

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPECIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement
par

Marie BUNEL

Le 10 octobre 2023

Aisance globale à orienter le patient dépressif vers la psychothérapie : auto-questionnaire auprès des internes de médecine générale en Occitanie

Directeur de thèse : Dr Yohann VERGÈS

JURY :

Madame le Professeur Julie DUPOUY

Président

Monsieur le Professeur Jean Christophe POUTRAIN

Assesseur

Monsieur le Docteur Yohann VERGÈS

Assesseur

Madame le Docteur Margaux GAILLARD

Assesseur



UNIVERSITÉ
TOULOUSE III
PAUL SABATIER

Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine

2022-2023

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur SERRE Guy
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MESTHE Pierre	
Professeur LANG Thierry	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALAUAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURHASHEM Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUX Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme PERROT Aurore	Physiologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RECHER Christian(C.E)	Hématologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Médecine du Travail
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

Professeurs Associés

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
Mme DUPRET-BORIES Agnès	Oto-rhino-laryngologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GASCOIN Géraldine	Pédiatrie
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
Mme MOKRANE Fatima	Radiologie et imagerie médicale
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PIAU Antoine	Médecine Interne
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine Interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

Professeurs Associés de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeurs Associés Honoraires

Mme MALAUAUD Sandra
Mme PAVY LE TRAON Anne
Mme WOISARD Virginie

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BOUNES Fanny	Anesthésie-Réanimation	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. LAPEBIE François-Xavier	Chirurgie vasculaire
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	M. LEPAGE Benoit	Pharmacologie et neurologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dév. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. COMONT Thibault	Médecine interne	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
M. CONGY Nicolas	Immunologie	Mme NOGUEIRA Maria Léonor	Biologie Cellulaire
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme PERICART Sarah	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CURROT Jonathan	Neurologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle	Physiologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DELMAS Clément	Cardiologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RIBES-MAUREL Agnès	Hématologie
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme SALLES Juliette	Psychiatrie adultes/Addictologie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VUA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOULAA Bruno
M. ESCOURROU Emile

Maitres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
M. GACHIES Hervé
Mme LATROUS Leïla
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

Remerciements

A Mme Le Professeur Julie DUPOUY,

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse et de juger mon travail. Je vous remercie pour l'intérêt que vous portez à cette thèse. Soyez assurée de ma gratitude et de mon profond respect.

Au Pr Jean-Christophe POUTRAIN,

Vous avez accepté de siéger dans ce jury et de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Au Dr Margaux GAILLARD,

Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Au Dr Yohann VERGÈS,

Tu as accepté de diriger cette thèse sans même me connaître. Je te remercie de m'avoir guidé et accompagné durant la préparation de ce travail. Tes conseils et encouragement m'ont été d'une aide précieuse.

A mes maîtres de stages :

Aux médecins du service des urgences du CHIVA,
Merci pour votre séniorisation et votre accompagnement de chaque instant lors de mon premier semestre. Pour votre disponibilité, pour l'hypnose, pour les cafés, pour le réveillon et pour l'élection de miss France.

Au Dr Jean Richard DUGAST, et à ses collègues de la MSP d'Aspet,
Il t'aura fallu beaucoup de courage pour supporter une PN1 un peu barrée et aux jeux de mots (parfois) un peu foireux. Je crois que ton début de retraite tombait à pic pour récupérer de ce semestre ! Merci pour ta bienveillance et ta confiance. Et merci d'être revenu à Fougaron pour récupérer mon sac... j'ai peut-être parfois été (un peu) tête en l'air.
A Marie, pour cette jolie amitié, tissée en express, c'était vraiment bien cette soirée de départ en retraite, et ces quelques jours en stage à tes côtés.

Aux Dr Azzedine ASSOUAN, Dr Benjamin LOGAN, Dr Jean Pierre SALLES, et au Dr Agathe PERICAUD, de Lannemezan,
Merci pour votre bienveillance et pour tout ce que vous m'avez appris pendant ces 6 mois. Agathe, merci pour tous ces fous rires, pour les bonbons, pour les séances à râler un peu de temps en temps. Au fait, elle est arrivée la fameuse imprimante ?

Au Dr Cécile PLATTEAUX, au Dr Philippe PERROT et à Babeth,
Merci Cécile pour ta gentillesse, et pour ton soutien quand personnellement j'en ai eu besoin. Merci de m'avoir donné confiance en moi et de m'avoir rassuré alors que le SASPAS qui arrivait me faisait (vraiment) flipper. Merci pour les fous rires dans la voiture, et puis aussi en fin de journée.
Merci Philippe et Babeth, j'ai adoré tous nos déjeuners, passés à débattre et à plaisanter !

Au Dr Anne Sophie DUQUENNE, au Dr François PHILIPPE, au Dr Benoît GAVOILLE, et à tous les membres des cabinets Rochegude et de la Maladrerie.
Merci de m'avoir accompagné dans le grand bain des consultations en solo, d'avoir toujours répondu à mes multiples questions et de m'avoir laissé avancer à mon rythme.
Merci Anne Sophie pour ta gentillesse, pour ta patience face à mon réseau téléphonique défaillant pendant les débriefs.
Merci François pour tes conseils, tes attentions et ta confiance.
Merci Benoît pour ces débriefs où tu as écouté mes interrogations (en langage peu protocolaire) et où tu as toujours répondu avec bienveillance.
Merci Emmanuelle et Anne Laure de m'avoir toujours aidé quand je venais toquer un peu perdue
Merci Manue pour les pauses dej, pour les discussions culinaires et les échanges de recettes.

Au Dr Nicolas THORESON, au Dr Christophe POULIGNY, au Dr Pierre ARNAUTOU, et à tous les membres de la MSP de Valence d'Agen,
Il paraît que ça ne s'est pas vu mais bon sang qu'est-ce que j'étais stressée en me disant que c'était le dernier semestre ! Merci pour votre gentillesse et pour votre confiance, même quand parfois je suis vraiment « une truffe ! Mais quelle truffe ! ».
Merci pour les repas et les débriefs, pour les discussions pros et puis surtout pour toutes les discussions et précieux conseils pour « quand je serai grande ».
Merci aux secrétaires, Marie, Isabelle et Sandrine qui sont toujours aussi enthousiastes quand je chante « mamboléoouoooo » pour la 34254^e fois de la journée et qui m'entendent parfois souffler en dansant pour « rester de bonne humeur ».
A Lucie, formidable colloc sans qui j'aurais pu défaillir faute de café le matin. Si je le pouvais, je te construirai une soucoupe mais pour le moment je vais plutôt t'apporter un gâteau (ou un perroquet).

Merci également au Dr BONNET, Dr BONNEAU-SIMON, au Dr ZENOUN, au Dr FAVASULI et au Dr BERNARD, qui m'ont accueilli en stage et m'ont permis de les suivre afin de m'améliorer.

A mes proches,

A mes parents,

Merci de m'avoir transmis vos valeurs et votre sens de l'engagement.

Merci pour votre amour et votre soutien indéfectible, dans les (nombreux) moments de doute. Je n'en serai pas là sans votre présence à mes côtés, pour me rappeler « qu'il fera beau demain ».

Vous avez toujours tout fait pour nous et je ne vous en remercierai jamais assez.

Merci aussi pour vos moult relectures en un temps record, pour cette thèse et pour mes mémoires... (promis celle-là c'était la dernière !)

A Lukas,

Merci pour tout l'amour que tu me portes, pour ta patience quand je divague (vague), pour ta compréhension et ta bienveillance. Merci d'être là pour m'apaiser quand je me laisse submerger, c'est parce que tu es à mes côtés que « tout va bien se passer ».

Merci d'avoir tenu bon et de m'avoir soutenue dans la tempête des ECN et de l'internat. C'était un sacré pari de partir avec moi dans ces années mouvementées mais maintenant ça y'est, place à la liberté et à plein de nouveaux projets !

A mes frères, Jean et Louis,

Merci mes cailloux pour vos encouragements, pour votre écoute (même quand « on s'en F*** ! »), pour votre présence réconfortante, pour vos chamailleries qui arrivent à être à la fois déconcertantes et pourtant super marantes.

Jean, tu vas pouvoir aller nous chercher quelque chose à la cave, il est bientôt 19h. Louis attention à ne pas trop vider le congel... on rentre et nous aussi on veut manger !

A Xiao, c'est un plaisir de t'avoir dans notre famille, j'ai hâte de revenir te voir jouer ! « 干杯 »

A Mamie,

Merci pour ton amour, ton écoute, ton soutien et ta douceur. Je n'aurai pas eu la force de tenir ces dix années d'études sans toi, j'aurai aimé que tu puisses me serrer dans tes bras pour ce jour tant attendu, mais je sais que tu es à mes côtés.

J'espère que toi et Papi êtes fiers vos petits-enfants.

A Mamie Josette et à Papi Edmond,

Mamie, je sais que tu es présente aujourd'hui par la pensée, merci pour tes pensées de tous les jours et pour tes encouragements.

Papi, j'espère avoir ton calme et ta sérénité aujourd'hui, c'est pas gagné mais on va y arriver !

Aux Tatas,

A ma marraine, Catherine, ça y'est je (re)pleure, on se demande de qui je tiens ... Merci d'être venus aujourd'hui, merci pour tes petits messages et ton soutien. Bref j'arrête, je vais chercher les mouchoirs, je dois encore écrire

A Tata Annick,

Merci de rire à mes bêtises et de te rebeller avec moi quand je raconte des absurdités.

A Tata Sylvie,

Merci pour l'amour que tu nous as donné, pour les nuits dans la caravane, les crêpes, la saint gilles ... je ne pourrai pas tout citer

A Patricia,

Pour tes conseils, pour le (grand) verre de Spritz quand j'avais besoin de réfléchir à tête reposée et puis pour le café du samedi matin, qu'on va pouvoir partager plus souvent maintenant. Hauts les cœurs !

A ma belle-famille,

Merci Claire pour ta douceur et pour les longues discussions autour d'un bon café. Et merci pour le résumé traduit in extremis (sinon il serait clairement rédigé en espagnol) !

A Bruno dont le calme olympien me fait espérer que tout va bien se passer quand je serai une grande. Saches que je me penche sur les règles du tennis pour tout comprendre quand on va rentrer.

A Aude So et Mimi, aux rires et à nos concours de vidéos débiles, si j'avais pu en mettre dans ce diapo... je l'aurai bien fait !

A Mamichou, Mapie et Jérôme, Pascal et Agnès, Charlinou et Teddy, Théo et Lulu, Arthur et Oph : merci de m'avoir accueilli à bras ouverts. Maintenant, ce sera plus facile de s'organiser pour les repas !

A Manue,

Mon binôme dès le plongeon dans le grand bain de l'internat. Merci pour cette belle amitié ! Merci pour ta douceur, pour ces longs moments à discerner sur nos moult tracas de gardes, pour ces rires partagés même quand on désespérait. Le générique de Koh Lanta résonnera dans ma tête en sortant de cette salle et ça, c'est à toi que je le dois !

A Léa,

On s'est rencontrées un peu plus tard mais on aura déblatéré tellement de vanes foireuses que pour les autres c'est déjà bien assez long ! Moi perso, je ne m'en lasse pas ...

A ma Lélé,

Pour tous ces matins où j'ai continué à me dandiner, musique à fond dans la voiture pour aller bosser. Je parle toujours aussi mal anglais qu'il y a 12 ans, alors je n'aiderai pas Camille à apprendre cette langue, mais je lui expliquerai la tectonique des plaques et lui apprendrai à réviser le bac dans un hamac et ça c'est important !

A Momo,

Qui aurait cru qu'en partant à Mallorca fêter mon « anniversaire » on allait finir à Toulouse 7 ans plus tard ? Avec qui j'aurai appris à faire du crêpi chez Jacky ? Merci pour tous ces jours où on aura levé le soleil en dansant sur For ever young, pour les cafés, pour les virées décompression et pour ta capacité à calmer mon cerveau en ébullition !

A Nastou,

De Tordouet jusqu'à Toulouse, je suis contente qu'on ait pu enfin vivre dans la même ville. Merci pour ces cafés partagés, où tu as su remettre mes idées en place quand il le fallait. Merci pour ces moments ensemble, posés ou festifs, qui permettent toujours de souffler et de repartir du bon pied.

A Carlos, merci de supporter nos jacasseries, et de résister à la 5é écoute de France Gall ou de Michel Berger en 25 minutes. Attends... t'entends ? Y'a un iench ?

A Adri, tu vois pour une fois j'aurai peut-être réussi à ne pas rire, si j'ai échoué, saches que je m'entraîne !

A Tati,

A la joie de t'avoir vraiment rencontré, après 5 ans à se croiser, à nos têtes à tête au PV pour jaser, refaire le monde et parler projets !

A Eden,

Au cassoulet qu'on rêve de manger, aux blagues et jeux de mots toujours bien choisis et à notre talent pour se vanter avec tact, mesure et délicatesse.

A Nico, pour les bières, pour les bons plans concerts, pour la rando en baskets cassées et pour tous les autres moments partagés. Une chance qu'un jour les copains ont perdu leur clé !

