

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2017

2017 TOU3 1518

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Alice CHUON

le jeudi 16 mars 2017

PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHIQUES COURANTS EN
SOINS PRIMAIRES : LA PLACE DES PSYCHOTHÉRAPIES

Directeur de thèse : Pr Laurent SCHMITT

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS	Président
Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT	Assesseur
Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC	Assesseur
Monsieur le Docteur Maurice BENSOUSSAN	Assesseur
Monsieur le Docteur Radoine HAOUI	Suppléant



FACULTÉ DE MÉDECINE PURPAN

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur Jacques LAGARRIGUE
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAVAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologique	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Héloïse (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.
Pr WOISARD Virginie

Professeur SIMON Jacques
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur ARBUS Louis

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Vaérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jill	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
M. HAMDI Safouane	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	M. GASQ David	Physiologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. MONTOYA Richard	Physiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. TREINER Emmanuel	Immunologie	M. VERGEZ François	Hématologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie		
M.C.U. Médecine générale		M.C.U. Médecine générale	
M. BRILLAC Thierry		M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
		M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
		Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Vous nous faites l'honneur de présider ce jury de thèse.

Nous avons apprécié votre engagement et la qualité de vos enseignements, tout au long de notre parcours d'internat.

Nous vous sommes reconnaissants pour votre disponibilité, et votre soutien à l'égard de ce travail.

Veillez recevoir l'expression de notre plus profond respect et de nos sincères remerciements.

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT

Nous avons eu la chance de bénéficier de la richesse de votre enseignement, et de l'humanité de votre pratique clinique.

Nous vous remercions sincèrement pour votre accompagnement bienveillant tout au long de notre internat.

Je vous suis reconnaissante de votre patience, de votre soutien pour ce projet et de m'avoir dirigée pour le réaliser.

Soyez assuré de mon plus grand respect.

Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

Nous vous remercions pour l'intérêt et le soutien que vous avez porté à ce projet de thèse.

Soyez assuré de notre plus grande reconnaissance.

Monsieur le Docteur Maurice BENSOUSSAN

Nous sommes très touchés de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger cette thèse.

Nous avons apprécié votre engagement et votre bienveillance vis-à-vis de la conduite de ce travail.

Veillez trouver ici le témoignage de notre respect le plus sincère.

Monsieur le Docteur Radoine HAOU

Vous nous faites l'honneur de juger cette thèse.

Je vous remercie pour l'intérêt que vous y avez rapidement porté, ainsi que pour votre accueil au sein du Centre Hospitalier Gérard Marchant.

J'ai apprécié la qualité de vos enseignements, et me réjouis de débiter mon expérience professionnelle à vos côtés.

Veillez recevoir ma sincère gratitude.

À mes parents, ma soeur, mon frère,

dont la présence et le dévouement n'ont jamais failli. Vos encouragements et votre amour m'ont toujours permis d'avancer. Merci pour tout.

À Leanorah, à Nathan,

que je me réjouis de voir grandir, et pour leur joie, leur force de vivre !

À ma chère belle-famille,

pour m'avoir si bien accueillie à vos côtés, pour tous les bons souvenirs déjà en mémoire, et ceux qui restent à venir. J'ai hâte de vous accueillir dans le sud-ouest, et qui sait, sur l'île enchanteresse aussi qui nous a réunis.

À mes amis,

d'enfance, d'*adulthood*, pour votre présence indéfectible.

Kathy, de la cour des Batignolles donc, à ton mariage tout récent, qu'il y en a eu du chemin et des aventures partagées !

Elsa, Marie, Emy... votre amitié m'est très chère, c'est toujours un grand plaisir de vous retrouver à Nantes !

Nina, Sarah, Harry, Alban, Alexis, Wilfried, et mes chères ex-co-externes, Fatima, Marion, Pauline... idem, même si nous sommes maintenant dispersés aux quatre coins de la France. Les folies partagées sont nombreuses aussi.

À mes colocataires de La Saline-les-bains, à mes co-internes et collègues de l'EPSMR, pour les huit mois d'expatriation et de bonheur, les rencontres, randonnées, la musique... Une mention spéciale à Carmen, Amélie et Lucie, je n'oublierai pas notre virée à Rodrigues !

À mes amis et futurs collègues toulousains : Emilie, Zoé, Pauline, Juliette, Sarah, Amandine, Tudi, Damien, je suis ravie que nos routes continuent de se croiser ; et à ceux à moitié ou complètement bastiais, de Corte ou d'ailleurs (!) : Gabrielle, Florent, Laurence, décidément, l'insularité est une question à creuser ! Surtout, votre gentillesse, votre accueil chaleureux, sont tout à fait à l'image de ce que j'ai récemment découvert de la Corse...

Merci aux équipes que j'ai eu la chance de rencontrer sur mon parcours : celle des urgences, de la liaison maternité, de l'UF1, du PAJA... je vous suis vraiment reconnaissante pour tout ce que j'ai appris sur le terrain auprès de vous.

Merci aussi à TOUTE l'équipe d'Un chez soi, pour m'avoir supportée, mais surtout pour votre créativité et votre engagement. Au-delà donc des *bo-bûn* à emporter, des pensées musicales en attente ou en satellite, des petits riens tels que les *soins de Clio-thérapie*... cela a été une expérience d'une richesse telle qu'elle est difficile à résumer !

Le meilleur pour la fin... à toi, Romain, pour ton amour sans failles, ton soutien inestimable. Cela a été une immense chance pour moi de faire tout ce chemin, jusqu'à toi... Je t'aime.

À tous nos projets...

Merci à tous !

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	16
I. CONTEXTE DE RECHERCHE	16
I.A. Préambule : la recherche dans le champ de la psychothérapie	16
I.B. Contexte de ce travail	17
I.C. Objectifs de notre étude	18
II. TROUBLES PSYCHIQUES COURANTS ET SOINS PRIMAIRES	19
II.A. Les troubles mentaux courants	19
II.B. Les soins primaires	22
III. A PROPOS DES PSYCHOTHÉRAPIES : DÉFINITIONS, PRINCIPAUX COURANTS	23
III.A. La notion moderne de psychothérapie	23
III.B. Cinq « paradigmes » essentiels	24
III.C. En guise de résumé : des cures psychanalytiques aux thérapies brèves...	26
IV. PRISE EN CHARGE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE DES TROUBLES MENTAUX COURANTS : RECOMMANDATIONS ACTUELLES	27
IV.A. Les preuves d'efficacité des psychothérapies	27
IV.B. Recommandations des agences officielles françaises	30
IV.C. Recommandations internationales	32
V. FOCUS : LES SOINS PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES PAR ÉTAPES	37
V.A. « Stepped care approach » : une forme de soins collaboratifs	37
V.B. Démarche dans le cas de soins psychologiques	40
V.C. Efficacité des modèles en étapes dans le cas des soins psychologiques	42
VI. MISES EN ŒUVRE DE SOINS GRADUÉS DE PSYCHOTHÉRAPIE : EXEMPLES DE DISPOSITIFS EXPÉRIMENTÉS À L'ÉTRANGER	45
VI.A. Angleterre	45
VI.B. Australie	51
VI.C. Amérique du Nord	54
VI.D. Pays-Bas	55
VI.E. Allemagne	57
VI.F. Autres	58
VI.G. Synthèse d'éléments recueillis par pays	59
VI.H. Applications particulières	61
VII. EN FRANCE	64
VII.A. Le réseau de promotion pour la santé mentale 78 (RPSM 78)	64
VII.B. Autres régions	66

Méthodologie	67
I. TYPE D'ÉTUDE	67
II. MATÉRIEL D'ÉTUDE	67
II.A. Population-cible	67
II.B. Stratégie d'échantillonnage	67
III. RECUEIL DES DONNÉES AUPRÈS DE LA POPULATION SÉLECTIONNÉE	68
III.A. Auto-questionnaire	68
III.B. Données recueillies	68
III.C. Considérations éthiques	70
IV. CRITÈRES D'ÉVALUATION	71
IV.A. Objectif principal	71
IV.B. Objectifs secondaires	71
V. AUTRES VARIABLES	73
V.A. Variables qualitatives nominales	73
V.B. Variables qualitatives ordonnées	73
V.C. Autres variables qualitatives	74
V.D. Variables quantitatives	74
V.E. Sept principales variables explicatives	74
VI. ANALYSES STATISTIQUES	75
VI.A. Représentativité de l'échantillon	75
VI.B. Analyse descriptive générale	75
VI.C. Analyses bivariées	75
VI.D. Modèles multivariés	76
Résultats	77
I. TAUX DE RÉPONDANTS	77
II. DESCRIPTION ET REPRÉSENTATIVITÉ DE L'ÉCHANTILLON SELON LES VARIABLES AUXILIAIRES « ANNÉE DE DÉBUT D'EXERCICE » ET « SEXE »	77
II.A. Description de l'échantillon	77
II.B. Représentativité de l'échantillon	81
III. ANALYSE DESCRIPTIVE GÉNÉRALE	84
III.A. Légende et aide pour la lecture des tableaux	84
III.B. Description de notre population de médecins généralistes	85
III.C. Fréquence d'orientation et âges des patients adressés en psychothérapie (Questions 1 à 3 du questionnaire)	87
III.D. Orientation en psychothérapie selon le type de trouble (Question 4 sur 10)	88
III.E. Vers qui les patients sont-ils orientés, et pour quel type de psychothérapie ? (Questions 5 et 6 sur 10)	89

III.F. Durée et fréquence de prise en charge en psychothérapie (Questions 7 et 8 sur 10)	91
III.G. Critères intervenant dans le choix d'orientation (Question 9 sur 10)	93
III.H. Retours d'information concernant les soins de psychothérapie (Question 10 sur 10)	94
IV. COMMENTAIRES LIBRES DES MÉDECINS	97
IV.A. Prise en charge directement par les MG	97
IV.B. Liens avec les professionnels spécialisés de santé mentale	97
IV.C. Autres commentaires ou opinions, et solutions proposées aux difficultés rencontrées	98
V. ANALYSES BIVARIÉES	101
V.A. Fréquence d'orientation en psychothérapie	101
V.B. Fréquence d'orientation en psychothérapie pour les troubles dépressifs	103
V.C. Fréquence d'orientation en psychothérapie pour les troubles anxieux	105
V.D. Fréquence d'orientation en TCC	107
VI. MODÈLES MULTIVARIÉS	109
VI.A. Modèle multivarié centré sur la variable « fréquence d'orientation en psychothérapie »	109
VI.B. Modèle multivarié centré sur la variable « fréquence d'orientation en psychothérapie pour les troubles dépressifs »	110
VI.C. Modèle multivarié centré sur la variable « fréquence d'orientation vers une TCC »	112
Discussion	114
I. SYNTHÈSE DE NOS PRINCIPAUX RÉSULTATS	114
II. FORCES ET LIMITES DE NOTRE ENQUÊTE	115
II.A. Limites de l'enquête	115
II.B. Forces de notre travail	116
III. TRAVAUX SIMILAIRES	118
III.A. Etude de Dumesnil et al. (2012) : la prise en charge de la dépression en médecine générale de ville	118
III.B. Études de Verdoux et al. (2014, 2012) : enquêtes auprès d'un panel de médecins généralistes	122
III.C. Comparaison avec nos résultats et implications	124
III.D. Étude de Hermens et al. (2014) : « les soins par étapes pour la dépression sont faciles à recommander, mais plus difficiles à implémenter »	128
III.E. Etude de Sinnema et al. (2013) : « la collaboration avec des professionnels de santé mentale et l'évaluation de la sévérité de la dépression sont corrélées à l'allocation de soins par étapes »	130
IV. AUTRES PISTES DE RÉFLEXION ET DE RECHERCHE	132

IV.A. La mise en place de soins collaboratifs	132
IV.B. L'évaluation du trouble psychique et de sa sévérité	134
IV.C. Freins et facilitateurs liés aux usagers	135
IV.D. Les limites rencontrées dans le cadre de la recherche dans le champ de la psychothérapie	136
IV.E. L'évaluation de la demande et des besoins réels de soins	138
Conclusion	141
Annexes	143
Abréviations	147
Références bibliographiques	150

INTRODUCTION

I. CONTEXTE DE RECHERCHE

I.A. Préambule : la recherche dans le champ de la psychothérapie

L'amélioration des connaissances, les progrès techniques influencent positivement les pratiques médicales. Ils donnent au savoir et à la démarche scientifique une place de plus en plus importante, fondement d'une amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité thérapeutique. Actuellement, cette dimension d'évaluation apparaît incontournable, y compris dans le champ de la psychothérapie.

Les grands courants psychothérapeutiques qui ont émergé au XX^{ème} siècle se sont vus éclairés par ce savoir académique. Il reste nécessaire que celui-ci soit en lien avec la connaissance empirique de la vulnérabilité humaine ; le but commun étant d'aider les patients à donner un sens à leur souffrances, autant que de leur permettre concrètement de les intégrer, les dépasser.

Sur cette question du soulagement de la souffrance psychologique, la psychiatrie, discipline médicale, doit composer son chemin entre fondements cliniques, efficacité thérapeutique validée, et demandes individuelles et sociétales, dans un défi permanent qui consiste à définir ses propres limites. De fait la question demeure toujours en arrière-plan des problématiques d'organisation des soins en santé mentale : « Jusqu'où la psychiatrie peut-elle soigner ? » (1).

Dans ce contexte et face aux différents défis que posent aujourd'hui la pluridisciplinarité, la collaboration et le dialogue santé publique - société, les échanges entre tous les intervenants s'avèrent nécessaires et riches. Ce regroupement concerne cliniciens, soignants, usagers, décideurs, dont les intérêts convergent et doivent œuvrer à une meilleure accessibilité aux soins et à une meilleure qualité de vie des personnes. On peut noter que ces questions se posent également dans le cas d'affections sévères et persistantes (telles que les troubles psychotiques).

I.B. Contexte de ce travail

Dans ce travail, nous nous intéressons plus particulièrement aux troubles psychiques fréquents que représentent **la dépression et l'anxiété**. Pour ces dernières, la prise en charge se situe en grande partie dans la pratique courante de la médecine générale (2-7).

* Dans cette optique, nous développons dans un premier temps les notions de troubles mentaux courants et de soins primaires, avant d'ouvrir la question des psychothérapies et à un sens plus large des thérapeutiques non médicamenteuses.

* Ces thérapeutiques non médicamenteuses sont recommandées et étudiées dans différents pays, au sein de dispositifs expérimentaux de soins collaboratifs dits « en étapes ». Nous détaillons quelques-uns de ces modèles mis en œuvre à ce jour, pour la majorité à l'étranger.

* La situation en France et les pratiques actuelles sont également évoquées. On note néanmoins qu'il s'agit d'un sujet encore **peu diffusé et peu étudié** (en comparaison notamment aux traitements médicamenteux).

I.C. Objectifs de notre étude

Nous constatons l'importance du problème de santé publique que constituent les troubles anxieux et dépressifs, face auxquels les médecins généralistes se retrouvent fréquemment en première ligne. Aussi, les psychothérapies figurent parmi les traitements ayant fait leurs preuves (avec à ce jour plusieurs dispositifs étrangers à l'étude, visant à en faciliter l'accès).

Ces éléments ont suscité notre problématique de recherche, s'intéressant aux pratiques de terrain actuelles, quant aux prises en charge psychothérapeutiques en France, depuis la médecine générale.

Nous présentons une enquête préliminaire réalisée auprès d'un échantillon de médecins généralistes exerçant en Occitanie, avec comme objectifs :

*** d'explorer les modalités d'orientation en soins primaires vers des soins de psychothérapie** (objectif principal) ;

*** de discuter ces pratiques de soins ou d'orientation en psychothérapie, au regard des recommandations actuelles, existant au plan national et international** ;

*** de mettre en évidence d'éventuelles liaisons entre ces pratiques effectives de soins et d'autres caractéristiques personnelles ou professionnelles des praticiens** (objectifs secondaires).

II. TROUBLES PSYCHIQUES COURANTS ET SOINS PRIMAIRES

II.A. Les troubles mentaux courants

II.A.1. Épidémiologie descriptive en population générale

Les troubles psychiques constituent une cause majeure de handicap à travers le monde (4, 8, 9). Dans les pays développés, comme dans ceux où les ressources semblent moins à même de supporter les coûts induits par ces pathologies (10-12), la question de leur compréhension, et de l'optimisation des traitements, représente un enjeu prégnant de santé publique.

A travers le monde, une personne sur cinq est identifiée comme ayant souffert d'un trouble psychique courant, dans les douze mois ayant précédé l'évaluation, tandis qu'approximativement 30 % des personnes remplissent les critères un tel trouble à un moment de leur vie (13).

Selon l'étude ESEMeD (*European Study of the Epidemiology of Mental Disorders*), incluant la Belgique, la France, l'Allemagne, les Pays-Bas, l'Italie et l'Espagne), la prévalence vie-entière des troubles de l'humeur et anxieux est respectivement de 13.6 % et 5,2 %. La prévalence annuelle est estimée à 4.2 % et 6 %. L'épisode dépressif majeur et la phobie spécifique apparaissent comme les deux entités les plus fréquentes (14). De plus, la comparaison de la prévalence vie-entière par rapport à la prévalence récente, donne à penser que les troubles mentaux sont souvent de nature chronique, même si la chronicité est plus élevée pour les troubles anxieux que pour les troubles de l'humeur (15).

Les femmes sont plus susceptibles de développer un trouble psychique courant (cela concorde avec la méta-analyse conduite par Steel et al.) (13), de même que les personnes sans emploi ou ayant de faibles revenus, celles qui ne sont pas mariées ou qui n'ont jamais été mariées. On note aussi chez les personnes plus jeunes la présence plus fréquente de troubles anxio-dépressifs, indiquant une installation précoce de ces troubles. Une médiane d'apparition à 15 ans pour les troubles anxieux, et à 26 ans pour les troubles dépressifs, est retrouvée dans l'étude du Consortium international d'épidémiologie

psychiatrique de l'Organisation Mondiale de la Santé (ICPE ou *International Consortium in Psychiatric Epidemiology*) (15).

Cette forte prévalence à travers les pays, l'apparition à un âge précoce (avec la plupart du temps une première consultation retardée), la chronicité élevée et les répercussions fonctionnelles entraînées, font que ces troubles anxio-dépressifs comptent parmi les pathologies les plus lourdes, toutes classes confondues. Selon la Fédération Mondiale pour la Santé Mentale (8) (WFMH ou World Federation for Mental Health), la dépression majeure représente la quatrième cause d'incapacité au monde (en années de vie ajustées sur l'incapacité : DALY ou Disability Adjusted Life Years) (16) et devrait prochainement passer au rang de la deuxième cause.

Les coûts associés sont importants, par exemple en lien avec les pensions perçues en cas de longue maladie. En France, sur la seule question de conséquences subjectives au travail d'un épisode dépressif récent, une enquête de l'InVS (Institut National de Veille Sanitaire) a retrouvé une gêne au travail chez 53,8 % des hommes et chez 49,1 % des femmes.

D'autre part, en France aussi, les dépenses d'assurance maladie liées à la santé mentale ont été quantifiées à 21 milliards d'euros en 2013 (17). Ces dépenses sont supérieures à toutes celles pouvant concerner d'autres catégories de maladies chroniques : la 2^{ème} et 3^{ème} causes de fortes dépenses sont représentées par les pathologies cardio-vasculaires et cancéreuses. Chacune a été responsable de dépenses chiffrées à 15 milliards d'euros en 2013.

II.A.2. Épidémiologie descriptive en médecine générale

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a cherché à évaluer en détails, et dans différents systèmes de santé, les troubles mentaux présentés par la population en termes d'incidence, de sévérité mais aussi d'utilisation des services de santé mentale (4).

En est ressorti le premier constat que dans la quasi-totalité des pays explorés (17 pays explorés, correspondant à près de 85 000 patients répondants), les services de médecine générale forment une large source de soins de santé mentale. Ceci est le cas à l'exception de trois états (Mexique, Colombie, Israël).

Ce constat est aussi retrouvé dans les résultats de plusieurs études réalisées notamment sur le territoire français, relevant que le médecin généraliste est le premier professionnel consulté en cas de problème de santé mentale : 54,6 % des cas selon l'enquête *Anadep* conduite en France (et 64,2 % en moyenne en Europe (18)), loin devant les psychiatres (30,6 %) et les psychologues (18,4 %) (7). Le généraliste est présent dans 67 % des parcours de soins, dont la moitié où il est consulté exclusivement. Le taux de généralistes confrontés chaque semaine à des patients présentant un état dépressif est de 66,5 % (7, 19).

Une autre question, issue des enquêtes de l'OMS, a été régulièrement soulevée par différents auteurs : malgré l'existence de traitements ayant fait leurs preuves, une part importante de la population en soins primaires demeure non traitée, ou traitée insuffisamment (20, 21). La détection de ces troubles psychiques n'apparaît pas non plus optimale (3, 5, 18). On estime qu'à l'échelle mondiale, moins de la moitié des 450 millions de personnes qui souffrent d'un trouble mental reçoit l'aide dont elle a besoin (8, 22).

Ceci est plus marqué dans les pays moins développés (taux le plus bas d'adéquation des traitements, en type et en durée, au Nigéria : 10.4 %, contre 42.3 % en France). Divers facteurs de « sous-traitement » sont relevés à travers les pays : être un homme, être marié, un nombre d'années d'éducation moins important et les âges extrêmes de la vie (4).

II.B. Les soins primaires

La dénomination de « soins primaires » correspond à une adaptation française des termes « primary care », apparus à la fin des années 60 (23).

A Alma-Ata, en 1978, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a défini les soins primaires comme « des soins de santé essentiels, rendus universellement accessibles à tous les individus et à toutes les familles de la communauté », par des moyens qui leur sont acceptables, et à un coût abordable pour la communauté et le pays (24).

Cette notion de soins primaires a été précisée en 1996 par l'*American Institute of Medicine* : « les soins primaires sont des prestations de santé accessibles et intégrées », assurées notamment « par des médecins qui ont la responsabilité de satisfaire une grande majorité des besoins individuels de santé, d'entretenir une relation prolongée avec leurs patients et d'exercer dans le cadre de la famille et de la communauté ».

Le médecin de santé primaire est donc amené à être le premier contact des patients avec le système de santé. Il peut aussi devenir le médiateur entre le patient et le système de santé, quand des soins plus spécialisés sont nécessaires (23).

Concernant les soins de santé mentale, aux États-Unis, la *Hogg Foundation for Mental Health* (25) dénote que « l'état mental et l'état de santé sont indissociables. Par conséquent, pour améliorer les soins prodigués aux personnes présentant des troubles mentaux, on doit s'intéresser plus particulièrement aux relations entre la santé mentale et les soins médicaux généraux ». Les soins intégrés et les soins en collaboration sont ainsi des thèmes qui figurent depuis de nombreuses années dans le discours des responsables politiques et des prestataires de santé (8).

III. A PROPOS DES PSYCHOTHÉRAPIES : DÉFINITIONS, PRINCIPAUX COURANTS

III.A. La notion moderne de psychothérapie

Elle a émergé en Europe au cours du XIXe siècle. Elle est alors une technique de soins des maladies liée à « l'action du moral et de l'imagination » (*Tuke, 1886*). Sa définition actuelle comme pratique thérapeutique concerne « les personnes souffrant de problèmes émotionnels mais aussi celles qui voudraient élargir leurs possibilités d'action sociale et introspective » (*Fritz, 2002*).

Il est à noter qu'en 2004, on répertoriait près de 700 types de psychothérapies dans le monde, dont une cinquantaine en France (*Roudinesco, 2004*). Cette prolifération peut être mise en lien avec une nécessité socioculturelle : elle répond au besoin humain de créer, de donner du sens et par la même voie, de trouver un lieu d'accueil (social et laïc) pour les croyances (et le religieux) propres à chaque culture.

On note le risque de dérives ou d'abus de toutes sortes, qu'il importe de prévenir devant cette multiplication des psychothérapies, d'autant plus que le rôle affiché des praticiens n'est pas seulement de soigner la souffrance, mais aussi d'ouvrir ceux qui les consultent au développement de leurs potentialités (26).

Il est tout de même possible de critiquer ce chiffre, élevé à des centaines de psychothérapies différentes. Pour utiliser une image, nombreux sont les médicaments qui, sous des appellations diverses, utilisent le même principe actif. Il en est un peu de même pour les psychothérapies, où le facteur relationnel et la qualité de l'empathie du thérapeute (27-29) semblent primer. Nous proposons néanmoins de différencier cinq courants principaux (26, 30).

III.B. Cinq « paradigmes » essentiels

III.B.1. Psychothérapies psychanalytiques

La méthode psychanalytique a été développée et théorisée par Freud, puis approfondie par de nombreux psychanalystes au cours du XX^{ème} siècle. Cette approche considère que le psychisme fonctionne sur la base des conflits liés au développement de la personne. Pour chaque individu, les expériences infantiles, même très précoces, s'inscrivent dans l'inconscient et se retrouvent, transformées, dans toute la vie d'enfant et d'adulte.

III.B.2. Phénoménologie et mouvement « existentiel » en psychothérapie

La phénoménologie représente l'un des courants majeurs de la philosophie du XX^{ème} siècle. Le mot phénomène vient du grec *phainomenon* : ce qui apparaît. Phénoménologie signifie littéralement : science des phénomènes. Elle considère que pour comprendre la manière dont un objet apparaît, il est important d'examiner sa façon de se manifester, notamment au niveau de l'expérience des sens.

La mouvance existentielle a participé à la réévaluation du statut de la psychiatrie, sous la double influence de la phénoménologie et de la psychanalyse. Elle situe la psychiatrie dans le cadre des sciences de l'esprit. La psychiatrie phénoménologique, avec la fondation de la *Daseinsanalyse* (analyse existentielle) par Binswanger, devient une méthode d'investigation et de compréhension des maladies mentales. Pour autant le psychothérapeute doit renoncer à une position d'observateur désimpliqué. Ceci permet de ne pas fixer le patient dans une exclusion du monde commun, ou de l'enfermer dans un statut d'homme aliéné.

III.B.3. Thérapies cognitivo-comportementales (TCC)

Elles sont issues des théories de la psychologie expérimentale. Évaluer les symptômes à l'aide d'échelles d'évaluation, validées scientifiquement, afin de quantifier les progrès et les résultats de la thérapie, font partie de cet héritage. Tout d'abord

comportementales et basées sur les théories de l'apprentissage, ces thérapies ont eu des applications préférentielles dans les troubles anxieux. Puis devenues davantage cognitives et rapidement cognitivo-comportementales, elles ont vu leurs indications s'élargir aux troubles dépressifs. Par la suite avec la troisième vague (dont font partie certaines thérapies brèves, telles que la MBCT, ou *mindfulness-based cognitive therapy*), les TCC sont devenues plus intégratives, permettant de travailler plus directement sur les émotions.

III.B.4. Thérapies psycho-corporelles

Elles ont eu initialement pour but d'explorer et de mieux comprendre les interactions entre le psychique et le somatique (travaux de Reich : l'unité psychosomatique). Les héritières sont nombreuses : de la bio-énergie au *rebirthing*, ou à encore à la *Gestalt-thérapie*. Elles impliquent toutes une interaction étroite entre le travail corporel et le travail verbal. On peut souligner la place commune des pratiques de groupe. Le groupe ayant une fonction contenante et sécurisante, il autorise plus le travail corporel que le cadre classique (même si les deux approches peuvent être combinées). Un autre élément commun est le primat donné à « l'ici et maintenant » : ces techniques abordent surtout le sujet dans son expression présente, dans son mode de relation actuel. L'hypothèse que le passé est inclus dans cette expression et ces relations reste néanmoins présente dans ces modèles.

III.B.5. Thérapies systémiques

La thérapie familiale systémique constitue une technique spécifique de psychothérapie, qui a pour but de favoriser les échanges entre les membres d'une famille. Elle doit permettre aux membres d'une famille d'évoluer ensemble vers un fonctionnement plus souple, de dépasser une situation de crise, d'autoriser l'évolution individuelle de chacun des membres et de trouver de nouveaux équilibres. Cette évolution tient compte des événements et de l'histoire de la vie du groupe.

III.C. En guise de résumé : des cures psychanalytiques aux thérapies brèves...

Si nous découvrons donc toujours plus de noms nouveaux, d'approches ou de techniques différentes, nous observons aussi que les pratiques cliniques deviennent de plus en plus intégratives. Les orientations psychothérapeutiques initiées par les maîtres ont évolué à la lumière d'une compréhension plus subtile des disciples, parfois par rupture, créant ainsi d'autres paradigmes. Aujourd'hui, nous constatons que les échanges de points de vue sont nombreux et riches : les approches de la thérapie du psychisme se nourrissent les unes les autres en modifiant, empruntant, intégrant ou réfutant modèles et présupposés.

Pour résumer, la première moitié du XX^{ème} siècle a vu le développement des cures dites psychanalytiques. La deuxième moitié a cherché à explorer des besoins exprimés dans les différentes souffrances psychiques, auxquels les modèles psychanalytiques, que l'on appelle maintenant plutôt *psychodynamiques*, ne semblaient pas pouvoir répondre. On a vu ainsi émerger des modèles s'appuyant sur la suggestion hypnotique et le paradoxe, l'organisation de la famille, le besoin de sens, les sensations et le corporel, les émotions, les processus cognitifs et comportementaux, etc.

