



# SANTÉ MENTALE EN ÎLE-DE-FRANCE

## RÔLE CLÉ DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LE REPÉRAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

La prise en charge de la santé mentale occupe le deuxième poste des dépenses de santé en France. Le médecin généraliste (MG) est le premier professionnel consulté par les personnes pensant souffrir de troubles mentaux, il est de ce fait un acteur clé dans le repérage et la prise en charge de ces troubles.

Ce travail, issu d'une recherche bibliographique et d'une analyse des données de l'Assurance maladie, montre cependant que les MG font face à de multiples obstacles pour mettre en place des soins optimaux en santé mentale et que leur place dans l'organisation des soins de santé mentale n'est pas clairement définie.

Ce travail propose également des indicateurs qui permettraient de suivre en routine l'activité des MG en santé mentale afin d'améliorer la prise en charge et la coordination des soins entre les MG et les spécialistes de la santé mentale.

Auteures : Morgane Paternoster et Bobette Matulonga Diakiese  
Directrice de publication : Isabelle Grémy  
Relecteurs externes : Viviane Kovess, Éric Deflesselle, Magalie Coldefy

### SOMMAIRE

- 2 Introduction
- 3 Méthodologie
- 4 Résultats
  - 4 Revue bibliographique
  - 12 Propositions d'indicateurs de suivi de l'activité en santé mentale des médecins généralistes
  - 14 Analyses des données de l'Assurance maladie
- 17 Conclusion et perspectives
- 18 Références

# Introduction

Les troubles de santé mentale sont une importante source de morbidité en France et dans le monde. Les données actuelles montrent qu'environ 27 % de la population adulte de l'Union européenne est ou a été affectée par au moins un trouble de santé mentale au cours des 12 derniers mois (1). D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une personne sur quatre souffrira, dans sa vie, d'un trouble de santé mentale (2) dont la dépression, qui est la principale cause d'invalidité dans le monde (2, 3, 4). Les données de l'Assurance maladie mettent en évidence que la prise en charge de ces troubles constitue le deuxième poste de dépense de santé en France (5). Pour organiser cette prise en charge, le fonctionnement du système de soins de santé mentale, en France, a été marqué par la création de secteurs (circulaire du 15 mars 1960), qui sont des territoires de santé d'environ 70 000 personnes au sein desquels une équipe pluridisciplinaire, dirigée par un psychiatre, prend en charge et coordonne les soins des habitants d'un territoire donné (hospitalisation à plein temps ou partielle, soins ambulatoires spécialisés, etc.). Il existe, à côté de cette sectorisation, des psychiatres d'exercice libéral et un réseau de cliniques privées spécialisées dont la répartition territoriale reste inégale. Dans cette organisation, le rôle du médecin généraliste (MG) n'est pas clairement établi, alors que ce professionnel de santé est le premier à être consulté (et parfois le seul) par les patients pensant souffrir de troubles de santé mentale (6). Ce premier recours au MG peut être lié à l'insuffisance de la dotation des secteurs (en personnel ou en équipement selon l'IRDES) ou à la moindre stigmatisation de ce professionnel comparé aux psychiatres et aux autres professionnels travaillant dans les structures spécialisées. Les données de la littérature montrent, par exemple, un taux relativement élevé des consultations auprès des médecins généralistes par les patients ayant tenté de se suicider (ou en cas de suicide abouti) ; cela illustre bien la place de ce professionnel dans la prévention et la prise en charge adaptée des troubles dépressifs. Outre les personnes consultant explicitement pour troubles de la santé mentale dans la patientèle du MG, nombreux sont ceux qui présentent des troubles mentaux ne constituant pas le motif principal de la consultation. La prévalence des troubles de santé mentale parmi les patients du médecin généraliste est estimée entre 34 et 50 %, notamment entre 6-25 % pour les troubles anxieux, entre 14-25 % pour la dépression et entre 2-11 % pour le mésusage de l'alcool (7).

Acteur de première ligne dans le parcours de soin (deux tiers des consultations médicales de ville assurées par ce professionnel), le MG a aussi pour mission d'adresser le patient vers des soins spécialisés en cas de besoin (structures spécialisées, psychiatres, psychologues, etc.). Et la Haute Autorité de santé (HAS) a publié récemment une note de cadrage « pour améliorer les prises en charge et le suivi des patients présentant des troubles mentaux par la promotion d'une meilleure coordination entre le généraliste et les autres acteurs de soins » (8). En effet, les troubles de santé mentale sont de nature différente et ont des niveaux de gravité variés qui amènent à une prise en charge graduée dans laquelle le rôle du MG est essentiel. Les MG prennent en charge des troubles plus fréquents comme les troubles dépressifs, anxieux, les troubles d'addictions mais aussi des troubles moins fréquents tels que les troubles psychotiques, bipolaires ou schizophréniques.

L'objectif de ce travail était d'examiner la place qu'occupe le MG dans la détection des troubles de santé mentale et sa place dans l'organisation même des soins de santé mentale en France en général et en Île-de-France en particulier. Ce travail propose également des indicateurs permettant de suivre en routine l'activité des MG en santé mentale et met à disposition quelques indicateurs issus des données en libre accès de l'Assurance maladie.

# Méthodologie

## Définition des troubles de santé mentale

D'après l'OMS, « la santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles ». Dans la 10<sup>e</sup> version de la Classification internationale des maladies (CIM- 10), plus de trois cents types de troubles mentaux et comportementaux sont répertoriés. Cette revue de la littérature aborde de manière plus large les troubles de la santé mentale et les soins délivrés par les généralistes pour ces troubles. Un accent a été mis sur la dépression et les troubles anxieux qui sont plus fréquemment pris en charge en médecine de ville.

## Recherche bibliographique

Premièrement, une revue systématique des publications françaises a été effectuée sur PubMed avec recherche par mots-clés incluant les termes : « mental health » ou « mental illness » ou « psychiatry » et « general practitioners ». Les articles devaient être réalisés sur des données françaises et seules les publications depuis l'année 2000 ont été sélectionnées faisant un total de quatorze articles (figure 1). Ensuite, les experts français dans le domaine de la santé mentale ou de la médecine générale ont été contactés afin de compléter la recherche bibliographique, d'apporter un éclairage sur les réalités de terrain de façon plus fine et de participer à la construction d'indicateurs. Enfin, des recherches sur les sites internet français dédiés ont été effectuées notamment le site de la Banque de données de santé publique (BDSP), de l'Union régionale des professionnels de santé (URPS), de la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS) et de Santé publique France. Une cinquantaine de d'articles supplémentaires a ainsi été ajoutée via diverses sources, en plus des quatorze sélectionnés sur PubMed. À l'issue de ces différentes lectures, il a été noté que les publications portaient principalement sur cinq grandes thématiques, à savoir :

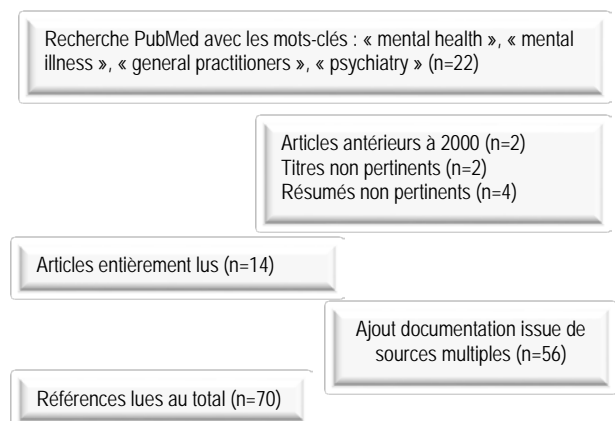
- 1) Le dépistage des troubles de santé mentale par les médecins généralistes ;
- 2) La prise en charge des troubles mentaux effectuée par les généralistes ;
- 3) La collaboration entre les généralistes et les spécialistes de la santé mentale ;
- 4) L'organisation des soins de santé mentale en France et comparaison avec les systèmes étrangers ;

- 5) La prise en charge somatique par les médecins généralistes, des personnes vivant avec des troubles mentaux.

## Analyse statistique des données de l'Assurance maladie (Open Medic)

L'Open Medic est une base de données en open accès qui contient quelques données issues du Système national d'information inter-régime de l'assurance maladie. Cette base répertorie les remboursements des praticiens de ville et salariés. Il s'agit de données agrégées avec des informations sur la classe thérapeutique des médicaments délivrés, la spécialité du prescripteur, l'âge des patients par classe d'âge (0-19 ans, 20-59 et ≥60 ans), le sexe, la région de résidence, le montant remboursé en euro, le nombre de consommant ainsi que le nombre de boîtes délivrées pour un médicament donné. Dans Open Medic, les médicaments sont répertoriés suivant la classification ATC (anatomique, thérapeutique et chimique). Dans le cadre de ce travail, ont été considérés comme psychotropes : les antipsychotiques, les antidépresseurs, les anxiolytiques, les hypnotiques/sédatifs, les psychostimulants et les régulateurs de l'humeur. Cette analyse a porté sur les données franciliennes de 2017 et pour certains indicateurs, l'évolution entre 2014 et 2017 a également été analysée et quelques comparaisons Île-de-France *versus* France entière ont aussi été réalisées. Les analyses consistaient essentiellement à comparer les caractéristiques sociodémographiques de la patientèle des MG à celle des psychiatres ainsi que les types de prescriptions entre ces deux professionnels.

Figure 1 - Flow chart : bibliographie



# Résultats

## Revue bibliographique

Les résultats de la revue bibliographique sont regroupés en cinq grandes thématiques et le tableau 1 reprend les quatorze références des publications françaises indexées dans PubMed en rapport avec l'activité en santé mentale des MG.

