François | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                                              |
| OVIZE         | Michel        | Cardiologie ( <i>en disponibilité jusqu'au 31.08.21</i> )                             |
| PONCHON       | Thierry       | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie                                        |
| REVEL         | Didier        | Radiologie et imagerie médicale                                                       |
| RIVOIRE       | Michel        | Cancérologie ; radiothérapie                                                          |
| VANDENESCH    | François      | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                                        |
| ZOULIM        | Fabien        | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie                                        |

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

|           |                  |                                                                                                  |
|-----------|------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|
| BERTRAND  | Yves             | Pédiatrie                                                                                        |
| BOILLOT   | Olivier          | Chirurgie viscérale et digestive                                                                 |
| BRETON    | Pierre           | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie                                                        |
| CHEVALIER | Philippe         | Cardiologie                                                                                      |
| COLIN     | Cyrille          | Epidémiologie, économie de la santé et prévention                                                |
| D'AMATO   | Thierry          | Psychiatrie d'adultes ; addictologie                                                             |
| DELAHAYE  | François         | Cardiologie                                                                                      |
| DENIS     | Philippe         | Ophtalmologie                                                                                    |
| DOUEK     | Charles-Philippe | Radiologie et imagerie médicale                                                                  |
| DUCERF    | Christian        | Chirurgie viscérale et digestive                                                                 |
| DUMONTET  | Charles          | Hématologie ; transfusion                                                                        |
| DURIEU    | Isabelle         | Médecine interne ; gériatrie et biologie du<br>vieillessement ; médecine générale ; addictologie |

|                         |                    |                                                                                                                      |
|-------------------------|--------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| EDERY                   | Charles Patrick    | Génétique                                                                                                            |
| GAUCHERAND<br>GUEYFFIER | Pascal<br>François | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale<br>Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie |
| HONNORAT                | Jérôme             | Neurologie                                                                                                           |
| LERMUSIAUX              | Patrick            | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                                                                             |
| LINA                    | Bruno              | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                                                                       |
| MERTENS                 | Patrick            | Neurochirurgie                                                                                                       |
| MORELON                 | Emmanuel           | Néphrologie                                                                                                          |
| MOULIN                  | Philippe           | Endocrinologie                                                                                                       |
| NEGRIER                 | Claude             | Hématologie ; transfusion                                                                                            |
| RODE                    | Gilles             | Médecine physique et de réadaptation                                                                                 |
| SCHOTT-PETHELAZ         | Anne-Marie         | Epidémiologie, économie de la santé et prévention                                                                    |
| TRUY                    | Eric               | Oto-rhino-laryngologie                                                                                               |
| TERRA                   | Jean-Louis         | Psychiatrie d'adultes ; addictologie                                                                                 |
| TURJMAN                 | Francis            | Radiologie et imagerie médicale                                                                                      |

### Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Première classe

|                   |               |                                                                                               |
|-------------------|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| ADER              | Florence      | Maladies infectieuses ; maladies tropicales                                                   |
| ARGAUD            | Laurent       | Réanimation ; médecine d'urgence                                                              |
| AUBRUN            | Frédéric      | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence                                              |
| BADET             | Lionel        | Urologie                                                                                      |
| BERTHEZENE        | Yves          | Radiologie et imagerie médicale                                                               |
| BESSEREAU         | Jean-Louis    | Biologie cellulaire                                                                           |
| BRAYE             | Fabienne      | Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie                               |
| BUZLUCA DARGAUD   | Yesim         | Hématologie ; transfusion                                                                     |
| CALENDER          | Alain         | Génétique                                                                                     |
| CHAPURLAT         | Roland        | Rhumatologie                                                                                  |
| CHARBOTEL         | Barbara       | Médecine et santé au travail                                                                  |
| COLOMBEL          | Marc          | Urologie                                                                                      |
| COTTIN            | Vincent       | Pneumologie ; addictologie                                                                    |
| COTTON            | François      | Radiologie et imagerie médicale                                                               |
| DAVID             | Jean-Stéphane | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence                                              |
| DEVOUASSOUX       | Moïgan        | Anatomie et cytologie pathologiques                                                           |
| DI FILLIPO        | Sylvie        | Cardiologie                                                                                   |
| DUBERNARD         |               |                                                                                               |
| DUBOURG           | Laurence      | Physiologie                                                                                   |
|                   | Gil           | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale                                                |
| DUMORTIER         | Jérôme        | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie                                                |
| FANTON            | Laurent       | Médecine légale                                                                               |
| FAUVEL            | Jean-Pierre   | Thérapeutique                                                                                 |
| FELLAHI           | Jean-Luc      | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence                                              |
| FERRY             | Tristan       | Maladie infectieuses : maladies tropicales                                                    |
| FOURNERET         | Pierre        | Pédopsychiatrie ; addictologie                                                                |
| FROMENT(TILIKETE) | Caroline      | Neurologie                                                                                    |
| GUENOT            | Marc          | Neurochirurgie                                                                                |
| GUIBAUD           | Laurent       | Radiologie et imagerie médicale                                                               |
| JACQUIN-COURTOIS  | Sophie        | Médecine physique et de réadaptation                                                          |
| JAVOUHEY          | Etienne       | Pédiatrie                                                                                     |
| JUILLARD          | Laurent       | Néphrologie                                                                                   |
| JULLIEN           | Denis         | Dermato-vénéréologie                                                                          |
| KODJIKIAN         | Laurent       | Ophtalmologie                                                                                 |
| KROLAK SALMON     | Pierre        | Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie |
| LEJEUNE           | Hervé         | Biologie et médecine du développement et de la                                                |

|             |             |                                                                         |
|-------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------|
| LESURTEL    | Mickaël     | reproduction ; gynécologie médicale                                     |
| MABRUT      | Jean-Yves   | Chirurgie générale                                                      |
| MERLE       | Philippe    | Chirurgie générale                                                      |
| MICHEL      | Philippe    | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie                          |
| MURE        | Pierre-Yves | Epidémiologie, économie de la santé et prévention                       |
| NICOLINO    | Marc        | Chirurgie infantile                                                     |
| PICOT       | Stéphane    | Pédiatrie                                                               |
| PONCET      | Gilles      | Parasitologie et mycologie                                              |
| POULET      | Emmanuel    | Chirurgie viscérale et digestive                                        |
| RAVEROT     | Gérald      | Psychiatrie d'adultes ; addictologie                                    |
|             |             | Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale |
| RAY-COQUARD | Isabelle    | Cancérologie ; radiothérapie                                            |
| ROBERT      | Maud        | Chirurgie digestive                                                     |
| ROSSETTI    | Yves        | Médecine Physique de la Réadaptation                                    |
| ROUVIERE    | Olivier     | Radiologie et imagerie médicale                                         |
| ROY         | Pascal      | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
|             | Mohamed     | Psychiatrie d'adultes et addictologie                                   |
| SAOUD       | Laurent     | Biologie cellulaire                                                     |
| SCHAEFFER   |             |                                                                         |
|             | Philippe    | Epidémiologie, économie de la santé et prévention                       |
| VANHEMS     | Sandra      | Neurologie                                                              |
| VUKUSIC     | Eric        | Hématologie ; transfusion                                               |
| WATTEL      |             |                                                                         |

## Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

|                    |             |                                                                         |
|--------------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------|
| BACCHETTA          | Justine     | Pédiatrie                                                               |
| BOUSSEL            | Loïc        | Radiologie et imagerie médicale                                         |
| CHENE              | Gautier     | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale                          |
| COLLARDEAU FRACHON | Sophie      | Anatomie et cytologie pathologiques                                     |
| CONFAVREUX         | Cyrille     | Rhumatologie                                                            |
| COUR               | Martin      | Médecine intensive de réanimation                                       |
| CROUZET            | Sébastien   | Urologie                                                                |
| CUCHERAT           | Michel      | Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie      |
| DI ROCCO           | Federico    | Neurochirurgie                                                          |
| DUCLOS             | Antoine     | Epidémiologie, économie de la santé et prévention                       |
| DUCRAY             | François    | Neurologie                                                              |
| EKER               | Omer        | Radiologie ; imagerie médicale                                          |
| GILLET             | Yves        | Pédiatrie                                                               |
| GLEIZAL            | Arnaud      | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie                               |
| GUEBRE-EGZIABHER   | Fitsum      | Néphrologie                                                             |
| HENAIN             | Roland      | Chirurgie thoracique et cardiovasculaire                                |
| HOT                | Arnaud      | Médecine interne                                                        |
| HUISSOUD           | Cyril       | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale                          |
| JANIER             | Marc        | Biophysique et médecine nucléaire                                       |
| JARRAUD            | Sophie      | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                          |
| LESCA              | Gaëtan      | Génétique                                                               |
| LEVRERO            | Massimo     | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie                          |
| LUKASZEWICZ        | Anne-Claire | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence                        |
| MAUCORT BOULCH     | Nathalie    | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| MEWTON             | Nathan      | Cardiologie                                                             |
| MEYRONET           | David       | Anatomie et cytologie pathologiques                                     |
| MILLON             | Antoine     | Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire                              |
| MOKHAM             | Kawan       |                                                                         |

|          |                 |                                                     |
|----------|-----------------|-----------------------------------------------------|
| MONNEUSE | Olivier         | Chirurgie générale                                  |
| NATAF    | Serge           | Cytologie et histologie                             |
| PERETTI  | Noël            | Pédiatrie                                           |
| PIOCHE   | Mathieu         | Gastroentérologie                                   |
| RHEIMS   | Sylvain         | Neurologie                                          |
| RICHARD  | Jean-Christophe | Réanimation ; médecine d'urgence                    |
| RIMMELE  | Thomas          | Anesthésiologie-réanimation ;<br>médecine d'urgence |
| ROMAN    | Sabine          | Gastroentérologie                                   |
| SOUQUET  | Jean-Christophe | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie      |
| THAUNAT  | Olivier         | Néphrologie                                         |
| THIBAUT  | Hélène          | Cardiologie                                         |
| VENET    | Fabienne        | Immunologie                                         |

### **Professeur des Universités Classe exceptionnelle**

|       |         |                                                    |
|-------|---------|----------------------------------------------------|
| PERRU | Olivier | Epistémologie, histoire des sciences et techniques |
|-------|---------|----------------------------------------------------|

### **Professeur des Universités - Médecine Générale Première classe**

|             |         |
|-------------|---------|
| FLORI       | Marie   |
| LETRILLIART | Laurent |

### **Professeur des Universités - Médecine Générale Deuxième classe**

|        |      |
|--------|------|
| ZERBIB | Yves |
|--------|------|

### **Professeurs associés de Médecine Générale**

|       |         |
|-------|---------|
| FARGE | Thierry |
| LAINÉ | Xavier  |

### **Professeurs associés autres disciplines**

|           |        |                                             |
|-----------|--------|---------------------------------------------|
| BERARD    | Annick | Pharmacie fondamentale ; pharmacie clinique |
| CHVETZOFF | Gisèle | Médecine palliative                         |
| LAMBLIN   | Géry   | Gynécologie ; obstétrique                   |

### **Professeurs émérites**

|            |               |                                                  |
|------------|---------------|--------------------------------------------------|
| BEZIAT     | Jean-Luc      | Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie        |
| CHAYVIALLE | Jean-Alain    | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie   |
| CORDIER    | Jean-François | Pneumologie ; addictologie                       |
| DALIGAND   | Liliane       | Médecine légale et droit de la santé             |
| DROZ       | Jean-Pierre   | Cancérologie ; radiothérapie                     |
| FLORET     | Daniel        | Pédiatrie                                        |
| GHARIB     | Claude        | Physiologie                                      |
| LEHOT      | Jean-Jacques  | Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence |
| MAUGUIERE  | François      | Neurologie                                       |
| MELLIER    | Georges       | Gynécologie                                      |
| MICHALLET  | Mauricette    | Hématologie ; transfusion                        |
| MOREAU     | Alain         | Médecine générale                                |
| NEIDHARDT  | Jean-Pierre   | Anatomie                                         |

|                |              |                                                |
|----------------|--------------|------------------------------------------------|
| PUGEAUT        | Michel       | Endocrinologie                                 |
| RUDIGOZ        | René-Charles | Gynécologie                                    |
| SCHEIBER       | Christian    | Biophysique ; Médecine Nucléaire               |
| SINDOU         | Marc         | Neurochirurgie                                 |
| THIVOLET-BEJUI | Françoise    | Anatomie et cytologie pathologiques            |
| TOURAINE       | Jean-Louis   | Néphrologie                                    |
| TREPO          | Christian    | Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie |
| TROUILLAS      | Jacqueline   | Cytologie et histologie                        |

### Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

|                 |                |                                                                                    |
|-----------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------|
| BENCHAIB        | Mehdi          | Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale |
| BRINGUIER       | Pierre-Paul    | Cytologie et histologie                                                            |
| CHALABREYSSE    | Lara           | Anatomie et cytologie pathologiques                                                |
| HERVIEU         | Valérie        | Anatomie et cytologie pathologiques                                                |
| KOLOPP-SARDA    | Marie Nathalie | Immunologie                                                                        |
| LE BARS         | Didier         | Biophysique et médecine nucléaire                                                  |
| MENOTTI         | Jean           | Parasitologie et mycologie                                                         |
| PERSAT          | Florence       | Parasitologie et mycologie                                                         |
| PIATON          | Eric           | Cytologie et histologie                                                            |
| SAPPEY-MARINIER | Dominique      | Biophysique et médecine nucléaire                                                  |
| STREICHENBERGER | Nathalie       | Anatomie et cytologie pathologiques                                                |
| TARDY GUIDOLLET | Véronique      | Biochimie et biologie moléculaire                                                  |

### Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Première classe

|                   |                |                                                                         |
|-------------------|----------------|-------------------------------------------------------------------------|
| BONTEMPS          | Laurence       | Biophysique et médecine nucléaire                                       |
| CASALEGNO         | Jean-Sébastien | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                          |
| CHARRIERE         | Sybil          | Endocrinologie                                                          |
| COZON             | Grégoire       | Immunologie                                                             |
| ESCURET           | Vanessa        | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                          |
| PINA-JOMIR        | Géraldine      | Biophysique et médecine nucléaire                                       |
| PLOTTON           | Ingrid         | Biochimie et biologie moléculaire                                       |
| RABILLOUD         | Muriel         | Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication |
| SCHLUTH-BOLARD    | Caroline       | Génétique                                                               |
| TRISTAN           | Anne           | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière                          |
| VASILJEVIC        | Alexandre      | Anatomie et cytologie pathologiques                                     |
| VLAEMINCK-GUILLEM | Virginie       | Biochimie et biologie moléculaire                                       |

### Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers Seconde classe

|                 |          |                                                |
|-----------------|----------|------------------------------------------------|
| BOUCHIAT SARABI | Coralie  | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière |
| BOUTY           | Aurore   | Chirurgie infantile                            |
| BUTIN           | Marine   | Pédiatrie                                      |
| CORTET          | Marion   | Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale |
| COUTANT         | Frédéric | Immunologie                                    |



|                |            |                                                  |
|----------------|------------|--------------------------------------------------|
| CURIE          | Aurore     | Pédiatrie                                        |
| DURUISSEAU     | Michaël    | Pneumologie                                      |
| HAESEBAERT     | Julie      | Médecin de santé publique                        |
| HAESEBAERT     | Frédéric   | Psychiatrie d'adultes ; addictologie             |
| JACQUESSON     | Timothée   | Neurochirurgie                                   |
| JOSSET         | Laurence   | Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière   |
| LACQIN REYNAUD | Quitterie  | Médecine interne ; gériatrie ; addictologie      |
| LEMOINE        | Sandrine   | Néphrologie                                      |
| LILLOT         | Marc       | Anesthésiologie, Réanimation, Médecine d'urgence |
| NGUYEN CHU     | Huu Kim An | Pédiatrie                                        |
| ROUCHER BOULEZ | Florence   | Biochimie et biologie moléculaire                |
| SIMONET        | Thomas     | Biologie cellulaire                              |
| VILLANI        | Axel       | Dermatologie, vénéréologie                       |

## Maître de Conférences Classe normale

|           |            |                                                    |
|-----------|------------|----------------------------------------------------|
| DALIBERT  | Lucie      | Epistémologie, histoire des sciences et techniques |
| GOFFETTE  | Jérôme     | Epistémologie, histoire des sciences et techniques |
| LASSERRE  | Evelyne    | Ethnologie préhistoire anthropologie               |
| LECHOPIER | Nicolas    | Epistémologie, histoire des sciences et techniques |
| NAZARE    | Julie-Anne | Physiologie                                        |
| PANTHU    | Baptiste   | Biologie Cellulaire                                |
| VIALLO    | Vivian     | Mathématiques appliquées                           |
| VIGNERON  | Arnaud     | Biochimie, biologie                                |
| VINDRIEUX | David      | Physiologie                                        |

## Maitre de Conférence de Médecine Générale

|            |      |
|------------|------|
| CHANELIERE | Marc |
|------------|------|

## Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

|                |            |
|----------------|------------|
| DE FREMINVILLE | Humbert    |
| PERROTIN       | Sofia      |
| PIGACHE        | Christophe |
| ZORZI          | Frédéric   |

## LE SERMENT D'HIPPOCRATE

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

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

## COMPOSITION DU JURY :

---

### **Président du jury :**

Monsieur le Professeur Emmanuel Poulet

### **Membre du jury :**

Monsieur le Professeur Thierry d'Amato

Monsieur le Professeur Pierre Fourneret

Monsieur le Docteur Nicolas Chauliac

## REMERCIEMENTS

### **Au Président du Jury :**

Monsieur le Professeur Emmanuel Poulet : je vous remercie de l'honneur que vous me faites en présidant ce jury, et pour votre investissement et le soutien que vous apportez à mes projets universitaires. Veuillez croire en l'expression de ma profonde reconnaissance

### **Aux membres du jury :**

Monsieur le Professeur Thierry d'Amato : Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à mon travail, de votre bienveillance avec les internes lorsque vous étiez coordinateur du D.E.S. Veuillez croire en l'expression de mon estime et de mon respect.

Monsieur le Professeur Pierre Fourneret : Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail en siégeant dans ce jury, votre expertise des méthodes qualitatives sera très appréciée. Veuillez croire en l'expression de ma respectueuse considération.