A Alex,

Merci pour les litres de cafés et les heures passées à la BU, pour les soirées passées à refaire le monde à Ouistreham, à chanter. Merci d'être mon ami. AH ! Et merci d'être un partenaire de valse hors pair ! On va pouvoir reprendre les entraînements !

A Clem,

Si un jour tu lis ceci (je te l'enverrai aussi par message au cas où), merci pour les pommes noisettes et pour les fins de journées où je débarquais chez vous de manière inopinée histoire de chiller et rigoler. Merci pour ta bienveillance, pour tous ces jours où tu es arrivé à la rescousse après une sale journée.

A Thib et Jeanne,

Merci pour cette belle amitié, merci de toujours répondre présent, d'être toujours à fond et de nous faire passer des retours aussi animés ! Que c'est bon de vous avoir à mes côtés <3

A Gatoche, merci d'avoir été ma vieille, sans quoi on en aurait loupé des moments de péripéties et des soirées ubuesques chez Mr Kus, chez toi ou ailleurs !

A Tiffany,

Merci pour la corpo, pour le ski, pour les vacances à Lacanau, pour nos diners à l'appart et nos soirées au Farniente !

A Juju,

Merci pour ta joie communicative, pour tous ces moments de danse et de rires. Même si tu es loin tu es dans mes pensées. T'as un bureau de libre pour que je vienne remplacer ?

Aux copains rencontrés au cours de la PACES et de l'externat, qui ont permis de rendre ces dix années un peu plus douces et bien plus fun !

Table des matières

Honorariat.....	
Remerciements	
Table des matières	1
Liste des abréviations	3
Introduction	4
<i>Le syndrome dépressif</i>	4
Epidémiologie	4
Diagnostic.....	4
Prise en charge.....	6
Coût sociétal.....	8
Place du médecin généraliste dans la prise en charge	8
<i>Problématique</i>	9
<i>Objectifs</i>	10
Matériel et méthodes	11
<i>Type d'étude et population cible</i>	11
<i>Elaboration et envoi de l'auto-questionnaire</i>	11
<i>Recueil des données</i>	11
<i>Critères de jugement principal et secondaires</i>	12
<i>Analyses statistiques</i>	12
<i>Formalités éthiques et réglementaires</i>	13
Résultats	14
<i>Caractéristiques de l'échantillon</i>	14
<i>Critère de jugement principal</i>	15
<i>Co-variables d'intérêt</i>	16
Discussion	24
<i>Les internes et médecins généralistes</i>	24
<i>Les patients</i>	25
<i>Collaboration avec les professionnels en santé mentale</i>	26
<i>La problématique financière</i>	28
<i>Forces de l'étude</i>	29
<i>Limites de l'étude</i>	30
<i>Perspectives</i>	30
Conclusion.....	31

Références bibliographiques	32
Annexe	34
Annexe 1 : questionnaire de thèse	34
Annexe 2 : Réponses au questionnaire BDC-Q	38

Liste des abréviations

AIMG : Association des internes de médecine générale

DUMG : Département universitaire de médecine générale

CPP : Comité de protection des personnes

CNIL : Commission nationale de l'informatique et des libertés

EDC : Episode dépressif caractérisé

PHQ-2 : Patient Health Questionnaire à 2 questions

PHQ-9 : Patient Health Questionnaire à 9 questions

BDI-II : Inventaire de dépression de Beck

HDRS : Hamilton Depression Rating scale : Echelle d'Hamilton

MADRS : Echelle de Montgomery Asberg

GDS-15 : Echelle de dépression gériatrique à 15 questions

ISRS : Inhibiteur de la recapture de la sérotonine

ISRSNa : Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline

IMG : Internes de médecine générale

MG : Médecin généraliste

HAS : Haute autorité de santé

Introduction

Les troubles en santé mentale constituent un problème majeur de santé publique. En France, selon les rapports de la CNAM, les maladies psychiatriques et psychotropes représentent conjointement le premier poste de dépenses d'assurance maladie remboursées par catégorie de pathologies. Le médecin généraliste est le premier recours des patients touchés par la dépression dans 80% des cas; il est même le seul interlocuteur pour 50% d'entre eux (1).

Le syndrome dépressif

Epidémiologie

D'après Santé Publique France, en 2021, 12,5% des 18-85 ans auraient présenté un épisode dépressif caractérisé (EDC) (2) alors que la prévalence était de 7,5% en 2010 (3). En 2001, le rapport de l'OMS prévoyait qu'en 2030, les troubles mentaux seraient la première cause de morbidité dans les pays industrialisés (4).

Diagnostic

Facteurs de risque

L'épisode dépressif caractérisé touche préférentiellement les femmes, avec un sex ratio de 2 femmes pour 1 homme. Il touche plus fréquemment les personnes isolées (seules, divorcées) (5). On observe un gradient selon le statut socio-économique, un bas niveau socio-économique constituant un facteur de risque de dépression. A l'inverse, un haut niveau socio-économique, prodiguant une certaine sécurité financière et alimentaire ainsi qu'un meilleur niveau d'étude, serait un facteur protecteur (4,6) .

Forme clinique de l'EDC

Le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé est un diagnostic clinique dont les critères sont définis par le DSM-V. Les symptômes, présents depuis au moins deux semaines, induisent une détresse significative avec une modification de l'état de fonctionnement antérieur. Ils ne doivent pas être liés à une autre affection médicale ou à l'effet physiologique d'une substance.

Pour poser le diagnostic, on doit retrouver au moins 5 symptômes parmi les suivants :

- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités

- Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime
- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours
- Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours
- Pensées de mort récurrentes (pas seulement peur de mourir), idées suicidaires répétitives avec ou sans plan précis

Il est obligatoire de retrouver soit une humeur dépressive, soit une anhédonie. Ces symptômes ne doivent pas être mieux expliqués par une autre pathologie. Il faut également écarter un antécédent d'épisode maniaque ou hypomaniaque (7).

Les diagnostics différentiels à évoquer sont variés : un deuil, une réponse normale à un événement de vie significatif, une affection psychiatrique, certaines pathologies somatiques (hypothyroïdie, démence, contexte infectieux...), un abus de substances ou un contexte de sevrage, une iatrogénie (8).

Echelles de dépistage et d'évaluation de la sévérité

Plusieurs échelles sont disponibles pour aider le praticien. On retrouve par exemple le PHQ-2 ou le PHQ-9, le BDI-II, HADS, HDRS, le MADRS et le GDS-15 (HAS 2017). Lors de l'évaluation du patient, il est indispensable d'évaluer le risque suicidaire.

Comorbidités

Les comorbidités sont très fréquentes. On retrouve principalement les troubles anxieux associés dans 50% des cas (Zimmerman et al., 2000 cité dans (4)), les troubles du comportement alimentaire, les troubles du sommeil, les conduites addictives. D'après Rouet-Nailani, un patient présentant un syndrome dépressif aurait plus de comorbidités que la population générale, avec en moyenne 7 pathologies, contre 3 chez un individu non dépressif (9). Les pathologies chroniques, comme le diabète, les maladies cardiovasculaires peuvent à la fois constituer un facteur de risque et un facteur qui contribue à pérenniser le trouble dépressif (4).

Evolution

L'épisode dépressif caractérisé reste isolé dans la majorité des cas, il se chronicise pour 15% des patients, et on observe un taux de récurrence de 35% dans les deux années suivant le premier épisode (5,10) .

Prise en charge

Recommandations actuelles

En 2017, l'HAS a actualisé les recommandations de bonne pratique en ce qui concerne la prise en charge de l'EDC en soins premiers.

Dans tout épisode dépressif, l'alliance thérapeutique entre le soignant et le patient constitue un pilier de la prise en charge. Proposer des consultations dédiées permet d'informer le patient sur la pathologie et sur les possibilités thérapeutiques s'offrant à lui. Il est indispensable de construire le projet thérapeutique avec lui, selon ses préférences, mais aussi selon ses possibilités, notamment concernant l'accessibilité aux psychothérapies. La prise en charge des troubles dépressifs nécessite une réévaluation et un suivi régulier (au minimum dans les 4 à 8 semaines), afin de s'assurer de l'adhésion du patient et d'ajuster la prise en charge selon l'évolution des troubles (8).

D'autre part, il est important d'évoquer le mode de vie et de lui conseiller de respecter le rythme nyctéméral, de pratiquer une activité physique régulière, d'éviter la consommation d'alcool ou de substances toxiques, d'encourager une activité sociale et de reprendre petit à petit les activités habituellement plaisantes.

Selon la sévérité de la dépression, plusieurs stratégies sont conseillées :

- Dans le cas d'un EDC léger, une psychothérapie de soutien est préconisée en première intention. Elle peut être réalisée par le médecin généraliste selon ses compétences ou par un autre professionnel de santé (psychologue, psychiatre).
- En cas d'EDC modéré, on préconise une psychothérapie de soutien ou une psychothérapie structurée. Un traitement antidépresseur peut également être instauré lorsque le médecin considère qu'il est nécessaire.
- Dans l'EDC sévère, le traitement antidépresseur est instauré d'emblée et en parallèle, un avis auprès d'un psychiatre est recommandé afin de concilier traitement médicamenteux et psychothérapie structurée. Une hospitalisation peut être nécessaire.

La psychothérapie

Le terme de « psychothérapie » est défini comme « l'ensemble des moyens psychologiques qui peuvent être mis en œuvre dans un but thérapeutique (11). Il s'agit d'un domaine vaste puisqu'on dénombre plus de 400 types de psychothérapies (12). Plusieurs d'entre elles ont prouvé leur efficacité dans la prise en charge de l'EDC (8). On peut citer par exemple la psychothérapie de soutien, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), les psychothérapies psychodynamiques ou analytiques et les thérapies systémiques.

Selon les recommandations de l'ANAES de 2002, la psychothérapie de soutien a pour objectif d'amener le patient à verbaliser ses difficultés actuelles, de l'aider à en comprendre l'origine et de le soutenir dans ses décisions facilitées. Elle est souvent évoquée mais il est difficile d'en délimiter les contours précis. Bien que n'ayant pas le titre de psychothérapeute, le généraliste exerce une forme de psychothérapie de soutien de manière plus ou moins formelle. Les étapes du processus de la relation d'aide proposé par Rogers reflètent bien cette pratique : le temps de la consultation est l'occasion pour le patient d'exprimer sa plainte. Par son écoute active, le médecin l'aide à expliciter son problème. Leur relation de proximité permet au soignant de l'aider à l'analyser. Il l'aide à comprendre son trouble et favorise son adhésion au projet thérapeutique. Il peut ensuite l'accompagner dans son cheminement émotionnel et ainsi l'aider à initier des changements et actions positives de manière efficace (11) . Dans une étude menée dans le Nord, 60% des généralistes déclaraient pratiquer une psychothérapie de soutien, alors qu'ils n'étaient que 11% à s'être formé à cette pratique (13). De manière générale, 84% des généralistes estiment que leur formation est suffisante pour prendre en charge les patients dépressifs. Cependant, 78% sont demandeurs de formation complémentaire concernant la pratique psychothérapeutique (13).

D'après une étude menée par Dezzetter, la psychothérapie pourrait apporter un taux de rémission supplémentaire de 30% (14). De manière générale, les bénéfices attendus sont variés : 90% des sujets ayant suivi une psychothérapie sont satisfaits des résultats et 60% s'en trouvent améliorés de manière durable (on retrouve d'ailleurs de meilleurs résultats à long terme qu'avec les thérapeutiques médicamenteuses). On observe un taux de rémission de 60%, un effet positif sur la prévention des rechutes et une amélioration de la qualité de vie.

Concernant la consommation des soins, on note une diminution de la durée des hospitalisations, une demande de consultations médicales amoindrie et une baisse de la durée des arrêts longue maladie (4,12,14–16).

Les traitements médicamenteux

Un traitement médicamenteux est recommandé en cas d'EDC sévère. Dans les dépressions légères à moyennes pour lesquelles la psychothérapie a donné des résultats insuffisants, les antidépresseurs peuvent également être proposés.

Il existe 5 classes d'antidépresseurs : les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa), les « autres antidépresseurs » (comme la miansérine et la mirtazapine) , les imipraminiques, (tricycliques ou non) et les inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO).Le choix de la molécule se fait selon les manifestations que présente le patient, ses comorbidités et surtout selon le profil de tolérance. Les ISRS et IRSNa sont préconisés en première intention. En cas d'anxiété majeure, d'insomnie importante ou d'agitation, la prescription d'anxiolytiques peut être justifiée mais pour une durée brève, d'environ 15 jours.

Coût sociétal

L'épisode dépressif caractérisé altère le fonctionnement du sujet sur tous les plans, notamment professionnel et familial. En effet, 68,4% des patients dépressifs se sentent en incapacité de travailler (9) et l'EDC occupe actuellement la troisième place en terme de volume d'heures d'arrêt de travail (4). De manière globale, la prise en charge globale des troubles de l'humeur représentait 14,5 milliards d'euros en 2015. En 2020, le budget leur étant alloué représentait 8% de l'ONDAM, soit deux fois plus que les pathologies cardiaques chroniques (17).

Place du médecin généraliste dans la prise en charge

En France, on estime que 30% de la population qui consulte en soins primaires présente un trouble en santé mentale (18). Les médecins généralistes sont en première ligne et 67% d'entre eux voient chaque semaine au moins un patient pour un syndrome dépressif (3). Pourtant, différentes études rapportent des difficultés tant en ce qui concerne le diagnostic que pour la mise en place d'un projet de soin en accord avec les recommandations.