Ces modèles se sont souvent traduits par ce que l'on appelle des *thérapies brèves* et sont apparus dans leur grande majorité outre atlantique. Ils se sont inscrits dans une vision pragmatique de la sortie de la souffrance, c'est-à-dire avec un but d'efficacité et de rapidité en termes de résultats (26).

IV. PRISE EN CHARGE PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE DES TROUBLES MENTAUX COURANTS : RECOMMANDATIONS ACTUELLES

IV.A. Les preuves d'efficacité des psychothérapies

IV.A.1. Les psychothérapies sont une possible alternative aux antidépresseurs

Les psychothérapies sont efficaces dans les troubles mentaux courants, et constituent une possible alternative aux antidépresseurs, comme l'appuie déjà un large pan de la littérature scientifique (31-38).

D'autre part, l'efficacité des antidépresseurs s'avère selon certains auteurs discutable : selon deux méta-analyses, pour la dépression, cette efficacité n'est cliniquement significative que lorsque le score initial de sévérité sur l'échelle HDRS (*Hamilton Depression Rating Scale*) (39) est supérieur à 25. La nécessité de publier toutes les études réalisées, sans conflits d'intérêt, y est aussi soulignée (40-42).

L'alternative représentée par les psychothérapies est d'autant plus notable que la plupart des patients montrent une préférence pour ces traitements, par rapport aux antidépresseurs (43-48).

De plus, les résultats de différentes évaluations suggèrent que des psychothérapies telles que les TCC offrent des gains à court terme similaires par rapport aux traitements médicamenteux, qui se maintiennent au-delà de la période de traitement (c'est-à-dire sans que la poursuite des séances soit nécessaire) (31).

Utilisées en combinaison avec des traitements psychotropes, elles s'avèrent aussi plus efficaces que les traitements psychotropes seuls, dans la plupart des indications (différence Hedges' g de 0.43, 95% CI: 0.31-0.56 ; méta-analyse de Cuijpers et al., parue en 2014) (49). Ces indications comprennent l'épisode dépressif majeur, le trouble panique et le trouble obsessionnel-compulsif, avec des effets qui demeurent supérieurs et significatifs, jusqu'à deux ans après la conduite du traitement.

IV.A.2. Les différents types de psychothérapie offrent des bénéfices comparables

Des méta-analyses ont aussi été conduites en vue de comparer l'efficacité des psychothérapies entre elles. C'est le cas de celle de Cuijpers et al. (32), qui se sont intéressés à sept types majeurs de traitements psychologiques, pour la dépression légère à modérée : TCC, thérapie de soutien non directive, activation comportementale, thérapie psychodynamique, thérapie par résolution de problème (PST ou *Problem-Solving Therapy*), thérapie interpersonnelle (TIP) et entraînement aux habiletés sociales. Cette étude suggère qu'il n'existe pas de différence majeure d'efficacité entre les différentes thérapies pour la dépression légère à modérée, à deux exceptions près : la TIP apparaît légèrement plus efficace, et la thérapie de soutien semble moins efficace que les autres. Le taux d'abandon de la thérapie s'avère par ailleurs plus important dans les TCC, et moins important dans les thérapies par résolution de problème.

Des méta-analyses ultérieures (35, 38) retrouvent une supériorité de sept interventions psychothérapeutiques par rapport à des modalités de liste d'attente, de placebo ou de soins usuels. L'une de ces études, réalisée en réseau (35) confirme la notion de bénéfices comparables entre tous les types de psychothérapies. Les résultats sont néanmoins plus robustes pour la TCC, la TIP et la thérapie par résolution de problème.

Enfin, d'un point de vue « coût-efficacité », ces thérapies non médicamenteuses peuvent également être une option opérante. Des investigations supplémentaires restent nécessaires, afin de préciser sous quelles modalités cette hypothèse peut être généralisée (46, 50).

IV.A.3. L'efficacité des thérapies brèves

Les thérapies brèves se sont développées dans l'idée que les psychothérapies classiques peuvent être coûteuses, à la fois en temps et financièrement. Récemment, des preuves se sont multipliées quant à l'efficacité de ces thérapies dans les phases aiguës de traitement des troubles psychiques courants.

Ainsi, des revues systématiques de la littérature, avec méta-analyses, retrouvent un bénéfice des thérapies brèves modeste mais statistiquement significatif, avec des estimations de tailles d'effet allant de -0.33 à -0.25 (en terme de réduction des symptômes). Les groupes contrôle correspondent à une mise en liste d'attente, à une surveillance attentive ou à des soins usuels. Les thérapies évaluées sont essentiellement des TCC et des thérapies par résolution de problème (35, 51).

Concernant plus spécifiquement les TCC, on trouve pour le traitement de la dépression des tailles d'effets similaires entre les thérapies de basse et de haute intensité (de l'ordre de 0.8) (38). Pour les troubles anxieux, ces tailles d'effets sont plus variables, et globalement plus faibles (s'échelonnant entre 0.18 et 1.02), avec des chiffres néanmoins plus importants (0.92) pour le traitement de l'anxiété généralisée.

Par ailleurs, on note que pour les troubles dépressifs, les bénéfices tirés des thérapies de faible intensité semblent se maintenir même lorsque les patients souffrent initialement de formes plus sévères de dépression. De fait, une méta-analyse portant sur les données individuelles de 2 470 patients (52), retrouve une interaction significative entre le score initial de sévérité présenté par les personnes, et l'efficacité du traitement (coefficient -0.1, intervalle de confiance IC à 95% : -0.19 à -0.002). Cela suggère que les patients plus déprimés bénéficient plus largement de traitements de faible intensité. Cependant, l'amplitude de cette interaction est faible et de ce fait, possiblement non significative cliniquement : perte d'un point supplémentaire sur l'échelle de dépression BDI (*Beck Depression Inventory*), pour une déviation standard supplémentaire sur le score initial de sévérité.

IV.A.3. Au niveau des soins primaires

Au sein de la médecine générale, la dépression représente un lourd problème. Néanmoins on note que la littérature médicale détaille beaucoup plus les traitements médicamenteux que les approches psychothérapeutiques (38, 46, 53-55) en soins primaires.

IV.B. Recommandations des agences officielles françaises

IV.B.1. Recommandations de l'ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'évaluation en Santé, 2002)

L'ANAES préconise l'évaluation de la sévérité d'un épisode dépressif caractérisé (EDC) (56), d'après le nombre de critères du DSM (57) (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders*, version IV révisée, en 2002) ou selon l'échelle HDRS (39).

En traitement initial d'un EDC léger, les antidépresseurs seuls peuvent être utilisés, selon des données de haut niveau de preuve, tout comme la psychothérapie cognitivo-comportementale seule. D'autres psychothérapies (psychothérapie interpersonnelle, thérapie par résolution de problèmes, psychothérapie de soutien) sont considérées efficaces, avec un moindre niveau de preuve.

Pour les EDC modérés, les antidépresseurs sont recommandés en première intention. La prise en charge psychothérapeutique répond aux mêmes recommandations que pour les épisodes d'intensité légère.

Pour les EDC sévères, la prescription d'antidépresseurs a fait la preuve de son efficacité. L'association antidépresseurs-psychothérapie est considérée comme possiblement efficace.

IV.B.2. Note de cadrage de la HAS (Haute Autorité de Santé, 2014)

Elle présente le projet d'actualisation des recommandations de bonne pratique « Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire » publiées en 2002 (55) par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES, devenue la HAS). L'objectif est d'améliorer le repérage, le diagnostic, et la prise en charge initiale d'un EDC en premier recours.

Cette note s'appuie sur une base documentaire retrouvant depuis 2006 deux recommandations de bonne pratique et dix méta-analyses couvrant le champ de la prise en charge de la dépression par psychothérapie. On retrouve parmi les points

d'amélioration des pratiques, en termes de qualité et de sécurité des soins : la prévention du risque suicidaire, l'amélioration de la qualité de vie et le handicap des patients atteints d'un EDC (58).

IV.B.3. Expertise INSERM (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale) sur les psychothérapies

La psychothérapie seule est indiquée aussi en cas de dépression légère. A noter que l'INSERM relativise les recommandations de l'ANAES concernant les EDC légers à modérés, en mettant en avant les thérapies cognitives, qui comparées aux antidépresseurs, ont fait la preuve de leur supériorité en terme d'efficacité (59).

IV.B.4. Pour les troubles anxieux

Selon la HAS (60), la prise en charge des troubles anxieux est du domaine du médecin traitant et si nécessaire du psychiatre. Celui-ci peut intervenir en cas de difficulté thérapeutique, tout comme en cas d'indication de psychothérapie structurée. La coopération avec le médecin traitant est alors indispensable.

Pour ce qui concerne la place des soins psychologiques, une distinction est faite entre le soutien psychologique et ce qui est de l'ordre des psychothérapies structurées. Les options possibles pour ces dernières comprennent la TCC, la psychanalyse, la thérapie d'inspiration analytique, le « *self help* » (auto-thérapie, guidée par un thérapeute).

L'association à un traitement médicamenteux peut être nécessaire.

IV.B.5. Troubles anxieux généralisé (TAG)

Des recommandations spécifiques concernent le TAG (60). Il y est précisé que les thérapies suivantes peuvent être indiquées : gestion par soi-même et bibliothérapie, TCC (effet thérapeutique significatif qui se maintient jusqu'à 2 ans de suivi ; elles sont aussi efficaces que les traitements médicamenteux), psychothérapie analytique (elle peut être indiquée après avis spécialisé, notamment en cas de trouble de la personnalité, et en fonction de la demande du patient).

Les interventions qui ont la plus longue durée d'action sont par ordre décroissant : les psychothérapies, les antidépresseurs et l'autogestion. Parmi les psychothérapies structurées, la TCC doit être privilégiée. Dans la plupart des cas, elle repose sur 12 à 25 séances de 45 minutes environ.

L'association psychothérapie et traitement médicamenteux n'est pas recommandée systématiquement, néanmoins elle peut constituer une alternative en cas d'échec des traitements utilisés seuls.

IV.C. Recommandations internationales

IV.C.1. Recommandations du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE, 2009)

Les plus récentes revues de littérature et méta-analyses conduites par le NICE, à propos des psychothérapies, ont conduit à l'élaboration de recommandations, mettant notamment en avant les TCC, à la fois pour la dépression et pour l'anxiété (61-65).

Une prise en charge s'effectuant dans une approche de soins en étapes est recommandée (*stepped-care approach*, cf. V. « *Focus : Les soins psychothérapeutiques par étapes* ») : le traitement proposé est adapté à la symptomatologie du patient et gradué, s'intensifiant selon le niveau de sévérité du trouble. Différents niveaux sont possibles :

* Le niveau 1 correspond au diagnostic du trouble psychique.

* Le niveau 2 propose, pour les personnes souffrant des troubles les plus légers, du *self-help* (« auto-support » assisté par ordinateur ou par bibliothérapie), seul ou guidé par un professionnel, et/ou des séances de psychoéducation en groupe.

Pour les personnes souffrant de troubles légers à modérés, selon la pathologie, sont proposées des séances de *counselling*, ou alors de thérapie dite de basse intensité (dont la méthode utilisée est généralement la TCC).

* Le niveau 3, qui est réservé aux personnes souffrant de troubles plus complexes, chroniques et/ou récurrents, propose des psychothérapies de haute intensité. Plusieurs méthodes psychothérapeutiques peuvent être envisagées : TCC, EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*), psychothérapie interpersonnelle (IPT ou *Interpersonal Psychotherapy*).

IV.C.2. Recommandations de « *l'Agency for Health Care Policy and Research* »

Ces recommandations américaines, traitant de la prise en charge de la dépression, datent de 1992 et ont été actualisées en 1998, après que des données recueillies en soins primaires aient été intégrées (en plus des études menées en soins spécialisés) (66).

Les données d'efficacité indiquent que les traitements antidépresseurs et les psychothérapies, de durée limitée et ciblant le trouble dépressif, recommandés en soins spécialisés, sont en effet valables en soins primaires.

Dans la plupart des cas, le choix de la modalité thérapeutique doit prendre en compte la préférence du patient.

Concernant les psychothérapies, 8 consultations au minimum sont conseillées. Le traitement est alors considéré comme adéquat (basé sur le fait que les essais cliniques démontrant l'efficacité des psychothérapies comprennent au moins 8).

Une prise en charge organisée est recommandée, comprenant un suivi régulier et un monitoring de l'adhérence au traitement. Le rôle du professionnel spécialisé en santé mentale est mis en avant, en tant que clinicien et consultant dans les situations complexes ou de pathologie sévère.

IV.C.3. Recommandations de l'APA (*American Psychiatric Association, 2010*)

L'APA recommande la psychothérapie, seule ou en association à un traitement médicamenteux, dans le traitement aigu des EDC d'intensité légère à modérée (67). Pour les formes sévères et/ou avec caractéristiques psychotiques, la psychothérapie n'est pas recommandée seule, mais elle peut être utilisée en association avec une pharmacothérapie.

La TCC, la TIP, la thérapie par résolution de problèmes ainsi que la thérapie psychodynamique peuvent être utilisées. Le choix se fait en fonction des objectifs attendus, de la préférence du patient (67, 68), d'éventuels résultats antérieurs positifs en réponse à un type spécifique de thérapie.

L'APA recommande également la psychothérapie dans la prise en charge des troubles anxieux, avec les mêmes critères de choix à prendre en compte (69).

Le monitoring des symptômes et la détection de signes de rechute sont nécessaires.

L'arrêt de la thérapie peut être envisagé en cas de stabilisation. À noter que pour la dépression, par rapport à la pharmacothérapie, les effets de la psychothérapie apparaissent plus durables, avec un moindre risque de rechute après l'arrêt du traitement (67).

IV.C.4. Recommandations de la CANMAT (*Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments, 2008*)

En 2001, la CANMAT et la *Canadian Psychiatric Association* se sont réunis pour produire des *guidelines* fondées sur de *evidence-based medicine*, pour le traitement des troubles dépressifs. Une révision de ces recommandations a été entreprise en 2008 (70, 71).

La TCC et la TIP conservent une place privilégiée en termes de preuves d'efficacité. Elles sont recommandées en première ligne en phase aiguë (de préférence combinées avec un antidépresseur), mais aussi en phase de maintenance de traitement. La TCC informatisée voire par téléphone sont possibles.

L'activation comportementale, la CBASP (*Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy*) ont prouvé leur efficacité, mais nécessitent que les résultats soient répliqués. D'autres thérapies innovantes, telles que la thérapie d'acceptation et d'engagement, ou la thérapie basée sur la pleine conscience, n'ont pas encore montré leur efficacité en tant que traitements de phase aiguë.

IV.C.5. Recommandations allemandes

On note pour les troubles anxieux l'existence de *guidelines* allemandes, résumées dans un article publié en 2014 (72). Celles-ci ont été développées par un comité de consensus, et sont basées sur la revue systématique d'essais randomisés contrôlés concernant la prise en charge des troubles anxieux (n = 403), ainsi que sur des recommandations allemandes et internationales préexistantes.

Selon ce groupe, les troubles anxieux peuvent être traités par psychothérapie : TCC (pour le plus haut niveau de preuve), thérapie psychodynamique dans les cas où la TCC ne serait pas efficace, ou si la thérapie psychodynamique constitue l'option préférée par le patient, après information éclairée.

Un traitement pharmacothérapique, ou l'association d'une psychothérapie et d'une pharmacothérapie sont possibles. Si l'une des options (psychothérapie seule ou

pharmacothérapie seule) s'avère non efficace, un switch vers l'autre option ou vers la combinaison des deux doit être envisagée.

V. FOCUS : LES SOINS PSYCHOTHÉRAPEUTIQUES PAR ÉTAPES

V.A. « *Stepped care approach* » : une forme de soins collaboratifs

V.A.1. Les soins collaboratifs

Ils consistent en une approche visant à une amélioration du système de soins dans son ensemble. Cela passe par un aspect pluri-professionnel de la prise en charge, la mise en place d'un plan structuré d'intervention (*management plan*), d'un suivi rapproché et planifié des personnes. Un point d'orgue est mis sur la communication entre les intervenants (21).

Ce type d'organisation des soins a fait ses preuves dans la prise en charge de la dépression (73, 74).

Aussi, une méta-analyse (portant sur 37 études basées sur des soins collaboratifs) a mis en évidence que ce type de modèle, en comparaison aux soins usuels de la dépression, améliore la compliance aux traitements ainsi que leurs résultats. Les bénéfices, s'ils se révèlent parfois modestes, se maintiennent dans le temps (jusqu'à 5 ans plus tard) (73, 75). Les critères d'amélioration, en réponse aux traitements, peuvent porter sur la sévérité des symptômes dépressifs, ou encore sur la satisfaction vis-à-vis des traitements prodigués (76).

On note que les effets sont obtenus en restructurant l'organisation habituelle de la prise en charge. Il s'agit d'améliorer et d'optimiser la délivrance de traitements déjà existants, et non d'y ajouter des ingrédients thérapeutiques, qu'ils soient pharmacologiques ou psychologiques.

V.A.2. Les soins par étapes

Les soins dits en étapes peuvent être définis comme un type d'approche thérapeutique, fondé sur l'application de règles de décisions, se faisant de manière individualisée et en rapport avec les découvertes issues de la recherche.

Ces « règles » s'appuient sur le jugement clinique des professionnels. L'objectif est d'offrir des soins susceptibles d'être le moins contraignant ou coûteux possible (y compris à l'échelle du coût personnel et financier des patients), dans le souci que la prise en charge conserve des chances fortes d'être opérante.

Il importe donc de répondre de manière efficiente aux besoins des personnes et de simplifier leur trajectoire de soins, sans pour autant sacrifier la qualité de l'accompagnement. Celui-ci peut s'opérer tant dans le champ de la prévention que dans celui d'interventions à visée thérapeutique (21, 75, 77-79).

Ce type de modèle en étapes est en fait dérivé de ce qui se fait en pratique dans d'autres domaines de la santé (par exemple dans la prise en charge de maladies physiques chroniques telles que l'hypertension artérielle).

Un second principe ayant trait aux soins par étapes est qu'ils doivent être « auto-correctifs » (*self-correcting*) (80) : un *care manager* a la responsabilité de la surveillance (*monitoring*) des patients, ainsi que de la décision de passer au moment opportun d'une étape à la suivante. Les soins auxquels il a recours sont tous fondés sur des données d'efficacité (*evidence-based*) (78, 80).

V.A.3. Soins en étapes : gradués vs. stratifiés ?

Comme nous l'avons vu, les modèles en étapes prennent classiquement un aspect « gradué » : ils permettent une « auto-correction » des soins proposés, dans le sens où les patients bénéficiant initialement d'interventions de faible intensité, peuvent s'ils le nécessitent accéder par étapes à des traitements plus conséquents (77, 81).

Ils s'opposent aux modèles purement « stratifiés » (matched care), qui visent à permettre un accès plus rapide et direct au type d'intervention le plus approprié. Les critères d'orientation sont cliniques (par exemple, dans le cas d'un état dépressif, sa sévérité initiale). Cela suppose une capacité à réellement prédire qui est susceptible, ou ne l'est pas, de bénéficier d'un traitement de faible intensité (77).

On peut trouver des avantages et des inconvénients aux deux approches. Dans celle graduée, le danger serait que pour certains patients, le « dosage » du traitement se révèle insuffisant. Dans le modèle stratifié, la crainte est au contraire que soit délivré par excès un traitement à des personnes qui n'en ont pas la nécessité, compromettant finalement le système dans son ensemble.

Le NICE propose d'ailleurs une réponse partielle à ce dilemme, en recommandant les deux modèles simultanément (62) ; il apparaît en pratique que dans un système de soins par étapes, un compromis peut effectivement se constituer entre ces deux approches.

En tous les cas, il reste nécessaire que se développent des liens de qualité entre les différents services disponibles dans la communauté, dans un cadre de soins organisé, où les rôles et compétences de chacun (médecins traitants, médecins spécialistes, corps paramédical notamment) sont mises de manière plus optimale encore au service des personnes.

La question devient de repenser les soins d'une manière qui va au-delà de la seule accessibilité aux professionnels de second recours, et ce, dans un contexte grandissant de pression budgétaire (obligeant probablement à accélérer cette remise en pensée de l'organisation actuelle des soins) (82-85).

V.B. Démarche dans le cas de soins psychologiques

V.B.1. Des soins psychologiques de faible intensité...

Les interventions basées sur de l'auto-support (*self-help*, on parle aussi d'auto-gestion), constituent le plus souvent la première étape clef de tout modèle de soins en étapes. Elles peuvent être guidées, parfois via internet (54, 86-89).

Ces interventions sont dans certains modèles précédées d'une étape préalable de « surveillance attentive » (*watchful waiting*), dans l'idée qu'une part importante des patients présentant un trouble dépressif (près de la moitié pour certains auteurs), se rétabliraient spontanément dans les 3 premiers mois (78).

Dans tous les cas l'importance de pouvoir évaluer la sévérité initiale du trouble est à souligner, que ce soit avant de décider d'avoir recours à ce type intervention « auto-administrée », ou avant de s'octroyer un temps de surveillance attentive.

L'étape qui suit les soins d'auto-gestion correspond généralement au recours à des psychothérapies brèves, de préférence individuellement et en face à face (78). Ces interventions peuvent également être délivrées en groupe, et dans certains cas les séances se déroulent par téléphone. Elles comprennent *en général* huit séances ou moins.

Les méthodes disponibles et faisant l'objet d'études sont la TCC, la thérapie interpersonnelle, la thérapie par résolution de problème, la thérapie basée sur la pleine conscience (MBCT ou *mindfulness-based cognitive therapy*), la CBASP (*Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, ciblant la dépression chronique*), la thérapie comportementale dialectique (DBT ou *Dialectic Behavioral Therapy*), la psychothérapie basée sur l'analyse fonctionnelle (FAP ou *Functional Analytic Psychotherapy*), la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT ou *Acceptance and Commitment Therapy*) et la psychothérapie psychodynamique brève (*short-term psychodynamic psychotherapy*).

Les thérapeutes impliqués sont le plus souvent des psychologues, des travailleurs sociaux, des infirmières, des médecins généralistes, ainsi que des étudiants de troisième cycle (*graduate students*), tous formés spécifiquement à délivrer le traitement préconisé (51).

V.B.2. ... aux psychothérapies structurées

Elles constituent la dernière étape des modèles de soins gradués. Elles sont dites de haute intensité, notamment de par leur durée, qui s'établit sur du plus long terme. Elles sont réalisées avec la présence physique d'un professionnel.

On y retrouve des outils conceptuels variés, bien qu'à l'heure actuelle, les types d'interventions faisant le plus fréquemment l'objet d'études sont assez restreints : on peut citer en premier lieu les thérapies cognitives et comportementales (TCC), ou les thérapies interpersonnelles (TIP).

Pour la dépression, on note que le champ d'action de ces thérapies (TCC et TIP) concerne également la prévention de la rechute, avec l'émergence de preuves en faveur de leur utilisation en tant que traitements de continuation et de maintenance. Cependant, dans ce domaine de la prévention, des études restent nécessaires afin de répliquer les résultats (90).

On note aussi qu'en dernier lieu d'un modèle de soins gradués, pour les troubles psychiques courants, les traitements médicamenteux peuvent, au même titre que les psychothérapies de haute intensité, être considérés comme un recours possible (78).

V.C. Efficacité des modèles en étapes dans le cas des soins psychologiques

Si le niveau de preuve s'avère important au sujet de l'efficacité des psychothérapies, comme de celle des modèles en collaboration, il en est moins de même concernant l'organisation de ces soins selon un mode « en étapes » (75, 90).

En effet, même si ces modèles semblent relever du bon sens de vouloir éviter de « sur-traiter » comme de traiter insuffisamment (91-98), peu d'études encore montrent véritablement l'efficacité et l'acceptabilité d'un modèle fonctionnant spécifiquement par étapes.

On retrouve dans la littérature la présence d'analyses d'efficacité, en comparaison à des psychothérapies de haute intensité seules (99-101). Davantage d'analyses d'efficacité (et de coût-efficacité) en comparaison à des psychothérapies de haute intensité seules, ou encore en comparaison à des modèles de soins stratifiés, sont néanmoins requises.

De même, rares sont les études centrées sur l'implémentation « dans la vraie vie » de tels modèles (102) ; des évaluations dans ce champ sont nécessaires pour l'établissement de preuves en faveur de l'efficacité et de l'acceptabilité d'un tel système de soins en pratique courante. Ces évaluations devront intégrer les principes des « sciences de l'implémentation » (par exemple l'existence d'un planning ciblé, la définition de stratégies d'implémentation, ou celle des activités précises liées à l'organisation du service) (103).

V.C.1. Efficacité en comparaison à des soins usuels

Van Straten et al. ont conduit en 2014 une revue systématique de la littérature et une méta-analyse, centrées sur ces soins en étapes dans la prise en charge de la dépression (98). Ils se sont basés sur 14 études, dont 10 (représentant 4 580 patients) qui ont été incluses dans leur méta-analyse. On note que dans l'ensemble de ces études, des outils de dépistage étaient utilisés pour repérer le trouble dépressif, et les soins usuels constituaient le modèle de comparaison. Les études incluses étaient considérées comme de bonne qualité. Cependant on remarque que les interventions étudiées variaient de

manière importante, au niveau du nombre ou de la durée des étapes, des traitements prodigués, des professionnels impliqués et des critères pour passer d'une étape à la suivante. En terme d'efficacité de ce type de modèle pour la dépression, un effet modéré était retrouvé (taille d'effet inter-groupes, sur six mois : d de Cohen de 0.34 ; IC 95 % : 0.20 à 0.48).

Firth et al. ont quant à eux publié en 2015 leur travail concernant les systèmes de soins en étapes dans la prise en charge de la dépression chez des personnes en âge de travailler (104). Il s'agissait d'une revue systématique de la littérature, incluant 14 études (contrôlées et non contrôlées). Pour les modèles en étapes, des taux de rétablissement de 40 à 60 % étaient retrouvés (*recovery rates*, correspondant au passage de la mesure clinique choisie, en-dessous d'un seuil défini). Les taux de réponses aux traitements (définis par une diminution de moitié du score clinique) étaient d'environ 60 %. Ces résultats suggéraient une efficacité au moins équivalente des modèles en étapes par rapport aux soins usuels. Les auteurs insistaient néanmoins sur la nécessité d'études plus détaillées, concernant l'hypothèse de la supériorité d'un tel modèle, et concernant les composants spécifiques entrant en jeu, dans les effets mis en évidence.

V.C.2. Efficacité en comparaison à des psychothérapies de haute intensité

En vue de lancer une étude de puissance suffisante pour traiter cette question, Hill et al. ont mis en place un protocole d'étude préliminaire : STEPS (*Developing stepped care treatment for depression*) (105). Il s'agit d'une étude de faisabilité, basée sur des méthodes mixtes (combinant des analyses quantitatives et qualitatives). Elle est destinée à évaluer plus précisément les incertitudes liées au développement d'une étude comparative à large échelle. Pour ce faire, il est prévu que soient réunies des données sur le recrutement (à partir d'un service IAPT, cf. VI.A.1. « *Le programme IAPT* ») et le parcours des patients. Ces derniers doivent aussi être interrogés sur ce qu'ils pensent des méthodes et procédures utilisées. Une évaluation comparée et randomisée est incorporée à cette étude, avec un groupe recevant des soins par étapes, et un autre recevant une psychothérapie de haute intensité seule. Les données d'efficacité (symptômes dépressifs, anxieux, qualité de vie) doivent documenter un calcul de taille d'échantillon, suffisant pour un essai définitif ultérieur.

D'autres travaux récents et à plus large échelle ont déjà été mis en place, concernant cette fois la prise en charge des troubles anxieux. On trouve parmi eux une RCT qui a évalué l'efficacité d'un modèle en étapes (avec psychoéducation, traitement par internet guidé, et TCC en face à face), en comparaison à de la TCC en face à face en première intention, chez des patients présentant un trouble panique ou un trouble d'anxiété sociale (101). Des tailles d'effet modérées à élevées sont retrouvées (en post-traitement et à un an de suivi), avec des résultats similaires entre les deux groupes : taux de rétablissement de 40 % (ceci étant caractérisé par la présence de deux critères sur les trois suivants : critères diagnostiques de trouble panique ou d'anxiété sociale non remplis, symptômes auto-rapportés en-dessous d'un seuil défini, amélioration du fonctionnement). Cependant, des taux d'attrition élevés sont notés, et de manière plus marquée dans le groupe « en étapes » (en particulier lors de l'étape guidée par internet). On retrouve dans d'autres études des taux d'attrition comparables (94, 96, 97, 100). L'intérêt d'explorations plus poussées vis-à-vis de facteurs améliorant l'engagement, ainsi que l'adhérence aux traitements, est souligné (106, 107).

