



UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2023

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Exploration des déterminants des médecins généralistes expliquant  
des différences dans la prise en soin de personnes ayant des  
problèmes de santé mentale**

Présentée et soutenue publiquement le 20 septembre 2023 à 16h00

au Pôle Formation

par **Amédée ROESCH**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Nassir MESSAADI**

**Assesseur :**

**Monsieur le Docteur Laurent DEFROMONT**

**Directrice de thèse :**

**Madame la Docteure Anna BALEIGE**

---



# Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

# Sigles

<b>WONCA</b>	Organisation Mondiale des Médecins Généralistes
<b>CSP</b>	Code de Santé Publique
<b>ETP</b>	Education Thérapeutique du Patient
<b>MSP</b>	Maison de Santé Pluriprofessionnelle
<b>DES</b>	Diplôme d'Etudes Spécialisées
<b>CARMF</b>	Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France
<b>VTC</b>	Voiture de Transport avec Chauffeur
<b>IPA</b>	Infirmiers de Pratiques Avancées
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>MDPH</b>	Maison Départementale des Personnes Handicapées
<b>ALD</b>	Affection de Longue Durée
<b>OMS</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PMSI</b>	Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
<b>EPSM</b>	Établissement Public de Santé Mentale
<b>CHS</b>	Centre Hospitalier Spécialisé
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CMP</b>	Centre Médico-Psychologique
<b>ESPIC</b>	Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif
<b>PTSM</b>	Projets Territoriaux de Santé Mentale
<b>F2RSM</b>	Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale
<b>COVID-19</b>	Maladie à Coronavirus 2019
<b>BAMHS</b>	Beliefs and Attitudes towards Mental Health Service Users' Rights
<b>GHT</b>	Groupement Hospitalier de Territoire
<b>ALCESTE</b>	Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte
<b>UCE</b>	Unité de Contexte Élémentaire
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine
<b>LGBTQI</b>	Lesbien Gay Bi Trans Queer Intersexe
<b>CPTS</b>	Communautés Professionnelles Territoriales de Santé

# Sommaire

Avertissement.....	3
Remerciements .....	<b>Erreur ! Signet non défini.</b>
Sigles.....	4
Sommaire .....	5
Introduction générale.....	7
1 Les principes de la médecine générale .....	7
1.1 Le défi de la prise de décision de santé par les personnes.....	8
1.2 Formation des médecins .....	9
1.3 La conceptualisation déontologique .....	12
1.4 Un cadre spécifique de pratique ambulatoire .....	12
2 Accessibilité des soins.....	16
3 Organisation des soins en santé mentale.....	17
3.1 Organisation des soins en santé mentale en France.....	19
3.2 Evolution de l'organisation de l'offre de soins en santé mentale .....	20
4 Une réflexion concernant l'organisation des soins aboutissant à une question de recherche.....	22
Article.....	24
1 Introduction.....	24
2 Méthodes.....	27
2.1 Enjeux éthiques et épistémiques.....	27
2.2 Recrutement.....	28
2.3 Intervention.....	28
2.4 Analyses.....	30
3 Résultats .....	31
3.1 Description des participant-es .....	31
3.2 Analyse lexicale et classification hiérarchique descendante .....	33
3.3 Impacts de l'échelle BAMHS, la sensibilisation à la santé mentale et le lieu d'exercice sur le discours.....	37
4 Discussion .....	39
Conclusion générale.....	43
Liste des tableaux.....	48
Liste des figures .....	49
Références .....	50

Annexe 1 .....	57
Annexe 2 .....	58
Annexe 3 .....	59
Annexe 4 .....	60
Annexe 5 .....	61
Annexe 5 .....	62

# Introduction générale

## 1 Les principes de la médecine générale

Selon la définition de la WONCA EUROPE de 2002, les médecins généralistes-médecins de famille sont « des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physique, psychologique, sociale, culturelle et existentielle, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. » [1].

## **1.1 Le défi de la prise de décision de santé par les personnes**

L'information transmises des médecins aux personnes se doit d'être claire, loyale et adaptée. Elle donne le pouvoir aux personnes de faire des choix libres et éclairés en lien avec la décision médicale partagée. C'est actuellement un devoir de la part des médecins et un droit pour les personnes. L'information permet aux personnes de devenir acteur de leurs parcours de soin et un équilibre dans la relation entre le médecin et le patient [2].

L'autonomisation des personnes concernant leurs problèmes de santé passe avant tout par l'enseignement de connaissances concernant des éléments divers pouvant améliorer leur santé et leur qualité de vie. Cela a été formalisé en 2009 dans le code de santé publique (CSP) à travers l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Actuellement, il existe des programmes d'ETP. Il sont majoritairement prodigués par des établissements de soin [3]. Néanmoins, de plus en plus de maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) proposent un accompagnement sous la direction d'un médecin généraliste.

Mais les ETP ne sont pas la seule forme d'éducation prodiguée aux personnes. Il existe aussi des pratiques éducatives, souvent de manière séquentielle, au sein du cabinet dans les consultations du quotidien des médecins généralistes s'appuyant sur les objectifs personnels de la personne [4]. Dans la perception des apprenants en médecine générale en France, il semble qu'il y ait une lacune en rapport avec la compétence du métier de médecin généraliste concernant l'éducation des patients [5].



## 1.2 Formation des médecins

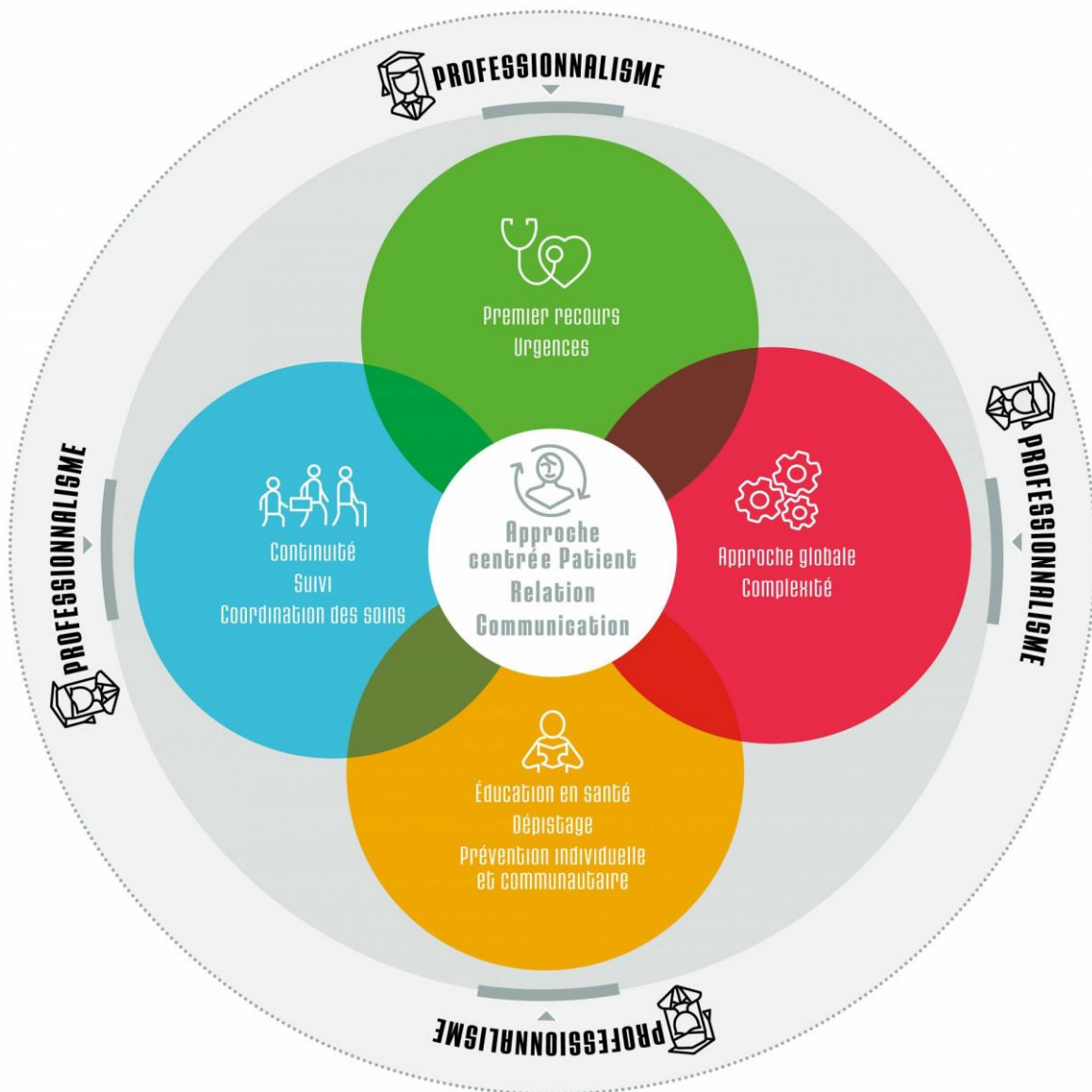
Par la loi du 17 janvier 2002, la médecine générale devient une spécialité à part entière. Considérée auparavant comme pratique « générale » et « non spécifique » de la médecine, voir déconsidérée [6], les étudiants réalisaient depuis 1984 un résidanat d'abord de 1 an puis de 2 an et demi en 1995, puis de 3 ans en 2001. Ce résidanat est modifié par la réalisation d'un internat spécifique à partir de 2004 de la même durée (3 ans) [7]. Une augmentation de la durée de l'internat à 4 ans débute en novembre 2023 suite à la volonté des enseignants de médecine générale d'avoir la même durée de formation que les autres spécialités à travers une phase de consolidation notamment par l'adjonction d'une année de pratique en quasi autonomie [8].

Conséquemment, dans le cadre de formation pratique, une maquette de stage est proposée. Cette nouvelle maquette des stages valables pour les étudiants du semestre de novembre 2023 est la suivante :

- En phase socle (1 an) : urgences adultes, stage ambulatoire de médecine générale
- En phase d'approfondissement (2 ans) : médecine adulte polyvalente, pédiatrie, gynécologie, stage libre, stage ambulatoire de médecine générale
- En phase de consolidation (1 an) : 2 stages ambulatoires de médecine générale

Il est à noter l'absence d'obligation de réaliser un stage dans une thématique de santé mentale bien que le texte de loi rappelle que, dans le cadre du DES de médecine générale, l'on « veillera particulièrement à l'acquisition de compétences centrées [...] sur la santé mentale » [9].

Concernant les connaissances théoriques, il est formalisé un programme conçu autour des compétences professionnelles spécifiques que doit posséder le médecin généraliste. Ces compétences ont été modélisées selon un schéma à visée pédagogique, la Marguerite des compétences, comprenant 6 dimensions : Approche centrée patient-relation-communication / Approche globale et complexité / Éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire / Premier recours, urgence / Suivi, continuité, coordination des soins / Professionnalisme [10].



**Figure 1. Marguerite des compétences**

Cette acquisition des connaissances se fait par des méthodes pédagogiques variées : groupe d'échange de pratique ou groupe Balint, écriture clinique (portfolio), apprentissage par résolution de problème, atelier de geste pratique.

Il est à noter que Michael Balint était un psychiatre et psychanalyste d'origine hongroise qui a eu un travail de recherche extensif concernant la formation des médecins généralistes afin de les aider à appréhender une relation entre médecin et les personnes fondée sur le soutien et l'empathie [11].

Tout au long de la formation en médecine générale, les apprenants sont invités à concevoir la personne comme un individu évoluant dans un milieu influencé par de nombreuses modalités. A l'inverse, ne se concentrer que sur sa seule pathologie ou plainte en se centrant sur l'organe malade néglige des aspects pourtant importants pour le rétablissement de la personne. La perception des personnes concernant leur médecin généraliste influence fortement leur confiance en lui. L'enseignement prodigué durant le cursus de formation en médecine générale permet d'apprendre qu'un médecin ayant un discours porté par la bienveillance et l'empathie permet de construire une relation de confiance entre lui-même et les personnes qui pourraient être amenées à le consulter [12].