On observe un paradoxe dans le diagnostic des EDC. D'une part, la moitié des syndromes dépressifs légers et modérés ne seraient pas diagnostiqués (17) . D'autre part, le médecin généraliste aurait tendance à sur-diagnostiquer des EDC modérés ou à amplifier l'intensité du syndrome dépressif retrouvé, ce qui pourrait justifier la prescription médicamenteuse (19). On observe que moins de 10 % des patients recevaient un traitement

adapté (1). Ces constats semblent montrer une difficulté à établir un diagnostic précis pour des troubles dépressifs légers et modérés. Plusieurs outils ont été validés mais ces questionnaires sont peu utilisés en pratique courante (4).

A ce jour, la psychothérapie est reconnue comme un réel traitement de la dépression par la majorité des généralistes (72%) (20). Cependant, la prescription de traitement médicamenteux reste très fréquente : on estime que 61 à 65% des généralistes prescrivent un traitement médicamenteux, y compris face à un EDC léger. Ils seraient même 22% à prescrire un antidépresseur dès la première consultation pour ce motif. Dans 58% des situations, ils y adjoignent un anxiolytique ou un hypnotique (13). Alors que la psychothérapie est préconisée quel que soit la sévérité de l'épisode dépressif, en pratique, elle n'est pas toujours conseillée par les praticiens. On constate tout de même une amélioration puisqu'en 2008, 35% des médecins généralistes conseilleraient la psychothérapie, contre 63,6% en 2018 (19,20).

Plusieurs paramètres peuvent expliquer que la psychothérapie ne soit pas systématiquement proposée. Tout d'abord, se pose la problématique des connaissances concernant l'EDC. Dans une étude de 2020, menée auprès de médecins généralistes, seuls 50% des sujets interrogés connaîtraient les recommandations concernant la prise en charge de la dépression et 15% d'entre eux considèrent que cela impacte leur capacité à prendre en charge cette pathologie (17). Le manque de connaissance sur les psychothérapies semble également poser problème. Au vu du grand nombre de psychothérapies existantes, il est difficile de savoir laquelle sera la plus adaptée à chaque patient. Cela implique également de savoir lesquelles sont exercées par les thérapeutes présents à proximité (1).

L'adhésion du patient est un élément majeur. D'après une étude de 2015, seuls 30 % des patients dépressifs ou anxieux acceptent de suivre une psychothérapie et y accéderaient (14). Un taux de participation si faible pourrait s'expliquer par des barrières culturelles, avec parfois une vision erronée du déroulement des séances. La problématique financière pourrait être un autre facteur explicatif, il est même le facteur majeur d'après 91% des médecins généralistes interrogés par Marion Vallot (thèse portant sur des médecins des Alpes Maritimes) (3).

Problématique

Peu d'articles portent sur la prise en charge de la dépression par les internes de médecine générale. Une thèse présentée en 2020 par B. Di Giorgio s'est intéressée aux connaissances et aux perceptions que les IMG peuvent avoir concernant la prise en charge des EDC. Il en ressort

que les internes ont plutôt de bonnes connaissances théoriques mais des difficultés dans la pratique. Sur le plan de la prise en charge non médicamenteuse, la majorité des étudiants interrogés s'accordent à dire que la psychothérapie est nécessaire et parfois suffisante pour prendre en charge un EDC. Cependant un tiers d'entre eux pense que la psychothérapie doit forcément être réalisée par un professionnel en santé mentale. De plus, un étudiant sur cinq ne l'inclue pas dans la prise en charge qu'il propose aux patients. L'auteur soulève tout de même une amélioration des habitudes de prise en charge : alors que 60% des généralistes estiment qu'un traitement médicamenteux seul peut être suffisant, seulement 18% des IMG interrogés dans son étude seraient du même avis (17).

Malgré les bénéfices démontrés de la psychothérapie, elle n'est toujours pas proposée de manière systématique. Comment expliquer le fait que cette thérapeutique non médicamenteuse ne soit pas plus employée en pratique ?

Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer si les IMG sont à l'aise lorsqu'il s'agit de proposer et de mettre en place une psychothérapie chez les patients présentant un épisode dépressif caractérisé.

L'objectif secondaire est de rechercher des facteurs pouvant favoriser ou au contraire rendre plus difficile l'instauration d'une prise en charge psychothérapeutique.

Matériel et méthodes

Type d'étude et population cible

Pour réaliser cette étude, nous avons choisi la méthode quantitative, observationnelle et transversale. La population cible de l'étude était constituée de l'ensemble des internes de médecine générale de la faculté de Toulouse (toutes promotions confondues) pour l'année 2022-2023.

Elaboration et envoi de l'auto-questionnaire

Notre étude s'est basée sur un auto-questionnaire (Annexe 1), composé de 36 questions, divisé en 3 parties :

- La première partie, composée de 7 questions permettant de caractériser la population étudiée.
- La seconde partie, 4 questions fermées sous forme d'échelle de Likert visait à connaître l'intérêt et le niveau d'aisance des internes dans la prise en charge de l'EDC.
- La troisième partie, composée de 25 questions fermées à type d'échelle de Likert, reprend le BDC-Q : une échelle reconnue, permettant d'explorer les barrières à la prise en charge de la dépression en médecine générale (21).

Avant d'être publié, ce questionnaire a été testé auprès de 8 sujets ne faisant pas partie de la population cible. La mise en forme des questions portant sur le BDC-Q a été scindée en sous parties pour une meilleure lisibilité lors de la passation du questionnaire. Un espace de texte libre a été créé pour recueillir d'éventuelles remarques ou questions des répondants.

Recueil des données

Notre questionnaire, anonyme, a été diffusé via un Google Form. Dans le texte de présentation du questionnaire, il était demandé aux internes de n'y répondre qu'une seule fois.

Afin d'optimiser le recrutement, celui-ci a été réalisé via différents moyens de communication :

- le mailing du DUMG suite à l'accord du Comité Recherche et Thèse
- la gazette des thèses publiée par l'AIMG

- les groupes de promotion sur les réseaux sociaux. Ces groupes fermés sont théoriquement uniquement accessibles aux internes de médecine générale de Toulouse.

Critères de jugement principal et secondaires

Le critère de jugement principal était le niveau d'aisance global à orienter le patient dépressif vers une psychothérapie (échelle de Likert de 1 = « pas du tout d'accord » à 5 = « tout à fait d'accord » en réponse à la question « Je suis à l'aise lorsqu'il s'agit de proposer et mettre en place une psychothérapie face à un patient présentant un syndrome dépressif ? »).

L'objectif secondaire était de rechercher d'éventuelles corrélations entre ce niveau d'aisance et d'autres variables explicatives.

Analyses statistiques

Les données ont été analysées via le logiciel Jamovi.

Les analyses statistiques ont été descriptives puis comparatives.

Deux types de variables ont été analysées :

- Les variables catégorielles, décrites à l'aide d'effectifs et de pourcentages
- Les variables continues, décrites à l'aide de moyennes, écarts-types, et selon la pertinence, les médianes, premiers et troisièmes quartiles.

Nous avons employé une échelle de Likert (5 propositions ordinales : « pas du tout d'accord », « pas d'accord », « ne se prononce pas », « d'accord » et « tout à fait d'accord »). Convertie en échelle allant de 1 à 5, notre variable d'intérêt nous a permis d'effectuer des analyses descriptives.

Lorsqu'un étudiant a donné deux réponses à une même question, nous avons effectué la moyenne des valeurs obtenues et arrondi vers la neutralité afin de biaiser le moins possible les résultats. Des analyses considérant ces valeurs comme des données manquantes ont été réalisées et ont fourni des résultats similaires.

Pour l'analyse comparative de l'aisance à orienter le patient vers une psychothérapie en fonction de chaque variable d'intérêt, nous avons utilisé :

- des tests t de Student bilatéral puis tests de Cochran-Armitage si significatifs pour les variables binaires

- des tests de corrélation de Spearman pour les variables quantitatives (ou ordinales).

Pour étudier les objectifs secondaires, nous avons réalisé une régression logistique univariée puis multivariée à partir des variables significatives.

Pour l'ensemble des analyses le seuil de significativité retenu était à 0,05.

Formalités éthiques et réglementaires

Notre étude était catégorisée hors loi Jardé conformément à l'article R. 1121-1 du code de la santé publique (recherche visant à évaluer des modalités d'exercice des professionnels de santé ou des pratiques d'enseignement dans le domaine de la santé), il n'a pas été nécessaire de faire une demande auprès du CPP. Il n'a pas été indiqué de solliciter de comité éthique (le fait d'interroger des professionnels de santé sur leurs pratiques ne posant pas de problème éthique propre). Une déclaration de l'étude a été faite auprès de la CNIL via le délégué à la protection des données du DUMG de Toulouse dans le cadre de la méthode MR 004 (Recherches en santé hors RIPH ne nécessitant pas le recueil d'un consentement). Une notice d'information participant était incluse dans le questionnaire diffusé.

Résultats

Caractéristiques de l'échantillon

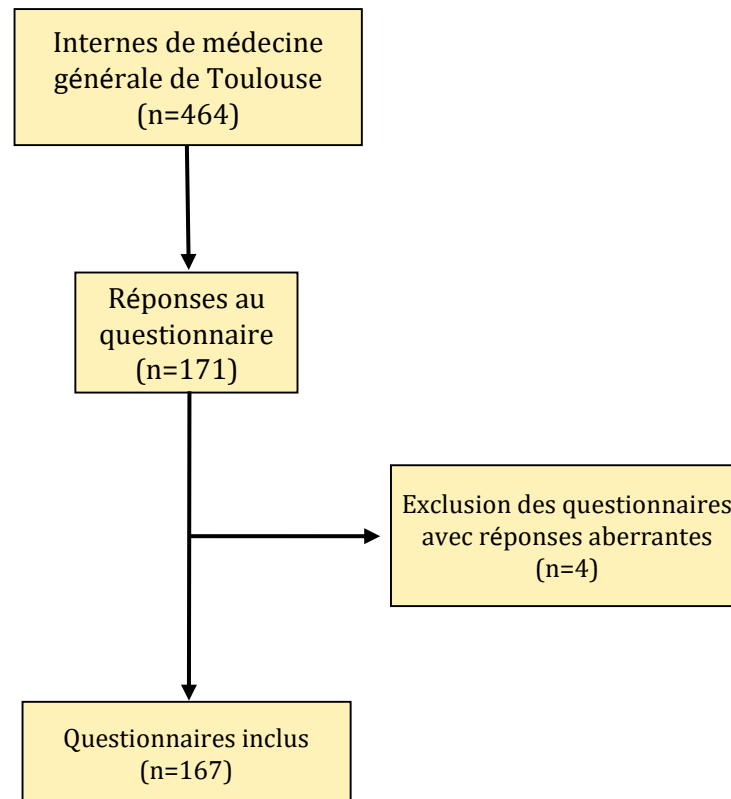


Figure 1: diagramme de flux

Sur les 464 internes inscrits à la faculté, 171 ont répondu au questionnaire. Nous estimons donc le taux de participation à 37%. 4 questionnaires ont été exclus des analyses devant la présence de réponses aberrantes.

n = 167		Effectif (%)
Année	1 ^{ère} année	38 (22.8 %)
	2 ^{ème} année	41 (24.6 %)
	3 ^{ème} année	68 (40.7 %)
	Post-internat	20 (12.0 %)
Genre	Masculin	41 (24.6 %)
	Féminin	126 (75.4 %)
Stage en zone*	Urbaine	37 (22.2%)
	Semi-rurale	116 (69.5%)
	Rurale	60 (35.9%)

n = 167		Effectif (%)
Structure d'exercice*	Cabinet libéral	149 (89.2%)
	MSP	137 (82.0%)
	CPTS	36 (21.6 %)
	Hospitalier	133 (79.6 %)

Tableau 1:Caractéristiques de la population de l'étude

(*) plusieurs réponses possibles

Le tableau 1 présente les caractéristiques de la population d'étude. On retrouvait une majorité de femmes (75,4%). L'âge médian des répondants était de 27 ans (minimum 23, maximum 47 ans, écart-type 2,435). On constate que la majorité des étudiants (69,5%) ont effectué des stages en zone semi-rurale. Les structures d'exercice ambulatoire étaient majoritairement des cabinets libéraux (89,2%) et des MSP (82%).