Monsieur le Dr Nicolas Chauliac : je te remercie d'avoir accepté que je participe à l'étude que tu as montée. Tu m'as appris, avec patience, l'intérêt des méthodes qualitatives et leurs applications. Nos discussions, parce qu'elles rappelaient l'importance de mettre nos savoirs en perspectives et de s'autoquestionner, ont été un éclairage scientifique mais également clinique.

### **A mes collègues :**

A ceux qui m'ont appris durant mes études

Dr Despinoy et l'équipe mobile de périnatalité : pour l'importance de l'aller-vers dans les dispositifs de soins

L'équipe de l'EMPP de l'Ain pour la découverte des déterminants sociaux de la psychiatrie.

A l'équipe du G33 pour m'avoir fait me rendre compte à quel point il est indispensable de pouvoir compter sur ses collègues, que le travail peut se conjuguer avec le rire.

Au Dr Stefan et à l'équipe du CMP quadrille : pour m'avoir appris à considérer les patients dans leur globalité.

A l'équipe du service de psychiatrie de l'HIA Desgenettes, pour vos enseignements précieux

sur le psychotraumatisme.

Au Pr Saoud et à l'équipe de psychiatrie de liaison : pour votre confiance et vos conseils qui m'ont permis de m'autonomiser.

Au Dr Lumbroso et l'équipe de l'UPPP et du CMP Maryse Bastié : pour l'importance des relations interpersonnelles dans les soins.

A l'équipe du SMPR, autant soignante que pénitentiaire, merci pour votre professionnalisme, votre humour à toute épreuve, vos compétences relationnelles. Merci de m'avoir accepté pour un temps dans votre bringuebalante famille.

A Julien, Sarah et aux autres des « socio-pots » : pour nos débats, pour le partage de connaissance, et pour le soutien que l'on s'apporte mutuellement. Savoir que nous allons tous travailler ensemble est une bouffée d'air frais.

A Edouard et Halima pour vos enseignements, votre soutien et vos encouragements qui m'ont été précieux et qui ont participé à m'engager dans la voie de la psychiatrie « sociale ».

#### **A ma famille :**

Maman : à ta sensibilité, ta joie de vivre et ton amour, à tes « j'aime pas les gens », à tes conseils et ton impartialité, à ta ténacité et ton énergie qui m'inspirent. Ces quelques mots ne sauraient rendre compte de ce que tu m'apportes. En un mot comme en cent, merci.

Papa : au « plaisir dans l'effort », à la marche, à ton sens des valeurs, à la mesure des actes et des paroles, à ton humour, mais surtout à ton soutien indéfectible qui m'a permis d'arriver où j'en suis.

Mamie : à ta sensibilité, ta douceur et ton regard qui me font encore grandir chaque jour

Laurent et Pascale : à l'apprentissage du raisonnement et des prises d'aïkido, à la douceur.

Clélia, Guillaume, Tibur et Cassie : à la cabane de Bavelincourt, aux « bééhééhééhéé » et aux soirées lilloises.

La bande de Saint-Maurice : à votre éducation musicale, aux plaisirs de la vie et des bonnes choses

Fayçal : au quatrième étage et à la plage.

Simo et les cousins : à « Awajay » à la débrouille, à vos sourires et à Oued Ykem.

Mouy : à nos silences, à tout ce qui se devine et se dessine, à ce que les mots ne peuvent exprimer.

Gael : à ta hargne et ta tendresse, à Gael comme à Ibrahim. Au goût de la folie et des illuminés que tu m'as transmis. Mais bon, surtout, merci à Marie et Maticha de te supporter, merci à vous pour les nouveaux horizons qui s'esquissent, à Camaret ou ailleurs.

### **A mes amis**

Valou : à l'importance de suivre son instinct.

Clément M., Clément B., Béranger et l'école Beauvais : aux années qui passent et à notre amitié qui reste intacte.

Philippe, Eloi, PM, Colin, Flo, Ugo et les Donna Lee's boys (and girls) ; à notre école de la vie, à la beauté qui se cache au fond des verres, à l'amour, aux briques et à la violence.

Rodé : à la palinka, aux aigles et à ton accueil intercontinental.

Gaétan, James, et Paul : à Tivoli, au Goodness et à Franky Vincent.

La B.A.Q (sauf à toi Louis, oui, toi) : à la camaraderie et à nos chants qui resonnent

George : à ta force tranquille pas si tranquille, à ton canapé et à ce (!) de chat ! à Marie et nos débats et aux connaissances que vous m'apportez.

Vincent : à tes capacités de discernement artistique.

Guilhem : à la folie du doute.

Sofia : aux relativismes, questionnements et autres plaisirs dialectiques.

Matthieu : à la houle et à tes découvertes musicales.

Louis : all hail Louis Simon, à notre état-major, à ta sensibilité qui nous lie, à ta pugnacité qui me motive et à tes biais cognitifs qui me font rire. Aie mon assurance que si un jour la société s'effondre, tu seras le premier à qui je rendrais visite.

Mikhail :

Maxime : à ce que tu caches dans le coffre de la Xantia

Martin : à euuuh euhhh ahhhh

Mais aussi à Juicy, Paul, Paul, Sébastien, Hugo, Julien D, Louis R., Julie, Nikita, Denis, Magali, Patricia, Diana, Dan, Jean-Luc, Louise, Flo, Hugo, Léonidas, Adriane, Marine Z, Mathieu et à tous ceux que j'ai oubliés.

A la Cathédrale : intemporelle, belle et phare de nombreuses nuits

**And last but not least** : to my one and only baby, thank you for you and for all the past, present and future dances and adventures. To be continued...

# **Analyse cartographique et socio-économique du non-accès aux soins de santé mentale – volet qualitatif**



## TABLE DES MATIERES

|                                                                                                                                                               |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| I. PARTIE 1 : Revue de littérature sur les besoins non couverts en santé mentale.....                                                                         | 2  |
| 1. Les besoins non couverts en santé mentale : définition et épidémiologie.....                                                                               | 2  |
| a) Accessibilité aux services de santé .....                                                                                                                  | 2  |
| b) Les besoins non couverts en santé .....                                                                                                                    | 4  |
| 2. Causes, déterminants / comportement d'accès aux soins .....                                                                                                | 5  |
| a) Les barrières « comportementales » .....                                                                                                                   | 6  |
| b) Les barrières financières,.....                                                                                                                            | 10 |
| c) Les barrières « structurelles » :.....                                                                                                                     | 11 |
| 3. Mesures pour réduire les besoins non couverts :.....                                                                                                       | 11 |
| a) Les soins communautaires .....                                                                                                                             | 12 |
| b) Un exemple de soins de santé communautaires : le programme PACT (Program of assertive community treatment) , et les GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle) ..... | 13 |
| c) Conclusion : .....                                                                                                                                         | 15 |
| II. PARTIE 2 : ÉTUDE ACSESS .....                                                                                                                             | 17 |
| 1. Introduction.....                                                                                                                                          | 17 |
| 2. Méthode :.....                                                                                                                                             | 18 |
| a) Population, localisation : .....                                                                                                                           | 18 |
| b) Collecte de données : .....                                                                                                                                | 19 |
| c) Analyse : .....                                                                                                                                            | 20 |
| d) Critères de qualité : .....                                                                                                                                | 21 |
| e) Considérations éthiques : .....                                                                                                                            | 21 |
| 3. Résultats :.....                                                                                                                                           | 22 |
| a) Caractéristiques des participants.....                                                                                                                     | 22 |
| b) Barrières psychiques / comportementales : .....                                                                                                            | 25 |
| c) Barrières financières, facteurs socio-économiques : .....                                                                                                  | 32 |
| d) Barrières structurelles : .....                                                                                                                            | 34 |
| e) Barrières physiques : .....                                                                                                                                | 39 |
| 4. Discussion : .....                                                                                                                                         | 40 |
| a) Principaux résultats : .....                                                                                                                               | 40 |
| b) Impact clinique : .....                                                                                                                                    | 44 |
| c) Limitations : .....                                                                                                                                        | 44 |
| III. Conclusion : .....                                                                                                                                       | 45 |
| IV. Bibliographie.....                                                                                                                                        | 46 |
| V. Conclusions en français signées : .....                                                                                                                    | 52 |
| Annexe .....                                                                                                                                                  | 54 |

## I. PARTIE 1 : Revue de littérature sur les besoins non couverts en santé mentale

### 1. Les besoins non couverts en santé mentale : définition et épidémiologie

La gestion des troubles mentaux est un enjeu de santé publique planétaire, en effet, la prévalence de personne qui en serait d'environ 25 % selon l'OMS. (1). Dans tous les pays du monde, il existe un défaut d'accès aux soins de santé mentale. Ce défaut est majeur dans les pays en voie de développement, où environ un quart des pays ne disposent pas des médicaments les plus courant pour traiter les pathologies psychiatriques et où l'on ne compte qu'un psychiatre pour 100 000 habitants et un lit pour 100 000 habitants. (OMS, 2016). En Europe, 3 % de la population n'aurait pas accès aux soins de manière effective. (2)

#### a) Accessibilité aux services de santé

L'accessibilité aux services de santé comprend 3 dimensions (3), (4), (5) :

- Accessibilité physique : les facteurs qui permettent aux usagers d'accéder « physiquement » aux soins : l'existence de services de proximité, l'accessibilité aux personnes à mobilité réduite, les horaires d'ouvertures ou l'existence de service d'urgences etc.
- Accessibilité financière : elle comprend les facteurs qui déterminent les coûts de soins pour les usagers, l'existence de sécurité sociale, de conditions garantissant un accès aux soins universels (par exemple la couverture maladie universelle en France)
- Acceptabilité : les facteurs psychologiques, sociaux et culturels qui déterminent la volonté qu'un usager a de se soigner. (Stigmatisation, perception des besoins etc)

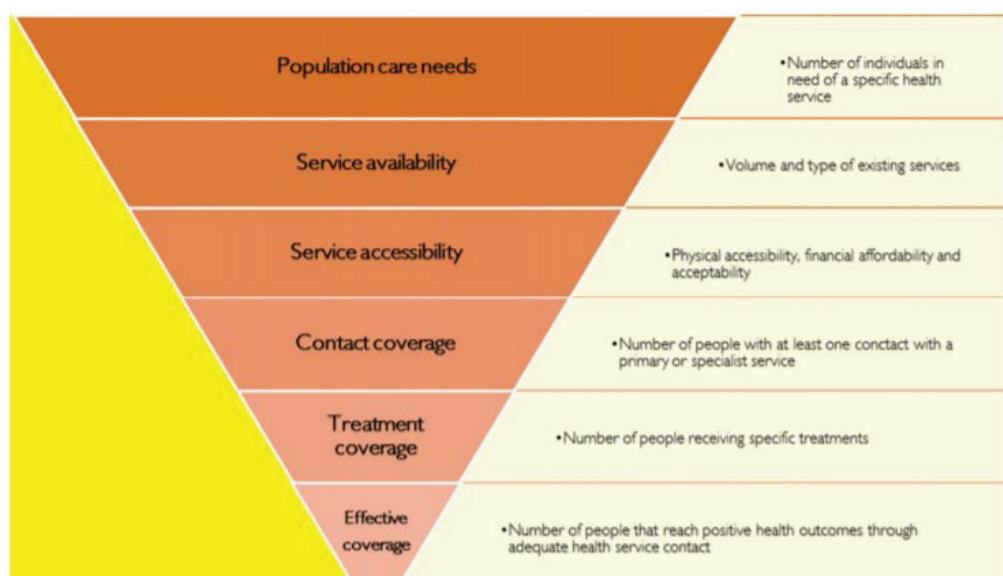


Figure 1 : accessibilité des services et couverture des besoins, d'après Barbato et al (5)

D'autres facteurs sont à prendre en compte pour appréhender les besoins des patients dans leur ensemble. Il faut ainsi considérer la proportion de patients recevant un traitement spécifique et l'efficacité des traitements. (figure 1) (5) et donc la proportion de patients qui tireront des bénéfices de la prise en charge.

L'accès aux soins se fait donc à différents niveaux. L'OMS en 2003 a développé le concept de pyramide des soins en santé mentale (figure 2). L'offre de soins ne se résume pas aux structures spécialisées, une large partie de l'offre est basée sur des soins communautaires et informels. Plus on « descend » la pyramide, plus les besoins sont fréquents, plus on monte, plus les coûts sont importants. La quantité de service nécessaire est plus importante à la base qu'au sommet.

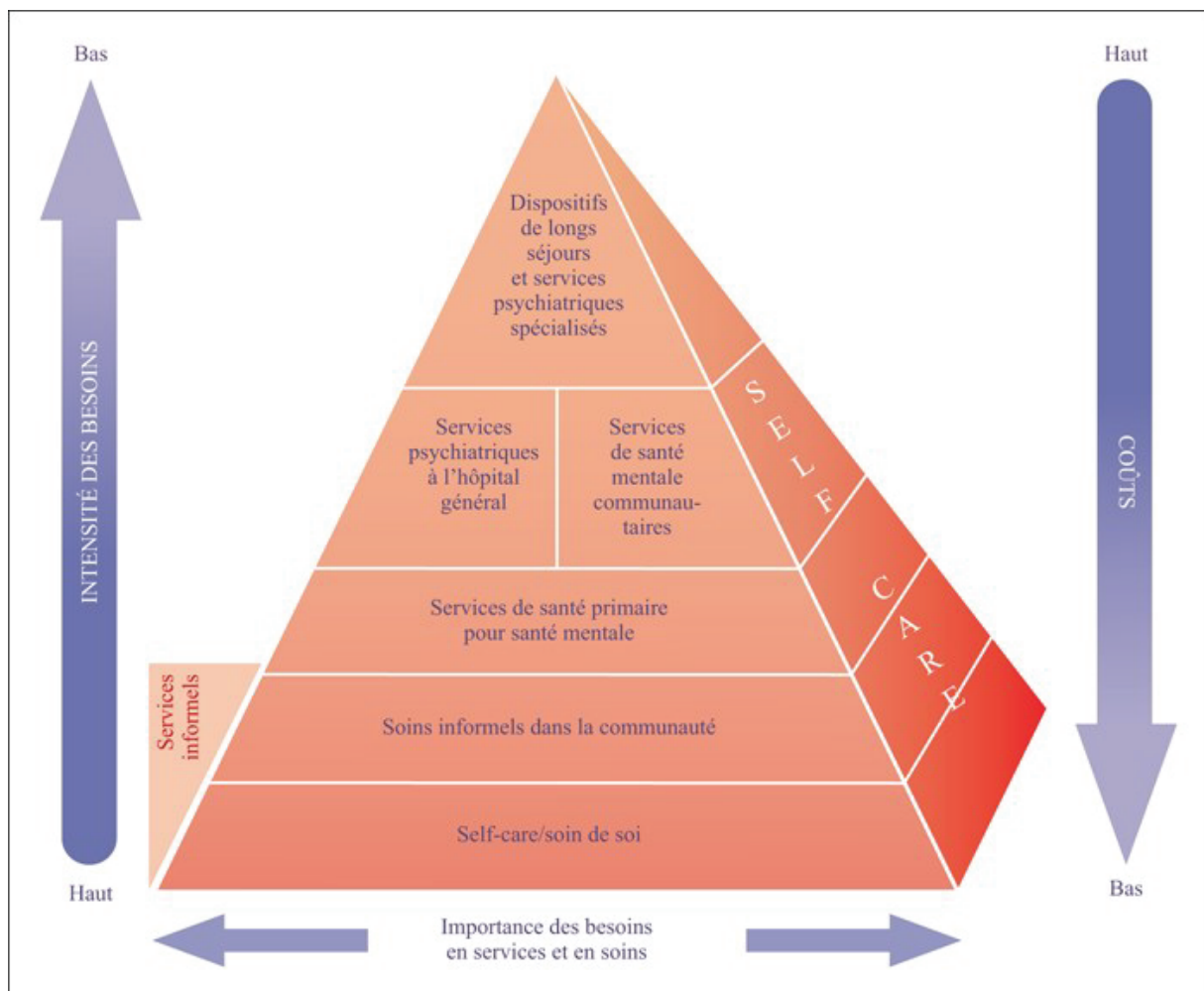


Figure 2 : pyramide des besoins, d'après Funk et al (6)

## **b) Les besoins non couverts en santé**

Si l'accès aux soins est multifactoriel, son défaut l'est également. Les besoins non couverts en santé, (ou « unmet needs » / « treatment gap » en anglais) sont définis par San Martin (7) (2002) comme : « la différence entre les services de santé jugés nécessaires pour traiter un problème de santé particulier et les services effectivement reçus. ». Kohn et al (8) les définissent comme le pourcentage d'individus nécessitant des soins mais n'y ayant pas accès. Ils sont présents dans toutes les spécialités médicales. Ils peuvent concerner le traitement, l'identification des pathologies, l'accès aux services de santé.

En psychiatrie, une population importante de personnes souffrant de troubles mentaux n'a pas accès à des soins spécialisés. En Europe, 48 % ne bénéficieraient pas des soins nécessaires, ce qui correspondrait à 3 % de la population (2). Les besoins non couverts pour les troubles mentaux sévères varient de 40.5 % en Amérique du Nord, à 69.9 % en Amérique Centrale et de 66.8 % en Amérique du Sud. Pour les troubles modérés à sévères, l'écart se creuse avec 53.2 % en Amérique du Nord, 74.7 % en Amérique Centrale et 78.7 % en Amérique du Sud. (9). Aux Etats-Unis : d'après un rapport du National Health Service (NHS) publié en 2016 seulement 43% des adultes américains avec n'importe quel trouble mental et 65 % avec trouble mental sévère ont reçu des soins psychiatriques. (10) Au Canada : 43 % des personnes avec troubles mentaux ont des besoins partiellement ou pas satisfaits on retrouve se défaut d'accès dans toutes les pathologies (11), cela concerne en effet 66 % des personnes avec un trouble d'usage de substances et 74 % des patients avec un trouble anxieux ou dépressif. (11)

Un rapport de l'OMS sur les besoins non couverts datant de 2004 (8), souligne que l'ensemble des pathologies mentales sont concernées qu'il s'agisse de troubles psychotiques (18% des schizophrénies), de troubles de l'humeur (46% des dépressions, 40% des troubles bipolaires), de troubles anxieux (62% des troubles anxieux généralisés) ou des addictions (92% des cas de dépendance à l'alcool).

Dans les pays émergents, Pour la schizophrénie : 69 % des personnes avec schizophrénie présenteraient des besoins non couverts, allant jusqu'à 89 % dans les pays aux revenus les plus faibles, la plupart des patients étaient traités dans des services de consultations externes. (12). De plus la proportion des patients accédant à un traitement dans ces pays est plus faible (13), renforçant les besoins non couverts.