### Thématique 1 : Détection des troubles de santé mentale par les médecins généralistes

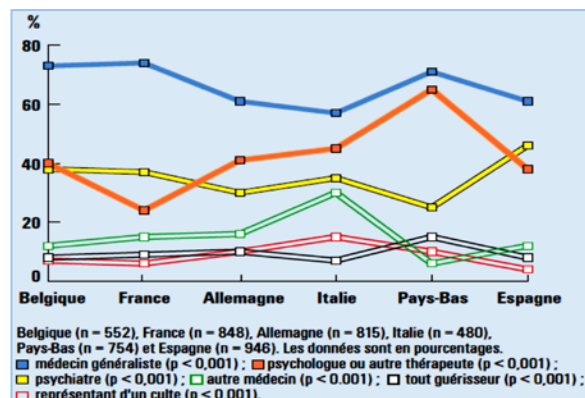
En France, le généraliste est le premier praticien consulté par des patients qui pensent souffrir de troubles de santé mentale (9, 10) (figures 2, 5). En Île-de-France particulièrement, en cas de besoin de soins de santé mentale, 53 % des patients rapportent recourir au MG dont 17 % de façon exclusive (11). Il est donc primordial de connaître dans quelle mesure celui-ci est capable de repérer les cas et d'établir un diagnostic ou d'orienter vers la prise en charge adéquate si nécessaire.

#### Un patient sur quatre de la patientèle des MG est concerné par un trouble de santé mentale

Cette question du repérage des troubles est donc centrale car le retard de diagnostic entrave l'entrée du patient dans le système de soins et occasionne un risque d'aggravation et de chronicisation des troubles.

Dans la pratique, il existe des questionnaires standardisés d'aide au repérage de cas de trouble de santé mentale tels que les "Patient Health Questionnaires (PHQ)" qui sont les instruments les plus souvent utilisés et qui permettent de dépister les troubles dépressifs (PHQ9), anxieux (GAD7) ou somatoforme (PHQ15). Cependant, ces outils sont rarement connus et peu utilisés par les MG. (12). Les études qui ont comparé le dépistage des cas effectué via ces auto-questionnaires standardisés remplis par les patients eux-mêmes, montrent que le MG identifie les troubles mentaux chez un patient sur deux dépistés par les auto-questionnaires (13, 14). L'usage de ces questionnaires révèle également qu'un patient sur quatre de la patientèle des MG serait concerné par un trouble de santé mentale. Cette recherche bibliographique a également montré que la capacité du

Figure 2 - Type de professionnel consulté pour des troubles de santé mentale selon les pays



Source : Kovess-Masfety et al. Enquête ESMED (4)

MG à dépister les troubles mentaux dépend de divers facteurs, notamment de la sévérité des troubles, de la présence des comorbidités et de certaines caractéristiques du patient et/ou du MG lui-même.

Certains troubles sont, par exemple, mieux diagnostiqués par les généralistes ; les recherches montrent que 44 % des troubles somatoformes (troubles mentaux caractérisés par des symptômes physiques) étaient repérés, contre 80 % des troubles de panique. La détection des praticiens s'améliore aussi avec le nombre de comorbidités, passant de 47 % quand il n'y a qu'un seul trouble, à 82 % pour un patient présentant au moins trois troubles (13). De plus, les caractéristiques sociodémographiques du patient ont, elles aussi, une influence sur l'attention portée par le généraliste. En effet, une étude menée au Royaume-Uni comparant le dépistage des patients via l'auto-questionnaire au diagnostic des généralistes montrait que la concordance entre ces deux méthodes (appelée indice d'identification) était plus faible chez les hommes, les célibataires, les 15-25 ans et les personnes ayant poursuivi leurs études après 23 ans, suggérant que ces catégories étaient moins à même d'être repérées par les MG comme étant des personnes souffrant de troubles de santé mentale. Quant aux caractéristiques des MG, les études montrent que les médecins les plus précis dans leur repérage sont ceux qui posent plus de questions psychosociales et psychiatriques (13, 15). Ce repérage est particulièrement important pour la détection des idées suicidaires étant donné que 81 % des MG déclarent avoir eu au moins une ten-

Tableau 1 - Revue systématique des publications françaises

Auteurs- journal-date	Thématiques abordées
Dumesnil H et al. PlosOne 2018	Coordination MG et service psychiatrique ; Détection des troubles mentaux par les MG
Younes N et al. J Med Internet Res 2015	Détection et prise en charge des troubles mentaux par les MG
Kovess-Masfety et al. J Epidemiol Com Health 2014	Organisation des soins en France ; Prise en charge somatique
Dubois-Fabing et al. Santé publique Nov-Dec 2011	Détection et prise en charge des troubles mentaux
Aymery C et al. Alcohol 2017	Organisation des soins en France ; Détection et prise en charge des troubles mentaux
Norton JL et al. Int J Psychiatry Med 2011	Détection et prise en charge des troubles mentaux
Norton J et al. Journal of Affective Disorders 2011	Détection et prise en charge des troubles mentaux
Kovess-Masfety et al. Psychiatric services 2007	Organisation des soins en France ; Coordination MG et service psychiatrique
Younès N. BMC Public Health 2005	Organisation des soins en France ; Détection et prise en charge des troubles mentaux
Verdoux P. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol (2005)	Détection et Prise en charge des troubles mentaux ; Coordination MG et service psychiatrique
Younes N et al. BMC family practice 2005	Prise en charge des troubles ; Coordination MG et service psychiatrique
Dezttter A et al. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2013	Organisation des soins en France
Videau Y. J Health Serv Res Policy 2010	Détection et prise en charge des troubles mentaux
Kovess-Masfety et al. Psychiatric services 2007	Organisation des soins en France ; Détection et prise en charge des troubles mentaux

tative de suicide dans leur patientèle au cours de cinq dernières années, et 43 % ont déjà eu affaire à un suicide abouti (16).

### Thématique 2 : Prise en charge des troubles de santé mentale par le médecin généraliste

D'après la revue de la littérature, les troubles les plus souvent pris en charge par les médecins généralistes sont la souffrance psychique, les troubles anxieux et dépressifs.

Les MG prennent souvent en charge les troubles anxieux et dépressifs (légers à modérés), mais font également face à des troubles plus sévères comme la schizophrénie.

Cependant, ces professionnels rencontrent plusieurs obstacles dans la mise en place des soins optimaux pour leurs patients.

Une étude, menée en France en 2014, montrait que 82 % des généralistes déclaraient prendre en charge chaque semaine, au moins, un trouble anxieux et 67 % un état dépressif (17) (figure 3). Mais les MG déclarent également la prise en charge des troubles plus sévères comme la schizophrénie. Les données de l'enquête ISPOS montrent que 69 % des MG ont déjà été confrontés à la prise en charge des symptômes évoquant une psychose et/ou une schizophrénie chez leur patientèle de moins de 25 ans (figure 4).

Quant à la prise en charge thérapeutique, la majorité des généralistes estiment être efficaces dans la prise en charge de la dépression (12, 17). Cependant, certaines études montrent que seul un MG sur trois connaît le guide de pratique clinique pour la dépression et que la prise en charge est souvent essentiellement médicamenteuse (figure 5) (18). Concernant cette prise en charge médicamenteuse, en 2006, un rapport parlementaire alertait sur l'importante prescription de psychotropes par les généralistes en France (huit prescriptions de psychotropes sur dix réalisées par des généralistes) (19). Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) préconisent, en première intention, une psychothérapie pour les dépressions légères à modérées. Cependant, le non remboursement de cette thérapie constitue un frein à son recours par les MG. Ainsi, comparés à leurs voisins européens, les MG français ont un faible taux de recours aux psychiatres et aux psychothérapies (20). Pour essayer de pallier ce problème de remboursement des consultations des psychologues, une expérimentation de l'Assurance maladie sur la prise en charge des psychothérapies prescrites par les généralistes est actuellement en cours dans quatre départements français (Bouches-du-Rhône, Haute-Garonne, Landes, Morbihan). Dans cette expérimentation, les généralistes peuvent adresser les patients présentant des symptômes de dépression légère à modérée, à des psychothérapeutes ou psychologues agréés par l'Agence régionale de santé (ARS) pour un entretien d'évaluation. Cette séance

est éventuellement suivie de séances d'accompagnement psychologique de soutien, voire d'une psychothérapie structurée, tous les soins étant remboursés par l'Assurance maladie dans le cadre de cette expérimentation.

Face aux difficultés de communication avec le secteur spécialisé et au non remboursement de la psychothérapie, la prescription des psychotropes est parfois le seul recours thérapeutique pour les MG face aux troubles de santé mentale de leurs patients.

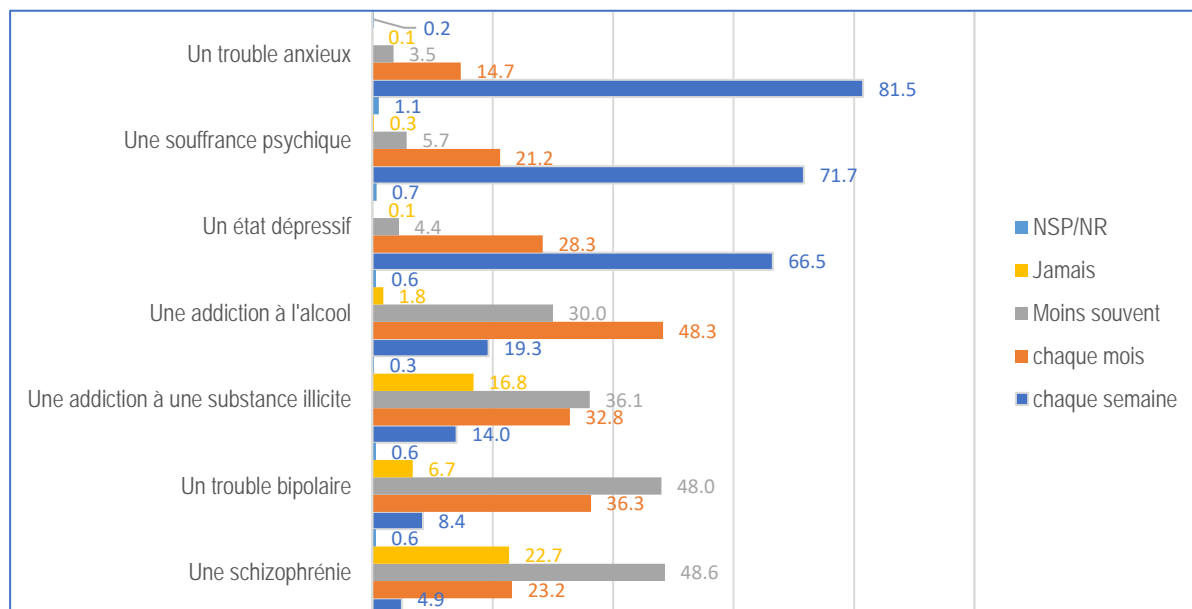
Quant au recours médicamenteux, les MG prescrivent plus souvent un traitement antidépresseur ; en majorité des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et noradrénaline (IRSNA) qui sont normalement indiqués en première intention. Ces prescriptions sont le plus souvent faites aux posologies recommandées (12, 21) et sont souvent associées à

des anxiolytiques ou hypnotiques (afin de diminuer les troubles du sommeil et la majoration de l'anxiété à l'initiation de traitement antidépresseur) (17, 21). En résumé, hormis l'accessibilité pour leur patient à la psychothérapie, les MG rencontrent d'autres obstacles pour délivrer des soins optimaux. Ils sont nombreux à se plaindre des difficultés rencontrées pour accéder à des soins spécialisés (18, 22).

Les MG estiment manquer de temps dans la mise en place des soins optimaux pour leurs patients souffrant de troubles de santé mentale, la consultation de ces patients étant en moyenne plus longue. Ils estiment que leur formation en santé mentale devrait être améliorée.

Parmi les autres difficultés, les MG estiment également manquer de temps pour une bonne prise en charge des troubles mentaux ; les consultations avec des patients dépressifs étant en moyenne plus longues (estimées à 23 minutes, contre 14-19 minutes avec des patients sans dépression)(figure 5) (23). De plus, les généralistes jugent très souvent leur formation en psychiatrie insuffisante (12, 18). Dans le Baromètre de Santé publique France de 2005, par exemple, seuls 21 % d'épisodes dépressifs majeurs étaient correctement traités (24).

**Fig. 3 - Fréquence de prise en charge de la souffrance psychique et des troubles psychiatriques par les MG**



**Source** : H. Dumesnil et al. « Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Résultats issus d'une enquête menée auprès d'un panel national de généralistes français ». L'information psychiatrique 2015/5 (Vol 90), p. 341-352.

**Lecture** - 71,7 % des médecins interrogés ont déclaré prendre en charge, chaque semaine, au moins un patient présentant une souffrance psychique, 66,5 % ont pris en charge, chaque semaine, au moins un patient souffrant de dépression.

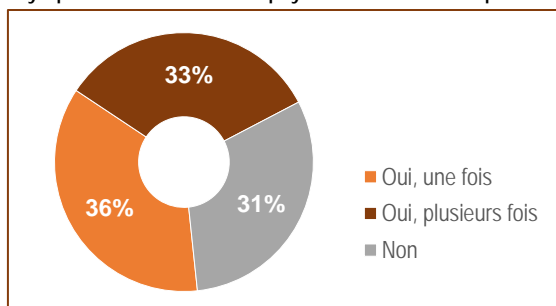
**Notes** - Les étiquettes des fréquences inférieures à 1 % ne sont pas présentées.

**Champ** - Médecins généralistes de l'échantillon national, données pondérées.

**Traitement** : ORS-IDF, revue de la littérature



Figure 4 - La part de médecins généralistes ayant déjà été confrontés à un jeune de 15 à 25 ans présentant des symptômes manifestes de psychose ou de schizophrénie



Source : Enquête IPSOs Fondation Deniker 2017, Les pratiques des médecins chez les jeunes

Traitement : ORS-IDF, revue de la littérature

Figure 5 - Quelques chiffres clés de la prise en charge des troubles de santé mentale par les médecins généralistes

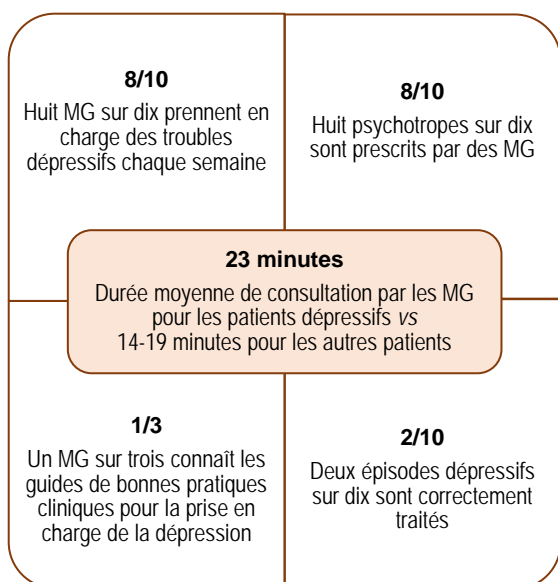
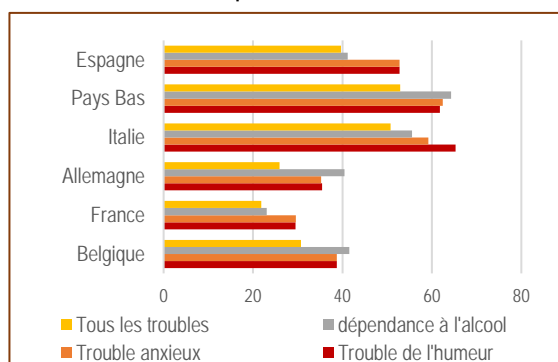


Figure 6 - Taux d'adressage entre MG et professionnels de santé mentale dans l'enquête ESMed



Source : Enquête ESEMeD, Viviane Kovess-Masfety

Traitement : ORS, revue de la littérature 2019

Il s'agit des taux de réponses positives à la question (Un médecin de famille vous a-t-il jamais adressé à un professionnel de santé mentale?). Les troubles anxieux incluaient : phobie sociale, phobie spécifique, trouble d'anxiété généralisée, agoraphobie avec ou sans trouble panique et trouble de stress post-traumatique. Les troubles de l'humeur incluaient : majoritairement la dépression et la dysthymie.

De leur côté, les patients, notamment ceux d'Île-de-France, se déclarent globalement confiants dans les soins de santé mentale délivrés par leurs généralistes ; 47 % d'entre eux accepteraient d'être suivis par celui-ci et 79 % consulteraient le spécialiste conseillé par leur généraliste, le cas échéant. Toutefois, l'observance du traitement reste limitée car pour les psychotropes, seul 56 % des patients adhéreraient au traitement (10).

### Thématique 3 : Coordination entre les médecins généralistes et les services de soins spécialisés en santé mentale

Dans l'enquête ESEMeD qui a inclus des participants de six pays européens (Italie, Belgique, Espagne, Allemagne, Pays-Bas et France), le taux d'adressage des médecins généralistes vers les professionnels de santé mentale était le plus faible en France alors que les densités en généraliste et psychiatre y sont parmi les plus importantes d'Europe. Dans cette enquête, seulement 22 % des patients présentant des troubles de santé mentale rapportaient avoir été adressés par leur médecin de famille à un spécialiste de santé mentale contre plus de 50 % au Pays-Bas ou en Italie par exemple (figure 6) (9).

**Malgré une forte densité des psychiatres en France, et en Île-de-France, le taux d'adressage entre les MG et les spécialistes de la santé mentale reste faible. Les MG jugent leur collaboration avec le secteur psychiatrie insatisfaisante.**

En France, les délais pour obtenir un rendez-vous spécialisé sont jugés trop longs et la communication (entre les MG et les spécialistes de la santé mentale) est mauvaise (20, 25). Lorsque les généralistes adressent leurs patients à un psychiatre, il y a un faible retour d'information par ce dernier ; dans 81 % des cas, les médecins généralistes n'ont aucun retour et bien souvent ils ne revoient plus le patient (19). Par ailleurs, les généralistes déclarent également orienter les patients vers la médecine spécialisée, en fonction du remboursement de la consultation spécialisée. Ce qui est en adéquation avec la faible prescription de psychothérapies dans les dépressions légères à modérées, les séances réalisées par les psychologues ou psychothérapeutes n'étant actuellement pas remboursées en France.

**Quelques pistes de solution pour améliorer la collaboration entre les MG et le secteur spécialisé psychiatrique sont actuellement proposées.**

Afin d'améliorer la collaboration entre les MG et les spécialistes de la santé mentale, le Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP) a,

en 2010, publié des recommandations détaillant notamment les informations à échanger entre psychiatre et généraliste, lorsque ce dernier réalise une première demande de consultation spécialisée. De son côté, la HAS a également publié un rapport en septembre 2018, où elle recense cinq types d'expériences réalisées, ou en cours, qui visent à favoriser la coopération entre généraliste et spécialiste des soins de santé mentale (26)

Parmi ces expériences on peut citer :

- **Les lieux d'exercice partagé** : centres ou maisons de santé qui sont constitués d'équipes pluridisciplinaires ou pluri-professionnelles.
- **Les dispositifs pour l'amélioration de la communication** : via un adressage réalisé dans des conditions fixées ou via des outils de communication dont l'utilisation doit être définie.
- **Les dispositifs de soins partagés** : qui devraient permettre une meilleure coordination hôpital-généraliste-psychiatre. À l'hôpital, une équipe constituée d'infirmiers, psychiatres et psychologues, aide les généralistes dans leur prise en charge de patients complexes, pour lesquels ils sont dans une impasse thérapeutique. Trois dispositifs de ce type existent en France dont deux en Île-de-France (Yvelines Sud, Créteil) et un à Toulouse. Mais ces dispositifs n'ont pas fait l'objet d'une évaluation depuis leur mise en place. Le Projet régional de santé 2018-2022 de l'ARS Île-de-France prévoit l'extension de ce dispositif dans tous les départements pour 2022.
- **La mise en place d'une coordination du parcours de santé** (case/care management) : dont l'objectif est d'autonomiser, responsabiliser le patient et coordonner les différents professionnels impliqués. Par exemple, l'équipe du service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés, SAMSAH PrépSy à Paris, s'occupe de jeunes patients avec des troubles psychiques débutants.
- **Les dispositifs intégrés** (modèle de soins collaboratifs) : qui sont plus complexes et regroupent différents types d'interventions, avec souvent une intégration des soins spécialisés dans les soins de premier recours. A ce jour, il n'existe pas ce type de dispositif en France.