Critère de jugement principal

L'objectif principal de cette étude était de déterminer le niveau d'aisance globale qu'ont les IMG de Toulouse lorsqu'il s'agit de proposer et de mettre en place une psychothérapie chez un patient dépressif. On constate qu'ils s'estimaient majoritairement à l'aise dans cette situation. En effet, 35,9% d'entre eux se considéraient "très à l'aise", et 51,6% d'entre eux "à l'aise" dans ce contexte, soit un taux d'aisance global de 87,4%.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ne se prononce pas	D'accord	Tout à fait d'accord
Je suis à l'aise lorsqu'il s'agit de proposer et mettre en place une psychothérapie face à un patient présentant un syndrome dépressif?	3 (1.8 %)	14 (8.4 %)	4 (2.4 %)	86 (51.5 %)	60 (35.9 %)

Tableau 2: Aisance à orienter le patient dépressif vers une psychothérapie

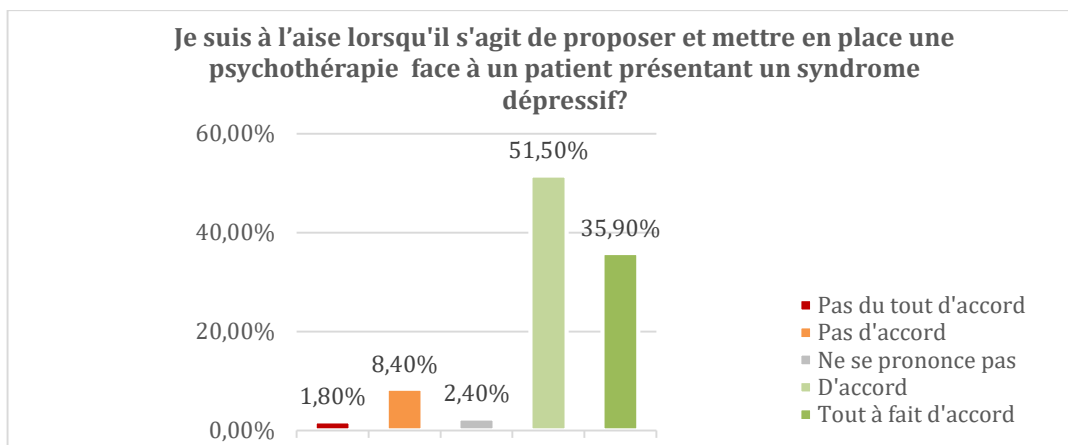


Figure 2 : Aisance à proposer et mettre en place une psychothérapie

Co-variables d'intérêt

	Acteurs présents dans le bassin de santé : Effectif (%)	Interactions avec les acteurs présents dans le bassin de santé Effectif (%)
Psychologue dans la structure	67 (40.1 %)	51 (30.5 %)
Psychologue libéral	147 (88.0%)	40 (24.0%)
Psychiatre libéral	91 (54.5%)	20 (12.0%)
CMP	137 (82.0%)	52 (31.1%)
Hospitalier	98 (58.7%)	40 (24.0%)
Aucun	2 (1.2%)	54 (32.3%)

Tableau 3: Acteurs présents dans le bassin de santé et interactions avec ses acteurs

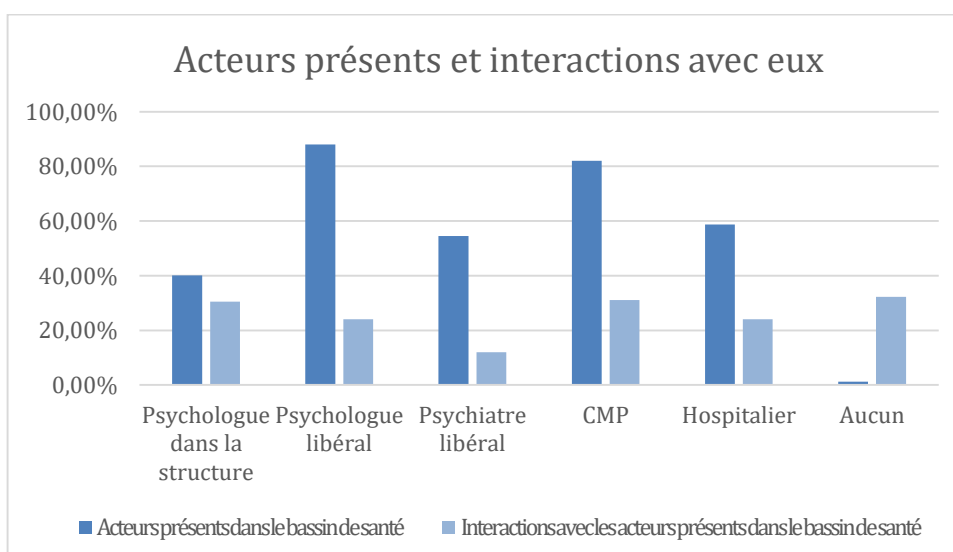


Figure 3: Acteurs présents dans le bassin de santé et interactions

Le tableau 3 et la figure 3 présentent les acteurs qui étaient présents dans les bassins de santé où les internes étaient en stage, ainsi que les interactions qu'ils ont eues avec les différents professionnels de santé mentale. On observe notamment que malgré une présence de psychologues libéraux dans 88% des cas, seuls 24% des internes ont eu une interaction avec eux. Plus marquant encore, 32,2% n'ont jamais eu d'interaction avec les acteurs en santé mentale présents.

87,4% des répondants sont intéressés par la prise en charge en santé mentale (Tableau 4). On constate que 69,5% d'entre eux sont à l'aise pour mettre en place un traitement médicamenteux face à un patient dépressif. La majorité des étudiants ayant participé (82,6%) pense que le remboursement de la psychothérapie facilite l'orientation des patients vers le psychologue.

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ne se prononce pas	D'accord	Tout à fait d'accord
Etes-vous intéressés par la prise en charge des patients dans le domaine de la santé mentale ?	1 (0.6 %)	12 (7.2 %)	8 (4.8 %)	95 (56.9 %)	51 (30.5 %)
Je suis à l'aise lorsqu'il s'agit de proposer et mettre en place un traitement médicamenteux face à un patient présentant un syndrome dépressif ?	5 (3.0%)	41 (24.6%)	5 (3.0%)	100 (59.9%)	16 (9.6%)
Le remboursement de séances de psychothérapie par la CPAM facilite-t-il pour vous l'orientation vers le psychologue ?	3 (1.8%)	18 (10.8%)	8 (4.8%)	53 (31.7%)	85 (50.9%)

Tableau 4: Autres variables d'intérêt étudiées

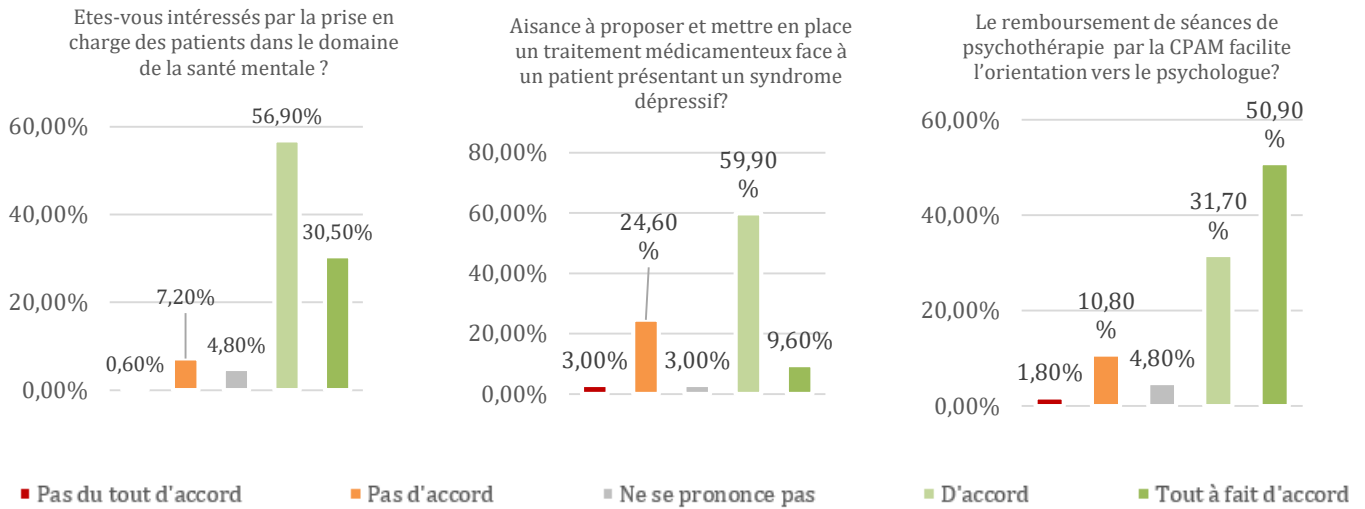
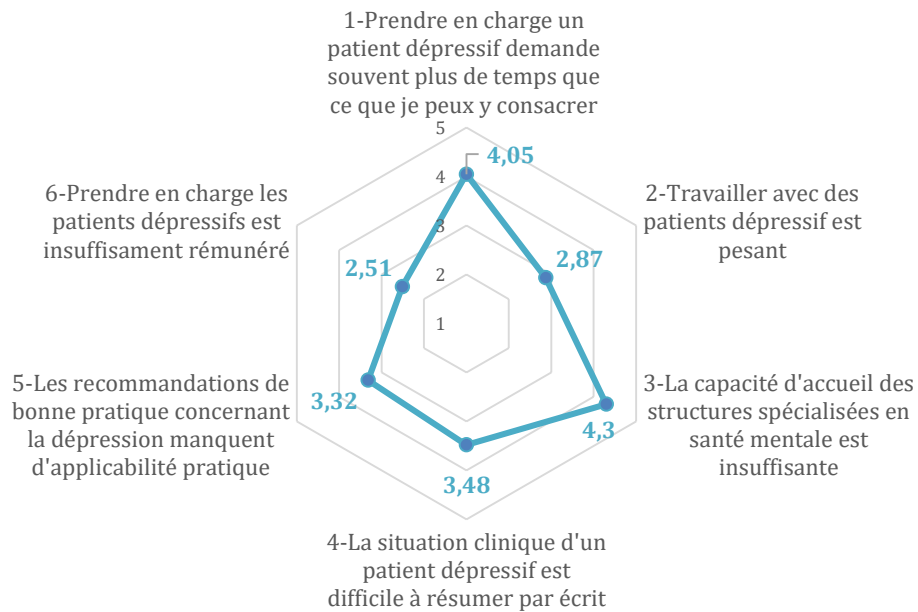


Figure 4: Autres variables d'intérêt étudiées

La pratique du médecin généraliste :



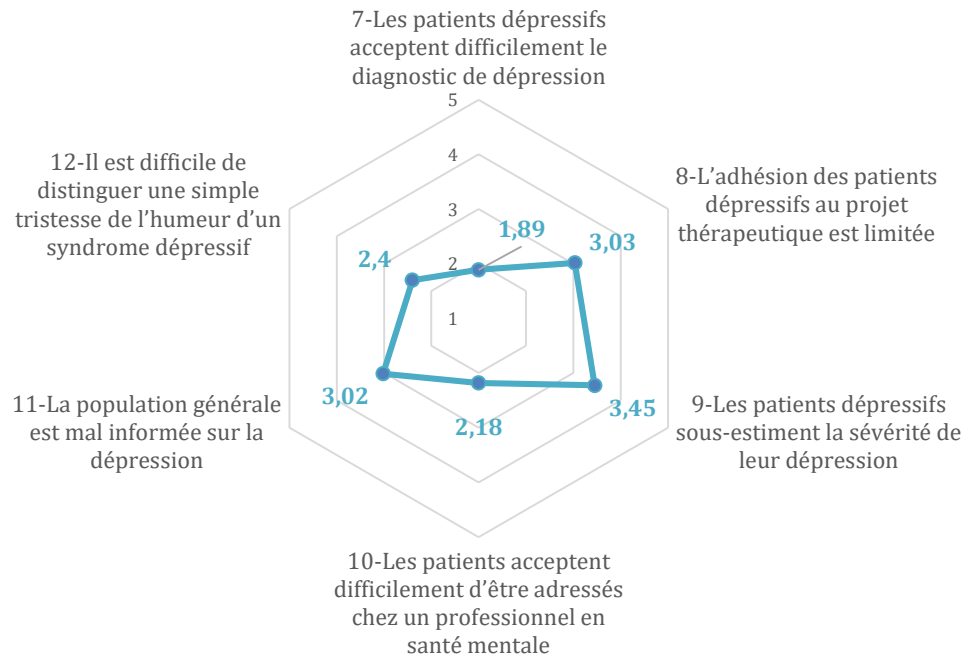
1 : Pas du tout d'accord 2 : Pas d'accord 3 : Ne se prononce pas 4 : D'accord 5 : Tout à fait

Figure 5: Questionnaire BDC-Q : la pratique du médecin généraliste

Dans les figures 5 à 9 les formulations initiales de certains items du BDC-Q ont été inversées pour obtenir une polarisation de l'ensemble des items dans le même sens (difficulté/insuffisance) et permettre une comparaison visuelle. Le détail des réponses au questionnaire BDC-Q est présenté en annexe 2.

La figure 5 représente les résultats de la première partie du questionnaire BDC Q, portant sur la pratique du médecin généraliste. Les notes indiquées correspondent à la note moyenne obtenue à chaque question.

