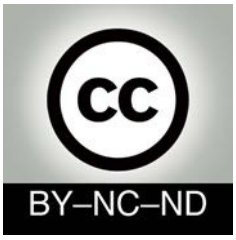
http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 France (CC BY-NC-ND 4.0)



https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.fr

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

ANNÉE 2023 - N° 370

QUELLES SONT LES PRINCIPALES BARRIÈRES À LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS ATTEINTS DE DÉPRESSION PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU 8ème ARRONDISSEMENT DE LYON ?

THESE D'EXERCICE EN MÉDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1

Et soutenue publiquement le 12 décembre 2023

En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

Débora SNEED

Née le 16 janvier 1995 à Paris XXème

Sous la direction du Docteur Hubert MAISONNEUVE

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Université Claude Bernard Lyon 1

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

Président de l'Université	Frédéric FLEURY
Président du Conseil Académique et de la Commission Recherche	Hamda BEN HADID
Vice-Président du Conseil d'Administration	Didier REVEL
Vice-Présidente de la Commission Formation	Céline BROCHIER
Vice-Président Relations Hospitalo-Universitaires	Jean François MORNEX
Directeur général des services	Pierre ROLLAND

SECTEUR SANTE

Doyen de l'UFR de Médecine Lyon-Est	Gilles RODE
Doyen de l'UFR de Médecine et de Maïeutique Lyon Sud - Charles Mérieux	Philippe PAPAREL
Doyen de l'Institut des Sciences Pharmaceutiques et Biologiques (ISPB)	Claude DUSSART
Doyen de l'UFR d'Odontologie	Jean-Christophe MAURIN
Directeur de l'Institut des Sciences & Techniques de Réadaptation (ISTR)	Jacques LUAUTÉ
Présidente du Comité de Coordination des Études Médicales	Carole BURILLON

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIE

Directrice de l'UFR Biosciences	Kathrin GIESELER
Directeur de l'UFR Faculté des Sciences	Bruno ANDRIOLETTI
Directeur de l'UFR Sciences & Techniques des Activités Physiques et Sportives (STAPS)	Guillaume BODET
Directeur de Polytech Lyon	Emmanuel PERRIN
Directeur de l'Institut Universitaire de Technologie Lyon 1 (IUT)	Michel MASSENZIO
Directeur de l'Institut des Science Financière & Assurances (ISFA)	Nicolas LEBOISNE

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Université Claude Bernard Lyon 1

Directeur de l'Observatoire de Lyon	Bruno GUIDERDONI
Directeur de l'Institut National Supérieur du Professorat & de l'Éducation (INSPÉ)	Pierre CHAREYRON
Directrice du Département-composante Génie Électrique & des Procédés (GEP)	Rosaria FERRIGNO
Directrice du Département-composante Informatique	Saida BOUAZAK BRONDEL
Directeur du Département-composante Mécanique	Marc BUFFAT

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Faculté de médecine Lyon-Est
Liste des enseignants 2022/2023

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe Exceptionnelle – Echelon 2

BLAY	JEAN-YVES	Cancérologie - Radiothérapie
BORSON-CHAZOT	FRANCOISE	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques – Gynécologie médicale.
CHASSARD	DOMINIQUE	Anesthésie-réanimation – Médecine d'urgence
CLARIS	OLIVIER	Pédiatrie
COLIN	CYRILLE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
D'AMATO	THIERRY	Psychiatrie d'adulte – Addictologie
DOUEK	CHARLES PHILIPPE	Radiologie et imagerie médicale
DUCERF	CHRISTIAN	Chirurgie viscérale et digestive
FINET	GERARD	Cardiologie
GAUCHERAND	PASCAL	Gynécologie-obstétrique – Gynécologie médicale
HONNORAT	JEROME	Neurologie
LACHAUX	ALAIN	Pédiatrie
LINA	BRUNO	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
MIOSSEC	PIERRE	Immunologie
MORNEX	JEAN-FRANÇOIS	Pneumologie - Addictologie
MOULIN	PHILIPPE	Nutrition
NIGHOGHOSSIAN	NORBERT	Neurologie
OBADIA	JEAN-FRANÇOIS	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
PONCHON	THIERRY	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie
REVEL	DIDIER	Radiologie et imagerie médicale
RIVOIRE	MICHEL	Cancérologie - Radiothérapie
VANDENESCH	FRANCOIS	Bactériologie-virologie – Hygiène hospitalière
ZOULIM	FABIEN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers
Classe Exceptionnelle – Echelon 1

ARGAUD	LAURENT	Réanimation – Médecine intensive
BADET	LIONEL	Urologie
BERTRAND	YVES	Pédiatrie
CHEVALIER	PHILIPPE	Cardiologie
COTTIN	VINCENT	Pneumologie - Addictologie
DELAHAYE	FRANCOIS	Cardiologie
DENIS	PHILIPPE	Ophtalmologie
DI FILIPPO	SYLVIE	Cardiologie
DUMONTET	CHARLES	Hématologie - Transfusion
DURIEU GUEDON	ISABELLE	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

EDERY	CHARLES PATRICK	Génétique
FAUVEL	JEAN-PIERRE	Thérapeutique – Médecine de la douleur - Addictologie
FROMENT	CAROLINE	Physiologie
GUEYFFIER	FRANCOIS	Pharmacologie fondamentale – Pharmacologie clinique – Addictologie.
JULLIEN	DENIS	Dermatologie - Vénérologie
KODJIKIAN	LAURENT	Ophtalmologie
MABRUT	JEAN-YVES	Chirurgie générale
MERTENS	PATRICK	Anatomie
MORELON	EMMANUEL	Néphrologie
RODE	GILLES	Médecine physique et de réadaptation
SCHAEFFER	LAURENT	Biologie cellulaire
SCHOTT PETHELAZ	ANNE-MARIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
TRUY	ERIC	Oto-rhino-laryngologie
TURJMAN	FRANCIS	Radiologie et imagerie médicale
VUKUSIC	SANDRA	Neurologie

Professeur des universités – Praticiens Hospitaliers
Première classe

ADER	FLORENCE	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
AUBRUN	FREDERIC	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d'urgence
BERTHEZENE	YVES	Radiologie et imagerie médicale
BESSEREAU	JEAN-LOUIS	Biologie cellulaire
BOUSSEL	LOIC	Radiologie et imagerie médicale
BUZLUCA DARGAUD	GAMZE YESIM	Hématologie - Transfusion
CALENDER	ALAIN	Génétique
CHAPURLAT	ROLAND	Rhumatologie
CHARBOTEL COING-BOYAT	BARBARA	Médecine et santé au travail
COLOMBEL	MARC	Urologie
COTTON	FRANCOIS	Radiologie et imagerie médicale
DAVID	JEAN-STEPHANE	Anesthésiologie -réanimation – Médecine d'urgence
DEVOUASSOUX	MOJGAN	Anatomie et cytologie pathologiques
DUBERNARD	GIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
DUBOURG	LAURENCE	Physiologie
DUCLOS	ANTOINE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DUMORTIER	JEROME	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
FANTON	LAURENT	Médecine légale
FELLAHI	JEAN-LUC	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d'urgence
FERRY	TRISTAN	Maladies infectieuses – Maladies tropicales
FOURNERET	PIERRE	Pédopsychiatrie ; addictologie
GUENOT	MARC	Neurochirurgie
GUIBAUD	LAURENT	Radiologie et imagerie médicale
HOT	ARNAUD	Médecine interne
HUISSOUD	CYRIL	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
JACQUIN COURTOIS	SOPHIE	Médecine physique et de réadaptation
JARRAUD	SOPHIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
JAVOUHEY	ETIENNE	Pédiatrie
JUILLARD	LAURENT	Néphrologie

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

KROLAK-SALMON	PIERRE	Médecine interne – Gériatrie et biologie du vieillissement – Médecine générale - Addictologie
LEJEUNE	HERVE	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
LEVRERO	MASSIMO	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MERLE	PHILIPPE	Gastroentérologie - Hépatologie - Addictologie
MICHEL	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
MURE	PIERRE-YVES	Chirurgie infantile
NICOLINO	MARC	Pédiatrie
PERETTI	NOËL	Nutrition
PICOT	STEPHANE	Parasitologie et mycologie
PONCET	GILLES	Chirurgie viscérale et digestive
POULET	EMMANUEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
RAVEROT	GERALD	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques - Gynécologie médicale
RAY-COQUARD	ISABELLE	Cancérologie - Radiothérapie
RICHARD	JEAN-CHRISTOPHE	Réanimation – Médecine d'urgence
ROBERT	MAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROMAN	SABINE	Physiologie
ROSSETTI	YVES	Physiologie
ROUVIERE	OLIVIER	Radiologie et imagerie médicale
ROY	PASCAL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
SAOUD	MOHAMED	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
THAUNAT	OLIVIER	Néphrologie
VANHEMS	PHILIPPE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
WATTEL	ERIC	Hématologie - Transfusion

Professeur des universités – Praticiens Hospitaliers
Seconde classe

BACCHETTA	JUSTINE	Pédiatrie
BOUVET	LIONEL	Anesthésiologie-réanimation - Médecine péri opératoire
BUTIN	MARINE	Pédiatrie
CHARRIERE	SYBIL	Nutrition
CHENE	GAUTIER	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COLLARDEAU FRACHON	SOPHIE	Anatomie et cytologie pathologiques
CONFAVREUX	CYRILLE	Rhumatologie
COUR	MARTIN	Médecine intensive de réanimation
CROUZET	SEBASTIEN	Urologie
CUCHERAT	MICHEL	Pharmacologie fondamentale - Pharmacologie Clinique - Addictologie
DI ROCCO	FEDERICO	Neurochirurgie
DUCRAY	FRANCOIS	Neurologie
DURUISSEAUX	MICHAEL	Pneumologie - Addictologie
EKER	OMER	Radiologie et imagerie médicale
GILLET	YVES	Pédiatrie
GLEIZAL	ARNAUD	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GUEBRE-EGZIABHER	FITSUM	Néphrologie
HARBAOUI	BRAHIM	Cardiologie
HENAINE	ROLAND	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
JANIER	MARC	Biophysique et médecine nucléaire

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

LEMOINE	SANDRINE	Physiologie
LESCA	GAETAN	Génétique
LOPEZ	JONATHAN	Biochimie et biologie moléculaire
LUKASZEWICZ-NOGRETTE	ANNE-CLAIRE	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
MEWTON	NATHAN	Cardiologie
MEYRONET	DAVID	Anatomie et cytologie pathologiques
MILLON	ANTOINE	Chirurgie vasculaire - Médecine vasculaire
MOHKAM	KAYVAN	Chirurgie viscérale et digestive
MONNEUSE	OLIVIER	Chirurgie viscérale et digestive
NATAF	SERGE	Histologie - Embryologie - Cytogénétique
PIOCHE	MATHIEU	Gastroentérologie
RHEIMS	SYLVAIN	Neurologie
RIMMELE	THOMAS	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
SAINTIGNY	PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
THIBAULT	HELENE	Cardiologie
VENET	FABIENNE	Immunologie
VOLPE-HAEGELEN	CLAIRE	Neurochirurgie

Professeur des universités

Classe exceptionnelle 1

PERRU	OLIVIER	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques

Professeur des universités – Médecine Générale
Classe exceptionnelle 1

LETRILLIART	LAURENT

Professeurs associés de Médecine Générale

FARGE	THIERRY
LAINE	XAVIER
PIGACHE	CHRISTOPHE

Professeurs associés d'autres disciplines

GAZARIAN	ARAM	Chirurgie orthopédique
CHVETZOFF	GISELE	Médecine palliative
LOMBARD-BOHAS	CATHERINE	Cancérologie

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe

BENCHAIB	MEHDI	Biologie et médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
CHALABREYSSE	LARA	Anatomie et cytologie pathologiques
COZON	GREGOIRE	Immunologie
HERVIEU	VALERIE	Anatomie et cytologie pathologiques
KOLOPP SARDA	MARIE-NATHALIE	Immunologie
MENOTTI	JEAN	Parasitologie et mycologie

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

PLOTTON	INGRID	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RABILLOUD-FERRAND	MURIEL	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
STREICHENBERGER	NATHALIE	Anatomie et cytologie pathologiques
TARDY GUIDOLLET	VERONIQUE	Biochimie et biologie moléculaire
TRISTAN	ANNE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Hors Classe – Echelon Exceptionnel

BRINGUIER	PIERRE	Cytologie et histologie
PERSAT	FLORENCE	Parasitologie et mycologie
PIATON	ERIC	Cytologie et histologie
SAPPEY-MARINIER	DOMINIQUE	Biophysique et médecine nucléaire

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Première classe

BONTEMPS	LAURENCE	Biophysique et médecine nucléaire
CASALEGNO	JEAN-SEBASTIEN	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
COUTANT	FREDERIC	Immunologie
CURIE	AURORE	Pédiatrie
ESCURET PONCIN	VANESSA	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
HAESEBAERT	JULIE	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
JACQUESSON	TIMOTHEE	Anatomie
JOSSET	LAURENCE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
VASILJEVIC	ALEXANDRE	Anatomie et cytologie pathologiques
VLAEMINCK GUILLEM	VIRGINIE	Biochimie et biologie moléculaire

Maîtres de conférences – Praticiens hospitaliers
Seconde classe

BAUDIN	FLORENT	Pédiatrie
BITKER (stagiaire)	LAURENT	Médecine intensive de réanimation
BOUCHIAT SARABI	CORALIE	Bactériologie-virologie - Hygiène hospitalière
BOUTY-LECAT	AURORE	Chirurgie infantile
CORTET	MARION	Gynécologie-obstétrique - Gynécologie médicale
COUTIER-MARIE	LAURIANNE	Pédiatrie
DOREY	JEAN-MICHEL	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
DUPONT	DAMIEN	Parasitologie et mycologie
HAESEBAERT	FREDERIC	Psychiatrie d'adultes - Addictologie
KOENIG	ALICE	Immunologie
LACOIN REYNAUD	QUITTERIE	Médecine interne - Gériatrie - Addictologie
LILOT	MARC	Anesthésiologie-réanimation - Médecine d'urgence
NGUYEN CHU	HUU KIM	Pédiatrie
PASQUER	ARNAUD	Chirurgie viscérale et digestive
ROUCHER BOULEZ	FLORENCE	Biochimie et biologie moléculaire
SIMONET	THOMAS	Biologie cellulaire
VILLANI	AXEL	Dermatologie - Vénéréologie

Maîtres de conférences

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Hors classe

GOFFETTE	JEROME	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
VIGNERON	ARNAUD	Biochimie, biologie

Maîtres de conférences
Classe normale

DALIBERT	LUCIE	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
LASSERRE	EVELYNE	Ethnologie, préhistoire et anthropologie biologique
LECHOPIER	NICOLAS	Epistémologie Histoire des Sciences et techniques
NAZARE	JULIE-ANNE	Physiologie
PANTHU	BAPTISTE	Biologie cellulaire
VINDRIEUX	DAVID	Physiologie

Maîtres de conférences de Médecine Générale

CHANELIERE	MARC
LAMORT-BOUCHE	MARION

Maîtres de conférences associés de Médecine Générale

BREST	ALEXANDRE
DE LA POIX DE FREMINVILLE	HUMBERT
PERROTIN	SOFIA
ZORZI	FREDERIC

Maîtres de conférences associés Autres disciplines

TOURNEBISE	HUBERT	Médecine physique et de réadaptation

Professeurs émérites

BEZIAT	JEAN-LUC	Chirurgie maxillo-faciale et Stomatologie
COCHAT	PIERRE	Pédiatrie
DALIGAND	LILIANE	Médecine légale et Droit de la santé
DROZ	JEAN-PIERRE	Cancérologie - Radiothérapie
ETIENNE	JEROME	Bactériologie-Virologie - Hygiène hospitalière
FLORET	DANIEL	Pédiatrie
GHARIB	CLAUDE	Physiologie
GUERIN	CLAUDE	Médecine intensive de réanimation
GUERIN	JEAN-FRANCOIS	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction – Gynécologie médicale
LEHOT	JEAN-JACQUES	Anesthésiologie-réanimation – Médecine d'urgence
LERMUSIAUX	PATRICK	Chirurgie vasculaire
MAUGUIERE	FRANCOIS	Neurologie
MELLIER	GEORGES	Gynécologie - Obstétrique
MICHALLET	MAURICETTE	Hématologie - Transfusion
MOREAU	ALAIN	Médecine générale
NEGRIER	CLAUDE	Hématologie - Transfusion
NEGRIER	MARIE-SYLVIE	Cancérologie - Radiothérapie
PUGEAT	MICHEL	Endocrinologie et maladies métaboliques

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

RUDIGOZ	RENE-CHARLES	Gynécologie - Obstétrique
SINDOU	MARC	Neurochirurgie
TOURAINE	JEAN-LOUIS	Néphrologie
TREPO	CHRISTIAN	Gastroentérologie – Hépatologie - Addictologie
TROUILLAS	JACQUELINE	Cytologie et Histologie

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

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 couverte d'opprobre et méprisée si j'y manque.

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Remerciements

Aux membres du jury ,

Madame la Professeure Sylvie ERPELDINGER,
Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse et je vous en suis très reconnaissante. Merci pour votre implication auprès des étudiants du DES de médecine générale à Lyon.

Monsieur le Professeur Remy BOUSSAGEON,
Je vous remercie grandement d'avoir accepté de faire partie de ce jury. Merci à vous pour votre implication au sein du CUMG.

Monsieur le Professeur Frederic HAESEBAERT,
Je vous remercie sincèrement de faire partie de mon jury. Votre expérience de psychiatre apportera du sel à la discussion autour de ce travail de thèse.

Monsieur le Docteur Hubert MAISONNEUVE,
Merci d'avoir initié et encadré ce travail de thèse. Merci de m'avoir accompagné à chacune des périodes charnières, du recueil de données à la rédaction, et de m'avoir encouragé tout au long de ce travail. Enfin, merci de m'avoir fait découvrir le monde de la recherche en médecine générale, monde assez obscur où très peu de généralistes s'aventurent. Merci pour ton implication dans la recherche, et pour cette motivation que tu as, pour toujours améliorer les pratiques et la prise en charge des patients.

Madame la Docteure Florence LAPICA,
Je vous remercie d'avoir accepté mon invitation pour être membre de ce jury. Merci pour votre implication auprès de la CPTS de Lyon 8ème pour améliorer la prise en charge des patients, et au sein de l'URPS pour accompagner les médecins libéraux. Votre expérience de médecin généraliste sur Lyon 8ème sera intéressante pour discuter de ce travail.

Monsieur le Docteur Jean-François COSTEMALE-LACOSTE,
Un grand merci de faire partie de ce jury de thèse. En tant que psychiatre exerçant en libéral et également à l'hôpital du Vinatier, notamment en tant que spécialiste des troubles de l'humeur, dont la dépression, votre expérience sera intéressante pour discuter de ce travail.

Aux personnes ayant contribués à la réalisation de cette thèse,

À **Amir**, merci pour ton aide précieuse pour m'apprendre à apprivoiser Qualtrics, mais également tes explications pour m'aider à interpréter mes résultats.

À **Arun**, bien que nous nous n'ayons pas eu l'occasion de discuter, je te remercie pour tout ton travail de création du BDC-Q.

Aux membres de la CPTS de Lyon 8ème, **Sekhria** et **Sabrina**, merci de m'avoir accordé votre confiance pour la réalisation de ce travail, et merci pour ces temps d'échange.

À **Virginie Berthillot,** coordinatrice du CLSM de Lyon 3ème/6ème et 8ème, merci ce premier échange que l'on a pu avoir, et pour ta motivation pour améliorer la santé mentale de la population

Merci à tous les **médecins généralistes** ayant pris le temps de répondre à cette enquête.

Au comité spécial de relecture, aux traqueuses de fautes sans scrupule**, Anaïs, Charlotte et Manon**, merci.

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

À tous ceux qui ont contribués à ma formation,

À **Frédéric Zorzi**, mon tuteur, merci pour ton accompagnement, tout en humour, tout au long de cet internat, merci pour tes bons conseils.

Au service d'infectiologie de Bourg en Bresse, au **Dr Canu** et à toute l'équipe de médecins, d'infirmiers, d'aides-soignants, d'AEH. Quelle aventure cette pandémie COVID à vos côtés ! Je pense que je n'aurais pu rêver meilleure équipe pour débuter mon internat, merci pour votre bienveillance, pour toutes les gourmandises que l'on a pu déguster ensembles. Un merci particulier au **Dr Mathilde Pone**, pour la confiance que tu m'as accordé petit à petit, merci de m'avoir inculqué ta passion pour les soins de plaie (et pour gratter la fibrine) et pour tous ces fous rires ; et au **Dr Damien Bouhour**, tu auras été mon père spirituel pendant ces 7 premiers mois d'internat, tu es passionné et passionnant, tellement impliqué dans tout ce que tu entreprends, toujours prêt à en découdre pour le bien de tes patients (et pour prouver que tu as raison !), merci pour tout ce que tu m'as appris.

Aux Urgences du Centre Hospitalier Alpes Léman, merci à toute l'équipe des **Dr Al Bourgol** et **Dr Grange** pour ces premiers pas aux urgences et au SMUR, pour ces premiers accouchements au domicile, et ces interventions musclées au domicile pour « agitations aigues » (mes premiers pas dans le monde de la psychiatrie). Merci pour cet apprentissage du travail en équipe dans la bonne humeur.

Au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Villefranche sur Saône, merci à toute l'équipe du **Dr Houessou** de m'avoir accueillie et formée à votre belle spécialité. Merci aux sages femmes pour ces moments debriefing pendant les gardes et pour ces accouchements à 4 mains. Merci aux différents médecins pour la confiance que vous avez pu m'accorder.

Au service de pédiatrie de l'hôpital de Vienne, merci à toute l'équipe du **Dr Broenen** pour votre accueil, pour votre implication dans notre formation, pour toutes les responsabilités que vous avez pu nous laisser, et pour cette ambiance folle ! Merci à toute l'équipe paramédicale pour votre aide et vos conseils à notre arrivé dans le merveilleux monde de la pédiatrie. Un merci tout particulier aux **Dr Jeremy Lagier**, au **Dr Romain Deshayes** , au **Dr Amina Fedjer**, au **Dr Antoine Mougenel**, au **Dr Florent Catala**, au **Dr Etienne Massin** et au **Dr Paul Simonnot**, pour tous ces bons moments.