Il est à noter que les besoins non couverts varient selon la sévérité du trouble, ainsi plus il est

sévère, plus les besoins seront satisfaits. Cependant 35.5% à 50.3% of des patients présentant un trouble sévère dans un pays développés et 76.3% à 85.4% de ceux vivant avec un trouble sévère dans un pays en voie de développement présentaient des besoins non couverts (14). Enfin, comparativement aux pathologies psychiatriques, l'accès aux soins est meilleur au niveau somatique, par exemple il ne concerne que 6% des patients avec diabète, 10% de ceux avec hypertension artérielle et 22 % de ceux présentant une pathologie cardiaque. (15)

L'accès aux soins, et ainsi les besoins non couverts en santé mentale, varient selon le niveau de revenus, comme nous l'avons vu, ils sont par exemple plus importants dans les pays en voie de développement. Les caractéristiques ethniques, le territoire sont donc à considérer comme des inégalités sociales de santé (ISS). Elles sont définies par l'OMS comme « d'évitables injustices en matière de santé relevées au sein d'un même pays ou entre différents pays» (16). Il existe par ailleurs des différences ethniques de l'état de santé mentale et de l'utilisation des services. D'après une étude en Ontario, Canada (17), l'utilisation des services de santé mentale était plus importante chez les répondants caucasiens que chez les autres ethnies, les auteurs font l'hypothèse de facteurs culturels (comme la honte, la stigmatisation) et systémiques (comme le « racisme institutionnel » et l'absence de prise en charge culturelle dans le système de soins) pouvant expliquer ces différences. Ce lien a également été retrouvé aux Etats Unis, dans la population sino-américaine dans le cadre de l'étude « Mental Health Service Use and Perceived Unmet Needs for Mental Health Care in Asian Americans” (18).

Ces défauts d'accès aux soins représentent un enjeu majeur de santé publique, du fait de leurs répercussions négatives sur les trajectoires individuelles (suicide, désinsertion socio-professionnelle, apparition de comorbidités psychiatriques ou non-psychiatriques) et de leur impact socio-économique (arrêts de travail, chômage, coûts de santé liés aux complications et aux soins tardifs). En effet, le fardeau financier des troubles neurologiques et psychiatriques serait de 800 milliards d'euros, d'après Gustavsson et al (19), conséquence directe des coûts de santé et indirecte des coûts en lien avec un défaut de productivité.

## **2. Causes, déterminants / comportement d'accès aux soins**

Plusieurs déterminants ont été mis en évidence dans la littérature ((20), (21), (5)

Dans le rapport de la National Institute of Health de 2016 (tableau 1)(10) sur la santé de la population américaine, sur les 11.8 millions d'américains qui déclaraient avoir un besoin non

couvert en santé mentale, 28 % pensaient pouvoir gérer leur problème sans traitement. 12 % ne souhaitaient pas avoir à prendre un traitement, et 10 % pensaient qu'un traitement ne les aideraient pas. Il est à noter que 11 % n'ont pas accédé aux soins, par peur de ce que leur communauté pourrait penser.

| Raison donnée pour justifier le besoin non couvert | Réponse de l'étude                                                                                                                                |
|----------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Coût                                               | Traitement trop coûteux<br>Assurance ne couvrant pas ou peu les soins en santé mentale                                                            |
| Stigmatisation                                     | Les voisins pourraient avoir une mauvaise opinion<br>Pourrait avoir un effet négatif au travail<br>Peur que « ça se sache »<br>Peur d'être sédaté |
| Minimisation                                       | Ne pensait pas avoir besoin de traitement<br>Pensait pouvoir gérer le problème seul                                                               |
| Traitement perçu comme inefficace                  | Ne pensait pas que le traitement fonctionnerait                                                                                                   |
| Barrières structurelles                            | Pas assez de temps<br>Ne savait pas où aller                                                                                                      |

Tableau 1 : Raisons données pour justifier les besoins non couverts dans l'enquête du NIH

#### a) Les barrières « comportementales »

Elles comprennent par exemple l'absence de perception des besoins, la minimisation des troubles présentés. Selon Andrade et al., (20) au niveau mondial, l'absence de perception des besoins, était le principal facteur limitant l'accès aux soins. Parmi les personnes reconnaissant un besoin, le sentiment de pouvoir gérer leur problème seul était la principale raison donnée pour ne pas accéder aux soins (63.8 %). Ainsi près du quart des 22,6 % des répondants d'une étude sur les besoins non couverts au Québec ont déclaré qu'ils préféraient se débrouiller seuls, étant mal à l'aise pour parler de leur problème (17.2 %), choisissant d'en parler à leur cercle social, ou ne se sentait pas prêt à demander de l'aide. Ce lien est présent dans les pays en voie de développement.(22)

Il existe également une appréhension concernant les traitements, réputés inefficaces et avec de nombreux effets indésirables. La peur de la stigmatisation est donc également un facteur important. Étymologiquement, la stigmatisation consiste en l'action de « marquer de manière définitive le corps de quelqu'un afin de lui donner une cicatrice distinctive ». Le terme « stigma » provient en effet du grec ancien, il désigne une marque faite aux membres les plus « immoraux » de la société, afin de les éloigner. La stigmatisation, d'après Goffman(23), correspond à la « réaction d'un groupe ou d'une société envers des personnes ou des groupes minoritaires, différents ou défavorisés consistant à attribuer une étiquette qui les catégorise comme déviants. Les personnes à la source de la stigmatisation éprouvent des sentiments de gêne et de ressentiment, et manifestent des comportements d'abandon, d'exclusion, de rejet. ». Selon Giordana (24)(2010), la stigmatisation dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale « repose, à la fois, sur la méconnaissance, l'ignorance des principaux aspects des maladies psychiques et sur une forme de construction sociale au sujet des troubles psychiques qui prend appui sur l'identification, chez une personne, d'une marque distinctive à laquelle est attribué un caractère socialement honteux, en même temps qu'elle confère à la personne une identité sociale ». Les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent être alors étiquetées dangereuses et imprévisibles, faibles et paresseuses, irresponsables et sans volonté de s'en sortir, les pathologies mentales sont quant à elles incurables, débilantes ((25) 2008).

Le processus de stigmatisation se fait en plusieurs étapes ((25)) :

- La première étape, correspond à un étiquetage : la reconnaissance de signes qui indiquent que la personne souffre de pathologie mentale.
- Ce qui va activer des stéréotypes, des idées partagées par la majorité d'un groupe social donné. En conséquence, des préjugés apparaissent, ils résultent d'une réponse cognitive et affective au stéréotype, tels que la peur, la pitié le dégoût ou la colère.
- Cela peut, in fine, causer de la discrimination, qui correspond à une réponse comportementale aux émotions et croyances générées par les préjugés. Par exemple un réflexe de peur entraînera une distanciation sociale. (Overton, 2008).

Selon Bos et al ((26)), 4 types de stigmatisations sont aujourd'hui reconnues (figure n), elles sont interdépendantes :

- Stigmatisation sociale ; définie comme la perception qu'ont les membres d'une société

d'une personne avec un trouble mental.

- Auto-stigmatisation ou stigmatisation intériorisée: lorsque la personne atteinte de trouble mental endosse les stéréotypes à propos de la maladie mentale, qui lui semble alors justifiés.
- Stigmatisation par association : la stigmatisation affecte également les proches de la personne stigmatisée, ceux qui lui sont « associés ».(27)
- Stigmatisation institutionnelle ((28)) : Se réfère aux inégalités, aux injustices sociales ainsi qu'aux normes culturelles et institutionnelles qui restreignent les moyens et les opportunités de certaines populations.

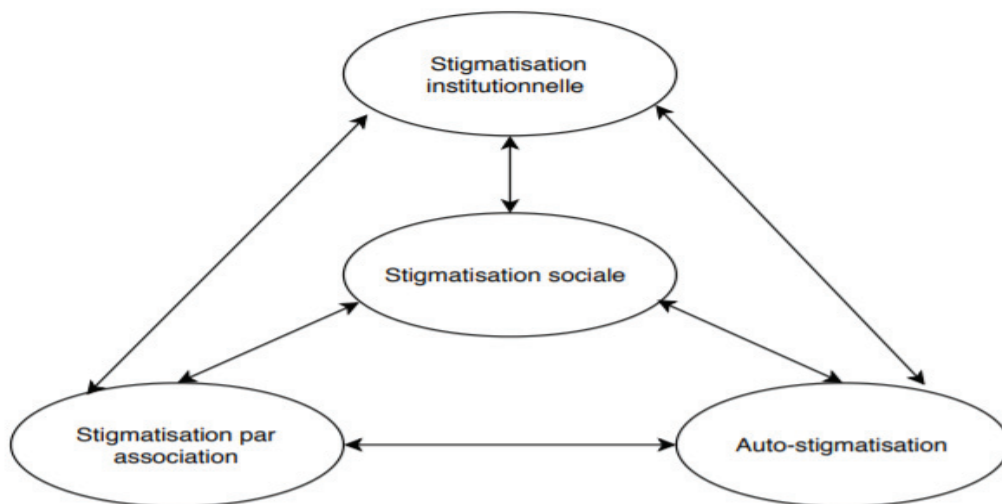


Figure 3 : Les 4 types de stigmatisation (traduit de Bos et al, (26))

En 2006, la conférence ministérielle européenne de l'OMS a reconnu la stigmatisation comme un « problème majeur » et a fait de la lutte contre elle une priorité. Selon Andrade et al(20), elle constitue un facteur limitant l'accès aux soins que ce soit dans les pays développés ou ceux en voie de développement, où elle particulièrement marquée envers les personnes avec un trouble mental sévère.



La stigmatisation a de nombreuses conséquences. Elle diminue la qualité de vie des patients ((24)), elle a un impact négatif sur l'évolution et la sévérité des troubles psychiatriques (dépression, schizophrénie.) (29). Elle représente une barrière à l'accès aux soins et à l'insertion sociale en général ((24)). En effet, en altérant les rapports sociaux, elle est susceptible de causer un isolement, une désocialisation. Les patients avec troubles mentaux sont également moins susceptibles d'accéder à un emploi ou à un logement.

Le niveau de connaissance en santé mentale en population générale va donc grandement influencer sur les représentations sociales, et donc sur la stigmatisation des personnes souffrant de troubles mentaux. Le manque de connaissance favoriserait les préjugés, qui eux-mêmes influenceraient les comportements conduisant in fine à une discrimination. (24)

Le niveau de littératie a également un impact sur les barrières comportementales d'accès aux soins. La littératie « représente les connaissances, la motivation et les compétences permettant d'accéder, comprendre, évaluer et appliquer de l'information dans le domaine de la santé ; pour ensuite se forger un jugement et prendre une décision en termes de soins de santé, de prévention et de promotion de la santé, dans le but de maintenir et promouvoir sa qualité de vie tout au long de son existence" (30)(Sørensen ; 2012). La littératie appartient au domaine de la santé publique, du développement et de l'éducation à la santé. La littératie en santé mentale est définie par Kutcher en 2016 (31) comme « la capacité à comprendre comment obtenir et maintenir une bonne santé mentale, comprendre les troubles mentaux et leurs traitements, diminuer la stigmatisation des troubles mentaux et valoriser les comportements de demande d'aide , i.e. savoir où trouver de l'aide et quand la trouver, en développant des compétences destinées à améliorer la santé mentale et « l'auto management ».

Le niveau de littératie dans une population est corrélé à son état de santé. Ainsi plus une personne à un niveau de littératie en santé bas, plus elle a de chance d'être en mauvais état de santé. En effet, ayant moins de connaissances en matière de santé, elle participerait moins aux activités de prévention, présenterait plus de comportements à risque, multipliant donc les facteurs de risque. De plus, du fait d'une communication moins efficace avec les professionnels de santé et d'une compréhension des consignes et des prescriptions moindres, elle serait plus à risque d'effets indésirables. Enfin, étant moins autonome, lorsqu'elle est atteinte d'une maladie chronique, elle serait plus à risque d'hospitalisations et de rechute, ce

qui augmente le coût de soins et complique la gestion de la maladie. Le défaut de littératie influence donc négativement l'accès aux soins (31) (32) (33).

Selon Andrade et al. (20) (2014) les patients avec des troubles modérés à sévères ont plus de facilité à accéder aux soins, car ils en reconnaissent plus aisément le besoin. Les barrières comportementales seraient donc plus importantes chez les personnes présentant des troubles légers à modérés, et les barrières financières et structurelles seraient les plus importantes chez les personnes avec troubles sévères.

#### **b) Les barrières financières,**

Leurs poids varient selon l'origine géographique et donc selon les études. Elles sont marquées en Amérique du Nord. Ainsi, dans l'enquête du NIS (10), le coût anticipé des soins est le principal facteur limitant l'accès aux soins. En effet, 38 % des américains déclarent ne pas accéder aux soins car ils n'en ont pas les moyens financiers, 13 % n'ont pas d'assurances couvrant leurs dépenses de santé. Il est également important de prendre en compte le pourcentage de personnes ne pouvant pas accéder aux soins faute de temps, plaçant la nécessité d'être productif en premier lieu.

L'impact de ces barrières est d'autant plus important pour les personnes ayant un bas niveau socio-économique et pour ceux vivant dans les pays en développement. (13) Les personnes avec un niveau socio-économique élevé ont plus de facilité à accéder aux soins et aux traitements. Le niveau d'éducation étant un facteur déterminant, selon Evans-Lacko et al les personnes avec le plus haut niveau sont celles qui ont le plus de chance d'accéder aux traitements en santé mentale. ((13) Or le niveau d'éducation est fréquemment utilisé comme « proxy » des inégalités sociales de santé dans la littérature (34)

Leur impact est probablement moins important en France, du fait de l'existence d'un système d'assurance maladie. Leur impact reste difficile à estimer (5). Sans prise en charge par l'assurance maladie, certaines familles en situation de défavorisation n'ont pas suffisamment de ressources pour pouvoir bénéficier de suivi par des spécialistes de santé mentale (psychiatre, psychologue, psychothérapeute).

Il existe également une appréhension concernant les traitements, réputés inefficaces et avec de nombreux effets indésirables.

### **c) Les barrières « structurelles » :**

Elles comprennent l'organisation générale du système de soins, l'accessibilité géographique, les délais et les disponibilités des spécialistes en santé mentale.

La complexité des démarches pour accéder aux soins et du système de santé aggravent également les besoins non couverts. Aux Etats-Unis, 21 % des américains avec besoins non couverts en santé mentale ne savaient pas où trouver de l'aide.(10) Le temps d'attente important représente également un frein à l'accès aux soins. La nécessité d'être productif et donc le manque de temps est une raison citée en Amérique du Nord ((21) (22)).

On note également de fortes disparités territoriales, avec une répartition inégale des spécialistes, créant des inégalités territoriales de santé. Aux États Unis, les cabinets de psychiatre et de psychothérapeute sont plus fréquemment retrouvés dans les quartiers les plus favorisés (35). En revanche les établissements de santé mentale étaient plus fréquemment installés dans les quartiers avec bas niveau socio-économique. On trouve par exemple plus de praticiens en ville par rapport à la campagne (35) (36). Or l'accessibilité géographique est un facteur déterminant de l'accès aux soins, en effet plus les structures sont éloignées, moins les besoins sont couverts (37)

Comme décrit auparavant, les soins spécialisés de santé mentale sont fréquemment réservés aux patients avec les pathologies les plus sévères, notamment lors du passage aux urgences, où les hospitalisations sont réservées aux cas les plus graves. (39)

Plusieurs barrières sont à surmonter avant de pouvoir accéder aux soins, il existe donc plusieurs solutions pour atténuer leurs effets

### **3. Mesures pour réduire les besoins non couverts :**

Nous nous concentrerons sur un modèle dont l'efficacité dans la réduction des besoins non couverts a été décrit dans la littérature : le modèle de santé communautaire.

Il s'agit d'un mode alternatif de soins développé à la suite de la désinstitutionalisation, initiée au sortir de la seconde guerre mondiale, en lien avec le fait que, en France, des dizaines de milliers de personnes sont mortes de faim dans les asiles, dont 2000 au Centre Hospitalier Le Vinatier.(40).

### a) Les soins communautaires

Le modèle de soins communautaires s'est développé aux Etats-Unis dans les années 1980, il promeut une inclusion sociale des personnes avec troubles mentaux, volontiers organisée de manière associative (exemple des « survivants de la psychiatrie » ou *psychiatric survivors* aux Etats-Unis).

Dans une approche communautaire, les soins sont distribués à une population dans son milieu, de manière accessible et acceptable, ils sont bâtis sur les objectifs et les forces des personnes avec troubles mentaux. Ils s'intègrent dans la communauté au sens large, dans un réseau incluant les ressources du patient : par exemple les familles, les associations, les réseaux sociaux. Les soins sont basés sur des données probantes, afin de fournir des services s'appuyant sur des connaissances validées et orientés vers le rétablissement et l'empowerment. ((39)).

Thornicroft et al ((39)) donnent plusieurs critères définissant les soins de santé mentale communautaires, qui sont détaillés dans le tableau 2.

| Soins de santé mentale communautaires                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Approche populationnelle</li><li>• Dans le contexte socio-économique du patient</li><li>• Prévention individuelle et collective</li><li>• Inclus dans un réseau de soins</li><li>• Accès libre aux services</li><li>• Equipe pluridisciplinaire</li><li>• Perspectives à long terme</li></ul> |

Tableau 2, Critères définissant les soins de santé mentale

Selon Thornicroft, ces services doivent inclure une notion de justice sociale, il est nécessaire qu'ils portent une attention particulière aux populations les plus vulnérables, notamment celles à risque d'exclusion comme les minorités ethniques, les sans domiciles fixes, les migrants, dans une optique d'universalisme proportionné. Cette notion, développée par Marmot(41), stipule que «Pour réduire la pente du gradient social de santé, les actions doivent être universelles, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelle au niveau de

défaveur sociale. C'est ce que nous appelons universalisme proportionné. Une plus grande intensité d'action sera probablement nécessaire pour ceux qui ont un plus grand désavantage social et économique, mais se concentrer uniquement sur les plus défavorisés ne réduira pas le gradient de santé et ne s'attaquera qu'à une petite partie du problème ».