Les patients et les représentations de la dépression :



1 : Pas du tout d'accord 2 : Pas d'accord 3 : Ne se prononce pas 4 : D'accord 5 : Tout à fait d'accord

Figure 6: Questionnaire BDC-Q : Les patients et les représentations de la dépression

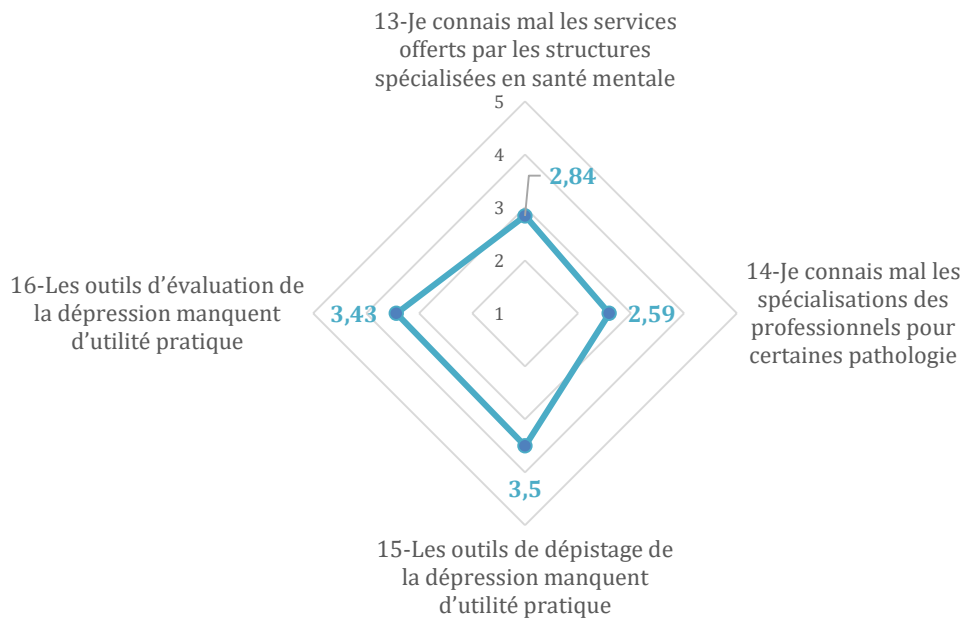
Les notes présentes dans la figure 6 représentent les réponses des internes aux questions s'intéressant aux patients et à leurs représentations de la dépression (seconde partie du questionnaire BDC Q).

Dans la figure 7, on retrouve les réponses des IMG aux questions portant sur les aides à la prise en charge.

Le graphique présenté dans la figure 8 représente les notes attribuées par les internes sur les questions du BDC Q évaluant la collaboration avec les professionnels en santé mentale.

Enfin, dans la figure 9, sont présentées les notes attribuées aux trois dernières questions du BDC Q, qui intéressent l'accès aux soins en santé mentale.

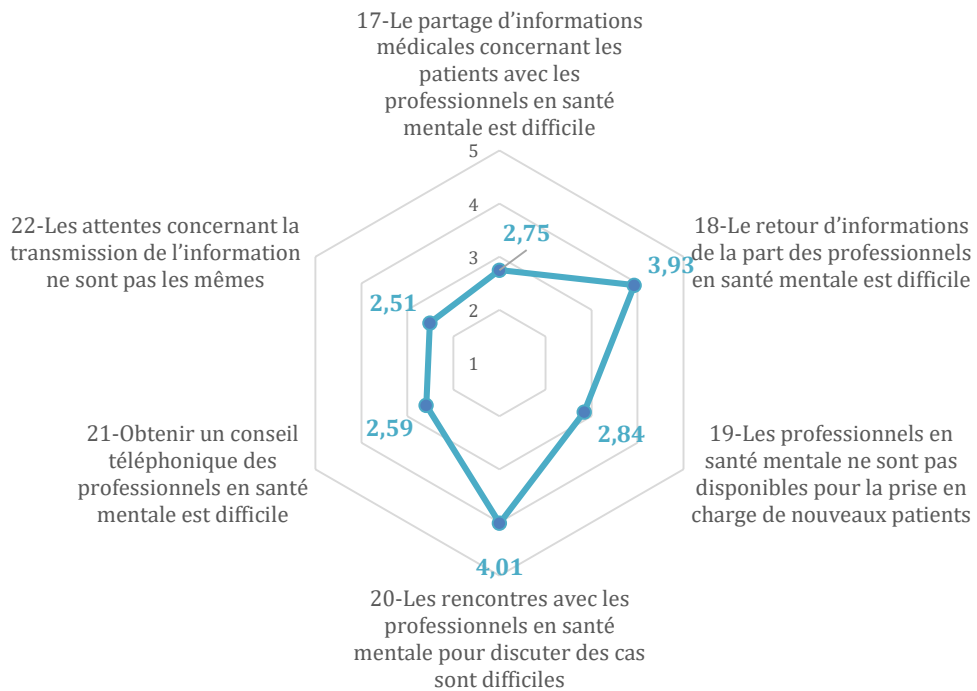
Les aides à la prise en charge :



1 : Pas du tout d'accord 2 : Pas d'accord 3 : Ne se prononce pas 4 : D'accord 5 : Tout à fait d'accord

Figure 7: Questionnaire BDC-Q : Les aides à la prise en charge

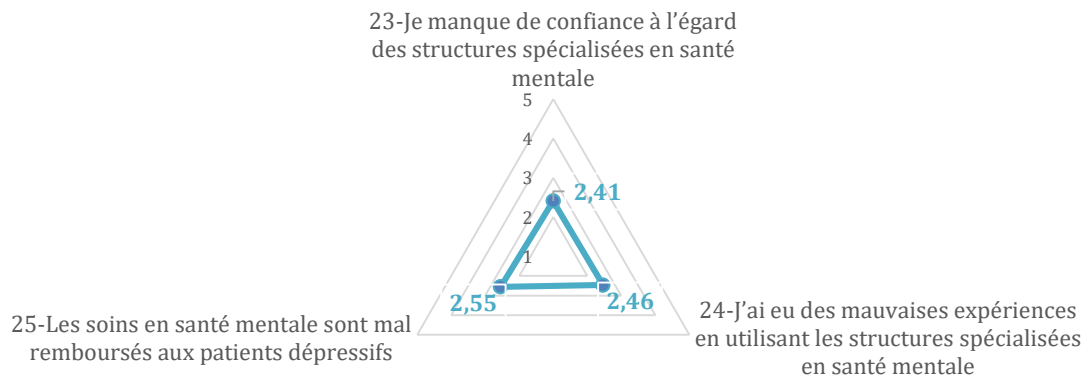
La collaboration avec les professionnels en santé mentale :



1 : Pas du tout d'accord 2 : Pas d'accord 3 : Ne se prononce pas 4 : D'accord 5 : Tout à fait d'accord

Figure 8: Questionnaire BDC-Q : La collaboration avec les professionnels en santé mentale

L'accès aux soins en santé mentale :



1 : Pas du tout d'accord 2 : Pas d'accord 3 : Ne se prononce pas 4 : D'accord 5 : Tout à fait d'accord

Figure 9 : Questionnaire BDC-Q : L'accès aux soins en santé mentale

Analyses comparatives

Tests t de Student

Aisance à proposer et mettre en place une psychothérapie face à un patient présentant un syndrome dépressif	
n = 167	
Variable d'intérêt	valeur p
Genre (féminin ; masculin)	0.654
Lors de vos stages ambulatoires, étiez-vous plutôt en zone :	
en zone urbaine	0.121
en zone semi rurale	0.694
en zone rurale	0.216
cabinet libéral	0.586
MSP	0.578
CPTS	0.560
Hospitalier	0.158
CDS	0.178
Lors de vos stages ambulatoires, quels acteurs en santé mentale étaient présents dans le bassin de santé :	
psychologue présent au sein de votre structure	0.461
psychologue libéral	0.179
psychiatre libéral	0.785
CMP	0.441
service de psychiatrie en milieu hospitalier	0.887
aucun	0.558
Lors de vos stages ambulatoires, avec quels praticiens avez-vous eu des interactions :	
psychologue présent au sein de votre structure	0.830
psychologue libéral	0.026 *
psychiatre libéral	0.343
CMP	0.467
service de psychiatrie en milieu hospitalier	0.042 *
aucun	0.150

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Tableau 5: Analyse comparative des variables binaires : tests de Student

Les tests t de Student ont fait ressortir que le niveau d'aisance à proposer et mettre en place une psychothérapie était significativement plus élevé chez les étudiants ayant eu des interactions lors de leurs stages ambulatoires avec un psychologue libéral et avec un service de psychiatrie en milieu hospitalier. Les tests de Cochran-Armitage n'ont pas retrouvé de résultats significatifs.

Tests de corrélation de Spearman

Variable d'intérêt	Rho de Spearman	valeur p
Semestre d'internat	0.173	0.026 *
Âge	0.158	0.041 *
Intéressement par la prise en charge des patients dans le domaine de la santé mentale	0.165	0.033 *
Aisance à proposer et mettre en place un traitement médicamenteux face à un patient présentant un syndrome dépressif	0.381	< .001 ***
Le remboursement facilite l'orientation	0.256	< .001 ***
Prendre en charge un patient dépressif demande souvent plus de temps que ce que je peux y consacrer	-0.062	0.427
Travailler avec des patients dépressif est pesant	-0.071	0.359
La capacité d'accueil des structures spécialisées en santé mentale est insuffisante	0.058	0.456
La situation clinique d'un patient dépressif est difficile à résumer par écrit	0.046	0.559
Les recommandations de bonne pratique concernant la dépression manquent d'applicabilité pratique	-0.182	0.018 *
Prendre en charge les patients dépressifs est suffisamment rémunéré	0.111	0.153
Les patients dépressifs acceptent facilement le diagnostic de dépression	-0.039	0.617
L'adhésion des patients dépressifs au projet thérapeutique est limitée	0.036	0.646
Les patients dépressifs sous-estiment la sévérité de leur dépression	-0.048	0.540
Les patients acceptent facilement d'être adressés chez un professionnel en santé mentale	0.020	0.800
La population générale est bien informée sur la dépression	0.031	0.689
Il est facile de distinguer une simple tristesse de l'humeur d'un syndrome dépressif	0.107	0.168
Je connais bien les services offerts par les structures spécialisées en santé mentale	0.200	0.010 **
Je connais bien les spécialisations des professionnels pour certaines pathologies	0.236	0.002 **
Les outils de dépistage de la dépression manquent d'utilité pratique	0.040	0.611
Les outils d'évaluation de la dépression manquent d'utilité pratique	0.006	0.939
Le partage d'informations médicales concernant les patients avec les professionnels en santé mentale est facile	-0.047	0.544
Le retour d'informations de la part des professionnels en santé mentale est difficile	0.047	0.549
Les professionnels en santé mentale sont disponibles pour la prise en charge de nouveaux patients	-0.044	0.573
Les rencontres avec les professionnels en santé mentale pour discuter des cas sont difficiles	0.067	0.390
Obtenir un conseil téléphonique des professionnels en santé mentale est facile	-0.041	0.600
Les attentes concernant la transmission de l'information sont les mêmes	0.008	0.916
Je manque de confiance à l'égard des structures spécialisées en santé mentale	-0.152	0.050
J'ai eu des mauvaises expériences en utilisant les structures spécialisées en santé mentale	-0.055	0.483
Les soins en santé mentale sont bien remboursés aux patients dépressifs	-0.044	0.573

Tableau 6 : Analyse comparative des variables quantitatives (test de corrélation de Spearman)

Les tests de corrélation de Spearman ont retrouvé une association significative entre le niveau d'aisance à proposer et mettre en place une psychothérapie et différents points étudiés. L'âge et le semestre d'internat étaient associés au niveau d'aisance. Il en est de même pour l'intérêt de la prise en charge des patients dans le domaine de la santé mentale, pour l'aisance à proposer et mettre en place un traitement médicamenteux face à un patient présentant un syndrome dépressif et pour la considération que le remboursement facilite l'orientation. Parmi les questions du BDC-Q, les items ayant révélé une association significative étaient : « les recommandations de bonne pratique concernant la dépression manquent d'applicabilité pratique » (*association inversée*) ainsi que la bonne connaissance des services offerts par les structures spécialisées en santé mentale et la bonne connaissance de la spécialisation des professionnels pour certaines pathologies.

Régression logistique de la variable "Aisance à proposer et mettre en place une psychothérapie face à un patient présentant un syndrome dépressif"

Note. La variable dépendante 'Aisance psychothérapie ?' suit l'ordre suivant : 1 | 2 | 3 | 4 | 5

Variable	modèle univarié		modèle multivarié	
	OR[IC95%]	valeur p	OR[IC95%]	valeur p
Interaction avec un psychologue libéral lors des stages ambulatoires	1.97 [1.00 ; 3.92]	0.050	-	-
Interaction avec un service de psychiatrie en milieu hospitalier lors des stages ambulatoires	1.61 [0.825 ; 3.16]	0.164	-	-
Semestre d'internat	1.18 [1.01 ; 1.38]	0.033 *	1.157 [0.977 ; 1.37]	0.092
Âge	1.05 [0.932 ; 1.20]	0.442	-	-
Intéressement par la prise en charge des patients dans le domaine de la santé mentale	1.55 [1.08 ; 2.25]	0.018 *	1.748 [1.126 ; 2.75]	0.014 *
Aisance à proposer et mettre en place un traitement médicamenteux face à un patient présentant un syndrome dépressif	2.16 [1.59 ; 2.97]	< .001 ***	1.804 [1.285 ; 2.57]	< .001 ***
Considération que le remboursement facilite l'orientation	1.44 [1.08 ; 1.92]	0.013 *	1.825 [1.333 ; 2.52]	< .001 ***
Considération que les recommandations de bonne pratique concernant la dépression manquent d'applicabilité pratique	0.722 [0.543 ; 0.953]	0.022 *	0.831 [0.612 ; 1.13]	0.233
Bonne connaissance des services offerts par les structures spécialisées en santé mentale	1.60 [1.13 ; 2.29]	0.009 **	1.037 [0.648 ; 1.66]	0.878
Bonne connaissance des spécialisations des professionnels pour certaines pathologies	1.59 [1.19 ; 2.14]	0.002 **	1.599 [1.087 ; 2.39]	0.019 *

Note. * p < .05, ** p < .01, *** p < .001

Tableau 7: Analyse par régression logistique

Dans l'analyse multivariée, certaines variables étaient significativement associées à l'aisance à proposer et mettre en place une psychothérapie : l'intérêt pour la prise en charge dans le domaine de la santé mentale, l'aisance à proposer et initier un traitement médicamenteux face à un sujet dépressif et les considérations concernant le remboursement des psychothérapies sont associées à notre question de recherche. Enfin, concernant les questions du BDC-Q, que la bonne connaissance des spécialisations des professionnels pour certaines pathologies était associée à l'aisance à orienter vers une psychothérapie.