VI. MISES EN ŒUVRE DE SOINS GRADUÉS DE PSYCHOTHÉRAPIE : EXEMPLES DE DISPOSITIFS EXPÉRIMENTÉS À L'ÉTRANGER

Afin d'établir un descriptif de différents dispositifs déjà expérimentés au plan international, une recherche documentaire a été conduite. Nous en présentons de façon narrative les résultats.

Les données issues d'un travail du CNQSP (Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie) (17, 108) sont ensuite présentées, sous forme d'un aperçu synthétique d'éléments recueillis par pays (tableau 1).

VI.A. Angleterre

VI.A.1. Le programme IAPT

L'Angleterre a mis en place en 2007 le programme *Improving Access to Psychological Therapies* (IAPT), financé par l'organisme de sécurité sociale anglais, le *National Health Service* (NHS), et offrant un service de psychothérapies brèves pour les personnes souffrant de troubles courants de santé mentale (dépression et anxiété) (22).

L'idée du programme a émergé dans une problématique de santé publique, révélant que les anglais souffrant de troubles courants de santé mentale présentent une consommation élevée de psychotropes, type de traitement le plus disponible et le plus utilisé, contrastant avec le faible recours aux psychothérapies, alors que ces dernières sont recommandées (62, 109).

Le *National Health Service* a en fait demandé en 2005 un rapport d'expertise à l'équipe de recherche du Pr Layard (le « Plan Layard »). Ce dernier a évalué la situation des besoins de soins et de l'offre de santé mentale en Angleterre, ainsi que les coûts imputables et évitables, par la mise en place d'une politique de remboursement de traitements psychologiques.

La finalité du programme est donc d'épargner des dépenses de santé et de réduire des coûts indirects pour la société (liés à la productivité et l'incapacité), dus aux troubles

mentaux courants, via la promotion de traitements psychothérapeutiques plutôt que de traitements psychotropes seuls (110).

Dans le cadre d'une étude de cohorte, un modèle de soins en étapes a été implanté, suivant ainsi les *guidelines* du *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE), avec les caractéristiques initiales suivantes :

* Plusieurs types de professionnels ont été impliqués : (1) PWP ou *Psychological Well-being Practitioners*, professionnels de l'accompagnement à l'auto-support (*self-help*), pouvant délivrer des conseils et interventions de basse intensité ; ils n'étaient toutefois pas psychothérapeutes. (2) *counsellors* et thérapeutes formés à des TCC de basse intensité. (3) psychologues cliniciens pour les thérapies de haute intensité (TCC ou psychothérapies interpersonnelles).

* Le nombre de séances et la méthode thérapeutique pouvaient donc varier, selon la sévérité du trouble.

* Les patients étaient en général référés par leur médecin (*ou un organisme partenaire*) à un centre de soins ; ils pouvaient aussi s'adresser directement au centre.

* Des évaluations symptomatiques régulières ont été réalisées par le biais d'échelles cliniques de la dépression (*Patient Health Questionnaire* ou PHQ-9) et de l'anxiété (*Generalised Anxiety Disorder scale* ou GAD-7, *Anxiety Disorder Specific Measure* ou ADASM).

* Le recours aux psychothérapies dans le cadre de ce programme a été totalement gratuit pour les patients inclus.

* L'estimation du coût du Plan Layard s'est élevée pour les deux premières années à 600 M £ par an, pour soigner 800 000 patients.

On note que les deux premières années du programme IAPT ont été axées sur les personnes en âge de travailler (18-64 ans). A partir de la troisième année, le programme a été étendu aux patients plus jeunes ou plus âgés, et ouvert à un plus large éventail de

symptomatologie – personnes souffrant de troubles bipolaires et schizophréniques (111, 112).

Plusieurs dispositifs de ce type ont été implémentés sur différents sites, dont deux pilotes. L'un d'eux (sur le site de Doncaster) est décrit ci-après. Par la suite de nombreux sites ont été développés (32 services sur la première année (111)).

VI.A.2. Le site de Doncaster

Le modèle de Doncaster s'est fondé sur trois principaux axes : l'efficacité clinique des thérapies cognitivo-comportementales (de basse ou haute intensité), l'organisation de soins « en collaboration » et son application via un système « par étapes ».

Par rapport au site londonien de Newham, fonctionnant facilement sur un mode de référence vers des services de santé mentale spécialisés, le site de Doncaster a adopté un modèle reposant davantage sur des principes de soins collaboratifs. Le recours aux services spécialisés s'y fait moins directement. La prise en charge d'un volume plus important de personnes est en ligne de mire (75, 113).

Ce nombre conséquent de patients (*environ 5000 en 2008*) a d'ailleurs nécessité que soit développé secondairement un poste spécifique de coordinateur (« *duty manager* »). Ce poste est généralement occupé par un thérapeute ou professionnel expérimenté, dont le rôle est de « traiter » l'ensemble des demandes (lesquelles dans ce système sont toutes transmises par *fax*) et de contacter pour la première fois les patients concernés (par téléphone, le jour même de la réception de la demande). Ce contact téléphonique a pour but d'informer et d'orienter les personnes vers un premier entretien d'évaluation avec un « *case manager* ». Le deuxième rôle majeur des *duty managers* consiste en une activité de supervision pour les *case managers*.

A propos de la place des *case managers*, on note qu'ils sont sélectionnés sur la base de leurs qualités interpersonnelles et d'engagement à travailler dans le milieu de la santé mentale. Comme évoqué précédemment, ils reçoivent les patients pour un entretien d'évaluation, en face à face, avant de les orienter le plus souvent vers une première étape thérapeutique de « basse intensité ». L'orientation directement vers un traitement de

haute intensité reste possible, dans les cas suivants : s'il y a notion d'une intervention de faible intensité ayant déjà été tentée et ayant échoué, ou si une telle intervention n'apparaît pas indiquée ni suffisante. Les case managers participent ensuite, au même titre que le pool des thérapeutes, à la délivrance d'interventions cognitivo-comportementales de « basse intensité ». On note que ces séances, en dehors du premier entretien d'évaluation, se font le plus souvent par téléphone.

En tous les cas, on peut remarquer que la particularité du site de Doncaster, résidant dans ce « volume » important de personnes prises en charge dans le programme, a également mis en lumière la difficulté associée à recruter des professionnels dotés des habiletés et compétences requises (113, 114).

A noter que dans ce contexte de montée en charge, le rôle de supervision des duty managers a aussi posé question, certains superviseurs ayant exprimé leurs difficultés à délivrer de manière intensive des conseils ayant trait à des prises en charge « de basse intensité » – cela pouvant contraster avec une vision plus classique de la supervision clinique, au contraire destinée à apporter un regard plus fin, intensifié, sur un faible nombre de situations cliniques.

De manière plus générale, on remarque que dans la plupart des études, cette question des compétences spécifiques n'est pas toujours précisée ; cela souligne l'intérêt de documenter le degré de formation nécessaire pour les professionnels, à visée de comparaison et de réplique des résultats (50). Cela est d'autant plus souhaitable que plusieurs études mettent en avant la corrélation existant entre le degré de compétences des professionnels impliqués (selon des échelles basées sur des critères d'exercice de la TCC) et les résultats cliniques, ou encore l'adhérence au traitement (101, 106, 107).

VI.A.3. Résultats

Plus d'un million de patients ont été traités depuis le début du programme (115).

Comme cela a été dit précédemment, les patients pouvaient s'adresser directement au centre de soins : cela a été le cas pour 9% d'entre eux (116). Cette possibilité a permis

de faciliter l'accès aux soins à certains groupes de patients, habituellement sous-représentés parmi les patients référés par les médecins généralistes (111).

Les études ont montré des résultats de santé positifs pour les patients : d'après Clark et al., dans leur évaluation initiale des deux sites pilotes, publiée en 2009 (111), 55 % des patients ont retrouvé leur santé psychique en post-traitement, avec une rémission des symptômes maintenue à 10 mois. Ce taux a aussi été retrouvé ailleurs que sur les sites pilotes (52,6 % sur le programme IAPT implanté à Suffolk – (117)).

Des taux d'attrition importants étaient en revanche relevés, notamment sur le site de Doncaster, où la moitié seulement des personnes adressées au service (entre 2006 et 2008) ont reçu un traitement (102).

Gyani et al. ont quant à eux réuni en 2013 les données d'un ensemble de sites, représentant un total de près de 20 000 patients : étaient retrouvés des taux de 40,3 % de rémission, 63,7 % d'amélioration significative, et 6,6 % de détérioration. Des facteurs prédictifs d'un meilleur taux de rémission ont été mis en évidence : un nombre de séances de thérapie élevé, des taux de passage d'une étape à la suivante (*step up*) plus importants chez les personnes ayant commencé par une thérapie de basse intensité, des services de soins plus conséquents, ou une proportion plus large de personnel expérimenté (118).

Les dernières publications sur le suivi du programme montrent qu'en 2015, 953 522 usagers ont bénéficié du programme. On note que parmi eux, 75 % étaient des femmes, la majorité avait entre 35 et 64 ans. Le nombre de personnes débutant un traitement pour un « trouble anxieux ou lié à un stress » était près de deux fois plus élevé que le nombre de personnes débutant un traitement pour dépression. Concernant les délais de consultation, 81 % des personnes ayant complété leur traitement ont attendu moins de six semaines avant d'en bénéficier, et 96 % ont attendu moins de dix-huit semaines (119).

Il a aussi été noté une réduction dans l'utilisation des soins de santé (consommation de médicaments, consultations et hospitalisations), avec des économies pour le système de santé estimées à la hauteur de 272 M £ avant 2017 (avec 1,75 £ économisés pour 1 £ investi selon la NHS) (112, 120).

Par ailleurs, 6 000 thérapeutes ont été formés (entre 2008 et 2015). A noter que le coût de formation d'un psychothérapeute de « basse intensité » était de 5 000 £, celui d'un psychothérapeute de « haute intensité » était de 10 000 £, et les frais de formations autres que les TCC (*counselling* pour la dépression, psychothérapie interpersonnelle brève et thérapie de couple) s'élevaient à 3 000 £.

VI.B. Australie

Deux programmes ont été mis en œuvre, à la suite d'une réforme de santé publique implantée au début des années 2000 par le gouvernement australien : *Access to Allied Psychological Services* (ATAPS) en 2003 et *Better access* en 2006. Ceux-ci visaient à permettre un meilleur accès, gratuit ou peu coûteux, à des psychothérapies brèves en soins primaires, pour les personnes souffrant de troubles mentaux courants.

On note qu'avant que cet accent soit mis sur les services de santé mentale de première ligne, une première phase de la réforme australienne avait porté sur le secteur spécialisé afin d'en améliorer l'accès pour les patients souffrant de troubles moins prévalents (troubles psychotiques). Elle s'est ensuite élargie au plus grand nombre d'usagers concernés par la dépression et l'anxiété.

Cette réforme reconnaît l'importance du rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles et l'orientation des patients aux professionnels de santé mentale.

Dans ces deux programmes :

* Les professionnels de santé mentale impliqués sont principalement des psychologues (dans 9 cas sur 10). Les soins (des TCC pour la majorité) peuvent aussi être dispensés par des travailleurs sociaux, des infirmiers, des ergothérapeutes.

* Le nombre de séances varie selon la sévérité du trouble (6 à 18 pour ATAPS et 6 à 10 pour *Better access*).

* 75 % des séances sont couvertes par le régime public ; le reste à charge pour le patient varie entre 5 AUD et 20 AUD.

* Les échelles d'évaluation utilisées comprennent la DASS-21 (*Depression Anxiety Stress Scales*), mesurant la dépression, l'anxiété, le stress, et le K-10 (*Kessler-10*), mesurant la détresse psychologique en général (121, 122).

Les particularités liées à chacun des deux programmes sont décrites ci-dessous.

VI.B.1. Le programme Access to Allied Psychological Services (ATAPS)

Il s'associe à un dispositif nommé *GP Psych Support* (offrant aux médecins généralistes formation et soutien de la part des psychiatres), pour composer le programme *Better Outcomes in Mental Health Care* (BOiMHC), instauré depuis 2003.

A noter que plusieurs sous-programmes ATAPS ont été mis en place, afin de s'occuper prioritairement de populations plus à risque : situations de dépressions périnatales, de risque suicidaire, ou chez les enfants souffrant de troubles mentaux (123).

VI.B.2. Le programme Better access

Better access to Psychiatrists, Psychologists and General Practitioners, mis en place depuis 2006, a pour but plus spécifique d'améliorer l'accès aux professionnels et équipes de soins en santé mentale, ainsi que leur accessibilité financière. Une collaboration plus étroite entre tous les intervenants est encouragée (124).

VI.B.3. Résultats

En 2009, deux millions d'Australiens ont reçu onze millions de séances de psychothérapie.

La majorité des patients souffraient de troubles dépressifs (76 %) et de troubles anxieux (59 %), avec une importante comorbidité des troubles. Le programme a offert largement des services aux personnes à bas revenus (68 % des patients) et celles vivant dans des zones rurales ou éloignées (45 % des patients).

Pour le programme ATAPS, 113 107 usagers (environ 25 000 par an) ont bénéficié de services entre 2006 et 2010. Parmi eux, 45 % n'avaient pas d'antécédent de soins de santé mentale, mais 72 % avaient déjà reçu un diagnostic de dépression et/ou d'anxiété.

Dans le cas du programme *Better access*, près de 2 000 000 d'utilisateurs ont reçu des soins pendant les trois premières années (2007 à 2009). Parmi eux, 58 % n'avaient jamais reçu de soin de santé mentale.

De même que pour les programmes britanniques, les études ont montré des résultats positifs sur l'amélioration de l'accès aux soins primaires de santé mentale et sur la santé des patients (amélioration statistiquement significative au niveau des échelles DASS-21 et K-10, pour les deux programmes). Il faut cependant noter l'absence de groupes témoins dans l'évaluation de l'effet de ces programmes sur les symptômes (115, 122).

VI.C. Amérique du Nord

Des projets similaires se développent actuellement au Canada. C'est le cas au Québec, où les premiers rapports concernant la question de l'accès aux psychothérapies, pour les personnes présentant des troubles mentaux courants, combinés à des données d'études locales, ont servi à l'élaboration du dernier rapport de l'INESSS (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux). Celui-ci traite du développement d'un modèle adéquat de financement public et d'assurabilité de la psychothérapie au sein de l'offre thérapeutique.

Vasiliadis et al. ont aussi décrit leurs réflexions quant à un début de modélisation de programme, après avoir reçu une subvention de fonctionnement intitulée « System level costs and benefits of improving access to psychological services for depression in Canada ». Pour ce faire, ils se sont inspirés des modèles australien et britannique. Sur le plan du modèle de financement, le modèle québécois décrit se rapproche du modèle australien : les personnes devraient consulter le médecin généraliste pour avoir accès à des services de psychothérapies pris en charge financièrement.

VI.D. Pays-Bas

Plus que des programmes implantés à grande échelle, on trouve plusieurs essais randomisés portant sur des modèles néerlandais de soins collaboratifs par étapes, réalisés en comparaison à des soins usuels.

L'un d'eux a évalué l'efficacité d'un modèle « CSC » (Collaborative Stepped Care) versus « CAU » (Care As Usual), dans le traitement de troubles mentaux courants chez 163 patients. (35). Le groupe CSC bénéficiait de soins d'auto-support (self-help), guidés par une infirmière psychiatrique (qui étaient au nombre de 8), en soins primaires (20 médecins généralistes étaient impliqués). L'addition de traitements antidépresseurs était possible, selon la sévérité du trouble, suivie si besoin d'une thérapie cognitivo-comportementale en soins spécialisés.

Cette étude a mis en évidence une réponse **plus précoce** dans le groupe CSC, par rapport au groupe CAU : à 4 mois (au milieu de l'intervention), une amélioration était retrouvée chez 74,7 % des patients du groupe CSC v. 50.8 % dans le groupe CAU ($p = 0.003$). En revanche cet effet n'était plus significatif à 8 mois (à la fin de l'intervention), ni à 12 mois de suivi, l'état de santé des patients du groupe CAU s'étant également amélioré.

Une autre étude s'est centrée sur le trouble panique et l'anxiété généralisée, considérés comme les deux troubles anxieux les plus handicapants et les plus coûteux, au niveau des soins primaires (92). Une approche de soins par étapes (CSC) était là aussi comparée à des soins usuels (CAU), avec le but plus spécifique d'évaluer à la fois les effets et les coûts. Le groupe CSC associait un médecin généraliste, un care manager et un psychiatre. Ceux-ci pouvaient délivrer en collaboration trois types de traitements, similaires à ceux proposés dans l'étude décrite ci-dessus (soins d'auto-support guidés, thérapie cognitivo-comportementale et/ou traitement antidépresseur).

Le critère clinique de jugement correspondait à une mesure sur l'échelle de l'anxiété BAI (Beck Anxiety Inventory). D'autres mesures incluaient la santé physique et mentale des personnes, la qualité de vie, l'utilisation des services de santé et des données de « productivité ».

On peut enfin citer l'exemple d'une étude antérieure menée en pratique courante, comparant des soins en étapes gradués à des soins dits usuels (CAU), mais où ces derniers étaient représentés par une autre approche de soins en étapes, organisés de manière stratifiée (33). La première approche comprenait des soins de thérapie brève, ou de thérapie cognitivo-comportementale classique. 702 patients ont été recrutés pour cette étude, sur 12 structures différentes. Ils ont été évalués régulièrement, jusqu'à 24 mois de suivi. Sur les deux groupes, leur santé s'est significativement améliorée à travers le temps (51 % d'entre eux ayant atteint à un an des critères de guérison selon le DSM-IV (56) et 66 % à la fin de l'étude. Des taux similaires étaient retrouvés sur l'échelle de symptômes « SCL-90 » (Symptom Checklist-90) et l'échelle de qualité de vie « SF 36 » (Short Form-36). Il n'y avait pas de différence significative entre les deux groupes. Dans cet essai, l'approche de soins gradués apparaît donc au moins aussi efficace que l'approche de soins stratifiés.

VI.E. Allemagne

Watzke et al. ont décrit dans leur protocole d'étude, publié en 2014 (125), un autre exemple de modèle de soins basés sur une approche en étapes (comparés là encore à des soins de routine). L'objectif principal concerne l'efficacité du système à un an, mesurée sur l'échelle clinique de la dépression PHQ-9. On note que les mesures secondaires prévues portent sur la réponse, la rémission et la rechute. Elles portent aussi sur le fonctionnement (échelles de qualité de vie) et les coûts, directs ou indirects, avec une mesure du ratio incrémental « coût-efficacité ». Enfin, dans cette étude, la faisabilité et l'acceptabilité du modèle dans son ensemble, ainsi que des différents composants pris séparément, font l'objet d'une évaluation.

VI.F. Autres

Des études ont également été menées dans des pays émergents, tels que le Chili (126), avec des programmes se révélant significativement plus efficaces, pour un coût légèrement plus élevé par rapport aux soins usuels. De faibles investissements semblent ainsi conduire à des gains cliniquement importants, dans des environnements plus pauvres ; ces modèles pourraient aussi s'avérer intéressants, appliqués dans des pays développés.

VI.G. Synthèse d'éléments recueillis par pays

Le tableau qui suit présente une synthèse de données concernant quatre modèles de programmes expérimentés à l'étranger (Angleterre, Australie, Pays-Bas, Allemagne). Celui-ci, avec d'autres travaux, a permis de nourrir une réflexion au sein du CNQSP, dont les membres se sont réunis lors d'une journée de travail sur l'accès aux psychothérapies en octobre 2016. Des partenaires (CNAMTS ou Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, associations de représentants d'usagers) ont également participé à cette première journée thématique (17, 127).

Tableau 1 - La prise en charge des troubles légers à modérés a fait l'objet dans plusieurs pays, de programmes innovants visant à améliorer la coordination des soins et le suivi des patients :

	Angleterre	Australie	Pays-Bas	Allemagne
Nécessité d'une prescription	* Accès direct ou * Prescription médicale	* Prescription médicale	* Prescription médicale	
Types de psychothérapie pris en charge	* Cognitivo-comportementale * Thérapie interpersonnelle (épisode moyen à sévère)	* Cognitivo-comportementale * Thérapie interpersonnelle	* Cognitivo-comportementale * Thérapie interpersonnelle * Thérapie psychodynamique à court terme	* Cognitivo-comportementale * Psychanalyse
Nombre de séances remboursées	* NHS prend en charge 6 à 8 séances pour stades légers et 16 à 20 séances pour stades sévères	* 10 séances individuelles par an, plus 10 séances en groupe avec prolongation possible à 16	* 5 séances programmées par l'AM de base avec co-paiement de 20€ par consultation	* Pas de restriction si effectué par un médecin (psychiatre) * Au delà de 5 à 8 séances par un psychologue libéral, accord préalable de l'AM nécessaire
Professionnels autorisés à délivrer la psychothérapie	* Psychologues cliniciens * Psychothérapeute * Travailleurs sociaux ayant bénéficié d'une formation courte	* Psychologue certifié * Ergothérapeute * Travailleur social * Médecin généraliste qualifié * Clinicien avec expérience de 2 ans en santé mentale	* Psychologue * Psychothérapeute certifié * Educateur spécialisé * Sexothérapeute affilié à l'Association nationale	* Psychiatre * Médecin libéral qualifié * Psychologues à orientation psychothérapie

VI.H. Applications particulières

VI.H.1. Modèles préventifs

On peut citer l'exemple d'un programme de prévention de la rechute de la dépression, décrit aux Pays-Bas en 2012, s'adressant à des personnes âgées ayant déjà souffert de dépression (128, 129). Le modèle de soins en étapes comprenait : une phase de surveillance attentive (*watchful waiting*), de la bibliothérapie, de la TCC individuelle, et en dernier lieu, un traitement indiqué. Dans cette étude, le modèle en étapes ne s'est pas avéré plus efficace que les soins usuels dans la prévention de la rechute dépressive. Le choix d'une étape de surveillance attentive était par ailleurs discutable, du fait du risque lié au fait de prolonger le délai avant le début du traitement préventif.

Précédemment, un programme de prévention indiquée, destinée à des personnes âgées présentant des symptômes de dépression ou d'anxiété sub-syndromiques (c'est-à-dire sans que les critères d'un trouble dépressif ou anxieux caractérisé ne soient retrouvés), a aussi été développé, par van't Veer-Tazelaar et al. (130, 131). Ce programme, multicentrique, comprenait séquentiellement une approche de surveillance attentive, de la bibliothérapie basée sur de la TCC, une thérapie par résolution de problème (basée aussi sur des principes cognitivo-comportementaux), et la mise en place si besoin d'un traitement médicamenteux, conduit en soins primaires. Le programme s'est révélé efficace en réduisant de moitié, par rapport aux patients bénéficiant de soins usuels, le risque d'incidence d'un trouble anxieux ou dépressif caractérisé, durant l'année de l'essai (risque relatif de 0.49 ; intervalle de confiance IC à 95 % : 0.24 à 0.98). Cet effet a perduré à 24 mois (odds-ratio = 0.38 ; IC 95 % = 0.19-0.76 ; p = 0.006) (132).

Les résultats apparaissent donc mitigés. D'une manière plus générale, on remarque que des études portant sur des techniques ciblant spécifiquement la prévention de la dépression restent souhaitables (la majorité des essais se concentrant sur (90)).

A noter aussi que la question de la faisabilité de ce type de programme se pose. Une proposition possible, en vue de favoriser la participation des personnes, est de relier plus directement programmes de prévention et phases de traitement aigu, dans l'hypothèse que les patients encore en soins (que ce soit avec leur généraliste ou leur

médecin spécialiste), auront plus de motivation à s'engager, puis à suivre un programme de soins préventifs (128, 133).

VI.H.2. Traitement lorsqu'une comorbidité somatique est présente

Des modèles de soins par étapes, comparés à des soins usuels, ont aussi été étudiés dans les troubles mentaux accompagnant des pathologies somatiques chroniques telles que le diabète. Les résultats sont encourageants, notamment en ce qui concerne le repérage systématique et le traitement de troubles dépressifs, survenant dans le cadre d'un diabète de type 2 (134). Ces résultats positifs se situent à la fois au plan clinique et au niveau du coût : parmi les critères d'amélioration, on retrouve l'évolution de la sévérité du trouble dépressif, mais aussi le coût lié à l'utilisation des services de santé en général, ou celui lié au nombre de « jours libres de dépression » gagnés d'une année à l'autre.

D'autres essais randomisés contrôlés ont été élaborés en comparaison à des soins usuels, avec des résultats favorables également, par exemple dans le cas de pathologies cardiaques : on peut citer une étude évaluant l'impact d'une prise en charge spécifique de la dépression, chez des patients ayant présenté un syndrome coronarien aigu. Des soins en étapes étaient mis en œuvre, prenant en compte les préférences des personnes (celles-ci pouvant choisir comme traitement initial une thérapie par résolution de problème ou un traitement médicamenteux) (135). Ce modèle apparaît associé de manière significative à une plus grande satisfaction vis-à-vis du traitement, mais aussi à une plus grande réduction des symptômes dépressifs et à une amélioration du pronostic cardiaque.

On peut enfin évoquer des modèles qui se développent dans le cas de pathologies cancéreuses, avec les protocoles décrits par Krebber et al. (destiné à des patients souffrant de cancers du poumon ou ORL et présentant une détresse psychologique) (136), et Mattson et al. (s'adressant à des personnes souffrant d'un cancer et de symptômes anxieux ou dépressifs) (137). Pour ces deux exemples, la première étape de l'intervention (vs. soins usuels) s'appuie sur des outils d'auto-gestion, guidés via internet ou à l'aide d'un livret. Des thérapies cognitivo-comportementales sont utilisées dans les étapes suivantes.

VI.H.3. Une application aux troubles à expression somatique

R. Mayou et al. se sont demandé si les traitements efficaces dans les troubles mentaux courants pouvaient aussi l'être dans les situations de syndromes ou symptômes somatiques fonctionnels (138). A travers leur revue de littérature, appuyée d'éléments d'expérience clinique, il apparaît que ces traitements, non spécifiques ou spécifiques à la psychopathologie, ont aussi un intérêt dans le champ des plaintes fonctionnelles, ou de difficultés adaptatives en réaction à des troubles somatiques. Une organisation des soins sur un modèle en étapes est appropriée dans ce cadre. Les auteurs insistent également sur l'intérêt de soins précoces, coordonnés, et de repérage des syndromes complexes pouvant nécessiter des soins de second recours.

VII. EN FRANCE

VII.A. Le réseau de promotion pour la santé mentale 78 (RPSM 78)

On trouve dans le réseau de promotion pour la santé mentale des Yvelines Sud, créé en 2000, un exemple de système visant à améliorer l'offre de soins pour les personnes présentant des troubles mentaux courants. Il s'agit d'un groupe de coopération sanitaire, fondé sur des relations collaboratives, entre les différents professionnels.

VII.A.1. Evaluation préliminaire au sein du réseau

Une enquête préliminaire (2), questionnant les médecins généralistes exerçant dans ce territoire, a permis d'évaluer différents aspects de leur pratique, en amont de la réorganisation mise en place dans les Yvelines Sud, sous la forme d'un « dispositif de soins partagés » (DSP).

Ces éléments ont compris les opinions des praticiens concernant les patients présentant des problèmes de santé mentale qu'ils rencontraient en pratique quotidienne, ainsi que leurs opinions et attitudes vis-à-vis des professionnels de santé mentale.

Ont aussi aussi évalués les facteurs pouvant être associés avec un besoin perçu par les médecins généralistes de collaboration avec ces professionnels de santé mentale.

VII.A.2. Un accès facilité et remboursé aux psychothérapies

Le dispositif assure à ce jour une activité « directe » auprès des patients, adressés par leur médecin généraliste, constituée de « séquences thérapeutiques de courte durée ». Celles-ci précèdent l'élaboration d'un projet de soin, négocié avec le médecin généraliste. Il s'agit d'une activité dite « indirecte », hors présence du patient. Cette activité indirecte est aussi constituée d'actions de coopération dématérialisées et d'actions de formation – supervision – intervision, pour les médecins généralistes.

Dans ce cadre également du RPSM 78, des prestations dérogatoires de psychothérapie ont été mises en place, en partenariat avec des psychologues libéraux, tel que décrit en 2010 par Hardy-Baylé et al (139).

VII.A.3. Résultats

Le DSP entre médecins généralistes et psychiatres, les prestations de psychothérapie proposées dans un cadre dérogatoire (permettant aux psychologues d'assurer des thérapies en ville faisant l'objet d'un remboursement), ou l'interface entre professionnels du champ sanitaire et professionnels du champ social et médico-social, ont été autant de cadres mis en place dans le RPSM 78.

Ces éléments ont permis de documenter la nature des coopérations possibles entre les acteurs, ainsi que de préciser les éventuelles délégations de compétences réalisables, dans des conditions de qualité et de sécurité acceptables.

Des difficultés rencontrées dans cette expérimentation ont aussi été décrites. Par exemple, au-delà de la nécessité de fournir des relevés d'activité de chaque acteur, afin d'assurer le financement du réseau, cet exercice de recueil a mis en lumière d'autres questions inhérentes au travail de réseau.