Après la formation initiale instruite à la Faculté, il existe un devoir pour les médecins de tenir leurs compétences à jour afin de donner les soins les plus adéquats au vu des données de la science. Afin de remplir cette obligation, il a été formalisé un ensemble

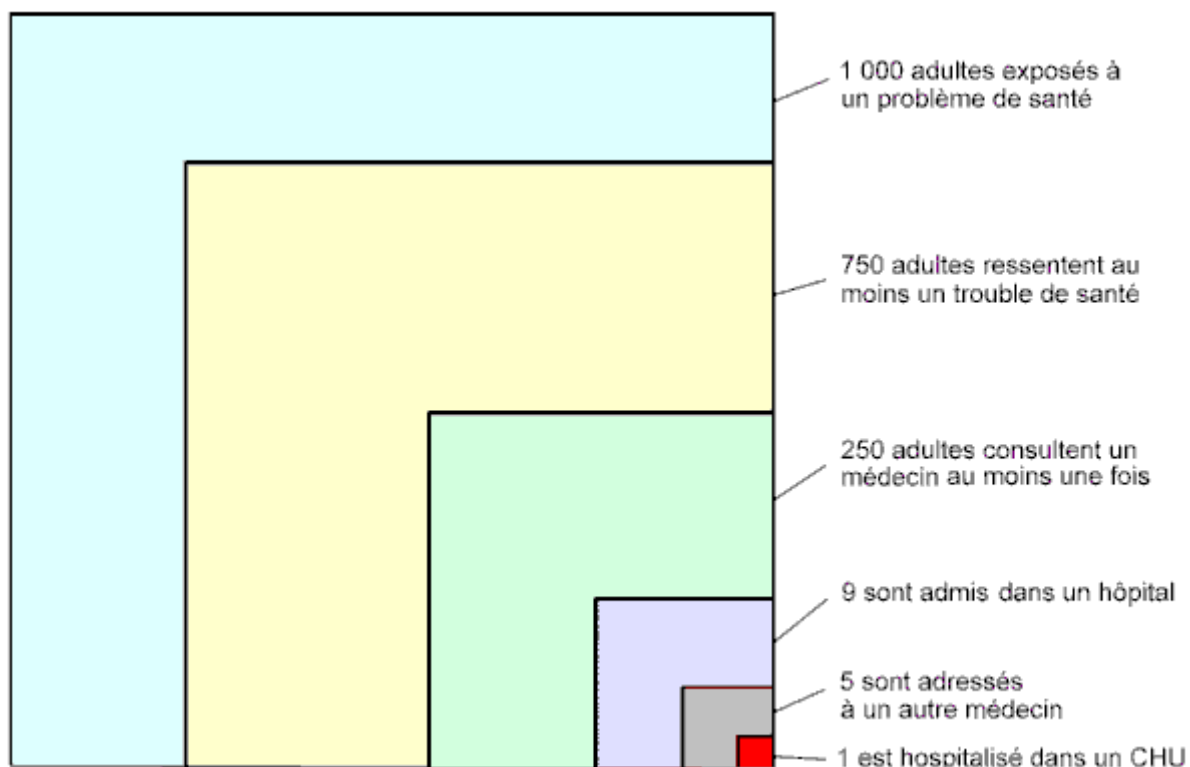
de moyens légaux dotés de moyens notamment financiers afin de proposer ce que l'on appelle la « Formation Médicale Continue » depuis 1996 [13].

### **1.3 La conceptualisation déontologique**

Les médecins généralistes ont, dans leurs missions de service public, le devoir de prendre en soin quiconque se présentera pour quérir un accompagnement dans le cadre d'une plainte en lien avec sa santé. Ils doivent pour cela exercer dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Selon le code déontologie médicale, « Le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes quels que soient leur origine, leurs mœurs et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard. Il doit leur apporter son concours en toutes circonstances. Il ne doit jamais se départir d'une attitude correcte et attentive envers la personne examinée. » [14].

### **1.4 Un cadre spécifique de pratique ambulatoire**

Le médecin généraliste a un rôle de centralisation de l'information autour de la personne pouvant bénéficier d'autres suivis de confrères ou d'autres intervenants. Il voit davantage que ses confrères spécialistes des pathologies proches du quotidien de la population et souvent à un stade moins évolué. Cette réalité a pu donner dans les travaux de recherches de White, Williams et Greenberg la figure suivante souvent énoncée comme le « carré de White » [15].



**Figure 2. Carré dit de White**

Le médecin généraliste est l'un des premiers intervenants pour entrer dans le système de soin notamment dans le cadre de pathologie aiguë et intercurrente qu'il gère de manière concomitante aux pathologies au long cours. Cette prise en considération des interactions entre les soins aigus et chroniques en prenant en compte la volonté et les besoins selon la hiérarchie des personnes est une nécessité afin de lui proposer une prise en soin adaptée. Ainsi, il concourt au rétablissement des personnes [16].

Il a aussi un rôle d'orientation vers les soins les plus appropriés après une évaluation au cabinet d'une problématique de santé. Cette orientation peut être l'adressage à un confrère mais aussi être la prescription d'examen complémentaire.

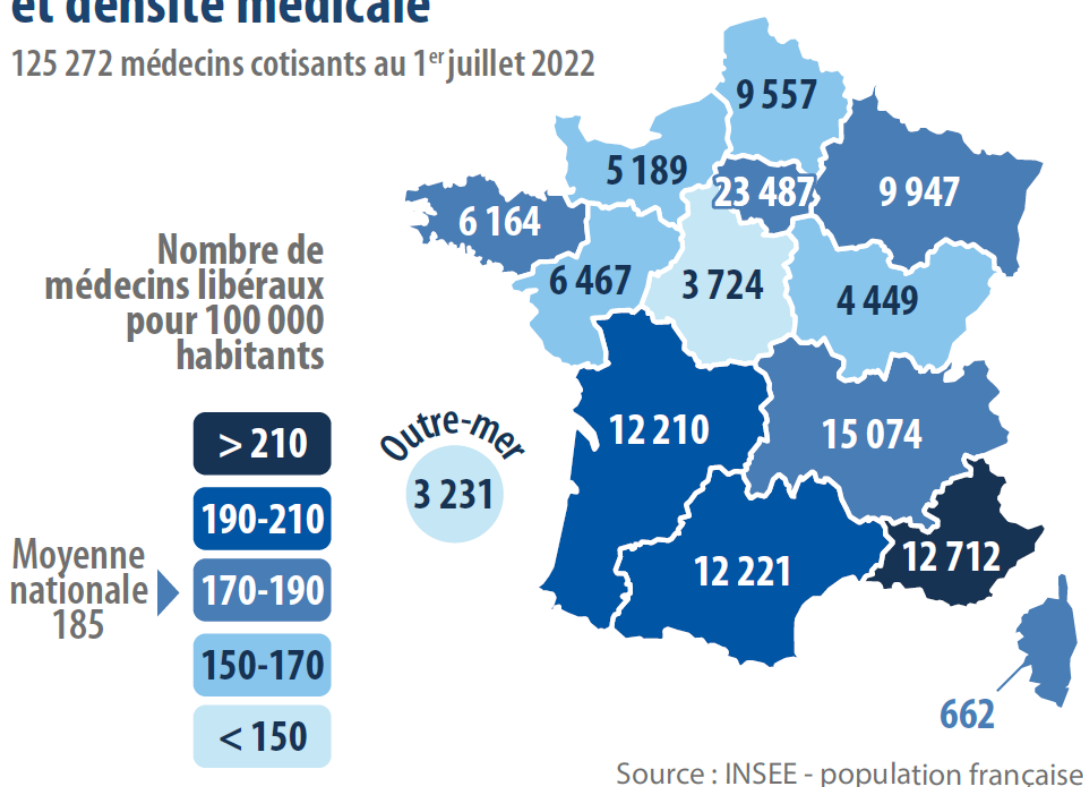
Le médecin généraliste a un rôle dans la prévention au quotidien selon les modalités primaires, secondaires et tertiaires. Par exemple, la vaccination est un acte courant de prévention des pathologies infectieuses. Le médecin généraliste a également une fonction concernant des approches sur les règles d'hygiène de vie, concernant la promotion de l'activité physique, la proposition d'un régime alimentaire sain et équilibré, l'accompagnement dans l'arrêt des toxiques [17].

Il a un rôle de suivi des personnes au long cours. Il va donc prévenir ou repérer la résurgence, l'acutisation ou les complications de pathologie chronique quel que soit l'organe ou le système. Cette mission doit être réalisée dans la globalité de la personne. Cette démarche centrée - patient se doit de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population en agissant au commencement de l'apparition du problème ou de la pathologie [18–21].

Nous remarquons des évolutions pratiques dans la profession. Il y a actuellement une crise démographique avec la diminution progressive du nombre de médecins par habitant en France responsable d'une saturation des patientèles notamment dans les territoires dit « sous dotés » [22]. Les généralistes notamment en tant que médecin de famille installés semblent de moins en moins nombreux et de plus en plus jeunes dans le cadre des départs en retraite des anciennes générations [23]. Il existe aussi une disparité nord-sud concernant la densité médicale en défaveur du nord de la métropole française.

## Médecins cotisants et densité médicale

125 272 médecins cotisants au 1<sup>er</sup> juillet 2022



**Figure 3. Médecin en activité versant une cotisation à la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF)**

Nous notons aussi une certaine « ubérisation » de la médecine par la mise en place de téléconsultations et de sociétés privées mettant en lien des médecins auto-entrepreneurs avec des personnes comme pourrait l'être des chauffeurs de VTC, ce qui conduit à une médecine d'entretien sans examen physique et une relation précaire concernant la relation médecin malade [24].

Nous constatons l'apparition de la délégation d'actes auparavant médicaux comme la vaccination. Il a aussi l'apparition de nouveaux métiers en santé comme les Infirmiers de pratiques avancées (IPA) qui ont pour mission de suivre et réévaluer les personnes porteurs de pathologies chroniques dites « stabilisées » [25].

Nous mettons en lien une augmentation des recommandations de bonne pratique notamment via la Haute Autorité de Santé (HAS) ou les sociétés savantes avec un exercice protocolisé pouvant mener à une diminution de la personnalisation des soins pour chaque personne [26].

Nous visualisons aussi l'augmentation de la charge de travail sur le versant administratif comme la réalisation de certificat notamment pour l'obtention d'avantages divers pour les personnes via leur assurances ou pour des demandes auprès de la maison départementale des personnes handicapées (MDPH) [27].

## **2 Accessibilité des soins**

L'accessibilité aux soins est sous tendue par 3 notions qui définissent la fréquentation par les usagers du système de soin : l'accessibilité physique, l'accessibilité financière, l'acceptabilité [28].

L'accessibilité physique répond à la demande d'une offre de soins à une distance raisonnable pour les personnes [28]. Actuellement, il y a une anxiété croissante de la population générale et des institutions pour le phénomène de la désertification médicale [29].

L'accessibilité financière ne représente pas seulement le coût financier de la consultation seul mais aussi le coût du transport, la perte de salaire dans le cadre d'arrêt de travail, la garde d'enfant, etc... [28]. Le reste à charge, en France, reste



l'un des plus faibles du monde (7%). Néanmoins, dans le cadre de pathologie chronique non reconnue en affection de longue durée (ALD), les sommes peuvent être importantes et être cause de renoncement aux soins [30].

L'acceptabilité recouvre plusieurs facteurs. Ceux-ci peuvent être des déterminants de la structure sociale et culturelle. La diminution de l'offre de services par la diminution de la présence d'un unique médecin de famille avec la multiplication des formes d'organisation plus collectives (centre de santé, MSP, pôle de santé, ...) peut être mal vécue par une partie des personnes, notamment habituées à cette forte individualisation du soin [28].

La permanence de soin est un instrument important contre les inégalités dans l'accès au soin [31]. La demande concernant les soins non programmés semble être en augmentation. Elle semble être concordante avec une augmentation des demandes en lien avec un changement sociétal dans la consommation du soin mais aussi liée à une diminution de l'offre de soin médical de suivi au long cours [32].

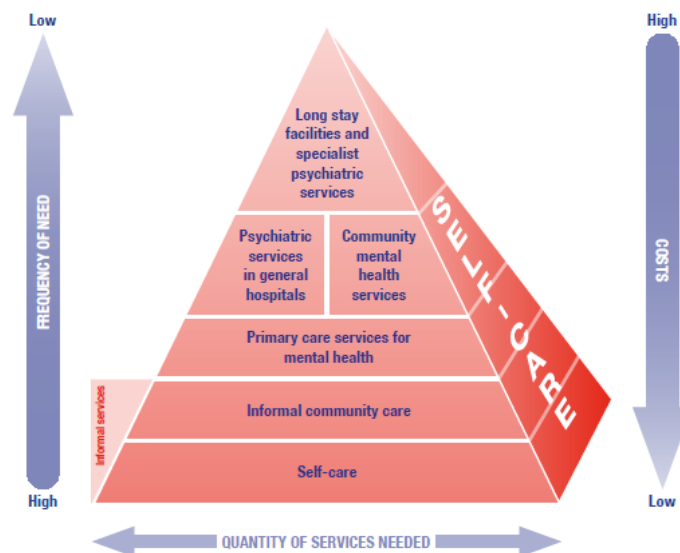
### **3 Organisation des soins en santé mentale**

L'intégration des soins de santé mentale a fait l'objet d'un rapport conjoint entre l'OMS et la WONCA en 2008.

Dans ce rapport, il est retenu que le besoin de prise en soin des problèmes de santé mentale est important. Les problématiques de santé, aussi bien physiques que

mentales, sont liées. Le manque de soins en santé mentale est important. Les soins premiers peuvent permettre d'augmenter l'accès à ceux-ci. Une intégration des soins de santé mentale dans les soins premiers permet non seulement de respecter davantage les droits humains mais aussi d'être abordable en terme de coût et d'efficacité et de générer de bons résultats concernant la santé d'une population [33].

Il a été proposé par l'OMS une pyramide d'organisation de l'offre optimale des services de santé mentale dans un système de santé à l'échelle d'un pays [33].



**Figure 4. Pyramide des besoins de soin de santé mentale selon l'OMS et la WONCA**

Il est recommandé, dans le cadre de ce travail conjoint, de privilégier les structures de soins et la prise en charge ambulatoire dans la communauté afin d'améliorer les indices de coût de santé et de besoin de soins des populations [34].