Et enfin merci à mes maitres de stage universitaires de m'avoir accueilli dans vos cabinets et d'avoir formé le médecin que je suis maintenant. Merci aux **Dr Pascal Dureau, Dr Agnès Laville, Dr Pierre Brantus,** et **Dr Hadrien Fey**, d'avoir répondu à mes nombreuses questions, d'avoir attisé ma curiosité, de m'avoir appris qu'il est possible de faire tout ce qui nous plait en médecine générale, avec un peu de formation et beaucoup de curiosité, de motivation et d'application. J'ai commencé mon internat pleine de doute, et grâce à chacun de vous, je le termine en ayant la certitude que la médecine générale est la spécialité faites pour moi.
Un merci tout particulier aux **Dr Marie-Noëlle Adoumbou** et **Dr Barbara Buatier**. **Marie-Noëlle**, merci pour ton accueil au centre de Sévigné, pour ton implication dans ma formation, pour ta bonne humeur et ton efficacité (et hyperactivité !) impressionnante, merci de m'avoir fait découvrir le travail auprès des patients en situation de précarité, j'ai tellement apprécié le stage à tes côtés que j'ai choisi de travailler avec toi aussitôt mon internat terminé. **Barbara**, merci pour tout ce que tu m'as appris durant ces 6 mois de SASPAS, merci de m'avoir appris à développer mon sens clinique, merci pour ces fous rires inarrêtable, pour ces debriefing et ces débats sans fins, mais Ô combien intéressants, merci pour ces kilos de figues du jardin. Tu auras été une véritable mentor pour moi.

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

À mes amis de l'internat,

La crème de la crème Bressane,
Ces 7 mois dans le brouillard bressans auraient pu être terriblement austère, et pourtant vous avez ensoleillé ma vie à ce moment (et vous continuez encore aujourd'hui !). Merci à **Xavier**, roi de la gaffe et conducteur d'autobus professionnel, **Florence** reine du dancing qui se transforme en blanche-neige en lendemain soirée, **Chataing** championne de calembour et plus grande fan inconditionnelle de Crozes Hermitage (je ne te remercie toujours pas pour le Johnny), **Cassandra** aussi passionnée de plante que moi, **Thomas** mon meilleur allié sport et toujours présent en toute occasion, **Paulo** je suis tellement heureuse d'avoir trouvé mon sosie en mec (et en pire !), et **Elise** tu es ma première copine de l'internat, qui a partagé le stress de l'arrivée en Bresse, les premiers repos de garde (mode décompensation activé), et tu restes la plus grande dyspraxique que je connaisse à la pétanque. Je suis tellement heureuse de cette équipe qui s'est agrandit avec **Léna** (tu seras ma plus précieuse aliée quand on vivra à Troyes plus tard), **Aude** (l'aventurière au grand cœur), **Clément** (et tes « petits run tranquillou » en 4:00 au km), **Hugues** (une bouille d'ange, sauf pendant les match de rugby !), **Victor**, **Aurélien** et **Alyona**. Sans oublier **Louise**, la benjamine de la bande.

Florian et **Hélloïse**, merci d'avoir été les seuls et meilleurs coloc de ma vie. Merci au COVID de vous avoir empêché de rentré sur Lyon, de nous avoir permis de faire notre préparation militaire Hello, et de t'avoir pour coach personnel de foot Flo (et merci également d'avoir été mon commis de cuisine ;)). Merci pour ces fou rires, merci pour toute cette folie.

Raclette, Tartiflette et Génépi,
Merci à toutes la famille du CHAL pour ce semestre incroyable en Haute Savoie. Merci à **Quentin** (et ton accent luxembourgeois à tomber), **Anais**, **Oriane** (le chat noir la plus forte que je connaisse), **Emilien** (roi du strip tease), **Eric** (trophée de la chambre la plus cosy), **Thibault** (médaille des plus belles pupilles), **Pauline** (la randonneuse de l'extrême), **Amir** (et ton sourire incroyable), **Camille** (avec toujours un bon plan sous le coude), **Clément**, **Elise**, **François Xavier**, **Thomas²**, **Paul, Jeanne**, **Yasmine**, **Dylan**, et tous les autres. Merci d'avoir rendu ces 6 mois merveilleux, merci pour les randonnées, les apéros sur les berges du Lemans, les virées à Annecy, ou mieux encore au Môle, pour ces soirée repas à thème, pour cette énergie folle. Merci pour la meilleure soirée mousse de ma vie.

Le beaujolais nouveau,
À la team gynéco, merci pour ces 6 mois, à se soutenir dans les bons comme dans les mauvais moments. Merci à **Laura** pour ta bonne humeur à toute épreuve, à **Camille** pour ton efficacité et (surtout) pour ton humour, à **Tamarine**, **Camilla**, **Aurianne** et **Clotilde** (la team semi-marathon du Beaujolais en tutu !!), à **Romy**, **Gaëlle**, **Vanessa**, **Melissa** et **Maxime** et aux autres.

Les Kinder bueno et Schoko-Bons,
À la team pédiatrie, merci à **Camille** (on en se quitte plus !), à **Pauline**, **Anne-Marie**, **Mathilde**, **Lucille**, **Kaling**, **Clémence** et **Cholé**, pour ces 6 mois dans le monde des enfants, à rire encore et encore, à gouter les laits et petits pots divers, à faire des blagues aux chefs, à être les reines du commérage, mais aussi, parfois, à travailler ensembles, et à se soutenir. On est une vraie équipe et je suis tellement ravie de notre petit groupe qui reste soudé encore aujourd'hui.

Rosé (cubis) et chips variées,
À la team apéro de l'Annexe A de BEB (mais aussi aux rescapés de l'annexe B et de l'internat principal), merci à **Paul**, **Olivia**, (**Jean-**)**Félicie**, **Jeremy**, **Lisa**, **Tristan**, (**Jean-**)**Vincent**, **Mathieu** , **François**, **Valentin** et **Esma** de m'avoir fait une petite place dans votre petite maison

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

avec jardin, pas merci à ceux qui m'ont disputé au tarot et qui ont créé un terrible pacte du jeudi soir.. Mais merci pour ces soirées de folie au my beer ou à l'internat.

A mes co-GEP, **Simone** et **Guillaume**, merci pour ces débats (et ce culte de la procrastination)

Les macarons à la vanille,
Merci à la team de parisiens expatriés sur Lyon, merci à toi **Laura**, même si on ne s'est pas vus si souvent, chaque moment ensemble est doux, merci à **Camille S.**, **Lucas**, **Thomas** et **Adrien** (la triplette !) pour votre bonne humeur, merci à **Léa B**. parce que tu ne changes pas et que tu trouveras toujours un truc sur lequel râler avec le sourire en toute occasion.

Myrtille, lait sirop d'orgeat, riz blanc et fromage de brebis,
Merci à mes triple nullipares libres et engagés (je tiens à spécifier que le mariage n'enlève pas la liberté, donc pour le moment le titre ne change pas), pour ces moments délicieux passés ensembles. Merci à toi **Yann** d'être cette boule d'énergie (et de bêtise), mais aussi d'amour, merci **Emeline** pour ta luminosité, ton sourire, ta créativité, merci à toi ma **Anna**, pour toutes ces petites mimiques bien à toi qui me font craquer, ton « hmm hmm », ce petit sourire, et ce petit air outré quand vraiment quelqu'un a dépassé les bornes, et toi mon **Théo**, qui sous tes airs de grand timide, sais exactement ce qu'il veut (dormir/chiller/randonner, la Dolce Vita).
Merci d'être vous, pour tous ces moments simples mais si riches passés ensembles, et surtout j'ai toujours espoirs que cette coloc de couples existe un jour, my dream.

À mes amis de Paris,

Merci à tous les copains de l'externats, qui ont fait partie de mon quotidien, et qui ont compté pour moi à certaines périodes de ma vie, et qui sont maintenant loin, vers d'autres horizons. En particulier **Valentin** et **Guillaume,** mes copains de P1, merci à la team de pom-poms, à la team du BDS (je suis ravie de te retrouver sur Lyon **Antoinette** !), à la famille du football (merci **Florian** et **Manon** pour la belle équipe que l'on a formé pour monter le FCPS féminin, merci à **Kenza**, **Laura**, **Jacqueline**, **Ambre**, **Sarah**, **Julie, Andréa**), à **Jonas**, à **Léa. O**, à **Marion N.,** à la team Madagascar avec **Mathieu**, **Rachel**, **Maëla**, **Gaël** et **Clément**, à **Roxane** (ce petit elfe libre et joyeux que tu es), à ces journées de stage à l'APHP, à ces soirées endiablées.

Les Haribo (dragibus et schtroumpf),
À ma bande de copine de l'externat, qui manque terriblement sur Lyon. Merci à toi **Ar(melle)** pour ton humour (pas toujours bien compris à sa juste valeur dans ce monde d'ignares), merci d'être ma copine toujours plus curieuse (et plus compétitive !), merci pour les petites découvertes musicales que j'ai pu écouter grâce à toi, merci pour tous ces moments ensembles, ces heures à la bibliothèque, ces débats parfois sans fin (parfois si vite clos), et surtout, merci pour cette danse des moonboots prodigieuse. **Maud**, merci d'être la copine toujours à fond dans tout ce que tu entreprends, au travail, en amour, en sport, tu fonces, t'avances ! J'ai hâte qu'on aille ensembles en thérapie sur la gestion de nos émotions, une petite retraite, tranquillou, yoga/run/méditation, on laisserait Guste et Quentin entre eux. Merci **Anne-Cha**, de rester la copine attentionnée que tu es, avec toujours un petit message d'amour. Pour l'instant tu restes la seule de mes copines à avoir une conduite bien plus sportive que la mienne, une vraie pilote de formule 1. **Elodie**, merci d'être cette copine qui a toujours su garder un pied dans l'enfance et l'autre dans le monde des adultes, pour moi les meilleurs personnes sont celles qui garde une grande part en eux de l'enfant qu'ils ont été. Et enfin Elisabeth, ma **Babou**, merci d'avoir été la durant tout cet externat, merci pour ces heures à la BU d'Odéon, d'avoir toujours été motivée à chaque verre/soirée organisée, merci pour tous ces bons souvenirs en vacances ensembles, merci pour ton sourire, ton rire, ta douceur.

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Les pizzas au feu bois, la bande du 91
Un grand merci à toute cette bande de joyeux lurons, **Thibaut**, **Morgane**, **Manu**, **Elisa**, **Eva**, **Céline**, **Richard**, **Léa**, **Romain**, **Antoine**, **Christophe**, pour tous ces moments ensembles, pour ces battles de danse endiablées et ces démonstrations sur Céline, pour ces soirées déguisées, pour votre présence à chaque moment importants ces dernières années, merci pour cette folie, pour cet amour.

Les Manzanita, les copains du lycée,
Ma **Alicia**, merci d'avoir croisé ma route un beau jour de septembre et de ne plus l'avoir quitté depuis. Merci d'être cette petite boule d'amour, de rêves et de tendresse que tu es, merci de me faire une place dans ta vie, et d'être toujours présente pour moi. Merci de me montrer que l'on peut vivre la vie dont en rêve, moyennant quelques efforts et quelques concessions. Et toi **Anthony**, merci d'être cette espèce de puce hyperactive, toujours prêt à découvrir un nouvel horizon, une nouvelle activité, de nouvelles personnes, tu as une curiosité insatiable, et tu es épatant dans tout ce que tu entreprends !

Merci à vous **Agnès** et **Eléonore**, pour toutes ces années passées ensembles au lycée, et pour toutes les suivantes, à continuer à se suivre à distance, avec toujours la même énergie (et folie) pendant nos retrouvailles. Et je suis si heureuse de vos familles (avec **Benjamin** et **Clément**) qui s'agrandissent !

À **Clara**, ma Fosso, merci pour ces fou rires depuis le lycée, merci pour ton sens du bon goût vestimentaire à toute épreuve (je ne comprends d'ailleurs pas pourquoi tu es allées vivre à Londres…), et merci pour ces heures passées à la BU ensembles, et pour ces plans de RE motivation perpétuels quand on avait plus envie de bosser (j'ai retrouvé des mails avec des citations boostantes ;)). Merci à toute la bande de l'ISC, en particulier à **Caroline** et **Amélie**.

Le Nutella, les copains de toujours (et pour toujours)
Charlotte, ma Choune, ma plus vieille copine, tu sais tout ce que tu as à savoir, alors je te dirais simplement MERCI. Merci de faire partie de mon quotidien, merci d'être le soutien que tu es. Merci surtout d'avoir la même passion pour les jeux que moi, et la même passion dans tout ce que tu entreprends, tu fais tout avec le cœur et avec beaucoup de minutie, c'est rare, et c'est beau. Merci pour ton soutien durant ces dernière semaines de travail de thèse (et pour ton soutien de toujours d'ailleurs, je ne compte plus le nombre de fois où tu m'as sauvé la vie).

Manon, je ne t'ai pas mise dans la partie famille, j'ai hésité, mais je n'ai pas le droit, je ne suis pas encore une femme mariée. Toujours est-il que je suis impatiente de te compter parmi mes cousines ! Merci merci merci pour ton omniprésence, pour ces années au collèges à faire des activités du PIJ ensembles, pour ces années d'externats à bosser coude à coude à la BU, pour ce soutien pendant le concours de l'internat, pour ce soutien constant. Merci pour tes pensées (je les reçoit bien), pour tes messages, pour tes sourires, tes rires, pour tes petites attentions du quotidien. Merci de m'avoir fait rencontrer **Anatole**, qui est encore plus fou que moi. Merci pour ces moments tous les quatre, que j'attends toujours avec impatience. J'ai hâte que vous déménagiez sur Lyon, qu'on vive dans la même rue (le même immeuble même ?).

Aux inclassables copains,

Gougères et champagne,
Aux copains de l'Aube, et Rémois, merci à Auguste de vous avoir comme amis, et de m'avoir permis de croiser votre sentier (sinon je n'aurais jamais mis les pieds dans votre contrée

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

éloignée -néanmoins fort belle). À **Rodolphe**, **Claire**, **Camille**, **Lucas**, **Olivier**, **Thomas** et **Clara**, j'ai hâte de toutes les nouvelles aventures que l'on va vivre ensembles.

Lasagnes fondantes,
Un grand merci à mes collègues MG du dispensaire de Sévigné, merci à **Marie-Noëlle**, **Anais**, **André-Marc**, **Virginie**, **Doriane**, et à **Aurélie** et **Ophélie**, merci pour cette super équipe que l'on a formé cette année. Débuter ma vie de jeune médecin auprès de vous est un vrai bonheur, je pense qu'il n'y a rien de plus agréable que de travailler avec des personnes qui partagent les même valeurs humaines et de travail que soi. Merci d'avoir tenu le cap pendant cette année difficile. La prochaine devrait être plus radieuse, j'ai hâte de la passer à vos côtés.
Un grand merci également à mes autres collègues du dispensaire notamment, **Ludovica**, **Agathe**, **Carine**, **Léa**, **Guillaume**, **Dorothée**, les autres médecins, l'équipe de secrétaire au complet, l'équipe de dentaire.

À ma belle-famille,

Merci à vous **Olivier** pour cet accueil dans votre famille, alors que la période de mon arrivée était particulièrement difficile pour vous. Merci pour toutes vos petites attentions, et surtout merci de me faire rire avec votre maladresse légendaire et vos « OH MERDE » (avec une grosse voix très forte). A toi **Félicie**, merci d'avoir pris cette place de 5ème sœur dans mon cœur, merci pour tous ces moments passés ensembles à faire des choses créatives et j'ai hâte de tous les suivants (quand tu vivras définitivement en France !). **Alphonse**, merci d'être ce (grand) petit frère toujours motivé pour se retrouver, faire une énième activité, motiver les troupes. And kisses to **Amelie** and **Anthony**.

Merci à la **famille Maire** pour votre accueil, votre gentillesse, et tous ces chouettes moments passés ensembles.
Merci à la **famille Pouillot** pour votre folie à toute épreuve et de m'avoir accueilli parmi vous. Merci tout particulier à **Alexandre** et **Nathalie**, d'être toujours là pour nous accueillir les bras grand ouverts, et pour réunir tous les copains.

Merci aux **Farina** (oui oui vous faites partis de la belle-famille !), à **Véronique**, **Jean-Pierre**, **Chloé**, **Gauthier**, **Thomas** et **Lucile**, pour votre gentillesse, vous avez toujours le bon mot pour rire, pour soutenir, et toujours une bonne petite recette sous le coude pour nous recevoir, merci merci merci !

À ma famille,

A tous mes oncles et tantes, merci pour tous ces bons moments passés ensembles. Un merci tout particuliers à **Pascale** et **Jean-Yves**, finalement tous les récits de Jean Yves ne m'auront pas dégouté de la médecine générale, et avec Auguste on compte bien suivre vos pas en passant quelques mois sur la belle île de la Réunion.
Un grand merci à **Mamakouta**, ma 2ème petite maman, qui a toujours été présente pour moi depuis ma naissance, merci pour tous ces week-end à tes côtés, pour tes cours de maths particuliers, pour toutes ces sorties sur Paris, aux musées, dans des parcs d'attractions, pour tes recettes aussi délicieuses que surprenantes. Merci pour tout cet amour que tu me donnes depuis toujours.

A mes cousines et cousins, merci d'avoir été mes acolytes de jeux. Et spécialement merci à toi **Pierre-Louis**, malgré notre éloignement ces dernières années, je n'oublie pas à quel point nous étions inséparables enfants, avec ces heures entières passées à s'inventer des histoires. Merci à toi aussi **Marion**, merci pour ta présence dans mon quotidien, merci pour tous ces moments inoubliables aux quatre coins de la France, tu es la seule personne à faire ressortir le pire et le

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

meilleure de moi-même à la fois, en tout cas, aucun moment à tes côtés n'est insipide. Tu as toujours été la pour me soutenir aux différentes étapes de ma vie, merci.

Aux Wope, A **tata Lydie**, à **tonton Eugène**, à **Maya** (rayon de soleil, maya l'abeille, la plus belle), à **Gandhi** et **Sheba**, merci d'avoir été présent depuis toujours, merci pour vos messages de soutien tout au long de mes études, qui m'ont portés jusqu'à maintenant. Merci pour tous ces moments incroyables dans votre maison, les anniversaires et les week-end mémorables.

Aux Veyrac, à **Tantine Rachel**, **Tonton François**, **Bertrand**, **Nicolas** et **Rebecca**, merci également pour votre présence et votre soutien depuis ma naissance.

À **Mounette**, la meilleure des grands mère que je puisse avoir. Merci pour ton soutien infaillible, depuis toujours, merci pour tes encouragements, pour le mot juste que tu as pour chaque occasion, merci pour toutes ces activités à tes côtés, merci pour ces vacances inoubliables à l'Ile de Ré. Merci d'avoir été, et d'être le modèle de ma vie, une femme forte, bienveillante, altruiste, curieuse de tout, et pleine d'entrain. Si je suis la personne que je suis aujourd'hui, c'est en grande partie grâce à toi.

À **grand père Franck**, que j'aurais aimé mieux connaitre...
Aux parents de maman, **Edouard** et **Henriette**.

À mes frères et sœurs, les 5 doigts de la mains, tous différents, et pourtant tous tellement importants. Je suis tellement heureuse de cette fratrie que nous formons, je vous aimes tant. A toi **Paola**, merci d'avoir été mon binôme de toujours, mon acolyte de jeu, de sport, de travail, de cuisine, ma partenaire favorite de dispute aussi, la seule personne à avoir partagé la même chambre que moi pendant plus de 18 ans ! A toi **Magalie**, tu es depuis toujours la fausse timide de la bande, à l'apparence si calme et docile, et pourtant tu es une des personnes les plus fortes et motivée que je connaisse, tu sais ce que tu veux, et tu l'obtiens. Merci pour ton soutien durant tout mon internat, pour tes petites messages réguliers pour prendre de mes nouvelles, merci pour tous ces moments de rire. A toi mon **Jérémie**, merci d'avoir apporté un peu de testostérone au groupe de fille que l'on formait, merci pour ta cool-attitude à toute épreuve, merci pour tes blagues qui te font toujours over-rire en premier. A toi ma **Tabitha**, ma Tab, merci d'être la force tranquille de la famille, pas trop stressée, mais suffisamment motivée pour faire bouger les choses. Dix ans nous séparent, et je te vois grandir en maturité au fil des ans, je suis tellement fière de toi, de la personne que tu deviens. A toi **Armand**, que je connais pourtant si peu.

À mes parents,
Maman, **Papa**, merci pour votre présence depuis toujours, merci pour votre dévouement pour vos enfants. Merci pour votre éducation, merci pour votre soutien tout au long de mes études, merci pour vos pensées quotidiennes, merci pour vos prières. La perfection n'existe pas, et j'ai beau vous avoir souvent critiqué, vous êtes des parents exceptionnels, et j'ai de la chance de vous avoir à mes côtés. Vous êtes des rocs, vous êtes MES rocs. Je vous aimes.

L'umami,
Auguste, un immense merci. Pour ton amour inconditionnel. Pour ta patience infaillible. Pour ta présence au quotidien. Pour ton accompagnement et ton soutien perpétuel dans tous les projets. Pour ces moments de stress, mais surtout pour ces moments de rire, pour ton humour.
L'umami signifie en japonais « essence des délices ». Tu es pour moi cette « nouvelle » saveur apparue dans ma vie, et dont je ne peux/veux plus me passer. The sun is in your eyes, je t'aime.