L'intégration de 14 psychologues libéraux dans le RPSM 78 a ainsi montré que s'il a été possible de leur faire bénéficier de dérogations tarifaires, cette forme de rémunération à l'acte ne rend pas compte seule du temps de travail institutionnel sous-jacent. Celui-ci est nécessaire pour assurer la continuité des soins entre les équipes hospitalières et les professionnels libéraux. A noter que ces professionnels libéraux, en second recours, ont compris aussi 15 psychiatres.

Ce temps de travail partenarial peut contribuer à la réserve de certains acteurs, vis-à-vis de l'intégration d'un réseau structuré. Cette participation peut de fait, sous certaines conditions, prendre la forme d'une certaine institutionnalisation, et aller à l'encontre de l'attachement au soin direct donné au patient.

Nous revenons ultérieurement sur ces questions relatives aux DSP (*cf. Discussion, IV.A. La mise en place de soins collaboratifs*).

VII.B. Autres régions

À notre connaissance, il n'y a en France aucun autre réseau de soins gradués de psychothérapie décrit dans la littérature.

MÉTHODOLOGIE

I. TYPE D'ÉTUDE

L'étude est observationnelle, descriptive et transversale. Il s'agit d'une enquête des pratiques, de type déclaratif.

II. MATÉRIEL D'ÉTUDE

II.A. Population-cible

La population-cible est constituée des médecins généralistes libéraux, installés dans la région Occitanie (Languedoc Roussillon – Midi Pyrénées), dans le dernier trimestre de l'année 2016.

II.B. Stratégie d'échantillonnage

L'échantillon d'étude a été sélectionné parmi les 3 568 médecins généralistes, exerçant en libéral et ayant communiqué leur adresse e-mail à l'URPS des médecins Occitanie (Union Régionale des Professionnels de Santé). À noter que les deux tiers des praticiens inscrits à l'URPS sont installés en Midi-Pyrénées, le tiers restant en Languedoc-Roussillon.

III. RECUEIL DES DONNÉES AUPRÈS DE LA POPULATION SÉLECTIONNÉE

III.A. Auto-questionnaire

Un auto-questionnaire a été élaboré, puis soumis à une validation de projet, par la « Commission des thèses » de l'URPS régionale des médecins libéraux. Ce questionnaire a ensuite été envoyé par voie électronique, en octobre 2016, aux médecins généralistes de l'échantillon sélectionné.

Le lien vers le questionnaire, disponible en ligne, était accompagné d'un document explicatif concernant l'objectif de l'enquête. Ce document précisait aussi la possibilité pour les répondants d'accéder ultérieurement aux résultats.

Une relance a été effectuée par courrier électronique fin décembre 2016. Cette relance a automatiquement exclu les médecins ayant déjà participé.

L'enquête s'est terminée le 13 janvier 2017.

III.B. Données recueillies

Le questionnaire comporte un premier volet de questions ayant trait aux caractéristiques personnelles et d'exercice des médecins : sexe, année de début d'exercice, mode d'exercice (cabinet seul ou de groupe, activité de remplacement ou médecin installé, secteur urbain ou rural). Deux questions s'intéressent à l'expérimentation personnelle, et à la formation professionnelle, concernant la psychothérapie. Ce volet est intitulé « A pré-remplir ».

S'en suivent dix questions, de type fermé à choix multiple, ou de type échelle, avec pour certaines la possibilité de rédiger des commentaires :

1. À quelle fréquence vous arrive-t-il d'adresser vos patients en psychothérapie ?
2. Combien de vos patients en moyenne adressez-vous en psychothérapie ?

3. Quelles sont les deux principales tranches d'âge des patients que vous adressez en psychothérapie ?
4. Pour les indications suivantes, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'orienter vos patients en psychothérapie ?
5. Vers qui orientez-vous alors vos patients ?
6. Pour quel type de psychothérapie adressez-vous vos patients ?
7. Quelle est la durée de prise en charge en psychothérapie des patients que vous adressez ?
8. Sur combien de séances en moyenne ceux-ci sont-ils pris en charge ?
9. Quels sont les principaux critères qui interviennent dans votre choix d'orientation ?
10. Quels retours avez-vous concernant les soins de psychothérapie dont bénéficient vos patients ?

La réponse à l'ensemble des questions est obligatoire pour compléter le questionnaire jusqu'à son terme.

Un dernier volet de commentaires libres a été prévu avant l'envoi du formulaire.

Avant sa diffusion, ce questionnaire a été testé auprès de deux médecins généralistes, ne figurant pas parmi les participants de l'étude.

Le temps nécessaire pour compléter ce questionnaire a été estimé à environ 8 minutes.

Les résultats du questionnaire ont été exportés depuis la plateforme « *Google Forms* » sous la forme d'un tableau, au format « *xlsx* » (*Microsoft Excel*).

Ce questionnaire dans son intégralité est disponible en *annexe 1*.

III.C. Considérations éthiques

La garantie de l'anonymisation des données personnelles fournies a été apportée aux répondants.

IV. CRITÈRES D'ÉVALUATION

IV.A. Objectif principal

Il est d'explorer les modalités d'orientation en soins primaires vers des soins de psychothérapie, en répondant à la question principale suivante : à quelle fréquence en Occitanie les Médecins Généralistes (MG) orientent-ils leurs patients en psychothérapie ?

Pour cela, un premier descriptif général de notre population de MG a été réalisé. L'exploitation des réponses à la question 1 « À quelle fréquence vous arrive-t-il d'adresser vos patients en psychothérapie ? », a permis de répondre à la question principale.

IV.B. Objectifs secondaires

Le but est secondairement de mettre en évidence des corrélations entre les pratiques de soins ou d'orientation en psychothérapie des MG, et d'autres variables explicatives (en particulier leurs caractéristiques personnelles ou celles liées à leur exercice).

Il s'agit de préciser ces pratiques de soins effectives, à la lumière des recommandations actuelles, nationales et internationales, qui favorisent le recours à la psychothérapie (en premier lieu des TCC) pour les troubles anxieux et les troubles dépressifs légers à modérés.

Pour ce faire, quatre variables qualitatives nominales ont été choisies, en tenant compte de ces recommandations. Ces variables définissent quatre sous-groupes distincts de médecins : MG orientant fréquemment en psychothérapie, MG orientant fréquemment en psychothérapie dans le cas d'un trouble dépressif, MG orientant fréquemment en psychothérapie dans le cas d'un trouble anxieux ou phobique, MG orientant fréquemment en TCC.

IV.B.1. Fréquence d'orientation en psychothérapie

Il s'agit de la principale variable d'intérêt, définie selon la réponse à la question 1 sur 10 : « À quelle fréquence vous arrive-t-il d'adresser vos patients en psychothérapie ? ».

Elle distingue un sous-groupe de médecins orientant leurs patients « chaque semaine », contre un second qui oriente les patients moins souvent (« chaque mois », « moins souvent » ou « jamais »).

IV.B.2. Fréquence d'orientation en psychothérapie pour les troubles dépressifs

La variable d'intérêt est définie selon la réponse à la question 4 sur 10 : « Pour les indications suivantes, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'orienter vos patients en psychothérapie ? ».

Elle distingue un sous-groupe de médecins orientant leurs patients « souvent », versus « parfois » ou « jamais » dans le cas des troubles dépressifs.

IV.B.3. Fréquence d'orientation en psychothérapie pour les troubles anxieux

La variable d'intérêt est définie selon la réponse à la question 4 sur 10 : « Pour les indications suivantes, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'orienter vos patients en psychothérapie ? ».

Elle distingue là encore un sous-groupe de médecins orientant leurs patients « souvent », versus « parfois » ou « jamais », cette fois dans le cas des troubles anxieux et phobiques.

IV.B.4. Fréquence d'orientation vers une TCC

Dans ce cas, la variable d'intérêt est définie suivant la réponse à la question 6 sur 10 : « Pour quel type de psychothérapie adressez-vous vos patients ? ».

Elle distingue un dernier sous-groupe de médecins, qui orientent « souvent » versus « parfois » ou « jamais » leurs patients en thérapie cognitivo-comportementale.

V. AUTRES VARIABLES

V.A. Variables qualitatives nominales

Elles comprennent pour les caractéristiques personnelles des répondants : le sexe, le fait d'avoir ou non bénéficié d'une psychothérapie à titre personnel.

Les variables ayant trait à l'exercice professionnel sont : le mode d'exercice (seul ou en groupe), le lieu (urbain ou rural), le type (praticien installé ou remplaçant), ainsi que des données concernant la formation professionnelle en psychothérapie dans les troubles psychiatriques courants (avoir ou non suivi une formation comprenant un axe sur cette thématique, avoir le projet ou non de suivre une telle formation).

Ces variables comportent aussi les données concernant le nombre de patients adressés en psychothérapie, leurs tranches d'âge, les durées de prise en charge en psychothérapie et le nombre de séances.

V.B. Variables qualitatives ordonnées

Elles se rapportent aux fréquences d'orientation en psychothérapie, de manière générale ou selon le diagnostic (cf. Méthodologie, IV.B. « Objectifs secondaires »).

On y trouve aussi les fréquences d'orientation en fonction du type de psychothérapeute et du type de psychothérapie.

V.C. Autres variables qualitatives

D'autres variables qualitatives concernent les critères intervenant dans le choix d'orientation des MG, ainsi que le type et la fréquence des retours, que ces médecins ont des professionnels sollicités.

V.D. Variables quantitatives

On trouve enfin une variable quantitative, avec l'année de début d'exercice des médecins.

V.E. Sept principales variables explicatives

Elles correspondent aux caractéristiques personnelles des MG et celles liées à leur mode d'exercice. Elles ont toutes fait l'objet d'une analyse bivariée, en rapport avec chacune des 4 variables d'intérêt « fréquence d'orientation en psychothérapie », « fréquence d'orientation en psychothérapie pour les troubles dépressifs », « fréquence d'orientation en psychothérapie pour les troubles anxieux » et « fréquence d'orientation vers une TCC ».

VI. ANALYSES STATISTIQUES

Les analyses ont été réalisées en lien avec l'USMR (Unité de Soutien Méthodologique à la Recherche clinique) des Hôpitaux de Toulouse. Elles ont été faites à l'aide des logiciels *STATA Version 14.2* (Stata Statistical Software : Release. College Station, TX: StataCorp LP) et *SPSS, 24^{ème} version* (Statistical Package for the Social Sciences).

VI.A. Représentativité de l'échantillon

L'échantillon des répondants a été comparé à la population-source, selon les variables « âge » et « sexe », afin de déterminer sa représentativité.

Les données d'âge et de sexe de la population-source ont été extraites de l'atlas du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) de l'année 2016, chapitre « .Languedoc Roussillon - Midi Pyrénées » (140).

Les comparaisons statistiques ont été réalisées avec un test T de Spearman, pour échantillon unique.

VI.B. Analyse descriptive générale

Une description générale de notre population de MG répondants a tout d'abord été réalisée. Les pratiques des MG à l'égard de la psychothérapie, ont également fait l'objet de cette première analyse descriptive (objectif principal).

VI.C. Analyses bivariées

L'objectif secondaire est de mettre en évidence des corrélations entre les pratiques effectives de soins, au sein des 4 principaux sous-groupes (définis précédemment, cf. Méthodologie, IV.B. « Objectifs secondaires »), et d'autres variables explicatives. Pour y répondre, chacune des 4 principales variables a donné lieu à des analyses bivariées.

Pour la première variable d'intérêt, « fréquence d'orientation en psychothérapie », deux groupes de médecins généralistes ont été comparés :

- * Groupe 1 : oriente « au moins 1x/semaine » en psychothérapie ;
- * Groupe 2 : oriente « moins fréquemment » en psychothérapie.

Nous avons comparé ces 2 groupes pour les 7 variables caractéristiques de notre échantillon de médecins généralistes : sexe, année de début d'exercice, type de cabinet, lieu d'exercice, médecin installé ou remplaçant, suivi d'une formation sur la psychothérapie et expérience personnelle de la psychothérapie. La variable d'intérêt « fréquence d'orientation en psychothérapie » a ainsi fait l'objet de 7 analyses bivariées.

Pour chacune des 7 variables caractéristiques de notre échantillon de médecins, nous avons utilisé comme test d'association le test du Chi2 (ou le test exact de Fisher lorsque les effectifs théoriques étaient inférieurs à 5, ce qui ne permettait pas de réaliser un test de Chi2), avec un risque α fixé à 5%.

Pour la comparaison de la variable cible à une variable numérique, nous avons utilisé les fonctions du test T de Student, avec un risque α également fixé à 5%.

La méthode et les tests réalisés sont les mêmes pour les 3 autres variables d'intérêt.

VI.D. Modèles multivariés

Pour chaque variable d'intérêt pour laquelle au minimum deux variables explicatives sont associées significativement (cf. *p-values* figurant en gras dans les tableaux de la section « Résultats »), une analyse multivariée par régression logistique linéaire a été réalisée.

RÉSULTATS

I. TAUX DE RÉPONDANTS

Au total 248 médecins ont participé. Cela correspond à un taux de répondants de 6,95 %. 127 réponses ont fait suite au premier courrier envoyé, suivies de 121 réponses lors de la relance, réalisée entre fin décembre et début janvier.

241 réponses au questionnaire ont été exploitées (date d'exportation des réponses pour analyse au 13 janvier 2017) : ceci correspond à 6,75 % de médecins de l'échantillon, dont les réponses ont été analysées.

II. DESCRIPTION ET REPRÉSENTATIVITÉ DE L'ÉCHANTILLON SELON LES VARIABLES AUXILIAIRES « ANNÉE DE DÉBUT D'EXERCICE » ET « SEXE »

II.A. Description de l'échantillon

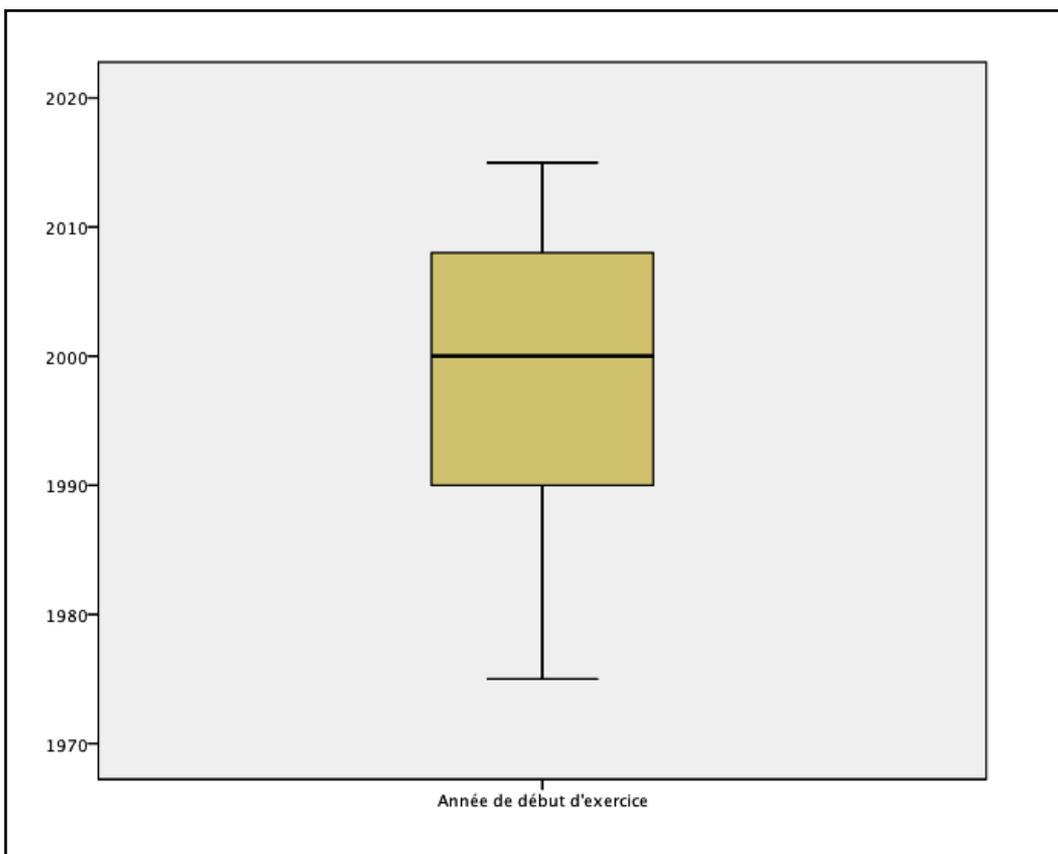
II.A.1. Selon l'année de début d'exercice des répondants

Tableau 2 - Années de début d'exercice des répondants et paramètres de dispersion :

Récapitulatif de traitement des observations						
	Valide		Observations Manquant		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
Année de début d'exercice	241	100,0%	0	0,0%	241	100,0%

Caractéristiques			
Année de début d'exercice	Statistiques	Erreur standard	
Moyenne	1998,75	,693	
Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne	Borne inférieure	1997,38	
	Borne supérieure	2000,11	
Moyenne tronquée à 5 %	1999,06		
Médiane	2000,00		
Variance	115,707		
Ecart type	10,757		
Minimum	1975		
Maximum	2015		
Plage	40		
Plage interquartile	18		
Asymétrie	-,372	,157	
Kurtosis	-,919	,312	

Graphique 1 - Années de début d'exercice des répondants et paramètres de dispersion :



II.A.2. Selon le genre des répondants

Tableau 3 - Genre des répondants :

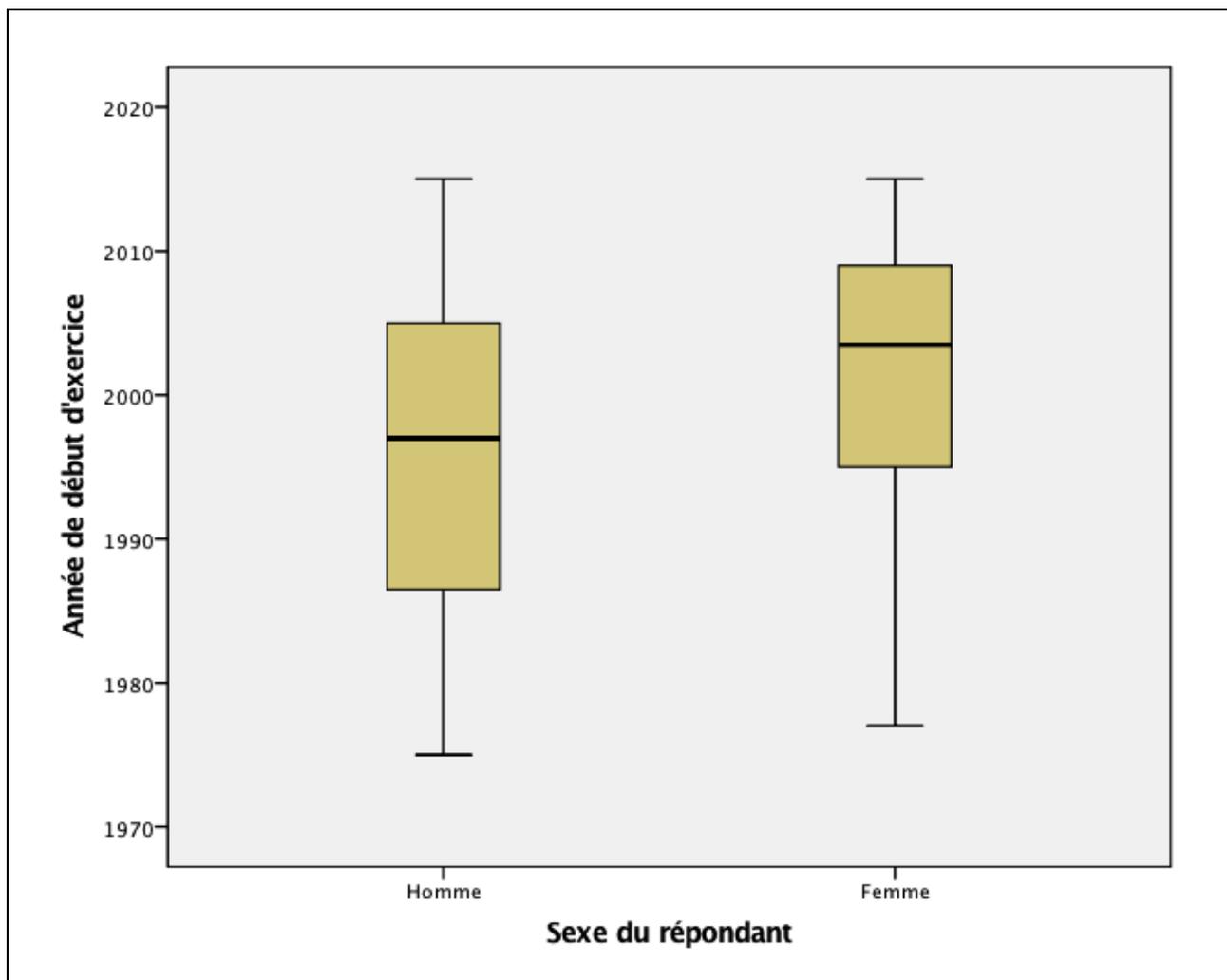
		Sexe du répondant			
		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	Homme	111	46,1	46,1	46,1
	Femme	130	53,9	53,9	100,0
	Total	241	100,0	100,0	

Les répondants comptent 111 hommes, soit 46 % de médecins généralistes masculins. Les tableau et graphique suivants présentent les paramètres de dispersion des années de début d'exercice des participants, en fonction du genre.

Tableau 4 - Années de début d'exercice des répondants en fonction du genre et paramètres de dispersion :

		Caractéristiques				
		Sexe du répondant		Statistiques	Erreur standard	
Année de début d'exercice	Homme	Moyenne		1995,51	1,047	
		Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Borne inférieure	1993,44	
				Borne supérieure	1997,59	
		Moyenne tronquée à 5 %		1995,54		
		Médiane		1997,00		
		Variance		121,616		
		Ecart type		11,028		
		Minimum		1975		
		Maximum		2015		
		Plage		40		
	Plage interquartile		19			
	Asymétrie		-,012	,229		
	Kurtosis		-1,105	,455		
	Femme	Moyenne		2001,51	,854	
		Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Borne inférieure	1999,82	
				Borne supérieure	2003,20	
		Moyenne tronquée à 5 %		2002,05		
		Médiane		2003,50		
		Variance		94,888		
		Ecart type		9,741		
Minimum		1977				
Maximum		2015				
Plage		38				
Plage interquartile		14				
Asymétrie		-,672	,212			
Kurtosis		-,344	,422			

Graphique 1 -Années de début d'exercice des répondants en fonction du genre et paramètres de dispersion :



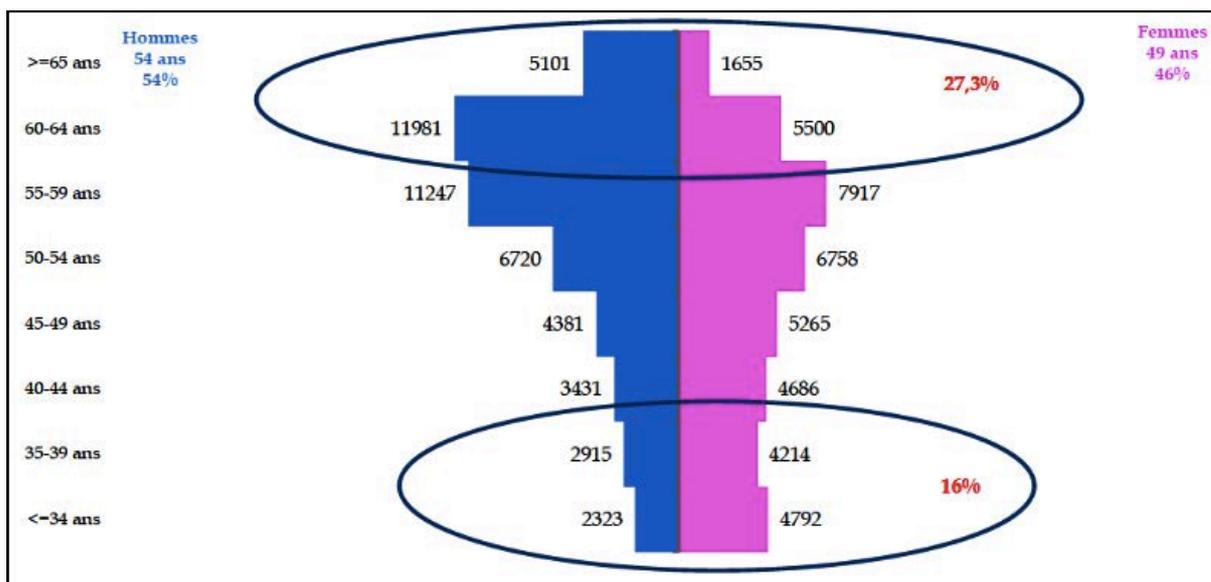
Il apparaît que dans notre échantillon, les médecins femmes ont débuté leur exercice plus récemment que les médecins hommes.

II.B. Représentativité de l'échantillon

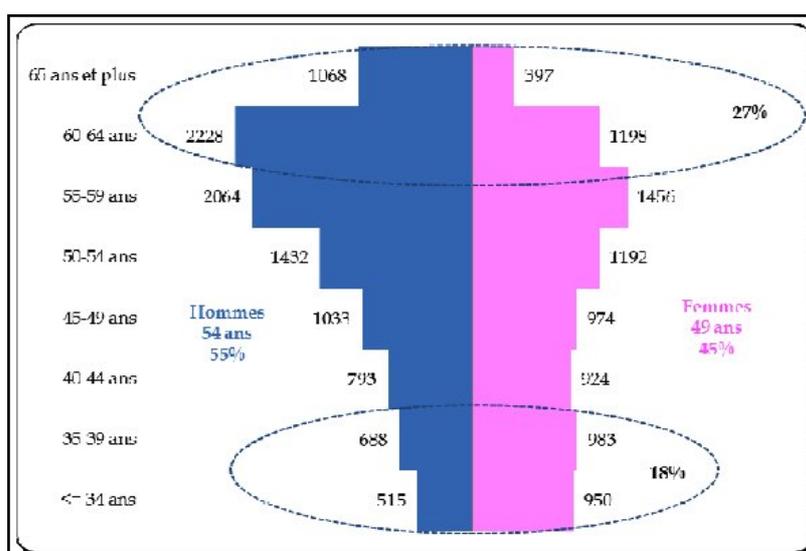
II.A.1. Selon l'année de début d'exercice des répondants

Les graphiques suivants sont extraits de l'atlas du CNOM (141).

Graphique 2 - Pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière – France entière :



Graphique 3 - Pyramide des âges des médecins généralistes en activité régulière – Languedoc Roussillon - Midi Pyrénées :



Selon le CNOM aussi, en 2015, l'âge moyen d'inscription au tableau de l'Ordre des médecins en Midi-Pyrénées, comme en Languedoc-Roussillon, était de 33 ans (atlas régionaux du CNOM, publiés tous les deux ans) (140). L'âge moyen des médecins en Languedoc-Roussillon - Midi Pyrénées est de 52 ans, selon la même source.

Nous avons estimé à partir de ces valeurs que l'année moyenne d'installation de notre population-source est 1998 (2017 - 52 + 33).

Cela a permis de comparer notre population de répondants à la population-source, selon la variable « année de début d'exercice ».

La comparaison statistique entre l'échantillon des répondants et la population-source a permis de calculer, au risque α de 5 %, un coefficient $p = 0,282$.

Tableau 6 - Représentativité selon l'année de début d'exercice :

Statistiques sur échantillon uniques				
	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
Année de début d'exercice	241	1998,75	10,757	,693

Test sur échantillon unique						
Valeur de test = 1998						
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
Année de début d'exercice	1,078	240	,282	,747	-,62	2,11

La différence entre notre échantillon et la population-source n'est pas significative. Notre échantillon est donc représentatif en terme d'année de début d'exercice.

II.A.2. Selon le genre des répondants

La comparaison statistique entre l'échantillon des répondants et la population-source a permis de calculer, au risque α de 5 %, un coefficient $p = 0,014$.

Tableau 4. Représentativité selon le genre

Statistiques sur échantillon uniques						
	N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard		
Sexe du répondant	241	,54	,499	,032		

Test sur échantillon unique						
Valeur de test = 0.46						
	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
					Inférieur	Supérieur
Sexe du répondant	2,468	240	,014	,079	,02	,14

Notre échantillon n'est pas représentatif de la population-source au niveau du genre : les femmes ont plus répondu à notre enquête que les hommes, de façon significative.

III. ANALYSE DESCRIPTIVE GÉNÉRALE

Les tableaux suivants détaillent l'ensemble des variables étudiées dans le questionnaire.

III.A. Légende et aide pour la lecture des tableaux

* No. : Nombre de réponses ;

* % : % de réponses ;

* NC : Non côté = absence de réponse ;

* Aide pour la lecture des pourcentages : pour les tableaux 7-9 et 13-16, la lecture se fait en colonne (somme = 100% pour chaque variable) ;

* Tableaux 10, 11, 12 : lecture en ligne (somme jamais/parfois/souvent = 100%).

III.B. Description de notre population de médecins généralistes

Ce tableau résume les 7 variables relatives aux caractéristiques personnelles et professionnelles (mode d'exercice et formation) de la population étudiée.

Ces résultats représentent les réponses au volet préliminaire du questionnaire, intitulé « A pré-remplir ».

Tableau 7 - Description de la population étudiée :

		No.	%
Sexe	Homme	130	53,94
	Femme	111	46,06
Année de début d'exercice	≤ 1990	63	26,14
	1991-2000	58	24,07
	20001-2010	81	33,61
	> 2010	38	15,77
	NC	1	0,41
Type de cabinet	groupe	166	68,88
	seul	71	29,46
	NC	4	1,66
Lieu d'exercice	rural	77	31,95
	urbain	88	36,51
	NC	76	31,54
Médecin installé ou remplaçant	installé	139	57,68
	remplaçant	5	2,07
	NC	97	40,25
Suivi d'une formation en psychothérapie	Non	170	70,54
	Oui	71	29,46
Expérience personnelle de psychothérapie	Non	171	70,95
	Oui	70	29,05

Sont cités, concernant les formations professionnelles à la psychothérapie (par ordre décroissant de fréquence) :

* TCC (sans précision, No.=12 ; initiation, No.=3 ; diplôme universitaire ou DU, No.=3, développement personnel continu ou DPC, No.=3) ;

* Hypnose (sans précision, No.=12 ; formation en cours, No.=1 ; formation sur dix jours, No.=1 ; DU, No.=1) ;

* *Mindfulness-therapy* (sans précision, No.=4 ; initiation, No.=1) ;

* Thérapie de soutien (sans précision, No.=2 ; DPC, No.=1) ;

* Groupes Balint (No.=3) ;

* Thérapie d'acceptation et d'engagement ou ACT (No.=2) ;

* Thérapies brèves (sans précision, No.=2) ;

* Entretien motivationnel (No.=2) ;

* DPC thérapie interpersonnelle (No.=1) ;

* Thérapie familiale (No.=1) ;

* Psychanalyse (No.=1) ;

* Approche centrée sur la personne (psychologie humaniste, No.=1) ;

* PNL (Programmation Neuro-Linguistique, No.=1) ;

* EFT (*Emotional Freedom Techniques*, technique psycho-corporelle, No.=1).

III.C. Fréquence d'orientation et âges des patients adressés en psychothérapie (Questions 1 à 3 du questionnaire)

On note qu'un tiers des médecins généralistes de notre échantillon orientent au moins une fois par semaine leurs patients en psychothérapie.

Tableau 8 - Fréquences d'orientation en psychothérapie :

		No.	%
Fréquence d'orientation en psychothérapie	Chaque mois	112	46,47
	Chaque semaine	81	33,61
	Jamais	3	1,24
	Moins souvent	45	18,67
Nombre de patients orientés en psychothérapie par mois	Entre 10 et 15	7	2,90
	Entre 5 et 10	66	27,39
	Moins de 5	167	69,29
	Plus de 15	1	0,41

Tableau 9 - Âges des patients :

			No.	%
Âge des patients adressés en psychothérapie	Moins de 15 ans	Non	198	82,16
		Oui	43	17,84
	15 - 25 ans	Non	175	72,61
		Oui	66	27,39
	25 - 45 ans	Non	67	27,80
		Oui	174	72,20
	45 - 65 ans	Non	76	31,54
		Oui	165	68,46
	Plus de 65 ans	Non	233	96,68
		Oui	8	3,32

III.D. Orientation en psychothérapie selon le type de trouble

(Question 4 sur 10)

On note que plus de la moitié des médecins généralistes de notre échantillon orientent « souvent » leurs patients en psychothérapie lorsque ces derniers souffrent d'un trouble dépressif. Par ailleurs 67 % des MG orientent « souvent » en psychothérapie lorsqu'un trouble anxieux est présent chez leurs patients.

Tableau 10 - Orientation en psychothérapie selon le type de trouble :

	Jamais		Parfois		Souvent	
	No.	%	No.	%	No.	%
Troubles psychotiques	97	40,25	73	30,29	71	29,46
Troubles bipolaires	52	21,58	102	42,32	87	36,10
Troubles dépressifs	5	2,07	101	41,91	135	56,02
Troubles anxieux et phobiques	7	2,90	73	30,29	161	66,80
Troubles liés à un traumatisme	6	2,49	93	38,59	142	58,92
Troubles liés à un facteur de stress	19	7,88	100	41,49	122	50,62
Troubles obsessionnels-compulsifs	24	9,96	105	43,57	112	46,47
Troubles de la personnalité	70	29,05	106	43,98	65	26,97
Troubles à symptomatologie somatique	29	12,03	139	57,68	73	30,29

III.E. Vers qui les patients sont-ils orientés, et pour quel type de psychothérapie ? (Questions 5 et 6 sur 10)

Tableau 11 - Professionnel sollicité pour la psychothérapie :

	Jamais		Parfois		Souvent	
	No.	%	No.	%	No.	%
Psychiatre en cabinet privé	11	4,56	125	51,87	105	43,57
Psychothérapeute non médecin	104	43,15	102	42,32	35	14,52
Psychologue	10	4,15	116	48,13	115	47,72
Professionnel du secteur public	29	12,03	129	53,53	83	34,44
Autre	162	67,22	59	24,48	20	8,30

On remarque que pour les médecins orientant « souvent » en psychothérapie, les professionnels sollicités sont majoritairement des psychologues, et des psychiatres libéraux.

34 % des MG déclarent aussi adresser leurs patients vers le secteur public (celui-ci étant principalement représenté par les Centres Médico-Psychologiques ou CMP).

Sont cités, concernant les « autres » professionnels impliqués dans la délivrance de soins de psychothérapie (par ordre décroissant de fréquence) : médecin généraliste (le répondant lui-même, No.=5 ou un confrère, No.=2), sophrologue (No.=6), hypnothérapeute (No.=4), « thérapies alternatives » (par exemple : relaxologie, kinésiologie, étiothérapie, magnétiseur ; No.=3).

Tableau 12 - Type de psychothérapie :

	Jamais		Parfois		Souvent	
	No.	%	No.	%	No.	%
N'importe quel type de psychothérapie	71	29,46	97	40,25	73	30,29
Thérapie cognitivo-comportementale	25	10,37	110	46,64	106	43,98
Thérapie d'orientation psychanalytique	103	42,74	119	49,38	19	7,88
Thérapie familiale systémique	55	22,82	164	68,05	22	9,13
Psychothérapie de soutien	15	6,22	87	36,10	139	57,68

III.F. Durée et fréquence de prise en charge en psychothérapie (Questions 7 et 8 sur 10)

Tableau 13 - Durées de prise en charge en psychothérapie des patients adressés :

			No.	%
Durée de la prise en charge en psychothérapie	Plusieurs années	Non	199	82,57
		Oui	42	17,43
	Une année	Non	201	83,40
		Oui	40	16,60
	Plusieurs mois	Non	83	34,44
		Oui	158	65,56
	Plusieurs semaines	Non	184	76,35
		Oui	57	23,65
	« Je ne sais pas »	Non	208	86,31
		Oui	33	13,69

Tableau 14 - Fréquence des séances de psychothérapie :

			No.	%
Nombre de séances effectuées	< 1 séance par mois	Non	225	93,36
		Oui	16	6,64
	1 à 2 séances par mois	Non	77	31,95
		Oui	164	68,05
	1 séance par semaine	Non	163	67,63
		Oui	78	32,37
	≥ 2 séances par semaine	Non	237	98,34
		Oui	4	1,66
	« Je ne sais pas »	Non	197	81,74
		Oui	44	18,26

La majorité des médecins déclare que leurs patients sont pris en charge pendant plusieurs mois. Près de 70 % d'entre eux déclarent également que la fréquence de prise en charge s'élève à 1 ou 2 séances par mois.

III.G. Critères intervenant dans le choix d'orientation (Question 9 sur 10)

Tableau 15 - Critères intervenant dans le choix d'orientation :

			No.	%
Critères pris en compte dans le choix d'orientation	Coût de la psychothérapie	Non	75	31,12
		Oui	166	68,88
	Délai de rendez-vous	Non	106	43,98
		Oui	135	56,02
	État clinique du patient	Non	78	32,37
		Oui	163	67,63
	Distance d'accès	Non	168	69,71
		Oui	73	30,29
	Préférence du patient	Non	115	47,72
		Oui	126	52,28

III.H. Retours d'information concernant les soins de psychothérapie (Question 10 sur 10)

Tableau 16 – Retours d'information concernant les soins de psychothérapie :

			No.	%
Retours d'information	Par courriers	Non	183	75,93
		Oui	58	24,07
	Téléphoniques	Non	182	75,52
		Oui	74	30,71
	Multiples durant la prise en charge	Non	234	97,10
		Oui	7	2,90
	Ponctuellement durant la prise en charge	Non	167	69,29
		Oui	59	24,48
	Pas de retour direct	Non	87	36,10
		Oui	154	63,90

On observe que l'absence de retours d'information aux médecins généralistes, par les professionnels impliqués dans les soins psychothérapeutiques, est plus fréquente (par rapport aux situations où ces retours existent, qu'ils soient téléphoniques ou écrits). Ces retours semblent plus fréquemment ponctuels que réguliers.

64 % des médecins interrogés déclarent ne pas avoir de retour direct dans la plupart des cas. Il est à souligner que 51 % de l'ensemble de l'échantillon (No.=122) a coché uniquement la réponse « pas de retour direct », parmi les cinq propositions relatives à la qualité des retours.

Les commentaires sur les retours d'information sont le plus souvent négatifs, signant un vécu d'insatisfaction. Le contenu des commentaires concerne (par ordre décroissant de fréquence) :

* Le sentiment d'insuffisance de retours (sans précision, No.=23 ; plus marqué avec les psychiatres/sans précision, No.=7 ; plus marqué avec les psychiatres/libéraux, No.=2 ; plus marqué avec les psychologues, No.=2) ;

* La plus grande fréquence de retours d'information indirects, c'est-à-dire par le patient lui-même (No.=9) voire la famille (No.=1) ;

* Existence de liens, dans certaines situations rares et particulières (si hospitalisation, No.=5 ; situation clinique particulière, par exemple en cas de risque suicidaire, No.=4 ; lien avec un infirmier du CMP pour renouvellement d'ordonnance, No.=1 ; demande de prescription de psychotrope, No.=1) ;

* Dans les courriers, insuffisance de données sur le diagnostic, l'évolution clinique ou la prise en charge thérapeutique (No.=3).

De plus rares commentaires dénotent une satisfaction vis-à-vis des retours d'information (No.=4). À noter que certains médecins, même s'ils constatent une rareté des retours, ne rapportent pas de vécu négatif à cet égard, voire expriment ne pas en avoir besoin (No.=1). D'autres encore pointent la notion de respect du secret professionnel, ou d'indépendance des professions libérales, et les mettent en lien avec la rareté des retours (No.=2).

* « J'ai un "réseau" où la communication passe bien, d'où le choix ciblé des thérapeutes » ;

* « J'ai un "réseau" de médecins psychiatres avec qui la communication est bonne » ;

* « Les bons correspondants communiquent ! Le diagnostic précis psychiatrique est important pour la prise en charge en MG. Le travail en équipe avec les psychologues ou psychiatres me paraît primordial pour ces patients difficiles » ;

* « En libéral : premier compte-rendu en réponse à ma lettre d'adressage avec les psychiatres et liens téléphoniques par la suite ; lettre de conclusion et synthèse souvent avec les psychologues. En public : compte-rendu systématique après chaque consultation ou hospitalisation. »

* « Le secret médical est préservé afin que le patient se sente totalement libre de pouvoir tout dire au thérapeute. »

* « Les psychologues semblent tenir par-dessus tout à leur indépendance, et n'étant pas des professionnels paramédicaux ou médicaux, ils ne nous adressent pas de compte-rendu non plus, à priori au nom de la relation soignant-soigné, ce que je respecte également, puisqu'ils ne nous demandent aucun courrier pour leur adresser les patients. »

* « Le retour du patient me suffit : il est satisfait ou non. »

IV. COMMENTAIRES LIBRES DES MÉDECINS

Ils concluent les réponses au questionnaire. Ils peuvent être classés en différentes thématiques :

IV.A. Prise en charge directement par les MG

* Place privilégiée du médecin de famille pour proposer et pratiquer des psychothérapies auprès des patients (No.=5) ;

* Manque de formation et de disponibilité (malgré le fait d'être fréquemment confronté à cette problématique) (No.=3) ;

* Recours à un professionnel spécialisé dans un cas sur deux (du fait du délai de rendez-vous et du temps nécessaire pour faire le lien) (No.=2) ;

* Pratique régulière de psychothérapie de soutien (No.=1) ;

* Pratique régulière de psychothérapie malgré l'existence de freins, notamment financier et temporel : « J'exerce dans un quartier à Toulouse où les patients parlent mal le français et ont peu d'argent. J'ai fait moi-même le DU de TCC mais n'ai pas suffisamment de temps pour des consultations de psychiatrie » (No.=1) ;

* Dans l'attente d'une prise en charge par un psychiatre (No.=1) ;

IV.B. Liens avec les professionnels spécialisés de santé mentale

* Difficulté à adresser les personnes du fait d'un manque de personnel spécialisé (sans précision, No.=2 ; secteur public, No.=5 ; psychiatre libéral, No.=2 ; en TCC, No.=5 ; en thérapie familiale, No.=1) ;

* Problème du non-remboursement (par la Caisse Primaire d'Assurance Maladie ou CPAM, No.=10 ; par les mutuelles No.=2), limitant la plupart des prises en charge psychothérapeutiques à 6 mois maximum (No.=1) ;

* Retour d'information jugé insuffisant, y compris avec l'accord du patient (No.=8) ;

* Délai d'attente perçu comme un frein à l'orientation en psychothérapie (No.=7) ;

* Manque de contacts avec les psychothérapeutes (No.=3), perçu comme un frein au recours à cette option thérapeutique (No.=1) ;

* Difficulté à savoir quel thérapeute pratique quelle psychothérapie (No.=4) ;

* Pénurie de psychiatres guidant une orientation préférentielle vers un psychologue si l'usager en a les moyens financiers, et si la pathologie ne nécessite pas de traitement complexe (No.=2) ;

* Choix laissé au thérapeute (psychologue ou psychiatre) du choix de la prise en charge et de son type (comprenant si besoin de la psychothérapie) (No.=2) ;

* Réseau de professionnels partenaires, qui sont aussi des amis (No.=1) ;

* Sentiment que la plupart des psychiatres ne pas sont pas suffisamment compétents (No.=1) ;

* Les psychiatres et les psychologues qui s'installent ne communiquent pas suffisamment leur façon de travailler (No.=1).

IV.C. Autres commentaires ou opinions, et solutions proposées aux difficultés rencontrées

IV.C.1. Autres commentaires ou opinions

* Confrontation fréquente à cette problématique (No.=3) ;

* Opinions sur la psychothérapie : « La psychothérapie est essentielle et risque d'être éludée au profit de la prescription médicamenteuse » (No.=1) ; « Le secteur public ayant peu de psychologues et de psychiatres en nombre suffisant, et les psychiatres libéraux ne faisant pas de psychothérapie, l'immense majorité des patients ne peut pas bénéficier d'une thérapie. Cela conduit à des prescriptions médicamenteuses que l'on pourrait éviter dans la plupart des cas » (No.=1) ;

* Difficulté à convaincre les patients présentant un trouble sévère d'avoir recours à une psychothérapie (« les patients qui en ont le plus besoin sont souvent les plus difficiles à convaincre », No.=1) ; refus fréquent des patients de plus de 65 ans (No.=1) ;

* « Si le patient est demandeur de changement, on peut l'accompagner, sans quoi cela ne fonctionne pas. Mais si le patient est demandeur, c'est efficace et valorisant pour lui. » (No.=1) ;

* Sentiment d'écart entre le questionnaire et la réalité de la pratique quotidienne (No.=1), ou que les pratiques des MG sont insuffisamment questionnées par rapport à ce qui se passe en aval de l'adressage (No.=1) ;

IV.C.2. Solutions proposées aux difficultés rencontrées

* Formation sous forme de FMC (Formation Médicale Continue) à la psychothérapie (No.=2) ;

* Courriers indiquant les éléments diagnostiques, et de prise en charge spécialisée (No.=2) ;

* Nécessité de développer une coordination avec un lien écrit, entre psychiatre/psychologue et médecin généraliste (No.=1) ;

* Référencement des thérapeutes par type de psychothérapie (notamment pour la TCC), perçu comme un facilitateur potentiel pour l'orientation en psychothérapie (No.=1) ;

* Avis pris régulièrement auprès des urgences psychiatriques du CHU (Centre Hospitalier et Universitaire), avec orientation vers le CTB du CHU (Centre de thérapies

brèves, service ambulatoire de post-urgence). Prises en charges au CTB perçues comme efficaces avec un retour très positif de la part des patients (No.=1) ;

* Intérêt du DSPP (dispositif de soins partagés en psychiatrie) (No.=1).

V. ANALYSES BIVARIÉES

Tous les résultats sont exprimés au risque α de 5 %.

V.A. Fréquence d'orientation en psychothérapie

Tableau 17 – Analyses selon la fréquence d'orientation en psychothérapie :

Caractéristiques de la population d'étude		au moins 1x/semaine		moins fréquent		Total		P value	Test d'association
		No.	%	No.	%	No.	%		
Sexe	Femme	60	74.07	70	43.75	130	53.94	<0.001	Chi2
	Homme	21	25.93	90	56.25	111	46.06		
Année de début d'exercice	≤ 1990	19	23.46	39	24.38	63	26.14	0,192	Chi2
	1991-2000	31	38.27	50	31.25	58	24.07		
	2001-2010	15	18.52	48	30.00	81	33.61		
	> 2010	16	19.75	22	13.75	38	15.77		
	NC	0	0.00	1	0.63	1	0.41		
Type de cabinet	groupe	56	69.14	110	68.75	166	68.88	0,826	Chi2
	seul	25	30.86	46	28.75	71	29.46		
	NC	2	4.44	2	1.02	4	1.66		
Lieu d'exercice	rural	28	34.57	49	30.63	77	31.95	0,646	Chi2
	urbain	29	35.80	59	36.88	88	36.51		
	NC	24	29.63	52	32.50	76	31.54		
Médecin installé ou remplaçant	installé	47	58.02	92	57.50	139	57.68	0,173	exact de Fisher
	remplaçant	0	0.00	5	3.13	5	2.07		
	NC	34	41.98	63	39.38	97	40.25		
Suivi d'une formation sur la psychothérapie	Non	50	61.73	120	75.00	170	70.54	0,033	Chi2
	Oui	31	38.27	40	25.00	71	29.46		
Expérience personnelle de la psychothérapie	Non	50	61.73	121	75.63	171	70.95	0,025	Chi2
	Oui	31	38.27	39	24.38	70	29.05		

Nous prenons l'exemple de la variable explicative « sexe », pour interpréter les résultats du tableau :

* Hypothèse nulle H_0 : il n'y a pas d'association entre le sexe du médecin généraliste et la fréquence d'orientation en psychothérapie ;

* Un test du Chi2 a été réalisé, retrouvant $p < 0.001$;

* $p < 0.05$ (risque α), on rejette donc l'hypothèse nulle d'une absence d'association entre le sexe du médecin généraliste et la fréquence d'orientation en psychothérapie.

Il existe une association significative entre le sexe et la fréquence d'orientation : **les médecins femmes sont plus nombreuses que les médecins hommes à adresser leurs patients au moins 1 fois par semaine en psychothérapie.**

De même, il existe une association positive et significative entre le fait d'avoir bénéficié d'une formation professionnelle en psychothérapie ($p=0.033$), ou le fait d'avoir expérimenté à titre personnel une psychothérapie ($p=0.025$), et la fréquence d'orientation en psychothérapie.

Le raisonnement est le même pour pour les 3 tableaux suivants.

V.B. Fréquence d'orientation en psychothérapie pour les troubles dépressifs

Tableau 18 – Analyses selon la fréquence d'orientation en psychothérapie pour les troubles dépressifs :

Caractéristiques de la population d'étude		parfois/ jamais		souvent		Total		P value	Test d'association
		No	%	No	%	No.	%		
Sexe	Femme	37	34.91	93	68.89	130	53.94	< 0,001	Chi2
	Homme	69	65.09	42	31.11	111	46.06		
Année de début d'exercice	≤ 1990	36	33.96	27	20.00	63	26.14	0,005	Chi2
	1991-2000	30	28.30	28	20.74	58	24.07		
	2001-2010	29	27.36	52	38.52	81	33.61		
	> 2010	10	9.43	28	20.74	38	15.77		
	NC	1	0.94	0	0.00	1	0.41		
Type de cabinet	groupe	70	66.04	96	71.11	166	68.88	0,540	Chi2
	seul	33	31.13	38	28.15	71	29.46		
	NC	3	2.83	1	0.74	4	1.66		
Lieu d'exercice	rural	33	31.13	44	32.59	77	31.95	0,800	Chi2
	urbain	36	33.96	52	38.52	88	36.51		
	NC	37	34.91	39	28.89	76	31.54		
Médecin installé ou remplaçant	installé	58	54.72	81	60.00	139	57.68	0,650	exact de Fisher
	remplaçant	3	2.83	2	1.48	5	2.07		
	NC	45	42.45	52	38.52	97	40.25		
Suivi d'une formation sur la psychothérapie	Non	80	75.47	90	66.67	170	70.54	0,137	Chi2
	Oui	26	24.53	45	33.33	71	29.46		
Expérience personnelle de la psychothérapie	Non	85	80.19	86	63.70	171	70.95	0,005	Chi2
	Oui	21	19.81	49	36.30	70	29.05		

On retrouve une association significative avec la variable explicative « sexe féminin », ainsi que le fait d'avoir expérimenté à titre personnel une psychothérapie.

De plus, il existe une association significative ($p=0,005$) avec l'année de début d'exercice, en faveur des médecins ayant commencé en 2001 ou plus tard. D'après l'analyse, ceux-ci orientent davantage en psychothérapie.

V.C. Fréquence d'orientation en psychothérapie pour les troubles anxieux

Tableau 19 – Analyses selon la fréquence d'orientation en psychothérapie pour les troubles anxieux :

Caractéristiques de la population d'étude		parfois/ jamais		souvent		Total		P value	Test d'association
		No	%	No.	%	No.	%		
Sexe	Femme	30	37.50	100	62.11	130	53.94	< 0,001	Chi2
	Homme	50	62.50	61	37.89	111	46.06		
Année de début d'exercice	≤ 1990	26	32.50	37	22.98	63	26.14	0,393	Chi2
	1991-2000	18	22.50	40	24.84	58	24.07		
	2001-2010	25	31.25	56	34.78	81	33.61		
	> 2010	10	12.50	28	17.39	38	15.77		
	NC	1	1.25	0	0.00	1	0.41		
Type de cabinet	groupe	52	65.00	114	70.81	166	68.88	0,427	Chi2
	seul	26	32.50	45	27.95	71	29.46		
	NC	2	2.50	2	1.24	4	1.66		
Lieu d'exercice	rural	26	32.50	51	31.68	77	31.95	0,912	Chi2
	urbain	29	36.25	59	36.65	88	36.51		
	NC	25	31.25	51	31.68	76	31.54		
Médecin installé ou remplaçant	installé	48	60.00	91	56.52	139	57.68	0,346	exact de Fisher
	remplaçant	3	3.75	2	1.24	5	2.07		
	NC	29	36.25	68	42.24	97	40.25		
Suivi d'une formation sur la psychothérapie	Non	58	72.50	112	69.57	170	70.54	0,638	Chi2
	Oui	22	27.50	49	30.43	71	29.46		
Expérience personnelle de la psychothérapie	Non	63	78.75	108	67.08	171	70.95	0,060	Chi2
	Oui	17	21.25	53	32.92	70	29.05		

La seule association qui reste significative avec la fréquence d'orientation en psychothérapie, dans le cas des troubles anxieux et phobiques, est celle avec le sexe féminin.

V.D. Fréquence d'orientation en TCC

Tableau 20 – Analyses selon la fréquence d'orientation en TCC :

Caractéristiques de la population d'étude		parfois/ja- mais		souvent		Total		P value	Test d'asso- ciation
		No.	%	No.	%	No.	%		
Sexe	Femme	62	45.93	68	64.15	130	53.94	0,005	Chi2
	Homme	73	54.07	38	35.85	111	46.06		
Année de dé- but d'exercice	≤ 1990	31	22.96	32	30.19	63	26.14	0,333	Chi2
	1991-2000	38	28.15	20	18.87	58	24.07		
	2001-2010	44	32.59	37	34.91	81	33.61		
	> 2010	21	15.56	17	16.04	38	15.77		
	NC	1	0.74	0	0.00	1	0.41		
Type de cabi- net	groupe	99	73.33	67	63.21	166	68.88	0,062	Chi2
	seul	33	24.44	38	35.85	71	29.46		
	NC	3	2.22	1	0.94	4	1.66		
Lieu d'exercice	rural	50	37.04	27	25.47	77	31.95	0,026	Chi2
	urbain	42	31.11	46	43.40	88	36.51		
	NC	43	31.85	33	31.13	76	31.54		
Médecin instal- lé ou rempla- çant	installé	76	56.30	63	59.43	139	57.68	0.999	exact de Fi- sher
	rempla- çant	3	2.22	2	1.89	5	2.07		
	NC	56	41.48	41	38.68	97	40.25		
Suivi d'une formation sur la psychothé- rapie	Non	103	76.30	67	63.21	170	70.54	0,027	Chi2
	Oui	32	23.70	39	36.79	71	29.46		
Expérience personnelle de la psychothé- rapie	Non	98	72.59	73	68.87	171	70.95	0,527	Chi2
	Oui	37	27.41	33	31.13	70	29.05		

On retrouve à nouveau l'association avec le sexe féminin. On constate également que la formation professionnelle est positivement corrélée au fait d'orienter souvent en psychothérapie ($p=0.027$). De plus, le fait d'exercer en milieu urbain plutôt que rural est en faveur d'une orientation plus fréquente des médecins vers une TCC ($p=0.026$).

VI. MODÈLES MULTIVARIÉS

VI.A. Modèle multivarié centré sur la variable « fréquence d'orientation en psychothérapie »

Les variables explicatives « sexe », « suivi d'une formation sur la psychothérapie » et « expérience personnelle de la psychothérapie » ont fait l'objet d'une régression logistique centrée sur la variable d'intérêt. Ces analyses multivariées ont mis en évidence une variable restant significativement associée à la variable d'intérêt : le sexe féminin.

Tableau 21 – Analyses multivariées, selon la fréquence d'orientation en psychothérapie :

Fréquence d'orientation en deux groupes ^a		Estimations des paramètres					Intervalle de confiance à 95 % pour Exp(B)	
		B	Erreur standard	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)	Borne inférieure	Borne supérieure
Orienté moins souvent	Constante	-,474	,319	2,204	1	,138		
	[Sexe du répondant=0]	1,265	,305	17,226	1	,000	3,543	1,949 6,438
	[Sexe du répondant=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.
	[Médecin formé à la psychothérapie=0]	,554	,314	3,109	1	,078	1,740	,940 3,220
	[Médecin formé à la psychothérapie=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.
	[Médecin ayant suivi personnellement une psychothérapie=0]	,382	,314	1,477	1	,224	1,465	,791 2,714
	[Médecin ayant suivi personnellement une psychothérapie=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.

a. La catégorie de référence est : Orienté chaque semaine en psychothérapie.
b. Ce paramètre est défini sur 0, car il est redondant.

Pour la variable « suivi d'une formation sur la psychothérapie », après régression logistique, la tendance à être associée au fait d'orienter chaque semaine en psychothérapie peut être simplement évoquée ($p=0.078$). La variable « expérience personnelle d'une psychothérapie » n'est plus associée à la variable cible.

Aucune autre association significative avec la variable d'intérêt n'a été objectivée.

VI.B. Modèle multivarié centré sur la variable « fréquence d'orientation en psychothérapie pour les troubles dépressifs »

Les variables explicatives « sexe », « expérience personnelle de la psychothérapie » et « année de début d'exercice » ont fait l'objet d'une régression logistique, centrée sur la variable d'intérêt.

Il a été mis en évidence que ces trois variables explicatives conservent une association positive et significative avec la variable d'intérêt : le sexe féminin, le fait d'avoir expérimenté à titre personnel une psychothérapie, ainsi que le fait d'avoir débuté son exercice professionnel entre les années 1990 et 2000.

Tableau 23 – Analyses multivariées, selon la fréquence d'orientation en psychothérapie pour les troubles dépressifs :

		Estimations des paramètres					Intervalle de confiance à 95 % pour Exp(B)		
Fréquence orientation EDM en 2 groupes ^a		B	Erreur standard	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)	Borne inférieure	Borne supérieure
Orienté moins souvent EDM	Constante	-2,057	,485	18,012	1	,000			
	[Sexe du répondant=0]	1,244	,291	18,254	1	,000	3,470	1,961	6,140
	[Sexe du répondant=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[Année installation par tranches de 10 ans=1]	,889	,690	1,657	1	,198	2,432	,629	9,410
	[Année installation par tranches de 10 ans=2]	,954	,503	3,597	1	,058	2,596	,969	6,958
	[Année installation par tranches de 10 ans=3]	1,131	,481	5,536	1	,019	3,100	1,208	7,954
	[Année installation par tranches de 10 ans=4]	,411	,460	,798	1	,372	1,509	,612	3,721
	[Année installation par tranches de 10 ans=5]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.
	[Médecin ayant suivi personnellement une psychothérapie=0]	,750	,326	5,300	1	,021	2,116	1,118	4,006
	[Médecin ayant suivi personnellement une psychothérapie=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.	.

a. La catégorie de référence est : Orienté souvent EDM.
b. Ce paramètre est défini sur 0, car il est redondant.

Légende :

Les catégories d'années début d'exercice sont à lire de la manière suivante :

* « Année installation par tranches de 10 ans=1 » : regroupe les MG ayant débuté leur exercice avant 1980 ;

* « Année installation par tranches de 10 ans=2 » : regroupe les MG ayant débuté leur exercice entre les années 1980 et 1990 ;

* « Année installation par tranches de 10 ans=3 » : regroupe les MG ayant débuté leur exercice **entre les années 1990 et 2000** ;

* « Année installation par tranches de 10 ans=4 » : regroupe les MG ayant débuté leur exercice entre les années 2000 et 2010 ;

* « Année installation par tranches de 10 ans=5 » : regroupe les MG ayant débuté leur exercice après 2010.

VI.C. Modèle multivarié centré sur la variable « fréquence d'orientation vers une TCC »

Les variables explicatives « sexe », « lieu d'exercice » et « suivi d'une formation sur la psychothérapie » ont fait l'objet d'une régression logistique, centrée sur la variable d'intérêt. Ces analyses multivariées ont mis en évidence que ces trois variables conservent une association significative avec la variable d'intérêt : le sexe féminin, le fait d'exercer dans un secteur urbain.

Tableau 24 – Analyses multivariées selon la fréquence d'orientation en TCC :

Fréquence orientation TCC en 2 groupes ^a		Estimations des paramètres					Intervalle de confiance à 95 % pour Exp(B)	
		B	Erreur standard	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)	Borne inférieure	Borne supérieure
Orienté moins souvent en TCC	Constante	-,195	,378	,265	1	,607		
	[Sexe du répondant=0]	,952	,344	7,667	1	,006	2,592	1,321 5,087
	[Sexe du répondant=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.
	[Exercice urbain ou rural=1]	-,798	,339	5,549	1	,018	,450	,232 ,875
	[Exercice urbain ou rural=2]	0 ^b	.	.	0	.	.	.
	[Médecin formé à la psychothérapie=0]	,670	,360	3,454	1	,063	1,954	,964 3,959
	[Médecin formé à la psychothérapie=1]	0 ^b	.	.	0	.	.	.

a. La catégorie de référence est : Orienté chaque semaine en TCC.
b. Ce paramètre est défini sur 0, car il est redondant.

Pour la variable « suivi d'une formation sur la psychothérapie », après régression logistique, la tendance à être associée au fait d'orienter chaque semaine en psychothérapie peut être simplement évoquée (p=0.063).

À noter que pour la fréquence d'orientation en psychothérapie dans le cas des troubles anxieux, nous n'avons pas réalisé d'analyse multivariée, étant donné que d'après les résultats de l'analyse bivariée, une seule variable explicative était liée significativement à la fréquence d'orientation.

DISCUSSION

I. SYNTHÈSE DE NOS PRINCIPAUX RÉSULTATS

33.61 % des médecins généralistes de notre étude déclarent orienter au moins une fois par semaine leurs patients en psychothérapie.

Ceci est positivement corrélé, dans le cas de la dépression, au sexe féminin des MG ($p < 0.001$), au fait d'avoir expérimenté à titre personnel une psychothérapie ($p = 0.021$) et à la date de début d'exercice ($p = 0.019$).

Dans le cas des troubles anxieux, les médecins femmes aussi sont plus nombreuses que les médecins hommes à adresser leurs patients au moins une fois par semaine en psychothérapie ($p < 0.001$).

Pour ce qui est de la prescription de thérapies cognitivo-comportementales, une association spécifique apparaît : celle du secteur d'exercice urbain vs. rural ($p = 0.018$).

Enfin, on note qu'en ce qui concerne le suivi d'une formation professionnelle en psychothérapie, une association significative est retrouvée dans les analyses bivariées réalisées selon la « fréquence d'orientation en psychothérapie » et la « fréquence d'orientation en TCC » ($p = 0.033$ et $p = 0.027$, respectivement).

Dans les analyses multivariées, cette association persiste, mais de manière seulement proche de la significativité ($p = 0.078$ et $p = 0.063$, respectivement). Cette dernière corrélation n'a donc pas pu être confirmée par notre étude, probablement par manque de puissance.

Ces éléments sont à interpréter avec précaution, du fait de l'existence d'un possible biais de sélection, limitant la généralisation de l'ensemble des résultats.

II. FORCES ET LIMITES DE NOTRE ENQUÊTE

II.A. Limites de l'enquête

II.A.1. Biais liés au type d'enquête

Du fait du caractère déclaratif de l'enquête, on se heurte à un biais de mémorisation, ou d'approximation, des personnes interrogées.

Par ailleurs, une seconde limite, liée à l'outil de diffusion du questionnaire, peut être évoquée. L'enquête s'est en effet déroulée par voie électronique exclusivement.

L'utilisation, ou l'association d'un autre mode de diffusion, par exemple par voie postale, est une alternative. Cela peut être envisagé sur le premier envoi, comme au cours de relances ultérieures. Il est possible que ce type d'option soit associé à de meilleures chances d'obtenir un taux de participation plus important (142).

Cependant cette hypothèse est à confronter aux avantages des enquêtes menées par voie électronique : un temps écourté pour l'obtention des réponses, un moindre taux de réponses incomplètes, dans un contexte où l'accès des praticiens à internet est de plus en plus commun (143).

II.A.2. Représentativité de l'échantillon

Une remarque qui peut être soulignée concerne la représentativité de l'échantillon par rapport à la population-source, concernant l'année de début d'exercice.

Nous disposons en effet dans nos résultats des années de début d'exercice des médecins répondants. Il n'a en revanche pas été prévu que les âges de ces médecins soient précisés. Il n'a pas non plus été possible d'accéder à des données statistiques d'années de début d'exercice ou d'installation, via l'URPS et le SNIIRAM, comme par l'interrogation des conseils de l'ordre, régionaux ou départementaux.

De ce fait, du point de vue des données d'âge de la population des répondants, la comparaison avec la population-source s'avère indirecte. Cela pose la question d'un possible biais de sélection sur cette variable auxiliaire.

II.B. Forces de notre travail

II.B.1. Un sujet peu évoqué dans la littérature médicale

Ce travail s'inscrit dans un contexte où la question de l'accessibilité de la psychothérapie depuis les soins de premier recours est grandissante. Néanmoins il s'agit d'un sujet qui reste peu documenté en France.

II.B.2. Le cadre des enquêtes de l'URPS Occitanie

Concernant la conduite de l'enquête, on note que si le taux de participation s'élève à 6.95 %, ce dernier ne prend pas en compte la proportion éventuelle de médecins n'ayant pas consulté le contenu du message électronique, ni celui du lien du message.

Selon l'URPS Occitanie, cette proportion est estimée en moyenne à un quart de médecins ne consultant pas le lien en ligne. Cela suggère un taux de participation qui ajusté, se révélerait supérieur à la mesure brute, mentionnée ci-dessus.

On peut souligner par ailleurs que la relance de cette enquête a permis d'augmenter le taux de réponse de près de 50 % par rapport au premier envoi. Cette relance a constitué un facteur important d'amélioration quant à la qualité des résultats.

Au total, ces données concordent avec les taux de réponses observés depuis la mise en place de la Commission des thèses de notre URPS (144). De plus le nombre d'inscriptions de médecins à l'URPS s'est majoré ces dernières années. Il est probable que cela favorise l'issue de futures enquêtes, réalisées dans ce cadre.

II.B.3. La confrontation des résultats à ceux nationaux

Il est possible de mettre en parallèle nos résultats aux données existantes au plan national.

Nous présentons ainsi dans la partie qui suit deux enquêtes réalisées sur le territoire français. Nous comparons nos résultats quantitatifs à ceux de l'enquête de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques), publiée par Dumesnil et al. en 2012. Puis nous mettons en perspective nos analyses avec celles réalisées par Verdoux et al.

Nous évoquons enfin deux autres études, menées aux Pays-Bas, où les psychothérapies sont également recommandées, et ce selon une organisation par étapes. Les pratiques des médecins généralistes y sont évaluées, selon des méthodes s'apparentant à celles que nous avons utilisé dans notre enquête.

III. TRAVAUX SIMILAIRES

III.A. Etude de Dumesnil et al. (2012) : la prise en charge de la dépression en médecine générale de ville

III.A.1. Méthodes

Il s'agit d'une enquête réalisée en partenariat avec la DREES (19), où le cas fictif d'un patient souffrant de dépression a été présenté à des médecins généralistes, au sein d'un questionnaire réalisé par téléphone (système CATI : *Computer Assisted Telephone Interview*).

L'échantillon a été constitué à partir du répertoire ADELI (« Automatisation DEs Listes »). Celui-ci recense l'ensemble des professions de santé, réglementées par le code de la santé, de la famille et de l'aide sociale. Un tirage aléatoire a été fait, stratifié sur le sexe, l'âge, le type de commune d'exercice et le volume d'activité des médecins.

Le panel de répondants s'est constitué de 2 114 médecins généralistes libéraux exerçant dans trois régions de France métropolitaine (Bourgogne, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur).

Des analyses statistiques ont été réalisées afin de décrire les facteurs associés au fait de prendre en charge soi-même le cas de dépression, de prescrire un traitement médicamenteux ou combiné (médicament et psychothérapie).

III.A.2. Soutien psychologique

Face à un cas fictif de dépression, deux médecins sur trois proposent au patient de pratiquer eux-mêmes un soutien psychologique. Celui-ci (aussi appelé « thérapie de soutien » par les médecins généralistes) représente une forme de thérapie relationnelle fondée sur l'empathie. Il consiste à laisser le patient s'exprimer librement, tout en comprenant une dimension directive de conseil et d'information.

On note que dans ses définitions du soutien et de la psychothérapie de soutien, Schmitt introduit la notion de continuum de gravité, selon l'altération psychopathologique du patient (145). Schématiquement, les patients les plus sévèrement atteints ont un fonctionnement socioprofessionnel très altéré et des relations interpersonnelles très perturbées, expliquant le plus souvent un repli sur soi. Au centre de ce continuum se situent des patients dont le fonctionnement socioprofessionnel et les relations interpersonnelles sont alternativement sources de problèmes ou de réussite, pour affronter les difficultés quotidiennes. À l'autre extrémité de ce continuum se situent les sujets les mieux portants, aux comportements adaptatifs opérants, et aux relations équilibrées.

Bien que ne faisant l'objet d'un enseignement que depuis peu, et n'étant pas mentionné dans les recommandations françaises de prise en charge de la dépression (56, 58), il semble occuper une place à part entière dans le modèle professionnel de prise en charge de la dépression en médecine générale de ville.

III.A.3. Prescriptions médicamenteuses

66 % des MG interrogés prescrivent des antidépresseurs. Cette part de prescription médicamenteuse reste élevée en cas de dépression peu sévère (61 %). À noter qu'une proportion non négligeable de médecins (28 %) ne propose pas d'antidépresseurs en cas de dépression sévère.

III.A.4. Psychothérapies et traitements combinés

Selon cette enquête aussi, la majorité des médecins a une opinion favorable vis-à-vis des psychothérapies, et reconnaît l'efficacité de ce traitement dans la dépression :

* 71 % des médecins sont d'accord avec la proposition « seules, les psychothérapies constituent un traitement efficace des dépressions d'intensité légère » ;

* 72 % déclarent qu'elles « constituent un traitement de la dépression au même titre que les médicaments » ;

* Seul un médecin sur dix n'est pas du tout d'accord avec ces deux affirmations ;

* Néanmoins, la prescription d'une psychothérapie seule reste rare, même dans les cas de dépression légère, au cours de laquelle elle est particulièrement recommandée ;

* Les médecins qui déclarent prescrire des antidépresseurs y associent dans près de la moitié des cas une psychothérapie ;

* Un quart des participants recommande une TCC et plus d'un sur dix une thérapie d'orientation psychanalytique. La grande majorité (58 %) laisse au patient le libre choix du type de psychothérapie.

* A noter que trois quarts des médecins ont bénéficié d'une formation sur la prise en charge de la dépression.

III.A.5. Facteurs associés aux pratiques des MG

Dans l'ensemble, les choix de traitement semblent être influencés par les caractéristiques démographiques et personnelles des médecins et les caractéristiques socio-démographiques des patients, plus particulièrement lors de dépressions d'intensité légère.

Concernant spécifiquement l'accès aux psychothérapies, plusieurs freins sont soulignés, les plus fréquemment cités étant :

* le non-remboursement des consultations avec un psychologue ou un psychothérapeute non médecin (91 %) ;

* les délais d'obtention des rendez-vous avec un psychiatre (79 %) ;

* la réticence des patients à suivre une psychothérapie (76 %).

Les médecins sont peu nombreux (6 %) à adresser leurs patients à un Centre médico-psychologique (CMP), où les consultations sont pourtant prises en charge par la sécurité sociale.

On note que par ailleurs, deux tiers des MG déclarent que les psychothérapies conviennent davantage aux patients ayant un niveau d'éducation élevé.

La perception des difficultés d'accès aux soins spécialisés s'avère également corrélée aux densités de psychiatres sur le territoire. Ainsi, les médecins jugeant difficile l'accès aux professionnels de santé mentale exercent dans des départements pourvus, en moyenne, de 8,6 cabinets de psychiatres libéraux pour 100 000 habitants. Ceux qui considèrent cet accès comme facile exercent dans des départements mieux dotés, puisque la densité moyenne de cabinets de psychiatres libéraux y est deux fois plus élevée (17,4 pour 100 000 habitants).

Enfin, les analyses « toutes choses égales » réalisées parmi les médecins prescrivant un antidépresseur, pour étudier les caractéristiques associées au choix de proposer en complément une psychothérapie, indiquent que :

* Les caractéristiques professionnelles (mode d'exercice, suivi d'une formation sur la prise en charge de la dépression, participation à un réseau de santé mentale, volume d'activité) ne sont pas associées à ce choix. Les problèmes d'accès et de délai de consultation ne ressortent pas non plus comme facteurs explicatifs dans les analyses.

* Les médecins sont plus enclins à prescrire un traitement combiné quand ils sont de sexe féminin, âgés de moins de 49 ans, lorsque la dépression est sévère, ou quand le patient est un cadre supérieur.

* Les médecins proposent à l'inverse moins de traitements combinés quand ils s'estiment suffisamment formés sur la prise en charge de la dépression ou lorsqu'ils ne sont pas satisfaits de leurs relations avec les professionnels de santé mentale.

III.B. Études de Verdoux et al. (2014, 2012) : enquêtes auprès d'un panel de médecins généralistes

III.B.1. Méthodes

Une enquête transversale, menée en 2013 et basée sur un questionnaire standardisé, a eu pour but d'explorer les opinions et pratiques de médecins généralistes à l'égard de la psychothérapie dans la dépression (146). Il s'agissait aussi de mettre en évidence des associations entre les caractéristiques (personnelles ou professionnelles) des médecins généralistes, et leurs stratégies de prescription, que les traitements préconisés soient psychologiques ou médicamenteux.

2 114 médecins généralistes sur 2 496, sélectionnés aléatoirement, ont participé à l'enquête (soit un taux de réponse de 84,7 %). Des analyses multivariées ont été réalisées.

III.B.2. Résultats

* La majorité des praticiens a une opinion favorable concernant l'efficacité de la psychothérapie pour la dépression.

* Un peu plus d'un médecin généraliste sur quatre déclare prescrire souvent ou très souvent une psychothérapie seule, pour la dépression légère à modérée. Ces médecins généralistes sont plus souvent des femmes (OR = 1.56, 95 % CI 1.24-1.97). Le fait d'avoir eu une expérience personnelle de psychothérapie (OR = 1.76, 95 % CI 1.31; 2.38), de ne pas avoir dans son entourage proche quelqu'un souffrant de dépression (OR = 0.80, 95 % CI 0.65; 0.99) et de considérer que les antidépresseurs sont sur-prescrits (OR = 2.02, 95 % CI 1.63; 2.49), sont aussi associés à cette prescription.

* Aucune association n'a été retrouvée en ce qui concerne les caractéristiques professionnelles des praticiens.

L'expérience personnelle des médecins généralistes semble ici jouer un rôle plus important que les caractéristiques professionnelles, pour leurs prescriptions de traitements

psychologiques. Cela suggère que des efforts en terme de formation professionnelle pourraient impacter positivement les stratégies décisionnelles des médecins généralistes. Celles-ci se baseraient alors davantage sur des données de médecine fondée sur les preuves, plutôt que sur des facteurs subjectifs.

Ces conclusions avaient déjà été dessinées dans une étude précédemment menée par la même équipe (147). Il s'agissait aussi d'une enquête transversale, interrogeant un panel de médecins généralistes, à l'aide de 8 vignettes cliniques. D'après cette étude, les décisions des médecins généralistes sont également influencées par des facteurs personnels, et non professionnels. Parmi ces facteurs personnels, on retrouve l'expérimentation antérieure d'un traitement antidépresseur et la croyance que les antidépresseurs sont sur-prescrits en France (ces deux éléments influencent la prescription médicamenteuse). Le sentiment d'insatisfaction vis-à-vis de la coopération avec les professionnels de santé mentale est inversement corrélé à la co-prescription de psychothérapies. Par ailleurs, les pratiques des médecins se révèlent plus en accord avec les recommandations lorsque les patients présentent un tableau clinique sévère.

Tous ces éléments rejoignent les données de la DREES (4), et interrogent une nouvelle fois la forme et le contenu de la formation initiale et continue, au sujet de la dépression majeure.

III.C. Comparaison avec nos résultats et implications

Le tableau suivant confronte les données quantitatives de notre étude, à celles issues de l'enquête de Dumesnil et al., concernant les pratiques d'orientation par les MG en psychothérapie :

Tableau 25 - Mise en parallèle des pratiques déclarées dans notre étude, par rapport à celles déclarées dans l'étude de Dumesnil et al. :

	Résultats de notre enquête	Résultats de Dumesnil et al.
Fréquence d'orientation en psychothérapie	<ul style="list-style-type: none"> * 34 % orientent « souvent » (toutes pathologies confondues) * 56 % des MG orientent « souvent », en cas de trouble dépressif, quel que soit le niveau de sévérité) 	<ul style="list-style-type: none"> * 37 % des MG (dépression non sévère) * 47 % des MG (dépression sévère)
Orientation vers un psychiatre en cabinet privé	44% des MG orientent « souvent » (toutes pathologies confondues)	53% des MG
Orientation vers un psychologue	48% des MG orientent « souvent » (toutes pathologies confondues)	16% des MG
Orientation vers un CMP	35% des MG orientent « souvent » (toutes pathologies confondues)	6 % des MG
Orientation vers un psychothérapeute non médecin	15% des MG orientent « souvent » (toutes pathologies confondues)	6% des MG

Tableau 26 - Facteurs explicatifs :

Ce tableau résume les facteurs positivement corrélés à l'orientation par les MG en psychothérapie, de personnes souffrant de dépression :

	Résultats de notre enquête (<i>p-values</i>)	Résultats de Verdoux et al. (<i>odds-ratios</i> : OR)
Sexe féminin des répondants	p<0.001	OR = 1.56 , IC 95 % = 1.24-1.97
Expérience personnelle de psychothérapie	p=0.21	OR = 1.76 , IC 95 % = 1.31-2.38
Année de début d'exercice	p=0.19 (début d'exercice entre 1990 et 2000)	NS (non significatif)
Absence d'entourage proche souffrant de dépression	Non testé	OR = 0.80 , IC 95 % = 0.65-0.99
Opinion selon laquelle les antidépresseurs sont surprescrits	Non testé	OR = 2.02 , IC 95 % = 1.63-2.49

Toutes les valeurs significatives ont été obtenues après analyses multivariées.

Dans l'ensemble, on observe que nos résultats sont comparables aux résultats nationaux, y compris pour les données ne figurant pas dans les tableaux et qui concernent l'exercice professionnel des médecins répondants. En effet, ces données ne ressortent pas comme des facteurs explicatifs, au sein du panel national comme au sein de notre échantillon. Elles concernent : le secteur d'exercice, la distance d'accès, le suivi d'une formation professionnelle (résultats quantitatifs disponibles sur demande).

Du fait des limites de notre enquête, ces comparaisons sont cependant à interpréter avec prudence. Par ailleurs, l'existence de biais a été soulignée aussi dans les études françaises décrites précédemment. Malgré leur fort taux de réponses, un biais de sélection n'est pas à exclure. Leur population de répondants comprend de fait une part importante de MG hommes, plus âgés et rapportant une charge de travail importante, par rapport aux non-participants.

D'autre part, les pratiques déclarées peuvent différer de celles réelles. Les MG de ces mêmes enquêtes étaient, d'après leurs réponses, conscients de l'existence de recommandations sur la psychothérapie pour la dépression. Cela a pu conduire à un biais de désirabilité, concernant leurs réponses sur leurs prescriptions de psychothérapie.

Ceci étant, à travers les résultats de ces études et de notre enquête, nous retrouvons la première idée commune que les MG sont confrontés à une situation paradoxale. Ils sont encouragés d'un côté à prescrire des psychothérapies appuyées par l'evidence-based médecine. D'un autre côté, ils se retrouvent face à la difficulté d'accès à ces ressources psychothérapeutiques, voire à la difficulté d'en avoir une connaissance suffisante (148).

Concernant les différences de pratiques de prescription, on retrouve celles :

* En fonction du genre ; elles pourraient s'expliquer par un positionnement et un mode de communication avec les patients, différents entre les médecins hommes et femmes (149). Ces dernières reçoivent en effet leurs patients plus longtemps en consultation (150) sont davantage à l'écoute et centrées sur le patient. Dans le cas de la prise en charge en soins primaires de la dépression, l'impact du genre des médecins a aussi été rapporté d'autres études (151-153).

* En fonction de l'âge ; sur cette question, on note que d'après les études se penchant sur les attitudes de MG à l'égard de la dépression, les plus jeunes sont moins convaincus des bénéfices tirés des antidépresseurs (154). On peut évoquer l'hypothèse selon laquelle ces MG plus jeunes seraient plus conscients du débat en cours concernant le ratio risque/bénéfice de ces médicaments.

* En fonction de « l'expérience privée » ; on note que son impact sur la prise en charge en soins primaires de personnes souffrant de dépression a également été souligné ailleurs (enquête postale de Anderson et al.) (155).

À noter par ailleurs que l'étude de 2013 de Verdoux et al. rapporte des facteurs liés à la prescription d'un antidépresseur seul, en miroir avec les facteurs liés à la prescription d'une psychothérapie seule. En particulier, le sexe masculin et le fait de ne pas avoir expérimenté à titre personnel une psychothérapie sont corrélés à la prescription médicamenteuse seule (138).

Pour conclure, dans ce cadre de comparaisons à l'échelle nationale, il est à souligner que les résultats obtenus concordent aussi avec ceux publiés dans d'autres pays. Cela suggère une possible généralisation à d'autres contextes (146).

III.D. Étude de Hermens et al. (2014) : « les soins par étapes pour la dépression sont faciles à recommander, mais plus difficiles à implémenter »

Une étude de 2014 menée en soins primaires aux Pays-Bas (156) s'est basée sur un auto-questionnaire complété par des médecins généralistes, en plus d'entretiens qualitatifs (médecins généralistes interrogés seuls et avec des professionnels associés de santé mentale). Le but principal était d'explorer les pratiques de routine dans la prise en charge de la dépression au regard d'indicateurs de « soins optimaux » (tels qu'ils sont formulés dans les recommandations, sur un continuum allant de la prévention au traitement du trouble dépressif chronique). Le second objectif était de décrire les facilitateurs et barrières, pouvant affecter la mise à disposition de ces soins optimaux.

6 médecins généralistes et 22 autres professionnels de santé mentale (la plupart exerçant en soins primaires) ont participé à cette étude. Leur style de collaboration adopte une approche générale de soins par étapes. Des soins de psycho-éducation et de counselling sont proposés aux personnes souffrant de troubles dépressifs légers. Lorsque les effets des traitements ne sont pas satisfaisants, ou lorsque les patients présentent un trouble sévère, des soins de psychothérapie ou de pharmacothérapie sont prodigués. Les médecins généralistes eux-même les délivrent, ou orientent vers des soins spécialisés. Les personnes souffrant de dépression sévère ou complexe sont directement adressées à des soins spécialisés.

Concernant l'évaluation et le suivi de la sévérité des symptômes dépressifs, l'utilisation d'instruments de mesure par les MG est rare. Les praticiens se reposent davantage sur leur propre jugement clinique. Certaines interventions innovantes, et recommandées par l'evidence-based medicine, sont rarement prodiguées. On peut citer celles fondées sur l'auto-support ou sur des outils informatiques (e-health : « e-santé » ou « cybersanté »). Des interventions psychologiques, ciblant la prévention de la rechute ou s'adressant spécifiquement aux personnes souffrant de dépression chronique, ne sont pas disponibles.

Un vaste champ de facteurs influençant la provision de soins optimaux a été mis en avant. La collaboration étroite avec les autres professionnels de santé mentale est considérée comme une importante voie d'amélioration, par quasiment tous les MG.

Au total, la prise en charge de la dépression en soins primaires apparaît, dans cette enquête, en accord avec les principes de soins par étapes. Des améliorations restent possibles, par le biais d'un travail sur le renforcement de la collaboration, entre professionnels de soins primaires et secondaires.

III.E. Etude de Sinnema et al. (2013) : « la collaboration avec des professionnels de santé mentale et l'évaluation de la sévérité de la dépression sont corrélées à l'allocation de soins par étapes »

On peut enfin citer une dernière enquête menée aux Pays-Bas (157), qui s'est aussi intéressée à l'implémentation de ce type d'approche, dans les pratiques des médecins généralistes. 500 MG, sélectionnés aléatoirement, ont reçu un auto-questionnaire. Celui-ci concernait les éléments majeurs du modèle de soins en étapes (identification, évaluation de la sévérité et allocation de soins organisés par étapes), peu avant la publication de *guidelines* néerlandaises révisées. Ces dernières recommandent explicitement une approche de soins par étapes pour la prise en charge de la dépression.

194 médecins généralistes ont participé (soit un taux de réponse de 39 %). 37 % d'entre eux portent une attention systématique à l'identification d'un trouble dépressif. Un tiers des médecins utilise un instrument de repérage. 63 % évaluent la sévérité, en général sans instrument spécifique. 72 % déclarent mettre en place un traitement par étapes, chez une majorité de leurs patients, pour qui un nouveau diagnostic de dépression a été porté. Cependant, plus de 40 % indiquent débuter par des antidépresseurs, seuls ou en combinaison avec une psychothérapie.

Là encore, des améliorations apparaissent possibles concernant la délivrance de soins par étapes, en pratique courante. Le fait d'évaluer la sévérité de la dépression chez les personnes nouvellement diagnostiquées et le développement d'une collaboration structurée avec des professionnels de santé mentale, constituent des pistes potentielles : l'analyse multivariée réalisée montre que l'évaluation de la sévérité est corrélée positivement à l'allocation de soins par étapes, et que la collaboration est corrélée positivement avec le fait d'évaluer la sévérité.

Ces mises en parallèles, bien qu'avec un autre pays européen, restent elles aussi à interpréter avec précaution. Il existe de fait une grande variabilité d'un pays développé à l'autre. Cette variabilité peut se situer au niveau des pratiques courantes, comme au niveau de la place prise par les psychothérapies dans le cadre des politiques de santé et des budgets dégagés pour leur remboursement (83, 158).

IV. AUTRES PISTES DE RÉFLEXION ET DE RECHERCHE

IV.A. La mise en place de soins collaboratifs

Le développement de la collaboration entre les professionnels constitue une possible voie d'amélioration en terme d'organisation des soins. Il s'agit de définir comment promouvoir des conditions de coopération optimales. Les modalités pour y parvenir peuvent se décliner diversement selon les territoires, en tenant compte des ressources existantes, ou encore des initiatives locales.

Il est intéressant de noter que la France est le pays où l'adressage du médecin généraliste au psychiatre est le plus faible, selon l'étude ESEMeD, menée en population générale dans six pays européens (18) ; et s'il existe en France certaines modalités de coopération (notamment celle du médecin généraliste prescripteur et du psychiatre psychothérapeute), elles restent souvent le fait de relations personnalisées entre confrères et très hétérogènes d'un lieu à l'autre.

En tous les cas, cette question de la coopération entre praticiens a été régulièrement soulevée, en France comme au plan international (160). Des difficultés de communication sont relevées, et représentent un facteur particulièrement limitant pour un parcours de soin de qualité, y compris en cas de trouble psychique sévère ; cf. enquête de Verdoux et al. sur la collaboration des généralistes et des professionnels de santé mentale, dans la prise en charge de patients présentant une schizophrénie débutante (161).