Le manque d'intégration de prise en charge des soins de santé mentale dans les soins de premier recours peut être responsable d'une perte de chance concernant les personnes ayant un problème de santé mentale. D'après une étude du PMSI, en France, on note une augmentation des hospitalisations chez ces personnes par rapport à la population générale (+41%) particulièrement par les urgences (+113%) pour des pathologies somatiques plus sévères (+73%). On remarque aussi des hospitalisations évitables plus fréquentes (+43%) et des durées de séjour plus long (+16%) [35].

### **3.1 Organisation des soins en santé mentale en France**

Les soins de santé mentale en France sont organisés de manière différente selon que la structure relève du secteur public ou du secteur privé.

Concernant les structures publiques, c'est le principe de la sectorisation psychiatrique qui s'impose. Elle se concentre majoritairement autour des EPSM, des CHS voir CHU en hospitalier et des CMP en ambulatoire.

L'accès au secteur privé est libre. Dans le secteur privé, on retrouve les différents intervenants des cabinets libéraux (médecin généraliste, psychiatre, psychologue, ...) en ambulatoire mais aussi les ESPIC et les cliniques psychiatriques à but lucratif dans le cadre hospitalier [36,37].

### **3.2 Evolution de l'organisation de l'offre de soins en santé mentale**

Une feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie du 28 juin 2018, pilotée par le ministère de la santé et plus particulièrement le Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie, fait office de proposition d'évolution de l'offre de soins en santé mentale.

Elle est structurée autour de trois axes initiaux :

- Promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide
- Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité
- Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique [38]

Il est prévu, dans le cadre de ces trois axes, 37 actions. Parmi celles-ci, on peut noter :

- La mise en place de parcours en santé mentale
- Le développement des prises en charge ambulatoire
- L'amélioration de la prise en charge somatique chez les patients avec un trouble de santé mentale
- Améliorer les connaissances par la formation des étudiants et notamment des étudiants en médecine du 2<sup>nd</sup> cycle et les étudiants en DES de médecine

générale par un stage en santé mentale afin d'accroître le nombre de professionnels compétents en santé mentale

- Développer les mesures d'accompagnement sociales et d'intégration dans la Cité des patients porteurs d'un trouble de santé mentale
- Mieux articuler le travail des psychiatres et des psychologues en définissant le champ d'action de chacun [38]

Des projets locaux sont également développés.

L'Etat, par le ministère de la Santé propose pour mise en place, après dépôts des projets en décembre 2020, des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) sur tout le territoire français. Ils sont issus des diagnostics territoriaux partagés.

Dans les Hauts de France, l'ARS, accompagnée par la fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (F2RSM), a conduit cette démarche. Sur les différents secteurs, les conseils territoriaux de santé et les acteurs locaux du territoire, modélisés sur une commission spécialisée en santé mentale, ont effectué ce travail afin de proposer des actions spécifiques dans le cadre de la santé mentale [39].

La Nouvelle Calédonie ne semble pas avoir pu bénéficier d'un PTSM dans le cadre de sa position de collectivité d'outre-mer à statut particulier. Pourtant, on note une dégradation de la situation concernant les troubles de santé mentale actuellement

sur ce territoire, particulièrement concernant le trouble dépressif majeur et les idées suicidaires notamment chez les adultes jeunes [40].

#### **4 Une réflexion concernant l'organisation des soins aboutissant à une question de recherche**

Finalement, dans le cadre d'un poids important des problèmes de santé mentale dans la population générale et d'un besoin de soin accessible, qualitatif et diversifié, l'OMS et la WONCA recommandent de privilégier une prise en soin en ambulatoire dans la communauté.

Ainsi, le médecin généraliste possède un ancrage local et un positionnement déontologique qui permet une relation de confiance entre le professionnel et les personnes en lien avec des compétences professionnelles certaines.

Dès lors, il est l'interlocuteur de choix pour l'évolution vers une organisation des soins de santé mentale autour de la communauté afin de permettre l'inclusion sociale des personnes ayant des problèmes de santé mentale mais aussi pour la prévention de ces mêmes problèmes et pour la réaction rapide à une demande de soin aiguë.

Contrairement aux ressources secondaires aussi bien publiques que privées, il reste un acteur accessible bien que certaines évolutions récentes soient responsables d'une diminution du réflexe de consultation des personnes de cet acteur de terrain.

Le médecin généraliste a donc une fonction pivot dans les soins primaires et de liaison avec les soins secondaires.

Tous les éléments précédents nous permettent de nous intéresser de manière plus approfondie à la prise en soin actuelle des problèmes de santé mentale en médecine générale, premier acteur de la prise en soin, et de manière plus large, de l'organisation des soins dont il en est le fondement.

Nous questionnons l'organisation des soins offerte aux personnes souffrant d'un problème de santé mentale.

Nous nous intéressons aux ressentis rencontrés par le médecin généraliste dans la prise en soin de la personne ayant des problèmes de santé mentale et pouvant proposer des solutions thérapeutiques ou possiblement l'amener à travailler en concertation avec des intervenants secondaires.

Comment s'organisent les éléments du discours d'un médecin généraliste prenant en soin des personnes ayant une ou plusieurs problématiques de santé mentale dans les Hauts de France et en Nouvelle Calédonie ?

# Article

## 1 Introduction

La santé mentale est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme un « état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté » [41]. Dans le modèle de la médecine à trois niveaux promu par l'OMS [33], le médecin généraliste est au centre de la prise en soin globale d'une personne et de l'organisation de son parcours de santé [42]. L'intégration de la santé mentale amène spécifiquement des enjeux supplémentaires de respect et promotion des droits humains, de coût et d'efficacité, et de résultats à l'échelle populationnelle [33].

La prise en soin des problèmes de santé mentale par les médecins généralistes fait l'objet de recommandations internationales [43,44]. En France, l'organisation du système de santé mentale varie suivant la localité, mais aussi suivant la nature même des structures de soins, qu'elles relèvent du secteur public ou privé [37]. Pour les personnes usagères, l'accès au système de santé mentale fait face à trois enjeux : l'accessibilité physique, l'accessibilité financière, et l'acceptabilité [28]. Dans ce contexte, la politique gouvernementale vise notamment une évolution de l'organisation pour prévenir de manière précoce les troubles mentaux, permettre un meilleur accès aux soins, et améliorer les conditions de vie des personnes concernées [38]. Ces évolutions ont également lieu à l'échelle locale par les projets territoriaux de santé mentale, à l'exemple de la région des Hauts-de-France où une structure de décision



d'actions spécifiques de santé mentale est en discussion [39]. Si la multiplication de ces échelles organisationnelles peut participer d'une meilleure adaptabilité de l'offre de santé aux territoires, elle participe également à une complexification du travail des médecins généralistes qui n'y sont pas nécessairement associés.

De plus, les médecins généralistes ont la capacité de prescrire un éventail large de traitements psychotropes spécifiques. Cependant, ce rôle est assumé de manière inégale et potentialise la complexité organisationnelle, à l'exemple des controverses sur l'efficacité et la tolérance des traitements antidépresseurs [45,46], pourtant à ce jour fortement prescrits. Peu de données existent sur la place du recours aux traitements médicamenteux au regard de la complexité ou des limites des soins spécialisés. Une compréhension de leur large prescription en médecine primaire doit notamment prendre en compte les nombreux biais de publication de la littérature scientifique [47], mais aussi sa mauvaise qualité [48] et les conflits d'intérêt financiers [49,50], à la fois à l'échelle individuelle mais aussi dans l'élaboration des recommandations et des politiques publiques.

Pourtant, des alternatives non-médicamenteuses existent – à l'exemple d'un suivi psychothérapeutique, y compris par le médecin généraliste – qui amélioreraient le pronostic, la tolérance, et l'acceptabilité des soins [51]. La pandémie de COVID-19 a favorisé une prise de conscience des pouvoirs publics sur ces enjeux [52], que l'on voit actuellement concrétisée dans des dispositifs tels que « Mon Parcours Psy » [53]. Certains soins à médiation ont également prouvé une efficacité complémentaire ou parallèle aux traitements médicamenteux, notamment dans la réduction de l'anxiété et la régulation émotionnelle [54–56]. Plus largement, une perspective de rétablissement

en santé mentale appelle à un accès à un système de santé soucieux de la santé globale des personnes, notamment la pratique d'une activité physique ou l'accès à une hygiène de vie de qualité [57], la réduction des activités à risque et de la consommation de produits [58], la prise en compte de la santé sexuelle [59], et l'accès à un accompagnement social [60]. Il semble pertinent de rappeler que la majorité des impacts de santé sont extérieures au système de soins, plaçant les médecins généralistes dans un rôle de facilitation de l'accès à ces éléments globaux [61].

Les médecins généralistes se retrouvent donc dans une position pivot et doivent composer avec des modalités organisationnelles variées et des enjeux globaux dont la complexité contribue à privilégier les approches biomédicales essentialistes basées sur les traitements médicamenteux à efficacité et tolérance faibles et au détriment d'approches globales ou alternatives davantage favorables. Face à ce constat, la question de la promotion de la santé mentale de la population, et notamment des personnes vulnérables faisant face à des problèmes de santé mentale, devient une question organisationnelle interrogeant la prise de décision de terrain. Nous savons que certains problèmes de santé mentale caractérisant des troubles mentaux spécifiques sont sources de discrimination dans les soins [62], mais il serait faussement réducteur de limiter cet enjeu à des questions de stigmatisation des troubles. L'accès aux soins, leur qualité et l'origine même de la souffrance mentale intègre en effet un nombre large d'autres déterminants individuels et sociétaux, par exemple la couleur de peau [63], l'origine ethnique [64], l'expression et l'identité de genre [65], l'orientation sexuelle [66], ou la précarité sociale et économique [67].

La prise en compte de ces éléments interroge nécessairement la prise de décision thérapeutique des médecins généralistes, pourtant peu étudiée. L'objectif de cette étude exploratoire est d'explorer la prise de décision des soins de santé mentale en médecine primaire, à l'échelle individuelle et au regard des déterminants de santé. Construite dans une perspective de promotion de la santé basée sur les droits humains, elle s'appuie sur l'utilisation de l'échelle *Beliefs and Attitudes towards Mental Health Service Users' Rights* (BAMHS) [68] et, faute de validation en contexte francophone, propose un travail préliminaire d'exploration de sa pertinence dans l'étude des prises de décisions organisationnelles. Menée en Nouvelle Calédonie et dans les Hauts-de-France, cette étude vise à isoler des éléments organisateurs des discours des médecins généralistes sur leur pratique au regard de différences de perception, de formation et d'exercice.

## **2 Méthodes**

### **2.1 Enjeux éthiques et épistémiques**

L'étude a été réalisée en partenariat avec le GHT de Psychiatrie Nord Pas-de-Calais pour la gestion de données et la retranscription. L'étude est conforme au protocole de la déclaration d'Helsinki de 1975 révisée en 2008. Malgré la saisie de deux comités d'éthique distincts, ces institutions n'ont pas jugé nécessaire de rendre un avis spécifique sur sa réalisation, l'étude portant sur des professionnel·les de santé et non des personnes étiquetées comme usagères. Cette considération administrative nous a amenés à interroger la division conceptuelle que nous opérons inconsciemment entre médecins et malades et sa place dans des discriminations systémiques – sujet de l'étude. Le présupposé éthique semble être que médecins et malades sont membres de groupes nécessairement distincts. Plus largement, ces décisions

majorent la nécessité de considérer les points de vue relatifs des personnes participantes et chercheuses. Dans cette étude, des médecins généralistes ont été interrogé-es sur leurs pratiques par un confrère médecin généraliste (A.R.). La proximité de groupe a probablement participé à libérer et techniciser les discours, améliorant ainsi la qualité et la validité écologique des données recueillies, dans la lignée des recherches dites participatives. Pour autant, les recherches participatives portent en elles des enjeux de pouvoir de groupes marginalisés, ce qui ne semble pas applicable en l'état à des médecins généralistes français.

## **2.2 Recrutement**

L'étude s'appuie sur des entretiens individuels semi-dirigés réalisés en présentiels. Le recrutement a été réalisé de manière multimodale : contacts téléphoniques, courriers postaux et électroniques. Les critères d'inclusion étaient : médecin ayant soutenu leur thèse, installé-e ou remplaçant-e spécialiste en médecine générale, et ayant un exercice de consultation ambulatoire.

## **2.3 Intervention**

Pour chaque personne participante, nous avons réalisé un entretien individuel semi-dirigé, collecté des données socio-démographiques et administré une version française de l'échelle BAMHS.

La grille d'entretien était structurée autour de 6 questions : « pour commencer, que vous évoque la santé mentale ? Quelle est votre expérience dans ce champ de la santé ? » ; « pour vous, que pensez-vous de l'intégration de la médecine générale dans la santé mentale ? » ; « comment prenez-vous en soin vos patients porteurs d'un

trouble de santé mentale ? » ; « quelle est votre stratégie thérapeutique concernant la santé mentale ? » ; « y at-il des publics pour lesquels cela semble difficile ? Lesquels ? » ; « que pensez-vous de l'accessibilité aux soins des patients ayant un problème de santé mentale ? ». L'objectif des entretiens était de produire un discours construit sur la prise de décision organisationnelle dans la pratique de la personne interrogée et d'en explorer les facteurs décisionnels.