Pour la HAS, la mise en place d'une collaboration optimale entre les MG et les spécialistes de la santé mentale se heurte au manque de financement des expériences menées pour améliorer ce partenariat, des réticences au changement, un manque de valorisation du temps accordé à cette coordination (notamment pour les professionnels libéraux déjà surchargés) et des secteurs sanitaires, médico-social et social complexes et encore très cloisonnés.

#### **Thématique 4 : Organisation des soins de santé mentale en France et à l'international**

L'organisation des soins de santé mentale en France est complexe, avec de multiples acteurs, établissements et modes de prise en charge (tableau 2). Cette organisation a été marquée par la création de secteurs au début des années 1960. À l'hôpital, une équipe pluridisciplinaire, sous la responsabilité d'un psychiatre, prend en charge les patients d'un territoire donné. Ce secteur a plusieurs missions, notamment assurer la continuité du suivi, réaliser des actions de prévention, de soins, et s'assurer de la réinsertion des patients.

*L'organisation des soins de santé mentale en France est assez complexe, marquée par la création des secteurs psychiatriques, la place du MG n'y est pas clairement établie.*

À côté de ces secteurs, il existe un réseau de cliniques psychiatriques privées et des psychiatres privés libéraux qui sont nombreux bien que mal répartis sur le territoire national. Les cliniques privées ne pouvant effectuer des hospitalisations sans consentement et jusque récemment ne pouvant disposer d'hospitalisation partielle, une sorte de répartition des clientèles s'est opérée entre les troubles dépressifs, anxieux et addictifs pour les cliniques privées et les troubles psychotiques et troubles de personnalité pour les établissements même si ces derniers reçoivent une clientèle plus variée. Si l'organisation des soins de santé mentale permet une multitude de types de prise en charge possibles, les soins de ville et hospitaliers restent néanmoins cloisonnés. Ainsi, les patients qui entrent dans un parcours de soins via un praticien libéral ont tendance à rester dans des soins libéraux (généralistes, psychiatres ou psychologues) et les cliniques privées s'ils sont hospitalisés. Les patients accédant à ces soins via le système hospitalier public (urgence par exemple) resteront, eux, souvent pris en charge dans des soins à temps complet ou partiel, ou dans des Centres médico-psychologiques (CMP). Ce cloisonnement et ce manque de collaboration entre secteurs public et libéral fait que les généralistes ont par exemple peu recours au CMP, seuls 6 % des praticiens y auraient recours (17).

Avec l'engagement des contrats locaux de santé (CLS), les ARS et les collectivités seront amenées à développer des actions communes. Le CLS est l'expression des dynamiques locales partagées entre acteurs et partenaires sur le terrain pour mettre en œuvre des actions, au plus près des populations.

Pour la santé mentale, le lancement prochain d'une mission sur l'évolution des CMP devra aboutir en psychiatrie à une meilleure coopération indispensable entre l'hôpital et les professionnels de soins



Tableau 2 - Les différents modes de prise en charge de troubles de santé mentale en France

Prise en charge ambulatoire	Hospitalisation à temps complet	Prise en charge à temps partiel
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Psychiatres libéraux</li> <li>- Médecins généralistes</li> <li>- Psychologues/psychothérapeutes</li> <li>- Soins ou interventions en unités d'hospitalisation</li> <li>- Services publics sanitaires et médicosociaux</li> <li>- Centre médico-psychologique (CMP)</li> <li>- Centre médico-psycho-pédagogique et centre d'action médico-sociale précoce</li> <li>- Consultations externes des hôpitaux</li> <li>- Visites à domicile (secteur psy)</li> <li>- Visites dans un centre d'accueil et de crises ou d'urgence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospitalisation à temps plein classique en établissements publics ou privés, spécialisés ou non</li> <li>- Centres de posture</li> <li>- Appartements thérapeutiques</li> <li>- Hospitalisation à domicile (rarement utilisée en psychiatrie)</li> <li>- Accueil familial thérapeutique</li> <li>- Hospitalisation brève en centre d'accueil et de crise (CAC) ou aux services d'urgence</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hôpital de jour</li> <li>- Hôpital de nuit</li> <li>- Centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel</li> <li>- Ateliers thérapeutiques</li> </ul>

**Source :** IRDES Dotation des secteurs psychiatriques en perspective avec le recours à la médecine générale et à la psychiatrie libérales d'Ile de France. M Coldefy et coll. 2010

**Traitement :** ORS-IDF, revue de la littérature 2019

primaires, en consolidant la place du médecin généraliste et des professionnels de santé de proximité. La mise en place des maisons de santé pluri-professionnelle, dont l'objectif est de permettre une prise en charge coordonnée des patients par les professionnels de santé exerçant en ambulatoire (travail en équipe de plusieurs professionnels de spécialités différentes), est une approche qui peut également améliorer l'organisation des soins en général et des soins en santé mentale en particulier. Ce dispositif contribuerait également à une amélioration de l'articulation entre les établissements de santé et la prise en charge ambulatoire afin d'assurer la continuité des parcours des patients. Par ailleurs, les Conseils locaux de santé mentale (CLSM) sont des espaces de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels du territoire. Ces conseils permettent de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées d'un territoire donné. Il existe sur le territoire national 200 CLSM (dont 76 en Île-de-France parmi lesquels 62 sont actifs) couvrant 16,5 millions d'habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2018 (27) et trois quarts de ces CLSM couvrent des territoires de moins de 100 000 habitants (déploiement principal à l'échelle communale). Cependant, les MG participent peu à l'organisation et au fonctionnement du CLSM. L'état des lieux 2018 des CLSM montre que les MG participent au comité de pilotage de seulement 15 % des CLSM, très souvent ils n'y participent pas ou n'y sont pas invités. Dans 48 % des cas, ils participent à l'assemblée plénière (28).

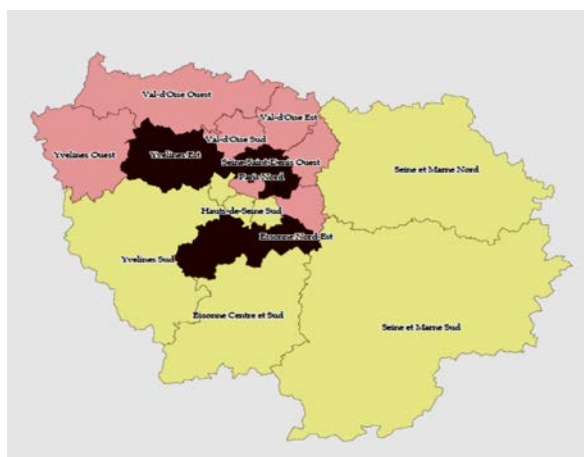
En France, l'organisation du système de soins de santé mentale est conçue pour permettre, une fois un patient diagnostiqué, une bonne prise en charge

avec une bonne continuité des soins, un accompagnement et une réintégration du patient dans son milieu de vie. Cependant, le système reste insatisfaisant : les ré-hospitalisations sont fréquentes y compris rapidement après la sortie ; 5 % des patients restent hospitalisés une année, voire plusieurs années, faute de solution pour leur permettre des soins dans la communauté où les visites à domicile sont rares ; l'entrée par les urgences reste très fréquente et nombreux sont les patients qui n'ont pas de contact avec la psychiatrie après leur sortie d'hospitalisation. Avec l'organisation actuelle des soins :

- Le délai de prise en charge des malades est jugé trop long pour 61 % des familles. Dans 37 % des situations il est estimé à plus de 3 ans.
- Trois quarts des malades passent par une hospitalisation, dont un tiers en urgence.
- Dans 70 % des cas, les familles sont prévenues de la sortie d'hospitalisation de leur proche moins d'une semaine avant, dont 20 % le jour même de la sortie.
- Seuls 21 % des proches rencontrent le service social avant la sortie d'hospitalisation de la personne malade, ce qui est problématique car ce rendez-vous est perçu comme « apportant des solutions concrètes » par 61 % des proches.
- 80 % des demandes des familles qui s'adressent à l'assistante sociale sont orientées vers le soin, ce qui pose la question de la relation de ces services avec les soignants (29).

Chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes, le délai de diagnostic ne semble pas être satisfaisant, de même que les modalités d'entrée dans le système de soins qui se fait souvent via les urgences.

Figure 7 - Besoin de soins en santé mentale par territoire de santé en Île-de-France



Besoin de soins en psychiatrie (en pourcentage)

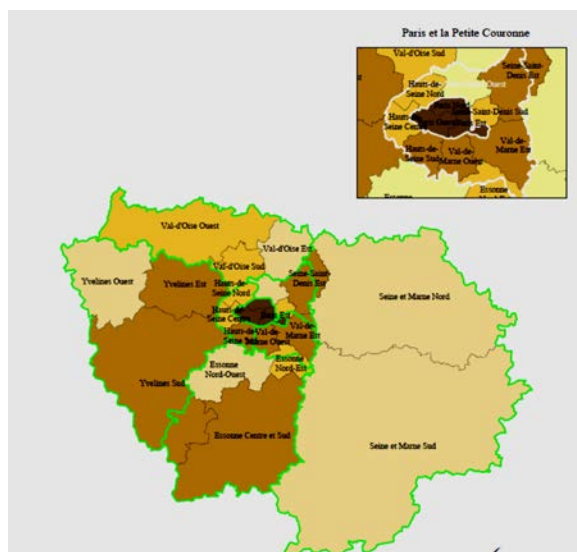
- [9,5 - 12,8] Prévalence élevée
- [7,5 - 9,5] Prévalence moyenne
- [4,8 - 7,5] Prévalence faible

Le besoin est estimé par la prévalence des troubles de santé mentale dans la population

Source : Enquête indicateurs en santé mentale (2007), MGEN, présentation V. Kovess, congrès Encéphale 2017

Traitement : ORS-IDF, revue de la littérature

Figure 8 - Offre de soins en psychiatrie par territoire de coordination en Île-de-France



Nombre de psychiatres pour 100 000 habitants  
Unité : pour 100 000 habitants

- [36 - 122]
- [23 - 36]
- [16 - 23]
- [2 - 16]

L'offre est estimée par la densité des psychiatres libéraux et salariés

Source : Conseil National de l'Ordre des Médecins (données 2006), MGEN, présentation V. Kovess, congrès Encéphale 2017

Traitement : ORS-IDF, revue de la littérature

Une fois que la famille ou l'entourage s'est rendu compte des comportements inquiétants d'un proche, ils ne connaissent souvent pas les structures disponibles où s'adresser, retardant ainsi le diagnostic et la prise en charge qui s'ensuit. Le MG devrait occuper une place centrale dans ce repérage permettant une prise en charge précoce. Au Québec par exemple, le système de soins de santé mentale est axé sur une prise en charge graduée suivant la sévérité des troubles : les omnipraticiens se chargent du suivi des patients présentant des troubles courants ou modérés. Ceux souffrant de troubles mentaux graves sont le plus souvent adressés vers des services de psychiatrie (71 % vs 17 % des troubles mentaux courants). Les principaux interlocuteurs de ces omnipraticiens, face à des troubles courants ou modérés, sont les psychologues en cabinet privé et les services psychosociaux des centres de santé et de services sociaux (CSSS) (30).

Dans la région Île-de-France en particulier, se pose également la question de la répartition de l'offre en fonction des besoins réels de la communauté. Dans son rapport sur l'utilisation du système de soins de santé mentale et la planification, le professeur Kovess-Mafety montre qu'en Île-de-France, il existe une inadéquation entre le besoin en soins de santé mentale et l'offre des soins. En effet, dans la région, quoique la densité des professionnels de santé mentale soit la plus forte (comparée aux données nationales), certains territoires présentant un besoin plus

marqué en soins de santé mentale ne disposent pas de l'offre nécessaire pour couvrir ce besoin (figures 7 et 8). D'une manière générale, en France comme dans la plupart des pays occidentaux (notamment au Canada et au Pays-Bas), le point d'entrée dans un suivi spécialisé est, dans la majorité des cas, le généraliste, et les MG prennent plus souvent en charge les troubles dépressifs et anxieux légers et modérés (30-32).

**En France, le MG est le point d'entrée dans le système de soins spécialisés, comme dans la plupart des pays à style de vie occidental. Cependant, les modalités de suivi et l'organisation des systèmes de soins de santé mentale sont différents.**

Dans certains pays, les généralistes ont parfois des recours thérapeutiques différents. Par exemple au Royaume-Uni, une approche graduée est mise en place et les MG sont encouragés à conseiller des « livres grand public de gestion des problèmes par soi-même » aux patients dépressifs légers qu'ils prennent en charge (33).

Le présent travail a répertorié quelques mesures instaurées dans divers pays pour aider les généralistes dans leur prise en charge des troubles mentaux, on peut citer :

- La réforme des soins primaires du Québec permet aux généralistes d'avoir accès à un psychiatre pour répondre à leurs besoins. De plus, certaines équipes de santé mentale peuvent proposer des formations aux médecins généralistes (34).
- En Australie, les généralistes peuvent contacter par téléphone, un psychiatre d'astreinte 24 heures sur 24 (35).
- Au Royaume-Uni, la majorité des troubles de santé mentale étant vus en consultation de soins primaires, un examen a été instauré pour évaluer les compétences en communication des médecins en formation (36).
- En Suisse, des modèles de *case/care management* (soins collaboratifs) se sont développés (26), ce qui est encore peu le cas en France.

### **Thématique 5 : Prise en charge somatique des patients atteints des troubles de santé mentale**

Les données de la littérature suggèrent que l'espérance de vie des personnes souffrant de troubles mentaux sévères est réduite de 15 à 30 ans (37, 38). En France, une récente analyse des données du Système national des données de santé (SNDS) montre que la réduction de l'espérance de vie des individus suivis pour des troubles psychiques atteint en moyenne 16 ans chez les hommes et 13 ans chez les femmes avec des variations en fonction des troubles considérés. Les personnes suivies pour troubles mentaux ont des taux de mortalité deux à cinq fois supérieurs à ceux de la population générale, quelle que soit la cause du décès, et un taux de mortalité prématurée quadruplé par rapport à celle de la population générale (39).

Les personnes atteintes de troubles de santé mentale sont sujettes à une plus forte prévalence de certaines autres pathologies dites "somatiques" en raison notamment des mauvaises conditions de vie, des effets indésirables des psychotropes, des comportements de santé, de l'isolement social, etc.

Les hypothèses expliquant cette surmortalité incluent notamment, les décès par mort violente (suicides, accidents) mais aussi les nombreux effets iatrogènes des psychotropes (comme les troubles cardio-métaboliques et neurologiques), la présence de comorbidités avec d'autres maladies chroniques et l'accumulation des facteurs de risque tels que la sédentarité, la forte consommation de tabac, une moindre observance de traitement, etc.

Les personnes vivant avec des maladies mentales ont moins recours aux soins somatiques.

Par exemple, une proportion importante d'entre elles (surtout celles qui présentent des troubles sévères et persistants) n'a pas déclaré de médecin généraliste comme médecin traitant.

Ainsi, divers guides de bonnes pratiques ont vu le jour, dans le but de favoriser la prise en charge somatique adéquate des patients atteints de troubles de santé mentale. Ils s'adressent à tous les praticiens et pas uniquement aux généralistes. En France, la HAS a publié en 2012 des guides pour venir en aide aux médecins prenant en charge des patients placés en affections psychiatriques de longues durées (ALD 23). Ce sont des fiches faites par pathologie (troubles dépressifs récurrents ou persistants, troubles bipolaires, schizophrénie et troubles anxieux graves) qui récapitulent le bilan à prescrire au moment du diagnostic, les différents recours thérapeutiques et le déroulement du suivi. En 2010, des recommandations sur le suivi cardio-métabolique des patients sous antipsychotiques ont été publiées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (l'ANSM, ex- AFSSAPS) (tableau 3). Cependant, une thèse d'interne de médecine montrait que, deux ans après la publication de ces recommandations ANSM, moins de 15 % des généralistes en avait connaissance.

Le Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP), quant à lui, rappelle que les troubles somatiques dont souffre le patient atteint de problème de santé mentale, ainsi que les traitements du patient, devraient figurer parmi les informations à échanger entre généraliste et psychiatre.

Les patients souffrant de troubles de santé mentale présentent un réel besoin de prise en charge des pathologies somatiques, et le MG est le professionnel le mieux placé pour assurer une coordination globale des soins tant physiques que mentaux.

Au total, il a été montré que, comparés à la population générale, les patients souffrant de troubles mentaux ont moins recours à des soins pour les autres pathologies somatiques (37). Aussi, la Fédération française de psychiatrie recommande vivement que les patients souffrant de troubles mentaux sévères aient un généraliste référencé comme médecin traitant et non pas un psychiatre, ce qui faciliterait une prise en charge somatique générale en plus des soins de santé mentale dispensés par les spécialistes.

Tableau 3 Résumé des recommandations de l'ANSM (ex-AFSSAPS) pour le suivi cardio-métabolique des patients traités avec des antipsychotiques

	T0	M1	M3	Trimestriellement	Annuellement	Tous les 5 ans
Poids et IMC	X	X	X	X		
Périmètre ombilical	X					
Glycémie à jeun	X		X		X	
Bilan lipidique	X		X			X
Pression artérielle	X		X		X	

Source : AFSSAPS suivi cardio-métabolique des patients traités par antipsychotiques.

Traitement : ORS-IDF, revue de la littérature 2019

Légende : T0 : avant le traitement ; M1 : 1 mois après le début du traitement, M3 : 3 mois après le début du traitement

## Proposition d'indicateurs de suivi de l'activité en santé mentale des médecins généralistes

Dans cette partie, sont proposés quelques indicateurs permettant de quantifier indirectement l'activité de soins en santé mentale des généralistes. Ces indicateurs de l'activité en santé mentale des MG pourraient faire l'objet d'un suivi régulier dans le cadre d'un système d'observation en Île-de-France. Pour produire ce type d'indicateurs, la principale source des données est, à ce jour, le Système national des données de santé (SNDS). Le SNDS, qui englobe les données de recours aux soins de manière exhaustive, est d'une grande richesse pour répondre à ce type de question, quoique cette base est extrêmement complexe. Elle contient notamment les données de remboursement des soins de ville (DCIR) et des soins hospitaliers (PMSI), dont le PMSI psychiatrique. D'autres sources possibles comme les enquêtes répétées (auprès des MG ou de leurs patientèles), les baromètres santé, les cohortes existantes (comme constances) peuvent également être exploitées

### Indicateurs avec les données du SNDS

Les données du DCIR et du PMSI permettent d'obtenir des indicateurs au niveau territorial infra-régional, notamment au niveau de chaque territoire de santé, c'est-à-dire les départements, en comparant avec la situation nationale. La production de ces indicateurs prendrait pour base de données la clientèle des généralistes, par exemple les personnes ayant consulté au moins une fois un généraliste dans l'année.

Il s'agira notamment de calculer :

- 1) **La prévalence sur un an des personnes prises en charge pour pathologies psychiatriques**, c'est-à-dire les personnes pour qui on retrouve une hospitalisation pour un motif psychiatrique et/ou des droits ouverts au titre d'une

ALD pour maladie psychiatrique codée selon la CIM10 (définition de la santé mentale selon la Cnam). Cet indicateur peut être produit au niveau infra-régional.

Parmi ces personnes, on peut quantifier indirectement la relation MG-psychiatres libéraux en regardant le taux de patients qui ont eu au moins une consultation d'un psychiatre libéral (avec une sorte de classification d'intensité à définir par exemple une à deux fois, deux à cinq fois, etc.)

- 2) **Le nombre des patients avec troubles de santé mentale** (définis soit selon la CNAM ou par la prise des psychotropes) ayant référencé un MG comme médecin traitant vs un psychiatre.
- 3) **La fréquence de chaque type de troubles dans la patientèle des MG.**
- 4) **Le degré de sévérité des troubles** des patients suivis par les MG qui pourra être évalué par les indicateurs tels que l'hospitalisation (durée, fréquence), le nombre de remboursement des psychotropes, etc.
- 5) **Les traitements psychotropes prescrits par les MG** : part des patients ayant consulté un MG au moins une fois dans l'année et ayant consommé des psychotropes (seuil à définir par exemple au moins trois remboursements de psychotropes au cours de l'année avec plusieurs combinaison des seuils possibles, part des patients ayant une première prescription de psychotropes, etc).
- 6) **Évaluation du suivi somatique des patients sous psychotropes** (par exemple, les bilans cardio-métaboliques devant être réalisés à intervalles définis, on peut suivre pour tous ces patients le rythme de leur bilan en croisant le remboursement des psychotropes et le remboursement des bilans).

### Indicateurs avec les données des ALD

Pour la production de ces indicateurs, la base de données serait les patients qui sont placés en affection de longue durée « troubles de santé mentale » (ALD23). On pourra alors quantifier :

- 1) Le nombre de visites médicales par les patients en ALD 23 auprès de leurs généralistes, sur une période donnée ;
- 2) Le nombre des patients en ALD 23 ayant référencé un MG comme médecin traitant ;
- 3) Les examens biologiques recommandés pour les patients qui ont certaines catégories de psychotropes (antipsychotiques par exemple) ;
- 4) Le nombre des patients nouvellement classés en ALD 23 par leur MG ;
- 5) Le nombre de patients ALD 23 dans la clientèle des généralistes.

En fonction des effectifs, les indicateurs issus des données des ALD peuvent être calculés au niveau infrarégional.

### Indicateurs avec des données d'enquêtes

La revue bibliographique a montré que la plupart des indicateurs utilisés à ce jour pour quantifier la place du MG dans la prise en charge des troubles de santé mentale sont issus des enquêtes. Les différentes enquêtes ont évalué notamment :

- 1) Les caractéristiques sociodémographiques des patients suivis par les généralistes pour des troubles mentaux (sexe, âge, statut socio-économique) ;
- 2) La répartition de patients souffrant des troubles de santé mentale par type de professionnels qui les suivent (part des patients suivis par les MG uniquement, les psychiatres uniquement, psychologues, etc. avec plusieurs combinaisons possibles) ;
- 3) Le pourcentage d'adressage d'un médecin généraliste vers un psychiatre, un psychologue, le secteur de psychiatrie ;
- 4) Le nombre d'échanges entre MG et secteurs spécialisés (hospitalier et de ville) ;
- 5) Une évaluation de la connaissance des généralistes sur les recommandations de bonnes pratiques ;
- 6) Une évaluation de la capacité de repérage des troubles de santé mentale par les généralistes en confrontant, par exemple, leur évaluation au résultat d'un questionnaire standardisé d'auto-dépistage ou en évaluant le pourcentage des MG qui utilisent les outils diagnostic des troubles mentaux ;
- 7) Les caractéristiques des MG (âge, sexe, la sensibilité aux questions psychosociales, etc.)

et pourcentage des patients suivis pour troubles de santé mentale ;

- 8) Les motifs de consultation des patients souffrant des troubles mentaux lors de leur consultation auprès des MG ;
- 9) Les nombres et caractéristiques des patients avec trouble de santé mentale qui référencent un MG comme médecin traitant ;
- 10) La durée moyenne de la consultation médicale (en cabinet des MG) pour les patients souffrant de trouble de santé mentale ;
- 11) Le nombre annuel des consultations auprès des MG pour les patients ayant des problèmes de santé mentale ;
- 12) Le délai entre le début des troubles (déclarés par le patient ou sa famille) et l'accès aux soins de santé mentale.

L'intérêt de mettre en place un tableau de bord des indicateurs est de pouvoir mesurer de manière fiable et reproductible, la charge de travail des MG en soins de santé mentale, leurs difficultés rencontrées dans la prise en charge de santé mentale et surtout d'évaluer les différentes mesures prises pour améliorer la mise en place des soins optimaux pour le bien de leurs patients. Cependant, la plupart des indicateurs trouvés dans la littérature sont issus des données d'enquêtes menées auprès des praticiens ou de leur patientèle. Or, la mise en place d'enquête est une démarche coûteuse, longue et complexe. Les enquêtes sont également limitées par un faible taux de participation et sont sujettes à de nombreux biais (notamment le biais de mémoire pour les patients et le biais de sélection pour les médecins, les plus intéressés par la santé mentale étant plus susceptibles de participer aux enquêtes). Par ailleurs, l'usage des données issues du SNDS, qui regroupe les principales bases médico-administratives, peut constituer une source fiable pour obtenir ces indicateurs. Les données du SNDS permettent de ne quantifier que tout ce qui est en rapport avec la consommation des soins ; cependant, le non recours aux soins constitue un problème non négligeable en ce qui concerne la prise en charge des troubles de santé mentale. En effet, contrairement aux pathologies somatiques, une part non négligeable des personnes souffrant des troubles de santé mentale ne recourent pas aux soins, soit à cause du déni, ou de la difficulté que rencontrent les malades ou leur entourage quant à l'orientation vers les professionnels et structures appropriés (notamment le délai de rendez-vous, etc.) entraînant des retards de prise en charge. Le non diagnostic ou encore la prise en charge inadéquate de certains troubles, la non estimation de la prise en charge par les psychologues, sont autant d'aspects non captés avec les données du SNDS.



## Analyse des données de l'Assurance maladie sur les soins de santé mentale dispensés par les médecins généralistes

L'Open Medic de l'Assurance maladie est une base de données en open accès qui contient des données de remboursement des médicaments. Les analyses de ce travail consistent essentiellement à comparer les caractéristiques sociodémographiques de la patientèle des MG à celle des psychiatres ainsi que les types de prescriptions entre ces deux catégories de professionnels.

**Plus de femmes que d'hommes ont obtenu des remboursements de psychotropes prescrits par des MG en Île-de-France.**

En Île-de-France, plus de 2,5 millions de personnes ont eu au moins un remboursement de psychotropes, en 2017, quelle que soit l'origine de la prescription (MG, psychiatres, autres professionnels) ; 66 % des psychotropes prescrits par les MG étaient destinés aux femmes contre 34 % aux hommes (tableau 4). Cette différence entre hommes et femmes était également trouvée pour les prescriptions effectuées par les psychiatres (62.5 % femmes vs 37.5 % hommes) ( $p < 0.001$ ), ce qui correspond à peu près au ratio homme-femme de la prévalence des troubles mentaux (40). Les prescriptions en provenance des généralistes étaient significativement plus importantes par rapport à celles en provenance des psychiatres de ville ( $p < 0.001$ ).

**Plus de trois prescriptions de psychotropes sur quatre remboursées sur prescription des médecins généralistes.**

L'analyse des données Open Medic montre également qu'en 2017, 77 % de remboursement des psychotropes prescrits en ville, provenait d'une prescription de médecin généraliste (figure 9).

Les psychotropes les plus prescrits à la patientèle des généralistes étaient les anxiolytiques (46 %), les antidépresseurs (29 %), suivis des hypnotiques et sédatifs (18 %) (figure 10). Les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), qui sont les antidépresseurs recommandés en première intention, étaient les plus prescrits par les généralistes (59 % des antidépresseurs prescrits sont des ISRS en Île-de-France). Cette répartition était un peu différente de celle des psychiatres libéraux chez qui 14 % des prescriptions était des antipsychotiques, 39 % des antidépresseurs, 12 % des hypnotiques sédatifs, 28 % des anxiolytiques et 7 % autres produits suggérant une différence dans le type des patients pris en charge par ces deux groupes de professionnels.