Discussion

Les internes et médecins généralistes

Les résultats de notre étude sont plutôt satisfaisants puisqu'on constate que 87,4% des IMG s'estimaient à l'aise pour proposer et mettre en place une psychothérapie chez un patient dépressif. Les analyses comparatives montrent que le niveau d'aisance augmentait au cours de la formation et qu'il était associé à l'intérêt pour la prise en charge des patients dans le domaine de la santé mentale. Dans une étude menée auprès des IMG de Lille, 20% des internes n'introduisaient pas toujours la psychothérapie dans la prise en charge (17), cette estimation est en cohérence avec nos résultats. Dans le Panel 2013, 69% des MG ne préconisaient pas de psychothérapie à leurs patients (1). La psychothérapie semble donc faire partie intégrante de la prise en charge et les internes y ont plus recours que les généralistes interrogés, ce qui montre une amélioration des pratiques, en accord avec les recommandations actuelles. En pratique, 30 à 50% des patients présentant un épisode dépressif suivraient une psychothérapie, alors que le taux attendu devrait être de 100% (17).

Les internes conseillent donc fréquemment au patient de suivre une psychothérapie. Cependant, Di Giorgio montre que, pour un tiers d'entre eux, elle doit être réalisée par un professionnel en santé mentale. Beaucoup ignorent qu'un généraliste peut la mettre en place (17). Durant les consultations de médecine générale, nous réalisons une psychothérapie dite « de soutien », bien que nous n'en ayons pas toujours conscience (1). Alors que 60% des médecins reconnaissent l'utiliser, 78% des MG souhaiteraient être formés à la psychothérapie de soutien afin d'améliorer leur pratique (13). 84% des généralistes se sentent suffisamment formés pour prendre en charge une dépression, 82% sont demandeurs de formations complémentaires sur les différents types de psychothérapies et leurs indications. Ainsi, il semble que le versant théorique soit bien connu tant des internes que des médecins thésés, mais pour beaucoup, un complément de formation sur le côté pratique

serait nécessaire. Cela leur permettrait d'être plus à l'aise pour proposer les psychothérapies de soutien mais aussi de mieux orienter les patients selon les pratiques des PSM présents à proximité.

Les IMG de Toulouse ont même déclaré être plus à l'aise dans l'orientation vers la psychothérapie que dans la mise en place d'un traitement médicamenteux (à 87,4% contre 69,5%). Les analyses comparatives montrent une association significative entre ces deux éléments. Ainsi, alors que la prescription d'antidépresseur reste extrêmement fréquente, on constate que les internes sont moins enclins à les initier, en contraste avec d'autres études, rapportant que 60% des médecins généralistes pensaient que le traitement médicamenteux était suffisant et que 22% les prescrivaient même dès la première consultation (13,17). Ainsi, nos résultats soulèvent une modification des habitudes de prescription chez les internes.

On retrouve une association significative entre l'aisance à orienter vers la psychothérapie et l'applicabilité des recommandations. Les internes les moins à l'aise trouveraient donc que les recommandations concernant l'EDC sont difficiles à suivre en pratique. Cela semble concorder avec la littérature qui démontre qu'un manque de connaissance et d'expérience concernant la dépression et les recommandations à ce sujet serait associé à un recours plus fréquent aux antidépresseurs (17). Les difficultés d'accès aux professionnels de santé mentale (délai de rendez-vous, coût de la thérapie) ainsi que le manque de formation des généralistes pour la psychothérapie conduisent à une prescription accrue de traitements médicamenteux en première intention (5,13,22). Notre étude souligne aussi que le manque de temps est un facteur limitant pour presque 85% des internes toulousains.

Les patients

Le projet de soin est établi avec le patient. Cependant, de nombreux freins peuvent le rendre réticent à l'idée de suivre une psychothérapie.

Dans notre étude, 92,2% des internes pensent que la population générale reste mal informée sur la dépression. Depuis plusieurs années, la médiatisation des troubles en santé mentale tend à modifier la perception de la population générale ; cependant la crainte de la stigmatisation persiste. La perception du trouble dépressif évolue progressivement : savoir, qu'au même titre que pour un trouble somatique, le patient dépressif n'est pas responsable de sa maladie, que l'on peut en guérir, favorise le recours au soin. D'autre part, la

méconnaissance des structures de soins existantes, des différents types de thérapie et l'idée que l'hôpital psychiatrique est le seul recours peut complexifier la prise en charge (3,23).

La nécessité de soins n'est pas toujours identifiée par le patient et les sujets ayant le plus besoin de soins sont souvent ceux qui le manifestent le moins (24). Lors des consultations, il n'est pas toujours facile de détecter cette plainte, le patient se présentant très fréquemment pour un problème d'ordre somatique. Seuls 29,9% des répondants estiment qu'il est aisé de distinguer une simple tristesse de l'humeur d'un syndrome dépressif. Lorsqu'un EDC est décelé, il peut être difficile pour un patient d'accepter le diagnostic, surtout lorsque le motif de consultation est tout autre. Notre étude semble aller dans ce sens puisque pour la moitié des internes interrogés, seul la moitié des patients (49,7%) acceptent facilement le diagnostic posé.

L'adhésion du patient au projet de soin est également pointée du doigt par la moitié des internes ayant participé au questionnaire. Pour eux, 41,9% des patients acceptent facilement de consulter un professionnel en santé mentale. Dans la littérature, 75% des patients montrent des réticences à initier une psychothérapie, ce qui concorde avec nos résultats (1). Plusieurs points sont soulevés (1,15,23). :

- Les besoins de traitement sont insuffisamment perçus
- L'effet d'une psychothérapie est souvent sous-estimé
- Les patients atteints de troubles sévères ont plus de difficultés à obtenir et à honorer le rendez-vous chez le PSM (en partie du fait du ralentissement psychomoteur, de la culpabilité et de l'apathie qui rend l'initiation d'une démarche plus difficile)
- Les sujets présentant un EDC léger ou modéré ont moins recours aux psychothérapies
- Le recours est moins fréquent en cas de bas niveau socio-économique

Collaboration avec les professionnels en santé mentale

D'après Kovess, la France serait le pays européen où la collaboration est la moins développée. Seuls 40% des généralistes seraient satisfaits des échanges qu'ils ont avec les professionnels spécialisés dans le domaine de la psychiatrie (15).

Les capacités d'accueil des structures en santé mentale, insuffisantes, sont mises en avant par 86,2% des internes interrogés. Ce sentiment est partagé par 84% des médecins généralistes (1). Les délais de rendez-vous importants rendent difficile l'orientation du

patient vers les PSM. D'ailleurs seuls 13,2% des étudiants considèrent que les professionnels en santé mentale sont suffisamment disponibles pour prendre en charge de nouveaux patients. Ainsi le praticien est face à deux possibilités :

- Initier lui-même un suivi, en attendant le rendez-vous, quand bien même il n'a pas réalisé de formation spécifique (3).
- Initier un traitement médicamenteux afin d'éviter une évolution péjorative, en dépit des recommandations (22).

Cette problématique est d'autant plus marquée en zone rurale où les difficultés logistiques se surajoutent, notamment la nécessité de parcourir des distances plus importantes pour accéder aux praticiens (3,24).

Peu d'internes (13,2%) connaissent les structures spécialisées en santé mentale présentes autour d'eux. Alors que des professionnels en santé mentale étaient présents dans le bassin de santé où des internes ont effectué leur stage dans 98,8%, 32,3% d'entre eux n'ont jamais eu aucune interaction avec eux. La quasi-totalité des internes a donc la possibilité d'orienter les patients mais ne connaît pas les praticiens vers qui ils les orientent. Les analyses comparatives montrent d'ailleurs une association entre l'aisance à orienter vers la psychothérapie et la bonne connaissance des services et des spécialisations des professionnels en santé mentale. Les changements de stages à chaque semestre accentuent cette difficulté puisque tous les six mois, l'interne change potentiellement de territoire. Un temps d'adaptation est nécessaire afin de découvrir les professionnels présents. Pour les aider, un « annuaire » des différents spécialistes est généralement à disposition dans les cabinets mais souvent les psychologues n'y figurent pas. Rouet-Nailani le souligne dans sa thèse (5).

Seul 23,4% connaissent les spécialisations des PSM qui les entourent. Le constat est similaire du côté des psychologues, puisqu'en Midi-Pyrénées, 25% d'entre eux ont l'impression que la majorité des généralistes ne connaissent pas leur activité (25). Dans son étude, M. Tennessel constate que 65% des médecins généralistes interrogés ne connaissent pas ou peu les concepts et les techniques cognitivo-comportementales (4). Afin d'optimiser la collaboration entre les généralistes et les professionnels en santé mentale, il semble indispensable que chacun connaisse les compétences, les formations et les spécificités de l'autre. Chomienne suggère que pour mieux collaborer, les structures académiques doivent faciliter l'apprentissage à la collaboration au cours du cursus de chacun (26). C'est par

exemple le cas aux Etats Unis où les généralistes en formation bénéficient de cours spécifiques sur les psychothérapies et la manière de mener des entretiens. Une étude menée à Terre-Neuve, faisant collaborer internes en médecine et en psychologie à également montré une amélioration des échanges entre ces deux corps de métier mais aussi une meilleure efficacité dans les prises en charge. Cette étude montre cependant quelques réticences du côté des généralistes, ainsi ce point serait à explorer afin d'améliorer les échanges (27).

Du point de vue des internes interrogés, la communication entre les généralistes et les professionnels en santé mentale semble complexe :

- 82% des internes trouvent qu'il est difficile d'obtenir un conseil téléphonique
- 76,6% estiment qu'il est difficile d'organiser des rencontres avec les PSM pour discuter des cas
- Seulement 13,2% considèrent que le partage d'information avec les acteurs en santé mentale est facile.
- Près de 90% des internes rapportent des attentes différentes concernant la transmission de l'information entre les différents acteurs.

En 2015, la moitié des médecins généralistes déclarait ne pas avoir de contact avec les PSM (4). Alors que la quasi-totalité des médecins déclarait envoyer un courrier au psychiatre afin de lui adresser un patient, 74% ne recevaient aucun retour (28). Il en serait de même pour les psychologues (26). Cependant, plus récemment, les médecins interrogés par Vallot rapportent avoir des retours plus fréquents, et ce surtout lorsque les deux praticiens se connaissent (3).

La problématique financière

Le coût des psychothérapies est un frein majeur pour 91 % des médecins généralistes et conduit même le patient à renoncer aux soins (3). 50,4% des internes interrogés considèrent que les soins en santé mentale sont mal remboursés pour les patients dépressifs mais ils sont 82,6% à reconnaître l'amélioration apportée par le remboursement via le dispositif Monpsy. L'aisance à proposer et mettre en place une psychothérapie est, d'après nos analyses statistiques, associée à la considération selon laquelle ce remboursement facilite l'orientation.

Le problème financier conduit parfois le professionnel à orienter le patient vers un psychiatre qui sera remboursé plutôt que vers un psychologue (1,3). Rembourser les séances

de ces derniers pourrait permettre de réduire le nombre de patients présentant des EDC légers à modérés adressés aux psychiatres, ainsi ils seraient plus disponibles pour des situations plus complexes. Ce point est également présenté par Dezetter (14).

D'après plusieurs études, le remboursement des séances auprès des psychothérapeutes pourrait avoir des bénéfices à différents niveaux. Tout d'abord, en améliorant la qualité de vie du patient mais aussi celle de ses proches. Cela permet également de réduire les inégalités : le recours aux psychothérapies est plus fréquent en cas de niveau socio-économique élevé (14,15).

La prescription d'antidépresseurs en première intention est corrélée à l'absence de recours à la psychothérapie (13). Le taux de prescription d'antidépresseur par les généralistes français est de 90%, contre seulement 72% en Allemagne et 43% aux Pays-Bas, et ce en dépit des effets secondaires de ces traitements (20). Lever la barrière du coût des séances permettrait de proposer des soins en accord avec les recommandations.