Les données socio-démographiques collectées portaient sur des facteurs individuels et le type d'exercice. Pour cela, nous avons collecté le sexe assigné à la naissance et le genre par une méthode en deux étapes [69], l'âge, le lieu d'exercice, le type d'exercice, la capacité de maître de stage universitaire, la condition d'exercice, le mode d'exercice, la formation, l'orientation de la pratique, et la présence d'un antécédent personnel de problème de santé mentale. Une réponse positive concernant une formation en lien avec la santé mentale ou l'orientation de la pratique vers la santé mentale a amené à considérer la personne comme sensibilisée à ces enjeux.

L'échelle BAMHS a été traduite depuis l'anglais par A.R. et A.B., avec une rétro-traduction par un traducteur professionnel indépendant (A.M.), conformément aux méthodologies de référence [70]. L'échelle vise à évaluer les attitudes et croyances de professionnel·les de santé selon 4 dimensions : critique du système vs. justification des croyances, liberté vs. coercition, autonomisation vs. paternalisme, et tolérance vs. discrimination. Dans un souci d'usage, la question 18 a été traduite de manière négative et sa cotation inversée. Ce choix a été opéré face aux limites de l'approche commune en recherche biomédicale de traduction et afin de faciliter son applicabilité

discursive pratique [71]. Aucune autre modification n'a été apportée à l'approche originale [68].

Pour chaque entretien, une transcription textuelle a été réalisée – sur la base d'un enregistrement – avec une attention particulière à la préservation des structures lexicales. Le texte a par la suite été formaté pour l'analyse et annoté au regard des données socio-démographiques et des résultats de l'échelle BAMHS. L'ensemble des textes annotés a été regroupé en un corpus pour l'analyse.

## **2.4 Analyses**

Les données socio-démographiques ont fait l'objet d'analyses descriptives, incluant les fréquences en pourcentage. Chaque dimension de l'échelle BAMHS a été cotée individuellement, puis globalement pour obtenir les scores correspondants. Dans l'analyse lexicale, les résultats de chaque dimension ont été catégorisés sur la base de leur distribution en trois groupes : sous le premier quartile, au-delà du troisième quartile, et entre les deux.

L'analyse lexicale a été réalisée suivant la méthode A.L.C.E.S.T.E. [72], qui inclut un pré-traitement en trois étapes :

- Lemmatisation : où chaque terme est reconnu, étiqueté morpho-syntaxiquement (*part-of-speech tagging*), puis remplacé par son lemme correspondant ;

- Segmentation : où le texte est fragmenté en unités de contexte élémentaires (UCE) sur la base de règles prédéfinies qui permettent l'analyse des lemmes dans leur contexte sémantique ;
- Préparation de l'analyse : où une grille d'analyse est construite sur la base des UCE.

L'analyse aboutit alors à une classification hiérarchique descendante où les lemmes sont ordonnés en groupes hiérarchisés sur la base de classifications itératives des UCE. Chaque étape scinde le corpus en deux pour maximiser les tests du chi-carré effectués et ces étapes sont répétées jusqu'à épuisement du corpus. Pour assurer la stabilité des classes, deux analyses sont effectuées en parallèle avec des variations de taille des segments de texte. Ces analyses permettent également d'intégrer les variables descriptives annotées, pour lesquelles nous avons retenu : la catégorie de chaque dimension de l'échelle BAMHS (trois modalités), la sensibilité à la santé mentale (binaire), et la région d'exercice (binaire).

Les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel Microsoft® Excel v16.0.4266.1001 ; la retranscription, l'annotation et la construction du corpus ont été réalisées avec le logiciel Notepad++ v8.5.3 ; les analyses lexicales ont été conduites avec le logiciel IRaMuTeQ v0.7alpha2 pour R v3.1.2.

## **3 Résultats**

### **3.1 Description des participant-es**

Un total de 17 médecins a participé à l'étude, incluant 13 (76.5%) médecins des Hauts-de-France et 4 (23.5%) de Nouvelle Calédonie. Les entretiens ont eu lieu entre le 30

novembre 2022 et le 15 juin 2023. La durée moyenne des entretiens était de 48 minutes et 56 secondes (28'48 – 109'14). L'intégralité des participants a réalisé l'entretien semi-dirigé, rempli le questionnaire socio-démographique et répondu à l'échelle BAMHS.

Le genre de chaque participant était congruent avec son assignation binaire de naissance, la majorité des personnes s'identifiant comme homme (n=12 ; 70.6%). L'âge médian était de 45 ans (28 – 69). Le lieu d'exercice était équilibré avec une pratique en ruralité pour 8 (47.1%) participants et 9 (52.9%) en ville. On retrouve 15 (88.2%) participant·es considéré·es en situation d'installation – dont 2 se déclarant titulaires – pour 2 (11.8%) en situation de remplacement. Plus de la moitié (n=8 ; 52.9%) des participant·es étaient maître de stage universitaire. La majorité de l'exercice des médecins était libéral (n=12 ; 70.6%), 2 (11.8%) salariés, et 3 (17.6%) se déclaraient sous un régime mixte.

Sur la base d'une formation ou d'une orientation de leur pratique, 4 (23.5%) participant·es ont été considéré·es sensibilisé·es à la santé mentale, et 3 (17.6%) rapportaient des antécédents personnels de problème de santé mentale. Le tableau 1 présente les résultats de l'échelle BAMHS pour l'ensemble.



**Tableau 1. Résultats de l'échelle BAMHS pour l'ensemble de l'échantillon**

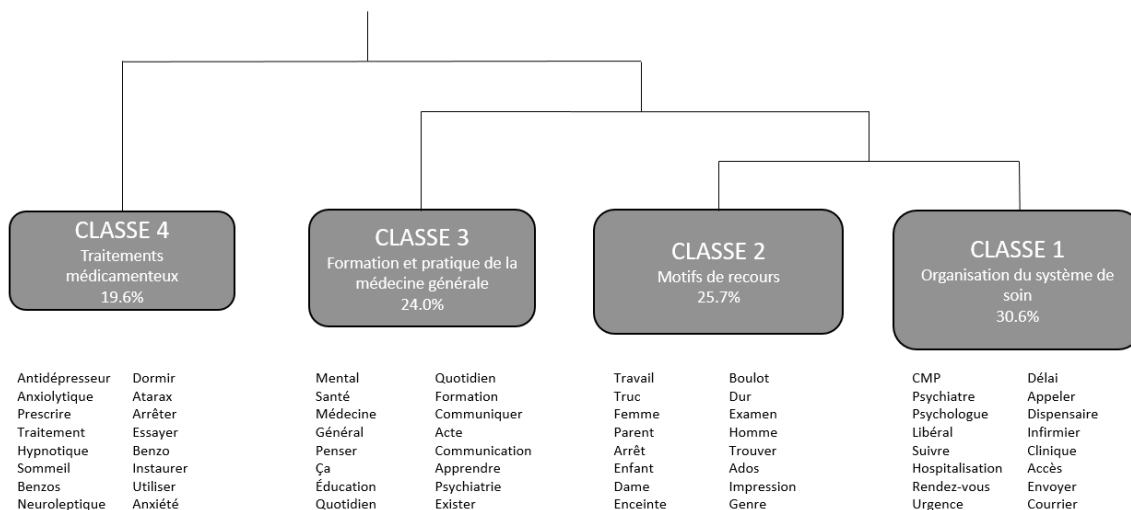
Dimensions	n	Médiane	Q3 – Q1
Critique du système	5	- 12	1
Neutre	6	- 15	2
Justification des croyances	6	- 19	2
Liberté	5	4	1
Neutre	7	2	1
Coercition	5	0	0
Autonomisation	6	- 18	1
Neutre	6	- 21	0
Paternalisme	5	- 22	0
Tolérance	6	2	2
Neutre	5	0	0
Discrimination	6	- 1.5	1

### **3.2 Analyse lexicale et classification hiérarchique descendante**

Après pré-traitement, le corpus consistait en 105.678 occurrences de 6.163 formes uniques, soit un *type-token ratio* de 5.8%. Le corpus contenait 3.021 hapax – lemmes à occurrence unique, soit 49.0% des formes et 2.9% des occurrences totales. L'algorithme a isolé 2.831 UCE à partir des 17 textes, qui ont été segmentées en unité de 14 et 16 lemmes pour l'analyse.

La classification hiérarchique descendante a permis d'individualiser 4 classes stables dans le corpus de textes qui structurent le discours : l'organisation du système de soin, les motifs de consultation, la formation et la pratique, et les traitements psychotropes.

Chaque classe contient les lemmes les plus associés avec un contexte lexical spécifique. L'analyse a porté sur 75.5% du corpus total et la distribution et fréquence des classes sont présentées en Figure 1.



**Figure 5. Classification hiérarchique descendante de 75,5 % du corpus.**

Les corrélations sont basées sur des tests du chi-carré de la classe par rapport au reste du corpus. Le niveau de significativité pour les lemmes est  $p < .0001$ . Chaque classe est illustrée par 16 lemmes associés.

La première classe est associée avec des lemmes décrivant le système de soin, parmi lesquels on retrouve ( $p < .001$ ) des intervenants : « centre\_médico\_psychologique », « dispensaire », « psychiatre », « psy », « psychologue », « clinique » ; des éléments de communication : « appeler », « envoyer », « courrier », « retour » ; ainsi que des limites : « délai », « abus », « frein ».

La seconde classe est associée aux motifs de consultation ( $p < .001$ ), dont des difficultés professionnelles : « arrêt », « travail », « boulot », « bosser », « burn », « out », « employeur », « harcèlement » ; ou des éléments de vie : « enceinte », « genre », « rupture », « couple », « conjugal », « violence », « familial » ; avec une forte

composante identitaire individuelle : « femme », « parent », « enfant », « dame », « homme » ; et des éléments de jugement par les personnes interrogées : « impression », « trouver », « décrire ».

La troisième classe est associée aux enjeux de formation et de pratique individuelle : « éducation », « formation », « apprendre », « fac », « stage », « former », « professeur » ( $p < .0001$ ) et « diplôme\_universitaire » ( $p < .001$ ) ; à l'importance d'un contact relationnel : « communiquer », « communication », « parler » ( $p < .0001$ ) ; aux prises en soin psychothérapeutiques : « thérapie\_cognitivo\_comportementale », « psychanalytique », « psychanalyse » ; et de manière générale à la « santé » « mentale » et la « médecine » « général ».

La quatrième classe est associée spécifiquement aux traitements ( $p < .0001$ ), incluant des classes médicamenteuses : « antidépresseurs », « anxiolytique », « hypnotique », « benzos », « antipsychotique » ; des noms de spécialités : « Atarax® », « Seroplex® », « Stresam® », « Euphytose® », « Prozac® », « Miansérine », « Temesta® » ; leur utilisation : « prescrire », « arrêter », « essayer », « utiliser » ; et leurs indications : « sommeil », « dormir », « anxiété », « angoisse », « agitation ».

Dans un but d'illustration, le tableau 2 présente les usages de plusieurs lemmes types en contexte.