**Plus de 21 millions d'euros remboursés pour les psychotropes prescrits par les MG en Île-de-France.**

Le budget de remboursement des psychotropes prescrits par les MG occupe une part prépondérante dans la dépense globale liée aux psychotropes prescrits en ville (figure 11). En 2017, les antidépresseurs prescrits par les MG ont coûté 21,7 millions d'euros (soit trois fois plus que les remboursements des prescriptions des psychiatres), et les anxiolytiques

Tableau 4 - Caractéristiques des personnes ayant consommé des psychotropes prescrits en ville en IDF en 2017

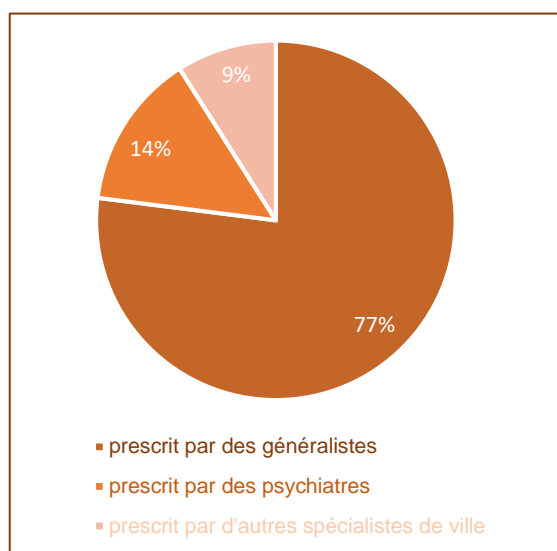
	Médecins généralistes	Psychiatres libéraux	p
Hommes	763 336 ( 34 %)	150 601 (37,5 %)	
Femmes	1 464 420 ( 66 %)	251 499 (62,5 %)	<10 <sup>-3</sup>
Total	2 227 756 (100 %)	402 100 (100 %)	

Source : ORS-IDF, 2019, données Open Medic de l'Assurance maladie

6,5 millions d'euros en Île-de-France (figure 11). Par ailleurs, on a constaté une baisse des montants des remboursements des psychotropes prescrits par les MG entre 2014 et 2017 ; certaines sommes ont été divisées par deux (antidépresseurs : 40,2 millions d'euros en 2014 vs 21,7 millions d'euros en 2017, et les anxiolytiques : 12 millions d'euros en 2014 vs 6.5 millions d'euros en 2017). Cependant, les baisses en nombre de boîtes délivrées et en nombre des consommateurs de psychotropes étaient moins marquées, faisant suggérer un effet de la prescription et/ou de la délivrance des génériques qui coûtent moins cher. Les données de l'Assurance maladie ont permis également de suivre l'évolution de la prévalence des patients placés en affection psychiatrique de longue durée (ALD 23) en Île de France, entre 2014 et 2017 (Figure 12). On a constaté une augmentation du nombre des nouveaux cas et du nombre total des patients placés en ALD 23 entre

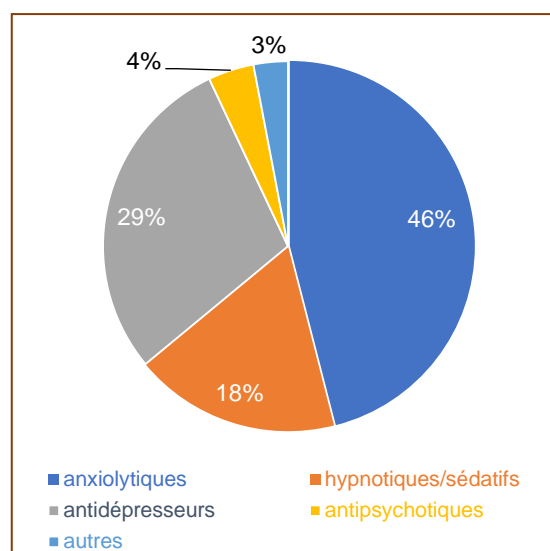
2014 et 2017. Le pic de nouveaux bénéficiaires, observé en 2016, est dû probablement à la simplification de la démarche des déclarations en ALD au cours de cette année. La tendance de la prévalence des ALD de la France entière était similaire à celle de la région Île-de-France qui représentait 16,5 % de la prévalence française totale. Il faut cependant dire que l'ALD ne constitue pas un bon indicateur de l'incidence ni de la prévalence des troubles de santé mentale. En effet, la déclaration des patients en ALD varie selon la pathologie, la région, les habitudes du médecin ou les caractéristiques du patient. Certains praticiens sont par exemple plus susceptibles de déclarer une ALD pour les patients en situation de précarité, la reconnaissance en ALD permettant une prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie des soins en rapport avec la pathologie.

Figure 9 - Remboursements des psychotropes en ville par type de professionnels prescripteurs en Île-de-France en 2017



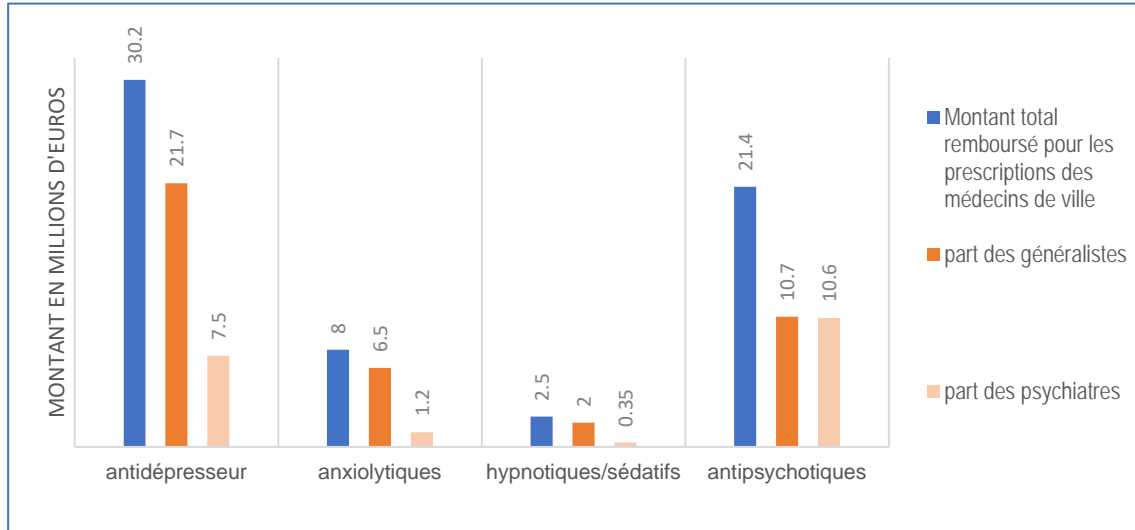
Source : ORS-IDF, 2019, données Open Medic de l'Assurance maladie

Figure 10 - Remboursements des psychotropes par classes thérapeutiques (pour les prescriptions des MG aux Franciliens en 2017)



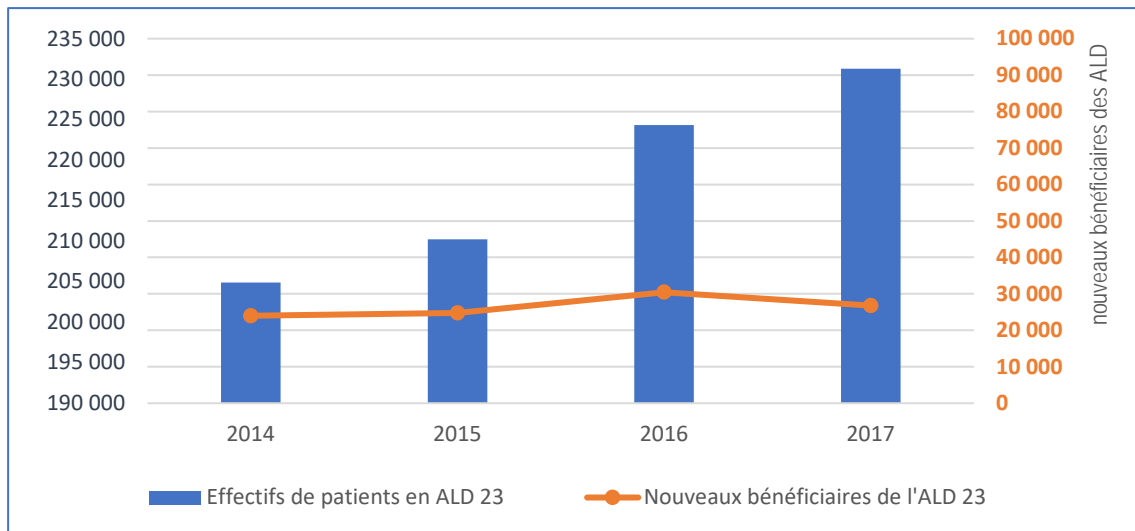
Source : ORS-IDF, 2019, données Open Medic de l'Assurance maladie

Figure 11 - Montants des remboursements pour les prescriptions des médecins de ville à des résidents franciliens en 2017



Sources : ORS-IDF, 2019, données Open Medic de l'Assurance maladie

Figure 12 - Nombre total et nombre de nouveaux bénéficiaires ayant une affection psychiatrique de longue durée (ALD 23) en Île-de-France entre 2014 et 2017



Sources : ORS-IDF, 2019, données Open Medic de l'Assurance maladie  
 Légende : \* ALD 23 : affections psychiatriques de longue durée

## Conclusion et perspectives

La prise en charge de la santé mentale constitue le deuxième poste des dépenses nationales de l'Assurance maladie avec 20,3 milliards d'euros pour le régime général et 23,2 milliards pour l'ensemble des régimes, soit 14 % des dépenses totales en 2017 (5). Cette prise en charge occupe une place importante dans l'activité des médecins généralistes. Les patients pensant souffrir d'une atteinte de santé mentale se tournent le plus souvent vers leurs médecins généralistes en premier lieu. Ces praticiens ont donc un rôle clé dans la détection et la prise en charge de ces troubles ou encore l'adressage vers un spécialiste.

Cependant, l'organisation des soins de santé mentale en France est complexe et la place des MG dans la sectorisation des soins de santé mentale n'est pas clairement établie.

Un quart de la patientèle d'un généraliste souffrirait d'un trouble psychiatrique (défini selon le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)), pourtant les données de la littérature suggèrent que seul un cas de trouble sur deux est susceptible d'être dépisté par ces professionnels qui, par ailleurs, font face à plusieurs difficultés pour une prise en charge optimale des patients atteints des troubles de santé mentale, notamment le manque de temps, de formation et de collaboration avec les spécialistes.

Les troubles anxio-dépressifs sont ceux les plus souvent pris en charge par les MG. Cependant, le premier recours thérapeutique des généralistes reste les psychotropes, qui sont prescrits à 80 % par ces praticiens. Le non remboursement de thérapie non médicamenteuse, notamment des soins des psychologues, constitue un frein pour référer les malades auprès de ces professionnels.

Les analyses effectuées avec l'Open Data de l'Assurance maladie illustrent bien la place prépondérante qu'occupent les généralistes dans les soins de santé mentale délivrés en ville.

La prise en compte des soins somatiques des patients affectés par les troubles mentaux doit aussi rester une priorité. Plusieurs recommandations sont disponibles pour aider les praticiens à une meilleure prise en charge de ces patients. Cette revue de la littérature n'a cependant pas trouvé de publications spécifiques focalisées sur les soins somatiques dispensés par les généralistes aux patients vivant avec des troubles de santé mentale.