160 mercis plus tard, place à la lecture de ce travail…

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Table des matières

Liste des abréviations…… 20

Introduction……21

Méthodes……..23

1) **Le contexte……...…23**
2) **Le questionnaire……..…24**
3) **La population d'étude……26**
4) **Le recueil de données……..26**
5) **Le financement……27**
6) **L'analyse statistique……27**

Résultats……...28

1) **Démographie……28**
2) **Taux de réponse……...29**
3) **Analyse descriptive……29**
   a. Réponses moyennes au questionnaire**……...29**
   b. Analyse en sous-groupe**……33**
4) **Analyse qualitative……34**

Discussion……36

1) **Résumé des résultats de l'enquête……..……..……..36**
2) **Comparaisons avec la littérature……..……..……36**
   a. Limites concernant la collaboration avec les spécialistes de santé mentale**…36**
   b. Limite concernant le faible remboursement au patient des soins de santé mentale**……..……..……..…49**
   c. Limites concernant la prise en charge par les MG au cabinet**……..…51**
   d. Limites concernant l'offre de soin territoriale**……...……..53**
   e. Limite concernant le manque d'information de la population générale sur la dépression**……...…..54**
3) **Forces et faiblesses de l'étude……...……..……..55**
4) **Résumé des perspectives……....55**

Conclusions……..….57

Bibliographie…….…….…58

Annexes……...….64

Conclusions signées……...….85

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Liste des abréviations

ARHM : Association du Rhône pour l'Hygiène Mentale

ARS : Agence Régionale de Santé

ASV : Atelier Santé Ville

BDC-Q : Barrière to Depression Care Questionnaire

CADEO : Centre d'Accueil d'Evaluation et d'Orientation en santé mentale

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies

CLSM : Conseil Local de Santé Mentale

CPTS : Communauté Professionnelle Territoriales de Santé

CSSMP : Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

DS : Débora Sneed

DSM-V : Manuel Diagnostique et Statistique (des troubles mentaux)

IPA : Infirmier de Pratiques Avancées

MG : Médecin(s) Généraliste(s)

MSP : Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSU : Maitres de Stages Universitaires

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

R-DAQ : Revised - Depression Attitudes Questionnaire

STROBE : Strengthening the Reporting of OBservationnal studies in Epidemiology

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Introduction

La dépression concerne 280 millions de personnes, soit 3,8% de la population mondiale. (1)
En France, en 2021, 12,5% de la population âgée de 18 à 85 ans aurait vécu un Episode Dépressif Caractérisé. La crise sanitaire provoquée par l'épidémie de Covid 19 a eu un impact majeur sur la santé mentale de la population. L'augmentation de la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé la plus importante a été observée chez les jeunes adultes de 18-25 ans, avec une hausse de 9 points entre 2017 (11,7%) et 2021 (20,8%). (2)

Plusieurs définitions de la dépression existent. Les plus couramment utilisées sont celles de l'association américaine de psychiatrie dans le Manuel Diagnostic et Statistique des troubles mentaux (DSM-V), et de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10). *(Annexe 1)*

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la dépression représente à elle seule 4,3% de la charge mondiale de morbidité et fait partie des principales causes d'incapacité dans le monde. (3) Les retentissements de la dépression sont multiples : elle prédispose à l'apparition de pathologies somatiques (notamment cardio-vasculaires) et aux mésusages de substances psychoactives ; elle impacte l'entourage et les rapports sociaux ; et elle représente un coût pour la société. En France, l''Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM) estime que 10 à 20% des patients atteints d'épisode dépressif caractérisés meurent par suicide.(4)
Selon le baromètre Santé 2010, 39% des personnes présentant un trouble dépressif n'auraient pas recours à un professionnel de santé en France. (5)

Le médecin généraliste (MG) est le principal professionnel de santé impliqué dans la prise en charge et le suivi des patients atteints de dépression. En Europe, 63% des patients atteints de dépression qui consultent pour ce problème prennent rendez-vous avec un MG. (6)
Selon l'étude française ECOGEN, la dépression ferait partie des 10 résultats de consultation les plus courants de médecine générale (au 6ème rang). (7)

Certaines données de la littérature estimeraient qu'environ 50% des patients atteints de dépressions ne seraient pas diagnostiqués par les MG. (8) Cependant, pour nuancer ce chiffre, les patients atteints de dépression se présentant au cabinet de médecine générale ont souvent des formes moins sévères que ceux consultants directement le psychiatre. Ils ne se présentent

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

pas forcement au cabinet de MG pour ce motif précis, mais avec des symptômes psychosociaux et somatiques complexes, masquant parfois le diagnostic de dépression. (9)
De nombreuses barrières à la prise en charge par les MG de patients atteints de dépression ont été référencées dans la littérature. (10)
Pour aider les médecins à (i) identifier les barrières principales expérimentées par les MG dans la prise en charge des patients atteints de dépression, et (ii) définir les axes d'amélioration principaux à mettre en place, un outil permettant de réaliser une étude quantitative sur un territoire défini a été développé par Arun Senshyna *et al*. Sa création et sa validation sont le fruit d'un processus de recherche rigoureux. (11)

Localement, dans le département du Rhône, l'amélioration de la santé mentale des habitants est un des axes de travail principal de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Un Projet Territorial de Santé Mental (PTSM) 2020-2025 a été rédigé. L'amélioration de la prévention, du diagnostic, et de la prise en charge de la dépression font partie des actions à mettre en œuvre. (12)

L'objectif de ce travail était d'explorer et hiérarchiser les principales barrières à la prise en charge de la dépression par les MG de Lyon 8ème, afin d'envisager des interventions ciblées et adaptées aux besoins des acteurs de santé du territoire, et in fine améliorer la santé mentale de la population de Lyon 8ème.

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Méthodes

Cette enquête de pratique a été réalisée afin de lister les principales barrières à la prise en charge des patients atteints de dépression par les médecins généralistes de Lyon 8ème.
Cette étude est transversale, et monocentrique.

Les données ont été recueillis au moyen d'un questionnaire basé sur le Barriers to Depression Care Questionnaire (BDC-Q) (11) et sur le Revised Depression Attitude Questionnaire (R-DAQ) (13,14). Il a été distribué à l'ensemble des médecins généralistes du 8ème arrondissement de Lyon.
Les méthodes et résultats sont reportés selon la grille STROBE.

1) Le contexte

Cette thèse fait suite à plusieurs études menées en Suisse et en France. Les précédents travaux ont porté sur le développement et la validation du questionnaire BDC-Q. Ils ont eu lieu entre 2014 et 2020. Dans les suites, en 2018 et 2021, ont eu lieu deux études sur la mise en pratique de ce questionnaire sur différents échantillons de médecins généralistes en Suisse. L'ensemble de ces étapes sera détaillé dans la présentation des outils de recueil. (15)

Cette étude présente un double intérêt : (i) localement, elle s'inscrit dans l'amélioration des soins en santé mentale sur Lyon 8ème, ce qui constitue un des axes de travail de la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) de Lyon 8ème, selon les directives de l'ARS. En termes de recherche (ii), cette étude s'inscrit dans une application directe de la méthodologie proposée par Senchyna *et. al*. Leur projet visait à construire un outil qui permet d'explorer les barrières à la prise en charge de la dépression, dans le but de proposer des solutions à l'échelle d'un territoire (11).

L'utilisation de cette méthodologie présente plusieurs avantages :

- le questionnaire est facile à remplir pour les médecins généralistes, ce qui augmente le taux de réponse,
- l'analyse des données est quantitative descriptive, ce qui facilite l'interprétation des résultats obtenus, et permet d'argumenter la mise en œuvre et l'implémentation des interventions proposées,
- elle est reproductible sur différents territoires.

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

2) Le questionnaire

- Le questionnaire est constitué de 3 sous parties (*Annexe 2*) :

- le BDC-Q (11) : Ce questionnaire permet de déterminer les principales barrières de la prise en charge de la dépression sur un territoire selon une échelle de Lickert en 5 items allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ».
- le R-DAQ : Ce questionnaire permet d'évaluer l'aisance professionnelle de chaque médecin concernant le suivi des patients atteints de dépression selon une échelle de Lickert en 5 items allant de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord ».
- des questions socio-professionnelles.

- La création du BDCQ a duré 4 ans. Voici un résumé des différentes étapes de développement et validation. (11)

- **PARTIE 1** : Génération des items et validation de contenu (16,17)

De 2014 à 2017, les différents items ont été rédigés suite à un travail de revue de la littérature. Douze articles ont été trouvés sur MEDLINE. Une première liste de 42 items sur les principales barrières à la prise en charge de la dépression en médecine de ville a été créée. Notons que cette recherche a été actualisée en 2017, sans identification de nouvel article.
La validation de contenu a ensuite été réalisée. Il s'agissait de l'évaluation de la clarté et de la pertinence de chaque item, par un groupe d'experts (20 psychiatres et généralistes lyonnais, genevois et strasbourgeois). Cette évaluation a entrainé la reformulation de 13 items, et l'ajout de 2 items. Il a également été décidé de regrouper les items en 5 dimensions.
Au total, 28 items ont été retenus pour ce questionnaire. La réponse à chaque item se fait selon une échelle de Lickert traditionnelle allant de 1 à 5 (de « pas du tout d'accord » à « tout à fait d'accord »)

- PARTIE 2 : Prétest (18)
En 2017, une étude de pré-test a été réalisée (validité d'apparence). Cela a permis de vérifier la compréhension et la bonne interprétation des items, c'est-à-dire que le sens compris par les interrogés correspond bien au sens donné dans les articles sélectionnés. Il s'agissait d'une étude qualitative, avec des entretiens cognitifs semi-directifs. Une étude pilote a été réalisée en

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

France, puis des pré-tests ont été réalisé avec 13 entretiens en France et une étude similaire à Genève.

- PARTIE 3 : Validation de structure et reproductibilité (19)

En 2018, une étude permettant d'évaluer la structure interne et la reproductibilité a eu lieu. Il s'agissait d'une enquête en ligne, en France. Cent seize réponses de médecins généralistes français ont été obtenues (taux de réponse de 13,3%).
Une étude de la reproductibilité a également été réalisé avec une méthode « test-retest », avec 40 médecins généralistes de la région Rhône Alpes. Le questionnaire a été envoyé une nouvelle fois 14 jours après le 1er envoi.
A l'issu de ce travail, la validité des qualités psychométriques du questionnaire, composé de 25 items, a été confirmée.

- Présentation du BDC-Q dans sa structure actuelle

Les différents items de ce questionnaire correspondent à la synthèse des barrières dans la prise en charge de la dépression par les médecins généralistes, retrouvés dans la littérature. Il permet de prioriser les principales barrières des MG sur un territoire défini de diffusion du questionnaire.

Il s'organise en 5 parties principales :

- **Prise en charge par le médecin généraliste (**6 questions) : ressenti des médecins généralistes lors de la prise en charge de patients atteints de dépression au cabinet.
- **Patients et représentation de la dépression** (6 questions) : selon les médecins généralistes, représentation de la dépression par leurs patients.
- **Aide à la prise en charge de patients dépressifs** (4 questions) : connaissances des médecins généralistes en outils diagnostiques et de suivi, ainsi que des structures d'accueil et les spécialisations des professionnels de santé mentale (PSM) du territoire.
- **Collaboration avec les spécialistes en santé mentale** (6 questions) : ressenti des médecins généralistes sur les échanges avec les professionnels de santé mentale.
- **Accès aux soins en santé mentale** (3 questions) : représentation des structures de santé mentale selon les médecins généralistes.

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

3) La population d'étude

Notre objectif était de soumettre le questionnaire à l'ensemble des médecins généralistes du 8ème arrondissement de Lyon, sans échantillonnage. Nous souhaitions nous concentrer sur les médecins installés ou remplaçants réguliers exerçants majoritairement la médecine générale. Cela correspond à des médecins installés ou remplaçants fixes.
Nous avons exclu de la population d'étude les médecins généralistes exerçants une spécialité autre (urgences, médecine vasculaire, médecine du sport etc.)

Pour constituer la liste des médecins généralistes de Lyon 8ème, nous avons combiné une liste de médecins non exhaustive fournie par la coordinatrice du Centre Local de Santé Mentale (CLSM), le site internet AMELI, et d'autres sites référençant les médecins généralistes sur un territoire (Doctolib, lemedecin.fr). Nous avons récupéré leurs coordonnées (mails et adresses postales).

4) Le recueil de données

La distribution des questionnaires a eu lieu de décembre 2022 à mai 2023.
Les données ont été recueillies sur la plateforme en ligne Qualtrics®.
Cette étude a fait l'objet d'une déclaration de conformité au référentiel de méthodologie de référence MR-004 auprès de la CNIL. (*Annexe 3*)

Le recueil de données s'est fait sur 2 périodes principales :

- Une première période d'envoi par mail, via des liens individuels, vers un questionnaire anonymisé, sur la plateforme Qualtrics®. Le mail était accompagné d'un courrier expliquant l'intérêt de cette enquête. (*Annexe 4*) Deux relances par mail ont été effectuées à 2 semaines d'intervalles pour les non-répondants.
- Une seconde période de déplacement dans les différents cabinets et MSP pour remise en main propre du questionnaire, d'un courrier d'accompagnement (*Annexe 4*), et d'une enveloppe timbrée permettant le retour du questionnaire. Les réponses reçues par courriers ont été retranscrites sur la base de données Qualtrics®, par DS.

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Une aide de la coordinatrice des 3 grandes MSP de Lyon 8 (Emilie Fuentes) a été obtenue pour la diffusion des questionnaires papiers aux derniers non répondants des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP).

5) Le financement

Un soutien de la CPTS de Lyon 8ème a été obtenue pour l'impression des questionnaires papiers et des courriers, ainsi que l'achat des timbres et des enveloppes.

6) L'analyse statistique

Pour obtenir une représentativité, nous souhaitions obtenir un taux de réponse d'au moins 2/3 des médecins exerçant majoritairement la médecine générale à Lyon 8ème.

Nous avons procédé à une analyse purement descriptive des données avec des moyennes et des écarts types, afin d'identifier plus facilement les limites prépondérantes, selon les médecins généralistes de Lyon 8ème.
Nous avons réalisé quelques analyses en sous-groupe, notamment pour étudier si la réalisation d'une formation sur la dépression au cours des 3 dernières années pouvait modifier de façon significative le sentiment d'aisance professionnelle des MG.
Notre hypothèse alterne (Ha) est que le sentiment d'aisance professionnelle des MG est augmenté suite à la réalisation d'une formation récente sur la dépression, et donc que les réponses moyennes aux items du R-DAQ dans le groupe ayant suivi une formation sont significativement supérieures.
Des analyses en sous-groupe ont été effectuées à l'aide de t-tests de Student.

Dans une optique de faisabilité et pour favoriser l'implémentation, nous avons choisi de retenir les 10 barrières les plus fréquemment ressenties par les MG du 8ème arrondissement.

Une analyse qualitative a été réalisé sur les commentaires libres.

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Résultats

1) Démographie

Le *tableau 1* résume les caractéristiques démographiques des participants.

La moyenne d'âge des participants était de 47,3 ans, pour une médiane de 44 ans. La majorité travaillait en MSP (53%), et avait plus de 12 ans d'exercice de la médecine (59%) Environ un quart des participants avaient participé à une formation sur la dépression au cours des 3 dernières années. Les formations suivies étaient des formations en ligne, des congrès, des formations par groupes indépendants (comme le groupe Balint) ou des formations personnelles et revues de la littérature entre collègues.

Une répartition trichotomique des répondants avait été retrouvée selon l'âge et selon le nombre d'années d'expérience, permettant d'établir les sous-groupes présentés dans le *tableau 1*. Les graphiques représentants les répartitions des participants se trouvent en *Annexe 5.*

Tableau 1 **:** *Caractéristiques socio démographique des participants (N=49)*

Caractéristiques (N = 49)	Nombre de participants (%)
Genre	
Féminin	**28 (57,1%)**
Masculin	21 (42,9%)
Âge	
< 40 ans	16 (32,7%)
40 - 56 ans	**17 (34,7%)**
> 56 ans	16 (32,7%)
Type de cabinet	
Cabinet seul	7 (14,3%)
Cabinet de groupe	16 (32,7%)
Maison de Santé Pluridisciplinaire	**26 (53,1%)**
Nombre d'année d'expérience	
< 6 ans	10 (20,4%)
6 – 12 ans	10 (20,4%)
> 12 ans	**29 (59,2%)**
Participation à une formation médicale sur la dépression au cours des 3 dernières années	12 (24,5%)
Congrès	3
Organisme indépendant	4
Formation en ligne	4
Autres	2
Aucune formation suivie	**37 (75,5%)**

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

L'âge moyen des médecins exerçant en cabinet seul était de 64 ans (n=7), tandis que l'âge moyen de ceux qui exercent en MSP était de 40 ans (n=26).

2) Taux de réponse

Sur les 71 médecins généralistes référencés dans le 8ème arrondissement de Lyon, 49 médecins généralistes ont renvoyé le questionnaire. Le taux de réponse était de 69%.

Il y a eu 27 réponses en ligne et 22 réponses par retour du questionnaire papier.

Un des questionnaire papier présentait une réponse manquante (item n° 20). Tous les autres questionnaires ont été complétés entièrement.

Deux médecins généralistes ont refusé de compléter ce questionnaire : une des médecins fait essentiellement de la psychothérapie et ne se sentait « pas concernée par ce questionnaire car son départ à la retraite est proche ». L'autre médecin disait faire de la « fast-médecine » avec des consultations de 10 minutes, et ne « pas trouver pertinent de suivre des patients atteints de dépression dans ces conditions ».

3) Analyse descriptive

a. Réponses moyennes au questionnaire

Sur les graphiques suivants (*figures 1,2,3,4,5*), nous pouvons observer les réponses moyennes des médecins au BDC-Q, ainsi que les écarts type. Le tableau reprenant ces réponses moyennes se situe en *Annexe 6*.

Nous pouvons voir que les principales barrières concernaient principalement 2 catégories du questionnaire : la « collaboration avec le spécialiste en santé mentale » et les « modalités de prise en charge des patients par le médecin généraliste (dans l'organisation au cabinet) ».

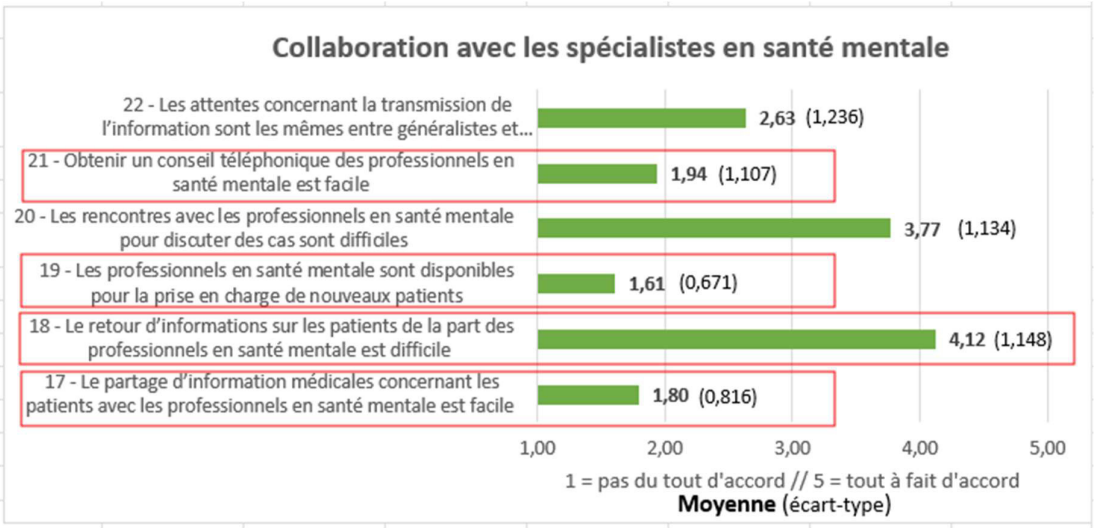
Concernant la collaboration avec les spécialistes de santé mentale, c'est dans cette catégorie que les résultats sont les plus probants. Les limites identifiées étaient :

- le manque de retour d'informations des professionnels de santé mentale (PSM) : 83% des médecins généralistes étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec le fait que le retour d'information sur les patients de la part des PSM était difficile ;

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

- la difficulté à obtenir un conseil téléphonique de la part des PSM : 73% des MG répondaient qu'ils n'étaient pas du tout d'accord ou pas d'accord avec la proposition « obtenir un conseil téléphonique des PSM est facile » ;
- 66% étaient d'accord ou tout à fait d'accord pour dire que les rencontres avec des PSM pour discuter de cas sont difficiles ;
- le manque de disponibilité des spécialistes en santé mentale pour accueillir de nouveaux patients (65% répondent « pas du tout d'accord » ou « pas d'accord » à la question 19).

Figure 1 *: Réponses moyennes des MG et écarts-types concernant la collaboration avec les spécialistes de santé mentale*

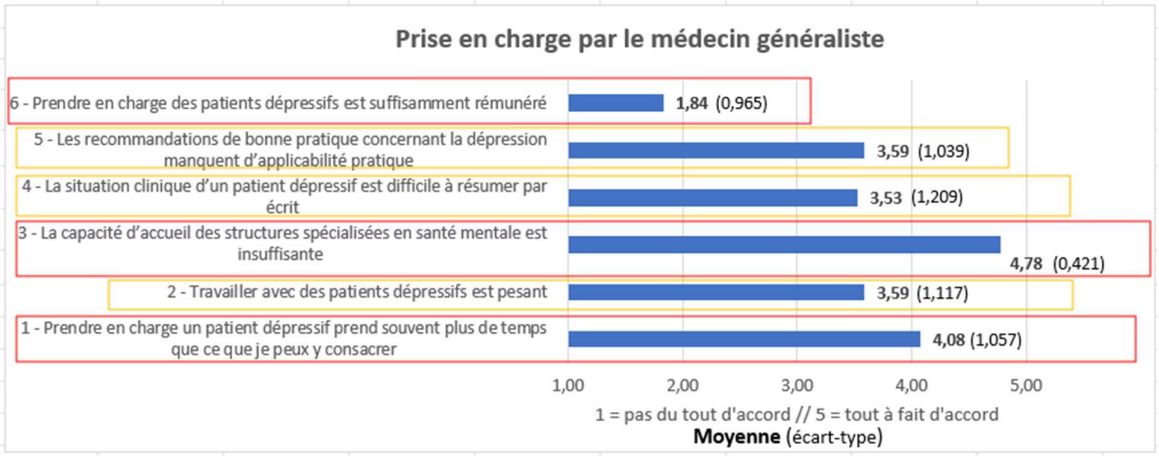


Concernant les modalités de prise en charge par les MG, les limites identifiées étaient :

- le caractère chronophage des consultations de patients atteints de dépression ;
- la rémunération des MG qui était jugée insuffisante pour les consultations de suivi des patients atteints de dépression ;
- la capacité d'accueil des structures spécialisées en santé mentale insuffisante.

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

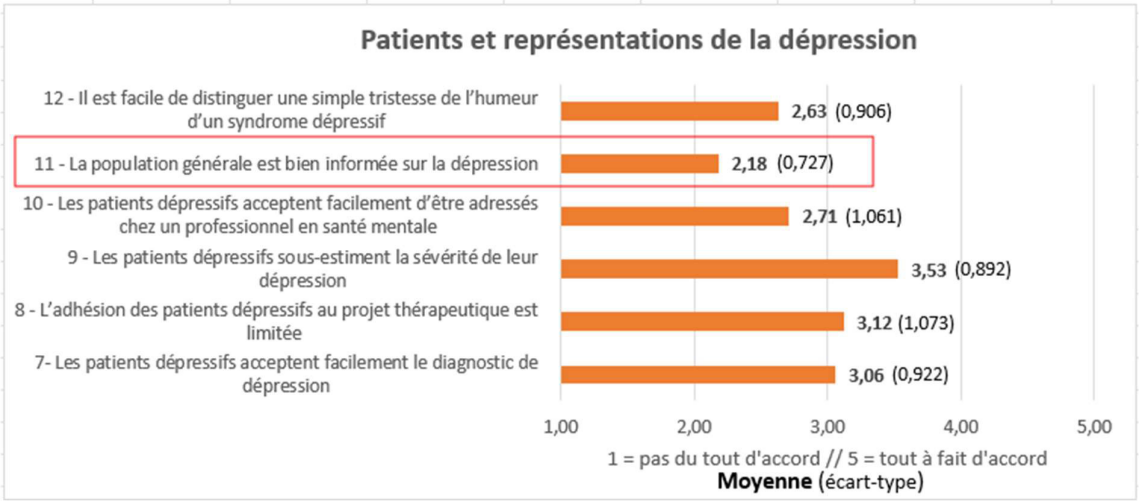
Figure 2 *: Réponses moyennes des MG et écarts-types concernant la prise en charge par le médecin généraliste*



D'autres barrières importantes étaient mises en valeur avec ces réponses :

- une majorité des MG trouvaient que la population générale ne semblait pas bien informée sur la dépression : 70% des répondants ont répondu « pas du tout d'accord » ou « pas d'accord » à la question 11 ;
- une partie des médecins manquait de connaissances sur les spécialisations professionnelles en santé mentale pour certaines pathologies, donc ne semblaient pas connaitre les principaux acteurs de santé mentale du territoire vers qui adresser leurs patients ;
- concernant l'accès aux soins en santé mentale, la plupart des MG faisaient remarquer que les soins en santé mentale sont mal remboursés aux patients.

Figure 3 *: Réponses moyennes des MG et écarts-types concernant les patients et les représentations de la dépression*



(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Figure 4 *: Réponses moyennes des MG et écarts-types concernant les aides à la prise en charge des patients atteints de dépression*

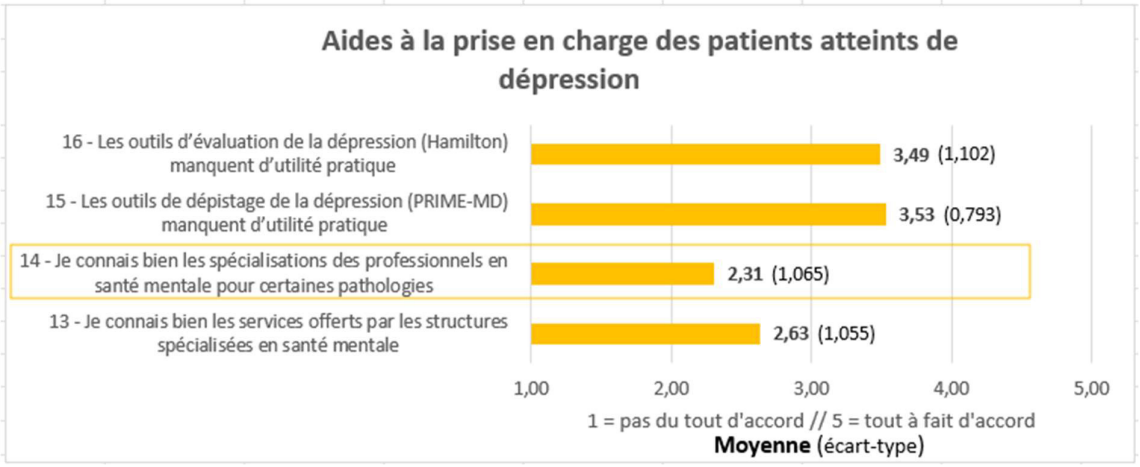
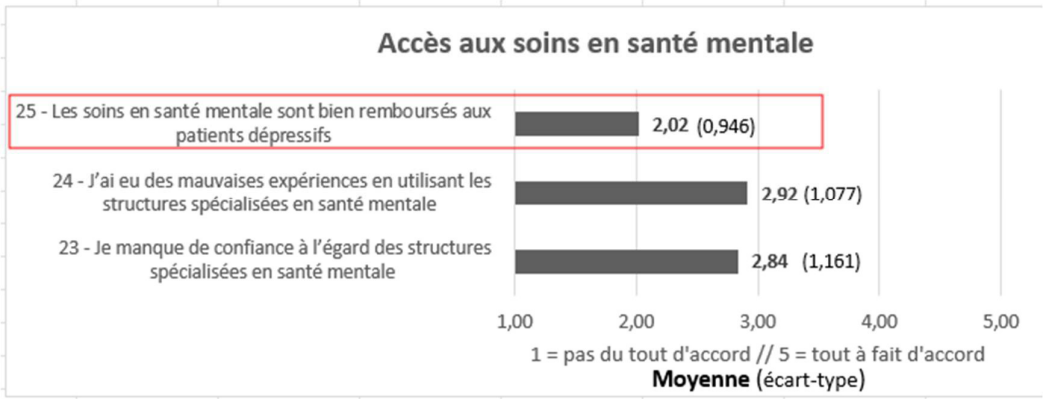


Figure 5 *: Réponses moyennes des MG et écarts-types concernant l'accès aux soins en santé mentale*



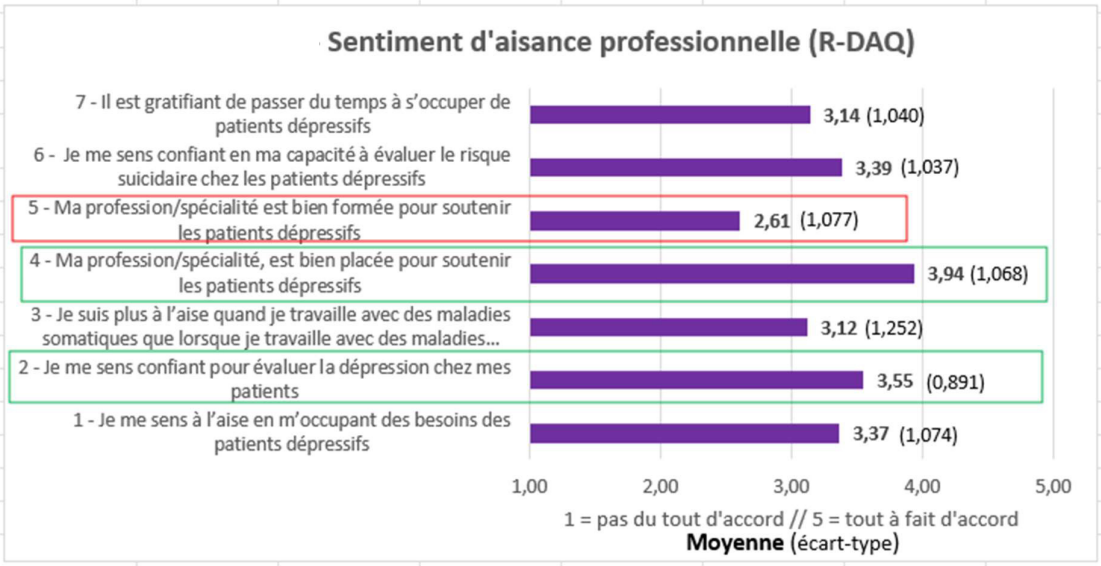
Concernant le R-DAQ, les réponses (*Figure 6*) montrent que, dans l'ensemble, les médecins généralistes se sentaient bien placés pour prendre en charge les patients atteints de dépression. En revanche, 55% des répondants ne s'estimaient pas bien formés pour soutenir les patients atteints de dépression.

Par ailleurs, la majorité des médecins généralistes de Lyon 8ème se sentaient assez confiants pour évaluer la dépression et le risque suicidaire dans cette population, étaient à l'aise dans le suivi, et trouvaient gratifiant de passer du temps à s'occuper de cette population de patient.

Notons que 18% des MG ne sont pas à l'aise pour évaluer le risque suicidaire chez leur patient (réponses « pas du tout d'accord » et « pas d'accord » à l'item 6 du R-DAQ).

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Figure 6 : *Réponses moyennes des MG et écarts-types concernant leur sentiment d'aisance professionnelle (R-DAQ)*



Le tableau représentant les résultats de cette partie du questionnaire se situe en *Annexe 6*, à la suite du tableau sur les réponses au BDC-Q.

b. Comparaison en sous-groupe

Le *tableau 2* permet de comparer les moyennes des réponses au questionnaire R-DAQ (évaluation du sentiment d'aisance des MG lors de la prise en charge de patients atteints de dépression), des médecins ayant suivi une formation sur la dépression dans les 3 années précédentes (n=12), avec les réponses de ceux qui n'ont pas suivi de formation récemment (n=37). Un graphique, permettant une visualisation différente de ces résultats, se trouve en *Annexe 7*.

Tableau 2 *Réponses moyennes des médecins généralistes de Lyon 8ème, aux différents items du questionnaire R-DAQ (Sentiment d'aisance professionnelle) en fonction du suivi ou pas d'une formation dans les 3 années précédentes*

N°	Item	Réponse : moyenne (ET)	
		Formation dépression < 3 ans (n=12)	Pas de formation dépression < 3 ans (n=37)
1	Je me sens à l'aise en m'occupant des besoins des patients dépressifs	3,75 (1,215)	3,24 (1,011)
2	Je me sens confiant pour évaluer la dépression chez mes patients	3,92 (0,793)	3,43 (0,899)
3	Je suis plus à l'aise quand je travaille avec des maladies somatiques que lorsque je travaille avec des maladies mentales telles que la dépression	2,83 (1,337)	3,22 (1,228)
4	Ma profession/spécialité est bien placée pour soutenir les patients dépressifs	4 (1,128)	3,92 (1,064)
5	Ma profession/spécialité est bien formée pour soutenir les patients dépressifs	3 (1,279)	2,49 (0,989)
6	Je me sens confiant en ma capacité à évaluer le risque suicidaire chez les patients dépressifs	3,67 (1,371)	3,30 (0,909)
7	Il est gratifiant de passer du temps à s'occuper de patients dépressifs	3,42 (0,90)	3,05 (1,079)

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Malgré une différence non significative, probablement liée à notre faible effectif, les MG qui ont suivi une formation récente sur la dépression, avaient un sentiment d'aisance professionnelle supérieur aux autres médecins, car toutes les réponses moyennes sont supérieures dans le groupe « formation dépression < 3 ans ».

Les résultats des t-tests de Student figurent en *Annexe 7* également.

4) Analyse qualitative

Au total, 12 commentaires libres sur cette étude ont été recueillis par écrit par les participants.

Trois médecins ont précisé leur intérêt vis-à-vis de ce travail de thèse, et l'utilité de réaliser une enquête sur ce sujet. Un médecin a évoqué son intérêt pour la mise en place de formations sur la dépression, et un autre sur *« l'offre de soin et l'aide que les généralistes peuvent recevoir* ». Enfin, un médecin a évoqué le fait que *« la prise en charge des enfants ou ados dépressifs est également voire encore plus difficile ...* »

Les informations principales qui ressortaient des autres commentaires étaient des précisions concernant des points déjà exposés dans les items du BDC-Q :

- Deux médecins décriaient le manque de structure et la saturation des structures existantes, parfois au dépend de la sécurité du patient « *pas d'hospitalisation probablement faute de lit, alors que le risque suicidaire est majeur, ou même en post tentative de suicide immédiat avec des sorties sans aucun suivi derrière. Juste revoir médecin traitant…* » (BDC-Q question 3)

- Le manque de compte-rendu et de communication avec les psychiatres d'après 2 médecins : « *on n'a JAMAIS AUCUN compte rendu des psychiatres ou des hospitalisations en psychiatrie. On ne se sait RIEN de ce qu'il s'est passé, juste ce que le patient raconte et « s'il nous les rapporte », les ordonnances. On doit jouer aux devinettes. Ou galérer pour obtenir un compte rendu (quand on les reçoit on se rend compte qu'ils existent, mais ne nous sont pas communiqués !). Il faudrait un minimum....!* » (BDC-Q questions 17, 18 et 20)
  Un médecin travaillant en MSP expliquait que la proximité avec un psychiatre en MSP facilitait la communication « *j'ai un psychiatre dans ma maison de santé (MSP Arrachart) depuis peu, ce qui facilite grandement les échanges concernant nos patients*

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

communs et les avis téléphoniques. Il est installé depuis moins d'un an et est déjà submergé » (Notons qu'à ce jour, ce psychiatre n'exerce plus dans cette MSP.)

- Des remarques sur l'aspect financier : l'absence de valorisation financière pour les médecins généralistes lors du suivi des patients atteints de dépression « *bonne rémunération de la première consultation, mais quid des suivantes, il refaudrait une cotation une ou deux autres fois dans l'année type 40 euros, moindre mais plus que 25 euros... Les patients restent souvent 30 minutes minimum* », et le « *problème du non remboursement de tous les psychologues (au courant du dispositif mon psy mais les patients ont de grandes difficultés à trouver quelqu'un qui les prenne)* » (BDC-Q questions 6 et 25)

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Discussion

1) Résumé des résultats de l'enquête

Dans ce travail de thèse, nous avons observé les principales difficultés ressenties par les MG du 8ème arrondissement de Lyon lors de la prise en charge de patients atteints de dépression.

Ces barrières concernaient principalement : (i) la collaboration avec les spécialistes de santé mentale (manque de retour d'information sur les patients, manque de rencontre entre professionnels de santé mentale et MG, manque de disponibilité des spécialistes en santé mentale pour accueillir de nouveaux patients, difficultés pour obtenir des conseils téléphoniques de la part de ces spécialistes), (ii) le faible remboursement des soins en santé mentale pour les patients, (iii) la prise en charge au cabinet par les MG (temps de prise en charge des patients trop long, rémunération des MG jugée insuffisante pour le suivi, capacité d'accueil des structures en santé mentale jugée insuffisantes), (iv) le manque de connaissances des principaux acteurs de santé mentale sur le territoire par les MG et (v) un manque d'information de la population générale sur la dépression (ressenti par les MG).

Dans cette discussion, pour simplifier les propos, le terme PSM (Professionnels de Santé Mentale) désigne de façon générale les psychiatres et psychologues.

2) Comparaisons avec la littérature

a. Limites concernant la collaboration avec les spécialistes de santé mentale

Concernant le manque de retour d'information sur les patients, les avis téléphonique difficiles à obtenir, et le manque de rencontre entre professionnels de santé mentale et MG

Le manque de collaboration entre professionnels de santé mentale (PSM) et MG semblait être une des barrières principales pour les MG de Lyon 8ème.

Cette problématique d'insatisfaction à propos de la communication entre MG et psychiatre a déjà été décrite dans la littérature depuis de nombreuses années, comme nous pouvons le lire dans la première partie de ce travail de recherche rédigé en 2014 par le Dr Hardy-Baylé, résumant les conclusions des principales études réalisées entre 1974 et 2008. (20)

Déjà en 1995, dans un article publié dans le JAMA et rédigé par Katon W. (21), nous pouvions observer, chez les patients atteints de dépression sévère, une amélioration de l'adhésion au

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

traitement ainsi qu'une plus grande satisfaction à l'égard des soins et une régression plus rapide des symptômes de dépression, avec un travail en collaboration entre MG et psychiatre (consultation en alternance).
De même, dans un article publié dans un journal de psychiatrie scandinave en 1987, il a été constaté une meilleure prise en charge ambulatoire, avec notamment moins de ré hospitalisation dans le parcours de soin des patients quand il existait un partenariat entre MG et psychiatre. (22)

En France, depuis 2005, de nombreux plans d'action « psychiatrie et santé mentale » successifs ont été élaborés par le Collège National pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP), et validés par la Haute Autorité de Santé (HAS). Depuis 2013, la HAS s'est également engagée dans l'élaboration d'un travail pluri annuel dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale. (23) Parmi les axes de travail de l'avant dernier programme, en date de 2013-2017, figurait la prise en charge des troubles dépressifs, et plus spécifiquement la coordination entre les MG et les différents acteurs de soins. Une fiche d'amélioration des pratique a été rédigé par la HAS en 2018 (24) et reprenait les points importants pour améliorer la communication entre MG et PSM parmi lesquels : la création d'un annuaire de ressources, des lignes téléphoniques dédiées, la rédaction de courriers d'adressages standardisés, l'utilisation des messageries sécurisées, des lieux d'exercice communs entre MG et PSM, la possibilité de consultation d'évaluation par les psychiatres à la demande des MG, des réunions cliniques pluriprofessionnelles et la création de dossiers médicaux partagés. Cette fiche insistait sur un accompagnement avec des concertations autour d'un Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM), et l'appui des Conseils Locaux de Santé Mentale (CLSM), mais également sur la mise en place d'une équipe de pilotage opérationnelle pluri disciplinaire (MG, psychiatre, Infirmier, psychologue), et enfin sur une évaluation des dispositifs mis en place.

La collaboration entre MG et PSM a été également le sujet de nombreux travaux de thèse sur l'ensemble du territoire français, et ces mêmes pistes d'amélioration de la communication étaient à chaque fois évoquées. (25,26)

En 2014, une charte rédigée par le Collège de Médecine générale Française (CMG) et la Conférence Nationale des présidents de Commission Médicale d'Etablissement (CME) avait pour objectif de lister les principaux points à mettre en application pour améliorer la collaboration entre MG et psychiatres. (*Annexe 8*)

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Le travail de thèse d'Anne Sophie Chastagner, réalisé en 2014, (27) avait permis d'analyser la coopération entre MG et psychiatres de Lyon 8ème, avant l'introduction de la charte à Lyon. Les psychiatres interrogés relevaient un manque d'information dans le courrier d'adressage des MG, et un grand nombre de patient suivi pour des affections psychiatriques lourdes n'ayant pas de médecin traitant. Les MG souhaitaient un partenariat dans le suivi des traitements psychiatriques, un accès rapide pour avoir un avis spécialisé. Elle évoquait déjà dans sa discussion l'importance de la mise en place d'un partenariat mieux organisé avec des courriers types, des consultations dédiées, une *hotline*, et la mise en place d'un réseau pluridisciplinaire.

Le travail de thèse de Charlotte Roualt, réalisé en 2015, (28) a permis l'analyse des évolutions apportées par l'application de la charte de partenariat entre généraliste et psychiatre en Isère : l'impression générale semblait être l'absence de communication, alors que la volonté de se rencontrer était très forte. Les MG et les psychiatres semblaient méconnaitre réciproquement le fonctionnement de chacun. Les psychiatres disaient avoir besoin des MG pour le suivi métabolique de leurs patients sous psychotropes, et les MG souhaitaient que leur rôle de coordinateur soit reconnu. Une des solutions évoquées a été l'organisation de rencontres régulières.

Aucun travail de réévaluation n'a été trouvé dans la littérature depuis la mise en place de cette charte à Lyon 8ème. Cependant, il semblerait vu les résultats de notre questionnaire que les problématiques soient toujours les mêmes.
Malheureusement, les nombreuses initiatives prises par le CLSM et la dynamique mise en place, n'ont pas permis à ce jour de répondre aux difficultés ressenties par les médecins libéraux du 8ème arrondissement. Les résultats de notre travail pourraient être utilisés pour déterminer un plan d'action séquencé, en partant des besoins, en priorisant les actions ciblées, adaptées, à mettre en place, et en évaluant leur efficacité ultérieurement, notamment à l'aide de ce questionnaire.

Nos résultats, mettant en valeur l'insatisfaction des MG concernant la collaboration avec les PSM, ne sont pas novateurs.
S'il n'est pas surprenant, du fait de notre méthode d'étude et de la méthode d'élaboration du BDC-Q, de retrouver des résultats concordants avec la littérature, notre travail permet, et c'est là sa force principale, de prioriser les actions à mettre en place.

Sur le territoire des Yvelines, un réseau pour la promotion de la santé mentale dans les Yvelines Sud (RPSM78) a été mis en place depuis les années 2000. Depuis le début, la coopération entre

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

les MG et les psychiatres a été évoquée comme étant un facteur limitant d'un parcours de soin qualitatif. Une recherche action a été réalisée afin d'objectiver les besoins des professionnels de santé du territoire. (20) Puis un dispositif spécialisé dédié aux demandes d'avis des MG a été mis en place. Ce dispositif a été dans un second temps suivi de plusieurs réévaluations pour objectiver la satisfaction des patients et celle des MG. Ce dispositif semblait satisfaire les MG, les psychiatres et les patients, et son implémentation paraissait efficace.

Une autre solution pour faciliter la communication semblait être l'implantation de PSM au sein même des MSP, centres de santé ou cabinets de groupe.
La visite régulière des PSM directement au cabinet des MG pour discuter de cas semblait également être une approche intéressante et efficace pour améliorer les soins, comme le décrit l'article canadien rédigé par Kates N. et publié en 1997 dans The Canadian Journal of psychiatry (29). En plus de favoriser la communication entre MG et psychiatres, et d'apporter un soutien aux MG, cette approche permettait une meilleure continuité des soins en facilitant l'accessibilité à la consultation psychiatrique. (30)

Enfin, un autre article canadien rédigé par Kates N., abordait la formation des internes de psychiatrie à un travail dans la communication avec les MG. (31) Il semblait en effet intéressant d'apprendre dès le début de l'internat, aux MG et aux psychiatres, l'importance de travailler en collaboration, pour que cette collaboration se fasse plus naturellement par la suite.
Cette dernière notion figurait sur la charte de partenariat entre MG et psychiatre de 2014 (*Annexe 8*), au point n°8. Il était stipulé que « les stages universitaires devraient être l'occasion d'échanges réciproques dans les secteurs ou les cabinets des MSU ».

Localement, sur Lyon 8ème, des essais de rencontre entre MG, psychologue, psychiatre et CPTS ont déjà été mis en place. La création par la CPTS de fiches sur le « parcours du patient atteint de dépression » et sur « l'évaluation et la prise en charge du patient suicidaire » a été un des travail de la CPTS de cette année 2023, sous la direction de l'ARS, en suivant une des fiches action du PTSM sur la prévention du Suicide (12). Mais cette action répond-elle réellement aux besoins des acteurs de santé mentale du territoire, notamment aux MG ? Les demandes des professionnels de santé du territoire en termes d'amélioration de la prise en charge de la santé mentale ont été évaluées par la CPTS en amont par un questionnaire diffusé à l'ensemble des professionnels. Seuls 5 MG ont répondu, 4 IDE-L, 5 kinésithérapeutes, 2 pharmaciens et 13 orthophonistes. Pour avoir une réponse représentative des besoins locaux, et mettre en place

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

des actions utiles, il semblerait indispensable d'avoir un taux de réponse bien plus élevé ce que celui-ci.
En reprenant nos résultats, 18% des MG de Lyon 8ème ne semblaient pas confiants en leur capacité à évaluer le risque suicidaire chez les patients atteints de dépression (item 6 du R-DAQ). Cette fiche pourrait être intéressante pour ces MG, mais correspond-elle réellement au mode d'apprentissage dont ils avaient besoin ? Cela mériterait également d'être évalué.
D'autres actions intéressantes sont en cours de création, comme la création de courriers types pour faciliter la communication entre MG et psychologues, et la création d'un annuaire des professionnels de santé de Lyon 8ème. Il serait intéressant de prévoir une évaluation de cette action en se basant sur certains items du BDC-Q, plus ou moins des entretiens semi-directifs, à un an.

Ce travail nous a également permis de réaliser que rencontrer individuellement les MG n'était pas chose facile, en lien avec la profession libérale. Cela semblait lié à leur emploi du temps chargé, avec un taux de réponses aux mails et aux appels téléphoniques très faible. Ce qui a fonctionné, était de se déplacer directement sur les lieux d'exercice des MG pour avoir des réponses. Il nous parait donc indispensable, pour approcher au mieux les MG et PSM libéraux, d'avoir des personnes formées et compétentes pour animer un groupe de MG, psychiatres et psychologues indépendants.

Finalement, plusieurs actions sont déjà en cours de création par la CPTS, et ont été lancées avant même qu'une étude de terrain « représentative » n'ait été réalisée. Le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) du Rhône fixait plusieurs « fiches actions », en décrivant avec précision pour chaque action les objectifs, le public concerné, les pilotes, le mode d'évaluation. Tout cela parait bien ficelé, et pourtant il semblerait que le mode d'implémentation de ces actions sur le territoire ne soit pas défini. Le lien entre les différents professionnels de santé mentale manque, et est encore à créer.
Une solution plus qu'intéressante pour palier à cette absence de lien serait la création d'une communauté de pratique.
Le concept de communauté de pratique a initialement été proposé en 1991 par Lave et Wenger. (32)
Cet article, publié en novembre 2017, par Lyne Arcand, pour l'Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ), et dont nous nous sommes largement inspirés pour rédiger les

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

deux encadrés suivants, reprend ce qu'est une communauté de pratique et ses principales étapes de création. Son mode de fonctionnement est développé dans l'article. (33)

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Qu'est-ce qu'une communauté de pratique ?

Et pourquoi ce modèle semblerait adapté pour améliorer la collaboration entre MG et psychiatre ?

« Les communautés de pratique sont des groupes de personnes qui se rassemblent afin de partager et d'apprendre les uns des autres, face à face ou virtuellement. Ils sont tenus ensemble par un intérêt commun dans un champ de savoir et sont conduits par un désir et un besoin de partager des problèmes, des expériences, des modèles, des outils et les meilleures pratiques. Les membres de la communauté approfondissent leurs connaissances en interagissant sur une base continue et à long terme, ils développent ensemble de bonnes pratiques. » (Wenger, McDermott et Snyder, 2002)

Les 3 pierres angulaires :

- ➔ **Un domaine d'activité commun** : définit ce que ces personnes veulent faire ensembles. *La prise en charge de patients atteints de dépression, et plus largement de patients présentant des problèmes de santé mentale*
- ➔ **Une communauté** : repose sur engagement mutuel des membres, requiert confiance et ouverture. Notion de réciprocité, les membres s'engagent dans une collaboration, donc à recevoir et à donner.
- ➔ **Une pratique partagée** : savoirs scientifiques et d'expérience, outils à partager ou à construire ensembles. Un répertoire de ressource est mis à disposition de tous les membres pour résoudre des problèmes, approfondir les connaissances et développer les compétences.

<u>La communauté de pratique répond à plusieurs besoins et objectifs</u>

- Accès rapide aux sources d'informations
- Recours plus facile aux pairs
- Accès à l'expertise des membres consultés
- Partage de pratique, de conseils, d'avis, d'idées, de ressources, d'outils, d'information
- Etablissement plus rapide de liens avec les pairs, réduction de l'isolement
- Résolution de problèmes
- Réflexion sur des enjeux communs
- Coproduction de nouvelles connaissances
- S'approprier de nouvelles lignes directrices, harmoniser des façons de faire, donner une compréhension commune d'un sujet donné.

Des bénéfices importants pour les membres d'une communauté de pratique sont documentés, dont : l'amélioration des compétences professionnelle, l'épargne de temps, la compréhension avantageuse des visions et des idées des autres.

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Etapes de mise en œuvre d'une communauté de pratique

(Et exemple d'application concernant Lyon 8ème)

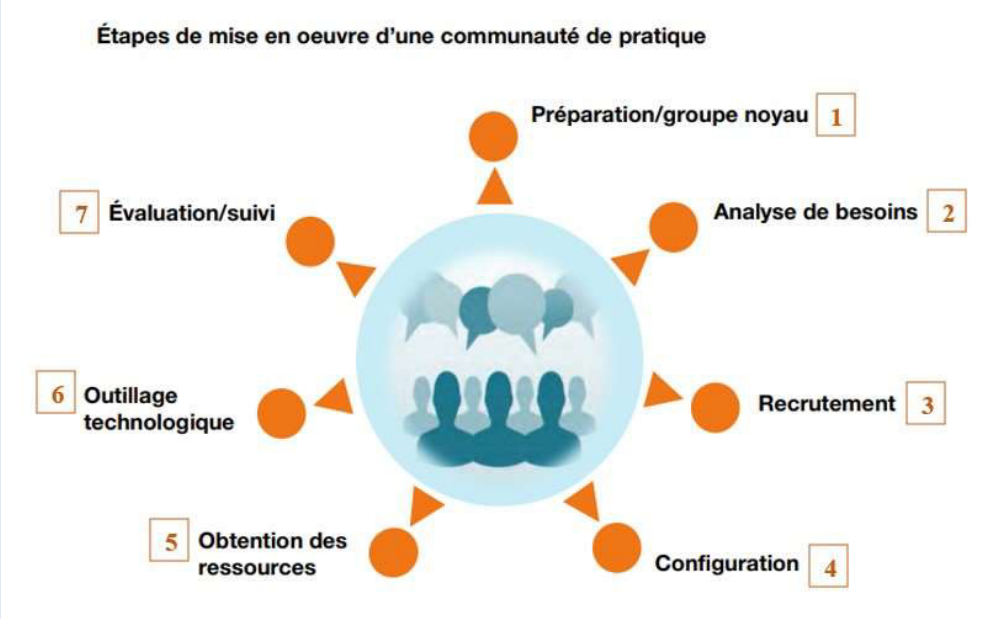


***Figure 7** : schéma réalisé par les auteurs de la fiche "La communauté de pratique un outil pertinent : résumé des connaissances adaptées au contexte de la santé publique", de l'INSPQ, 2017 (33)*

1) **Création d'un groupe noyau et préparation** : individus motivés (initiateur/fondateur, spécialiste, conseiller expérimenté), définissent objectifs de la communauté, profil des membres à recruter, caractéristiques souhaitées (paramètres modulables ultérieurement).
2) **Analyse des besoins** : identifier besoins précis conduisant à ce travail collaboratif (*intérêt du questionnaire BDC-Q et de notre travail*), déterminer à quel(s) groupe la communauté sera utile.
3) **Recrutement** : un réseau existant peut s'avérer un bon point de départ *(le réseau des membres de la CPTS),* sur le volontariat
4) **Configuration de la communauté** : attribuer les rôles et responsabilités. Etablir une charte de participation à la communauté s'avère judicieux.
5) **Obtention des ressources** : ressources humaines, technologiques, frais de déplacement et de communication.
6) **Outillage technologique** : communication (pour décupler la portée d'une communauté de pratique en diminuant les contraintes de temps, distance et espace), diffusion.
   NB : Importance de réaliser première(s) rencontre(s) en face à face pour susciter confiance et créer du lien
7) **Evaluation et suivi** : dynamique, réalisée à intervalles réguliers, en fonction du stade de développement de la communauté, à l'aide de SONDAGES pré/post. Suivre l'évolution (journal de bord), la « santé » de la communauté (niveau d'interaction, satisfaction des membres), l'efficacité (atteinte objectifs fixés, apprentissage par les membres)

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

La création d'une communauté de pratique, avec l'organisation de rencontres entre les acteurs de santé mentale semble primordiale. Cela permettrait la création d'une culture commune, à l'interface entre les différentes cultures préexistantes. Ces rencontres permettraient (i) de connaitre les autres professionnels de santé mentale du territoire et leur mode de fonctionnement, (ii) de créer des sous-groupes de travail pour réfléchir ensemble à l'amélioration de la coordination des soins, et à la formation de chacun, (iii) de mettre en place des actions adaptées pour le soutien à la prise en charge de certains patients atteints de dépression posant problème, en s'appuyant sur une réponse aux besoins des uns et des autres (lignes téléphonique d'avis, des plages de consultations bloquées chez les MG pour le suivi de patients atteints de pathologies psychiatriques sans MT et des plages de consultation d'urgence réservées sur les planning des psychiatre), et surtout (iv) de réfléchir à comment ces actions mises en place pourraient se transformer en routine, ce qui semblerait être un point essentiel.

Initialement, le rythme et la mise en place de ces rencontres pourraient être organisés par le CLSM et la CPTS, en tenant compte des attentes de chacun, et en évaluant les actions mises en place afin d'adapter le processus.

Cela prendra bien évidemment du temps, mais il nous semble important d'avancer pas à pas pour créer quelque chose de durable. Une communauté de pratique composée des professionnels de santé mentale du territoire volontaires, serait bien plus efficace et pérenne dans le temps, que des actions mises en place sans suite, par absence de moyen d'implémentation adapté.

De plus, il faudra trouver les ressources financières nécessaires à la mise en place d'un tel dispositif.

Certains articles de la littérature sur les étapes de création d'une communauté de pratique paraissent intéressants pour structurer ce travail. Comme l'article canadien rédigé par Nick Kates et publié en 2023, qui reprend les étapes de création d'une collaboration entre MG et psychiatres au Canada. (34)

De même, un article québécois publié dans le journal Pédagogie médicale en 2021 décrit les principales conditions du succès d'une communauté de pratique dans sa planification, son déroulement et son évaluation. (35) (33)

A titre d'exemple, en Indre et Loire, un site internet (36) sert d'outil d'informations, de communication et de support à la communauté de pratique qui a été créée entre MG et psychiatres.

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Concernant le manque de disponibilité des spécialistes en santé mentale pour accueillir de nouveaux patients et la capacité d'accueil des structures en santé mentale insuffisante

Selon le rapport de l'URPS de 2019 (37) sur la démographie des psychiatres en Auvergne Rhône Alpes, Lyon est la ville de la région où la densité de psychiatre par habitant est la plus importante : 1 psychiatre pour 3945 habitants, avec un total de 209 psychiatres (tous modes d'exercice confondus). Sur le 8ème arrondissement de Lyon, en 2019 il n'existait que 4 psychiatres exerçant en libéral selon un rapport « Rézone » (chiffre à la baisse en 2023). (38)
Malgré cela, leur nombre reste bien insuffisant, notamment en ce qui concerne les psychiatres exerçant en libéral, en secteur 1. Cela rend les délais de consultation extrêmement longs, avec plusieurs mois d'attente pour un premier rendez-vous.
Nous pouvons observer une baisse de l'attractivité globale de la psychiatrie en France durant ces dernières décennies.
Les structures publiques, telles que les hôpitaux publics, ne disposent plus de moyens humains ni matériels suffisants pour hospitaliser tous les patients en décompensation psychiatrique qui le nécessiteraient.
De plus de grands changements sont actuellement mis en œuvre dans la prise en charge des patients de psychiatrie, où on essaye de moins hospitaliser, en favorisant le suivi ambulatoire.

La majorité des médecins généralistes du 8ème arrondissement de Lyon trouvaient que leur profession était bien placée pour soutenir les patients atteints de dépression.
En effet, les médecins généralistes sont en première ligne pour diagnostiquer la dépression chez leur patient, mais également pour assurer un suivi régulier. (39) Le MG est d'ailleurs le premier recours pour des problèmes en lien avec la santé mentale. (40)
Selon une revue de la littérature publiée en 2022 dans le Canadian Journal of psychiatry (41), il semblerait d'ailleurs qu'il y ait une meilleure alliance thérapeutique avec les spécialistes et une plus grande satisfaction des patients quand les MG continuent à assurer une partie de leur prise en charge.
Il semble donc naturel que les MG suivent la majorité de leurs patients atteints de dépression.

Mais la prise en charge thérapeutique des patients atteints de dépression par les MG peut être problématique en bien des égards : sensation de ne pas avoir la formation nécessaire, notamment pour réaliser la psychothérapie de soutien. Un article rédigé par le Collège de Médecine Générale en 2017 reprenait ce pourquoi le MG est le mieux placé pour réaliser cette

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

psychothérapie de soutien, et décrivait les compétences naturelles, pour réaliser ce type de psychothérapie, dont dispose le MG du fait de sa place de soignant de premier recours face à ses patients. (42)

Par définition, le MG est un praticien qui suit une grande diversité de situations et de personnes, dans les limites de ce qu'il peut faire. A ce moment-là, il peut soit adresser son patient pour remettre le suivi à quelqu'un d'autre, soit demander un avis en lien avec une problématique précise (prise en charge thérapeutique, doute diagnostic en cas de symptômes atypiques etc.).
C'est dans cette 2ème situation que la communauté de pratique aurait toute son importance, par le biais de moyens de communication facilités entre MG et psychiatres : le MG pourrait avoir une réponse adaptée et rapide dans le cas où il aurait « juste » besoin d'un avis.(43) Cela pourrait, par là même, améliorer le niveau des MG et le sentiment de compétence des professionnels.

Sur Lyon, certaines plateformes de demande d'avis en psychiatrie ont déjà été mises en place, notamment en suivant le principe même des Dispositifs de Soins Partagés (DSP) avec des interventions de type consultation-liaison. (24)
Par exemple Le Centre d'Accueil d'Evaluation et d'Orientation en santé mentale (CADEO) (44), permet aux patients habitant dans le 3ème, 6ème et 8ème arrondissement de Lyon ayant des difficultés en santé mentale, d'avoir une consultation d'évaluation avec un psychiatre, afin d'être orienté vers un professionnel ou un dispositif adapté (structure publique de recours, professionnel libéral ou structure associative), ou pour répondre à la problématique d'un médecin. Les délais de rendez-vous sont courts, et la demande peut être à l'initiative du patient, d'un médecin ou d'un proche. Ce type de plateforme semblait adapté pour le suivi de patient atteint de dépression, car après l'évaluation par le psychiatre, le suivi peut être poursuivi par le MG. Il existe des limites à ce type de plateforme pour les autres troubles psychiatriques, ou pour la dépression quand il y a besoin d'une approche comportementaliste, avec nécessité d'un suivi spécifique requérant des compétences dont le MG ne dispose pas. Le manque de structures publiques de psychiatrie pour assurer ce suivi limite alors la prise en charge des patients.
De plus, en se servant d'un outil comme CADEO, la question de l'intérêt d'une communauté de pratique se pose à nouveau, car une collaboration suppose une confiance et une connaissance des interlocuteurs. Il faudrait, entre autres, faire cette communauté de pratique avec les praticiens de CADEO, pour encore une fois créer du lien.

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Par ailleurs, l'organisation des soins de la psychiatrie ne correspond pas à l'organisation de la médecine générale et ces dispositifs lyonnais ne sont pas accessibles à l'ensemble de la patientèle d'un même médecin généraliste. A Lyon 8ème par exemple, les MG ont une patientèle à l'interface entre Bron, Vénissieux, le reste de la ville de Lyons s'ajoute à cela les déménagements des patients, et sectoriser les soins en fonction d'un territoire restreint est un casse-tête sans fin.
Il semblerait plus judicieux de sectoriser ces plateformes d'avis en fonction du lieu d'exercice des médecins généralistes, plutôt qu'en fonction de l'adresse des patients. Cela faciliterait également le travail des MG en uniformisant le nombre d'interlocuteur pour sa patientèle.
Une solution pourrait-être de développer des dispositifs à l'image de CADEO, sans sectorisation, afin que cela puisse être profitable à un plus grand nombre de patient.
Mais le sujet de l'organisation des soins psychiatriques est bien trop vaste pour l'aborder ici.

Il existe également à Lyon une plateforme téléphonique, « LIVE » (45), mise en place par l'hôpital psychiatrique Le Vinatier, ouverte 7/7 jours de 8h à 20h, fondée sur une écoute professionnelle pour toute personne concernée par une problématique de santé mentale, afin d'évaluer et d'orienter au mieux l'interlocuteur. L'équipe est composée d'infirmiers, assistants sociaux, psychologues et psychiatres. Elle peut être contactée par les patients, leur famille, des professionnels de santé libéraux, ou du secteur social, ou par d'autres structures sanitaires.

Pourtant, alors même que ces services existent sur Lyon, et qu'il y a une réelle dynamique du pôle de psychiatrie, mise en place par le CLSM, avec la création de CADEO et LIVE, nos résultats attestent d'une insatisfaction importante des MG du 8ème arrondissement concernant la disponibilité des psychiatres pour accueillir de nouveaux patients, et leur disponibilité pour l'obtention de conseils téléphoniques (cf points précédents).
Peut-être qu'il y existe une différence de ressenti entre les MG des autres arrondissements de Lyon ? Il serait intéressant d'utiliser le BDC-Q ailleurs pour comparer les résultats.
S'agirait-il d'un problème de manque d'implémentation de ces structures ?
Pour mieux implémenter ces outils, peut-être qu'il serait plus utile, au lieu de diffuser l'information, de dédier des ressources pour créer une communauté de pratique, abordant l'utilisation de ces plateformes de façon à trouver leur place dans la pratique des médecins.
Ou s'agirait-il d'un problème de manque de connaissance des interlocuteurs ? Il semblerait en effet, qu'il est bien plus simple de contacter un collègue médecin pour un avis si nous l'avons déjà rencontré, et si l'on a déjà échangé précédemment avec lui.

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Notons que dans notre étude, la majorité des MG de Lyon 8ème se sentait confiants pour évaluer la dépression chez les patients, mais 55% des répondants ne s'estiment pas bien formés pour soutenir les patients atteints de dépression.

A priori, le développement de formation pour les MG pour augmenter leurs compétences ne permettrait pas forcement l'amélioration de la prise en charge de la dépression, comme le décrit un essai contrôlé réalisé publié dans le Lancet en 2000 (46).

Selon une méta-analyse Cochrane de 2003, publié dans le JAMA (47), la mise en œuvre de stratégies éducatives isolées s'était souvent avérée inefficace, et les interventions complexes incluant la formation des cliniciens associée à l'amélioration du lien entre soins primaires et secondaires (spécialistes) semblaient plus efficaces.

Cependant, si les MG de Lyon 8ème sont demandeurs de formation, il semblerait adapté de leur en proposer. Le thème de ces formations serait à définir selon les priorités discutées dans la collaboration autour de la communauté de pratique. Elles devraient également être sous un format collaboratif entre MG et PSM, et non pas sur un mode descendant ou professoral, pour une meilleure adhésion et implication des participants.

Un des risques serait que seuls les médecins à l'aise y adhèrent et améliorent leur niveau de compétence, sans offrir de solution aux autres MG. Il faudrait réfléchir à l'implémentation de l'utilisation d'une telle structure pour les médecins qui restent traditionnellement à distance.

Concernant la démographie des autres PSM, le nombre de psychologues dans le département du Rhône est assez important par rapport au reste de la France. Selon le site de la DREES, en 2023 sont répertoriés 3375 psychologues sur le département du Rhône, dont 1648 (49%) avec une activité libérale ou mixte, 587 (17%) salariés hospitaliers et 1140 (34%) autres salariés. (48) Mais les patients ne sont pas toujours disposés à se rendre chez ces professionnels de santé mentale. (49) Une des raisons régulièrement évoquées semblerait être le remboursement très limité de ces soins par la sécurité sociale. (cf point ci-dessous)

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

b. Limite concernant le faible remboursement au patient des soins de santé mentale

Les soins de santé mentale englobent les soins administrés par les MG, les psychiatres et les psychologues principalement.

Dans le cadre de la dépression légère à modérée, la psychothérapie est la prise en charge de première intention car son efficacité a été démontrée. (50–52)

Cependant de nombreux patients ne suivraient pas de psychothérapie, entre autres à cause du faible remboursement des consultations avec un psychologue ou un psychothérapeute par la sécurité sociale, selon 91% des 2114 MG qui ont répondu à une enquête nationale en 2011 sur la prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. (49) Les autres freins évoqués étaient les délais trop longs d'obtention d'un rendez-vous avec un psychiatre, et la réticence des patients à suivre une psychothérapie.

Aujourd'hui la prise en charge publique de la santé mentale repose sur les Centre Médicaux Psychologiques (CMP) (53) , n'ayant pour la plupart plus la capacité de suivre des patients atteints de dépression, principalement par faute de moyen financier et humain.

Les patients doivent donc se tourner vers les psychologues libéraux, dont le remboursement n'est pas assuré par la sécurité sociale, en dehors du dispositif Monpsy (devenu Monsoutienpsy en 2023 (54)).

Ce dispositif, mis en place en 04/2022 sur l'ensemble du territoire français, permet le remboursement de 8 séances de 30 minutes chez un psychologue libéral adhérant au dispositif, à condition qu'il y ait eu une prescription médicale, et un courrier d'adressage rédigés par un médecin. Les pathologies pouvant motiver un adressage vers un psychologue restent limitées (55) : trouble anxieux ou dépressif d'intensité léger à modéré, un mésusage de tabac, alcool ou cannabis, un trouble du comportement alimentaire sans critère de gravité. En novembre 2023, seuls 2481 psychologues ont adhérés à ce dispositifs sur environ 28000 psychologues exerçant en libéral répertoriés en France (56). Plus localement, dans le département du Rhône, nous pouvons compter 52 psychologues adhérents et 19 psychologues dans Lyon intramuros (dont une seule psychologue sur Lyon 8ème).
Ce dispositif est resté très controversé, depuis sa création, par le syndicat des psychologues libéraux, (57) qui refuse que les psychologues soient assimilés à des professionnels

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

paramédicaux, et favorise l'accès direct à des consultations (remboursées) par le patient, et la création massive de postes de psychologues dans la fonction publique/privé/médico-sociale.

Cela soulève une fois de plus le problème de verticalisation dans les réformes mises en place, et l'absence travail avec les principaux intéressés.

Pour pallier au faible remboursement des patients pour les soins de santé mental, outre l'augmentation des moyens humains et financiers alloués aux CMP, une des solutions pourrait être de revoir le dispositif Monsoutienpsy avec les principaux acteurs de santés mentale concernés (les psychologues et éventuellement les MG).

Il existe également divers dispositifs financiers qui peuvent permettre le remboursement pour les patients de consultation avec un psychologue, et qui mériteraient d'être connus :

- (i) pour les MSP et Centre de Santé, l'Accord Conventionnel Interprofessionnel (ACI) encadre le financement des MPS/Centre de Santé, en fonction de critères déterminés (58), et ce financement peut entre autre servir à rémunérer un psychologue qui aurait des plages de consultation sur la MSP (les patients sélectionnés par les MG pourrait donc accéder à ces consultation à moindres frais). (59)
- (ii) par le biais de l'article 51, en proposant une nouvelle approche dont l'expérimentation pourrait être financée par l'ARS. (60) L'objectif de ce dispositif est « de promouvoir des organisations innovantes contribuant à améliorer le parcours des patients, l'efficience du système de santé, l'accès aux soins ou encore la pertinence de prescription des produits de santé. ». Les porteurs de nouveaux projets sont accompagnés, conseillés, aidés financièrement. Une fois le projet mis en place, pour un maximum de 3 ans, sont évalués l'efficience et la reproductibilité.

Enfin, localement, à Lyon, il existe des Points Ecoute, espaces de consultations gratuites et anonymes, permettant aux populations les plus précaires de rencontrer un psychologue. Ces espaces sont développés depuis 2020 par le Fondation ARHM (Association du Rhône pour l'Hygiène Mentale), et financés en partie par l'ARS et la ville de Lyon. Dans le 8ème arrondissement, la psychologue présente sur le centre propose un suivi de courte durée, gratuit, avec jusqu'à 10 séances de 1h, renouvelable, proposé si un patient se présente de lui-même au Point Ecoute, ou avec un courrier d'adressage par un MG. L'offre est intéressante, et mériterait d'être développée pour prendre en charge un plus grand nombre de patient.

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

c. Limites concernant la prise en charge par les MG au cabinet

Concernant le temps de consultation et la rémunération des MG

Le temps moyen de consultation au cabinet de MG était d'environ 16 minutes, selon une publication de la DREES de 2006 (61). Il fallait compter en moyenne 18 minutes pour une consultation avec un motif psychiatrique, et 17% des consultations pour un problème psychiatrique duraient plus de 25 min.
Les résultats de l'étude française ECOGEN (7,62), réalisée en 2014, retrouvaient une durée moyenne de 21 min environ pour les consultations liée à la dépression, versus une moyenne de 17 minutes pour toute consultation confondues. La consultation pour dépression nécessitait donc 18,4% de temps supplémentaire.

Malgré le temps que le médecin accorde au patient atteint de dépression, surtout lors de la 1ere consultation, le tarif est toujours de 26€50 ce qui semble poser problème aux MG. (63)

Par ailleurs, sur le site de l'Assurance maladie, nous pouvons observer sur la grille des tarifs conventionnels des médecins spécialistes en France (63) , que lors d'une consultation chez un psychiatre libéral en secteur 1, celui-ci peut utiliser le code CNPSY, permettant de bénéficier d'un tarif de consultation de 42,5€.
Envisager de proposer cette cotation aux MG, lors du suivi de patient atteints de dépression, permettrait de valoriser le temps de consultation passé.

Une cotation ALQP003 propose de revaloriser la 1ère consultation de diagnostic de dépression (qui est plus longue) (64), mais elle est applicable seulement une fois par an, et si un score standardisé est utilisé parmi les scores suivants : le Hamilton, le Beck, le MADRS, le MMPI ou le STAI (qui sont des outils d'évaluation de l'intensité et de suivi de la dépression, un questionnaire de personnalité, et un questionnaire d'évaluation de l'anxiété).

Le PHQ 9, qui est pourtant un des score de référence de diagnostic et d'évaluation de la gravité de la dépression, réalisable par le biais d'un auto-questionnaire, ne figure pas dans la liste. (65)

Il existe des outils informatiques d'aide à la prise de décision des MG pendant la consultation avec des patients présentant des symptômes psychiatriques (entre autres de dépression) comme https://www.psychiaclic.fr/ ou https://psychotropes.fr/ (66,67)

Ces outils pourraient faire gagner du temps pour le diagnostic, mais surtout pour aider à la prise en charge thérapeutique, à condition de s'en servir régulièrement et de les maitriser.

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Pour optimiser le temps, s'appuyer sur des aides humaines telles qu'un Infirmier de Pratique Avancé (IPA) en santé mentale pourrait être envisageable. Un décret permettant la création de la mention « psychiatrie et santé mentale » pour le diplôme d'état d'IPA a été publié en 2019. (68)
Ces professionnels de santé ont déjà fait leur preuves dans les pays anglo-saxons (69), comme le décrit cette thèse, revue systématique de la littérature des dispositifs de coopération entre IPA et MG à l'international en soins primaire. (70)

Parmi les différentes actions de la feuille de route de 2018 de la santé mentale et psychiatrique, rédigée et pilotée par le Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie (CSSMP), figurait la formation des IPA en santé mentale et psychiatrie (en établissement et libéral) (71)
Une solution pourrait être d'effectuer des consultations en binôme (MG/IPA) pour créer un lien de confiance et pouvoir par la suite alterner le suivi avec le MG (pour l'évaluation globale et du risque suicidaire, le suivi) et l'IPA pour réaliser de la psychothérapie de soutien.
En région Rhône-Alpes, sur le plan financier, des subventions sont attribuée par l'ARS pour compenser la perte financière pendant les 2 années d'études. Une fois installés, les IPA libéraux sont rémunérés par la sécurité sociale, à l'acte, et il existe des contrats d'aides financières au démarrage de l'activité libérale. (72,73) Ils peuvent aussi être salariés d'une structure.

Un essai randomisé contrôlé publié dans The British Journal of Psychiatry en 2016 (74), avait pour objectif d'évaluer si des patients atteints de dépression majeure suivi par des IPA (comparé à des MG) avaient une meilleure évolution clinique. Les améliorations globales des symptômes de la dépression chez les patients étaient minimes et non significatives, mais des améliorations significatives ont été observées concernant le retentissement sur le travail et le fonctionnement social.
Ces résultats sont encourageants si l'on considère le système de soin au-delà de ses paramètres de prise en charge, mais aussi dans sa résilience et son adaptation à la baisse de la démographie médicale (MG et psychiatres), et aux changements de pratique. En améliorant la qualité de vie au travail, cela augmente l'attractivité d'une profession et cela favorise la prise en charge des patients.

Il semblerait que les MG de Lyon 8ème, comme beaucoup de MG sur le territoire français, ne soient pas tous favorables à un travail en collaboration avec une IPA. Les professions libérales ont par essence l'habitude de travailler en autonomie, et peuvent être récalcitrantes au changement. Peut-être que des moments d'échange avec des IPA, reprécisant leur rôle et leur

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

mode de fonctionnement, pourrait éclairer les MG. Avec le système de santé actuel, le manque de MG et la population croissante, le travail en collaboration et la délégation des tâches sembleraient être un moyen essentiel pour pouvoir prodiguer des soins à l'ensemble de la population.

d. Limites concernant l'offre de soin territoriale

Concernant le manque de connaissance des principaux acteurs de santé mentale sur le territoire par les MG

Les MG de Lyon 8ème rapportaient ne pas bien connaitre les spécialisations des professionnels en santé mentale pour certaines pathologies, sur le territoire.

Cette proposition pourrait être interprétée de plusieurs façons. Il semblerait que les MG n'aient pas de répertoire des différents acteurs de santé mentales du territoire.

Cette barrière faisait écho avec le premier point, sur la collaboration entre les différents acteurs de santé mentale.

L'offre de soin de santé mentale sur le territoire comprend les MG, les psychiatres libéraux, les psychologues libéraux, les cliniques et hôpitaux psychiatriques, les centres de psychothérapie, mais également les associations, et les points écoute.

Une des solutions serait de réaliser une carte interactive du 8ème arrondissement, regroupant les professionnels et structures par catégorie. Celle-ci pourrait être hébergée par « openstreetmap » par exemple. Il semblerait d'ailleurs pertinent qu'il existe une carte, participative, sur l'ensemble de la métropole lyonnaise.

Un des travaux de la CPTS en 2023 a été la création d'un annuaire des professionnels de santé du territoire, par catégorie. Concernant la partie « santé mentale », cet annuaire présente également l'offre sociale de Lyon 8ème pour pouvoir orienter les patients sur des activités pouvant leur permettre de sortir de l'isolement.

Une fois cet annuaire créé, se pose la question de son implémentation, qui est primordiale. Il faudrait réfléchir à différents points : (i) que le contenu de l'annuaire corresponde aux besoins des professionnels du territoire, (ii) à son de mode de diffusion à l'ensemble des professionnels du territoire (iii) à un moyen de récolter les retours et éventuelles remarques des

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

usagers de cet annuaire, et enfin (iv) au moyen de réaliser des mises à jour et modifications en fonction des retours.

Différentes méthodologies sont décrites dans la littérature pour l'implémentation d'une nouvelle ressource sur un territoire. (75)

e. Limite concernant le manque d'information de la population générale sur la dépression

Les MG de Lyon 8ème avaient l'impression que la population générale n'était pas bien informée sur la dépression.

A l'échelle nationale a été créée la semaine de la santé mentale (76) qui a lieu tous les ans en octobre. Cette semaine est moins médiatisée que d'autres campagnes de prévention, alors que la dépression touche une personne sur 5 chez les 18-25 ans et 12,5% des 18-85 ans en France (2).

A l'échelle de la ville de Lyon, il existe plusieurs Centre Locaux de Santé Mentale (CLSM), qui sont des plateformes de concertation et de coordination entre les patients, les élus locaux, la psychiatrie publique et les professionnels de santé d'un territoire. (77,78)
Les missions du CLSM sont nombreuses, et l'une de celle-ci est le développement de la prévention, l'éducation et la promotion en santé mentale. Il parait important d'avoir une meilleure communication entre les acteurs de santé mentale du territoire et les CLSM (par le biais de la CPTS par exemple), afin de définir ensemble des moyens de communication et de prévention pour la population du territoire.

Les Ateliers Santé Ville (ASV), implantés dans les quartiers les plus populaires de Lyon 8ème, ont également une mission d'amélioration de l'accessibilité aux soins, de la prévention et de la santé. Ils pourraient également être le vecteur d'information sur la santé mentale, et de déstigmatisation sur la dépression et sa prise en charge.

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

3) Forces et faiblesses de l'étude

a. Bonne qualité du questionnaire

Les travaux de rédaction et de validation du questionnaire ont été rigoureux, et le sujet de nombreux travaux de mémoires et de thèses, en suivant les recommandations de la littérature pour sa création. (11)
La diffusion du questionnaire est facile, il est rapide à compléter (7 minutes) et existe en version en ligne ou papier. La reproductibilité est possible et aisée sur d'autres territoires.
Sa reproductibilité pourrait également rendre envisageable une nouvelle administration du questionnaire à distance des actions mises en place, pour évaluer l'efficacité de ces dernières.

b. Variabilité de l'échantillon

Le taux d'adhésion au questionnaire a été fort avec un taux de réponse de 69%. Cela permettait d'avoir une bonne variabilité de l'échantillon concernant l'âge, le mode d'exercice, le genre des MG de Lyon 8ème. La population d'étude (MG Lyon 8e) semblait donc bien représentée.

Une des limites était qu'il y a eu un tiers de non répondants. Le profil des non répondants est connu avec une majorité de MG travaillant en MSP. Dans notre enquête, des tests de comparaison ont été réalisés, pour évaluer si les différences de résultats en fonction du type de cabinet et de la réalisation ou pas d'une formation, et il ne semblerait pas que le profil soit associé à des différences significatives. Nous pouvons donc nous dire que les réponses ne seraient pas sensiblement différentes avec un tiers de réponses en plus.

4) Résumé des perspectives

Au total, plusieurs pistes d'amélioration pourraient être envisagées pour améliorer la prise en charge des patients atteints de dépression par les MG de Lyon 8ème.

La piste à prioriser semblerait être la création d'une communauté de pratique, comprenant les volontaires parmi les acteurs de santé mentale de Lyon 8ème (MG, psychiatres, psychologues, associations, CMP), et permettant l'organisation de rencontres entre ces différents acteurs. Pour ce travail de création, il faudrait définir des personnes au sein de la CPTS et du CLSM, des groupes de travail, et s'appuyer sur la littérature (33,35) et les exemples de communauté de pratique existantes (20,36).

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

La rencontre entre les acteurs de santé mentale permettrait de faciliter le travail en collaboration, en créant du lien, briser la distance, créer une culture commune à l'interface entre les besoins des uns et des autres. Cela permettrait de définir, ensemble, des actions adaptées pour l'orientation et le suivi des patients, et entre autres de simplifier les demandes d'avis par téléphone ou par mail.
La mise en place des nouvelles actions sur le territoire serait également facilitée.
Au sein de cette communauté de pratique, pourra être discutée l'intégration de nouvelles professions sur le territoire (telles que les IPA de santé mentale), ainsi que la mise en place de formations adaptées aux demandes des acteurs de santé mentale.

Il pourrait être intéressant de prendre l'avis des acteurs de santé du territoire concernant la création d'un outil de communication (site internet), qui pourrait être un support de diffusion de l'information, et une porte d'entrée pour faciliter l'adhésion de nouveaux membres.

Par ailleurs, informer l'ensemble des professionnels de l'étendue de l'offre de soin en santé mentale sur Lyon 8ème semblerait utile. Commencer par la création d'un annuaire est intéressant, mais un outil interactif et évolutif, telle qu'une carte interactive, apparait comme plus pratique.

Enfin, une autre piste d'amélioration concernerait l'éducation de la population de Lyon 8ème concernant la dépression, via le CLSM, les points écoutes, et autres structures de santé mentale locale.

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Conclusions

En France, la prévalence de patients atteints de dépression ne cesse d'augmenter ces dernières années.
Différentes barrières à la prise en charge par les MG des patients atteints de dépression ont été décrites dans la littérature

L'objectif de ce travail de thèse, réalisé en collaboration avec la CPTS de Lyon 8ème, était d'identifier les principales barrières à la prise en charge des patients atteint de dépression rencontrées par les médecins du 8ème arrondissement de Lyon. Pour cela nous avons utilisé le questionnaire BDC-Q, qui est le fruit de travaux de rédaction et de validation rigoureux.

Les barrières identifiées concernaient principalement (i) la collaboration entre spécialistes de la santé mentale et MG, (ii) les modalités de prise en charge au cabinet de médecine générale des patients atteints de dépression (temps et cotation de la consultation), (iii) l'insuffisance de capacité d'accueil des structures spécialisées et (iv) le coût pour les patients.

Les pistes d'amélioration évoquées concernaient :

- Sur le territoire de Lyon 8, la création d'une communauté de pratique autour de la prise en charge de la santé mentale, pour améliorer la communication, stimuler la collaboration et le transfert de compétences
- Au cabinet de MG, l'appui sur l'interprofessionnalité avec les assistantes médicales, les infirmiers de pratique avancée ou de santé publique, et l'utilisation des outils existants tels que sites internet, et auto-questionnaires validés

Il nous parait nécessaire de nous appuyer sur les méthodes proposées par les sciences de l'implémentation pour transposer ces pistes d'amélioration à l'échelle de Lyon 8ème, afin d'évaluer :
(i) leur appropriation par les acteurs du territoire
(ii) leur mise en place effective dans la pratique
(iii) leur impact sur les barrières identifiées

La CPTS de Lyon 8 nous paraît une structure et un échelon adapté sur le territoire pour porter ces travaux d'implémentation. De plus, elle peut s'appuyer sur un travail en collaboration avec d'autres structures du territoire tel que le CLSM.
D'autres travaux de recherches sont nécessaires pour construire et évaluer l'implémentation et les résultats de ces interventions.

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Bibliographie

1. OMS. Principaux repères sur la dépression selon l'OMS [Internet]. 2023 [cité 17 nov 2023]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression

2. Leon C, du Roscoät E, Beck F. SPF. 2023 [cité 17 nov 2023]. Prévalence des épisodes dépressifs en France chez les 18-85 ans : résultats du Baromètre santé 2021. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/import/prevalence-des-episodes-depressifs-en-france-chez-les-18-85-ans-resultats-du-barometre-sante-2021

3. OMS. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030 -OMS [Internet]. 2021 [cité 17 nov 2023]. Disponible sur: https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240031029

4. INSERM. Inserm. 2017 [cité 17 nov 2023]. Dépression · Inserm, La science pour la santé. Disponible sur: https://www.inserm.fr/dossier/depression/

5. Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. [Internet]. [cité 17 nov 2023]. Disponible sur: https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/la-depression-en-france-2005-2010-prevalence-recours-au-soin-et-sentiment-d-information-de-la-population

6. Alonso J, Lépine JP, ESEMeD/MHEDEA 2000 Scientific Committee. Overview of key data from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). J Clin Psychiatry. 2007;68 Suppl 2:3-9.

7. Letrilliart L, Supper I, Schuers M. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale -. Exercer [Internet]. 2014 [cité 17 nov 2023]; Disponible sur: https://docplayer.fr/69803274-Ecogen-etude-des-elements-de-la-consultation-en-medecine-generale.html

8. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. Lancet. 22 août 2009;374(9690):609-19.

9. Linder A, Widmer D, Fitoussi C, de Roten Y, Despland JN, Ambresin G. Les médecins généralistes face à la « dépression chronique ». Représentations et attitudes thérapeutiques. Revue française des affaires sociales. 2018;(4):239-58.

10. Barley EA, Murray J, Walters P, Tylee A. Managing depression in primary care: A meta-synthesis of qualitative and quantitative research from the UK to identify barriers and facilitators. BMC Fam Pract. 9 juin 2011;12:47.

11. Senchyna A. General practitioners' perspectives on barriers to depression care: development and validation of a questionnaire. BMC Fam Pract [Internet]. 2020; Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7395981/

12. ARS Auvergne Rhône Alpes. Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) [Internet]. 2021 [cité 19 nov 2023]. Disponible sur: https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/projets-territoriaux-de-sante-mentale-ptsm-0

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

13. Botega N, Mann A, Blizard R, Wilkinson G. General practitioners and depression—First use of the Depression Attitude Questionnaire. International Journal of Methods in Psychiatric Research. 1992;2:169-80.

14. Haddad M, Menchetti M, McKeown E, Tylee A, Mann A. The development and psychometric properties of a measure of clinicians' attitudes to depression: the revised Depression Attitude Questionnaire (R-DAQ). BMC Psychiatry. 5 févr 2015;15(1):7.

15. Sadeghipour S. Exploring barriers to depression care among participants to the Médecine psychosomatique et psychosociale CAS. [Internet]. Université de Genève; 2019. Disponible sur: https://archive- ouverte.unige.ch/unige:122985

16. Champet C. Les barrières à la prise en charge de la dépression en médecine de famille : création et validation d'un questionnaire francophone adressé aux médecins généralistes. Université Claude Bernard Lyon 1; 2015.

17. Glangetas A. Validation d'un questionnaire sur les barrières à la prise en charge de la depression en médecine de premier recours. Université de Genève; 2017.

18. Llorente L. Validation d'apparence d'un questionnaire sur les barrières à la prise en charge de la depression en médecine générale. [Lyon Sud]: Université Claude Bernard Lyon 1; 2017.

19. Lebret N. Validation de la structure interne et de la reproductibilité d'un questionnaire sur les barrières à la prise en charge de la dépression en médecine générale. Université Claude Bernard Lyon 1; 2018.

20. Hardy-Baylé MC, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? L'information psychiatrique. 2014;90(5):359-71.

21. Katon W, Von Korff M, Lin E, Walker E, Simon GE, Bush T, et al. Collaborative management to achieve treatment guidelines. Impact on depression in primary care. JAMA. 5 avr 1995;273(13):1026-31.

22. Hansen V. Psychiatric service within primary care. Mode of organization and influence on admission-rates to a mental hospital. Acta Psychiatr Scand. août 1987;76(2):121-8.

23. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 8 nov 2023]. Programme « psychiatrie et santé mentale » de la HAS. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1721760/fr/programme-psychiatrie-et-sante-mentale-de-la-has

24. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2018 [cité 8 nov 2023]. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration

25. Noyon-Audibert C. Syndrome dépressif : modalités et difficultés de sa prise en charge pour le médecin généraliste. Une étude qualitative menée en région PACA [Internet]. 2022 [cité 8 nov 2023]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03681237

26. Ouirini L, Debaty E. Prise en charge des patients présentant des troubles psychiques: étude descriptive des pratiques et des besoins des médecins généralistes marseillais [Internet]. Faculté

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

de médecine de Marseille; 2018. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02081111/document

27. Chastagner AS. ANALYSE DE LA COOPERATION ENTRE MEDECINS GENERALISTES ET PSYCHIATRES : Enquête de pratiques avant l'introduction d'une Charte de partenariat dans le 8ème arrondissement de Lyon. Université Claude Bernard 1 Lyon Est; 2016.

28. Rouault C. Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres publiques dans une commune de l'Isère (France) en 2015: constats et phénomènes entrant en jeu dans le développement de la collaboration sur le terrain. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01318071/document

29. Kates N, Craven MA, Crustolo AM, Nikolaou L, Allen C, Farrar S. Sharing care: the psychiatrist in the family physician's office. Can J Psychiatry. nov 1997;42(9):960-5.

30. Truelove S, Ng V, Kates N, Alloo J, Sunderji N, Patriquin MJ. Les soins de santé mentale en collaboration. Can Fam Physician. févr 2023;69(2):86-8.

31. Kates N. Sharing Mental Health Care: Training Psychiatry Residents to Work With Primary Care Physicians. Psychosomatics. 1 janv 2000;41(1):53-7.

32. Lave J, Wenger E. Higher Education from Cambridge University Press. Cambridge University Press; 1991 [cité 21 nov 2023]. Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation. Disponible sur: https://www.cambridge.org/highereducation/books/situated-learning/6915ABD21C8E4619F750A4D4ACA616CD

33. Arcand L. La communauté de pratique un outil pertinent : résumé des connaissances adaptées au contexte de la santé publique. Institut National de santé publique du quebec [Internet]. nov 2017; Disponible sur: https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2351_communaute_pratique_outil_pertinent_resume_connaissance.pdf

34. Kates N, Sunderji N, Ng V, Patriquin M, Alloo J, Mirwaldt P, et al. Collaborative Mental Health Care in Canada: Challenges, Opportunities and New Directions. Can J Psychiatry. mai 2023;68(5):372-98.

35. Savard I, Côté L. Optimiser le potentiel d'une communauté de pratique auprès de professionnels en santé : des clés de succès. Pédagogie Médicale. 2021;22(1):43-52.

36. Médecine Générale & Psychiatrie 37 – Soins Collaboratifs – Coordination des professionnels de santé en Indre-et-Loire [Internet]. 2020 [cité 16 nov 2023]. Disponible sur: https://medecinegeneralepsychiatrie37.fr/

37. URPS. Rapport de la démographie médicale des psychiatres (2019) en région ARA [Internet]. URPS Auvergne Rhône Alpes; 2019 p. 16. Disponible sur: https://www.urps-med-aura.fr/wp-content/uploads/2019/12/Rapport-2019_Psychiatres.pdf

38. REZONE - Médecins [Internet]. [cité 23 nov 2023]. Disponible sur: http://rezone.ameli.fr/rezone/

39. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. BMC Public Health. 31 juill 2007;7(1):188.

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

40. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatr Scand Suppl. 2004;(420):47-54.

41. Craven MA, Bland R. Shared mental health care: a bibliography and overview. Can J Psychiatry. avr 2002;47(2 Suppl 1):1S-103S.

42. Druais PL, Ouazana A. La dépression en Médecine Générale, la psychothérapie de soutien : une approche spécifique. In Collège de Médecine Générale; 2017. Disponible sur: https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/02/La-de%CC%81pression-en-MG-2017.pdf

43. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet MP, Kovess V, Falissard B, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. BMC Family Practice. 2 mai 2005;6(1):18.

44. Franck N, Cuisniak A, Cadranel M, Gonthier L, Bennasar E, Belluard B, et al. Le Centre d'accueil d'évaluation et d'orientation (CAdEO) : une porte d'entrée territoriale dans les soins en santé mentale. Perspectives Psy. 2023;62(3):262-7.

45. Vinatier CHL. Site Internet du Centre Hospitalier Le Vinatier. 2020 [cité 16 nov 2023]. Live : une écoute professionnelle et engageante. Disponible sur: http://www.ch-le-vinatier.fr/patients-et-entourage/live-une-ecoute-professionnelle-et-engageante-2867.html?fbclid=IwAR04GDYGfIt-xTI6OibiK0AsylVD_4eUV01rU8TUqEhdDryY49BSsKapg48

46. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L, Peveler RC, Stevens A, Ostler KJ, et al. Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. Lancet. 15 janv 2000;355(9199):185-91.

47. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and Organizational Interventions to Improve the Management of Depression in Primary CareA Systematic Review. JAMA. 18 juin 2003;289(23):3145-51.

48. Démographie des professionnels de santé - DREES [Internet]. [cité 16 nov 2023]. Disponible sur: https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/

49. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Résultats issus d'une enquête menée auprès d'un panel national de médecins généralistes français. L'information psychiatrique. 2014;90(5):341-52.

50. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 8 nov 2023]. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours

51. Bortolotti B, Menchetti M, Bellini F, Montaguti MB, Berardi D. Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized controlled trials. General Hospital Psychiatry. 1 juill 2008;30(4):293-302.

52. INSERM. Psychothérapie : Trois approches évaluées [Internet]. Les éditions Inserm. Paris; 2004 [cité 8 nov 2023]. 435-442 p. Disponible sur: https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/57

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

53. Les centres médico-psychologiques de psychiatrie générale | vie-publique.fr [Internet]. 2020 [cité 8 nov 2023]. Disponible sur: http://www.vie-publique.fr/rapport/278693-les-centres-medico-psychologiques-de-psychiatrie-generale

54. Mon soutien psy : Le dispositif de remboursement des séances chez le psychologue | Ministère de la Santé [Internet]. [cité 8 nov 2023]. Disponible sur: https://monsoutienpsy.sante.gouv.fr/

55. Médecin : orienter mes patients vers le dispositif | Mon soutien psy [Internet]. [cité 8 nov 2023]. Disponible sur: https://monsoutienpsy.sante.gouv.fr/medecins

56. Statistiques | Mon soutien psy [Internet]. [cité 8 nov 2023]. Disponible sur: https://monsoutienpsy.sante.gouv.fr/stats

57. Syndicat National des Psychologues. ECHEC DU DISPOSITIF MONPSY : A peine 5 % des Psychologues – Syndicat national des psychologues [Internet]. 2022 [cité 8 nov 2023]. Disponible sur: https://psychologues.org/actualites-single/echec-du-dispositif-monpsy-a-peine-5-des-psychologues/

58. Structures de santé pluriprofessionnelles [Internet]. [cité 20 nov 2023]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/vie-cabinet/structures-sante-pluriprofessionnelles

59. L'ACI : Accord Conventionnel Interprofessionnel [Internet]. [cité 20 nov 2023]. Disponible sur: https://www.femasif.fr/laci-accord-conventionnel-interprofessionnel/

60. ARS Auvergne Rhône Alpes. Article 51 - Expérimenter et innover pour mieux soigner [Internet]. 2023 [cité 20 nov 2023]. Disponible sur: https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/experimenter-et-innover-pour-mieux-soigner

61. DREES. La durée des séances des médecins généralistes. Etudes et Résultats [Internet]. avr 2006;(481). Disponible sur: https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er481.pdf

62. Hamadé M. La dépression en soins primaires. À partir de l'étude ECOGEN. 7 nov 2014;88.

63. AMELI. Tarifs consultations médicales en métropole [Internet]. 2023 [cité 16 nov 2023]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/consultations-actes/tarifs/tarifs-specialistes/metropole

64. Cotation et Test d'évaluation d'une dépression - OMNIPrat [Internet]. [cité 16 nov 2023]. Disponible sur: https://omniprat.org/fiches-pratiques/depistage-prevention/test-devaluation-dune-depression/

65. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ-9. J Gen Intern Med. sept 2001;16(9):606-13.

66. Vaglio A. Psychiaclic [Internet]. 2021 [cité 16 nov 2023]. Disponible sur: https://www.psychiaclic.fr/

67. Dupouy J, Driot D. Psychotropes [Internet]. [cité 16 nov 2023]. Disponible sur: https://psychotropes.fr/

68. Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale. 2019-836 août 12, 2019.

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

69. Laurant M, van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. Cochrane Database Syst Rev. 16 juill 2018;2018(7):CD001271.

70. MARTIN A. Infirmiers en Pratique Avancée : quel exercice coordonné avec les médecins généralistes ? Revue de littérature systématique des dispositifs de coopération entre infirmiers en pratique avancée et médecins généralistes à l'international en soins primaires [Internet]. Université de Picardie Jules Verne; 2022. Disponible sur: https://www.urpsml-hdf.fr/wp-content/uploads/2023/07/These-Martin.pdf

71. Prévention M de la S et de la P. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 8 nov 2023]. Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/Feuille-de-route-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie-11179/

72. Devenir infirmier(e) de pratique avancée [Internet]. [cité 19 nov 2023]. Disponible sur: https://www.auvergne-rhone-alpes.paps.sante.fr/devenir-infirmiere-de-pratique-avancee-2

73. Exercice des infirmiers en pratique avancée [Internet]. [cité 19 nov 2023]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/infirmier/exercice-liberal/vie-cabinet/installation-liberal/exercice-des-infirmiers-en-pratique-avancee

74. Buszewicz M, Griffin M, McMahon EM, Walters K, King M. Practice nurse-led proactive care for chronic depression in primary care: a randomised controlled trial. Br J Psychiatry. avr 2016;208(4):374-80.

75. Schultes MT, Albers B, Caci L, Nyantakyi E, Clack L. A Modified Implementation Mapping Methodology for Evaluating and Learning From Existing Implementation. Front Public Health. 23 mars 2022;10:836552.

76. Semaines d'information sur la santé mentale (SISM) [Internet]. [cité 17 nov 2023]. Semaines d'information sur la santé mentale (SISM). Disponible sur: https://www.semaines-sante-mentale.fr/sism-2/les-sism-quest-ce-que-cest/

77. Vinatier CHL. Site Internet du Centre Hospitalier Le Vinatier. [cité 17 nov 2023]. CLSM - Conseils Locaux de Santé Mentale. Disponible sur: http://www.ch-le-vinatier.fr/le-vinatier/e-mag/clsm-2526.html

78. Les Conseils locaux de santé mentale [Internet]. Centre national de ressources et d'appui aux CLSM. [cité 17 nov 2023]. Disponible sur: http://ressources-clsm.org/les-conseils-locaux-de-sante-mentale/

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Annexes

Annexe 1 : Définition de la dépression selon le DSM-V et la CIM-10

Annexe 4. Définition de l'EDC selon le DSM-5 (proposition de traduction)

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.
NB : Ne pas inclure les symptômes manifestement attribuables à une autre affection médicale.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (ex. : se sent vide ou triste ou désespéré) ou observée par les autres (ex. : pleure ou est au bord des larmes). NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

(2) Diminution marquée du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (ex. : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

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

C. Les symptômes ne sont pas attribuables à l'effet physiologique d'une substance ou d'une autre affection médicale.

NB : Les critères A à C caractérisent l'EDC.

NB : La réaction à une perte significative (p. ex. décès, ruine financière, perte secondaire à une catastrophe naturelle, affection médicale ou handicap sévères) peut inclure une tristesse intense, des ruminations au sujet de cette perte, une insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids notée au niveau du critère A, et peut ressembler à un épisode dépressif. Bien que ces symptômes puissent être compréhensibles ou considérés comme adaptés face à cette perte, la présence d'un EDC en plus de la réponse normale à cette perte doit aussi être envisagée. Cette décision demande que le jugement clinique tienne compte de l'histoire individuelle et des normes culturelles concernant l'expression de la souffrance dans un contexte de perte.

Pour constituer un trouble dépressif unipolaire, les critères D et E doivent s'y ajouter.

D. L'occurrence de l'EDC n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant, ou un autre trouble psychotique.

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

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Annexe 2. Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé

CIM-10
A. Critères généraux (obligatoires) G1. L'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines. G2. Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque (F30) à un moment quelconque de la vie du sujet. G3. Critères d'exclusion les plus couramment utilisés : l'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psychoactive (F10-19) ou à un trouble mental organique, selon la définition donnée en F00-F9.
B. Présence d'au moins 2 des 3 symptômes suivants : (1) Humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines. (2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables. (3) Réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.
C. Présence d'au moins 1 des 7 symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins 4 symptômes * : (1) Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi. (2) Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée. (3) Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type. (4) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations. (5) Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés). (6) Perturbations du sommeil de n'importe quel type. (7) Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

* : le diagnostic d'épisode dépressif est porté en présence d'au moins 4 symptômes (2 symptômes de la liste B et au moins 2 symptômes de la liste C ; ou 3 symptômes de la liste B et au moins 1 symptôme de la liste C).

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon la CIM-10, adaptés par Boyer *et al.*, 1999 et repris dans les recommandations Anaes, 2002 et HAS, 2007

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Annexe 2 : questionnaire distribué aux médecins généraliste (BDC-Q + R-DAQ + démographie)



Introduction

Bonjour,

Nous vous remercions pour votre participation à cette enquête visant à mieux comprendre les difficultés rencontrées par les médecins du 8ème dans la prise en charge des patients présentant un tableau dépressif.
Les résultats permettront de trouver des pistes pour l'amélioration de la prise en charge de cette population de patient.

Vos réponses me permettront également de réaliser mon travail de thèse dont l'intitulé est :

"Quelles sont les principales limites à la prise en charge de la dépression par les médecins généralistes de Lyon 8ème ?"

Le temps de réponse moyen est estimé à 7 minutes. L'analyse et l'utilisation des données seront réalisées de manière à garantir l'anonymat.

Vous pouvez vous adresser aux personnes de contact ci-dessous pour tout renseignement complémentaire :

Dr Hubert Maisonneuve (directeur de thèse) – Hubert.maisonneuve@unige.ch
Débora Sneed (médecin généraliste) – barriere.mg.depression.lyon8@gmail.com
Amir Moussa (assistant de recherche) – Mohamed.Moussa@unige.ch
Vous avez également la possibilité de nous contacter par téléphone au **+336 27 88 98 13**

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Participation antérieure

Avez-vous déjà répondu à ce questionnaire lors de la rencontre pluriprofessionnelle sur les traitements psychotropes ou lors d'un précédent mail ?

- ○ Non
- ○ Oui

Vous avez déjà répondu à ce questionnaire de thèse et allez quitter la page sans possibilité de revenir en arrière. En êtes-vous sûr ?

- ○ Oui
- ○ Non

BDCQ

Pour chacun des items suivants, merci de choisir la proposition correspondant le plus à votre expérience personnelle au sein de votre cabinet de médecine générale

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

La prise en charge par le médecin généraliste :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
1. Prendre en charge un patient dépressif demande souvent plus de temps que ce que je peux y consacrer	○	○	○	○	○
2. Travailler avec les patients dépressifs est pesant	○	○	○	○	○
3. La capacité d'accueil des structures spécialisées en santé mentale est insuffisante	○	○	○	○	○
4. La situation clinique d'un patient dépressif est difficile à résumer par écrit	○	○	○	○	○
5. Les recommandations de bonnes pratiques concernant la dépression manquent d'applicabilité pratique	○	○	○	○	○
6. Prendre en charge des patients dépressifs est suffisamment rémunéré	○	○	○	○	○

Les patients et les représentations de la dépression :

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
7. Les patient dépressifs acceptent facilement le diagnostic de dépression	○	○	○	○	○
8. L'adhésion des patients dépressifs au projet thérapeutique est limitée	○	○	○	○	○
9. Les patients dépressif sous-estiment la sévérité de leur depression	○	○	○	○	○

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

10. Les patient dépressifs acceptent facilement d'être adressés chez un professionnel en santé mentale	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
11. La population générale est bien informée sur la dépression	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
12. Il est facile de distinguer une simple tristesse de l'humeur d'un syndrome dépressif	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord

Les aides à la prise en charge des patients dépressifs :

13. Je connais bien les services offerts par les structures spécialisées en santé mentale	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
14. Je connais bien les spécialisations des professionnels en santé mentale pour certaines pathologies (par exemple addiction, trouble bipolaire, etc.)	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
15. Les outils de dépistage de la dépression, par exemple le PRIME-MD(PHQ-2), manquent d'utilité pratique	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
16. Les outils d'évaluation de la dépression, par exemple l'échelle de Hamilton ou l'inventaire de Beck, manquent d'utilité pratique	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord

La collaboration avec les spécialistes en santé mentale :

17. Le partage d'informations médicales concernant les patients avec les professionnels en santé mental est facile	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

18. Le retour d'informations sur les patients de la part des professionnels en santé mentale est difficile	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
19. Les professionnels en santé mentale sont disponibles pour la prise en charge de nouveaux patients	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
20. Les rencontre avec les professionnels en santé mentale pour discuter des cas sont difficiles	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
21. Obtenir un conseil téléphonique des professionnels en santé mentale est facile	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
22. Les attentes concernant la transmission de l'information sont les mêmes entre généralistes et professionnels en santé mentale	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord

L'accès aux soins en santé mentale :

23. Je manque de confiance à l'égard des structures spécialisées en santé mentale	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
24. J'ai eu des mauvaises expériences en utilisant les structures spécialisées en santé mentale	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
25. Les soins en santé mentale sont bien remboursés aux patients dépressifs	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

RADQ

Les questions suivantes explorent votre sentiment d'aisance professionnelle.

Actuellement :

1. Je me sens à l'aise en m'occupant des besoins des patients dépressifs	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
	○	○	○	○	○
2. Je me sens confiant pour évaluer la dépression chez mes patients	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
	○	○	○	○	○
3. Je suis plus à l'aise quand je travaille avec des maladies somatiques que lorsque je travaille avec des maladies mentales telles que la dépression	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
	○	○	○	○	○
4. Ma profession/spécialité, est bien **placée** pour soutenir les patients dépressifs	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
	○	○	○	○	○
5. Ma profession/spécialité est bien **formée** pour soutenir les patients dépressifs	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
	○	○	○	○	○
6. Je me sens confiant en ma capacité à évaluer le risque suicidaire chez les patients dépressifs	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
	○	○	○	○	○
7. Il est gratifiant de passer du temps à s'occuper de patients dépressifs	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ni d'accord, ni pas d'accord	D'accord	Tout à fait d'accord
	○	○	○	○	○

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Données sociodémographique

Votre genre ?

Masculin | Féminin | Non binaire

Quel est votre âge ?

Quel est le code postal de votre cabinet ?

- 69008
- Autre (précisez)

Dans quel type de cabinet exercez-vous principalement (actuellement) ?

En cabinet seul	En cabinet de groupe	En MSP ou centre de santé	Dans une unité de soin hospitalière	Consultation ambulatoire au sein d'une clinique ou d'un hôpital

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

En comptant l'année actuelle, depuis combien d'années avez-vous terminé votre internat et exercez vous la médecine ? (Exemples :
- vous avez terminé votre internat en 2010 et avez exercé sans vous arrêter depuis, nombre d'années d'exercice = 12 ans ;
- vous avez terminé votre internat en 2015, avez arrêté d'exercer pendant 2 ans, donc nombre d'années d'exercice = 5 ans)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	+ de 12
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

En moyenne, sur une semaine classique, combien de demi-journée(s) travaillez vous ? (min 1, max 14)

Avez vous participé à une formation médicale sur la dépression au cours des 3 dernières années ?

○ Oui ○ Non

De quel type ?

- ○ DU (Diplôme Universitaire)
- ○ Formation en ligne
- ○ Congrès
- ○ Cours par organisme indépendant
- ○ Autre (précisez)

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Merci d'avoir répondu, vos réponses sont anonymes et seront traitées indépendamment de cette dernière question. Afin de ne pas vous relancer, il nous est cependant nécessaire de pouvoir vous identifier, à cet effet, merci de renseigner votre adresse mail, votre nom, ou l'adresse de votre cabinet.

Commentaires

Si vous avez un commentaire libre à nous faire parvenir, vous pouvez le faire ici :

Produit par Qualtrics

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Annexe 3 : Déclaration à la CNIL

CNIL.
COMMISSION NATIONALE INFORMATIQUE & LIBERTÉS

Référence CNIL :
2229826 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 19 avril 2023

Madame Débora SNEED

33 AVENUE FELIX FAURE
69003 LYON

ORGANISME DÉCLARANT

Nom : Madame SNEED Débora
Service :
Adresse : 33 AVENUE FELIX FAURE
CP : 69003
Ville : LYON

N° SIREN/SIRET :
Code NAF ou APE :
Tél. : 0627889813
Fax. :

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 20 avril 2023

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : https://www.cnil.fr/donnees-personnelles

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Annexe 4 : Courriers accompagnants les questionnaires (version 1er mail, version mail de relance et version papier)

Chère consœur, cher confrère,

Si la dépression est un des motifs les plus prévalents des consultations de médecine générale, sa prise en charge est connue pour rencontrer de nombreux types de barrières (1). La CPTS de Lyon 8 peut nous aider à trouver des solutions.

Nous vous proposons de compléter un questionnaire comportant 32 questions. Son remplissage vous prendra au plus 7 minutes.

Ce questionnaire validé, fruit de 5 ans de recherche auprès de médecins généralistes (2), est disponible dans une version numérique (le lien se trouve ci-dessous), dans une version papier (en pièce jointe) que vous pouvez me renvoyer par mail, ou en scannant le QR code (joint à ce mail également, vous pouvez l'imprimer pour les collègues de votre cabinet).

https://uigp.qualtrics.com/jfe/form/SV_29MeO8Pu6AJdwKG

N'hésitez pas à transmettre également ce mail à vos consœurs et confrères médecins généralistes, ainsi qu'aux remplaçants réguliers qui travaillent dans vos cabinets médicaux.

Vos réponses m'aideront à réaliser mon travail de thèse dont l'intitulé est « **Quelles sous les principales limites à la prise en charge de la dépression par les médecins généralistes de Lyon 8ème** », sous la direction du Dr Hubert Maisonneuve, et en lien avec la CPTS de Lyon 8ème (Communauté professionnelle territoriale de santé) et le CLSM des 3/7/8ème (Conseil Local de la santé mentale).

Le but de ce travail est de comprendre les difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge des patients présentant un tableau dépressif, afin d'envisager des solutions adaptées et les prioriser.

Pour que ce travail ait une réelle utilité, il est important d'obtenir une réponse de l'ENSEMBLE des médecins généralistes en exercice à Lyon 8.

Veuillez noter que la date limite pour répondre à ce questionnaire est le 19/03/2023

Pour me faire part de votre refus, ou pour toute question, écrivez moi par retour de mail ou à l'adresse : barriere.mg.depression.lyon8@gmail.com

Nous vous remercions par avance de votre intérêt et de votre collaboration.

Débora SNEED
Médecin généraliste
remplaçante

Hubert MAISONNEUVE
Médecin généraliste,
MSP Mermoz, Lyon 8

1. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. :8.

2. Senchyna A, Abbiati M, Chambe J, Haller DM, Maisonneuve H. General practitioners' perspectives on barriers to depression care: development and validation of a questionnaire. BMC Fam Pract. 1 août 2020;21(1):156.

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Chère consœur, cher confrère,

Si la dépression est un des motifs les plus prévalents des consultations de médecine générale, sa prise en charge est connue pour rencontrer de nombreux types de barrières (1). La CPTS de Lyon 8 peut nous aider à trouver des solutions.

Nous vous proposons de compléter un questionnaire comportant 32 questions. Son remplissage vous prendra au plus 7 minutes.

Ce questionnaire validé, fruit de 5 ans de recherche auprès de médecins généralistes (2), est disponible dans une version numérique (le lien se trouve ci-dessous), dans une version papier (en pièce jointe) que vous pouvez me renvoyer par mail, ou en scannant le QR code (joint à ce mail également, vous pouvez l'imprimer pour les collègues de votre cabinet).

https://uigp.qualtrics.com/jfe/form/SV_29MeO8Pu6AJdwKG

N'hésitez pas à transmettre également ce mail à vos consœurs et confrères médecins généralistes, ainsi qu'aux remplaçants réguliers qui travaillent dans vos cabinets médicaux.

Vos réponses m'aideront à réaliser mon travail de thèse dont l'intitulé est « **Quelles sous les principales limites à la prise en charge de la dépression par les médecins généralistes de Lyon 8ème** », sous la direction du Dr Hubert Maisonneuve, et en lien avec la CPTS de Lyon 8ème (Communauté professionnelle territoriale de santé) et le CLSM des 3/7/8ème (Conseil Local de la santé mentale).

Le but de ce travail est de comprendre les difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge des patients présentant un tableau dépressif, afin d'envisager des solutions adaptées et les prioriser.

Pour que ce travail ait une réelle utilité, il est important d'obtenir une réponse de l'ENSEMBLE des médecins généralistes en exercice à Lyon 8. De ce fait, en l'absence de réponse, et sauf avis contraire de votre part, je prendrais contact avec vous dans les prochaines semaines pour vous rencontrer à votre cabinet médical et vous faire remplir les questionnaires en direct.

Pour me faire part de votre refus, ou pour toute question, écrivez moi par retour de mail ou à l'adresse : barriere.mg.depression.lyon8@gmail.com

Nous vous remercions par avance de votre intérêt et de votre collaboration.

Débora SNEED
Médecin généraliste
remplaçante

Hubert MAISONNEUVE
Médecin généraliste,
MSP Mermoz, Lyon 8

1. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. :8.

2. Senchyna A, Abbiati M, Chambe J, Haller DM, Maisonneuve H. General practitioners' perspectives on barriers to depression care: development and validation of a questionnaire. BMC Fam Pract. 1 août 2020;21(1):156.

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Chère consœur, cher confrère,

Si la dépression est un des motifs les plus prévalents des consultations de médecine générale, sa prise en charge est connue pour rencontrer de nombreux types de barrières (1).
La CPTS de Lyon 8 peut nous aider à trouver des solutions.

Nous vous proposons de compléter un questionnaire comportant 32 questions.
Son remplissage vous prendra au plus 7 minutes.

Ce questionnaire validé, fruit de 5 ans de recherche auprès de médecins généralistes (2), est disponible dans une version numérique et papier.

Voici le QR CODE pour accéder à ce questionnaire en version numérique :

N'hésitez pas à transmettre également ce questionnaire à vos consœurs et confrères médecins généralistes, ainsi qu'aux remplaçants réguliers qui travaillent dans vos cabinets médicaux, ils peuvent y répondre en scannant le QR code ci-dessus ou via ce lien : https://uigp.qualtrics.com/jfe/form/SV_29MeO8Pu6AJdwKG

Vous avez également une version papier de ce questionnaire (ci-joint) que vous pouvez me retourner via l'enveloppe déjà timbrée.

Vos réponses m'aideront à réaliser mon travail de thèse dont l'intitulé est « **Quelles sous les principales limites à la prise en charge de la dépression par les médecins généralistes de Lyon 8ème** », sous la direction du Dr Hubert Maisonneuve, et en lien avec la CPTS de Lyon 8ème (Communauté professionnelle territoriale de santé) et le CLSM des 3/7/8ème (Conseil Local de la santé mentale).

Le but de ce travail est de comprendre les difficultés que vous rencontrez dans la prise en charge des patients présentant un tableau dépressif, afin d'envisager des solutions adaptées et les prioriser.

Pour que ce travail ait une réelle utilité, il est important d'obtenir une réponse de l'ENSEMBLE des médecins généralistes en exercice à Lyon 8

Pour me faire part de votre refus, ou pour toute question, écrivez moi par retour de mail ou à l'adresse : barriere.mg.depression.lyon8@gmail.com

Nous vous remercions par avance de votre intérêt et de votre collaboration.

Débora SNEED
Médecin généraliste
remplaçante

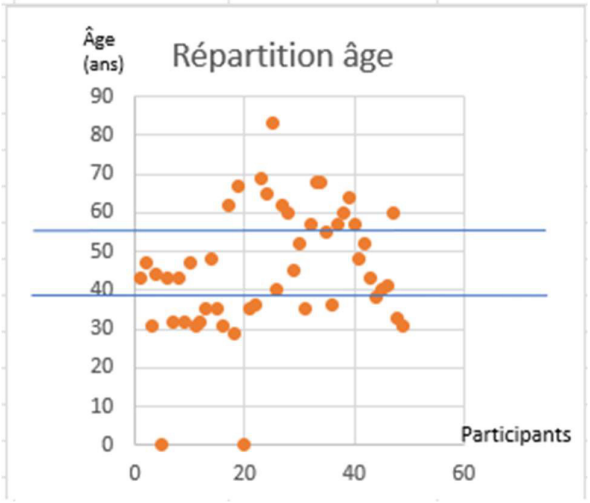
Hubert MAISONNEUVE
Médecin généraliste,
MSP Mermoz, Lyon 8

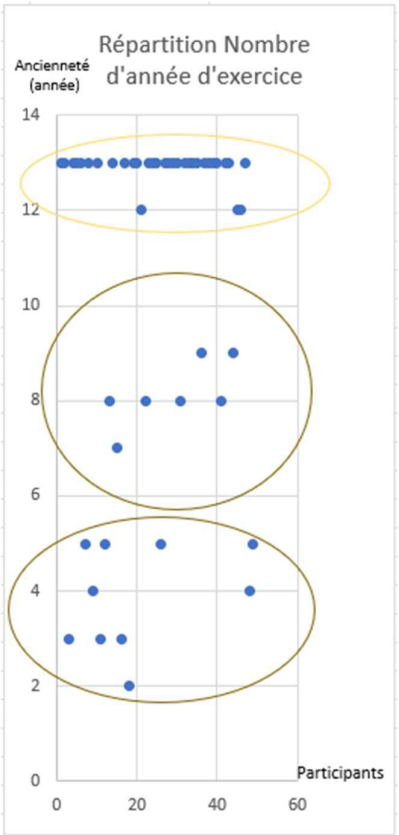
1. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. :8.

2. Senchyna A, Abbiati M, Chambe J, Haller DM, Maisonneuve H. General practitioners' perspectives on barriers to depression care: development and validation of a questionnaire. BMC Fam Pract. 1 août 2020;21(1):156.

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Annexe 5 : Graphiques représentants la répartition des répondants en fonction de leur âge ou du nombre d'année d'exercice. Ces graphiques ont permis de déterminer les limites pour les répartitions des répondants en sous-groupes.





(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Annexe 6 : Tableaux représentants les réponses moyennes des 49 médecins généralistes de Lyon 8ème aux différents items du questionnaire BDC-Q (tableau 1) et du questionnaire RAD-Q (tableau 2)

Tableau 1 : Réponses moyennes de 49 médecins généralistes de Lyon 8ème, aux différents items du questionnaire BDC-Q

N°	Item	Réponse moyenne (ET)
	Modalité de prise en charge par le médecin généraliste	
1	Prendre en charge un patient dépressif prend souvent plus de temps que ce que je peux y consacrer	**4,08 (1,057)**
2	Travailler avec des patients dépressifs est pesant	3,59 (1,117)
3	La capacité d'accueil des structures spécialisées en santé mentale est insuffisante	**4,78 (0,421)**
4	La situation clinique d'un patient dépressif est difficile à résumer par écrit	3,53 (1,209)
5	Les recommandations de bonne pratique concernant la dépression manquent d'applicabilité pratique	3,59 (1,039)
6	Prendre en charge des patients dépressifs est suffisamment rémunéré	**1,84 (0,965)**
	Patients et représentations de la dépression	
7	Les patients dépressifs acceptent facilement le diagnostic de dépression	3,06 (0,922)
8	L'adhésion des patients dépressifs au projet thérapeutique est limitée	3,12 (1,073)
9	Les patients dépressifs sous-estiment la sévérité de leur dépression	3,53 (0,892)
10	Les patients dépressifs acceptent facilement d'être adressés chez un professionnel en santé mentale	2,71 (1,061)
11	La population générale est bien informée sur la dépression	***2,18 (0,727)***
12	Il est facile de distinguer une simple tristesse de l'humeur d'un syndrome dépressif	2,63 (0,906)
	Aides à la prise en charge des patients atteints de dépression	
13	Je connais bien les services offerts par les structures spécialisées en santé mentale	2,63 (1,055)
14	Je connais bien les spécialisations des professionnels en santé mentale pour certaines pathologies	***2,31 (1,065)***
15	Les outils de dépistage de la dépression (PRIME-MD) manquent d'utilité pratique	3,53 (0,793)
16	Les outils d'évaluation de la dépression (Hamilton) manquent d'utilité pratique	3,49 (1,102)
	Collaboration avec les spécialistes en santé mentale	
17	Le partage d'information médicales concernant les patients avec les professionnels en santé mentale est facile	**1,80 (0,816)**
18	Le retour d'informations sur les patients de la part des professionnels en santé mentale est difficile	**4,12 (1,148)**
19	Les professionnels en santé mentale sont disponibles pour la prise en charge de nouveaux patients	**1,64 (0,671)**
20	Les rencontres avec les professionnels en santé mentale pour discuter des cas sont difficiles	***3,77 (1,134)***
21	Obtenir un conseil téléphonique des professionnels en santé mentale est facile	**1,94 (1,107)**
22	Les attentes concernant la transmission de l'information sont les mêmes entre généralistes et professionnels en santé mentale	2,63 (1,236)
	Accès aux soins en santé mentale	
23	Je manque de confiance à l'égard des structures spécialisées en santé mentale	2,84 (1,161)
24	J'ai eu des mauvaises expériences en utilisant les structures spécialisées en santé mentale	2,92 (1,077)
25	Les soins en santé mentale sont bien remboursés aux patients dépressifs	***2.02 (0,946)***

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

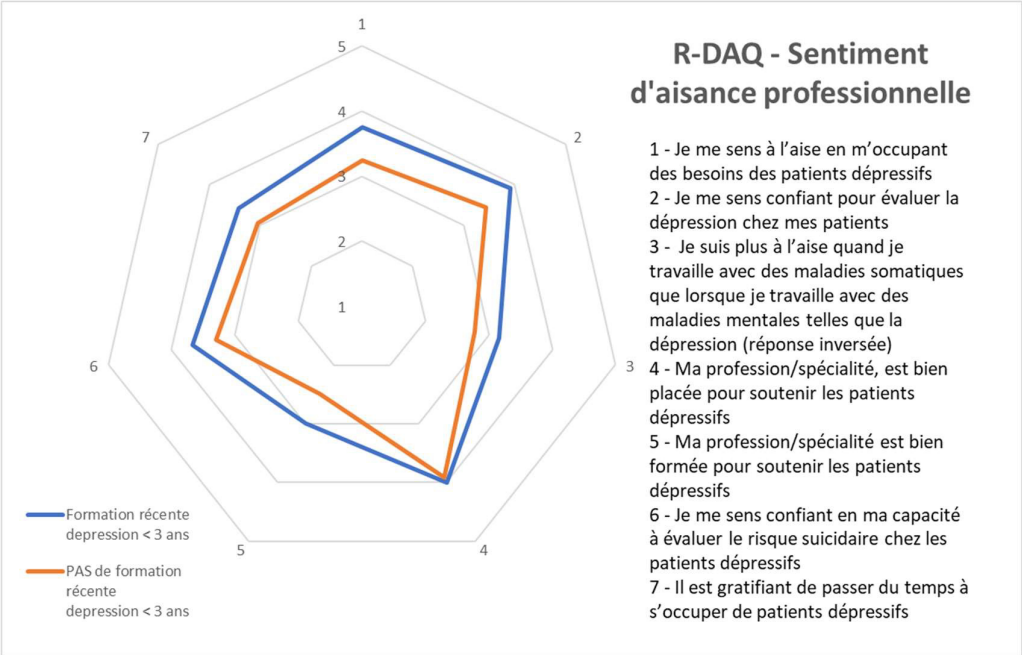
Tableau 2 : Réponses moyennes de 49 médecins généralistes de Lyon 8ème, aux différents items du questionnaire R-DAQ - Sentiment d'aisance professionnelle

N°	Item	Réponse moyenne (ET)
1	Je me sens à l'aise en m'occupant des besoins des patients dépressifs	3,37 (1,074)
2	Je me sens confiant pour évaluer la dépression chez mes patients	3,55 (0,891)
3	Je suis plus à l'aise quand je travaille avec des maladies somatiques que lorsque je travaille avec des maladies mentales telles que la dépression	3,12 (1,252)
4	Ma profession/spécialité est bien placée pour soutenir les patients dépressifs	**3,94 (1,068)**
5	Ma profession/spécialité est bien formée pour soutenir les patients dépressifs	2,61 (1,077)
6	Je me sens confiant en ma capacité à évaluer le risque suicidaire chez les patients dépressifs	3,39 (1,037)
7	Il est gratifiant de passer du temps à s'occuper de patients dépressifs	3,14 (1,040)

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Annexe 7 : Analyses en sous-groupe (impact d'une formation récente sur la dépression sur le sentiment d'aisance professionnelle), Radar et résultats des t-tests de Student

Figure 1 *: Radar représentant les réponses moyennes des MG de Lyon 8ème aux items du R-DAQ, en fonction de s'ils ont suivi ou pas une formation sur la dépression dans les 3 dernières années*



(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Figure 2 *: Tableaux représentants les résultats des t-tests de Student pour chacun des 7 items du R-DAQ.*

```
. foreach var of varlist  aisebesoin confeval aisesoma bienplace bienform confRS gratifiant {
  2. ttest `var', by (forma_medi) unpaired
  3. }
```

Question 1

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. err.	Std. dev.	[95% conf.	interval]
1	12	3.75	.3508647	1.215431	2.977752	4.522248
2	37	3.243243	.16624	1.011199	2.906093	3.580394
Combined	49	3.367347	.1534575	1.074203	3.0588	3.675894
diff		.5067568	.3529755		-.2033384	1.216852

diff = mean(1) - mean(2) t = 1.4357
H0: diff = 0 Degrees of freedom = 47

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
Pr(T < t) = 0.9211 Pr(|T| > |t|) = 0.1577 Pr(T > t) = 0.0789

Question 2

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. err.	Std. dev.	[95% conf.	interval]
1	12	3.916667	.2289083	.7929615	3.412843	4.42049
2	37	3.432432	.1477587	.8987813	3.132764	3.732101
Combined	49	3.55102	.1273127	.8911889	3.295041	3.807
diff		.4842342	.2907336		-.1006464	1.069115

diff = mean(1) - mean(2) t = 1.6656
H0: diff = 0 Degrees of freedom = 47

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
Pr(T < t) = 0.9488 Pr(|T| > |t|) = 0.1025 Pr(T > t) = 0.0512

Question 3

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. err.	Std. dev.	[95% conf.	interval]
1	12	2.833333	.3859921	1.337116	1.98377	3.682896
2	37	3.216216	.2018501	1.227806	2.806845	3.625587
Combined	49	3.122449	.178887	1.252209	2.762773	3.482125
diff		-.3828829	.4166663		-1.221107	.4553415

diff = mean(1) - mean(2) t = -0.9189
H0: diff = 0 Degrees of freedom = 47

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
Pr(T < t) = 0.1814 Pr(|T| > |t|) = 0.3628 Pr(T > t) = 0.8186

Question 4

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. err.	Std. dev.	[95% conf.	interval]
1	12	4	.3256695	1.128152	3.283206	4.716794
2	37	3.918919	.1749233	1.064017	3.564158	4.27368
Combined	49	3.938776	.1526639	1.068647	3.631824	4.245727
diff		.0810811	.3585721		-.6402729	.8024351

diff = mean(1) - mean(2) t = 0.2261
H0: diff = 0 Degrees of freedom = 47

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
Pr(T < t) = 0.5890 Pr(|T| > |t|) = 0.8221 Pr(T > t) = 0.4110

Question 5

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. err.	Std. dev.	[95% conf.	interval]
1	12	3	.3692745	1.279204	2.187232	3.812768
2	37	2.486486	.1626619	.9894337	2.156593	2.81638
Combined	49	2.612245	.1537964	1.076575	2.303016	2.921473
diff		.5135135	.3535818		-.1978013	1.224828

diff = mean(1) - mean(2) t = 1.4523
H0: diff = 0 Degrees of freedom = 47

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
Pr(T < t) = 0.9235 Pr(|T| > |t|) = 0.1531 Pr(T > t) = 0.0765

Question 6

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. err.	Std. dev.	[95% conf.	interval]
1	12	3.666667	.3956838	1.370689	2.795773	4.537561
2	37	3.297297	.1493975	.9087496	2.994305	3.600289
Combined	49	3.387755	.1481643	1.03715	3.089851	3.685659
diff		.3693694	.3439991		-.3226677	1.061406

diff = mean(1) - mean(2) t = 1.0738
H0: diff = 0 Degrees of freedom = 47

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
Pr(T < t) = 0.8558 Pr(|T| > |t|) = 0.2884 Pr(T > t) = 0.1442

Question 7

Two-sample t test with equal variances

Group	Obs	Mean	Std. err.	Std. dev.	[95% conf.	interval]
1	12	3.416667	.2599048	.9003366	2.84462	3.988713
2	37	3.054054	.1773425	1.078732	2.694387	3.413721
Combined	49	3.142857	.1486904	1.040833	2.843895	3.441819
diff		.3626126	.345403		-.3322485	1.057474

diff = mean(1) - mean(2) t = 1.0498
H0: diff = 0 Degrees of freedom = 47

Ha: diff < 0 Ha: diff != 0 Ha: diff > 0
Pr(T < t) = 0.8504 Pr(|T| > |t|) = 0.2992 Pr(T > t) = 0.1496

Pour les tests des items 1, 2, 4, 5, 6, 7, notre hypothèse alterne Ha était que le groupe 1 (ayant suivi une formation récente sur a dépression) ait des réponses moyennes significativement supérieures au groupe 2.

Tandis que pour la question 3 (question inversée), notre hypothèse alterne Ha était que le groupe 1 (ayant suivi une formation récente) ait une réponse moyenne significativement inférieure au groupe 2.

On remarque que la p-value n'est jamais inférieure ou égale à 0,05, l'hypothèse H0 ne peut pas être rejeté. La différence de moyenne entre les 2 groupes n'est donc pas significative.

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Annexe 8 : Charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur, créée en 2014

Charte de partenariat

Médecine générale & Psychiatrie de secteur

Pour mieux répondre aux besoins des patients dans le domaine de psychiatrie et de la santé mentale et compte tenu des enjeux des soins aux personnes et de santé publique, le Collège de la Médecine Générale et la Conférence Nationale des Présidents de CME de Centres Hospitaliers Spécialisés souhaitent améliorer le partenariat entre médecins généralistes traitants et psychiatres de secteur. Afin d'assurer une meilleure coordination des soins, ils s'accordent sur les points suivants :

1. Le psychiatre de secteur, dans la perspective d'une prise en charge coordonnée du patient, notamment sur le plan somatique, **s'assure de l'existence et de l'identification d'un médecin généraliste traitant** pour chacun de ses patients.

2. Le médecin généraliste traitant assure le suivi médical global du patient et, dans ce cadre, participe à la prévention et la surveillance des effets secondaires des traitements en particulier lors de **comorbidités somatiques et psychiatriques.** Le psychiatre de secteur propose, s'il y a lieu, le traitement chimiothérapeutique au médecin généraliste traitant, qui en réalise alors principalement la prescription, eu égard à sa connaissance globale de l'état clinique du patient.

3. Le secteur de psychiatrie assure au médecin généraliste traitant **un accès téléphonique direct** à un psychiatre senior de l'équipe. Cette disponibilité est réciproque.

4. La **transmission d'information** de la part du psychiatre de secteur au médecin généraliste traitant est assurée dès l'adressage du patient aux structures de soins. En cas de suivi spécialisé, le médecin généraliste traitant, en tant que co-thérapeute, est informé régulièrement de ses modalités en cours et/ou envisagées quant à la prise en charge ponctuelle ou durable.

5. Le médecin généraliste traitant est informé systématiquement et dans les délais les meilleurs, **des hospitalisations programmées ou urgentes en milieu spécialisé de son patient, tant à son entrée qu'à sa sortie.** Sa connaissance du traitement de sortie mais aussi des conditions du retour à domicile, en particulier en cas d'interventions dans le champ sanitaire ou social dans le lieu de vie, en fonction des ressources du territoire, est de nature à assurer une meilleure coordination du parcours de soin.

6. Pour les patients relevant de la patientèle du médecin généraliste traitant, cette coopération entre soignants facilite **l'action du médecin généraliste traitant pour mobiliser des ressources locales et des interventions communes au domicile par l'équipe du secteur psychiatrique.** Le médecin généraliste traitant intervient notamment en cas de mesure d'hospitalisation sans consentement.

7. Le médecin généraliste traitant et le psychiatre du secteur référent assurent la **coordination des interventions au domicile** concernant les équipes pluri professionnelles impliquées dans les soins, l'aide et l'accompagnement du patient et de sa famille.

8. **La formation des internes de psychiatrie et des internes de médecine générale doit favoriser la connaissance mutuelle des dispositifs de soins et des pratiques professionnelles.** Les stages universitaires doivent être l'occasion d'échanges réciproques dans les secteurs ou les cabinets des maîtres de stage des universités.

La mise en oeuvre de ces principes participe au développement d'espaces d'échanges communs entre médecine générale et psychiatrie publique. Elle doit être adaptée à la situation démographique des différents territoires.

le 20 mars 2014

Dr Christian Müller
Président
Conférence Nationale des Présidents de CME
de Centres Hospitaliers Spécialisés

Pr Pierre Louis Druais
Président
Collège de la Médecine Générale

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Nom, prénom du candidat : SNEED Débora

CONCLUSIONS

En France, la prévalence de patients atteints de dépression ne cesse d'augmenter ces dernières années. Différentes barrières à la prise en charge par les MG des patients atteints de dépression ont été décrites dans la littérature.

L'objectif de ce travail de thèse, réalisé en collaboration avec la CPTS de Lyon 8ème, était d'identifier les principales barrières rencontrées par les médecins du 8ème arrondissement de Lyon. Pour cela nous avons utilisé le questionnaire BDC-Q, qui est le fruit de travaux de rédaction et de validation rigoureux.

Les barrières identifiées concernaient principalement (i) la collaboration entre spécialistes de la santé mentale et MG, (ii) les modalités de prise en charge au cabinet de médecine générale des patients atteints de dépression (temps et cotation de la consultation), (iii) l'insuffisance de capacité d'accueil des structures spécialisées et (iv) le coût pour les patients.

Les pistes d'amélioration évoquées concernaient :

- Au cabinet de MG, l'appui sur l'interprofessionnalité avec les assistantes médicales, les infirmières de pratique avancée ou de santé publique, et l'utilisation des outils existants tels que sites internet, et auto-questionnaires validés
- Sur le territoire de Lyon 8, la création d'une communauté de pratique autour de la prise en charge de la santé mentale, pour améliorer la communication, stimuler la collaboration et le transfert de compétences

Il nous parait nécessaire de nous appuyer sur les méthodes proposées par les sciences de l'implémentation pour transposer ces pistes d'amélioration à l'échelle de Lyon 8ème, afin d'évaluer :

(i) leur appropriation par les acteurs du territoire

(ii) leur mise en place effective dans la pratique

(iii) leur impact sur les barrières identifiées

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON
FACULTÉ DE MÉDECINE LYON EST

La CPTS de Lyon 8 nous paraît une structure et un échelon adapté sur le territoire pour porter ces travaux d'implémentation. Et elle peut s'appuyer sur un travail en collaboration avec d'autres structures du territoire tel que le CLSM.

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Faculté de Médecine Lyon Est

D'autres travaux de recherches sont nécessaires pour construire et évaluer l'implémentation et les résultats de ces interventions.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Cachet et Signature

Professeure Sylvie ERPELDINGER
UCBL - MÉDECINE GÉNÉRALE

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON I

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

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD FACULTE DE MEDECINE LYON EST

Professeur Gilles RODE
Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 14 NOV. 2023

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED

Faculté de Médecine Lyon Est

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD LYON 1

Débora SNEED

Quelles sont les principales barrières à la prise en charge des patients atteints de dépression par les médecins généralistes du 8ème arrondissement de Lyon ?

RESUME

La dépression concerne 280 millions de personnes, soit 3,8% de la population mondiale.
En France, en 2021, 12,5% de la population âgée de 18 à 85 ans aurait vécu un Episode Dépressif Caractérisé. Le médecin généraliste (MG) est le principal professionnel de santé impliqué dans la prise en charge et le suivi des patients atteints de dépression. De nombreuses barrières à la prise en charge par les MG de patients atteints de dépression ont été référencées dans la littérature.
L'objectif de ce travail était d'explorer et hiérarchiser les principales barrières à la prise en charge de la dépression par les MG de Lyon 8ème, afin d'envisager des interventions ciblées et adaptées aux besoins des acteurs de santé du territoire.
Cette étude est transversale, et monocentrique.
Les données ont été recueillis au moyen d'un questionnaire basé sur le Barriers to Depression Care Questionnaire (BDC-Q) et sur le Revised Depression Attitude Questionnaire (R-DAQ). Il a été distribué à l'ensemble des médecins généralistes du 8ème arrondissement de Lyon.
Sur les 71 médecins généralistes référencés dans le 8ème arrondissement de Lyon, 49 médecins généralistes ont renvoyé le questionnaire (69%).
Les barrières identifiées concernaient principalement (i) la collaboration entre spécialistes de la santé mentale et MG, (ii) les modalités de prise en charge au cabinet de médecine générale des patients atteints de dépression (temps et cotation de la consultation), (iii) l'insuffisance de capacité d'accueil des structures spécialisées et (iv) le coût des soins de santé mentale pour les patients.
Les pistes d'amélioration évoquées concernaient :

- Sur le territoire de Lyon 8, la création d'une communauté de pratique autour de la prise en charge de la santé mentale, pour améliorer la communication, stimuler la collaboration et le transfert de compétences.
- Au cabinet de MG, l'appui sur l'interprofessionnalité avec les assistantes médicales, les infirmiers de pratique avancée ou de santé publique, et l'utilisation des outils existants tels que sites internet, et auto-questionnaires validés.

Il nous parait nécessaire de nous appuyer sur les méthodes proposées par les sciences de l'implémentation pour transposer ces pistes d'amélioration à l'échelle de Lyon 8ème.

MOTS CLES Dépression / barrières prise en charge / collaboration médecin généraliste psychiatre / communauté de pratique / implémentation /

JURY

Président : Madame la Professeure Sylvie ERPELDINGER
Membres : Monsieur le Professeur Remy BOUSSAGEON
Monsieur le Professeur Frédéric HAESEBAERT
Monsieur le Docteur Jean-François COSTEMALE LACOSTE
Madame la Docteure Florence LAPICA
Sous la direction du Docteur Hubert MAISONNEUVE

Soutenue en date du 12 décembre 2023

33 avenue Felix Faure 69003 LYON // sneed.debora@gmail.com

Faculté de Médecine Lyon Est
http://lyon-est.univ-lyon1.fr/ • téléphone : 33 (0)4 78 77 70 00
ACCOMPAGNER CRÉER PARTAGER

(CC BY-NC-ND 4.0) SNEED