C'est aussi à partir de ces problématiques que se sont développés les dispositifs de soins partagés (DSP).

Ce type de dispositif peut répondre au besoin exprimé par les généralistes d'une collaboration ciblée avec les professionnels de santé mentale, en vue de prodiguer un support pour la prise en charge des patients présentant un trouble psychique. Les généralistes ont de fait souvent la volonté de prendre en soins ces personnes, sans systématiquement les adresser aux confrères spécialistes (2).

La plupart des généralistes jugeant l'offre de soins spécialisés insuffisante (en termes d'accès et de communication) ont aussi émis des propositions d'outils plus précis pour améliorer les soins : formations centrées sur la relation d'aide, circuit privilégié pour le patient, permanence téléphonique dédiée, annuaire socio-médical complet. Là encore, l'amélioration de la prise en charge ne passe pas uniquement par l'amélioration de la démographie, mais aussi par une réflexion sur le rôle des intervenants, la communication et la coordination interprofessionnelle, afin de faciliter le circuit de soins (5).

Des améliorations peuvent enfin passer par des programmes associant diverses interventions, ayant déjà été testés auprès de patients traités par antidépresseurs : il a ainsi été suggéré d'associer à une formation spécifique des médecins généralistes, une ou plusieurs interventions, coordonnées par un spécialiste de santé mentale. La réussite de tels programmes repose encore une fois sur une collaboration étroite, durable et évolutive, basée sur la complémentarité entre médecins généralistes et professionnels de santé mentale (3).

A noter qu'une partie du coût de ces DSP tient à l'évaluation de leur activité (quantitative et qualitative). Cela explique qu'ils soient largement portés par la psychiatrie publique.

On peut citer à nouveau le DSP des Yvelines Sud, mis en place dans les suites de l'enquête du RPSM 78 réalisée en 2000 (160, 162).

À noter qu'un levier possible de changement réside dans les courriers échangés, entre médecins généralistes et psychiatres. La recommandation « MG-Psy », issue d'un travail réalisé par le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP), s'est inscrite dans cette démarche. Cette recommandation a été secondairement labellisée par la Haute Autorité de Santé, et est parue en 2011. On peut citer parmi les voies d'amélioration concernant ces courriers, la possibilité pour le MG d'y exprimer ses attentes concernant les modalités de suivi partagé, et les places de chacun dans le projet de soins. Les informations utiles du psychiatre au généraliste comprennent : les réponses aux questions et l'avis diagnostique, mais aussi ce qui a trait aux risques évolutifs immédiats, aux éléments de surveillance et à l'organisation du « quoi faire » (105, 160).

IV.B. L'évaluation du trouble psychique et de sa sévérité

Les pratiques collaboratives posent la question des critères d'adressage, du MG au psychiatre, à partir de l'évaluation diagnostique et de la sévérité du trouble psychique (158, 159). Cette question rejoint celle de la formation initiale et continue des médecins généralistes. Le contenu de cette formation concernant les différents types de psychothérapie existants, ainsi que leurs indications, est également à interroger et à approfondir (159).

Des efforts centrés sur la connaissance des traitements psychothérapeutiques ou sur le recours aux ressources existantes sont de fait possibles, afin d'optimiser les habiletés cliniques et décisionnelles des MG dans ce domaine. Les prescriptions pourraient se baser d'autant plus sur des données de médecine fondée sur les preuves, en plus de facteurs subjectifs.

Il est aussi à noter qu'à ce sujet, les résultats obtenus sur le territoire français concordent avec ceux issus d'études internationales. Il serait donc intéressant aussi d'élargir la question aux caractéristiques de formation médicale ou d'organisation des soins, propres chaque pays, afin d'explorer leur influence sur les prescriptions de psychothérapie par les MG.

IV.C. Freins et facilitateurs liés aux usagers

Des barrières et des facilitateurs à l'accès aux psychothérapies peuvent aussi se situer au niveau des usagers.

D'une part, la perception de barrières par les personnes, pour accéder à des soins de psychothérapie, est influencée par la symptomatologie présentée. Une étude américaine a ainsi démontré que les barrières perçues (selon l'échelle PBP ou *Perceived Barriers to Psychotherapy*), étaient plus fréquentes chez les patients déprimés que chez les patients non déprimés. Ces barrières perçues peuvent être d'ordre pratique ou émotionnel. La dépression peut donc être à la fois une indication à la psychothérapie et une barrière à son accès (45).

Une étude néerlandaise a quant à elle mis en évidence qu'un haut niveau d'éducation des personnes était associé au fait d'accéder à des soins psychiques en accord avec les *guidelines* nationales concernant la dépression et l'anxiété. A l'inverse, un bas niveau d'éducation diminuait significativement cet accès. D'autres facteurs se révélaient facilitateurs de manière significative, en particulier le besoin perçu par les patients d'une aide psychologique ou d'un « adressage » vers un professionnel spécialisé. Cela souligne l'intérêt d'initiatives, déjà évoqué ailleurs, pour améliorer l'information de la population au sujet des pathologies psychiques (160-162).

De même, la question des préférences des patients constitue une aire d'exploration intéressante, dans la mesure où la prise en compte de ces préférences de traitement a aussi été retenue parmi les facteurs pouvant favoriser l'initiation de soins psychiques, et le développement de l'alliance thérapeutique (48, 163, 164).

Enfin, au-delà de la question des caractéristiques et perceptions des usagers, il semble que l'accès aux traitements de santé mentale soit plus influencé encore par les caractéristiques du système de santé dans son ensemble. On trouve de nouveau dans ce cadre la problématique du coût, représenté par ces soins, et celle de la manière dont ce coût est traité (165).

IV.D. Les limites rencontrées dans le cadre de la recherche dans le champ de la psychothérapie

D'après notre revue de littérature centrée sur les programmes implémentés à l'étranger, et visant à faciliter l'accès à la psychothérapie, la piste du développement d'un dispositif similaire en France semble encourageante.

Des remarques peuvent néanmoins être faites, ayant trait aux limites rencontrées dans le cadre d'essais randomisés et contrôlés, dans ce champ spécifique. Ces limites concernent l'évaluation (sur une durée suffisante) de l'amélioration clinique comme de la détérioration clinique, quand bien même les études rempliraient des critères de bonne qualité (61).

En effet, des questions persistent, par exemple celle du coût lié à l'utilisation d'interventions de faible intensité inefficaces voire à l'origine d'une détérioration clinique (166). De plus, le coût personnel des patients, lié au vécu d'échec thérapeutique, entre aussi en jeu. Ces éléments sont d'autant plus notables et difficilement évaluables que certaines personnes peuvent, en cas d'échec, être amenées à rechercher d'elles-mêmes d'autres options thérapeutiques. Ces dernières représentent un coût supplémentaire potentiel, qui malheureusement est rarement recherché, dans les essais disponibles dans la littérature (75).

Par ailleurs, il a été évoqué par Clark (78) l'hypothèse d'un effet de rémission spontanée, pouvant expliquer pour une part non négligeable les résultats encourageants mis en évidence. Cet effet serait lié au fait de permettre aux usagers un accès précoce à la prise en charge de leurs troubles. Cette idée peut être mise en parallèle avec l'exemple de Richards et al (102), qui ont publié les résultats de l'implémentation d'un modèle IAPT (site de Doncaster). Ils observaient 10% de taux de rémission/guérison supplémentaires chez les patients présentant un trouble de durée inférieure à 3 mois (ces derniers représentant une part majeure de l'échantillon ayant poursuivi le traitement jusqu'à son terme).

De fait, le risque a été soulevé que certaines techniques déployées dans des systèmes de type « *managed care* » impactent davantage des utilisations du système de

santé non nécessaires (plutôt que les situations où on observe au contraire un manque de recours au système de santé).

On peut même craindre que s'aggravent des situations où le besoin de traitement n'est pas comblé, dans le cas par exemple où elles ne seraient pas prises en charge à temps. Ce risque semble d'autant plus accru en cas de restriction de possibilités de remboursement des traitements (165, 167). Du côté des utilisations de traitements jugées non nécessaires (lorsqu'un trouble psychique est apparemment absent), on trouve des données chiffrées à 1 % (Nigéria), jusqu'à 9,7 % de la population (Etats-Unis), accédant à des traitements qui ne seraient pas nécessaires.

On note enfin que les principes de ces systèmes de type *managed care*, issus de modèles anglo-saxons, peuvent ne pas s'adapter de la même manière dans d'autres nations ou circonstances (4).

IV.E. L'évaluation de la demande et des besoins réels de soins

Tous ces éléments amènent enfin à s'interroger sur les questions qui se posent de façon générale dans le domaine de la santé, en termes de connaissance, d'anticipation de la demande et des besoins réels de soins.

La demande résulte en effet de facteurs objectifs, au premier rang desquels on retrouve le type et le niveau de sévérité du trouble (168). La demande dépend aussi d'éléments plus personnels tels que la tolérance à la souffrance, la perception des troubles, la confiance dans le système de soins... Elle est ainsi l'aboutissement d'une démarche complexe qui intègre de multiples facteurs (169, 170).

Le contexte économique et social influe sur l'état psychique. Le recours aux soins varie en fonction de considérations sur le caractère plus ou moins stigmatisant de la psychiatrie, en fonction de la capacité à accepter la maladie, de la personne elle-même mais aussi de son environnement social proche. Le rôle de figures d'autorité, que peuvent être les médecins généralistes ou les travailleurs sociaux, est également important.

D'autres facteurs décisionnels entrent en jeu pour les usagers, dans le fait de débiter une psychothérapie. Ils incluent les attentes spécifiques et expériences passées vis-à-vis d'un tel traitement, d'éventuels évènements déclenchant la demande d'aide, les stratégies naturelles d'auto-gestion des personnes ou leurs perceptions concernant l'adéquation de la réponse apportée par les médecins (170).

De façon plus générale, la définition des besoins de soins et de la demande pose problème dans le domaine sanitaire, et cette question devient particulièrement épineuse en matière de soins psychiques. Malgré les études réalisées en population générale ou sur des populations spécifiques, la démarche épidémiologique ne semble pas, pour l'instant, orienter *l'analyse de la demande* de manière suffisante.

Une autre approche, plus sûre et couramment utilisée pour aborder la connaissance des besoins de soins, consiste à *analyser l'activité* réellement effectuée. Or, on se retrouve rapidement face au problème de la connaissance partielle de cette offre de soins disponible : une partie de cette offre échappe à toute analyse, celle qui ne fait pas l'objet d'un remboursement et qui est effectuée par les psychologues cliniciens et les psychothérapeutes de formations diverses.

Le fait que leurs prestations ne soient pas reconnues par l'assurance maladie pourrait signifier qu'il ne s'agit pas d'une activité de soins. Cependant, une approche même superficielle de la clientèle de ces professionnels montre à l'évidence que la frontière n'est pas aussi claire. On ne dispose pourtant actuellement d'aucune information précise, sur le nombre de personnes suivies dans ce cadre, ni sur le type de demande à laquelle ces psychothérapeutes répondent.

Du côté des professionnels dont l'activité fait l'objet d'un remboursement, la difficulté reste grande. La connaissance de l'activité par l'assurance maladie permet trois approches : la spécialité des médecins, le nombre de consultations et la prescription de médicaments (171). Là encore, aucune de ces approches n'apparaît véritablement appropriée ni suffisante à une connaissance de l'activité psychiatrique, des populations suivies ou des types de prises en charge effectuées.

En outre, la spécialisation de « psychiatre » ne recouvre pas l'ensemble des patients suivis pour des troubles psychiques. Cela rejoint notre problématique concernant l'activité des généralistes, pour qui la prise en charge de troubles psychiques représente une part importante des consultations.

Pour l'heure, les études s'intéressant à l'activité des différentes spécialités impliquées dans des soins de psychothérapie, demeurent rares. Notre travail permet d'aborder cette question, au travers du vécu et des pratiques rapportés par les médecins généralistes de notre région.

Il pourrait être intéressant d'interroger les MG de manière plus personnalisée encore, ou sur d'autres territoires. Il apparaît de même essentiel de pouvoir questionner aussi les usagers des soins ; de même concernant d'autres corps de métiers impliqués dans ces soins, tels que les psychologues cliniciens.

CONCLUSION

Notre étude a permis de mettre en évidence les résultats principaux suivants :

* Un peu plus d'un tiers des médecins généralistes interrogés déclarent orienter au moins une fois par semaine leurs patients en psychothérapie.

* Ceci est positivement corrélé, dans le cas de la dépression, au sexe féminin des MG ($p < 0.001$), au fait d'avoir expérimenté à titre personnel une psychothérapie ($p = 0.021$) et à la date de début d'exercice ($p = 0.019$).

* Dans le cas des troubles anxieux, les médecins femmes aussi sont plus nombreuses que les médecins hommes à adresser leurs patients au moins une fois par semaine en psychothérapie ($p < 0.001$).

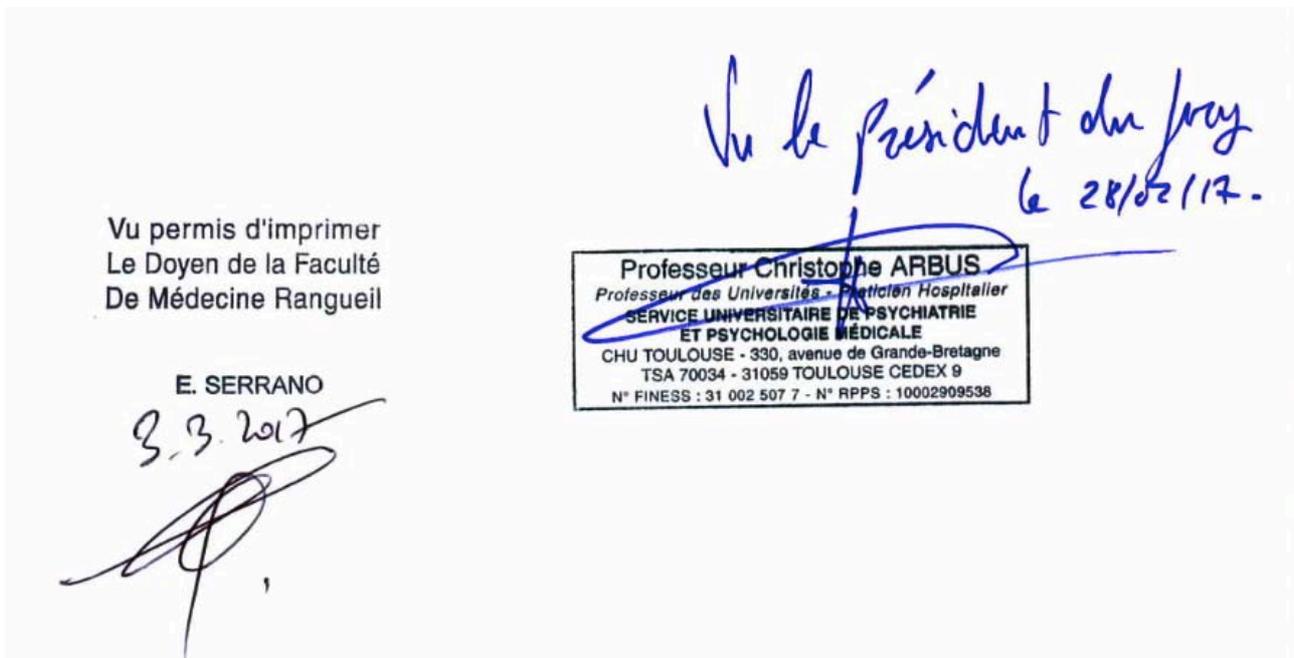
Ces résultats concordent avec ceux d'enquêtes réalisées à l'échelle nationale. Le rôle que semblent jouer les caractéristiques personnelles, plus que professionnelles des MG, dans leurs choix d'orientation en psychothérapie, a également été souligné dans ces échantillons nationaux.

Les caractéristiques professionnelles pouvant être modifiables, cela suggère que des développements en termes de formation professionnelle, mais aussi de pratiques collaboratives, peuvent impacter positivement les stratégies d'orientation vers des soins de psychothérapie adaptés.

Sur la question des liens entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge de troubles psychiques courants, au premier rang desquels se trouvent les MG, il s'agit de définir comment promouvoir des conditions de coopération optimales. Les modalités pour y parvenir peuvent se décliner diversement selon les territoires, en tenant compte des ressources existantes.

On note qu'au niveau international, de nombreux dispositifs se développent également en vue de faciliter l'accès à des soins gradués intégrant des psychothérapies, tels qu'ils sont recommandés actuellement pour la prise en charge des troubles dépressifs et anxieux.

Au total, le développement de soins en collaboration ouvre de nombreux champs possibles de recherche, potentiellement prometteurs pour ce qui est de la question de la psychothérapie et de celle cruciale de l'amélioration de son accès.



ANNEXES

ANNEXE 1 : AUTO-QUESTIONNAIRE ENVOYÉ AUX PARTICIPANTS DE L'ÉTUDE

QUESTIONNAIRE

Cher confrère, chère consoeur,

Dans le cadre de ma thèse de Psychiatrie, et en accord avec le Professeur Stéphane OUSTRIC, enseignant de médecine générale, je vous propose de participer à une enquête portant sur les psychothérapies chez les patients présentant des troubles mentaux simples et courants. Ce travail est dirigé par le Professeur Laurent SCHMITT, psychiatre enseignant au CHU de Toulouse.

Ce questionnaire, destiné aux médecins généralistes exerçant dans la région Midi Pyrénées - Languedoc Roussillon, a pour but d'explorer les modalités d'orientation en soins primaires vers des soins de psychothérapie chez des patients présentant des troubles psychiatriques courants. Il apparaît en effet que les médecins généralistes sont fréquemment confrontés à des états dépressifs ou anxieux chez leurs patients.

Je vous remercie par avance de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire. Les données sont anonymes, les résultats seront à votre disposition après analyse. En espérant que cette enquête retienne votre intérêt et dans l'attente de vos retours, je reste à votre disposition pour toute information complémentaire,

Alice Chuon
Interne de psychiatrie

• **Vous êtes**

- Un homme
- Une femme

• **Quelle est votre année d'installation et/ou de début d'exercice ?**

• **Quel est votre mode d'exercice (plusieurs réponses possibles) ?**

- Cabinet seul
- Cabinet de groupe
- Plutôt rural
- Plutôt urbain
- Médecin installé
- Médecin remplaçant

• **Avez-vous, ou envisagez-vous de suivre une formation comprenant un axe sur la psychothérapie dans les troubles psychiatriques courants ?**

- Oui
- Non

• **Si oui, veuillez préciser :**

• **Avez-vous vous même bénéficié d'une psychothérapie à titre personnel ?**

- Oui
- Non

• **Question 1 : À quelle fréquence vous arrive-t-il d'adresser vos patients en psychothérapie ?**

- Chaque semaine
- Chaque mois
- Moins souvent
- Jamais

• **Question 2 : Combien de vos patients en moyenne adressez-vous en psychothérapie (NB : à la fréquence définie lors de la question précédente) ?**

- Moins de 5
- Entre 5 et 10
- Entre 10 et 15
- Plus de 15

• **Question 3 : Quelles les deux principales tranches d'âge des patients que vous adressez en psychothérapie (deux réponses maximum svp) ?**

- Moins de 15 ans
- 15-25 ans
- 25-45 ans
- 45-65 ans
- Plus de 65 ans

• **Question 4 : Pour les indications suivantes, à quelle fréquence vous arrive-t-il d'orienter vos patients en psychothérapie ?**

	Jamais	Parfois	Souvent
Troubles psychotiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles bipolaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles dépressifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles anxieux et phobiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles liés à des traumatismes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles liés à des facteurs de stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles obsessionnels-compulsifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles à symptomatologie somatique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **Question 5 : Vers qui orientez-vous préférentiellement vos patients (plusieurs réponses possibles) ?**

	Jamais	Parfois	Souvent
Psychiatre en cabinet privé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychothérapeute non médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Secteur public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Précisez si nécessaire :

- **Question 6 : Pour quel type de psychothérapie adressez-vous vos patients ?**

	Jamais	Parfois	Souvent
N'importe quel type de psychothérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thérapie cognitive et comportementale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thérapie d'orientation psychanalytique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thérapie familiale systémique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychothérapie de soutien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- **Question 7 : Quelle est la durée de prise en charge en psychothérapie des patients que vous adressez (deux réponses maximum svp) ?**

- Plusieurs années
- Environ un an
- Plusieurs mois à un an
- Quelques semaines
- Ne sais pas

- **Question 8 : Sur combien de séances en moyenne ceux-ci sont-ils pris en charge (deux réponses maximum svp) ?**

- ≥ 2 séances par semaine
- 1 séance par semaine
- 1 à 2 séances par mois
- Moins souvent
- Ne sais pas

- **Question 9 : Quels sont les principaux critères qui interviennent dans votre choix d'orientation ?**

- Délai de rendez-vous
- Distance d'accès
- Coût
- État clinique du patient
- Préférence du patient
- Autre : _____

• **Question 10 : Quels retours avez-vous concernant les soins de psychothérapie dont bénéficient vos patients (plusieurs réponses possibles) ?**

- Courriers
- Liens téléphoniques
- Plusieurs fois durant la prise en charge
- Ponctuellement durant la prise en charge
- Pas de retour direct
- Précisez si nécessaire :

COMMENTAIRES :

ABRÉVIATIONS

ACT	Acceptance and Commitment Therapy
ADELI	Automatisation DEs Listes
AFSSAPS	Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
ANAES	Agence Nationale d'Accréditation et Évaluation en Santé
APA	American Psychiatric Association
ATAPS	Access to Allied Psychological Services
AUD	Australian Dollar
BDI	Beck Depression Inventory
BOiMHC	Better Outcomes in Mental Health Care
CANMAT	Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments
CATI	Computer Assisted Telephone Interview
CAU	Care As Usual
CBASP	Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy
CHU	Centre Hospitalier et Universitaire
CMP	Centres Médico-Psychologique
CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNOM	Conseil National de l'Ordre des Médecins
CNQSP	Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CSC	Collaborative Stepped Care
CTB	Centre de Thérapies Brèves
DALY	Disability Adjusted Life Years
DASS-21	Depression Anxiety Stress Scales
DBT	Dialectic Behavioral Therapy
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders
DPC	Développement Personnel Continu
DSP	Dispositif de Soins Partagés
DSPP	Dispositif de Soins Partagés en Psychiatrie
DU	Diplôme Universitaire
EDC	Épisode Dépressif Caractérisé
EFT	Emotional Freedom Techniques
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

ESEMeD	European Study of the Epidemiology of Mental Disorders
FAP	Functional Analytic Psychotherapy
FMC	Formation Médicale Continue
GAD-7	Generalised Anxiety Disorder scale
H0	Hypothèse nulle
HAS	Haute Autorité de Santé
HDRS	Hamilton Depression Rating Scale
IAPT	Improving Access to Psychological Therapies
ICPE	International Consortium in Psychiatric Epidemiology
INNESSS	Institut National d'Excellence en Santé et en Services Sociaux
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
InVS	Institut National de Veille Sanitaire
IPT	Interpersonal Psychotherapy
K-10	Kessler - 10
MBCT	Mindfulness-Based Cognitive Therapy
MG	Médecins Généralistes
NC	Non Côté
NHS	National Health Service
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
No.	Nombre
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
ORL	Oto-rhino-laryngé
PBP	Perceived Barriers to Psychotherapy
PHQ-9	Patient Health Questionnaire
PNL	Programmation Neuro-Linguistique
PST	Problem-Solving Therapy
PWP	Psychological Well-being Practitioners
RPSM 78	Réseau de Promotion pour la Santé Mentale 78
SCL-90	Symptom Checklist-90
SF 36	Short Form-36
SNIIRAM	Système National d'Information Inter-régimes de l'Assurance Maladie
STEPS	Developing stepped care treatment for depression
TAG	Trouble Anxieux Généralisé
TCC	Thérapies cognitives et comportementales
TIP	Thérapie Interpersonnelle

URPS	Union Régionale des Professionnels de Santé
USMR	Unité de Soutien Méthodologique à la Recherche clinique
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
STATA	Stata Statistical Software : Release. College Station
WFMH	World Federation for Mental Health

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Hardy-Baylé M-C, Bronnec C. Jusqu'où la psychiatrie peut-elle soigner?: Odile Jacob; 2003.
2. 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 Fam Pract.* 2005;6(1):18.
3. Rotge JY, Tignol J, Aouizerate B. [Improving the management of depression in primary care: review and prospects]. *Encephale.* 2007;33(4 Pt 1):552-60.
4. Wang PS, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Angermeyer MC, Borges G, Bromet EJ, et al. Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys. *Lancet.* 2007;370(9590):841-50.
5. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret F, et al. [Obstacles to effective treatment of depression. A general practitioners' postal survey in the north-west region of France]. *Encephale.* 2010;36 Suppl 2:D73-82.
6. H. D, S. C, M. C. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville - <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er810.pdf>. Études Résultats - DREES. 2012.
7. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildocFB.asp?num-fiche=1210> Af. La dépression en France. Internet. 29 janvier 2017.
8. <https://www.ghdonline.org/> Af. La santé mentale en soins primaires - améliorer le traitement et promouvoir la santé mentale. Internet. 2 feb 2017.
9. Lopez AD, Mathers CD. Measuring the global burden of disease and epidemiological transitions: 2002-2030. *Ann Trop Med Parasitol.* 2006;100(5-6):481-99.
10. Callahan D. Setting mental health priorities: problems and possibilities. *Milbank Q.* 1994;72(3):451-70.
11. Mezzich JE. From financial analysis to policy development in mental health care: the need for broader conceptual models and partnerships. *J Ment Health Policy Econ.* 2003;6(3):149-50.
12. Saxena S, Sharan P, Saraceno B. Budget and financing of mental health services: baseline information on 89 countries from WHO's project atlas. *J Ment Health Policy Econ.* 2003;6(3):135-43.
13. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. *Int J Epidemiol.* 2014;43(2):476-93.
14. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004(420):21-7.

15. Epidemiology WICiP. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. *Bull World Health Organ.* 2000;78(4):413-26.
16. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/ Af. WHO | Metrics: Disability-Adjusted Life Year (DALY). Internet. 2 feb 2017.
17. <http://www.cnpp-cnqsp.com/blank-y3dhq> Af. La question des psychothérapies. Internet cnpp-cnqsp. 6 feb 2017.
18. Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C, et al. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatr Serv.* 2007;58(2):213-20.
19. M. C, F. M, R. S, H. V. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. *Inf Psychiatr.* 2014;12(5):341-52.
20. Eisenberg L. Treating depression and anxiety in primary care. Closing the gap between knowledge and practice. *N Engl J Med.* 1992;326(16):1080-4.
21. Unutzer J, Park M. Strategies to improve the management of depression in primary care. *Prim Care.* 2012;39(2):415-31.
22. <http://www.qualaxia.org/sante-mentale-dossiers-thematiques/acces-therapie/quintessence.php?lg=fr> Af. Dossiers : Accessibilité à la psychothérapie (Politiques et grandes orientations). Internet - Réseau Qualaxiaorg. 7 feb 2017.
23. <http://www.sfmng.org/accueil/> Af. Société Française de Médecine Générale - Internet. 22 jan 2017.
24. http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/ Af. Rapport de la conférence internationale sur les soins de santé primaires. Internet - WHO. 22 jan 2017.
25. <https://hogg.utexas.edu/> Af. Internet. 2 feb 2017.
26. <http://www.dunod.com/sciences-sociales-humaines/psychologie/psychotherapie/ouvrages-professionnels/les-fondements-des-psychotherapies> Af. Les fondements des psychothérapies. Dunod [Internet]. [cited 2017 Jan 21].
27. Decety J. [Naturalizing empathy]. *Encephale.* 2002;28(1):9-20.
28. Coutinho JF, Silva PO, Decety J. Neurosciences, empathy, and healthy interpersonal relationships: recent findings and implications for counseling psychology. *J Couns Psychol.* 2014;61(4):541-8.
29. https://books.google.fr/books?hl=fr&lr=id=J6iq_khf5HkCoi&fndpg=PR7&dq=house+cards+psychology+and+psychotherapy+on+myth+ots=1cm_3O8JD8&sig=X9IGtO49R_OO9PWI1iXe2AD7niU#v=onepage&q=house%20cards%20psychology%20and%20psychotherapy%20on%20myth&thf=false Af. House of Cards - Robyn Dawes. Google Livres [Internet]. [cited 2017 Feb 13].
30. <http://www.unafam.org/Les-psychotherapies.html> Af. Les psychothérapies. UNAFAM - Internet. [cited 2017 Feb 13].

31. Otto MW, Pollack MH, Maki KM. Empirically supported treatments for panic disorder: costs, benefits, and stepped care. *J Consult Clin Psychol.* 2000;68(4):556-63.
32. Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *J Consult Clin Psychol.* 2008;76(6):909-22.
33. Gibbons MB, Crits-Christoph P, Hearon B. The empirical status of psychodynamic therapies. *Annu Rev Clin Psychol.* 2008;4:93-108.
34. Acarturk C, Cuijpers P, van Straten A, de Graaf R. Psychological treatment of social anxiety disorder: a meta-analysis. *Psychol Med.* 2009;39(2):241-54.
35. Barth J, Munder T, Gerger H, Nuesch E, Trelle S, Znoj H, et al. Comparative efficacy of seven psychotherapeutic interventions for patients with depression: a network meta-analysis. *PLoS Med.* 2013;10(5):e1001454.
36. Abbass AA, Kisely SR, Town JM, Leichsenring F, Driessen E, De Maat S, et al. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014(7):CD004687.
37. Fonagy P. The effectiveness of psychodynamic psychotherapies: An update. *World Psychiatry.* 2015;14(2):137-50.
38. Linde K, Sigterman K, Kriston L, Rucker G, Jamil S, Meissner K, et al. Effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: systematic review and meta-analysis. *Ann Fam Med.* 2015;13(1):56-68.
39. https://www.appi.org/Handbook_of_Psychiatric_Measures_Second_Edition Af. *Handbook of Psychiatric Measures.* [Internet]. [cited 2017 Jan 31].
40. Arroll B, Elley CR, Fishman T, Goodyear-Smith FA, Kenealy T, Blashki G, et al. Antidepressants versus placebo for depression in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009(3):CD007954.
41. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA.* 2010;303(1):47-53.
42. R. B, D. G. Traitement de la dépression de l'adulte en médecine générale. Les antidépresseurs sont-ils efficaces ? Une revue de la littérature. *Médecine.* 2012 Jan 1;8(1):20-3.
43. Bedi N, Chilvers C, Churchill R, Dewey M, Duggan C, Fielding K, et al. Assessing effectiveness of treatment of depression in primary care. Partially randomised preference trial. *Br J Psychiatry.* 2000;177:312-8.
44. Lowe B, Schulz U, Grafe K, Wilke S. Medical patients' attitudes toward emotional problems and their treatment. What do they really want? *J Gen Intern Med.* 2006;21(1):39-45.
45. Mohr DC, Hart SL, Howard I, Julian L, Vella L, Catledge C, et al. Barriers to psychotherapy among depressed and nondepressed primary care patients. *Ann Behav Med.* 2006;32(3):254-8.

46. Bosmans JE, van Schaik DJ, de Bruijne MC, van Hout HP, van Marwijk HW, van Tulder MW, et al. Are psychological treatments for depression in primary care cost-effective? *J Ment Health Policy Econ.* 2008;11(1):3-15.
47. Eisenman DP, Meredith LS, Rhodes H, Green BL, Kaltman S, Cassells A, et al. PTSD in Latino patients: illness beliefs, treatment preferences, and implications for care. *J Gen Intern Med.* 2008;23(9):1386-92.
48. Raue PJ, Schulberg HC, Heo M, Klimstra S, Bruce ML. Patients' depression treatment preferences and initiation, adherence, and outcome: a randomized primary care study. *Psychiatr Serv.* 2009;60(3):337-43.
49. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF, 3rd. Adding psychotherapy to antidepressant medication in depression and anxiety disorders: a meta-analysis. *World Psychiatry.* 2014;13(1):56-67.
50. Lave JR, Frank RG, Schulberg HC, Kamlet MS. Cost-effectiveness of treatments for major depression in primary care practice. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55(7):645-51.
51. Nieuwsma JA, Trivedi RB, McDuffie J, Kronish I, Benjamin D, Williams JW, Jr. Brief Psychotherapy for Depression in Primary Care: A Systematic Review of the Evidence. VA Evidence-based Synthesis Program Reports. Washington (DC)2011.
52. Bower P, Kontopantelis E, Sutton A, Kendrick T, Richards DA, Gilbody S, et al. Influence of initial severity of depression on effectiveness of low intensity interventions: meta-analysis of individual patient data. *BMJ.* 2013;346:f540.
53. Simon GE, Ludman EJ, Tutty S, Operskalski B, Von Korff M. Telephone psychotherapy and telephone care management for primary care patients starting antidepressant treatment: a randomized controlled trial. *JAMA.* 2004;292(8):935-42.
54. Willemse GR, Smit F, Cuijpers P, Tiemens BG. Minimal-contact psychotherapy for sub-threshold depression in primary care. Randomised trial. *Br J Psychiatry.* 2004;185:416-21.
55. Linde K, Schumann I, Meissner K, Jamil S, Kriston L, Rucker G, et al. Treatment of depressive disorders in primary care--protocol of a multiple treatment systematic review of randomized controlled trials. *BMC Fam Pract.* 2011;12:127.
56. Santé ANdAedÉe. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Paris: Anaes. 2002.
57. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
58. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1739917/fr/episode-depressif-caracterise-de-l-adulte-prise-en-charge-en-premier-recours-note-de-cadrage?xtmc=xtcr=76 Af. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours - Note de cadrage. Haute Autorité de Santé - Internet. [cited 2017 Jan 21].
59. Canceil O, Cottraux J, Falissard B, Flament M, Miermont J, Swendsen J, et al. Psychothérapie: trois approches évaluées. 2004.

60. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_556489/fr/ald-n23-troubles-anxieux-graves?xtmc=xtcr=3 Af. Long-term psychiatric conditions : Severe anxiety disorders. Haute Autorité de Santé - Internet. [cited 2017 Feb 14].
61. Goldberg D. The "NICE Guideline" on the treatment of depression. *Epidemiol Psychiatr Soc.* 2006;15(1):11-5.
62. Health NCCfM, Psychiatrists RCo. Common mental health disorders: identification and pathways to care: RCPsych Publications; 2011.
63. Health NCCfM, editor Social anxiety disorder: recognition, assessment and treatment 2013: British Psychological Society.
64. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113?unlid=1059145202017120135318> Af. Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management | Guidance and guidelines. NICE [Internet]. [cited 2017 Jan 21].
65. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90?unlid=28904260520171931420> Af. Depression in adults: recognition and management | Guidance and guidelines |. NICE - Internet. [cited 2017 Jan 21].
66. Schulberg HC, Katon W, Simon GE, Rush AJ. Treating major depression in primary care practice: an update of the Agency for Health Care Policy and Research Practice Guidelines. *Arch Gen Psychiatry.* 1998;55(12):1121-7.
67. Association AP. American Psychiatric Association Practice Guidelines for the treatment of psychiatric disorders: compendium 2006: American Psychiatric Pub; 2006.
68. Yroni A, Rieu J, Massip C, Bongard V, Schmitt L. Depressed patients' preferences for type of psychotherapy: a preliminary study. *Patient Prefer Adherence.* 2015;9:1371-4.
69. <http://psychiatryonline.org/action/doSearch?AllField=PANIC+DISORDER+Quick+Reference+Guide&content=articles&countTerms=true&target=default&sortBy=Title-Sort&startPage=5&pageSize=100> Af. American Psychiatric Association Practice Guidelines - panic disorder. Internet. [cited 2017 Feb 14].
70. Kennedy SH, Lam RW, Parikh SV, Patten SB, Ravindran AV. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. Introduction. *J Affect Disord.* 2009;117 Suppl 1:S1-2.
71. Parikh SV, Segal ZV, Grigoriadis S, Ravindran AV, Kennedy SH, Lam RW, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. *J Affect Disord.* 2009;117 Suppl 1:S15-25.
72. Bandelow B, Lichte T, Rudolf S, Wiltink J, Beutel ME. The German guidelines for the treatment of anxiety disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2015;265(5):363-73.

73. Gilbody S, Bower P, Whitty P. Costs and consequences of enhanced primary care for depression: systematic review of randomised economic evaluations. *Br J Psychiatry*. 2006;189:297-308.
74. Coventry PA, Hudson JL, Kontopantelis E, Archer J, Richards DA, Gilbody S, et al. Characteristics of effective collaborative care for treatment of depression: a systematic review and meta-regression of 74 randomised controlled trials. *PLoS One*. 2014;9(9):e108114.
75. Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review. *Br J Psychiatry*. 2005;186:11-7.
76. Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G, Walker E, Unutzer J, et al. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial. *Arch Gen Psychiatry*. 1999;56(12):1109-15.
77. Sobell MB, Sobell LC. Stepped care as a heuristic approach to the treatment of alcohol problems. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(4):573-9.
78. van Straten A, Seekles W, van 't Veer-Tazelaar NJ, Beekman AT, Cuijpers P. Stepped care for depression in primary care: what should be offered and how? *Med J Aust*. 2010;192(11 Suppl):S36-9.
79. Cozine EW, Wilkinson JM. Depression Screening, Diagnosis, and Treatment Across the Lifespan. *Prim Care*. 2016;43(2):229-43.
80. Delgadillo J, Gellatly J, Stephenson-Bellwood S. Decision making in stepped care: how do therapists decide whether to prolong treatment or not? *Behav Cogn Psychother*. 2015;43(3):328-41.
81. Haaga DA. Introduction to the special section on stepped care models in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(4):547-8.
82. Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G. Rethinking practitioner roles in chronic illness: the specialist, primary care physician, and the practice nurse. *Gen Hosp Psychiatry*. 2001;23(3):138-44.
83. Verdoux H. The current state of adult mental health care in France. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2007;257(2):64-70.
84. Christensen H, Griffiths KM, Gulliver A, Clack D, Kljakovic M, Wells L. Models in the delivery of depression care: a systematic review of randomised and controlled intervention trials. *BMC Fam Pract*. 2008;9:25.
85. Young N. Non-pharmacological treatments for patients with depression. *Nurs Stand*. 2013;28(7):43-51; quiz 2.
86. Scogin FR, Hanson A, Welsh D. Self-administered treatment in stepped-care models of depression treatment. *J Clin Psychol*. 2003;59(3):341-9.
87. Mataix-Cols D, Marks IM. Self-help with minimal therapist contact for obsessive-compulsive disorder: a review. *Eur Psychiatry*. 2006;21(2):75-80.

88. Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, Titov N. Computer therapy for the anxiety and depressive disorders is effective, acceptable and practical health care: a meta-analysis. *PLoS One*. 2010;5(10):e13196.
89. Cuijpers P, Donker T, van Straten A, Li J, Andersson G. Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychol Med*. 2010;40(12):1943-57.
90. Lau MA. New developments in psychosocial interventions for adults with unipolar depression. *Curr Opin Psychiatry*. 2008;21(1):30-6.
91. van Straten A, Tiemens B, Hakkaart L, Nolen WA, Donker MC. Stepped care vs. matched care for mood and anxiety disorders: a randomized trial in routine practice. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;113(6):468-76.
92. Muntingh AD, van der Feltz-Cornelis CM, van Marwijk HW, Spinhoven P, Assendelft WJ, de Waal MW, et al. Collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: aims and design of a randomized controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:159.
93. Seekles W, van Straten A, Beekman A, van Marwijk H, Cuijpers P. Stepped care for depression and anxiety: from primary care to specialized mental health care: a randomised controlled trial testing the effectiveness of a stepped care program among primary care patients with mood or anxiety disorders. *BMC Health Serv Res*. 2009;9:90.
94. Seekles W, van Straten A, Beekman A, van Marwijk H, Cuijpers P. Stepped care treatment for depression and anxiety in primary care. a randomized controlled trial. *Trials*. 2011;12:171.
95. Gilliam CM, Diefenbach GJ, Whiting SE, Tolin DF. Stepped care for obsessive-compulsive disorder: An open trial. *Behav Res Ther*. 2010;48(11):1144-9.
96. Oosterbaan DB, Verbraak MJ, Terluin B, Hoogendoorn AW, Peyrot WJ, Muntingh A, et al. Collaborative stepped care v. care as usual for common mental disorders: 8-month, cluster randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2013;203(2):132-9.
97. Muntingh A, van der Feltz-Cornelis C, van Marwijk H, Spinhoven P, Assendelft W, de Waal M, et al. Effectiveness of collaborative stepped care for anxiety disorders in primary care: a pragmatic cluster randomised controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2014;83(1):37-44.
98. van Straten A, Hill J, Richards DA, Cuijpers P. Stepped care treatment delivery for depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2015;45(2):231-46.
99. Mitchell JE, Agras S, Crow S, Halmi K, Fairburn CG, Bryson S, et al. Stepped care and cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa: randomised trial. *Br J Psychiatry*. 2011;198(5):391-7.

100. Tolin DF, Diefenbach GJ, Gilliam CM. Stepped care versus standard cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: a preliminary study of efficacy and costs. *Depress Anxiety*. 2011;28(4):314-23.
101. Nordgreen T, Haug T, Ost LG, Andersson G, Carlbring P, Kvale G, et al. Stepped Care Versus Direct Face-to-Face Cognitive Behavior Therapy for Social Anxiety Disorder and Panic Disorder: A Randomized Effectiveness Trial. *Behav Ther*. 2016;47(2):166-83.
102. Richards DA, Borglin G. Implementation of psychological therapies for anxiety and depression in routine practice: two year prospective cohort study. *J Affect Disord*. 2011;133(1-2):51-60.
103. Richards DA, Bower P, Pagel C, Weaver A, Utlely M, Cape J, et al. Delivering stepped care: an analysis of implementation in routine practice. *Implement Sci*. 2012;7:3.
104. Firth N, Barkham M, Kellett S. The clinical effectiveness of stepped care systems for depression in working age adults: a systematic review. *J Affect Disord*. 2015;170:119-30.
105. Hill JJ, Kuyken W, Richards DA. Developing stepped care treatment for depression (STEPS): study protocol for a pilot randomised controlled trial. *Trials*. 2014;15:452.
106. Barber JP, Liese BS, Abrams MJ. Development of the cognitive therapy adherence and competence scale. *Psychotherapy Research*. 2003;13(2):205-21.
107. Boswell JF, Gallagher MW, Sauer-Zavala SE, Bullis J, Gorman JM, Shear MK, et al. Patient characteristics and variability in adherence and competence in cognitive-behavioral therapy for panic disorder. *J Consult Clin Psychol*. 2013;81(3):443-54.
108. <http://www.cnpp-cnqsp.com/blank-dvouy Af>. CNPP-CNQSP [Internet]. [cited 2017 Jan 14].
109. Layard R. The case for psychological treatment centres. *BMJ*. 2006;332(7548):1030-2.
110. Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *Int Rev Psychiatry*. 2011;23(4):318-27.
111. Clark DM, Layard R, Smithies R, Richards DA, Suckling R, Wright B. Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behav Res Ther*. 2009;47(11):910-20.
112. <https://www.gov.uk/government/publications/talking-therapies-impact-assessment Af>. Talking therapies: impact assessment - Publications. GOVUK [Internet]. [cited 2017 Jan 22].
113. Richards DA, Suckling R, editors. Improving access to psychological therapy: the Doncaster demonstration site organisational model. *CLINICAL PSYCHOLOGY FORUM-NEW SERIES*; 2008: BRITISH PSYCHOLOGICAL SOCIETY.

114. Firth N, Barkham M, Kellett S, Saxon D. Therapist effects and moderators of effectiveness and efficiency in psychological wellbeing practitioners: A multilevel modelling analysis. *Behav Res Ther.* 2015;69:54-62.
115. Vasiliadis HM, Dezzetter A. [Publicly funded programs of psychotherapy in Australia and England]. *Sante Ment Que.* 2015;40(4):101-18.
116. Glover G, Webb M, Evison F. Improving access to psychological therapies: A review of the progress made by sites in the first rollout year. *North East Public Health Observatory.* 2010.
117. Chan SW, Adams M. Service use, drop-out rate and clinical outcomes: a comparison between high and low intensity treatments in an IAPT service. *Behav Cogn Psychother.* 2014;42(6):747-59.
118. Gyani A, Shafran R, Layard R, Clark DM. Enhancing recovery rates: lessons from year one of IAPT. *Behav Res Ther.* 2013;51(9):597-606.
119. GOV.UK. Psychological Therapies: annual report on the use of IAPT services 2015 to 2016 - Publications - Available from: <https://www.gov.uk/government/statistics/psychological-therapies-annual-report-on-the-use-of-iapt-services-2015-to-2016>. GOV.UK [Internet]. [cited 2016 Dec 26].
120. GOV.UK. Talking therapies: impact assessment - Publications - Available from: <https://www.gov.uk/government/publications/talking-therapies-impact-assessment>. GOV.UK [Internet]. [cited 2017 Jan 22].
121. Pirkis J, Bassilios B, Fletcher J, Sanderson K, Spittal MJ, King K, et al. Clinical improvement after treatment provided through the Better Outcomes in Mental Health Care (BOiMHC) programme: do some patients show greater improvement than others? *Aust N Z J Psychiatry.* 2011;45(4):289-98.
122. Pirkis J, Ftanou M, Williamson M, Machlin A, Spittal MJ, Bassilios B, et al. Australia's Better Access initiative: an evaluation. *Aust N Z J Psychiatry.* 2011;45(9):726-39.
123. Reifels L, Bassilios B, King KE, Fletcher JR, Blashki G, Pirkis JE. Innovations in primary mental healthcare. *Australian Health Review.* 2013;37(3):312-7.
124. Bassilios B, Pirkis J, Fletcher J, Burgess P, Gurrin L, King K, et al. The complementarity of two major Australian primary mental health care initiatives. *Aust N Z J Psychiatry.* 2010;44(11):997-1004.
125. Watzke B, Heddaeus D, Steinmann M, Konig HH, Wegscheider K, Schulz H, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of a guideline-based stepped care model for patients with depression: study protocol of a cluster-randomized controlled trial in routine care. *BMC Psychiatry.* 2014;14:230.
126. Araya R, Flynn T, Rojas G, Fritsch R, Simon G. Cost-effectiveness of a primary care treatment program for depression in low-income women in Santiago, Chile. *Am J Psychiatry.* 2006;163(8):1379-87.
127. <http://www.cnpp-cnqsp.com/blank-llvjn> Af. Membres & Partenaires. CNPP-CNQSP [Internet]. [cited 2017 Feb 15].

128. Apil SR, Hoencamp E, Judith Haffmans PM, Spinhoven P. A stepped care relapse prevention program for depression in older people: a randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2012;27(6):583-91.
129. Apil SR, Spinhoven P, Haffmans PM, Hoencamp E. Two-year follow-up of a randomized controlled trial of stepped care cognitive behavioral therapy to prevent recurrence of depression in an older population. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2014;29(3):317-25.
130. van 't Veer-Tazelaar N, van Marwijk H, van Oppen P, Nijpels G, van Hout H, Cuijpers P, et al. Prevention of anxiety and depression in the age group of 75 years and over: a randomised controlled trial testing the feasibility and effectiveness of a generic stepped care programme among elderly community residents at high risk of developing anxiety and depression versus usual care [ISRCTN26474556]. *BMC Public Health*. 2006;6:186.
131. van't Veer-Tazelaar PJ, van Marwijk HW, van Oppen P, van Hout HP, van der Horst HE, Cuijpers P, et al. Stepped-care prevention of anxiety and depression in late life: a randomized controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(3):297-304.
132. van't Veer-Tazelaar PJ, van Marwijk HW, van Oppen P, van der Horst HE, Smit F, Cuijpers P, et al. Prevention of late-life anxiety and depression has sustained effects over 24 months: a pragmatic randomized trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2011;19(3):230-9.
133. Kanuri N, Taylor CB, Cohen JM, Newman MG. Classification models for subthreshold generalized anxiety disorder in a college population: Implications for prevention. *J Anxiety Disord*. 2015;34:43-52.
134. Simon GE, Katon WJ, Lin EH, Rutter C, Manning WG, Von Korff M, et al. Cost-effectiveness of systematic depression treatment among people with diabetes mellitus. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(1):65-72.
135. Davidson KW, Rieckmann N, Clemow L, Schwartz JE, Shimbo D, Medina V, et al. Enhanced depression care for patients with acute coronary syndrome and persistent depressive symptoms: coronary psychosocial evaluation studies randomized controlled trial. *Arch Intern Med*. 2010;170(7):600-8.
136. Krebber AM, Leemans CR, de Bree R, van Straten A, Smit F, Smit EF, et al. Stepped care targeting psychological distress in head and neck and lung cancer patients: a randomized clinical trial. *BMC Cancer*. 2012;12:173.
137. Mattsson S, Alfnsson S, Carlsson M, Nygren P, Olsson E, Johansson B. U-CARE: Internet-based stepped care with interactive support and cognitive behavioral therapy for reduction of anxiety and depressive symptoms in cancer--a clinical trial protocol. *BMC Cancer*. 2013;13:414.
138. Mayou R. Are treatments for common mental disorders also effective for functional symptoms and disorder? *Psychosom Med*. 2007;69(9):876-80.
139. Hardy-Baylé M, Prade I. Coordination, partenariat, coopération entre professionnels de santé: la question des réseaux de santé en psychiatrie. *EMC (Elsevier Masson SAS), Psychiatrie*. 2010:37-956.

140. CNOM. Atlas régionaux 2015 | Conseil National de l'Ordre des Médecins - Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1664>. Internet. [cited 2017 Feb 8].
141. Legmann M, Romestang P, Le Breton-Lerouillois G. Atlas de la démographie médicale en France (situation au 1er janvier 2017). Conseil national de l'ordre des médecins. 2017.
142. Kroth PJ, McPherson L, Leverence R, Pace W, Daniels E, Rhyne RL, et al. Combining web-based and mail surveys improves response rates: a PBRN study from PRIME Net. *Ann Fam Med*. 2009;7(3):245-8.
143. McMahon SR, Iwamoto M, Massoudi MS, Yusuf HR, Stevenson JM, David F, et al. Comparison of e-mail, fax, and postal surveys of pediatricians. *Pediatrics*. 2003;111(4 Pt 1):e299-303.
144. Volle-Couderc L. LES RÉPERCUSSIONS DE LA MALADIE CHRONIQUE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE SUR SON EXERCICE. ENQUÊTE AUPRÈS DE 111 MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX: UNIVERSITÉ TOULOUSE III; 2012.
145. Schmitt L. Psychothérapie de soutien: Elsevier Masson; 2012.
146. Verdoux H, Cortaredona S, Dumesnil H, Sebbah R, Verger P. Psychotherapy for depression in primary care: a panel survey of general practitioners' opinion and prescribing practice. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49(1):59-68.
147. Dumesnil H, Cortaredona S, Verdoux H, Sebbah R, Paraponaris A, Verger P. General practitioners' choices and their determinants when starting treatment for major depression: a cross sectional, randomized case-vignette survey. *PLoS One*. 2012;7(12):e52429.
148. Marcus SC, Olfson M. National trends in the treatment for depression from 1998 to 2007. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(12):1265-73.
149. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *JAMA*. 2002;288(6):756-64.
150. Jakoubovitch S, Bournot M-C, Cercier E, Tuffreau F. Les emplois du temps des médecins généralistes. *Etudes et résultats*. 2012(797).
151. Ross S, Moffat K, McConnachie A, Gordon J, Wilson P. Sex and attitude: a randomized vignette study of the management of depression by general practitioners. *Br J Gen Pract*. 1999;49(438):17-21.
152. Alvidrez J, Areal PA. Physician willingness to refer older depressed patients for psychotherapy. *Int J Psychiatry Med*. 2002;32(1):21-35.
153. Kravitz RL, Franks P, Feldman M, Meredith LS, Hinton L, Franz C, et al. What drives referral from primary care physicians to mental health specialists? A randomized trial using actors portraying depressive symptoms. *J Gen Intern Med*. 2006;21(6):584-9.
154. Haddad M, Menchetti M, Walters P, Norton J, Tylee A, Mann A. Clinicians' attitudes to depression in Europe: a pooled analysis of Depression Attitude Questionnaire findings. *Fam Pract*. 2012;29(2):121-30.

155. Anderson IM, Ferrier IN, Baldwin RC, Cowen PJ, Howard L, Lewis G, et al. Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 2000 British Association for Psychopharmacology guidelines. *J Psychopharmacol*. 2008;22(4):343-96.
156. Hermens ML, Muntingh A, Franx G, van Splunteren PT, Nuyen J. Stepped care for depression is easy to recommend, but harder to implement: results of an explorative study within primary care in the Netherlands. *BMC Fam Pract*. 2014;15:5.
157. Sinnema H, Franx G, Spijker J, Ruiters M, van Haastrecht H, Verhaak P, et al. Delivering stepped care for depression in general practice: results of a survey amongst general practitioners in the Netherlands. *Eur J Gen Pract*. 2013;19(4):221-9.
158. Briffault X, Sapinho D, Villamaux M, Kovess V. Factors associated with use of psychotherapy. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2008;43(2):165-71.
159. Dowrick C, Gask L, Perry R, Dixon C, Usherwood T. Do general practitioners' attitudes towards depression predict their clinical behaviour? *Psychol Med*. 2000;30(2):413-9.
160. Johnson MD, Meredith LS, Hickey SC, Wells KB. Influence of patient preference and primary care clinician proclivity for watchful waiting on receipt of depression treatment. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006;28(5):379-86.
161. Kovess-Masfety 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*. 2007;7:188.
162. Prins MA, Verhaak PF, Smolders M, Laurant MG, van der Meer K, Spreeuwenberg P, et al. Patient factors associated with guideline-concordant treatment of anxiety and depression in primary care. *J Gen Intern Med*. 2010;25(7):648-55.
163. Gelhorn HL, Sexton CC, Classi PM. Patient preferences for treatment of major depressive disorder and the impact on health outcomes: a systematic review. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2011;13(5).
164. Winter SE, Barber JP. Should treatment for depression be based more on patient preference? *Patient Prefer Adherence*. 2013;7:1047-57.
165. Simon GE, Fleck M, Lucas R, Bushnell DM, Group L. Prevalence and predictors of depression treatment in an international primary care study. *Am J Psychiatry*. 2004;161(9):1626-34.
166. Rozental A, Andersson G, Boettcher J, Ebert DD, Cuijpers P, Knaevelsrud C, et al. Consensus statement on defining and measuring negative effects of Internet interventions. *Internet Interventions*. 2014;1(1):12-9.
167. Newman MG. Recommendations for a cost-offset model of psychotherapy allocation using generalized anxiety disorder as an example. *J Consult Clin Psychol*. 2000;68(4):549-55.

168. Bebbington P, Meltzer H, Brugha T, Farrell M, Jenkins R, Ceresa C, et al. Unequal access and unmet need: neurotic disorders and the use of primary care services. *Int Rev Psychiatry*. 2003;15(1-2):115-22.
169. http://www.odilejacob.fr/catalogue/psychologie/psychiatrie/jusqu-ou-la-psychiatrie-peut-elle-soigner-_9782738113498.php Af. Jusqu'où la psychiatrie peut-elle soigner ? Internet. 14 janvier 2017.
170. Pilgrim D, Rogers A, Clarke S, Clark W. Entering psychological treatment: decision-making factors for GPs and service users. *Journal of Interprofessional care*. 1997;11(3):313-23.
171. Verdoux H, Gaudron Y, Tournier M. Transition in care in persons with antidepressant prescription in naturalistic conditions. *Fam Pract*. 2011;28(4):400-5.
172. <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1664> Af. Atlas régionaux 2015 | Conseil National de l'Ordre des Médecins. Internet. [cited 2017 Feb 8].

PRISE EN CHARGE DES TROUBLES PSYCHIQUES COURANTS EN SOINS PRIMAIRES : LA PLACE DES PSYCHOTHÉRAPIES

RÉSUMÉ :

INTRODUCTION : La prise en charge des troubles dépressifs et anxieux se situe en grande partie dans la pratique quotidienne de la médecine générale. Aussi, les psychothérapies figurent parmi les traitements ayant fait leurs preuves. L'objectif de cette étude est d'explorer les modalités d'orientation en soins primaires, vers des soins de psychothérapie, pour des personnes souffrant de troubles psychiques courants.

MÉTHODES : Nous présentons une enquête transversale, réalisée auprès d'un échantillon de médecins généralistes (MG) exerçant en Occitanie. Des analyses descriptives, bivariées et multivariées, ont été réalisées afin de mettre en évidence d'éventuelles liaisons entre les pratiques des MG et d'autres variables explicatives.

RÉSULTATS : Un tiers des 248 MG ayant participé oriente au moins 1 fois par semaine leurs patients en psychothérapie. Ceci est corrélé au sexe des MG ($p < 0.001$), au fait d'avoir expérimenté à titre personnel une psychothérapie ($p = 0.021$) et à la date de début d'exercice ($p = 0.019$).

DISCUSSION : L'expérience personnelle des MG semble jouer un rôle plus important, par rapport aux caractéristiques professionnelles, dans leurs indications de psychothérapies. Des développements en termes de formation, mais aussi de pratiques collaboratives, pourraient impacter positivement les stratégies décisionnelles ainsi que l'accès pour les usagers à des soins psychothérapeutiques.

MOTS-CLÉS : troubles mentaux courants, troubles dépressifs, troubles anxieux, soins primaires, psychothérapies, soins gradués, soins collaboratifs.

TITRE EN ANGLAIS : ACCESS TO PSYCHOTHERAPY FOR PRIMARY CARE PATIENTS WITH COMMON MENTAL DISORDERS

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

UFR Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

DIRECTEUR DE THÈSE :
Professeur Laurent SCHMITT