Enfin, Anne Dezetter s'est intéressée aux coûts engendrés par la prise en charge des EDC. Alors que le coût global pour un patient français dépressif est estimé à 4702 euros sur un an, le recours à un programme de financement de la psychothérapie permettrait d'obtenir un coût évitable d'environ 1411 euros annuellement. La prise en charge des psychothérapies aurait des bénéfices tant sur les coûts médicaux (hospitalisation, consommation de médicaments et leurs effets secondaires) que sur les coûts indirects et notamment sur les arrêts de travail (14).

Le suivi des patients dépressifs étant chronophage et les médecins généralistes étant fréquemment leur seul interlocuteur, il pourrait être intéressant de proposer une cotation particulière pour ces consultations, afin d'inciter les généralistes à poursuivre le suivi mais surtout afin de valoriser ce type de consultation spécifique, au même titre que des consultations longues comme les premières consultations de contraception qui permettent de consacrer du temps à la prévention, ou les consultations dédiées à l'obésité de l'enfant.

Forces de l'étude

Cette étude n'a jamais été réalisée auparavant, ni auprès d'internes ni auprès de médecins thésés. En effet, la littérature porte généralement sur la prise en charge globale de la dépression mais pas sur la mise en place de la psychothérapie de manière plus spécifique.

Le taux de participation de 37% est plutôt satisfaisant et nous a permis d'effectuer des analyses statistiques fiables. De plus, un tel taux de participation sur la base d'une participation libre, montre un intérêt certain de la part des étudiants pour le sujet. Enfin, cela nous a permis de répondre à notre question de recherche sur la base de données suffisantes.

L'étude porte en partie sur le questionnaire BDC-Q. Ce questionnaire, validé en 2020 auprès des médecins généralistes, nous permet de faire une analyse des objectifs secondaires basée sur des éléments robustes.

Limites de l'étude

Ayant été réalisée sur la base du volontariat, notre étude est soumise à un biais de sélection : en effet, il est probable que les internes répondant soient plus intéressés par la prise en charge des troubles dépressifs et qu'ils soient donc mieux sensibilisés à l'importance de mettre en place une psychothérapie.

Le questionnaire auto-administré peut conduire à un biais de jugement. On constate que les internes se sont attribués des notes plutôt généreuses, tant dans l'aisance à l'orientation vers la psychothérapie que dans la capacité à proposer un traitement médicamenteux. La majorité des internes se considère à l'aise pour orienter le patient vers les psychologues mais les réponses au questionnaire BDC-Q montrent des difficultés sur de nombreux plans. Ainsi, les internes ont peut-être surestimé leur niveau d'aisance globale.

Perspectives

L'étude concernait les internes de médecine générale d'Occitanie. Il pourrait être intéressant d'étendre les recherches aux autres facultés de médecine. Les maquettes de formation étant variables selon la subdivision, il pourrait être pertinent d'analyser dans quelle mesure les cours théoriques prodigués pendant l'externat et pendant l'internat influent sur l'aisance des internes. La réalisation d'un stage en psychiatrie pourrait aussi avoir un impact sur la gestion des patients dépressifs en ambulatoire : en étant plus familiarisés avec les différentes techniques de psychothérapie, les internes pourraient être plus à l'aise pour prendre en charge mais aussi pour coordonner le parcours de soin du patient. Une étude similaire s'intéressant au point de vue de médecins généralistes installés pourrait être pertinente pour évaluer si les associations rapportées dans notre étude et les difficultés potentielles sont toujours présentes après l'installation.

Conclusion

La psychothérapie, recommandée quelle que soit la sévérité de l'épisode dépressif reste peu mise en place en pratique. La littérature tend à montrer que les internes et jeunes médecins y ont davantage recours, conformément aux recommandations actuelles. Notre étude montre que les internes de médecine générale d'Occitanie y sont également sensibilisés. 87,4% d'entre eux rapportaient être à l'aise lorsqu'il s'agit de proposer et mettre en place une psychothérapie face à un patient dépressif.

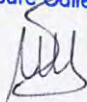
L'aisance à proposer et mettre en place une psychothérapie était significativement associée avec l'intérêt pour la santé mentale et avec l'aisance à proposer un traitement médicamenteux. Cependant, il semble que leurs pratiques se heurtent aux difficultés du secteur psychiatrique : les délais et le coût de la prise en charge sont des freins majeurs. Des réticences persistent du côté des patients, qui méconnaissent le trouble et n'ont ainsi pas recours au soin. La collaboration du généraliste avec les professionnels en santé mentale reste limitée par un manque de connaissance des structures, des intervenants et de leurs pratiques.

Notre étude montre également qu'une bonne connaissance de la spécialisation des professionnels de santé mentale était significativement associée à l'aisance à proposer et mettre en place une psychothérapie. Une meilleure communication entre le généraliste et les différents acteurs présents dans le bassin de santé pourraient grandement améliorer les pratiques, favoriser une prise en charge plus adaptée. Il pourrait être intéressant de reproduire une étude similaire auprès de médecins généralistes thésés pour étudier l'évolution des pratiques au cours des années d'exercice.

Toulouse le 05/09/2023

Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



le 05/09/2023

Vu, la Présidente du jury
Pr Julie DUPOUY
Médecine Générale

Références bibliographiques

1. Fournier. Evaluation des pratiques des médecins généralistes sur la prise en charge et le suivi d'un syndrome dépressif unipolaire. 2014.
2. Léon C. Bulletin épidémiologique hebdomadaire, 14 février 2023, n°2 [Internet]. [cité 8 mai 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/bulletin-epidemiologique-hebdomadaire-14-fevrier-2023-n-2>
3. Vallot M. Difficulté d'accès aux soins pour les patients dépressifs : évaluation de la prise en charge par le médecin généraliste. [Thèse d'exercice]. Nice; 2020.
4. Tennessel M. Thérapies cognitivo-comportementales et médecine de ville: apports des concepts et techniques T.C.C. pour le médecin généraliste. 2015.
5. Rouet Nailani. Prise en charge des patients anxiodépressifs en soins primaires : une étude qualitative auprès de 14 médecins généralistes de la Vienne. 2013.
6. Mantoura P, Roberge MC, Fournier L. Un cadre de référence pour soutenir l'action en santé mentale des populations. smq. 14 juin 2017;42(1):105-23.
7. American psychiatric association. DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015. 1114 p.
8. HAS. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. 2017.
9. Rouet-Nailani M. Prise en charge des patients anxiodépressifs en soins primaires: une étude qualitative auprès de 14 médecins généralistes de la Vienne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2013.
10. Fleury MJ. La réforme des soins primaires de santé mentale au Québec et le rôle et les stratégies de coordination des omnipraticiens. smq. 10 juill 2014;39(1):25-45.
11. Perdrix C. Chapitre 8 - Psychothérapie de soutien, relation d'aide. In: Collège National des Généralistes Enseignants, éditeur. Médecine Générale pour le Praticien [Internet]. Paris: Elsevier Masson; 2022 [cité 31 mai 2023]. p. 57-62.
12. Cazauvieilh C. Évaluer et améliorer l'efficacité des psychothérapies : adaptation française d'un système de suivi des résultats thérapeutiques et étude des processus participant au changement [Internet] [These de doctorat]. Bordeaux; 2018 [cité 23 mars 2023].
13. Bekkouche. Psychothérapie de soutien, médecins généralistes et patients dépressifs : enquête transversale auprès de 140 praticiens de soins primaires du Nord Présentée. 2014.
14. Dezetter A, Briffault X. Coûts et bénéfices d'un programme de financement des psychothérapies auprès des Français souffrant de troubles dépressifs ou anxieux. smq. 2015;40(4):119-40.

15. Kovess V, Sapinho D, Briffault X, Villamaux M. [Psychotherapeutic practices in France: results of a professional-based health insurance participant survey]. *Encephale*. févr 2007;33(1):65-74.
16. Vasiliadis HM, Dezetter A. Les programmes de prise en charge financière des psychothérapies en Australie et en Angleterre. *Santé mentale au Québec*. 2015;40(4):101-18.
17. Di Giorgio B. Connaissances et perceptions des internes de médecine générale de Lille concernant la prise en charge des patients atteints d'un épisode dépressif caractérisé. [Thèse d'exercice]. [Lille]; 2020.
18. Menear M, Gilbert M, Fleury MJ. Améliorer la santé mentale des populations par l'intégration des soins de santé mentale aux soins primaires. *smq*. 14 juin 2017;42(1):243-71.
19. Defer. Etat des lieux des connaissances et des pratiques des medecins generalistes picards concernant la prise en charge de l'episode depressif caracterise. 2018.
20. Dumesnil H, Apostolidis T, Verger P. Opinions of general practitioners about psychotherapy and their relationships with mental health professionals in the management of major depression: A qualitative survey. *PLOS ONE*. 31 janv 2018;13(1):e0190565.
21. Senchyna A, Abbiati M, Chambe J, Haller DM, Maisonneuve H. General practitioners' perspectives on barriers to depression care: development and validation of a questionnaire. *BMC Fam Pract*. 1 août 2020;21:156.
22. Driot D, Dupouy J. [Management of first depression or generalized anxiety disorder in adults in primary care: A systematic metareview]. *Presse Med*. mars 2018;47(3):306-8.
23. Lamboy B, Léon C. Prise en charge des personnes souffrant de troubles dépressifs– Données d'enquête en population générale: Use of health services and treatments for major depressive episode in France. *L'Encéphale*. 1 oct 2006;32(5, Part 1):705-12.
24. Bonsack. Collaboration entre médecin de famille et psychiatre pour les problèmes de santé mentale. 2014;
25. Vergès. Collaboration entre médecins généralistes et psychologues en libéral. 2021;
26. Chomienne MH, Vanneste P, Grenier J, Hendrick S. Collaboration médecine-psychologie: évolution des mentalités en Belgique et évolution du système de soins de santé au Canada. *Santé mentale au Québec*. 2015;40(4):59-77.
27. Curran V, Heath O, Adey T, Callahan T, Craig D, Hearn T, et al. An approach to integrating interprofessional education in collaborative mental health care. *Acad Psychiatry*. 1 mars 2012;36(2):91-5.
28. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt JL. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». *L'information psychiatrique*. 2014;90(5):311-7.

Annexe

Annexe 1 : questionnaire de thèse

Aisance globale à orienter le patient dépressif vers une psychothérapie : questionnaire auprès des internes de médecine générale de Toulouse

Bonjour,

Je m'appelle Marie Bunel, je suis interne en médecine générale à la faculté de Toulouse.

Dans le cadre de ma thèse, je souhaite évaluer dans quelle mesure les internes sont à l'aise lorsqu'ils souhaitent proposer à un patient dépressif de suivre une psychothérapie.

L'objectif secondaire serait de repérer certains facteurs pouvant influencer ce phénomène.

Ce questionnaire s'adresse aux internes de médecine générale de Toulouse, tous semestres confondus.

Il prend moins de 10 minutes pour être complété, aucune donnée personnelle permettant de vous identifier n'est recueillie.

Merci de ne répondre qu'une seule fois au questionnaire.

Pour toute question au sujet de cette étude, vous pouvez me contacter via cette adresse mail : mmarie.bunel@gmail.com

Merci d'avance pour votre participation

*** Indique une question obligatoire**

En quel semestre êtes-vous ? *

1^{er} semestre

2^{ème} semestre

3^{ème} semestre

4^{ème} semestre

5^{ème} semestre

6^{ème} semestre

Autre :

Quel âge avez-vous ?

Quel est votre genre ?

Féminin

Masculin

Autre :

Lors de vos stages ambulatoires, étiez-vous plutôt en zone ... *

Urbaine

Semi-rurale

Rurale

Dans quelle(s) structures avez-vous déjà travaillé ? *

Cabinet libéral

MSP

CPTS

Hospitalier

Autre :

Lors de vos stages ambulatoires, quels acteurs en santé mentale étaient présents dans le bassin de santé ? *

Psychologue présent au sein de votre structure

Psychologue libéral

Psychiatre libéral

CMF

Service de psychiatrie en milieu hospitalier

Aucun

Autre :

Lors de vos stages ambulatoires, avec quels praticiens avez-vous eu des interactions ? *

Psychologue présent au sein de votre structure

Psychologue libéral

Psychiatre libéral

CMF

Service de psychiatrie en milieu hospitalier

Aucun

Autre :

Etes-vous intéressé par la prise en charge des patients dans le domaine de la santé mentale ? *

Proposition à cocher pour chaque question :				
Pas du tout	Plutôt non	Ne se prononce pas	Plutôt oui	Très intéressé

Je suis à l'aise lorsqu'il s'agit de proposer et mettre en place un traitement médicamenteux face à un patient présentant un syndrome dépressif ? *

Proposition à cocher pour chaque question :				
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ne se prononce pas	D'accord	Tout à fait d'accord

Je suis à l'aise lorsqu'il s'agit de proposer et mettre en place une psychothérapie face à un patient présentant un syndrome dépressif ? *

Proposition à cocher pour chaque question :				
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ne se prononce pas	D'accord	Tout à fait d'accord

Le remboursement de séances de psychothérapie par la CPAM facilite-t-il pour vous l'orientation vers le psychologue ? *

Proposition à cocher pour chaque question :				
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ne se prononce pas	D'accord	Tout à fait d'accord

Questionnaire sur les Barrières à la prise en charge de la dépression en Médecine Générale (BDC-Q)

Le but de ce questionnaire est d'explorer les barrières à la prise en charge de la dépression en médecine générale. Pour chacun des items suivants, merci de choisir la proposition correspondant le plus à votre expérience personnelle.