**Tableau 2. Exemples de discours pour chaque classe**

Classe	Citations
1	« Alors, y a quand même un <b>accès*</b> très difficile aux spécialistes parce que à part le <b>centre médico psychologique*</b> , si vous demandez des <b>psychiatres*</b> ici, je te parle à Hellemmes, <b>psychiatres* libéraux*</b> y en a pas, enfin c'est zéro »
Organisation du système de soin	« Y a un pédopsy d'ailleurs qui vient au <b>dispensaire*</b> de La_Foa qui vient une fois par mois plus un <b>psychiatre*</b> plus des <b>infirmiers* psychiatriques*</b> »
	« Quand même on avait un problème on passait un coup de fil à l'hôpital on avait un <b>psychiatre*</b> qui nous disait comment <b>gérer*</b> les choses et aujourd'hui honnêtement mis à part <b>hospitaliser**</b> , <b>envoyer*</b> au <b>centre médico psychologique*</b> avec un <b>courrier*</b> , ou <b>hospitaliser**</b> aux urgences j'ai plus que ça »
2	« Je <b>trouve*</b> aussi sur un environnement global sociétal on va dire <b>travail*</b> , <b>famille****</b> , j'ai plein de <b>jeunes*** femmes*</b> aussi, euh ouais plutôt des <b>dames*</b> , des <b>jeunes*** mamans**</b> là avec des <b>enfants*</b> de 1 2 3 ans »
Motifs de recours	« J'ai pas l' <b>impression*</b> qu'ils <b>abusent****</b> à la base peut être des fois sur la durée »
	« J'ai eu des <b>générations*</b> de <b>parents*</b> où leurs <b>enfants*</b> se <b>mettaient****</b> en <b>couple***</b> <b>homosexuel***</b> pour qui c'était dramatique pour eux »
3	« La <b>médecine* générale*</b> et la <b>santé* mentale*</b> c'est pas que la prescription d'anxiolytique et d'antidépresseur c'est la prise en charge <b>globale****</b> du patient et puis de <b>pouvoir*** juger**</b> l' <b>évolution**</b> de sa <b>santé* mentale*</b> qui peut être bonne et qui peut être mauvaise »
Formation et pratique en médecine générale	« Je n'ai pas été <b>formée**</b> de <b>manière****</b> officielle mais au moins je commence à avoir quelques <b>pratiques*</b> là-dessus et c'est tout <b>niveau*** formation*</b> , j'ai pas grand-chose, si j'ai eu une excellente <b>formation*</b> que j'ai eu à la <b>faculté***</b> , mais voilà sans quoi j'ai pas une <b>formation*</b> particulière là-dessus »
	« Le problème du <b>caractère*** chronophage*</b> des <b>consultations*</b> quelle que soit la <b>pathologie***</b> c'est un faux problème parce que c'est un problème qui est, encore une fois, on ne traite pas toutes les <b>pathologies***</b> avec la même durée de <b>consultations*</b> »
4	« <b>Atarax®*</b> parce que j'aime bien ce côté pas <b>benzo*</b> , mais maintenant avec et en <b>antidépresseur*</b> c'est toujours <b>Seroplex®*</b> mais c'est juste par <b>habitude*</b> parce que, mais voilà si ça ne passe plus avec l' <b>Atarax®*</b> je vais peut-être <b>commencer****</b> par un autre maintenant »
Traitements médicamenteux	« On nous avait dit à l'époque vous <b>mettez**</b> pas assez d' <b>antidépresseurs*</b> vous <b>mettez**</b> trop d' <b>anxiolytiques*</b> , donc on a été la génération où on a mis des tas d' <b>antidépresseurs*</b> et avoir beaucoup de suicide parce que ça favorise les passages à l'acte »
	« En <b>antidépresseur*</b> , les <b>inhibiteurs**</b> de la recapture de la sérotonine si il est mou je vais le speeder pour du <b>Prozac®*</b> j'aime bien, sinon celui intermédiaire Zoloft®, la <b>Sertraline*</b> ça <b>marche*</b> bien »

Les lemmes en gras sont associés de manière statistique avec leur classe (\*\*\*\*  $p < .05$  ; \*\*\*  $p < .01$  ; \*\*  $p < .001$  ; \*  $p < .0001$ ).

### 3.3 Impacts de l'échelle BAMHS, la sensibilisation à la santé mentale et le lieu d'exercice sur le discours

Chacun des 4 axes mesurés par l'échelle BAMHS a été projeté sur la classification hiérarchique descendante précédente. De manière systématique, les mesures sont associées à des variations dans les discours, illustrées par leur association statistique aux différentes classes. Les corrélations de chaque groupe de réponses avec les classes du discours sont présentées dans le tableau 3.

**Tableau 3. Tests du chi carrés (1 degré de liberté) et seuils de significativité des dimensions de l'échelle BAMHS pour chaque classe.**

Dimensions	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Classe 4
Critique du système	- 30.1*	- 50.7*	249.8*	- 7.9***
Neutre	33.5*	/	- 74.3*	7.3***
Justification des croyances	/	48.6*	- 49.1*	/
Liberté	- 4.0****	9.3***	/	- 3.6 (NS)
Neutre	/	8.0***	- 35.2*	6.4****
Coercition	/	- 30.7*	23.2**	/
Autonomisation	7.6***	/	-2.12 (NS)	/
Neutre	/	14.9*	- 5.8****	- 2.1 (NS)
Paternalisme	- 6.0****	- 6.6***	11.8*	4.0****
Tolérance	/	- 9.2***	5.6****	/
Neutre	- 2.4 (NS)	- 18.0*	41.4*	/
Discrimination	/	52.3*	- 79.2*	/

Les résultats négatifs représentent une corrélation avec le reste du corpus au détriment de la classe indiquée. Les seuils de significativité utilisés sont : \*\*\*\*  $p < .05$  ; \*\*\*  $p < .01$  ; \*\*  $p < .001$  ; \*  $p < .0001$ . (NS : non significatif)

Les résultats mettent en évidence un lien important entre certaines composantes du discours et les croyances liées à la santé mentale mesurées par l'échelle BAMHS. Les

médecins ayant une attitude critique du système de soin ont tendance à privilégier les éléments de formation et de pratique (classe 3 :  $\chi^2(1) = 249.8, p < .0001$ ), au détriment des motifs de recours (classe 2 :  $\chi^2(1) = 50.7, p < .0001$ ) et de l'organisation du système de soin (classe 1 :  $\chi^2(1) = 30.1, p < .0001$ ). A l'inverse, ceux dans la recherche de justifications de leurs croyances mettent l'accent sur les motifs de recours (classe 2 :  $\chi^2(1) = 50.7, p < .0001$ ) et ceux davantage neutres sur cet enjeu sur l'organisation du système de soin (classe 1 :  $\chi^2(1) = 33.5, p < .0001$ ), les deux au détriment de la formation et de la pratique (classe 3 :  $\chi^2(1) = 49.1$  &  $\chi^2(1) = 74.3, p < .0001$ ).

Le discours sur les motifs de recours est également fortement mobilisé par ceux présentant des représentations liées à la discrimination (classe 2 :  $\chi^2(1) = 52.3, p < .0001$ ), coercition (classe 2 :  $\chi^2(1) = 30.7, p < .0001$ ), et une position neutre sur l'autonomisation ou le paternalisme (classe 2 :  $\chi^2(1) = 14.9, p < .0001$ ). La diminution des représentations discriminatoires est associée à un discours davantage porté sur la formation et la pratique (classe 3 :  $\chi^2(1) = 41.4, p < .0001$ ).

Être sensibilisé-e à la santé mentale apparaît comme un critère organisateur du discours, notamment au regard des pratiques et de la formation (classe 3 :  $\chi^2(1) = 276.11, p < .0001$ ). L'absence de sensibilisation oriente le discours davantage vers l'organisation du système de soin (classe 1 :  $\chi^2(1) = 60.49, p < .0001$ ) et aux motifs de recours (classe 2 :  $\chi^2(1) = 51.87, p < .0001$ ). Dans le détail, avoir orienté sa pratique vers la santé mentale semble lié à un développement plus important du discours sur les traitements médicamenteux (classe 4 :  $\chi^2(1) = 15.97, p < .0001$ ) qui n'est pas retrouvé quand la sensibilisation n'est pas associée à une pratique.

Les enjeux d'organisation du système de soin sont davantage discutés par les médecins exerçant en Nouvelle-Calédonie (classe 1 :  $\chi^2(1) = 80.14, p < .0001$ ). À l'inverse, le reste du discours est davantage associé aux médecins exerçant dans les Hauts-de-France (classe 3 :  $\chi^2(1) = 16.98, p < .0001$  ; classe 2 :  $\chi^2(1) = 11.9, p < .001$  ; classe 4 :  $\chi^2(1) = 4.68, p < .05$ ).

## 4 Discussion

La première limite de l'exportation générale de ces résultats est liée à la faible taille de l'échantillon et à l'importance de son caractère local. En effet, si les représentations liées à la santé mentale mesurées semblent accompagner les différences dans les discours, celles-ci sont également fortement marquées par le lieu d'exercice. Dès lors, cela renvoie à l'importance globale de ces enjeux d'organisation des soins sur la pratique, y compris individuelle. On remarque également des différences importantes de positionnement des médecins interrogés sur la santé mentale qui argumentent en faveur d'une forte variabilité inter-individuelle. Bien que l'échelle BAMHS ne soit pas validée dans un contexte français, les écarts et leur mise en cohérence avec les discours tendent à questionner si ces divergences seraient uniquement liées à l'outil de mesure. Au contraire, cette étude tend à mettre en évidence que les discours sur la prise de décision dans les parcours de soin en santé mentale en médecine primaire sont fortement associés aux représentations individuelles et à l'organisation locale des systèmes de soin. Dans ce cadre, cela pose plus largement des questions déontologiques et d'équité des chances.

Un autre élément saillant de nos résultats a été la superficialité des discussions là où on aurait pu s'attendre à une finesse importante des discours. Les éléments discursifs mobilisés restent éloignés d'enjeux pratiques et davantage conceptuels, évoquant une relation difficile des médecins généralistes avec le système de soin spécialisé de santé mentale [73]. Les représentations des médecins mesurées par l'échelle BAMHS sont suffisamment associés à des variations des discours sur les parcours de soin. Cela nous questionne concernant la variation des propositions de soin selon la personnalité et les valeurs personnels du praticien [74], en opposition avec le besoin d'équité d'accès aux soins attendu par la population en France actuellement [28].

L'aléa et la localisation apparaissent comme deux facteurs centraux des parcours de soin contribuant, de fait, au pronostic des personnes et à la résolution de leurs problèmes de santé mentale. La contextualisation de ces résultats doit prendre en compte des éléments politiques comme le manque de médecins [22] ou l'organisation de la sectorisation de la santé mentale qui ne permet pas un parcours de soin adapté avec des délais réalistes de prise en soin [75]. Dans ce contexte, la responsabilité et l'idéologie des pouvoirs publics sont régulièrement questionnées, notamment au regard d'une volonté de réduction des déficits publics [76,77]. Par conséquent, la diminution de l'offre ambulatoire et de premier recours toucherait davantage les populations vulnérables et participerait à une iniquité contraire aux droits humains fondamentaux qui servent de base à la déontologie médicale. Ici, nos résultats entrent en cohérence et viennent éclairer cette articulation entre une pratique individuelle déontologique et un enjeu global de santé publique basé sur l'organisation du système de santé.



Mais aussi, cette étude met en évidence l'importance d'une sensibilité à la santé mentale – notamment la formation et l'orientation de la pratique – sur les discours organisationnels des médecins généralistes. Dès lors, ces interrogations éthiques et de droits s'accompagnent également d'enjeux épistémiques qui questionnent la place de la rareté des formations et de leur contenu, notamment au regard des enjeux politiques et économiques. Malgré quelques avancées [38], d'important biais sont rapportés dans la littérature scientifique et les politiques publiques en santé mentale avec une place centrale accordée aux conflits d'intérêt financiers qui tendent à orienter les pratiques vers la prescription de psychotropes dans une logique économique industrielle [49,50]. Aussi, face à cette perméabilité des politiques publiques et des savoirs face aux enjeux politico-économiques, une réponse basée sur la promotion de la santé et les droits fondamentaux ne pourrait se limiter à un développement de formations et, au contraire, devrait développer la transparence, la critique, voire l'implication politique des étudiant·es en médecine générale en santé mentale.

Les discours des médecins de Nouvelle Calédonie donnent une place centrale à l'organisation du système de soin qui évoque les carences locales des services de santé, notamment en lien avec la densité médicale dans ce territoire [78] et le manque de cohérence des parcours de soin [79]. Aussi, un rééquilibrage de l'action de l'État au profit de ce territoire d'outre-mer semblerait être un enjeu important d'équité et serait l'occasion d'intégrer ces enjeux de littérature pour un travail pluridisciplinaire à l'échelon local [80].

A l'échelle individuelle, la part importante des médecins participant·es avec des représentations sur la santé mentale centrées sur la justification de leurs croyances,

la coercition, le paternalisme, et les discriminations participe à un discours péjoratif vis-à-vis des personnes avec des problèmes de santé mentale. Sortant d'une vision binaire qui opposerait des pouvoirs publics s'affranchissant des droits fondamentaux et perméables aux enjeux politico-économiques à des médecins portant des valeurs déontologiques et de promotion des droits, ces éléments tendent à mettre en évidence la reproduction de ces limites à l'échelle individuelle. Ils entrent en résonance avec des éléments historiques tels que la sérophobie dans les pratiques, favorisée par les discriminations et le manque de formation au VIH [81]. La lutte contre la sérophobie s'est largement appuyée sur la reconnaissance de l'expertise des associations de terrain, la prise de pouvoir par les personnes concernées et la promotion des droits fondamentaux. Aussi, si une situation similaire peut être décrite vis-à-vis des personnes avec un problème de santé mentale, il est vraisemblable de questionner la place accordée aux personnes concernées et leurs possibilités pratiques de participation. La présence de LGBTQIphobie dans les discours de certains médecins tend également à intégrer ces enjeux dans une approche globale de promotion de la santé des populations vulnérables. Davantage qu'un enjeu de formation ou d'organisation, la confluence de ces éléments semble inscrire la réforme nécessaire des parcours de santé mentale dans une dimension politique et un enjeu démocratique.

A ces fins, l'échelle BAMHS semble être un outil pertinent dans l'étude de la variabilité des parcours de soin et dans une intégration plus large des droits à l'échelle globale et individuelle. Sa validation en contexte français pourrait participer à développer un discours et des recherches sur les parcours de soin qui se dégagent d'une vision utilitaire des personnes et se recentrent sur les actrices comme individus.

# Conclusion générale

La relation médecin-malade semble être influencée par :

- les déterminants multiples ayant trait à la personnalité et aux valeurs du médecin
- les influences du milieu dans lequel il exerce
- la formation et l'orientation de sa pratique

Le médecin généraliste demeure un médecin spécialiste avec une formation de base spécifique enseignée à la Faculté. Néanmoins, nous remarquons une évolution de sa pratique en lien avec le couple orientation - formations complémentaires dont nous avons réalisé une synthèse dans notre étude comme une « sensibilité ». En conséquence, il est réducteur d'appeler « médecin généraliste » différents praticiens avec des sensibilités diverses. C'est pourquoi ce degré de sur-spécialisation et de personnalisation du soin semble pouvoir être difficilement appréhendé par les personnes dans le cadre d'une demande de soin. Ainsi, nous supposons une notion de hasard dans le pronostic des personnes quant à la prise d'un rendez-vous chez un praticien ne se définissant pas spécifiquement. Finalement, il nous semble pertinent d'explicitier davantage la sensibilité des différents médecins dits « généralistes » aux personnes. Cela pourrait prendre la forme d'un résumé accessible en salle d'attente ou sur les plateformes de prise de rendez-vous.

Nous restons interrogatifs concernant les réponses retrouvées lors de la passation de l'échelle BAMHS qui comporte tout de même des questions à la limite de l'eugénisme

(Q1 : La possibilité que les gens avec des troubles mentaux sévères aient des enfants devrait être régulée). Cela nous questionne sur la déontologie de certains médecins notamment le devoir d'inclusion et de non-jugement des médecins envers les personnes. Il semble tout à fait pertinent de lutter contre de telles conceptions et croyances qui sous-tendent des comportements maltraitants pour les personnes de la part de médecins dans une position d'autorité.

La pratique de la médecine de famille est un exercice complexe centré sur la personne. La désertification médicale nécessite de relever des défis concernant la permanence de soin. Actuellement, les politiques publiques semblent favoriser l'exercice d'une activité exclusive de soins non programmés afin de répondre à cette permanence. Ainsi, par vase communicant, cette volonté politique renforce cette difficulté de trouver pour les personnes un médecin généraliste traitant avec ses missions décrites en introduction de ce travail. Dès lors, on peut s'interroger sur le maintien dans un futur proche d'une relation de confiance entre les médecins et les personnes aussi bien dans le cadre de la consultation mais aussi dans l'opinion publique. Bien que les éléments récents nous suggèrent une évolution inverse [82], nous proposons que la pratique de la médecine générale prenant en soin de manière globale la personne soit revalorisée au détriment d'une médecine « one-shot » liée aux soins non programmés possiblement en téléconsultation.

La relation entre les médecins généralistes et les médecins de second recours notamment en santé mentale a fait l'objet de recommandations en lien avec leur communication, actuellement difficile [83]. Dans ce cadre, le mauvais partage de l'information semble être un facteur péjoratif de la qualité des soins pour les

personnes. Dans ce contexte, il faut intégrer davantage la communication entre les praticiens. Il a été proposé la mise en place des projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Depuis la création de ces projets, des diagnostics locaux ont été réalisés. Pour le diagnostic local du secteur de la métropole Lilloise et des Flandres [84], les médecins généralistes n'y sont évoqués qu'à deux reprises notamment pour rapporter qu'ils ne sont pas présents dans les différentes instances de collaboration particulièrement pour des raisons pécuniaires. Dans le Hainaut, la communication publique concernant la demande de participation aux deux réunions réalisées en 2017 ne semble avoir été que parcellaire de l'aveu même du compte-rendu du diagnostic pour cette localité [85]. Nous nous questionnons donc entre une vision des médecins psychiatres voyant leur confrères généralistes comme des praticiens aux motivations financières et des médecins généralistes ayant un regard concernant leurs confrères psychiatres comme des praticiens en dehors des réalités pragmatiques du terrain. Nous notons donc là une communication entre psychiatre et médecin généraliste qui maintient pour le moment ses difficultés. Il nous semble important qu'un plus grand intérêt soit accordé de la part de tous les médecins dans l'investissement dans des structures collaboratives à l'image des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Le médecin généraliste travaille de manière quotidienne au cabinet ou au domicile des personnes dans le cadre d'une pratique complexe ambulatoire et d'une démarche centrée sur la personne. Il se retrouve à devoir palier les ressources d'un système de soin qui semble être resté orienté pour le moment sur un modèle de prise en charge hospitalière notamment en santé mentale. Certains secteurs de santé mentale spécialisé comme le 59G21 (secteur de santé mentale de la banlieue est de Lille) ont

davantage mis l'accent sur le versant ambulatoire afin de permettre un suivi et une prise en soins dans la cité centré sur le rétablissement avec un partenariat important avec les acteurs de terrain et locaux que sont les médecins généralistes exerçant sur le secteur géographique [86]. Une généralisation de cette organisation des soins axée sur la collaboration et le versant ambulatoire des soins sur les autres secteurs de santé mentale pourrait améliorer le devenir et le suivi quantitatif des personnes mais aussi l'échange entre praticien de santé. Nous notons particulièrement comme un facteur d'amélioration des pratiques l'émission d'un courrier de liaison systématique vers le médecin traitant après chaque consultation spécialisée et la remise d'un courrier en main propre aux personnes lors d'une sortie d'hospitalisation.

En Nouvelle Calédonie, le manque de moyens pour la santé sur le plan humain en lien avec la désertification médicale reste questionnant. En effet, au regard de la diminution du nombre de médecins, nous pouvons nous attendre dans un avenir proche à une arrivée des mêmes difficultés sur le territoire métropolitain. L'augmentation quantitative de la formation de nouveaux médecins, vécue comme un besoin, n'a été pour l'instant que peu importante. Elle ne le sera de toute façon pas effective avant de nombreuses années pour palier à la demande de soins, notamment avec l'allongement de la durée des études médicales [8]. Il faut donc pouvoir développer les partenariats avec les autres professions de santé du champ de la santé mentale. Le suivi peut être organisé dans une certaine mesure par d'autres intervenants pouvant si nécessaire interpellier le médecin généraliste dans le cadre d'une difficulté concernant le parcours de soin des personnes. On peut noter notamment l'externalisation du suivi psychologique chez un psychologue étant « conventionné » et donc remboursé par l'organisme de la sécurité sociale. Le dispositif « mon parcours psy » étant mis en

place depuis un temps restreint à partir de 2022 [53], on peut espérer donc une généralisation progressive de cette prise en soin conjointe en ville. Il pourrait être aussi intéressant de ne pas limiter aux seuls troubles dit « légers » ce type de parcours de soin. Une limitation du suivi au nombre de 8 séances paraît aussi dérisoire. Ce chiffre de durée maximale de suivi remboursé par le système de protection sociale a été mesuré comme une moyenne de durée de suivi. On note pourtant une grande disparité interindividuelle dans les besoins d'accompagnement. La limite apparaît construite dans une logique financière sous tendue par une idéologie utilitariste gestionnaire et non sur des enjeux de santé. La durée de suivi devrait pouvoir être évaluée par le médecin généraliste ou être définie directement par le psychologue après un entretien de bilan psychologique comme cela existe dans d'autres professions [87]. Finalement, en métropole comme en Nouvelle Calédonie, d'autres partenariats pourraient être imaginés avec d'autres professions, qui devraient être homologués et régulés afin d'offrir une qualité de soin contrôlée à l'exemple des infirmiers de pratiques avancées.

La dépense de santé est un facteur de réduction des inégalités [88]. Le paysage de soin de la santé mentale semble évoluer peu favorablement pour des raisons économiques et politiques actuelles dans une tendance de maîtrise des aspects financiers de la santé [77]. Une projection positive demandera donc une accélération sur les éléments d'organisation du secteur ambulatoire mais aussi une réorganisation des soins avec une allocation des moyens vers le secteur ambulatoire.

# Liste des tableaux

Tableau 1. Résultats de l'échelle BAMHS pour l'ensemble de l'échantillon .....	33
Tableau 2. Exemples de discours pour chaque classe.....	36
Tableau 3. Tests du chi carrés (1 degré de liberté) et seuils de significativité des dimensions de l'échelle BAMHS pour chaque classe. ....	37



# Liste des figures

Figure 1. Marguerite des compétences .....	10
Figure 2. Carré dit de White.....	13
Figure 3. Médecin en activité versant une cotisation à la caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF) .....	15
Figure 4. Pyramide des besoins de soin de santé mentale selon l’OMS et la WONCA .....	18
Figure 5. Classification hiérarchique descendante de 75,5 % du corpus. ....	34
Figure 6. Guide d’entretien .....	57
Figure 7. Fiche de renseignement socio-démographiques .....	58
Figure 8. Echelle BAMHS .....	59
Figure 9. Consentement libre et éclairé .....	60
Figure 10. Exemple d’une retranscription d’un entretien avec les variables descriptives associées.....	61
Figure 11. Echelle COREQ.....	65

# Références

- [1] WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille 2002.
- [2] Poulet N. Information du patient et consentement éclairé en matière médicale. *Trayectorias Humanas Transcontinentales* 2018. <https://doi.org/10.25965/trahs.1174>.
- [3] Fournier C, Gautier A, Mosnier-Pudar H, Druet C, Fagot-Campagna A, Aujoulat I. ENTRED 2007: Results of a French national survey on self-management education to people with diabetes... still a long way to go! *Educ Thérapeutique Patient - Ther Patient Educ* 2014;6:10102. <https://doi.org/10.1051/tpe/2014006>.
- [4] Barnett K, Mercer SW, Norbury M, Watt G, Wyke S, Guthrie B. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet* 2012;380:37–43. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60240-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60240-2).
- [5] Hernandez E, Bagourd E, Tremeau A-L, Bolot A-L, Laporte C, Moreno J-P. Perception de l'acquisition des compétences du métier de médecin généraliste par les internes de médecine générale : enquête nationale. *Pédagogie Médicale* 2017;18:109–20. <https://doi.org/10.1051/pmed/2018010>.
- [6] Bloy G. Une médecine générale durablement dépréciée ? Enquête sur une évidence., *La Documentation française*; 2008, p. 137.
- [7] Conseil National de l'Ordre des Médecins. La médecine générale et la qualification de spécialiste en médecine générale Etude sur la répartition des médecins généralistes et évolution de la spécialité 2014.
- [8] Pr Bach-Nga PHAM, Mathilde RENKER, Pr Olivier SAINT-LARY, Pr Stéphane OUSTRIC. RAPPORT : Ajout d'une quatrième année au Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de Médecine Générale n.d.
- [9] Arrêté du 3 août 2023 portant modification de la maquette de formation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale. n.d.
- [10] Compagnon L, Bail P, Huez J, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, Piriou C, Ferrat E, Chartier S, Le Breton J, Renard V, Attali C. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer* 2013;148–55.
- [11] Cohen-Léon S. Groupe Balint. Approche Balint. Fonction Balint. Évolution d'une pratique et d'un concept. *Rev Psychothérapie Psychanal Groupe* 2008;50:141–8. <https://doi.org/10.3917/rppg.050.0141>.
- [12] Wu Q, Jin Z, Wang P. The Relationship Between the Physician-Patient Relationship, Physician Empathy, and Patient Trust. *J Gen Intern Med* 2022;37:1388–93. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07008-9>.
- [13] Inspection générale des affaires sociales. Rapport - Formation médicale continue et évaluation des pratiques professionnelles des médecins 2008.
- [14] Code de déontologie médicale 2021.

- [15] White KL, Williams TF, Greenberg BG. The ecology of medical care. *N Engl J Med* 1961;265:885–92. <https://doi.org/10.1056/NEJM196111022651805>.
- [16] Brabers AE, Van Esch TE, Groenewegen PP, Hek K, Mullenders P, Van Dijk L, et al. Is there a conflict between general practitioners applying guidelines for antibiotic prescribing and including their patients' preferences? *Patient Prefer Adherence* 2018;12:9–19. <https://doi.org/10.2147/PPA.S147616>.
- [17] Holmberg C, Sarganas G, Mittring N, Braun V, Dini L, Heintze C, et al. Primary prevention in general practice - views of German general practitioners: a mixed-methods study. *BMC Fam Pract* 2014;15:103. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-15-103>.
- [18] Azeem K, Ševčíková J, Kyselý Z, Horáková D, Vlčková J, Kollárová H. Primary and secondary prevention of colorectal cancer in the Czech Republic. *Przegląd Gastroenterol* 2016;11:1–5. <https://doi.org/10.5114/pg.2016.57819>.
- [19] Vaculík J, Stepan JJ, Dungl P, Majerníček M, Čelko A, Džupa V. Secondary fracture prevention in hip fracture patients requires cooperation from general practitioners. *Arch Osteoporos* 2017;12:49. <https://doi.org/10.1007/s11657-017-0346-z>.
- [20] Cupples M, Heron N. What to do after cardiac rehabilitation programs: the role of the general practitioner in cardiovascular prevention. *Monaldi Arch Chest Dis Arch Monaldi Mal Torace* 2016;86:755. <https://doi.org/10.4081/monaldi.2016.755>.
- [21] Kitchener S, Pinidiyapathirage J, Hunter K. A cross-sectional study of skin cancer secondary prevention in rural general practice. *Aust J Gen Pract* 2020;49:447–50. <https://doi.org/10.31128/AJGP-05-19-4935>.
- [22] Guillaume GAROT. Rapport concernant la loi d'urgence contre la désertification médicale, 2022.
- [23] Marie Anguis, Maxime Bergeat, Jacques Pisarik, Noémie Vergier, Hélène Chaput. Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicales et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques. *Doss DREES* 2021.
- [24] Conseil national de l'Ordre des médecins. La Télémédecine face au risque d'ubérisation des prestations médicales : Rappel des positions du Conseil national de l'Ordre des médecins. 2018.
- [25] Aghnatios M, Darloy T, Dictor J, Gasparovicova M, Drouot C, Gasperini F, et al. Soins infirmiers en pratique avancée : représentations des acteurs de ce nouveau dispositif. *Santé Publique* 2021;33:547–58. <https://doi.org/10.3917/spub.214.0547>.
- [26] Bachimont J, Cogneau J, Letourmy A. Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sci Soc Santé* 2006;24:75–103. <https://doi.org/10.3917/sss.242.0075>.
- [27] Letrilliart L, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, Guerin M, Mercier A. ECOGEN : étude des Éléments de la COnsultation en médecine GENérale. *Exercer* 2014;114.

- [28] Chambaud L. Accès aux soins : éléments de cadrage. *Regards* 2018;53:19–28. <https://doi.org/10.3917/regar.053.0019>.
- [29] Mrozovski J-M. Accès aux soins de premier recours, les enjeux de demain. *Actual Pharm* 2020;59:45–6. <https://doi.org/10.1016/j.actpha.2020.06.022>.
- [30] Legal R, Vicard A. Renoncement aux soins pour raisons financières | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. *DRESS* 2015. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/dossiers-solidarite-et-sante-1998-2016/renoncement-aux-soins-pour-raisons-financieres> (accessed September 15, 2022).
- [31] Couffinhal, A., Habicht, T. Health system financing in Estonia: situation and challenges in 2005. 2005.
- [32] Chevillot D, Zamord T, Durieux W, Gay B. Gestion des soins non programmés en médecine générale dans le secteur du Sud Gironde. *Santé Publique* 2021;33:517–26. <https://doi.org/10.3917/spub.214.0517>.
- [33] I. World Health Organization. II. World Organization of Family Doctors. Integrating mental health into primary care : a global perspective. 1. Mental disorders. 2. Mental health services. 3. Primary health care. World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca). 2008.
- [34] Greenhalgh T. WHO/WONCA report - Integrating Mental Health in Primary Care: A Global Perspective. *Lond J Prim Care* 2009;2:81–2. <https://doi.org/10.1080/17571472.2009.11493254>.
- [35] Gervais J, Haour G, Michel M, Chevreul K. Troubles mentaux et comorbidités somatiques : retard à la prise en charge, sévérité et coûts associés. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique* 2017;65:S79. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2017.03.068>.
- [36] LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (1). 2011.
- [37] Coldefy M. Les soins en psychiatrie : organisation et évolutions législatives récentes. *Rev Fr Aff Soc* 2016:21–30. <https://doi.org/10.3917/rfas.162.0021>.
- [38] Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie. Feuille de route Santé mentale et psychiatrie 2018.
- [39] Les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) n.d. <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-projets-territoriaux-de-sante-mentale-ptsm-0> (accessed August 18, 2022).
- [40] Agence Sanitaire et Sociale de la Nouvelle-Calédonie. Enquête STEPS Baromètre santé adulte 2021-2022 Enquête sur les facteurs de risque des maladies chroniques des Calédoniens de 18 à 64 ans Résultats descriptifs 2022.
- [41] Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. A proposed new definition of mental health. *Psychiatr Pol* 2017;51:407–11. <https://doi.org/10.12740/PP/74145>.
- [42] van Royen P, Beyer M, Chevallier P, Eilat-Tsanani S, Lionis C, Peremans L, et al. Series: The research agenda for general practice/family medicine and

- primary health care in Europe. Part 5: Needs and implications for future research and policy. *Eur J Gen Pract* 2010;16:244–8. <https://doi.org/10.3109/13814788.2010.528385>.
- [43] Qaseem A, Barry MJ, Kansagara D, Clinical Guidelines Committee of the American College of Physicians. Nonpharmacologic Versus Pharmacologic Treatment of Adult Patients With Major Depressive Disorder: A Clinical Practice Guideline From the American College of Physicians. *Ann Intern Med* 2016;164:350–9. <https://doi.org/10.7326/M15-2570>.
- [44] Gartlehner G, Wagner G, Matyas N, Titscher V, Greimel J, Lux L, et al. Pharmacological and non-pharmacological treatments for major depressive disorder: review of systematic reviews. *BMJ Open* 2017;7:e014912. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014912>.
- [45] Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Lond Engl* 2018;391:1357–66. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32802-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32802-7).
- [46] Munkholm K, Paludan-Müller AS, Boesen K. Considering the methodological limitations in the evidence base of antidepressants for depression: a reanalysis of a network meta-analysis. *BMJ Open* 2019;9:e024886. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024886>.
- [47] Duyx B, Urlings MJE, Swaen GMH, Bouter LM, Zeegers MP. Scientific citations favor positive results: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Epidemiol* 2017;88:92–101. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2017.06.002>.
- [48] Stokes PE. A primary care perspective on management of acute and long-term depression. *J Clin Psychiatry* 1993;54 Suppl:74–84; discussion 85-87.
- [49] Iacobucci G. Antidepressant adviser to government quits after conflict of interest row. *BMJ* 2018;362:k4063. <https://doi.org/10.1136/bmj.k4063>.
- [50] Nejstgaard CH, Bero L, Hróbjartsson A, Jørgensen AW, Jørgensen KJ, Le M, et al. Association between conflicts of interest and favourable recommendations in clinical guidelines, advisory committee reports, opinion pieces, and narrative reviews: systematic review. *BMJ* 2020;371:m4234. <https://doi.org/10.1136/bmj.m4234>.
- [51] de Jonghe F, Kool S, van Aalst G, Dekker J, Peen J. Combining psychotherapy and antidepressants in the treatment of depression. *J Affect Disord* 2001;64:217–29. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(00\)00259-7](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(00)00259-7).
- [52] Lemire F, Chomienne M-H. Commentary: Time to Improve Access to Psychotherapies - A Family Medicine Perspective. *Healthc Policy Polit Sante* 2021;16:26–9. <https://doi.org/10.12927/hcpol.2021.26436>.
- [53] Assurance Maladie Française. Information sur le dispositif MonPsy. *Mon Psy* 2022. <https://monpsy.sante.gouv.fr/faq> (accessed June 24, 2022).
- [54] Zaccaro A, Piarulli A, Laurino M, Garbella E, Menicucci D, Neri B, et al. How Breath-Control Can Change Your Life: A Systematic Review on Psycho-Physiological Correlates of Slow Breathing. *Front Hum Neurosci* 2018;12:353. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2018.00353>.

- [55] Francis AL, Beemer RC. How does yoga reduce stress? Embodied cognition and emotion highlight the influence of the musculoskeletal system. *Complement Ther Med* 2019;43:170–5. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2019.01.024>.
- [56] Merakou K, Tsoukas K, Stavrinos G, Amanaki E, Daleziou A, Kourmoussi N, et al. The Effect of Progressive Muscle Relaxation on Emotional Competence: Depression-Anxiety-Stress, Sense of Coherence, Health-Related Quality of Life, and Well-Being of Unemployed People in Greece: An Intervention Study. *Explore N Y N* 2019;15:38–46. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2018.08.001>.
- [57] Ohrnberger J, Fichera E, Sutton M. The relationship between physical and mental health: A mediation analysis. *Soc Sci Med* 1982 2017;195:42–9. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.11.008>.
- [58] Connor JP, Stjepanović D, Le Foll B, Hoch E, Budney AJ, Hall WD. Cannabis use and cannabis use disorder. *Nat Rev Dis Primer* 2021;7:16. <https://doi.org/10.1038/s41572-021-00247-4>.
- [59] Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, McGorry P. Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet Lond Engl* 2007;369:1302–13. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60368-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60368-7).
- [60] Chambon N, Gilliot É, Sorba M. L'intervention sociale à l'épreuve d'une préoccupation pour la santé mentale. Mobilisation du rétablissement et politique de logement d'abord. *Rev Fr Aff Soc* 2020:97–116. <https://doi.org/10.3917/rfas.202.0097>.
- [61] Iglesias Martínez B, Olaya Velázquez I, Gómez Castro MJ. [Prevalence of performing and prescribing physical exercise in patients diagnosed with anxiety and depression]. *Aten Primaria* 2015;47:428–37. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.10.003>.
- [62] Corrigan PW, Mittal D, Reaves CM, Haynes TF, Han X, Morris S, et al. Mental health stigma and primary health care decisions. *Psychiatry Res* 2014;218:35–8. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.04.028>.
- [63] Morgan C, Mallett R, Hutchinson G, Bagalkote H, Morgan K, Fearon P, et al. Pathways to care and ethnicity. 2: Source of referral and help-seeking. Report from the AESOP study. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2005;186:290–6. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.4.290>.
- [64] Sleath B, Rubin RH, Huston SA. Hispanic ethnicity, physician-patient communication, and antidepressant adherence. *Compr Psychiatry* 2003;44:198–204. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(03\)00007-5](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00007-5).
- [65] Askevis-Leherpeux F, de la Chenelière M, Baleige A, Chouchane S, Martin M-J, Robles-García R, et al. Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: A French study. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr* 2019;59:8–14. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2019.03.005>.
- [66] Baptiste-Roberts K, Oranuba E, Werts N, Edwards LV. Addressing Health Care Disparities Among Sexual Minorities. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2017;44:71–80. <https://doi.org/10.1016/j.ogc.2016.11.003>.
- [67] Tanton C, McDonagh L, Cabecinha M, Clifton S, Geary R, Rait G, et al. How does the sexual, physical and mental health of young adults not in education,

- employment or training (NEET) compare to workers and students? *BMC Public Health* 2021;21:412. <https://doi.org/10.1186/s12889-021-10229-6>.
- [68] Eiroa-Orosa FJ, Limiñana-Bravo L. An Instrument to Measure Mental Health Professionals' Beliefs and Attitudes towards Service Users' Rights. *Int J Environ Res Public Health* 2019;16:244. <https://doi.org/10.3390/ijerph16020244>.
- [69] Winter S, Diamond M, Green J, Karasic D, Reed T, Whittle S, et al. Transgender people: health at the margins of society. *Lancet Lond Engl* 2016;388:390–400. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00683-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00683-8).
- [70] World Health Organization: Geneva, Switzerland. World Health Organization. Translation and Linguistic Evaluation Protocol and Supporting Material. In Manual for WHO. WHO Disabil Assess Sched WHODAS 20 n.d.
- [71] Ozolins U, Hale S, Cheng X, Hyatt A, Schofield P. Translation and back-translation methodology in health research - a critique. *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 2020;20:69–77. <https://doi.org/10.1080/14737167.2020.1734453>.
- [72] Reinert M. Alceste, une méthodologie d'analyse des données textuelles et une application: Aurélia de Gérard de Nerval. *Bull Méthodologie Sociol Bull Sociol Methodol* 1990;26:53. <https://doi.org/10.1177/075910639002600103>.
- [73] Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? *Inf Psychiatr* 2014;90:359–71. <https://doi.org/10.1684/ipe.2014.1206>.
- [74] Cicurel F. De l'analyse des interactions en classe de langue à l'agir professoral : une recherche entre linguistique interactionnelle, didactique et théories de l'action. *Prat Linguist Litt Didact* 2011;41–55. <https://doi.org/10.4000/pratiques.1693>.
- [75] Bauduret J-F. Plus de 60 ans de sectorisation psychiatrique : de l'esprit des textes à la réalité des pratiques. *Prat En Santé Ment* 2022;68e année:11–7. <https://doi.org/10.3917/psm.224.0011>.
- [76] Lautier B. Les politiques sociales à l'épreuve des réformes de marché. *Rev Int Polit Comparée* 2010;17:23–55. <https://doi.org/10.3917/ripc.173.0023>.
- [77] DREES. Les dépenses de santé en 2021 Résultats des comptes de la santé 2022.
- [78] Chambre territoriales des comptes - Nouvelle-Calédonie. Rapport d'observations définitives - Province Nord - Prise en charge des soins de premier secours 2023.
- [79] Leca A. La rencontre de la tradithérapie kanak et du système de santé calédonien. *J Société Océan* 2020;150:57–62. <https://doi.org/10.4000/jso.11527>.
- [80] Génolini J-P, Roca R, Rolland C, Membrado M. « L'éducation » du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ? *Sci Soc Santé* 2011;29:81–122. <https://doi.org/10.1684/29-3.2011.0305>.
- [81] Bermingham S, Kippax S. HIV-related discrimination: a survey of New South Wales general practitioners. *Aust N Z J Public Health* 1998;22:92–7. <https://doi.org/10.1111/j.1467-842x.1998.tb01151.x>.

- [82] Convention médicale : un échec programmé. CGT n.d. <https://www.cgt.fr/comm-de-presse/convention-medicale-un-echec-programme> (accessed August 17, 2023).
- [83] HAS. Guide de coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux : Etat des lieux, repères et outils pour une amélioration 2018.
- [84] Laurent Plancke, Marie-Noëlle Cadou, Alina Amariei. Diagnostic territorial partagé en santé mentale de Métropole - Flandres 2018.
- [85] Laurent Plancke, Marie-Noëlle Cadou, Alina Amariei. Diagnostic territorial partagé en santé mentale du Hainaut 2018.
- [86] Defromont L. Un pôle de psychiatrie citoyenne centré sur une offre ambulatoire. Le secteur 59G21 dans la banlieue lilloise. *Prat En Santé Ment* 2022;68e année:29–34. <https://doi.org/10.3917/psm.221.0029>.
- [87] Convention nationale des masseurs kinésithérapeutes. ameli.fr 2007. <https://www.ameli.fr/lille-douai/masseur-kinesitherapeute/textes-reference/convention/convention> (accessed August 1, 2023).
- [88] DREES. L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu 2022.



# Annexe 1

Q1 : Pour commencer, que vous évoque la santé mentale ? Quelle est votre expérience dans ce champ de la santé ?	
Q2 : Pour vous, que pensez-vous de l'intégration de la médecine générale dans la santé mentale ?	
Q3 : Comment prenez-vous en soin vos patients porteurs d'un trouble de santé mentale ?	
Q4 : Quelle est votre stratégie thérapeutique concernant la santé mentale ?	
Q5 : Y a-t-il des publics pour lesquels cela semble difficile ? Lesquels ?	
Q6 : Que pensez-vous de l'accessibilité aux soins des patients ayant un problème de santé mentale ?	

**Figure 6. Guide d'entretien**

# Annexe 2

Renseignements socio-démographiques : ENTRETIEN N°.....

Déterminant :

- Sexe (à la naissance) : H / F
- Genre : H / F
- Age : .....

Type d'exercice :

- Rural / Semi-rural / Ville
- Installation / Remplacement
- Maître de Stage Universitaire : oui / non
- Cabinet autonome / Cabinet de groupe / Maison de Santé Pluri professionnelle / Autre :  
.....
- Libéral / Salarié / Mixte
- DU, DIU : oui / non ; Si oui, lequel : .....
- Orientation vers une pratique spécifique : Générale / Pédiatrie / Gynécologie /  
Prévention / Urgences / Santé Mentale / Autre : .....

Antécédent personnel de santé mentale : oui / non

SOUHAIT :

- Envoi de la retranscription de l'entretien (commentaire/correction) : oui / non
- Envoi des résultats de l'étude : oui / non

**Figure 7. Fiche de renseignements socio-démographiques**

# Annexe 3

Concernant les patients/patientes avec des problèmes de santé mentale, et en tant que professionnel/professionnelle, je pense que...	Totalement en désaccord	En désaccord	En accord	Totalement en accord
1. La possibilité que les gens avec des troubles de mentaux sévères aient des enfants devrait être régulée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Il est possible de se rétablir sans l'intervention de professionnels/professionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Les gens ne devraient pas être hospitalisés contre leur volonté s'ils ne posent pas de danger pour les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Il est parfois nécessaire d'utiliser la contention mécanique avec certains patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Les patients/patientes souffrant de troubles mentaux sévères ont besoin d'instructions plus claires que les autres patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Les troubles mentaux sont des pathologies comme les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Les professionnels/professionnelles devraient avoir plus de pouvoir de décision que les patients/patientes concernant les décisions de traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Les personnes handicapées par des problèmes mentaux sévères devraient avoir le droit de vote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Quand les patients/patientes se comportent de manière agressive, c'est à cause de leur trouble mentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Déclarer qu'une personne avec un trouble mental sévère est déficiente est une bonne façon de prendre en soin celle-ci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Les personnes présentant un trouble mental ont actuellement les mêmes droits que les autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Les mesures de contrainte sont actuellement utilisées uniquement en cas de besoin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Quand un patient/patiente se comporte de manière agressive, c'est dû au contexte, une hospitalisation sous contrainte par exemple	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je me sentirais à l'aise en devenant ami avec une personne souffrant d'un trouble mental sévère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Je suis mal à l'aise avec les patients/patientes qui font régulièrement appel aux services d'urgences	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Les personnes souffrant de troubles mentaux sévères ont toujours besoin d'un accompagnement pour être capables de vivre de manière indépendante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Les tests objectifs devraient avoir une valeur plus forte que l'opinion des professionnels/professionnelles et des patients/patientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Je me sentirais mal à l'aise si une personne avec un trouble de santé mentale était professeur dans une école	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Respecter la dignité des patients/patientes est important, mais certains aspects des traitements peuvent demander de la flexibilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Une plus grande importance dans l'indépendance des patients/patientes devrait être mise en place, plutôt que sur la réduction de leurs symptômes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. S'il n'y a pas assez de personnel, la contention mécanique est la seule solution de gestion des situations de violence	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Quand j'interagis avec des patients/patientes, il m'est important de ne pas être impliqué émotionnellement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Certains patients/patientes ne pourront jamais se rétablir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Dans ma pratique clinique, j'essaie de laisser mes valeurs de côté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. La plupart des professionnels/professionnelles de santé mentale travaillent en collaboration avec les patients/patientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Figure 8. Echelle BAMHS**

# Annexe 4

Je, soussigné ....., déclare accepter, librement, et de façon éclairé, de participer comme sujet à l'étude intitulée : « Facteurs d'orientation vers une unité de second recours des patients ayant des problèmes de santé mentale par le médecin généraliste »

Sous la direction du Dr ANNA BALEIGE

Université Henri Warembourg, 2 Av. Eugène Avinée, 59120 Loos (03 20 62 76 72) ; EPSM Lille Métropole, 104 Rue du Général Leclerc, 59280 Armentières (03 20 10 20 10)

Investigateur principal : AMEEDÉ ROESCH

But de l'étude : mettre en évidence les facteurs d'orientation des patients ayant des problèmes de santé mentale vers les unités de second recours

Engagement du participant : l'étude consiste à interroger sous forme d'entretien semi-dirigés des médecins généralistes à la recherche d'éléments expliquant l'orientation vers des unités de second recours de patients ayant des problèmes de santé mentale jusqu'à saturation des données.

Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

Liberté du participant : le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant : le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Cette recherche n'ayant qu'un caractère psychologique, elle n'entre pas de ce fait dans la loi Huriet-Sérusclat concernant la protection des personnes dans la recherche biomédicale. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Déontologie et éthique : le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant.

Fait à ..... le ..... en 2 exemplaires

Signatures :

Le participant

L'investigateur principal

Adresse de contact : .....

Téléphone et adresse de l'investigateur principal : +33 6 08 17 90 54 ; amede.oesch@ghtpsy-npdc.fr

**Figure 9. Consentement libre et éclairé**

# Annexe 5

\*\*\*\* \*N\_1 \*sexegenre\_X \*age\_X \*lieu\_X \*type\_X \*MSU\_X \*cond\_X \*mode\_X \*form\_X \*orient\_X  
\*orient\_X \*ant\_X \*loc\_X \*retrans\_X \*result\_X \*CSvJC\_X \*LvC\_X \*AvP\_X \*TvD\_X \*entretien\_X  
\*sensSM\_X \*SMmegavar\_XX

-\*Q\_1

Lorem ipsum dolor sit amet, consectetur adipiscing elit. Ut elit erat, iaculis eget tempor sed, blandit in metus. Praesent egestas felis quis mauris vulputate rhoncus.

-\*Q\_2

Maecenas auctor ante vel ex fringilla porta. Morbi ullamcorper dui in nunc vehicula mollis. Donec ac consequat justo. Donec sodales bibendum ex eu posuere.

-\*Q\_3

Pellentesque lobortis congue commodo. Cras sed est ornare ligula maximus suscipit. Orci varius natoque penatibus et magnis dis parturient montes, nascetur ridiculus mus.

-\*Q\_4

Nunc sagittis metus in eros vehicula, at imperdiet ipsum tincidunt. Nam fermentum vulputate urna, in lacinia libero luctus sed. Cras et mattis ipsum. Ut auctor lectus in volutpat mattis.

-\*Q\_5

Aliquam sed arcu massa. Donec condimentum tempor porta. Phasellus convallis, nunc quis tristique ultrices, turpis nulla pharetra nisi, at molestie metus ipsum sed purus.

-\*Q\_6

Pellentesque ut nunc neque. Quisque ipsum diam, eleifend ac libero eu, vehicula elementum nisl. In consectetur ornare dui, ut luctus odio feugiat ac.

-\*Q\_post

Vivamus efficitur egestas diam ac imperdiet. Integer diam quam, laoreet nec urna nec, egestas volutpat justo. Etiam ante ex, luctus finibus eros et, posuere bibendum justo.

**Figure 10. Exemple d'une retranscription d'un entretien avec les variables descriptives associées**

# Annexe 6

## Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion

### Caractéristiques personnelles

1. Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ?	Amédée Roesch
2. Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD	Pas de titre académique
3. Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?	Médecin généraliste assistant, Praticien Hospitalier Contractuel
4. Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Homme
5. Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	DES de médecine générale

### Relations avec les participants

6. Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Certains participants ont pu être rencontré durant la formation du chercheur lors des stages ou à la faculté de médecine de Lille
7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Apprenant en médecine générale réalisant sa thèse
8. Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ?	Médecin généraliste réalisant sa thèse Motivation pour l'amélioration des pratiques et de l'organisation des soins

## Domaine 2 : Conception de l'étude

### Cadre théorique

9. Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Méthode ALCESTE
--	--	-----------------

### Sélection des participants

10. Échantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Méthode de convenance
11. Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Appel téléphonique, courrier postal et électronique
12. Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	17
13. Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	0

### Contexte

14. Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Lieu choisi par les participants, majoritairement le lieu de travail (cabinet)
15. Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Un seul entretien, présence d'un apprenant en médecine générale
16. Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Médecin généraliste ayant réalisé leur thèse, installé ou non, ayant un exercice ambulatoire

Recueil des données

17. Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Oui Non
18. Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non
19. Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Audio et visuel
20. Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui, pendant l'entretien
21. Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?	48 minutes et 56 secondes (28'48 – 109'14)
22. Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Non
23. Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Oui, si cela était souhaité de la part des participants



### Domaine 3 : Analyse et résultats

#### Analyse des données

24. Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	1
25. Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Oui
26. Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Déterminés à partir des données
27. Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	IRaMuTeQ v0.7alpha2 pour R v3.1.2.
28. Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?	Non

#### Rédaction

29. Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui Non
30. Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31. Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32. Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

**Figure 11. Echelle COREQ**

**AUTEUR : Nom :** ROESCH

**Prénom :** Amédée

**Date de Soutenance :** 20/09/2023

**Titre de la Thèse :** Exploration des déterminants des médecins généralistes expliquant des différences dans la prise en soin de personnes ayant des problèmes de santé mentale

**Thèse - Médecine - Lille 2023**

**Cadre de classement :** Médecine Générale

**DES + FST/option :** Médecine Générale

**Mots-clés :** Médecine générale ; Gestion des soins aux patients ; Santé mentale ; Soins de santé primaires ; Stéréotypes

**Résumé :**

**Contexte :** Le médecin généraliste est un médecin spécialiste. Il s'intègre dans les soins premiers dans une organisation des soins défendus par l'OMS et la WONCA. L'accessibilité des soins est défini par divers paramètres. Des projets pour l'amélioration du parcours de soin des usagers sont en cours. Les soins de santé mentale font l'objet de recommandations internationales. Il existe actuellement une controverse concernant la conduite à tenir concernant les traitements médicamenteux et les accompagnements psychologiques. Le médecin généraliste est l'intervenant de référence concernant l'abord de la santé mentale sous un angle global notamment au regard des facteurs de stigmatisation concernant les personnes. A valeur exploratoire, nous proposons de rechercher des déterminants des médecins expliquant des différences de parcours de soin pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale.

**Matériel et Méthodes :** Nous avons proposé à des médecins généralistes des Hauts de France et de Nouvelle Calédonie la passation d'entretiens semi-dirigés, d'une échelle multidimensionnelle (BAMHS) permettant l'abord des valeurs personnelles, et une fiche de renseignement socio-démographiques. Le discours a été pré-traité à l'aide de la méthode ALCESTE à la recherche de classe dans le corpus. Des analyses de corrélation ont été réalisées à la recherche d'associations statistiques entre les déterminants personnels et les classes du discours.

**Résultats :** Dix-sept médecins ont participé à notre étude. L'analyse du discours permet une classification de celui-ci en quatre classes : organisation du système de soin, motifs de recours, formation et pratique de la médecine générale, traitements médicamenteux. Les associations entre les quatre axes de l'échelle BAMHS et les quatre classes de discours varient selon la cotation de cette échelle. Une sensibilité à la santé mentale apparaît comme un élément organisateur du discours en lien avec la formation et la pratique de la médecine générale. Les enjeux d'organisation des soins semblent une thématique importante des médecins de Nouvelle Calédonie.

**Conclusion :** Il existe des variations du discours des médecins généralistes en fonction de leurs déterminants concernant leurs valeurs personnelles, leur sensibilité à la santé mentale et leur localisation géographique.

**Composition du Jury :**

**Président :** Monsieur le Professeur Nassir MESSAADI

**Assesseur :** Monsieur le Docteur Laurent DEFROMONT

**Directrice :** Madame la Docteure Anna BALEIGE