Le développement de soins de santé communautaires est recommandé par l'OMS (42), notamment dans les pays en voie de développement, ainsi que par l'Union Européenne qui éditent des recommandations de bonnes pratiques.(43)

Les soins de santé communautaires seraient efficaces pour améliorer l'accès aux soins, renforceraient l'adhérence au traitement, ils participeraient à améliorer la qualité de vie et le pronostic des personnes souffrant de troubles psychiques.(44) (39), (45),). Ils ont également un rôle crucial à jouer dans l'intégration des personnes atteintes de troubles mentaux, en participant notamment à la réduction de la stigmatisation dont ils sont victimes et en augmentant la littératie en santé mentale. ((46)

**b) Un exemple de soins de santé communautaires : le programme PACT (Program of assertive community treatment) , et les GEM (Groupe d'Entraide Mutuelle)**

Le programme PACT correspond à un suivi intensif dans le milieu du patient et qui s'est développé aux Etats-Unis dans les années 1970-1980. Le but était de déplacer les professionnels de santé d'un service de soins hospitalier en dehors de l'hôpital, afin de suivre les patients dans leur milieu. Les PACT s'appuient sur des équipes pluridisciplinaires, comprenant des médecins, des psychologues, des infirmiers et des travailleurs sociaux. Elles doivent respecter de faibles ratios professionnels / patients (pas moins d'un pour dix), afin de maintenir des soins personnalisés, elles fonctionnent en continu, avec des permanences 24h/24 et 7j/7. Ces programmes s'adressent à des patients avec des troubles sévères, leur objectif est d'améliorer le « fonctionnement » du patient dans son milieu, de l'aider à maintenir une qualité de vie qui lui est satisfaisante, de prévenir les rechutes et ainsi de diminuer le nombre d'hospitalisations. (47,48)

Les équipes interviennent pour des actes médicaux et paramédicaux, mais également pour un soutien dans les activités quotidiennes, de l'aide à l'accès aux droits sociaux, de l'éducation thérapeutique.

Des résultats prometteurs dans la littérature concernant la réduction du nombre de passages aux urgences et des hospitalisations ont conduit cette approche à être recommandée dans plusieurs pays, notamment aux Etats-Unis et au Royaume-Uni.(49) La littérature montre des résultats contrastés, notamment sur le besoin de suivre fidèlement le modèle d'origine ((49)), d'autres reprochent le caractère « illimité » de l'intervention ou encore son manque de flexibilité, ou la faible file active de patient inclus. Afin d'apporter plus de souplesse à ce modèle, le programme FACT (Flexible Assertive Community Treatment) s'est développé aux Pays-Bas dans les années 2000. Selon une étude réalisée au Danemark (50), les patients inclus dans les programme FACT seraient plus souvent suivis en ambulatoire et seraient moins susceptibles d'être hospitalisés que ceux pris en charge dans les programmes ACT ou dans les soins classiques. Il n'y aurait en revanche pas de différences sur la mortalité toute cause, les hospitalisations contraintes ou l'auto-agressivité. Dans l'état actuel des connaissances, ces programmes peuvent être proposés aux patients les plus compliqués, ne répondant pas aux prises en charge classiques.

La connaissance de modèles venant de l'étranger et validés par la littérature a un intérêt en France où la feuille de route « santé mentale » du ministère de la santé de 2018(51) stipule que "L'intervention à domicile fait partie intégrante de l'organisation des soins ambulatoires de proximité dans le cadre de la mission de psychiatrie de secteur. Il s'agit de maintenir la personne dans son milieu de vie ordinaire et de faciliter ainsi son insertion sociale et professionnelle."

En France, un modèle de soins communautaires informels correspond aux Groupes d'Entraides Mutuels (GEM).(52) Ils ont été introduits par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Selon le ministère de la santé les GEM « sont des dispositifs essentiels de lutte contre l'isolement et de prévention de l'exclusion sociale de personnes en grande fragilité. Ils sont organisés sous forme associative et constitués entre personnes ayant des troubles de santé ou un handicap similaire. Ils offrent un espace pour se soutenir mutuellement dans les difficultés rencontrées, notamment en termes d'insertion sociale, professionnelle et citoyenne. » Ce ne sont pas des structures médico-sociales. Ils proposent des activités de loisirs, artistiques, d'accompagnement du quotidien. Ils peuvent également aider les personnes avec troubles psychiques à accéder à leurs droits sociaux et les soutenir dans leurs démarches, notamment

d'accès au logement et à l'emploi. Ils sont gérés selon un modèle associatif, par et pour les adhérents. Cependant, dans la mesure où les usagers présentent des troubles parfois sévères, ils doivent être parrainés par une autre association, qu'elle soit de patients ou de familles. Cela peut également être un établissement de santé mentale.

Les GEM, bien que n'ayant pas de vocation de soins, pourraient avoir un effet thérapeutique ; selon une étude de 2017 ils participeraient à une « stabilisation » de la maladie, en rompant l'isolement et en améliorant l'estime de soi, ce qui conduirait à une diminution du nombre d'hospitalisation. ((53)).

Il est essentiel de noter que la dé-institutionnalisation doit se faire pour des raisons de soins, d'amélioration de la prise en charge des usagers et de leur qualité de vie et non pour des raisons économiques de fermetures de lits, d'austérité financière et de rentabilité, à moins de risquer une « trans-institutionnalisation »(54) des patients, de changer d'une institution pour une autre (par exemple du système de soins psychiatriques au système pénitentiaire), et de générer des effets négatifs pour la population concernée comme une augmentation du sans-abrisme, une majoration du taux de suicide. La diminution de la fréquence des hospitalisations ne doit pas être prise comme un objectif en soit, mais comme la résultante d'un processus, au risque de vouloir maintenir « à tout prix » les patients à l'extérieur de l'hôpital.

### **c) Conclusion :**

Les besoins en santé non couverts concernent une proportion non négligeable de la population mondiale et sont retrouvés dans toutes les pathologies psychiatriques et correspondent à la fois à des situations de personnes n'ayant jamais eu accès à des soins et à des ruptures de soins. Ces besoins non couverts constituent un enjeu majeur de santé publique, en raison du nombre de personnes touchées et des conséquences multiples, sociétales et individuelles qu'ils peuvent avoir. De multiples facteurs ont été évoqués pour expliquer le nonaccès aux soins, essentiellement sociodémographiques et économiques. Cependant, les études à ce sujet restent contradictoires, en particulier en raison de la difficulté d'accéder à ces personnes. De plus, les données qualitatives demeurent éparpillées (55)

Pour pallier aux besoins non couverts, différentes mesures existent, notamment le développement d'équipes mobiles, utilisant le principe de « l'aller-vers ». A Lyon, Psymobile est une équipe mobile de psychiatrie créée en 2012 qui se donne pour objectif de faciliter

l'accès aux soins psychiatriques en se déplaçant à domicile et en agissant à la demande de proches ou d'intervenants sociaux. Cela lui a permis d'entrer en contact avec plus de 1000 patients depuis sa création, qui étaient soit en rupture de soins, soit n'avaient jamais eu de contact avec des soins psychiatriques. L'activité de Psymobile permet donc d'avoir un accès direct aux situations de soins non couverts, ce qui a permis la réalisation d'une étude, l'étude ACSESS. Elle présente un volet quantitatif, avec réalisation d'une cartographie des inclusions de patients sur la métropole de Lyon, et qualitatif, s'appuyant sur la réalisation d'entretien avec des patients et des proches de patients ayant bénéficiés de l'intervention de Psymobile. La présente thèse s'intéresse au volet qualitatif.



## II. PARTIE 2 : ÉTUDE ACSESS

### 1. Introduction

Les besoins de soins en santé mentale non couverts, désignés sous les termes anglo-saxons d'*unmet needs* ou de *treatment gap*, correspondent à un nombre important de situations psychiatriques pour lesquelles aucun accès à des soins spécialisés n'est effectif. Ils correspondent à une part non négligeable des personnes souffrant de troubles mentaux, puisque près de 48% d'entre elles ne bénéficieraient pas des soins nécessaires, ce qui correspond à 3% de la population européenne (56). L'ensemble des pathologies mentales sont représentées dans ces besoins non couverts, qu'il s'agisse de troubles psychotiques (18% des schizophrénies), de troubles de l'humeur (46% des dépressions, 40% des troubles bipolaires), de troubles anxieux (62% des troubles anxieux généralisés) ou des addictions (92% des cas de dépendance à l'alcool) selon Kohn, Saxena, Levav, & Saraceno (2004).

Outre les effets de la stigmatisation des maladies mentales (58,59) et les causes psychopathologiques de l'ordre de l'anosognosie (60), différents facteurs sociodémographiques ont été mis en avant dans les causes de défaut d'accès aux soins psychiatriques : le sexe masculin, le jeune âge, le faible niveau d'éducation, le faible niveau de revenus, le chômage et l'isolement social (61–63). Cependant, ces facteurs ne sont pas retrouvés dans toutes les études (64). En revanche, l'influence de la défavorisation et des inégalités sociales sur la prévalence des troubles mentaux est bien documentée

Psymobile est une équipe mobile de psychiatrie hospitalo-universitaire, créée en 2012 au sein du Centre Hospitalier le Vinatier, visant à favoriser l'accès aux soins psychiatriques dans le cadre de besoins de santé mentale non couverts. La spécificité de cette équipe est de pouvoir intervenir au domicile, à la demande de l'entourage ou de travailleurs sociaux, sans que le patient exprime de demande explicite. Environ un millier de patients ont été pris en charge par notre équipe depuis sa création, recouvrant différents types de pathologies et de situations entravant l'accès aux soins : ruptures de soins, repli au domicile, incurie dans le logement, déni des troubles, troubles cognitifs handicapants... Ces patients peuvent être en rupture de soins ou, dans la majorité des cas, n'avoir jamais eu de contact avec des soins psychiatriques.

Les études portant sur les besoins de santé mentale non couverts ont surtout permis d'avoir

une vue d'ensemble sur l'ampleur du phénomène, à travers des données épidémiologiques. Aucune étude n'a jusqu'à présent pu déterminer de manière précise les caractéristiques des personnes répondant à la catégorie des besoins de soins en santé mentale non couverts, en grande partie du fait de la difficulté à entrer en contact avec ces personnes.

De plus, les données qualitatives sur les parcours d'accès et de non-accès aux soins en santé mentale demeurent éparses (55). L'activité de Psymobile permet précisément d'avoir un accès direct aux situations de soins non couverts et d'envisager des protocoles de recherches innovants en vue de mieux comprendre les processus de défaut d'accès aux soins, les facteurs favorisant et également les moyens de diminuer leur prévalence et leur impact. L'objectif de cette étude était donc de formuler des hypothèses concernant les facteurs de non-accès aux soins psychiatriques (incluant les ruptures de soins) à travers une étude qualitative portant sur des patients de Psymobile et des familles ayant fait appel à Psymobile pour leur proche.

## **2. Méthode :**

Elle suit un design de « mixed method study » avec d'une part une analyse qualitative et d'autre part une analyse quantitative. Nous détaillons dans cette thèse la partie qualitative. Nous avons choisi une méthode qualitative afin d'avoir accès à des données individuelles, « en profondeur » sur les facteurs influençant l'accès aux soins.

Cette étude monocentrique a eu lieu dans la métropole de Lyon, avec des patients issus d'une cohorte provenant d'une équipe mobile de psychiatrie, Psymobile. Celle-ci est mobilisable par la famille, les soignants, les travailleurs sociaux ou par le patient lui-même. Elle suit le principe de l'"aller-vers" ("outreach" en anglais) afin de favoriser l'accès aux soins des patients qui n'en bénéficient pas.

### **a) Population, localisation :**

Les sujets de l'étude étaient soit des patients issus de la cohorte Psymobile, soit des membres de leur famille. Ils vivaient dans la métropole lyonnaise. Ils ont été inclus de février 2019 à septembre 2020. Nous avons cherché à proposer à un maximum de patients, nous avons proposé à tous les patients qui avaient été vus par un médecin. Après accord oral avec le médecin, ils étaient recrutés au téléphone par un infirmier de recherche clinique. Nous avons également recruté des familles faisant une demande pour un de ses proches sur la même période. Les principes de l'étude leur étaient expliqués, puis s'ils donnaient leur accord, ils

étaient contactés par l'un des investigateurs. Tous les entretiens, sauf un qui a été mené au téléphone, ont été réalisés en présentiel, soit chez les patients, soit dans les locaux du service hospitalo-universitaire du Centre Hospitalier Le Vinatier.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

Pour les patients :

- Être pris en charge ou avoir été pris en charge durant les années 2017 à 2020 par l'équipe Psymobile,
- Accepter le principe de l'entretien semi-dirigé.

Pour les proches de patients :

- Avoir été à l'origine de la demande de prise en charge par Psymobile de l'un de leurs proches durant les années 2017 à 2020
- Pouvoir retracer de manière au moins approximative le parcours de leur proche,
- Accepter le principe de l'entretien semi-dirigé.

Les critères d'exclusions étaient les suivants :

- Personnes mineures ou majeures protégées.

Les patients étaient informés de la teneur de l'étude, ils signaient un consentement éclairé. Les données collectées étaient anonymisées selon la législation de la CNIL en vigueur. Il n'y avait pas d'effets indésirables graves attendus en lien avec l'étude.

Pour assurer la diversité et la représentativité de l'échantillon, nous avons recruté des sujets qui différaient d'âge, de sexe, et de milieu socio-économique, présentant des pathologies diverses, selon la méthode du « purposive sampling ». En effet cette méthode permet d'inclure des participants qui amèneront le plus de données. (65)

**b) Collecte de données :**

Nous avons réalisé des entretiens semi-directifs (guide d'entretien en annexe).

Les premières questions correspondent à une étape « de cadrages » afin d'identifier si l'un des facteurs, par sa récurrence, joue un rôle prépondérant dans l'accessibilité en santé mentale, si le participant à l'étude a déjà reçu des soins, et s'il les accepte.

Ensuite vient la question principale, ouverte, qui invite le participant à décrire les difficultés à accéder aux soins en santé mentale qu'il a pu rencontrer. Le but était d'être le moins

« interventionniste » possible afin de laisser le participant exprimer son vécu.

A la fin de l'entretien, nous vérifions, par deux questions supplémentaires, que les sujets n'avaient rien omis et nous les invitons à nous dire quel était le facteur qui avait créé le plus de difficultés concernant l'accès aux soins. Les sujets étaient considérés comme les experts de leurs expériences, les entretiens étaient réalisés de manière ouverte afin qu'ils puissent le reconnaître et afin de collecter des données individuelles et personnelles. Les entretiens étaient enregistrés, anonymisés puis transcrits en verbatim.

Le principe de « suffisance théorique » développé par Dey (1999) est la garantie méthodologique que nous avons utilisée pour valider l'interruption du recueil des données obtenues. Nous avons donc arrêté l'étude :

- Lorsque les thèmes retrouvés permettaient d'expliquer les données collectées.
- Lorsque la réalisation de deux entretiens subséquents n'apportait pas de nouveau thème à l'analyse.

### **c) Analyse :**

Afin, d'exploiter au mieux la diversité, source de richesse, de ces entretiens individuels, nous avons effectué une analyse thématique (AT) de contenu, inductive. Nous avons réalisé une analyse thématique, en utilisant une approche inductive. Il s'agit d'un processus dynamique et cyclique, où chaque verbatim apporte de nouvelles données. Il faut d'une part retrouver des récurrences dans les entretiens et intégrer de nouvelles problématiques apportées par les entretiens.

Dans un premier temps, une lecture répétée des différents entretiens a permis d'avoir une vue d'ensemble et d'identifier des différences et des similarités entre les récits des participants, ce qui permet de générer des codes d'abord descriptifs, utilisant le vocabulaire du patient, puis en les agréant, d'obtenir des codes conceptuels, avec un niveau d'abstraction plus élevé. Ces codes ont alors été regroupés en thèmes.

Le tableau 3, tiré de la thèse de doctorat en santé publique de Jordan Sibeoni (65) résume ce processus.

|         | Actes                                                                                                                                                        | Raisons                                                                                                                                                                                |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Etape 1 | Lire de façon répétée chaque entretien                                                                                                                       | Obtenir une vue d'ensemble de l'entretien et se familiariser avec le style linguistique du participant.                                                                                |
| Etape 2 | Coder l'entretien par créations de codes descriptifs pour chaque unité de sens.                                                                              | Créer des codes descriptifs utilisant le vocabulaire du participant                                                                                                                    |
| Etape 3 | Créer des codes conceptuels par un procédé de condensation, abstraction et comparaison des codes initiaux.                                                   | Catégoriser les codes initiaux pour atteindre un niveau d'abstraction plus élevé.                                                                                                      |
| Etape 4 | Identifier les thèmes initiaux. Choisir des citations pour illustrer chaque idée importante de chaque thème.                                                 | Les thèmes sont des "étiquettes" qui résument l'essence d'un nombre de codes conceptuels associés.                                                                                     |
| Etape 5 | Identifier les thèmes récurrents entre les entretiens et produire une organisation thématique cohérente rassemblée en domaines d'expériences ou méta-thèmes. | Aller du particulier au partagé à travers les multiples expériences rapportés.<br>Les thèmes récurrents reflètent une compréhension partagée du phénomène parmi tous les participants. |

Tableau 3, Différentes étapes de l'analyse thématique, d'après Sibeoni

Nous avons utilisé le logiciel NVivo© 12 afin de réaliser l'analyse.

Deux chercheurs ont réalisé les entretiens :

- Thibault George, étudiant en M2 de géographie de la santé
- Morgan Fahmi interne de psychiatrie.

L'analyse a été faite par les deux chercheurs, sous la supervision de Nicolas Chauliac (MD, PhD) et Virginie Chasles (PhD, HDR).

#### d) Critères de qualité :

Notre étude a respecté les critères de qualités suivants, d'une part les entretiens ont été réalisés par deux interviewers, qui ont tous deux bénéficié d'une supervision externe, menée par Nicolas Chauliac et Virginie Chasles. D'autre part nous avons proposé de transmettre les résultats de l'étude à chaque participant, nous les transmettrons à ceux qui le souhaiterons.

#### e) Considérations éthiques :

L'accord des patients a été obtenu, les données ont été anonymisées selon une méthode approuvée par la CNIL.

Le comité d'éthique des Hospices Civils de Lyon a approuvé cette étude sans réserve le 23/01/2019.

### 3. Résultats :

#### a) Caractéristiques des participants

Cette étude a inclus 14 patients et 19 familles, soit un total de 33 participants, tous les entretiens étant réalisés séparément.

Nous avons été confrontés à de nombreux refus de patients, même après un accord oral avec le médecin, comme illustré dans le tableau 5 (contact / refus). Les familles étaient plus fréquemment d'accord pour participer à l'étude, avec un taux d'inclusion de 51 % versus 26 % pour les patients. Il est à noter que l'épidémie de SARS-CoV-2 a pu favoriser le refus de participer à l'étude, par peur de la contamination. La durée moyenne des entretiens était de 28 minutes chez les patients et de 45 minutes chez les familles.

| Type    | Contactés | Perdus de vue | Injoignables | Refus ou impossibilités | Entretiens réalisés | Taux d'inclusion (%) |
|---------|-----------|---------------|--------------|-------------------------|---------------------|----------------------|
| Patient | 52        | 1             | 22           | 16                      | 14                  | 26,9                 |
| Famille | 37        | 1             | 10           | 7                       | 19                  | 51,4                 |

Tableau 4 : bilan des inclusions

Les tableaux 6 et 7 montrent les caractéristiques socio-démographiques des participants de l'étude, les diagnostics et pour les familles le lien de parenté ainsi que les diagnostics des participants ou des proches.

Concernant les familles, les répondants étaient principalement de sexe féminin, principalement des mères de patients (57 %), chez les patients, on note une prédominance d'homme (61 %).

Au niveau des ressources, les revenus des familles étaient fréquemment supérieurs à 2500 euros, alors que les patients, qui bénéficient fréquemment de l'AAH étaient entre 500 et 1000 euros.

Au niveau des diagnostics, on retrouve une forte prévalence de personnes atteintes de schizophrénies : 44 % des familles interviewées avaient un proche atteint de cette pathologie, ainsi que 50 % des patients.

| Famille | Statut        | Revenus       | Genre du proche | Age du proche | Diagnostic du proche                |
|---------|---------------|---------------|-----------------|---------------|-------------------------------------|
| F1      | Parents       | > 2500 €      | Masculin        | 23 ans        | Trouble de personnalité             |
| F2      | Père          | 1700 - 2500 € | Masculin        | 20 ans        | Trouble de l'humeur                 |
| F3      | Mère          | > 2500 €      | Masculin        | 24 ans        | Schizophrénie                       |
| F4      | Mère et fille | 500 - 1000 €  | Masculin        | 51 ans        | Trouble d'usage de l'alcool         |
| F5      | Fille         | 1000 – 1700 € | Féminin         | 69 ans        | Schizophrénie                       |
| F6      | Parents       | > 2500 €      | Masculin        | 35 ans        | Schizophrénie                       |
| F7      | Mère          | > 2500 €      | Masculin        | 21 ans        | Trouble de personnalité             |
| F8      | Mère          | > 2500 €      | Féminin         | 27 ans        | Trouble du comportement alimentaire |
| F9      | Mère          | 1000 – 1700 € | Masculin        | 35 ans        | Trouble de personnalité             |
| F10     | Mère          | 1000 – 1700 € | Féminin         | 30 ans        | Schizophrénie                       |
| F11     | Mère          | 1000 – 1700 € | Masculin        | 41 ans        | Trouble de personnalité             |
| F12     | Mère          | > 2500 €      | Masculin        | 54 ans        | Schizophrénie                       |
| F13     | Mère          | 1700 – 2500 € | Féminin         | 25 ans        | Schizophrénie                       |
| F 14    | Mère          | 1700 – 2500 € | Féminin         | 41 ans        | Schizophrénie                       |
| F 15    | Sœur          | 500 – 1000 €  | Masculin        | 26 ans        | Trouble anxieux                     |
| F 16    | Mère          | > 2500 €      | Masculin        | 21 ans        | Schizophrénie                       |
| F 17    | Sœur          | > 2500 €      | Masculin        | 42 ans        | Schizophrénie                       |
| F 18    | Femme         | > 2500 €      | Masculin        | 63 ans        | Trouble d'usage de l'alcool         |
| F 19    | Sœur          | NC            | Masculin        | 54 ans        | Trouble d'usage de l'alcool         |

Tableau 5 : caractéristiques socio-démographiques des familles

| Patient | Genre    | Age    | Revenus       | Diagnostic                     |
|---------|----------|--------|---------------|--------------------------------|
| P1      | Masculin | 37 ans | 0 – 500 €     | Trouble de personnalité        |
| P2      | Masculin | 33 ans | 0 – 500 €     | Schizophrénie                  |
| P3      | Masculin | 26 ans | NC            | Trouble anxieux                |
| P4      | Masculin | 21 ans | 0 – 500 €     | Schizophrénie                  |
| P5      | Féminin  | 41 ans | 500 – 1000 €  | Trouble obsessionnel compulsif |
| P6      | Masculin | 41 ans | 500 – 1000 €  | Trouble anxieux                |
| P7      | Féminin  | NC     | 500 – 1000 €  | Schizophrénie                  |
| P8      | Masculin | 32 ans | 500 – 1000 €  | Schizophrénie                  |
| P9      | Féminin  | 37 ans | 500 – 1000 €  | Trouble de personnalité        |
| P10     | Féminin  | 39 ans | 500 – 1000 €  | Trouble de l'humeur            |
| P11     | Féminin  | 29 ans | 0 – 500 €     | Trouble anxieux                |
| P12     | Masculin | 59 ans | 1700 – 2500 € | Trouble de l'humeur            |
| P13     | Masculin | 25 ans | 500 – 1000 €  | Schizophrénie                  |
| P14     | Masculin | 21 ans | 1000 – 1700 € | Schizophrénie                  |

Tableau 6 : caractéristiques socio-démographiques de patients

À la suite de l'analyse thématique, nous avons retrouvé 4 thèmes regroupant les obstacles principaux limitant l'accès aux soins. Ils comprennent à la fois des facteurs qui se rattachent à l'individu, aux professionnels de santé mais également au système de soins et à la société dans son ensemble. Ils sont présentés dans le tableau 7. Nous avons choisi d'illustrer chaque thème avec des citations provenant des verbatims.



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Barrières psychiques / comportementales :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la personne pense ne pas avoir besoin de soins en raison des symptômes de sa maladie</li> <li>- le niveau de connaissance en santé mentale et les représentations sociales de la psychiatrie sont des freins</li> <li>- les échecs de prises en charge passées limitent l'accès aux soins</li> </ul> </li> <li>• <b>Barrières financières, facteurs socio-économiques :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la personne souffre d'un isolement, d'une désocialisation limitant l'accès aux soins.</li> <li>- Le coût des soins anticipé est trop important et ne permet pas à la personne d'accéder aux soins</li> </ul> </li> <li>• <b>Barrières structurelles :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- la prise en charge psychiatrique est réservée aux situations les plus bruyantes</li> <li>- Une difficulté pour trouver des informations limite l'accès aux soins de la personne</li> <li>- les délais de rendez-vous sont trop longs ou la structure refuse de donner un rendez-vous</li> <li>- La personne ne sait pas à quelle structure s'adresser ou les dispositifs de soins ne sont pas adaptés</li> </ul> </li> <li>• <b>Barrières physiques :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'éloignement géographique des structures de soins par rapport au domicile de la personne limite l'accès aux soins</li> <li>- La personne souffre de comorbidités physiques qui limitent son accès aux soins</li> </ul> </li> </ul> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Tableau 7 ; thèmes et sous thèmes.

#### **b) Barrières psychiques / comportementales :**

Les patients et leurs familles ont décrit de nombreux facteurs psychiques et comportementaux qui ont entravé leur accès aux soins

##### **b.1 ) la présence de symptômes de la maladie empêche l'accès aux soins (raison la plus fréquemment retrouvée)**

Notamment l'anosognosie ou l'absence de conscience du trouble a été un facteur fréquemment retrouvé chez les participants de l'étude, ceci a été rapporté à la fois par la famille et les patients de Psymobile. Cette anosognosie peut être la conséquence de différentes pathologies, qu'elles soient dépressives anxieuses ou psychotiques.

Martine en parlant de son fils :

Martine (famille) : *« Il ne peut pas aller vers une offre de soins parce qu'il est dans le déni de ses difficultés. Oui c'est ça que je peux dire. Il est dans le déni de ses difficultés si on lui pose des questions précises il élude »*

Ce déni de la maladie pouvant créer des conflits dans la famille, comme le rapporte Angela :

Angela (famille) : *« C'était le cas de ma fille c'était dès que quelqu'un qui a dit qu'elle est malade dès que je parlais de Docteur il faut aller à l'hôpital alors là elle pouvait tout casser et elle l'a d'ailleurs fait. Pour elle, elle n'était pas malade et moi j'étais persuadée qu'elle était malade mais pour le docteur c'était à mon avis je ne sais pas si, c'était possible pour moi c'était impossible parce qu'elle ne comprenait pas pourquoi elle était malade »*

Les patients décrivaient également une anosognosie, comme Patrick :

Patrick : *« Non. Déjà la démarche justement de contacter un service de soins en santé mentale je ne l'aurais jamais fait par moi-même, dans mon cas de figure ce n'est pas moi qui ai fait la démarche d'accéder à ces soins. C'est mon géniteur qui est qui a contacté psymobile qui ensuite m'a téléphoné pour me demander si j'étais disposé justement à venir pour un entretien préliminaire ensuite déterminer si je continue avec eux ou non. Je suis venu plus par curiosité que par nécessité »*

Ou comme Christine, pour qui la cause de sa maladie n'était pas mentale, mais physique :

Christine : *Non ils ne sont pas appropriés, ce n'est pas une maladie mentale que j'ai, c'est juste un problème physique. J'ai une sclérose, une souche. Aussi j'ai des pertes de la mémoire immédiate. Ça m'arrive d'oublier rapidement les choses même quand je viens de l'entendre.*

Certains patients, comme Laurent pouvaient revenir sur cette absence de conscience du trouble :

Laurent : *« déjà je ne me voyais pas dans une détresse si profonde que ça. Même si je savais que mon comportement était hors norme, comme je vous ai dit simplement que je n'en ressentais pas le besoin. »*

Des difficultés en lien avec des troubles anxieux, et notamment l'agoraphobie ont fortement limité l'accès aux soins des patients de l'étude, comme le signale Alice et Sarah.

Chercheur : *« Pour vous avec tous les éléments qu'on a évoqué ce serait quoi le principal qui pourrait expliquer vos difficultés pour accéder à des soins en santé mentale. Celui qui vous a causé le plus de problèmes ? »*

Alice : *« L'agoraphobie, le fait de ne pas pouvoir sortir par moi-même. »*

Sarah : *« Par rapport à ma pathologie moi j'avais des tics de grattage très intensif au niveau du visage donc ça m'a empêché de l'exposer à l'extérieur donc je me suis beaucoup isolée dans mon appartement ce qui a fait que je n'ai pas pu accéder à des soins en cabinet auprès d'un psychiatre de ville donc ça m'a poussé à m'y isoler »*

Les symptômes psychotiques tels que les idées de persécution, d'autant plus quand elles ont comme objet les soignants, freinaient l'accès aux soins. Qu'ils soient relatés par les patients :

Thierry : *« Je ne sais pas comment les médecins ils ont qualifié ça, mais je me mets parfois à croire des choses qui sont fausses, c'est lié à ma maladie. Souvent ces choses qui sont fausses ont un rapport avec la médecine. Ou avec les traitements, je me mets à croire qu'on ne cherche pas qu'à me guérir, mais aussi à me neutraliser, du coup j'ai un peu des réticences à continuer avec le système de santé dans ces moments-là. »*

ou par les familles : Chantal (famille), parlait de la relation que sa fille entretient avec les psychiatres ainsi :

Chantal *« Elle a l'impression que ces gens-là on les paye pour écouter les choses croustillantes qu'elle a à dire. »*

Ces symptômes pouvaient entraver la capacité d'autonomie du patient et ainsi entraver leur capacité à mettre en œuvre des soins.

Tania : *« Par exemple, pour avoir accès juste avec Psymobile il a fallu me tenir par la main. C'est mon assistante sociale qui a fait la démarche. Je connaissais pas non plus Psymobile. Je découvrais mais est-ce que je me serais orientée toute seule, je ne crois pas non. »*

Et enfin, les altérations de la motivation compliquaient l'accès aux soins :

Mireille (famille) : *« Par contre effectivement le courage de faire une chose il ne l'a pas, l'envie il n'a plus envie de rien il faisait un peu de sport en faisant de la musculation. Ça s'est arrêté il ne fait pas de sport et pas d'activité physique »*

Maxime (patient) : « *Souvent même pour l'équipe Psymobile j'ai été convié je ne venais pas. J'étais trop déprimé je ne voulais pas bouger ou alors j'arrivais très en retard. Il m'a fallu quelques séances pour me recalibrer afin d'arriver à l'heure aux rendez-vous mais ça a été un avantage quand même des rendez-vous ici. »*

## **b.2) Le niveau de connaissance en santé mentale et les représentations sociales de la psychiatrie sont des freins.**

Comme nous l'avons décrit dans la partie I, la littératie va grandement influencer l'accès aux soins.

Par exemple certains symptômes n'étaient pas reconnus comme tels mais plutôt comme des traits de caractère ou comme des atteintes physiques et non mentales, les personnes ne cherchaient donc pas à accéder aux soins de santé mentale car cela n'aurait eu aucun effet, la cause n'étant pas psychiatrique ou psychologique.

A l'image de Laurent qui pensait être « dépressif plus que déprimé », dépressif étant pour lui un état de fait, un trait de sa personnalité ne pouvant être modifié.

Laurent (patient) : « *Peut-être que reconnaître le fait que j'étais dépressif plus que déprimé m'a empêché. M'a empêché de le reconnaître, m'a empêché d'accéder aux soins et de faire des démarches »*

Guillaume parlait des symptômes de son fils comme s'il faisait des « caprices », pour interpeller ses parents :

Guillaume (famille) : « *on a l'impression que le fait d'être mal et que nous on voit qu'il est mal et d'essayer de le sortir quelque part ça allait donner une espèce de pouvoir sur nous et de ne pas aller bien ça nous faisait payer quelque chose c'est à dire que c'était sa façon d'exister c'était d'être dans le mal. C'est un peu comme un enfant qui finalement veut attirer l'attention en étant odieux ou en faisant des caprices »*

Cette idée de caprice a été reprise par Sarah lorsqu'elle parlait de sa relation avec sa médecin généraliste :

Sarah (patient) : « *Donc c'est compliqué de faire comprendre aux professionnels de la santé qui sont en cabinet que ce n'est pas un caprice qu'on n'a pas envie que ce n'est pas parce qu'on n'a pas envie de venir en cabinet. Ce n'est pas un caprice ce n'est pas*

*parce qu'on a la flemme. C'est vraiment parce qu'il y a une crise importante. Donc moi j'y étais j'étais en difficulté avec mon médecin traitant »*

De plus dans notre échantillon, les troubles mentaux étaient perçus comme « incurables » dont l'évolution était « déjà écrite », les participants avaient un certain fatalisme et paraissaient résignés. A quoi bon se soigner si cela ne servira à rien ?

Maxime le résume ainsi :

*Maxime (patient) : « mais encore une fois je n'ai pas souhaité essayer ailleurs parce que ça aurait voulu dire quelque part que le problème venait du Vinatier, des personnes, alors que ce n'est pas le cas. J'aurais pu essayer avec n'importe qui, ça aurait le même résultat. C'est pas une question de personne c'est juste qu'il n'y avait rien à faire dans mon cas en particulier, mais ça ne veut pas dire que c'est inutile. C'est juste que pour les personnes comme moi ça ne fonctionne pas.*

Cécile parlait de la relation qu'entretient sa fille avec les médecins ainsi :

*Cécile (amille) : Elle m'a déjà verbalisé que les médecins ne pouvaient rien pour elle, dans sa tête les médecins ne peuvent pas l'aider. Moi je lui ai dit mais si ta famille ne peut pas t'aider si les médecins peuvent pas qui est ce qui peut t'aider ? A chaque fois muette elle se renferme.*

Les traitements quant à eux étaient perçus comme lourds, inefficaces ou inadaptés. Les participants rechignaient donc à accéder aux soins, par peur de se voir prescrire des médicaments qui les « altéreraient » et qui de toutes façons, ne marcheraient pas.

*Alexandre (patient) : « j'ai pris des médicaments et ça ne m'a jamais aidé, enfin ça diminuait les symptômes mais ça ne m'a jamais aidé au point de résoudre mes problèmes en fait »*

*Alexandre (patient) : « Ca m'empêchait de vivre, car soit on ressent plus aucune émotion, je parle par exemple du « Risperdal » on ne peut plus penser il n'y a plus d'anxiété il n'y a plus rien quoi, plus d'émotion, il n'y a plus de vie, certains traitements sont vraiment anéantissants, on ne peut plus vivre car soit on est trop fatigué soit ça nous retourne le cerveau »*

Mélanie parlait ainsi du rapport que son fils a avec les traitements :

Mélanie (famille) : *« il est en train de prendre conscience que ça ne modifie pas sa personnalité. Moi j'en ai un peu discuté avec lui. Il avait une appréhension qu'il serait plus le même qu'il serait plus lui parce que lui ne veut pas perdre la maîtrise de sa pensée et de sa personne. »*

Certaines représentations sociales négatives étaient partagées par les participants comme la peur de perdre son autonomie, de devenir fou, de devenir « comme eux » en parlant des patients « psychiatisés », et donc d'être stigmatisés à leur tour.

Tania (patient): *« Oui comme moi d'ailleurs au début, quand on me disait avoir un psychiatre. Voilà la première réaction qu'on a à peu près tous, c'est : ouais mais je suis pas folle, je suis pas comme ça. On a cette image de la personne qu'on a rencontrée dans les transports en commun ou en ville, et qui s'est comportée d'une façon très bizarre. ...Ouais, vous prenez de panique pour pas être comme ça. En fait, vous avez peur d'être comme ça. Et si vous étiez comme ça, si vous tombiez dans ça aussi... »*

La psychiatrie était associée à une image asilaire chez certains sujets, les empêchant donc d'aller vers des soins psychiatriques, par peur d'être maltraités, enfermés.

Marthe (famille) : *« Je pense que c'est vraiment le fait de lui-même c'est à dire c'est la méconnaissance de ce que c'est que la psychiatrie. Je pense que c'est les idées qu'il se fait des soins psychiatriques. Je pense qu'il c'était fait une espèce de fantasme de l'asile de fous »*

Enfin une représentation négative des soignants pouvait limiter l'accès aux soins des participants. Les soignants étant considérés comme « inefficaces », manquant de considération pour les patients, voire jugeant ou abusant de leur pouvoir.

Dominique (patient), en parlant des psychiatres : *« Je me demande à quoi ils servent souvent. (il rigole). Mais bon, à chacun son truc ».*

Alexis (patient) : *« Donc il y a une peur du psychiatre. Généralement il y a une peur de dire cet homme ou cette personne est au-dessus de moi. Et du coup on se dit « qui êtes-vous pour juger de mon état ? Si moi-même je sais pas comment mon état est. »*

*« C'est là où il y a des psychiatres qui abusent de certaines choses, sans que personne ne sache. »*

Chantal (famille) : *Alors bien sûr une psychologue c'est gentil ça peut te dire des mots positifs pendant une demi-heure trois quarts d'heure surtout si tu la payes. Mais est-ce que ça fait avancer le schmilblick ?*

### **b. 3) Les échecs de prises en charge passées limitent l'accès aux soins ou l'absence de diagnostic freine le patient dans sa démarche de soins**

De mauvaises expériences de soins dans l'histoire personnelle des participants étaient également fréquemment évoquées pour justifier le défaut d'accès aux soins, ainsi que des effets indésirables aux traitements.

Hélène (famille) : *« Mais même avec des a priori sur la maladie psychiatrique il y a été et lors de sa première hospitalisation ça l'a choqué parce que Saint-Cyr Mont d'Or il est resté plusieurs mois là-bas et me disait « il y avait des malades qui mettaient leurs excréments sur les murs » qu'il a vécu ça, ça l'a traumatisé quelque part »*

Mélanie (famille) : *« Finalement la dernière séance qu'il y a eu entre lui et nous et la personne, le médecin, ce n'est pas très bien terminée. Christophe\* est parti fâché et avec aucune envie de continuer quoi que ce soit. Donc suite à ça c'est vrai que je pense qu'il était vraiment réfractaire à toute démarche autre. »*

Cédric (patient) : *« puisque j'étais jeune et que j'avais 12 13 ans et qu'on me disait tu as ça comme problème en plus de parler d'anxiété.... Je savais à peine ce que c'était. Ce n'est pas une priorité en vrai. » [...]« ça a pu jouer effectivement, de se demander à quoi ça sert, est-ce que ça peut m'aider ? »*

Thierry (patient) : *« Oui, par exemple pendant assez longtemps j'ai pris du «Tercian», et il m'a défoncé quoi, j'avais l'impression d'être drogué quoi. Quand j'étais dans cet état j'avais du mal à parler, je n'avais plus confiance en moi, j'avais du mal à réfléchir et du coup au travail ça se ressentait »*

Des antécédents dans la famille ont également pu freiner l'accès aux soins

Sylvie (famille) : *« il est dans cet état mon frère Alain\* je pense que pour lui les soins mentaux et tout ça, ça sert à rien parce qu'il a vu que son petit frère ça a rien servi »*  
*« Il a bien vu que pendant quatre ans il n'a pas réussi à s'en sortir et alors qu'il était très entouré par les médecins et tout. La semaine il était à Bourgoin et le week end il rentrait chez sa femme. Mon frère Serge a bien vu que ça sert à rien pour lui pourquoi*

*ça marcherait pour moi. Je ne vois pas pourquoi ça marcherait. »*

**c) Barrières financières, facteurs socio-économiques :**

**c.1) La personne souffre d'un isolement, d'une désocialisation limitant l'accès aux soins**

Une désocialisation limitant l'accès aux soins a été fréquemment rapportée, notamment par les familles :

Mélanie (famille) *« il avait perdu tout contact avec ce qui fait notre société c'est à dire plus aucun contact avec les soins, il avait perdu ses papiers enfin ses papiers style carte vitale etc. Pas les papiers d'identité mais la carte vitale. »*

Benoit (famille) : *Ah oui il a arrêté de parler à ses copains il s'est coupé du monde quand on s'en est rendu compte. J'ai regardé sur son forfait de téléphone, pas pour espionner un téléphone mais son forfait de téléphone montrait qu'il y avait plus d'activités des SMS depuis trois mois, à zéro alors qu'avant 100 150 200 il y avait toujours un volume de SMS.*

Le fait de se « couper du monde » pouvait alors favoriser une forme de renoncement aux soins. C'était décrit comme problématique, notamment chez les adolescents, car cela entraînait une déscolarisation :

Emmanuelle (famille) : *« Alors mon fils est âgé maintenant de 23 ans et depuis 5 ans, depuis 2015 il ne sort plus de son domicile. Alors quand je dis qu'il ne sort plus, il passe le plus clair de son temps entre les quatre murs de sa chambre et il est en refus de tout ce qui peut être de l'ordre d'une insertion soit professionnelle soit dans un cycle d'études »*

Le fait d'être au chômage ou de perdre son emploi a été décrit comme facteur déclenchant ou aggravant les troubles. S'en suivait ensuite une sorte de « spirale infernale » comme l'indique Frédérique à propos de son mari : la perte d'emploi favorisait ou majorait des symptômes, le fait de ne pas retrouver un travail pouvait aussi conduire à une dévalorisation et à une rupture du lien social conduisant à l'isolement.

Angelique en parlant de son frère :

Angelique (famille) *« Il était associé avec une personne et cet associé il est décédé et il a eu du mal à accepter et du jour où son collègue est décédé la boîte a fermé. Et puis*



*il est plus sorti de chez mes parents »*

Frédérique en parlant de son mari :

Frédérique (famille) : *« Mais là c'était donc une prise en charge en invalidité, et le fait de ne plus avoir d'activité professionnelle c'est quelqu'un qui a du mal.... Moi je travaille aujourd'hui je travaille énormément donc du coup ça l'a un peu enlisé dans sa problématique, tant qu'il avait une activité professionnelle ça le permettait de rester stable [...] Mais le fait d'être inoccupé de ne plus avoir de but déjà professionnel et d'être isolé de n'avoir plus de lien social etc. ça a renforcé sa problématique ses angoisses ses douleurs.*

Laurent insistait également sur l'effet qu'à l'isolement sur l'accès aux soins :

Laurent (patient) : *« La première fois c'est en [...] j'avais des difficultés au niveau des revenus je n'avais plus du tout de revenus du fait de ma pathologie je travaillais plus, j'avais perdu mon travail du fait que je ne pouvais plus sortir de mon domicile je ne faisais plus du tout mes démarches administratives donc je n'avais plus de mutuelle plus de suivi administratif plus de soins, de suivi psychologique » [...] « Comme je vous ai dit ce n'est pas de mon initiative. Moi j'étais très isolé. Du coup je donnais plus signe de vie à personne. Ça m'empêchait aussi de faire les démarches concernant la santé ou autre »*

## **c.2) Le coût des soins anticipés est trop important et ne permet pas à la personne d'accéder aux soins**

Le coût de soins, notamment des soins psychologiques, a été pointé comme un frein de l'accès aux soins, renforçant l'idée que les soins psychiatriques sont « inaccessibles ». D'autres participants, regrettaient le fait d'avoir à payer plus cher des consultations avec des praticiens en secteur 2, afin d'avoir des rendez-vous de consultation plus rapprochés.

Sarah : *« Oui, j'ai l'impression que les soins psychiatriques, c'est aussi quelque chose inaccessible financièrement. Enfin plus difficilement accessible. »*

*« Mais tout ce qui est psychologie c'est très cher. Si la séance était à une vingtaine d'euros ce serait encore possible, mais ça monte très vite à 50 ou 70 pour une séance, sachant que dans mon cas, par exemple, j'aurais besoin d'une longue thérapie*

*comportementale et cognitive. Je monterai très facilement à une grosse somme. J'ai pas calculé directement. Mais par exemple il fallait 5 séances au mois pour le début, si ça coûte 70e, ça fait 70e x 5 : 350e alors que je suis au RSA à 480. »*

Martine (famille) : *« Cette maladie là c'était des soins gratuits. Elle avait peur que ce soit payant, elle ne savait pas. Parce qu'en fait avant dès qu'elle allait chez le psychiatre c'était 50 euros du coup elle pensait que ça allait lui coûter cher. C'est pour ça que c'était un peu chaud aussi. Dès qu'elle a compris que c'était gratuit cette fois ci, elle était plus contente »*

Christine (famille) : *« Donc je vous ai dit qu'on était allé voir un psychiatre. Il faut aussi avoir l'argent pour le voir parce que c'est 90 euros. Il n'y a pas un accès aux soins. Pourquoi Sacha retourne aux soins c'est parce qu'on a un généraliste qui ne fait pas payer les consultations.*

Chercheur : *Vous avez dit que vous payez 90 euros la consultation chez le psychiatre.*

Christine (famille) : *C'est parce que c'est tous des secteurs deux. Ce sont les seuls avec qui vous arrivez à avoir un rendez-vous plus ou moins rapidement dans un délai d'un mois. Donc ça a un coût non négligeable. »*

#### **d) Barrières structurelles :**

##### **d.1) La prise en charge psychiatrique est réservée aux situations les plus bruyantes**

Selon nombre des participants de cette étude, pour être pris en charge dans une structure de soin psychiatrique, il fallait avoir un trouble d'intensité sévère, que ce soit dans les centres ambulatoires ou en hospitalisation :

Mélanie (famille) : *« C'est-à-dire que si notre fils avait fait, avait donc été entre guillemets agressif ou violent dans la rue par exemple. Ou qu'il ait fait une TS ou qu'il se soit mis en danger là de toute façon il aurait été pris en charge. Mais tant qu'il n'y a pas quelque chose de grave finalement rien n'est possible »,*

Tania (patient) : *« J'ai plus été suivie. Et puis, après mes crises d'angoisse continuaient, donc je suis orientée vers un sophrologue, qui suite à une dizaine de séances, m'a orientée au CMP et je me suis présenté au CMP. Mais ils n'ont pas accepté mon dossier*

*on va dire, ils n'ont pas jugé ça assez grave, entre guillemets »*

Marthe (famille) : *« donc, on a essayé à plusieurs reprises on s'est demandé si une hospitalisation à la demande d'un tiers était possible. A l'époque l'assistante sociale des environs nous avait fortement déconseillé de le faire, elle nous a dit « il est adulte il est majeur. Vous allez l'emmener au Vinatier il va ressortir immédiatement vous n'aurez aucun moyen de l'en empêcher. On ne peut pas l'hospitaliser comme ça tant qu'il ne fait pas de mal à lui-même ou à un tiers ». Mais qu'est-ce qu'il faut ? Il faut attendre. Il faut attendre un drame »*

Les démarches pour obtenir des hospitalisations sans consentement étaient perçues comme très complexes par les familles :

Christine : *« Mais ce qui a complètement refermé ma confiance dans les soins : on en avait parlé avec Psymobile on s'était mis d'accord pour l'hospitaliser en SPDT . Vous dites bah oui il y a un médecin qui statue ça se passe globalement bien. Et la ça s'est effondré à l'arrivée, à l'entrée de l'hôpital... ils ont pas voulu le garder... ça j'avoue ça a été le cas où... j'ai perdu la confiance.... C'est incompréhensible. »*

#### **d.2) Difficultés pour trouver des informations**

Certains patients se plaignaient d'une absence de diagnostic, voire d'un refus du médecin de donner un diagnostic. Cela entravait donc leur accès aux soins, sans diagnostic ils ne sentaient plus concernés par le trouble mental et était donc plus susceptibles d'échapper aux soins.

Maxime : *« Et par la suite on m'a conseillé un certain nombre de médicaments mais j'ai refusé pas parce que je suis réfractaire à la médication. Mais c'est parce qu'on n'avait rien identifié de spécial. Si à l'issue de ces tests on m'avait dit 'Tiens vous avez certainement cette pathologie et on vous conseille cette médication'. Ces traitements j'aurais accepté de les suivre mais faute justement de trouble mental identifiable. J'ai refusé. Puis j'ai mis un terme aux séances là-bas »*

La notion de majorité qui empêche d'avoir accès à des informations, notamment des informations sur le diagnostic, renforçait un sentiment d'exclusion et d'incompréhension chez les familles :

Hélène (famille) : *« On tourne en rond depuis 12 ans. Quand on a une personne majeure*

*à gérer ce qui est mon cas mon fils a 34 ans. Qu'on n'a pas d'informations sur sa pathologie sans l'accord de la personne concernée c'est difficile et on aimerait en tant que proche être aidant, on aimerait être aidant aussi pour arriver à concrétiser. »*

Les familles demandaient notamment des informations pour savoir comment se comporter avec leur proche :

*Hélène (famille) : « J'ai déjà eu des contacts avec un psychiatre en privé qu'il voyait. Il me disait : « mais Madame on ne peut rien vous dire de plus. Il est majeur. Il peut très bien se débrouiller ». [...] Je n'avais aucune réponse qui peut m'aider pour savoir comment moi je dois me comporter. »*

*Benoit(famille) : En fait dans ces choses-là il n'y a pas que le patient lui-même il y a aussi les proches. Comment les proches peuvent trouver des informations, élaborer en fait une compréhension pour préparer des choses, parce que quelque part si mon fils accepte les soins c'est parce que ma famille a pris la décision de l'hospitalisation*

Enfin, patients et familles se retrouvent fréquemment noyés dans un flot d'informations, un système complexe et n'arrivait pas à se repérer, ne sachant où trouver de l'aide.

*Thierry (patient) : « Parce que je n'avais aucune idée qu'il fallait passer par un médecin généraliste pour décrocher un rendez-vous au CMP, c'est l'assistante sociale qui me l'a dit. »*

*Amandine (famille) : « Je ne sais pas choisir un psy comment on choisit un psy ? On est guidé un coup à droite un coup à gauche on essaie de se renseigner sur le site internet avec des choses pas fiables quand même. »*

*Mireille (famille) : « Je trouve que quand même surtout en ville, en ville il y a pas mal de possibilités. Quelles possibilités choisir c'est un peu plus compliqué.*

*« Maintenant ce qui manque, ce qui manque c'est presque un endroit où s'adresser au départ qui va vous orienter vers une espèce de coordinateur. Il faudrait qu'il y ait un coordinateur, un espèce de centre de coordination ou on rencontre les psychiatres et qui est quelque part. Mais ça reste difficile »*

### **d.3) Les délais de rendez-vous sont trop longs ou la structure refuse de donner un rendez-vous**

De longs délais de rendez-vous ont pu décourager les patients ou leurs familles dans leur recherche de soins.

*Tania : « Le fait de contacter aussi des professionnels de santé indisponibles. J'ai aussi contacté des psychiatres qui ne répondaient pas. Donc j'ai laissé des messages et qui ont jamais répondu, ou alors ont répondu et qui m'ont clairement dit on n'a plus de place, appelez dans un an. »*

*Thierry : « Aussi être mieux informé sur le sujet et puis des délais un peu plus courts pour décrocher un rendez-vous. Pour le CMP il fallait un ou deux mois pour avoir rendez-vous, donc c'est un ou deux mois pendant lequel on n'est pas soigné. »*

*Amandine (famille) : « J'ai laissé plusieurs messages envoyé des mails avant qu'il y ait un retour. Bon après je ne les ai pas harcelés tous les jours. Mais ça a pris plusieurs semaines ou plusieurs mois avant qu'ils me répondent. »*

### **d.4) La personne ne sait pas à quelle structure s'adresser ou les dispositifs de soins ne sont pas adaptés**

L'absence de visite à domicile était un point souligné par les patients et leurs familles, notamment ceux qui souffrent d'isolement au domicile ou d'anosognosie.

*Sarah (patient) : « si je voulais voir un psychiatre un psychologue je devais me déplacer en cabinet mais au CMP c'était pareil je devais me déplacer au CMP pour avoir un suivi mais du fait de ma pathologie mon suivi n'a pas été possible parce que je n'allais pas en cabinet lorsque j'étais en crise de grattage je n'avais pas un suivi régulier. »*

*Martine (famille) : « Oui j'étais contente de trouver d'ailleurs Psymobile parce que c'était très compliqué. Sans Psymobile je ne sais pas comment ce seraient déroulées les choses. C'était invivable et moi je ne savais pas comment il fallait faire. »*

Certains regrettaient l'hospitalo-centrisme, le fait que la plupart des soins proposés soient hospitaliers, et le manque de structures de transition :

*Hélène (famille) : « ce n'est pas ça le problème principal. Et bien sûr. Est-ce que au niveau, il y aurait des structures intermédiaires. Plus d'hôpital de jour c'est à dire plus*

*généralisé. Pour que la personne puisse plus venir à l'hôpital de jour au lieu d'hospitaliser quelqu'un. »*

D'autres critiquaient le fait que des patients avec des profils de pathologies différentes se retrouvent « mélangés » au sein des services d'urgences ou hospitaliers.

Christine (famille) : *« En effet ce service d'urgences que j'ai découvert au Vinatier en effet c'est un mélange de population vous attendez même moi qui attend avec lui dans le service d'urgence ce n'est quand même pas très évident. »*

Frédérique (famille) : *« Je crois qu'il a dû faire face à des choses.... car ils sont noyés avec des gens qui sont dans des pathologies plus lourdes.... C'est un peu violent. »*

Alexandre (patient) : *« c'était un peu bof le fait de mettre les gens là comme ça alors qu'il y a des patients qui n'ont rien à voir avec d'autres. Ce n'est pas assez catégorisé. »*

Enfin Mélanie (famille), soulignait le manque de prévention et de repérage précoce des troubles présentés par les adolescents :

Mélanie (famille) : *« Alors moi je dirais plus peut être à la période avant le fait qu'ils soient adultes parce que, du coup, un dépistage des choses comme ça quand ils sont plus jeunes . c'est à dire moi je pense que notre fils il a toujours eu un trouble. En tout cas il s'est accentué avec l'âge mais quand il était jeune homme adolescent à mon avis il présentait déjà quelques troubles et ça n'a pas été pointé du doigt par pareil le système éducatif c'est à dire qu'en fait il n'y a pas grand-chose qui est fait à ce niveau-là. »*

D'autres critiquaient le manque de coordination entre les différents acteurs :

Martine : *« Est ce que les psychiatres des hôpitaux ne pourraient pas être en lien avec les associations, comme les SAVS (Service d'Accompagnement à la veille sociale) ? Voilà. Voilà. Et penser et aider le malade à sortir d'un cercle vicieux qui peut durer des années et donner une plus grande importance à l'insertion sociale. »*

## **e) Barrières physiques :**

### **e.1) L'éloignement géographique des structures de soins par rapport au domicile de la personne limite l'accès aux soins**

Le fait que les lieux de soins ne soient pas également distribués sur le territoire a pu freiner l'accès aux soins des patients :

Philippe (patient) : *« Et encore une fois pour moi le fait qu'il y ait une équipe de psychiatres mobiles c'est indispensable, par rapport aux soins dans mon cas précis c'est vraiment c'est juste la distance c'est qu'il n'y a pas un assez gros maillage on va dire de psychiatres ici. »*

Notamment des patients qui venaient de quartiers défavorisés comme Tania :

Tania : (patient) : *« Ah oui, il y a clairement un manque d'offres, pour certains secteurs territorial, il y a clairement un manque d'offres. »*

Chercheur : *« Parce que à Vénissieux, il n'y a pas beaucoup de psychiatres ? »*

Tania : *« Il n'y en a qu'une, le Dr D »*

Ces difficultés étaient également retrouvées chez les familles, qui devaient faire des ajustements pour pouvoir faciliter les soins de leur proche :

Chercheur : *« Le fait que ça soit loin c'est plus un problème pour lui ou pour vous ? »*

Magali (Mère) : *« D'abord pour nous, et puis pour lui aussi c'est un problème. »*

Clara (Fille) : *« C'est vrai que maintenant il n'a que nous, et je suis fille unique aussi, donc si c'est à moi à chaque fois d'aller le voir si c'est trop loin ce n'est pas possible. »*

### **e.2 ) La personne souffre de comorbidités physiques qui limitent son accès aux soins**

Des comorbidités entraînant une diminution des capacités physiques ont, elles aussi, entravé l'accès aux soins comme le souligne Hélène, à propos de son fils qui était atteint d'une maladie génétique :

Hélène (famille) : *« Parce que par rapport à la maladie génétique qu'il a il a des douleurs musculaires. Et il ne se sent pas capable de sortir. Il ne va pas être bien. Il habite en face de Lyon 3, de la fac et ça fait très longtemps que je lui dis d'aller au CIO ou parce qu'il a juste un bac. Il n'a pas de formation mais il ne s'en sent pas la force. »*

Ou Valérie qui parlait de sa mère handicapée par une cataracte sévère :

Valérie. (famille) : *« Déjà elle ne sort pas donc pour sortir il faut lui tenir la main. On ne*

*peut pas se déplacer seulement un peu, c'est un peu difficile de sortir dehors dans la maison ça va parce qu'elle connaît un peu ses repères dans la maison mais dehors il faut la tenir. Si on ne la tient pas elle peut tomber, elle est déjà tombée une fois. »*

Les patients le reconnaissent également comme Jean qui présente un diabète insulino-requérant déséquilibré :

*Jean : « non, je ne suis pas bien physiquement, mais bon voilà quoi c'est tout. Il y a diabète je suis fatigué, je suis fatigué. »*

Ou Sarah, qui souffrait d'une épilepsie pharmacorésistante, avec atteinte cognitive :

*Chercheur : « Si on résume, ça aurait été principalement l'épilepsie, qui fait que vous avez peur de sortir de chez vous? »*

*Sarah : « C'est ça. Oui, par rapport à ma maladie, toujours. Je faisais toujours une crise. »*

Les troubles cognitifs ont été signalés également par des familles comme compliquant l'accès aux soins, comme le souligne Michèle en parlant de son père :

*Chercheur : « Donc il n'a plus du tout la notion d'argent, il ne pourrait pas savoir le prix d'une consultation. »*

*Mère : « Ah non non. »*

*Michèle : « Le jour où il aura son logement ça sera à moi de payer son loyer, il oublierait complètement. Il ne sait pas qu'il a des factures à payer, il pense vivre comme ça normalement. »*

#### **4. Discussion :**

##### **a) Principaux résultats :**

Quatre thèmes principaux ont émergé listant les différents types de barrières auxquelles les patients et les familles ont été confrontés : structurelles, financières, comportementales et physiques.

Ces thèmes peuvent être divisés en deux catégories : les facteurs individuels et les facteurs systémiques.

Il est intéressant de noter que nous n'avons pas retrouvé de différence entre les difficultés des patients et celles des familles, les thèmes retrouvés étant les mêmes dans ces deux populations. En revanche le poids des facteurs pouvait différer, en effet certains thèmes



revenaient plus souvent que d'autres au travers des entretiens.

Cette étude montre que certains facteurs, tels que les symptômes et notamment l'anosognosie, avaient un fort impact sur l'accès aux soins, ils étaient fréquemment cités tant par les familles que par les patients. L'anosognosie détériore la qualité de vie, altère la compliance aux soins et aux traitements, et rend les symptômes plus sévères ( (64 )Mohamed 2008, (67), (68)). En revanche, elle aurait un rôle protecteur vis-à-vis du suicide et de la dépression.

Les échecs de prise en charge antérieurs étaient plus fréquemment rapportés par les patients, des expériences désagréables avec des professionnels de santé ayant pu justifier le non-recours aux soins. Cela confirme l'importance de l'alliance thérapeutique dans le processus thérapeutique et souligne l'importance des relations interpersonnelles dans l'accès aux soins, en accord avec la littérature ((69)).

Certains praticiens refusaient par exemple de donner un diagnostic au patient, ce qui gênait / empêchait l'acceptation de la maladie. En effet, sans diagnostic il semble plus difficile de se considérer comme atteint d'un trouble psychiatrique et de saisir l'importance de suivre des soins. Ce défaut d'information était également retrouvé chez les familles, plutôt sous la forme d'un refus de donner des informations en lien avec le fait que les patients étaient majeurs. Cela était retrouvé notamment au passage à la majorité, période où peut s'effectuer une rupture brutale par manque de continuité de soins entre pédopsychiatrie et psychiatrie adulte. Cette absence d'informations nous semble en contradiction avec le code de la santé publique (article L110-4) qui stipule : « en cas de diagnostic ou de pronostic grave, la famille, les proches ou la personne de confiance peuvent recevoir les informations nécessaires pour soutenir le malade, sauf si celui-ci s'y est opposé ». Dans les différentes guidelines ((70),(71)) et dans la littérature, des bénéfices thérapeutiques en lien avec l'intégration des familles sont soulignés ((72), (71). Les familles pourtant demandeuses d'être intégrées ((73))., sont fréquemment exclues de la prise en charge. Ce n'est ni spécifique à la France, ni à notre étude, ce lien a fréquemment été retrouvé dans la littérature. (2013, (73), (74). Le manque d'informations des familles favorise un sentiment d'exclusion, de fatalisme, de dévalorisation de leur savoir expérientiel et de leur rôle d'aidant.

Le fait que patients et les familles avaient l'impression que les soins étaient réservés aux situations les plus bruyantes, pouvait générer un vécu d'impuissance du côté des familles, un

vécu de dévalorisation de leur souffrance du côté des patients, cela pouvait être renforcé par les longs délais d'attente. Cela pouvait là encore aboutir à un sentiment de dénégation du « savoir expérientiel » des patients et des familles. ((73))

La confusion, du fait de symptômes se chevauchant, entre ce qui est attribuable à la pathologie psychiatrique, aux traitements, ou à d'éventuelles comorbidités somatiques, montre l'intérêt des notions d'empowerment et de l'éducation thérapeutique du patient et des familles, de son information afin de lui donner les clés pour qu'il puisse être le principal moteur de sa prise en charge et de le responsabiliser. Cependant, ces notions présentent également des limites, certains patients semblent nécessiter un accompagnement intensif et dans la durée.

Notre étude souligne le poids de la stigmatisation dans le défaut d'accès aux soins en santé mentale. Ce poids est partagé entre familles et patients. En effet on note une stigmatisation intériorisée par les patients : les patients ne souhaitaient pas être considérés comme des patients et donc refusaient d'accéder aux soins. Ils pouvaient également se considérer comme sans espoir de guérison ou dangereux. En provoquant une forme d'auto-exclusion, cela a un impact très défavorable sur l'accès et le pronostic de soins. Les familles, quant à elles, pouvaient souffrir de stigmatisation par association, où elles pouvaient être prises plus comme des « seconds patients » que comme des aidants ((75)). De plus nous notons un défaut de littératie : les troubles psychiatriques étaient méconnus, notamment chez les familles qui ne savaient pas comment se comporter avec leurs proches. La littératie est un facteur déterminant dans l'accès aux soins, elle intervient également dans le pronostic et la qualité de vie. En effet, plus la littératie est mauvaise, moins bon est l'accès aux soins et le pronostic. Cela souligne l'importance de développer des interventions en promotion de la santé pour améliorer la littératie.

Le système de soins psychiatriques français présente des modes de fonctionnement différents, entre les praticiens libéraux dont le choix est libre, et les praticiens publics sectorisés, ce qui génère des difficultés de compréhension et de repérage. Le système pouvait alors donner une impression de désorganisation globale, avec un manque de coordination et de structures ressources. Cela rappelle également l'importance des liens avec les médecins généralistes et leur rôle d'orientation en premier recours. Le système était également perçu comme rigide, inadapté, manquant de réactivité et de structures intermédiaires et donc

forçant le patient à s'y adapter et laissant de côté ceux qui n'y parvenaient pas. En apportant de la souplesse, les structures de soins communautaires à l'image des Groupes d'Entraide Mutuelle, semblent avoir leur place dans le système de soins en santé mentale français, et ce d'autant plus dans le contexte du « virage ambulatoire » et de la désinstitutionnalisation. Cette désinstitutionnalisation peut participer à améliorer la qualité de vie des patients avec troubles mentaux ((39)). Cependant, si elle n'est pas suivie de moyens financiers adéquats, il existe un risque de « transinstitutionnalisation » ((39), (54)).

Afin de diminuer au maximum les besoins non couverts des populations, une des solutions envisagées serait de développer des actions en « aller-vers » (outreach), notamment via le développement d'équipes mobiles de psychiatrie, ce qui pourrait également permettre de diminuer les inégalités sociales de santé ((45)). De plus, cela souligne l'intérêt de développer la pair-aidance, les cases managers qui peuvent servir de « navigators », qui en aidant les patients à mieux se repérer et s'orienter, peuvent améliorer leur pronostic ((76)).

Si on compare notre étude à la littérature internationale, notamment anglo-saxonne, nous retrouvons un impact moins important des barrières financières et de la notion de productivité. Cela s'explique par le fait qu'en France, nous bénéficions d'un système de santé mixte beveridgien et bismarckien, garantissant un accès aux soins universel, notamment depuis la création de la CMU (en 1999). De plus, via une compensation du handicap par la MDPH, des allocations permettent d'assurer un niveau de vie minimum aux personnes atteintes de troubles psychiques, il est moins important de maintenir une productivité liée au travail afin de subvenir à ses besoins (dans notre population, la moitié des patients étaient bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé).

Les barrières géographiques n'étaient pas les plus citées. Notre étude étant réalisée dans la métropole lyonnaise, la population provenait de milieux urbains ou péri-urbains, avec une forte densité de psychiatres et de psychologues, qu'ils exercent dans le secteur public ou dans le secteur privé. Cette population a donc moins de difficultés d'accessibilité, d'autant qu'il existe des transports en commun, que celle du milieu rural. Nos résultats auraient donc pu être différents si nous avions conduit notre étude dans ce milieu.

Dans notre population, nous retrouvons également un fort taux de patients atteints de schizophrénie (6/14), ce qui a pu influencer les résultats, notamment au niveau du poids de l'anosognosie. En effet, si nous avons, par exemple interviewé une majorité de patients avec

troubles anxieux, cela n'aurait peut-être pas été retrouvé. De plus, il est intéressant de noter que les participants dans le groupe « famille » était majoritairement des femmes, et plus particulièrement des mères de patients. Peut-être cela a-t-il pu avoir une influence sur les thèmes retrouvés.

#### **b) Impact clinique :**

La mise en évidence de ces déterminants a une importance clinique, d'autant plus dans le contexte français de désinstitutionnalisation et du développement d'équipes mobiles de psychiatre. Ils permettent en effet de mieux cibler la population de patients à risque d'avoir des besoins non couverts, et qui nécessitent donc une attention particulière dans une optique d'universalisme proportionné et de réduction des inégalités sociales de santé. De plus cette étude rappelle l'importance de l'alliance thérapeutique dans le processus de soins, et le poids de la stigmatisation que portent les personnes atteintes de troubles psychiques, ainsi que la nécessité de développer des interventions pour améliorer la littératie en santé mentale.

#### **c) Limitations :**

Certaines limites sont à prendre en considération. Ainsi, comme nous l'avons indiqué précédemment, cette étude a été réalisée en France et les résultats ne sont sans doute pas applicables dans d'autres contextes de soins car les soins psychiatriques dépendent fortement de l'organisation du système médical ainsi que de l'économie du pays.

Par ailleurs, nous avons eu des difficultés importantes pour recruter des patients (taux d'inclusion de 24 %) : d'une part, car il s'agit d'une population difficile qui échappe aux soins, d'autre part parce qu'elle pouvait être difficile à accrocher notamment du fait de symptômes encore actifs. Il a également pu exister une volonté de ne pas se surcharger. Cela a peut-être été majoré par l'épidémie de Sars Cov2. De plus, comme expliqué auparavant, un profil particulier des patients et des familles ont pu influencer nos résultats

D'autres biais sont à évoquer : d'une part les personnes les plus éloignées du soin sont probablement celles que nous n'avons pas interviewées (biais de de représentation) , d'autre part la désirabilité sociale, qui consiste à vouloir se présenter de manière favorable à ses interlocuteurs.

### III. Conclusion :

Cette étude a utilisé une méthodologie qualitative basée sur une analyse thématique d'entretiens semi-directifs afin de mettre en évidence des déterminants du non-accès aux soins en santé mentale. Nos résultats sont organisés en 4 thèmes regroupant les obstacles principaux empêchant l'accès aux soins : les barrières comportementales et psychologiques, les barrières socio-économiques, les barrières structurelles et les barrières physiques. Ils comprennent à la fois des facteurs qui se rattachent à l'individu, aux professionnels de santé mais également au système de soins et à la société dans son ensemble. Ces résultats sont conformes à ce que l'on retrouve dans la littérature internationale, avec des particularités liées au système de soins français et au territoire de l'étude. Les résultats de l'étude ACSESS pourraient être utilisés pour bâtir le protocole d'une étude prospective permettant d'analyser plus finement les déterminants du non-accès aux soins.

#### IV. Bibliographie

1. OMS | Une personne sur quatre souffre de troubles mentaux [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.who.int/whr/2001/media\\_centre/press\\_release/fr/](https://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/fr/)
2. Alonso J, Codony M, Kovess V, Angermeyer MC, Katz SJ, Haro JM, et al. Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* avr 2007;190:299-306.
3. Boerma T, Eozenou P, Evans D, Evans T, Kieny M-P, Wagstaff A. Monitoring Progress towards Universal Health Coverage at Country and Global Levels. *PLOS Med.* 22 sept 2014;11(9):e1001731.
4. Fradgley EA, Paul CL, Bryant J. A systematic review of barriers to optimal outpatient specialist services for individuals with prevalent chronic diseases: what are the unique and common barriers experienced by patients in high income countries? *Int J Equity Health.* 9 juin 2015;14:52.
5. Barbato A, Vallarino M, Rapisarda F, Lora A. ACCESS TO MENTAL HEALTH CARE IN EUROPE. :41.
6. 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.
7. Gouvernement du Canada SC. Besoins non satisfaits de soins de santé : évolution - ARCHIVÉ [Internet]. 2021 [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2001003/article/6101-fra.pdf>
8. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B. The Treatment Gap in Mental Health Care. *Bull World Health Organ.* 1 déc 2004;82:858-66.
9. Kohn R, Ali AA, Puac-Polanco V, Figueroa C, López-Soto V, Morgan K, et al. Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Rev Panam Salud Pública* [Internet]. 2018 [cité 5 août 2020];42. Disponible sur: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/49540>
10. 2016 National Survey on Drug Use and Health: Detailed Tables. :2889.
11. Urbanoski K, Inglis D, Veldhuizen S. Service Use and Unmet Needs for Substance Use and Mental Disorders in Canada. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* août 2017;62(8):551-9.
12. Lora A, Kohn R, Levav I, McBain R, Morris J, Saxena S. Service availability and utilization and treatment gap for schizophrenic disorders: a survey in 50 low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ.* 1 janv 2012;90(1):47-54B.
13. Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Benjet C, Bruffaerts R, et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med.* 2018;48(9):1560-71.

14. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2 juin 2004;291(21):2581-90.
15. Jörg F, Visser E, Ormel J, Reijneveld SA, Hartman CA, Oldehinkel AJ. Mental health care use in adolescents with and without mental disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. mai 2016;25(5):501-8.
16. Danet S, Trugeon A, Chauvin P, Estecahandy P, Cases C, Gonzalez L, et al. 8 Les caractéristiques des inégalités sociales de santé. :51.
17. Chiu M, Amartey A, Wang X, Kurdyak P. Ethnic Differences in Mental Health Status and Service Utilization: A Population-Based Study in Ontario, Canada. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 2018;63(7):481-91.
18. Jang Y, Yoon H, Park NS, Rhee M, Chiriboga DA. Mental Health Service Use and Perceived Unmet Needs for Mental Health Care in Asian Americans. *Community Ment Health J*. févr 2019;55(2):241-8.
19. J O, A G, M S, Hu W, B J. The economic cost of brain disorders in Europe [Internet]. Vol. 19, *European journal of neurology*. *Eur J Neurol*; 2012 [cité 13 août 2020]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22175760/>
20. Andrade LH, Alonso J, Mneimneh Z, Wells JE, Al-Hamzawi A, Borges G, et al. Barriers to Mental Health Treatment: Results from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Psychol Med*. avr 2014;44(6):1303-17.
21. Yang JC, Roman-Urrestarazu A, McKee M, Brayne C. Demographic, socioeconomic, and health correlates of unmet need for mental health treatment in the United States, 2002–16: evidence from the national surveys on drug use and health. *Int J Equity Health*. déc 2019;18(1):122.
22. Dezetter A, Duhoux A, Menear M, Roberge P, Chartrand E, Fournier L. Reasons and Determinants for Perceiving Unmet Needs for Mental Health in Primary Care in Quebec. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. juin 2015;60(6):284-93.
23. Bonnet C. Stigmate, les usages sociaux des handicaps. :10.
24. La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale [Internet]. [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.elsevier-masson.fr/la-stigmatisation-en-psychiatrie-et-en-sante-mentale-9782294712043.html>
25. Overton SL, Medina SL. The Stigma of Mental Illness. 2008;86:10.
26. Bos AER, Pryor JB, Reeder GD, Stutterheim SE. Stigma: Advances in Theory and Research. *Basic Appl Soc Psychol*. janv 2013;35(1):1-9.
27. Sanden RLM van der, Bos AER, Stutterheim SE, Pryor JB, Kok G. Stigma by Association Among Family Members of People with a Mental Illness: A Qualitative Analysis. *J Community Appl Soc Psychol*. 2015;25(5):400-17.

28. Hatzenbuehler ML. Structural Stigma and Health Inequalities: Research Evidence and Implications for Psychological Science. *Am Psychol.* nov 2016;71(8):742-51.
29. Schnyder N, Panczak R, Groth N, Schultze-Lutter F. Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* avr 2017;210(4):261-8.
30. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health.* 25 janv 2012;12(1):80.
31. Kutcher S, Wei Y, Coniglio C. Mental Health Literacy. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* mars 2016;61(3):154-8.
32. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Ann Intern Med.* 19 juill 2011;155(2):97-107.
33. Easton P, Entwistle VA, Williams B. How the stigma of low literacy can impair patient-professional spoken interactions and affect health: insights from a qualitative investigation. *BMC Health Serv Res.* 16 août 2013;13(1):319.
34. Lorant V, de Gelder R, Kapadia D, Borrell C, Kalediene R, Kovács K, et al. Socioeconomic inequalities in suicide in Europe: the widening gap. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2018;212(6):356-61.
35. Cummings JR, Allen L, Clennon J, Ji X, Druss BG. Geographic access to specialty mental health care across high- and low-income U.S. communities. *JAMA Psychiatry.* 1 mai 2017;74(5):476-84.
36. van Spijker BA, Salinas-Perez JA, Mendoza J, Bell T, Bagheri N, Furst MA, et al. Service availability and capacity in rural mental health in Australia: Analysing gaps using an Integrated Mental Health Atlas. *Aust N Z J Psychiatry.* 2019;53(10):1000-12.
37. Fortney J, Rost K, Zhang M, Warren J. The impact of geographic accessibility on the intensity and quality of depression treatment. *Med Care.* sept 1999;37(9):884-93.
38. Rapport d'ENOC sur la santé mentale des enfants et des adolescents en Europe [Internet]. Défenseur des Droits. 2018 [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.defenseurdesdroits.fr/fr/rapports/2018/09/rapport-denoc-sur-la-sante-mentale-des-enfants-et-des-adolescents-en-europe>
39. Thornicroft G, Deb T, Henderson C. Community mental health care worldwide: current status and further developments. *World Psychiatry.* oct 2016;15(3):276-86.
40. Bueltzingsloewen I von. Les « aliénés » morts de faim dans les hopitaux psychiatriques français sous l'Occupation. *Vingtieme Siecle Rev Hist.* 2002;no 76(4):99-115.
41. Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Boyce T, McNeish D, Grady M, et al. The Marmot review: Fair society, healthy lives. *Strateg Rev Health Inequalities Engl Post-2010 Lond*



Marmot Rev. 2010;

42. Mental health action plan 2013 - 2020 [Internet]. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241506021>
43. Anonymous. EU-Compass for Action on Mental Health and Well-being [Internet]. Public Health - European Commission. 2016 [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: [https://ec.europa.eu/health/non\\_communicable\\_diseases/mental\\_health/eu\\_compass\\_en](https://ec.europa.eu/health/non_communicable_diseases/mental_health/eu_compass_en)
44. Baur C, Martinez LM, Tchangalova N, Rubin D. A Review and Report of Community-Based Health Literacy Interventions [Internet]. Community-Based Health Literacy Interventions: Proceedings of a Workshop. National Academies Press (US); 2018 [cité 10 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK500372/>
45. Wahlbeck K, Cresswell-Smith J, Haaramo P, Parkkonen J. Interventions to mitigate the effects of poverty and inequality on mental health. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1 mai 2017;52(5):505-14.
46. Evans-Lacko S, Corker E, Williams P, Henderson C, Thornicroft G. Effect of the Time to Change anti-stigma campaign on trends in mental-illness-related public stigma among the English population in 2003–13: an analysis of survey data. *Lancet Psychiatry*. 1 juill 2014;1(2):121-8.
47. Phillips SD, Burns BJ, Edgar ER, Mueser KT, Linkins KW, Rosenheck RA, et al. Moving Assertive Community Treatment Into Standard Practice. *Psychiatr Serv*. 1 juin 2001;52(6):771-9.
48. Publishing HH. Assertive community treatment [Internet]. Harvard Health. [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.health.harvard.edu/newsletter\\_article/assertive-community-treatment](https://www.health.harvard.edu/newsletter_article/assertive-community-treatment)
49. Burns T. The rise and fall of assertive community treatment? *Int Rev Psychiatry*. janv 2010;22(2):130-7.
50. Nielsen CM, Hjorthøj C, Killaspy H, Nordentoft M. The effect of flexible assertive community treatment in Denmark: a quasi-experimental controlled study. *Lancet Psychiatry*. janv 2021;8(1):27-35.
51. CAB\_Solidarites, CAB\_Solidarites. Feuille de route - Santé mentale et psychiatrie - Jeudi 28 juin 2018 [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 30 déc 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/dossiers-de-presse/article/feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-jeudi-28-juin-2018>
52. DICOM\_Marie.M, DICOM\_Marie.M. Ouverture des Groupes d'Entraide Mutuelle [Internet]. Secrétariat d'État auprès du Premier ministre chargé des Personnes handicapées. 2021 [cité 11 janv 2021]. Disponible sur: <https://handicap.gouv.fr/presse/communiqués-de-presse/article/ouverture-des-groupes-d-entraide-mutuelle>
53. Evaluation qualitative des effets produits par les GEM sur les situations de vie de leurs adhérents – ANCREAI [Internet]. [cité 12 janv 2021]. Disponible sur:

<http://ancreai.org/etudes/evaluation-qualitative-des-effets-produits-par-les-gem-sur-les-situations-de-vie-de-leurs-adherents/>

54. Winkler P, Barrett B, McCrone P, Csémy L, Janoušková M, Höschl C. Deinstitutionalised patients, homelessness and imprisonment: systematic review. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* mai 2016;208(5):421-8.
55. Lamb J, Bower P, Rogers A, Dowrick C, Gask L. Access to mental health in primary care: a qualitative meta-synthesis of evidence from the experience of people from « hard to reach » groups. *Health Lond Engl* 1997. janv 2012;16(1):76-104.
56. Alonso J, Codony M, Kovess V, Angermeyer MC, Katz SJ, Haro JM, et al. Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* avr 2007;190:299-306.
57. 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.
58. Clement S, Schauman O, Graham T, Maggioni F, Evans-Lacko S, Bezborodovs N, et al. What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med.* janv 2015;45(1):11-27.
59. Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G. Mental illness stigma, help seeking, and public health programs. *Am J Public Health.* mai 2013;103(5):777-80.
60. Mojtabai R, Olfson M, Sampson NA, Jin R, Druss B, Wang PS, et al. Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med.* août 2011;41(8):1751-61.
61. O'Connor PJ, Martin B, Weeks CS, Ong L. Factors that influence young people's mental health help-seeking behaviour: a study based on the Health Belief Model. *J Adv Nurs.* nov 2014;70(11):2577-87.
62. Payne RA, Abel GA, Guthrie B, Mercer SW. The effect of physical multimorbidity, mental health conditions and socioeconomic deprivation on unplanned admissions to hospital: a retrospective cohort study. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 19 mars 2013;185(5):E221-228.
63. Rickwood DJ, Mazzer KR, Telford NR. Social influences on seeking help from mental health services, in-person and online, during adolescence and young adulthood. *BMC Psychiatry.* 7 mars 2015;15:40.
64. Olfson M, Mojtabai R, Sampson NA, Hwang I, Kessler RC. Dropout from Outpatient Mental Health Care in the United States. *Psychiatr Serv Wash DC.* juill 2009;60(7):898-907.
65. Sibeoni J. L'apport des méthodes qualitatives dans la recherche sur les soins en psychiatrie de l'adolescent. :250.
66. Mohamed S, Rosenheck R, Swartz M, Stroup S, Lieberman JA, Keefe RSE. Relationship of cognition and psychopathology to functional impairment in schizophrenia. *Am J*

Psychiatry. août 2008;165(8):978-87.

67. Siu CO, Harvey PD, Agid O, Wayne M, Brambilla C, Choi W-K, et al. Insight and subjective measures of quality of life in chronic schizophrenia. *Schizophr Res Cogn*. 1 sept 2015;2(3):127-32.

68. Lysaker PH, Pattison ML, Leonhardt BL, Phelps S, Vohs JL. Insight in schizophrenia spectrum disorders: relationship with behavior, mood and perceived quality of life, underlying causes and emerging treatments. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. févr 2018;17(1):12-23.

69. Sharf J, Primavera LH, Diener MJ. Dropout and therapeutic alliance: a meta-analysis of adult individual psychotherapy. *Psychotherapy*. déc 2010;47(4):637-45.

70. ALD n°23 - Schizophrénies [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_565630/fr/ald-n23-schizophrenies](https://www.has-sante.fr/jcms/c_565630/fr/ald-n23-schizophrenies)

71. Overview | Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg178>

72. Javed A, Herrman H. Involving patients, carers and families: an international perspective on emerging priorities. *BJPsych Int*. 1 févr 2017;14(1):1-4.

73. Dirik A, Sandhu S, Giacco D, Barrett K, Bennison G, Collinson S, et al. Why involve families in acute mental healthcare? A collaborative conceptual review. *BMJ Open*. 1 sept 2017;7(9):e017680.

74. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 8 déc 2010;(12):CD000088.

75. Rowaert S, Vandeveld S, Lemmens G, Vanderplasschen W, Vander Beken T, Vander Laenen F, et al. The role and experiences of family members during the rehabilitation of mentally ill offenders: *Int J Rehabil Res*. mars 2016;39(1):11-9.

76. Griswold KS, Homish GG, Pastore PA, Leonard KE. A Randomized Trial: Are Care Navigators Effective in Connecting Patients to Primary Care after Psychiatric Crisis? *Community Ment Health J*. août 2010;46(4):398-402.

## V. Conclusions signées :



Nom, prénom du candidat : Fahmi Morgan.

### CONCLUSIONS

Les besoins de soins en santé mentale non couverts, désignés sous les termes anglo-saxons d'*unmet needs* ou de *treatment gap*, correspondent à un nombre important de situations psychiatriques pour lesquelles aucun accès à des soins spécialisés n'est effectif. Ils correspondent à une part non négligeable des personnes souffrant de troubles mentaux, puisque près de 48% d'entre elles ne bénéficieraient pas des soins nécessaires (Alonzo, 2007). Les études portant sur les besoins de santé mentale non couverts ont surtout permis d'avoir une vue d'ensemble sur l'ampleur du phénomène, à travers des données épidémiologiques. Aucune étude n'a jusqu'à présent pu déterminer de manière précise les caractéristiques des personnes répondant à la catégorie des besoins de soins en santé mentale non couverts, en grande partie du fait de la difficulté à entrer en contact avec ces personnes.

L'étude ACSESS – quali (Analyse Cartographique et Socio-démographique du non-accès aux soins – partie qualitative) est une étude monocentrique qui a eu lieu dans la métropole de Lyon, avec des patients issus d'une cohorte provenant d'une équipe mobile de psychiatrie, Psymobile. Celle-ci est mobilisable par la famille, soignants, travailleurs sociaux ou le patient lui-même. Elle suit le principe de l'"aller-vers" ("outreach" en anglais) afin de favoriser l'accès aux soins des patients qui n'en bénéficie pas. L'objectif de l'étude ACSESS était de formuler des hypothèses concernant les facteurs de non-accès aux soins psychiatriques (incluant les ruptures de soins).

Il s'agit d'une étude qualitative transversale exploratoire, par entretiens semi-dirigés individuels. Nous avons choisi une méthode qualitative afin d'avoir accès à des données individuelles, « en profondeur » sur les facteurs influençant l'accès aux soins. Le critère d'évaluation principal était la récurrence de thématiques identifiées dans les entretiens. Nous avons réalisé 14 entretiens semi-directifs avec des patients et 19 avec des familles de patients, entre février 2019 et septembre 2020. Tous les entretiens ont été réalisés en présentiel, soit chez les patients, soit dans les locaux du service hospitalo-universitaire du Centre Hospitalier Le Vinatier, sauf un au téléphone



À la suite de l'analyse thématique de ces entretiens, nous avons retrouvé 4 thèmes regroupant les obstacles principaux empêchant l'accès aux soins : les barrières comportementales et psychologiques, les barrières socio-économiques, les barrières structurelles et les barrières physiques. Il est intéressant de noter que nous n'avons pas retrouvé de différence entre les attentes des patients et des familles, les thèmes retrouvés étant les mêmes dans ces deux populations. Ils comprennent à la fois des facteurs qui se rattachent à l'individu, aux professionnels de santé mais également au système de soins et à la société dans son ensemble.

La mise en évidence de ces déterminants a une importance clinique, d'autant plus dans le contexte français de désinstitutionalisation et du développement d'équipes mobiles de psychiatre. Ils permettent en effet de mieux cibler la population de patients à risque d'avoir des besoins non couverts et d'échapper aux soins, nécessitant donc une attention particulière dans une optique d'universalisme proportionné et de réduction des inégalités sociales de santé. De plus ils rappellent l'importance de l'alliance thérapeutique dans le processus de soins, et le poids de la stigmatisation que portent les personnes atteintes de troubles psychiques, ainsi que la nécessité de développer des interventions pour améliorer la littératie en santé mentale. Ces résultats sont conformes à ce que l'on retrouve dans la littérature internationale, avec des particularités liées au système de soins français et au territoire de l'étude. Les résultats de l'étude ACSESS pourraient être utilisés pour bâtir le protocole d'une étude prospective permettant d'analyser plus finement les déterminants du non-accès aux soins.

**Le Président de la thèse,  
Professeur Emmanuel POULET**

GROUPEMENT HOSPITALIER CENTRE  
HOPITAL EDOUARD HERRIOT  
Pavillon N - Psychiatrie des Urgences  
Pr. E. POULET (RPPS 10003103008)  
69437 LYON CEDEX 03

**Vu :  
Pour le Président de l'Université,  
Le Doyen de l'UFR de Médecine Lyon Est**

Pr Gilles ROSE  
  
FACULTÉ DE MÉDECINE  
LYON EST  
**Professeur Gilles ROSE**  
Vu et permis d'imprimer

Lyon, le 12 JANVIER 2021



## Annexe

Tableau 3 : Guide d'entretien.

### 1. Information :

« Madame, Monsieur, vous avez accepté de répondre à quelques questions dans le cadre de l'étude ACSESS-quali et nous vous en remercions. Je vous rappelle que vous avez le droit d'interrompre cet entretien à tout moment, sans devoir en expliquer la raison. Par ailleurs, le fait de refuser de participer à cet entretien sera sans influence sur les soins qui pourraient vous être apportés. Notre entretien sera enregistré puis retranscrit de manière anonyme afin d'être analysé. Pouvez-vous me confirmer votre accord pour cet entretien ? »

### 2. Ouverture :

« Nous vous avons sollicité car vous avez été pris en charge par l'équipe Psymobile et que nous souhaiterions connaître les difficultés que vous avez pu avoir pour accéder à des soins en santé mentale. »

*Faire confirmer la présence de difficultés.*

Est-ce que ces soins ont été une réponse appropriée à des difficultés que vous avez pu avoir au quotidien ?

### 3. Informations à propos du participant.

Donc juste avant de commencer si vous l'acceptez est-ce que vous pouvez me donner votre niveau de diplôme.

Votre métier ?

Votre assurance santé ?

Et votre état civil ? vous êtes marié ?

Par rapport à vos revenus en euros, vous vous situez entre 0 et 500, 500 et 1000 et 1700, 1700 et 2500 ou plus de 2500 ?

### 4 . Question générale :

« Quelles sont à votre avis les raisons qui peuvent expliquer les difficultés que vous avez eues à accéder à des soins ? »

### 5. Raison principale :

« Quelle est pour vous le principal élément pouvant expliquer vos difficultés d'accès aux soins ? »

### 6. Conclusion :

« Merci d'avoir accepté cet entretien. Souhaitez-vous ajouter quelque chose ? »

### 7. Vécu de l'entretien par le participant.

« Comment avez-vous vécu cet entretien ? ».



**FAHMI Morgan**

**Analyse cartographique et socio-économique du non-accès aux soins de santé mentale – volet qualitatif**

**RESUME**

L'étude ACSESS – quali (analyse cartographique et socio-économique du non-accès aux soins de santé mentale– volet qualitatif) avait pour but de déterminer des facteurs influençant le non-accès en soins en psychiatrie.

Cette étude monocentrique a eu lieu dans la métropole de Lyon, avec des patients issus d'une cohorte provenant d'une équipe mobile de psychiatrie, Psymobile. Celle-ci est mobilisable par la famille, soignants, travailleurs sociaux ou le patient lui-même. Elle suit le principe de l'"aller-vers" ("outreach" en anglais) afin de favoriser l'accès aux soins des patients qui n'en bénéficie pas. Nous avons réalisé 14 entretiens semi-directifs avec des patients et 19 avec des familles de patients.

À la suite de l'analyse thématique de ces entretiens, nous avons retrouvé 4 thèmes regroupant les obstacles principaux empêchant l'accès aux soins : les barrières comportementales et psychologiques, les barrières socio-économiques, les barrières structurelles et les barrières physiques. Ils comprennent à la fois des facteurs qui se rattache à l'individu, aux professionnels de santé mais également au système de soins et à la société dans son ensemble. Ces résultats sont conformes à ce que l'on retrouve dans la littérature internationale, avec des particularités liées au système de soins français et au territoire de l'étude.

**MOTS CLES**

Accès aux soins, besoins non couverts en santé mentale, aller-vers, littérature en santé mentale.

**JURY**

Président : Monsieur le Professeur POULET Emmanuel  
Membres : Monsieur le Professeur FOURNERET Pierre  
Monsieur le Professeur d'AMATO Thierry  
Monsieur le Docteur CHAULIAC Nicolas

**SOUTENANCE Lundi 22 février 2021**

**ADRESSE POSTALE**

39 route de Vienne 69007 LYON  
morgan.fahmi@gmail.com