Le développement d'un meilleur partenariat entre les généralistes et les spécialistes de la santé mentale est primordial. Ce sujet a d'ailleurs fait l'objet d'un rapport de la HAS en 2018 et a inspiré de multiples réformes des systèmes de soins dans d'autres pays. Il convient donc de réfléchir à la valorisation de l'activité en santé mentale des MG, à l'amélioration de leur formation et au développement d'une meilleure collaboration entre les MG et les professionnels des soins spécialisés.

Dans l'objectif d'améliorer le repérage et la prise en charge précoce des problèmes de santé mentale, la place du MG dans l'organisation même du système de soins de santé mentale doit être reprécisée. La validation d'indicateurs et l'élaboration d'un tableau de bord permettant de suivre en routine l'activité en santé mentale des MG sont donc primordiales. Ces indicateurs peuvent être construits avec les données du DCIR (données en ville) et du PMSI psychiatrie (qui reprend les dépenses des établissements de santé, privés ou publics, exerçant une activité psychiatrique), ce qui peut permettre d'appréhender le parcours de soins des patients entre la ville et le secteur hospitalier pour une meilleure visibilité et l'amélioration de la prise en charge et de la coordination des soins de santé mentale.

# Références

1. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jonsson B, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. 2011;21(9):655-79.
2. HAS. Programme pluriannuel psychiatrie et santé mentale 2018-2023. 2018.
3. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, Allgulander C, Alonso J, Beghi E, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology*. 2011;21(10):718-79.
4. OMS La dépression. Principaux faits [en ligne] 2019. (consulté le 26 février 2020) 2019. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
5. Caisse d'Assurance maladie. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses Propositions de l'Assurance maladie pour 2020. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement [en ligne] 2019.
6. Kessler R, Stafford D. Primary care is the de facto mental health system. *Collaborative medicine case studies: Evidence in practice*. New York, NY, US: Springer Science, Business Media; 2008. p. 9-21.
7. Riviere M, Plancke L, Leroyer A, Blanchon T, Prazuck T, Prouvost H, et al. Prevalence of work-related common psychiatric disorders in primary care: The French Héraclès study. *Psychiatry Research*. 2017.
8. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux: états des lieux, repères et outils pour une amélioration 2018.
9. Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS, Angermeyer MC, Haro JM, Sevilla-Dedieu C, et al. Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatric services*. 2007;58(2):213-20.
10. Kovess-Masfety V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC public health*. 2007;7:188.
11. Kovess-Masfety V, Lebreton-Lerouillois G, Gilbert F. Utilisation du système de soin en santé mentale et planification. Données régionales et intrarégionales. *L'Encephale*. 2007;5:S157-S63.
12. DREES. Déterminants de l'hétérogénéité des pratiques de prescription d'antidépresseurs dans le cadre d'un panel représentatif de médecins généralistes libéraux de la région PACA. *La lettre de la MiRe*. 2006;10.
13. Norton J, Engberink AO, Gandubert C, Ritchie K, Mann A, David M, et al. Health Service Utilisation, Detection Rates by Family Practitioners, and Management of Patients with Common Mental Disorders in French Family Practice. *Canadian journal of psychiatry Revue canadienne de psychiatrie*. 2017;62(8):521-30.
14. Norton J, de Roquefeuil G, David M, Boulenger JP, Ritchie K, Mann A. [Prevalence of psychiatric disorders in French general practice using the patient health questionnaire: comparison with GP case-recognition and psychotropic medication prescription]. *L'Encephale*. 2009;35(6):560-9.
15. Gask L, Goldberg D, Lesser A-L, Millar T. Improving the psychiatric skills of the general practice trainee: an evaluation of a group training course. *Medical Education*. 1988:132-8.
16. Bocquier A, Pambrun E, Dumesnil H, Villani P, Verdoux H, Verger P. Physicians' characteristics associated with exploring suicide risk among patients with depression: a French panel survey of general practitioners. *PloS one*. 2013;8(12):e80797.
17. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. *CAIRNinfo*. 2014;90.
18. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulois C, Becret F, et al. [Obstacles to effective treatment of depression. A general practitioners' postal survey in the north-west region of France]. *L'Encephale*. 2010;36 Suppl 2:D73-82.
19. Passerieux C. Accès et continuité des soins pour les troubles mentaux les plus fréquents : les consultations de soins partagés du RPSM 78. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2007;165(10):741-5.
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*. 2018;13(1):e0190565.
21. Herique A, Kahn JP. [Guidelines and reality in practical use of and compliance to antidepressants in the treatment of depression: incidence survey in Lorraine and Champagne-Ardenne (France)]. *L'Encephale*. 2009;35(1):73-9.
22. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt J-L. Etat-actuel-de-la-formation-des-médecins-généralistes-à-la-psychiatrie-et-à-la-santé-mentale-en-France. *CAIRNinfo*. 2014;90.
23. Tardieu S, Bottero A, Blin P, Bohbot M, Goni S, Gerard A, et al. Roles and practices of general practitioners and psychiatrists in management of depression in the community. *BMC family practice*. 2006;7:5.
24. Briffault X, Morvan Y, Rouillon F, Dardennes R, Lamboy B. [Use of services and treatment adequacy of major depressive episodes in France]. *L'Encephale*. 2010;36 Suppl 2:D48-58.



25. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt JL. Place de la santé mentale en médecine générale. CAIRNinfo. 2014;90:311-7.
26. HAS. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux. 2018.
27. Coldefy M. Les soins en psychiatrie : organisation et évolutions législatives récentes. Revue française des affaires sociales. 2016:21-30.
28. Centre national de ressources et d'appui aux CLSM. [en ligne] État des lieux national des CLSM. 2018. Accessible : <http://clsm-ccoms.org>
29. Mediaprism. La défense des droits et intérêts des personnes malades psychiques, vue par leur entourage. In: psychiques Undfeadpmeoh, editor. Paris: Mediaprism; 2016.
30. Fleury M-J, Grenier G. Etat de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux. 2012. p. 243.
31. Tempier R, Vasiliadis H-M, Kovess-Masféty V. Comparing mental health of francophones in Canada, France and Belgium 12 months and lifetime rates of mental health service use. The Canadian Journal of Psychiatry. 2010;55(5).
32. Verhaak PF, van Dijk CE, Nuijen J, Verheij RA, Schellevis FG. Mental health care as delivered by Dutch general practitioners between 2004 and 2008. Scandinavian journal of primary health care. 2012;30(3):156-62.
33. Mercier A, Aubin I, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Kerhuel N, Boulnois C, et al. Satisfaction des généralistes sur la prise en charge des patients déprimés. Une comparaison France Grande-Bretagne. Exercer. 2009;20(88).
34. Fleury MJ. La réforme des soins primaires de santé mentale au Québec et le rôle et les stratégies de coordination des omnipraticiens. Santé mentale au Québec. 2014;39(1):25.
35. Kidd M, Rawlin M. Mental health education resources for Australia's general practitioners. Mental health in family medicine. 2008;5(1):61-3.
36. Walton I. Mental health education and resources for general practitioners in the UK. Mental health in family medicine. 2008;5(2):121-3.
37. Psychom [en ligne] Recommandation de bonne pratique en psychiatrie: Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. 2015. Accessible : <http://www.psychom.com>
38. Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. [Drawing up guidelines for the attendance of physical health of patients with severe mental illness]. L'Encéphale. 2009;35(4):330-9.
39. Coldefy M, Gandré C. Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. Question d'économie de la santé 2018;237.
40. Steel Z, Marnane C, Iranpour C, Chey T, Jackson JW, Patel V, et al. The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980-2013. International journal of epidemiology. 2014;43(2):476-93.

## SANTÉ MENTALE EN ÎLE-DE-FRANCE

### RÔLE CLÉ DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DANS LE REPÉRAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

L'essentiel de l'étude

- Le médecin généraliste occupe un rôle clé dans le dépistage des troubles de santé mentale et la prise en charge qui s'en suit. L'organisation des soins psychiatriques en France est complexe et le généraliste pallie souvent un manque de moyens du secteur.
- L'analyse des données de remboursement des psychotropes prescrits par les généralistes aux Franciliens met en évidence l'importance des troubles mentaux dans la consultation des généralistes.
- Cependant, l'activité en santé mentale des MG est peu valorisée et les MG rencontrent des difficultés dans la mise en place des soins de santé mentale optimaux. Il s'agit notamment des problèmes de collaboration avec leurs confrères psychiatres de ville ou hospitaliers, des difficultés liées à leur formation en psychiatrie, du non remboursement de certains soins non médicamenteux, des délais d'attente, etc.
- Les patients ayant des troubles mentaux ont moins recours à des soins somatiques. Une meilleure coordination entre les MG et les services/spécialistes de santé mentale devrait pallier ce problème et permettre une meilleure prise en charge tant physique que mentale de ces patients.
- Les indicateurs de suivi de l'activité en santé mentale des MG, proposés dans ce document, permettraient un suivi en routine de l'activité en santé mentale des MG.

Nos remerciements s'adressent au Docteur Éric Deflesselle, à Madame Magali Coldefy et au Professeure Viviane Kovess-Mafety qui ont accepté de relire ce travail. Les remerciements s'adressent également au Professeur Laurent Rigal dont l'expertise nous a orientés dans la recherche bibliographique et dans la réalisation du projet.



#### Observatoire régional de santé Île-de-France

15 rue Falguière - 75015 PARIS - Tél. (33) 01 77 49 78 60 - [www.ors-idf.org](http://www.ors-idf.org)  
Président : Dr Ludovic Toro - Directrice de la publication : Dr. Isabelle Grémy

*L'ORS Île-de-France, département de L'Institut Paris Région, est un observatoire scientifique indépendant financé par l'Agence régionale de santé et le Conseil régional d'Île-de-France.*

ISBN : 978-2-7371-2093-0