La pratique du médecin généraliste *

Proposition à cocher pour chaque question :				
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ne se prononce pas	D'accord	Tout à fait d'accord

- 1) Prendre en charge un patient dépressif demande souvent plus de temps que ce que je peux y consacrer
- 2) Travailler avec des patients dépressif est pesant
- 3) La capacité d'accueil des structures spécialisées en santé mentale est insuffisante
- 4) La situation clinique d'un patient dépressif est difficile à résumer par écrit
- 5) Les recommandations de bonne pratique concernant la dépression manquent d'applicabilité pratique
- 6) Prendre en charge les patients dépressifs est suffisamment rémunéré

Les patients et les représentations de la dépression*

Proposition à cocher pour chaque question :				
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ne se prononce pas	D'accord	Tout à fait d'accord

- 7) Les patients dépressifs acceptent facilement le diagnostic de dépression
- 8) L'adhésion des patients dépressifs au projet thérapeutique est limitée
- 9) Les patients dépressifs sous-estiment la sévérité de leur dépression

- 10) Les patients dépressifs acceptent facilement d'être adressés chez un professionnel en santé mentale
- 11) La population générale est bien informée sur la dépression
- 12) Il est facile de distinguer une simple tristesse de l'humeur d'un syndrome dépressif

Les aides à la prise en charge*

Proposition à cocher pour chaque question :				
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ne se prononce pas	D'accord	Tout à fait d'accord
13) Je connais bien les services offerts par les structures spécialisées en santé mentale				
14) Je connais bien les spécialisations des professionnels en santé mentale pour certaines pathologie (par exemple : addiction, trouble bipolaire, etc.)				
15) Les outils de dépistage de la dépression, par exemple l'échelle HAD (Hospital Anxiety and Depression scale), manquent d'utilité pratique				
16) Les outils d'évaluation de la dépression, par exemple l'échelle de Hamilton ou l'inventaire de Beck, manquent d'utilité pratique				

La collaboration avec les professionnels de santé mentale (psychiatre, psychologue, infirmières spécialisées etc.) *

Proposition à cocher pour chaque question :				
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ne se prononce pas	D'accord	Tout à fait d'accord
17) Le partage d'informations médicales concernant les patients avec les professionnels en santé mentale est facile				
18) Le retour d'informations sur les patients de la part des professionnels en santé mentale est difficile				
19) Les professionnels en santé mentale sont disponibles pour la prise en charge de nouveaux patients				
20) Les rencontres avec les professionnels en santé mentale pour discuter des cas sont difficiles				
21) Obtenir un conseil téléphonique des professionnels en santé mentale est facile				
22) Les attentes concernant la transmission de l'information sont les mêmes entre généralistes et professionnels en santé mentale				

L'accès au soin en santé mentale *

Proposition à cocher pour chaque question :				
Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ne se prononce pas	D'accord	Tout à fait d'accord
23) Je manque de confiance à l'égard des structures spécialisées en santé mentale				
24) J'ai eu des mauvaises expériences en utilisant les structures spécialisées en santé mentale				
25) Les soins en santé mentale sont bien remboursés aux patients dépressifs				

Merci beaucoup pour votre participation

Si vous avez des remarques ou questions vis-à-vis du questionnaire, vous pouvez laisser un commentaire libre ci-dessous avec le mail auquel je pourrai vous répondre :

Annexe 2 : Réponses au questionnaire BDC-Q

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ne se prononce pas	D'accord	Tout à fait d'accord	
La pratique du médecin généraliste :	1- Prendre en charge un patient dépressif demande souvent plus de temps que ce que je peux y consacrer	0 (0.0%)	2 (12.0%)	6 (3.6%)	87 (52.1%)	54 (32.3%)
	2- Travailler avec des patients dépressif est pesant	19 (11.1%)	62 (37.1%)	22 (13.2%)	50 (29.9%)	14 (8.4%)
	3- La capacité d'accueil des structures spécialisées en santé, mentale est insuffisante	0 (0.0%)	9 (5.4%)	14 (8.4%)	62 (37.1%)	82 (49.1%)
	4- La situation clinique d'un patient dépressif est difficile à résumer par écrit	6 (3.6%)	49 (29.3%)	14 (8.4%)	55 (32.9%)	43 (25.7%)
	5- Les recommandations de bonne pratique concernant la dépression manquent d'applicabilité pratique	2 (1.2%)	48 (28.7%)	37 (22.2%)	55 (32.9%)	25 (15.0%)
	6- Prendre en charge les patients dépressifs est suffisamment rémunéré	35 (21.0%)	62 (37.1%)	27 (16.2%)	40 (24.0%)	3 (1.8%)
Les patients et les représentations de la dépression :	7- Les patients dépressifs acceptent facilement le diagnostic de dépression	4 (2.4%)	58 (34.7%)	22 (13.2%)	81 (48.5%)	2 (1.2%)
	8- L'adhésion des patients dépressifs au projet thérapeutique est limité	1 (0.6%)	66 (39.5%)	30 (18.0%)	67 (40.1%)	3 (1.8%)
	9- Les patients dépressifs sous-estiment la sévérité de leur dépression	2 (1.2%)	35 (21.0%)	33 (19.8%)	80 (47.9%)	17 (10.2%)

		Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ne se prononce pas	D'accord	Tout à fait d'accord
	10- Les patients dépressifs acceptent facilement d'être adressés chez un professionnel en santé mentale	7 (4.2%)	77 (46.1%)	24 (14.4%)	57 (34.1%)	2 (1.2%)
	11- La population générale est bien informée sur la dépression	43 (25.7%)	97 (58.1%)	15 (9.0%)	11 (6.6%)	1 (0.6%)
	12- Il est facile de distinguer une simple tristesse de l'humeur d'un syndrome dépressif	15 (9.0%)	49 (53.3%)	13 (7.8%)	47 (28.1%)	3 (1.8%)
Les aides à la prise en charge :	13- Je connais bien les services offerts par les structures spécialisées en santé mentale	29 (17.4%)	104 (62.3%)	12 (7.2%)	22 (13.2%)	0 (0.0%)
	14- Je connais bien les spécialisations des professionnels en santé mentale	25 (15.0%)	89 (53.3%)	14 (8.4%)	37 (22.2%)	2 (1.2%)
	15- Les outils de dépistage de la dépression, par exemple l'échelle HAD, manquent d'utilité pratique	2 (1.2%)	24 (14.4%)	45 (26.9%)	80 (47.9%)	16 (9.6%)
	16- Les outils d'évaluation de la dépression, par exemple l'échelle de Hamilton ou l'inventaire de Beck, manquent d'utilité pratique	2 (1.20%)	35 (21.0%)	38 (22.8%)	76 (45.5%)	16 (9.6%)
La collaboration avec les professionnel	17- Le partage d'informations médicales concernant les patients avec les professionnels en santé mentale est facile	26 (15.6%)	97 (58.1%)	22 (13.2%)	21 (12.6%)	1 (0.6%)

	Pas du tout d'accord	Pas d'accord	Ne se prononce pas	D'accord	Tout à fait d'accord	
18- Le retour d'informations sur les patients de la part des professionnels en santé mentale est difficile	5 (3.0%)	17 (10.2%)	19 (11.4%)	69 (41.3%)	57 (34.1%)	
19- Les professionnels en santé mentale sont disponibles pour la prise en charge de nouveaux patients	44 (26.3%)	76 (45.5%)	25 (15.0%)	20 (12.0%)	2 (1.2%)	
20- Les rencontres avec les professionnels en santé mentale pour discuter des cas sont difficiles	0 (0.0%)	5 (3.0%)	34 (20.4%)	83 (49.7%)	45 (26.9%)	
21- Obtenir un conseil téléphonique des professionnels en santé mentale est facile	38 (22.8%)	75 (44.9%)	24 (14.4%)	27 (16.2%)	3 (1.8%)	
22- Les attentes concernant la transmission de l'information sont les mêmes entre généralistes et professionnels en santé mentale	17 (10.2%)	70 (41.9%)	63 (37.7%)	15 (9.0%)	2 (1.2%)	
L'accès aux soins en santé mentale :	23- Je manque de confiance à l'égard des structures spécialisées en santé mentale	22 (13.2%)	88 (52.7%)	25 (15.0%)	30 (18.0%)	2 (1.2%)
	24- J'ai eu des mauvaises expériences en utilisant les structures spécialisées en santé mentale	21 (12.6%)	69 (41.3%)	58 (34.7%)	18 (10.8%)	1 (0.6%)
	25- Les soins en santé mentale sont bien remboursés aux patients dépressifs	29 (17.4%)	55 (32.9%)	63 (37.7%)	18 (10.8%)	2 (1.2%)

AUTEUR : Marie BUNEL

TITRE : Aisance globale à orienter le patient dépressif vers la psychothérapie : auto-questionnaire auprès des internes de médecine générale en Occitanie

DIRECTEUR DE THÈSE : Dr Yohann VERGÈS

LIEU ET DATE DE SOUTENANCE : Université Paul Sabatier, le 10 octobre 2023

Résumé :

Contexte : D'après une étude de 2020, 17% des consultations en médecine générale concernent le domaine de la santé mentale. Alors que la psychothérapie est préconisée quel que soit le stade de la dépression, seuls 30 à 50% des patients en bénéficient. Plusieurs études se sont attachées à évaluer les difficultés des médecins généralistes à orienter le patient vers des professionnels de santé mentale. Dans sa thèse publiée en 2020, B. Di Giorgio rapporte que malgré de bonnes connaissances théoriques, un cinquième des internes de médecine générale ne proposent pas de psychothérapie.

Objectifs de l'étude : L'objectif de cette étude était d'évaluer l'aisance globale qu'ont les internes en médecine générale en Occitanie lorsqu'il s'agit de proposer et mettre en place une psychothérapie face à un patient dépressif. L'objectif secondaire était de rechercher des facteurs pouvant influencer leur aisance.

Matériels et méthodes : Cette étude transversale reposait sur l'envoi d'un auto-questionnaire aux internes en médecine générale inscrits à la faculté de Toulouse pour l'année 2022-2023. Le critère de jugement principal était l'aisance à proposer et mettre en place une psychothérapie face à un patient présentant un syndrome dépressif auto-déclaré sur une échelle de Likert. Des analyses descriptives ont été réalisées, ainsi qu'une régression logistique pour répondre aux objectifs secondaires.

Résultats : Sur les 464 internes inscrits à la faculté, 167 questionnaires ont pu être exploités (taux de participation à 37%). 87% des internes se sentaient à l'aise pour proposer et mettre en place une psychothérapie. L'aisance à orienter vers la psychothérapie était associée avec l'intérêt pour la santé mentale (87,4%) et avec l'aisance à proposer un traitement médicamenteux (69,5%). La connaissance des spécialités des différents praticiens en santé mentale ainsi que la considération concernant le remboursement de la psychothérapie étaient également associés.

Discussion : Face à un patient dépressif, 87,4% d'entre eux rapportaient être à l'aise lorsqu'il s'agit de proposer et mettre en place une psychothérapie. Une meilleure connaissance des spécialités des professions à proximité pourrait faciliter la prise en charge. Il serait intéressant de réaliser une étude similaire auprès de médecins thésés afin de connaître leur point de vue sur cette question et de comparer si les résultats obtenus sont similaires.

Abstract

Background: According to a 2020 study 17% of consultations in general practice concern mental health. As psychotherapy is recommended in any case of depression, only 30 to 50 % of patients actually had one. Several studies have assessed the difficulties of general practitioners in referring patients to mental health professionals. In his thesis published in 2020, B. Di.Giorgio, it seems that despite good theoretical knowledge, a fifth of interns do not prescribe psychotherapy.

Objective: to assess the overall ease of interns in general practice when it comes to set up a psychotherapy for a depressed patient. The secondary objective was to look for factors that could influence their ease.

Material and methods: This cross-sectional study was based on a self-questionnaire sent to interns registered at the faculty of Toulouse for the year 2022-2023. The primary endpoint was the self-declared ease to propose and establish a psychotherapy for a depressed patient on a Likert scale. Descriptive analyses were performed as well as logistic regression to answer to secondary objectives.

Results: Of the 464 interns registered at the faculty, 167 questionnaires were exploited (participation rate 37%). 87% of interns felt comfortable to offer and implement psychotherapy. Ease of referral to psychotherapy was associated with interest in mental health (87,4%) and ease of offering drug treatment (69,5%). Knowledge of specialities of different mental health practitioners as well as consideration regarding reimbursement of psychotherapy were also associated.

Discussion: 87% of interns reported being comfortable when it comes to offer and setting up psychotherapy for a depressed patient. A better knowledge of specialities of nearby professions could facilitate care. It would be interesting to carry out a similar study with graduated general practitioners in order to compare the results.

Mots-Clés : Médecine générale, internes, épisode dépressif caractérisé, psychothérapie.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Faculté de Santé – 37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE - France