

UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2025

THESE POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**ADERIM : Une étude qualitative évaluant l'intérêt des
médecins généralistes dans les régions du Nord et du Pas-
de-Calais quant au développement du système
psychiatrique de l'outil**

Présentée et soutenue publiquement le 01 juillet 2025
à 14:00 au pôle formation – Salle 2

Par Wisam HAROUN

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Ali AMAD

Assesseur :

Monsieur le Professeur Jean-Pierre PRUVO

Directeur de thèse :

Madame le Docteur Sabine BAYEN

Avertissement

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

Sigles

ADERIM	Aide à la Demande d'Examens de Radiologie et d'Imagerie Médicale
ANS	Agence Numérique de Santé
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AUDIT	<i>Alcohol Use Disorder Identification Test</i>
CERF	Collège des Enseignants de Radiologie de France
CMG	Collège de Médecine Générale
CNAM	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder</i>
ECT	Électro-convulsivothérapie
GAD-7	<i>Generalised Anxiety Disorder Assessment</i>
GBU	Guide du Bon Usage
GDS	<i>Geriatric Depression Scale</i>
HAD	<i>Hospital Anxiety and Depression scale</i>
HAS	Haute Autorité de Santé
IRDES	Institut de Recherche et de Documentation en Économie de la Santé
IRM	Imagerie à Résonance Magnétique
MDRS	<i>Male Depression Risk Scale</i>
MG	Médecine Générale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PHQ-9	<i>Patient Health Questionnaire - 9</i>
SFR	Société Française de Radiologie
TCA	Trouble des conduites alimentaires

Sommaire

Avertissement.....	3
Sigles.....	4
Sommaire.....	5
1. Introduction	6
1.1 <i>Épidémiologie des troubles de santé mentale en France.....</i>	6
1.2 <i>Épidémiologie des troubles de santé mentale en médecine générale.....</i>	7
1.3 <i>Indication d'imagerie en santé mentale.....</i>	9
1.4 <i>Imagerie et économie en France</i>	11
1.5 <i>Outils numériques pour la prescription d'imagerie : vers une régulation raisonnée des examens d'imagerie médicale.....</i>	12
1.6 <i>Objectif de l'étude</i>	14
2. Matériel et méthodes.....	15
2.1 <i>Choix de la méthode</i>	15
2.2 <i>Population étudiée</i>	15
2.3 <i>Mode de recrutement</i>	16
2.4 <i>Recueil de données</i>	16
2.5 <i>Analyse des données</i>	17
3. Résultats	18
3.1 <i>Caractéristiques des participants.....</i>	18
3.2 <i>Premier focus groupe.....</i>	19
3.3 <i>Second focus groupe</i>	26
3.4 <i>Troisième focus groupe</i>	33
3.5 <i>Synthèse des thèmes émergents.....</i>	38
4. Discussion	46
4.1 <i>Confrontation aux données de la littérature</i>	46
4.2 <i>Forces et limites de l'étude</i>	51
5. Conclusion.....	53
Liste des tables.....	55
Références.....	56
Annexes.....	59

1. Introduction

1.1 Épidémiologie des troubles de santé mentale en France

Commençons cet écrit en définissant la notion de santé mentale : selon l’OMS, la santé mentale est 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 ». (1)

La santé mentale est donc définie par la présence de critères positifs de la santé et non pas par l’absence de troubles mentaux.

La santé mentale est une notion centrale dans notre société, autant sur le versant de problématique de santé publique, avec des facteurs biologiques et environnementaux, que sur le versant de part budgétaire de l’État avec des facteurs socio-économique. (1)

Si l’on souhaite exposer des chiffres (2) :

- Selon l’OMS, 1 européen sur 4 est touché, ou sera touché par des troubles psychiques au cours de sa vie.
- En France, on estime que 15 % des 10-20 ans (1,5 million) ont besoin de suivi ou de soin.
- Plus de 569 établissements de santé dédiés à la santé mentale.
- 20,5 millions d’actes de santé mentale en ambulatoire en 2015.
- 8948 décès par suicide ont été enregistrés en 2015 en France Métropolitaine (soit 25 par jour contre 9 pour les accidents de la route).

Concernant la part budgétaire et le coût économique que représente cette problématique de santé publique, il convient de noter que la santé mentale (maladies psychiatriques ou consommations de psychotropes) représente la première dépense du régime de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie. (2)

Le coût économique et social du secteur de santé mentale est évalué à 109 milliards d'euros en 2012. Ce coût a été estimé à 163 milliards d'euros en 2023, soit une hausse de 50%. (3)

A titre de comparaison, les dépenses associées aux cancers et maladies cardiovasculaires sont estimées aux alentours de 21 et 18 milliards d'euros respectivement.

(2)

1.2 Épidémiologie des troubles de santé mentale en médecine générale

Les troubles de santé mentale constituent une part croissante et incontournable de l'activité quotidienne des médecins généralistes en France. La médecine générale représente aujourd'hui la première ligne de repérage et de prise en charge de ces troubles, en particulier en raison de leur fréquence élevée, de leur polymorphisme clinique, et des difficultés persistantes d'accès à des soins spécialisés. Plusieurs enquêtes nationales et régionales permettent d'objectiver ce phénomène.

La santé mentale constitue une part significative de l'activité des médecins généralistes en France. Selon une étude de l'Observatoire Régional de Santé d'Île-de-

France, la prévalence des troubles psychiatriques parmi les patients consultant en médecine générale est estimée entre 34 % et 50 %, incluant notamment 6 % à 25 % pour les troubles anxieux, 14 % à 25 % pour la dépression, et 2 % à 11 % pour le mésusage de l'alcool. (4)

Ces chiffres soulignent le rôle central du médecin généraliste dans le repérage et la prise en charge des troubles psychiques. (5)

Nous rajouterons une note concernant le syndrome catatonique qui est une entité extrêmement sous-estimée, sous diagnostiquée et méconnue en médecine générale. Il n'existe à ce jour pas d'étude permettant d'évaluer de façon fiable la prévalence du syndrome catatonique en soins primaires. On estime une prévalence aux alentours des 10% chez les patients hospitalisés en milieu psychiatrique (6) et une prévalence variant entre 5% et 20% en milieu gériatrique (7,8). Ce défaut épidémiologique peut s'expliquer par le manque de formation et d'enseignement à la reconnaissance de ce syndrome par les professionnels de santé. (9)

La pandémie de COVID-19 a exacerbé cette tendance. En novembre et décembre 2020, 72 % des médecins généralistes ont rapporté une augmentation des demandes de soins pour stress, troubles anxieux ou dépressifs, comparé à la période pré-pandémique. Cette hausse reflète l'impact psychologique de la crise sanitaire sur la population française. (10,11)

Enfin, la souffrance psychique exprimée en médecine générale prend souvent des formes indirectes : plaintes somatiques multiples, fatigue chronique, douleurs

inexpliquées, troubles du sommeil, irritabilité, isolement. Ces présentations cliniques souvent non spécifiques, voire banalisées, rendent le repérage des troubles psychiques particulièrement complexe, en particulier chez les patients qui ne formulent pas de demande explicite d'aide psychologique.

1.3 Indication d'imagerie en santé mentale

L'imagerie cérébrale, en particulier l'imagerie par résonance magnétique (IRM), occupe une place croissante en psychiatrie, tant pour le diagnostic différentiel que pour la compréhension des mécanismes physiopathologiques des troubles de santé mentale.

Traditionnellement, l'imagerie cérébrale est utilisée en psychiatrie pour exclure des causes organiques pouvant expliquer une symptomatologie psychiatrique. (12) L'IRM cérébrale est l'examen de choix dans ce cadre, permettant de détecter des anomalies structurelles telles que des tumeurs, des lésions vasculaires, des encéphalites ou des maladies neurodégénératives.

Parmi les différentes indications classiques de prescription d'imagerie, on retrouve (13,14) :

- Le premier épisode psychotique.
- Un âge de début atypique.
- La présence de signes neurologiques associés.
- Une évolution clinique inhabituelle.
- Une résistance aux traitements standards.
- Une évaluation pré-thérapeutique avant une électroconvulsivothérapie (ECT).

L'IRM joue donc un rôle crucial dans l'élimination d'une pathologie non psychiatrique sous-jacente et permet d'orienter la prise en charge thérapeutique.

Au-delà du diagnostic différentiel, l'apport de l'imagerie cérébrale, notamment fonctionnelle (IRMf), offre des perspectives pour comprendre les bases neurobiologiques des troubles psychiatriques.

L'IRM fonctionnelle (IRMf) permet d'évaluer l'activité cérébrale en mesurant les variations du flux sanguin. Des études ont montré des altérations de la connectivité fonctionnelle dans des régions spécifiques du cerveau chez des patients souffrant de schizophrénie, de dépression ou de troubles bipolaires impliquant les circuits neuronaux de la régulation de l'humeur, de la cognition et du comportement. (13,15)

Bien qu'elles ne soient pas pour l'instant utilisées en pratique clinique, ces techniques avancées contribuent à une meilleure compréhension des mécanismes sous-jacents aux troubles mentaux et ouvrent la voie à des approches thérapeutiques plus ciblées.

L'intégration de l'imagerie cérébrale dans la pratique psychiatrique s'inscrit dans le développement d'une médecine personnalisée. L'identification de biomarqueurs spécifiques pourrait permettre de prédire la réponse aux traitements, d'évaluer le risque de rechute ou de transition vers des formes plus sévères de la maladie.

Nous prendrons l'exemple des travaux de Leanne M Williams (15), qui ont permis de mettre en évidence 6 biotypes d'épisode dépressif et d'anxiété à partir des différents circuits neuronaux impliquant des prises en charges thérapeutiques différentes et individuelles. (16–19)

1.4 Imagerie et économie en France

Le développement massif de l'imagerie médicale en France au cours des dernières décennies a profondément modifié les pratiques médicales, tout en exerçant une pression croissante sur les dépenses de santé. L'imagerie représente aujourd'hui un poste de coût significatif pour l'Assurance maladie. En 2021, selon les données de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM), les actes d'imagerie ont représenté plus de 4,1 milliards d'euros de dépenses, tous secteurs confondus, soit une hausse de 11,7% par rapport aux données de 2017. (20)

Cette augmentation des coûts s'explique par une hausse constante du volume d'actes : entre 2017 et 2021, le nombre d'IRM a augmenté de plus de 13,5%, en raison notamment d'un élargissement des indications, de l'amélioration des équipements, et d'une demande croissante tant de la part des professionnels que des patients. (20)

L'imagerie médicale représente la plus grosse part de dépense des actes médicaux techniques avec 45% des actes et des dépenses remboursées. (21)

L'optimisation de la prescription d'imagerie de manière juste et efficiente apparaît donc comme un enjeu national.

La maîtrise des dépenses d'imageries constitue ainsi un enjeu clé dans la régulation du système de santé français. Cela implique non seulement un encadrement des pratiques, mais aussi offrir une aide aux médecins prescripteurs en facilitant l'accès aux recommandations actualisées avec les outils numériques adaptés à leur exercice.

Dans ce contexte, des outils d'aide à la décision comme le Guide du Bon Usage (GBU) puis l'Aide à la Demande d'Examens de Radiologie et d'Imagerie Médicale (ADERIM) ont été développés afin d'optimiser les prescriptions d'imagerie. Leur objectif est de promouvoir une utilisation raisonnée, fondée sur les recommandations de bonnes pratiques, et de limiter l'exposition inutile aux rayonnements ainsi que les dépenses superflues.

1.5 Outils numériques pour la prescription d'imagerie : vers une régulation raisonnée des examens d'imagerie médicale

L'imagerie médicale occupe une place croissante dans la pratique clinique quotidienne, portée par les progrès technologiques, l'accessibilité croissante des équipements, mais également par une demande médicale et sociétale accrue. Ce développement exponentiel a toutefois soulevé, dès les années 2000, la question du bon usage des examens d'imagerie, tant pour des raisons de qualité des soins que de maîtrise des dépenses de santé.

C'est dans ce contexte que la Société Française de Radiologie (SFR), en collaboration avec la Haute Autorité de Santé (HAS), a élaboré en 2005 la première version du Guide du Bon Usage des examens d'imagerie médicale (GBU) qui était en format papier. (22)

Ce guide avait pour objectif de fournir aux médecins prescripteurs une aide à la décision pour orienter les demandes d'examens en fonction des indications cliniques

les plus fréquentes, en tenant compte des recommandations fondées sur les preuves, de la balance bénéfique/risque, et des impacts économiques et organisationnels. La première version du GBU a ainsi constitué une référence structurée, regroupant les examens selon les grands systèmes anatomiques (neurologique, digestif, musculosquelettique, etc.), avec un niveau de priorité attribué à chaque type d'imagerie selon l'indication. Une seconde version actualisée a été réalisée en 2013 avec la mise en place d'une version numérique du guide. (23)

Cependant, dans les années suivantes, l'ergonomie limitée de ce guide imprimé a conduit à la nécessité de développer un outil plus moderne, plus accessible et mieux intégré aux pratiques numériques du quotidien. C'est ainsi qu'est né l'outil ADERIM (Aide à la Demande d'Examen Radiologique en Imagerie Médicale), lancé en 2021 sous la direction de la SFR avec le soutien du Collège des Enseignants de Radiologie de France (CERF), du Collège de Médecine Générale (CMG) et de l'Agence du Numérique en Santé (ANS). (24)

ADERIM est une plateforme en ligne, gratuite et libre d'accès, qui reprend les principes du GBU dans une interface plus interactive, intuitive et ergonomique. Il permet aux médecins de formuler une demande d'imagerie en sélectionnant un symptôme, une pathologie ou un mot-clé, aboutissant à une recommandation explicite de l'examen pertinent, le cas échéant accompagné d'une priorité (urgence, délai acceptable, première ou seconde intention). (25)

L'outil se veut ainsi pédagogique, mais également homogénéisant, visant à limiter les prescriptions inappropriées ou redondantes et à fluidifier les échanges entre prescripteurs et radiologues.

1.6 Objectif de l'étude

ADERIM a d'abord été développé autour des systèmes les plus couramment concernés en imagerie (neurologique, musculosquelettique, digestif, etc.). Toutefois, le champ de la santé mentale en est à ce jour absent, bien que certaines pathologies psychiatriques puissent justifier une imagerie à la recherche de diagnostic différentiel (par exemple, pour éliminer une lésion organique ou un syndrome confusionnel).

Plusieurs travaux ont été réalisés précédemment sur l'outil ADERIM afin d'évaluer son utilisation et les perspectives d'améliorations, mais aucun ne concernent le domaine de la santé mentale.

Nous réalisons donc une étude qualitative auprès de 17 médecins généralistes dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais afin d'évaluer leur intérêt au développement du système psychiatrique dans l'outil.

2. Matériel et méthodes

2.1 Choix de la méthode

Notre étude répond aux critères d'une étude qualitative par « Entretiens collectifs » (ou *Focus group*). Cette méthode utilise des entretiens semi-dirigés en groupe, dirigés par un modérateur avec des questions ouvertes, avec pour objectif de confronter les avis et opinions de chacun sur une thématique de recherche donnée (26). On retrouve quatre piliers à cette méthode : le récit, la dynamique de groupe, l'initiative personnelle et l'expérimentation.

Cette technique est particulièrement adaptée à notre recherche car elle met en valeur les conditions de travail des équipes pluriprofessionnelles en exercice coordonné, favorisant la communication et la concertation.

La modération des entretiens fut réalisée par l'auteur de l'étude.

Une déclaration de conformité des entretiens semi dirigés a été réalisée et approuvée par le délégué à la protection des données de l'Université de Lille (Annexe 1).

2.2 Population étudiée

Ce travail étudie une population constituée de médecins généralistes installés, de médecins remplaçants et d'internes de médecine générale dans les départements du Nord et Pas-de-Calais.

Nous avons essayé de maximiser la représentativité de la population en harmonisant les différentes caractéristiques de la population interrogée : Sexe, Statut, Lieu d'exercice (Ville & Rural/Semi-rural).

Ces caractéristiques seront reprises et détaillées dans la partie Résultats.

2.3 Mode de recrutement

Le recrutement a été réalisé en envoyant aux participants une lettre d'invitation numérique par e-mail décrivant le contexte et l'objectif de notre étude, ainsi qu'un lien internet afin d'accéder à l'outil de notre étude : ADERIM (Annexe 2).

Nous avons eu un retour favorable de 17 participants.

Plusieurs dates d'entretiens ont été proposées. Les séances se sont déroulées par visioconférence afin de favoriser l'accessibilité des participants et les contraintes de chacun.

Un e-mail a été envoyé la veille pour effectuer un rappel.

2.4 Recueil de données

Les entretiens se sont déroulés sous forme de réunions organisées par visioconférence via le logiciel BigBlueButton®.

Avant le début de chaque séance, les participants ont été informés du déroulement de la réunion, de l'objectif de l'étude, et de son caractère auto-enregistré dans le respect de leur anonymat.

La période de recueil s'est déroulée de novembre 2024 à février 2025 et s'est arrêtée à la suffisance des données, lors de la 3ème session. Les séances étaient

enregistrées via le logiciel BigBlueButton® et par l'utilitaire « Dictaphone » d'un iPhone XR de marque Apple puis sauvegardées sur une clé USB. Un support d'entretien semi dirigé par diaporama comprenant des questions ouvertes a été réalisé et utilisé. (Annexe 3)

La durée des focus groupes varie entre 40 et 60 minutes.

L'intégralité des sessions est disponible sous format numérique sur clé USB.

2.5 Analyse des données

La retranscription des focus groupes a été effectuée grâce au logiciel de traitement de texte Pages® de MacOS® pour obtenir un corpus de VERBATIMS.

Les attitudes, les émotions et les silences ont été signalés en italique.

Les différents participants ont été anonymisés selon une série croissante « Médecin 1, Médecin 2, etc... ». Le modérateur a été anonymisé selon une appellation identique.

La retranscription des différents focus groupes a durée en moyenne 8 heures par séance.

L'analyse des données a été effectuée selon une analyse thématique inductive du contenu selon Braun et Clarke en mettant en évidence à partir des données brutes des VERBATIMS, un codage initial permettant l'émergence de sous-thèmes et par la suite un regroupement en thèmes principaux.

Une triangulation de l'analyse a été réalisée par un médecin généraliste remplaçant indépendant de cette étude.

3. Résultats

Pour ce travail, trois focus groupes ont eu lieu en visioconférence par l'intermédiaire du logiciel BigBlueButton® entre novembre 2024 et février 2025.

Les entretiens collectifs avaient un taux de participants allant de 5 à 6 professionnels de santé.

Les entretiens ont une durée moyenne de 57 minutes.

Les caractéristiques des participants seront détaillées à la suite.

3.1 Caractéristiques des participants

Tableau 1 : Description des participants

Médecin n°	Genre	Statut	Age	Lieu d'exercice	Catégorie de lieu d'exercice
Médecin 1	Féminin	MG remplaçant	28	Région Lensoise	Semi-rural
Médecin 2	Masculin	MG Installé	52	Région Dunkerquoise	Semi-rural
Médecin 3	Féminin	MG Installé	34	Région Dunkerquoise	Semi-rural
Médecin 4	Masculin	Interne MG	28	Région Arrageoise	Rural
Médecin 5	Masculin	Interne MG	30	Métropole Lilloise	Ville
Médecin 6	Féminin	MG remplaçant	27	Région Arrageoise	Rural
Médecin 7	Masculin	Interne MG	27	Métropole Lilloise	Ville
Médecin 8	Féminin	MG remplaçant	27	Métropole Lilloise	Ville
Médecin 9	Féminin	MG remplaçant	28	Région Cambrasis	Rural
Médecin 10	Masculin	MG Installé	49	Région Cambrasis	Rural
Médecin 11	Féminin	Interne MG	28	Métropole Lilloise	Ville
Médecin 12	Masculin	MG remplaçant	28	Métropole Lilloise	Ville
Médecin 13	Féminin	MG remplaçant	27	Métropole Lilloise	Ville
Médecin 14	Masculin	MG Installé	53	Région Dunkerquoise	Semi-rural

Médecin 15	Féminin	MG Installé	31	Région Dunkerquoise	Rural
Médecin 16	Masculin	Interne MG	27	Métropole Lilloise	Ville
Médecin 17	Féminin	Interne MG	27	Métropole Lilloise	Ville

Légende :

MG = Médecin Généraliste

L'étude a un ratio H/F à 8/9 respectivement. Le premier et troisième entretien a un ratio H/F 3/3 chacun.

L'âge moyen des participants est de 32,4 ans.

La répartition du lieu d'exercice des participants a un ratio rural/semi-rural/ville de 5/4/8 respectivement.

3.2 Premier focus groupe

Le premier entretien collectif réalisé a duré 67 minutes. De celui-ci, une transcription par VERBATIM a eu lieu, et par la suite un code initial avec l'émergence de sous thèmes et thèmes principaux selon une analyse thématique inductive.

Les résultats de ce premier focus groupe sont présentés ci-dessous :

Tableau 2 : Codage initial - Focus Groupe 1

Codes	Extraits	Source
1.Fréquence élevée des troubles psychiatriques	« C'est une thématique pluriquotidienne »	Médecin 2
2.Troubles anxieux/dépressifs majoritaires	« Les troubles anxieux, les troubles de l'adaptation essentiellement »	Médecin 2
3.Symptômes liés au travail fréquents	« Tristesse de l'humeur, c'est vraiment le travail qui revient le plus »	Médecin 6
4.Dépression post partum évoqué	« Baby-blues et dépression du postpartum »	Médecin 1

5.Sentiment d'impréparation en psychiatrie	« Je me trouve pas assez bien formée »	Médecin 1
6.Inconfort face à la sémiologie psychiatrique	« Je me sentirais peut être un peu dépassée »	Médecin 6
7.Malaise dans la relation patient	« Moins à l'aise avec un patient qui pleur »	Médecin 4
8.Biais de recrutement selon appétence	« Je pense que j'ai un biais de recrutement »	Médecin 3
9.Usure cognitive des consultations psychiatriques	« Je trouve ça très fatiguant et très lourd »	Médecin 1
10.Utilisation variable des échelles	« J'utilise Hamilton » ; « PHQ-9 , GAD-7 »	Médecin 6, Médecin 4
11.Recours à Psychiaclic/Psychopharma	« Le site Psychiaclic et psychopharma.fr »	Médecin 1
12.HAD et Spielberger en MSP	« J'utilise aussi l'échelle HAD ... et Spielberger »	Médecin 2
13.Usage limité d'imagerie en santé mentale	« Je n'ai jamais eu à demander une imagerie »	Médecin 1
14.IRM dans les troubles atypiques	« Syndrome dépressif brutal... c'était une tumeur cérébrale »	Médecin 3
15.IRM pour troubles mnésiques et psychotiques	« Dans le cadre de psychose liée à des troubles mnésiques »	Médecin 2
16.Absence de référentiel clair sur ADERIM	« Pas de critères scientifiques qui valident cette décision »	Médecin 2
17.Trop de ressources informatiques	« Trop de clics, tue le clic »	Médecin 3
18.Outils déconnectés de la réalité du MG	« Faits par d'autres spécialités, pas adaptés »	Médecin 3
19.Médecins formés à des diagnostics de situation	« On ne fait pas de diagnostics étiologiques mais de situations »	Médecin 3
20.Besoin de se rassurer avec les outils	« Peut-être pour me rassurer, par manque d'expérience »	Médecin 4
21.Utilisé d'un outil bien structuré	« Ca serait bien d'avoir tout regroupé sur un seul site »	Médecin 1
22.Outil utile s'il précise les diagnostics différentiels	« Ce qui me rassurerait, ce sont les diagnostics différentiels recherchés »	Médecin 6
23.Intégration dans les logiciels	« Ça serait bien d'intégrer ça à Weda »	Médecin 1
24.Ordonnances bien rédigées via l'outil	« Ca pourrait aider à rédiger correctement une ordonnance »	Médecin 2
25.Interaction patient et surcharge numérique	« Si on passe notre temps à cliquer, où est le lien avec le patient ? »	Médecin 3
26.Multiplication des outils = perte des repères	« On a Psychiaclic, Antibioclic... on ne sait plus quoi en faire »	Médecin 3
27.Outil pertinent s'il aide à la non prescription	« Pourquoi pas, si ça m'aide à justifier de ne pas prescrire »	Médecin 2

Tableau 3 : Regroupement des sous-thèmes et thèmes principaux - Focus Groupe 1

Thème principal	Sous-thèmes	Codes associés	Exemples
1. La santé mentale, un quotidien incontournable en MG	<ul style="list-style-type: none"> • Prévalence des troubles anxieux et dépressifs • Symptômes liés au travail (souffrance psychosociale) • Troubles du postpartum • Fréquence des consultations pour même motif 	1,2,3,4	<p>Médecin 2 : « C'est une thématique qui est pluriquotidienne [...] trois ou quatre fois par jour. »</p> <p>Médecin 6 : « Moi j'en ai beaucoup lié au travail. En trois semaines, c'est arrivé beaucoup de fois. »</p> <p>Médecin 1 : « Je suis tombée sur des troubles du postpartum. Baby-blues et dépression du postpartum. »</p>
2. Une formation jugée incomplète et un sentiment d'incertitude	<ul style="list-style-type: none"> • Insuffisance de formation en sémiologie psychiatrique et apprentissage dépendant des stages • Sentiment de décalage entre la formation et la pratique • Inconfort face à la charge émotionnelle 	5,6,7	<p>Médecin 1 : « Moi, oui. Je ne me trouve pas assez bien formée là-dessus. Et du coup, oui, je dirais oui complètement. »</p> <p>Médecin 6 : « Si je rencontre quelqu'un avec des signes de psychose, je me sentrais peut-être un peu dépassée. »</p> <p>Médecin 4 : « Côté relationnel, quand un patient se met à pleurer devant moi, je suis un peu moins à l'aise. »</p>
3. Une utilisation hétérogène mais réelle des outils numériques	<ul style="list-style-type: none"> • Usage irrégulier d'échelles validées (PHQ-9, GAD-7, Hamilton, HAD) • Utilisation d'outils en ligne (Psychaclic, Psychotropes.fr) • Absence de standardisation de l'usage • Utilisation orientée par l'expérience ou l'appétence 	8,10,11,12,13	<p>Médecin 6 : « Je n'utilise que la fameuse échelle d'Hamilton. C'est la seule chose que j'utilise régulièrement. »</p> <p>Médecin 4 : « Mon prat utilise PHQ-9 pour la dépression et GAD-7 pour l'anxiété, ce sont deux questionnaires rapides. »</p> <p>Médecin 1 : « J'utilise le site Psychaclic, et aussi Psychotropes.fr pour les traitements. »</p>
4. Un regard critique sur les outils conçus par d'autres spécialités	<ul style="list-style-type: none"> • Outils perçus comme déconnectés de la MG • Non-adaptés aux diagnostics de situation • Manque de sources explicites / preuves scientifiques • Frustration face au manque 	16,17,18,19	<p>Médecin 3 : « Ce sont des diagnostics étiologiques ici, or on ne fait pas de diagnostics étiologiques en MG, mais des diagnostics de situation. »</p> <p>Médecin 2 : « Ils me disent que je dois faire ça, mais pourquoi je les suivrais ? Ils ne donnent pas de sources. »</p>

	d'intelligibilité pour les généralistes		
5. L'imagerie en santé mentale : rare mais pertinente dans certains cas	<ul style="list-style-type: none"> Utilisation en cas de présentation atypique (ex. dépression brutale) Recherche de causes organiques (troubles mnésiques, psychoses) Cas exceptionnels justifiant une IRM ou un scanner avec peu de situations rencontrées en ambulatoire 	13,14,15	Médecin 3 : « C'était une tumeur cérébrale. Le patient avait un syndrome dépressif brutal. » Médecin 2 : « J'ai prescrit une IRM dans le cadre d'une psychose avec troubles mnésiques chez un patient âgé. » Médecin 1 : « Je n'ai encore jamais eu cette situation de devoir demander une imagerie. »
6. Attentes et besoins autour d'un outil adapté à la MG	<ul style="list-style-type: none"> Outil centralisé et accessible en situation de doute Appui à la décision pour les jeunes médecins Outil utile à la rédaction d'ordonnance claire Intégration dans les logiciels métiers (Weda) Adaptation à la temporalité des consultations de MG 	20,21,22,23,24,25,26,27	Médecin 1 : « Je trouve ça sympa d'avoir tout regroupé et de ne pas devoir chercher à droite à gauche. » Médecin 4 : « Peut-être au début, pour me rassurer. Par manque d'expérience. » Médecin 2 : « Ça pourrait aider à rédiger correctement une ordonnance, avec les bons termes. »
7. Poids cognitif et émotionnel des consultations en santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> Fatigue cognitive importante (attention à la formulation, vigilance constante) Charge affective importante dans certaines consultations Besoin d'outils qui assistent sans déshumaniser ou surcharger 	7,9,22	Médecin 1 : « Il y avait des journées à thème où on enchaînait les consultations santé mentale. C'était très fatigant et très lourd. » Médecin 6 : « Cognitivement parlant, je trouve ça très fatigant. Il faut prendre des pincettes, faire attention à tout. »

Par la suite, nous effectuons l'analyse individuelle des thèmes principaux issus du regroupement des différents sous-thèmes.

Thème 1 : La santé mentale, un quotidien incontournable en médecine générale

Tous les participants s'accordent à dire que la santé mentale représente une part importante de leur activité quotidienne. Les troubles anxieux, dépressifs, les états de stress liés au travail ou encore les troubles du postpartum sont régulièrement rencontrés en consultation. Certains médecins dédient même des consultations spécifiques à ces thématiques.

Médecin 2 : « *C'est une thématique pluriquotidienne.* »

Médecin 1 : « *Le stress lié au travail revient énormément.* »

La crise sanitaire de la Covid-19 semble avoir accentué la prévalence des troubles psychiques selon plusieurs participants.

Médecin 5 : « *Euh, il y en a quand même pas mal. D'après mes prats, il y en a plus depuis la crise Covid, euh, donc ça a tendance à prendre un peu de l'ampleur.* ».

Thème 2 : Une formation jugée incomplète et un sentiment d'incertitude

Les internes et jeunes médecins expriment un sentiment de non préparation face à la prise en charge des troubles psychiatriques. Ils pointent notamment une maîtrise insuffisante de la sémiologie psychiatrique, ainsi qu'une certaine appréhension face aux consultations à forte charge émotionnelle.

Médecin 1 : « *Je ne me sens pas très à l'aise.* »

Médecin 1 : « *Cognitivement, je trouve ça très fatigant.* »

L'apprentissage repose souvent sur l'expérience clinique et l'échange avec les praticiens encadrants. Le thème de l'incertitude revient régulièrement, soulignant la

spécificité de la médecine générale où le diagnostic de situation prime sur le diagnostic étiologique.

Médecin 3 : « *On ne fait pas des diagnostics étiologiques en médecine générale, on fait des diagnostics de situation.* ».

Thème 3 : Une utilisation hétérogène mais réelle des outils numériques

Les participants utilisent divers outils pour objectiver les troubles psychiques : échelles d'évaluation (PHQ-9, GAD-7, Hamilton, HAD, Spielberger), sites spécialisés (Psychaclic, Psychotropes.fr). Toutefois, leur usage dépend largement de la formation reçue et des habitudes des praticiens rencontrés en stage. DicoSémioPsy est peu connu. ADERIM est très rarement utilisé ni même identifié par les jeunes médecins.

Médecin 4 : « *PHQ-9 et GAD-7, c'est rapide, ça donne une base.* »

Médecin 1 : « *Psychaclic, je l'utilise de temps en temps.* »

Thème 4 : Un regard critique sur les outils conçus par d'autres spécialités

Les outils comme ADERIM sont perçus comme conçus par et pour des spécialistes (radiologues, psychiatres) sans prise en compte des réalités de la médecine générale. Les participants insistent sur la différence entre leur pratique centrée sur les diagnostics de situation et les outils fondés sur une logique de diagnostic étiologique.

Médecin 3 : « *On fait des diagnostics de situation, pas des diagnostics du DSM.* »

Médecin 3 : « *Il faut que ce soit pensé par des médecins généralistes pour des médecins généralistes.* »

Le manque de transparence sur les sources scientifiques d'ADERIM est également critiqué.

Médecin 2 : « *Donc, je me dis, bah oui, ils me disent que je dois faire ça, mais pourquoi je les suivrais ? Donc, sous quels critères ? Euh donc, je suis un peu, je suis très réservé sur l'indication, en fait, effectivement de l'aide, en tout cas, à la demande d'examen d'imagerie dans le cadre de la psychiatrie, euh pour aller décider si on fait une IRM ou si on n'en fait pas.* ».

Thème 5 : L'imagerie en santé mentale : rare mais pertinente dans certains cas

La prescription d'imagerie dans le cadre de troubles psychiatriques reste exceptionnelle en médecine générale. L'IRM cérébrale est le principal examen cité, essentiellement pour écarter une cause organique (troubles cognitifs, symptomatologie atypique, psychose inaugurale).

Médecin 3 : « *Quand c'est atypique, on fait une IRM, mais c'est rare.* »

Médecin 2 : « *C'est plutôt un raisonnement d'élimination.* »

Thème 6 : Attentes et besoins autour d'un outil adapté à la médecine générale

Les jeunes médecins expriment un besoin d'outils simples, accessibles, adaptés à leur pratique. Ils aimeraient que ces outils puissent être utilisés à la fois pour les aider à décider, mais aussi pour justifier certaines non-prescriptions face aux patients. L'intégration directe à leur logiciel métier (Weda, etc.) est un atout cité. L'outil devrait donc partir des symptômes présentés en médecine générale et proposerait des pistes selon la temporalité et les éléments d'alerte.

Médecin 1 : « *Pour me rassurer, je trouve ça utile.* »

Médecin 1 : « *Un outil pour dire : non, il ne faut pas faire d'imagerie.* »

Ils insistent sur le besoin d'un outil co-construit avec des médecins généralistes, fondé sur des données scientifiques claires et adapté à leur réalité quotidienne.

L'intégration d'un onglet « psychiatrie » à l'outil est ici mitigée avec un intérêt à but de réassurance pour les jeunes médecins et plutôt une réticence sur la plus-value apportée pour les médecins plus expérimentés.

En synthèse à ce premier entretien, les médecins interrogés expriment à la fois une forte implication dans la prise en charge des troubles psychiques et une attente réelle d'outils adaptés à leur pratique. L'analyse montre que la pertinence d'un outil comme ADERIM, dans son état actuel, est remise en question pour la santé mentale, mais qu'une évolution contextualisée pourrait répondre à un besoin réel.

3.3 Second focus groupe

Le second focus groupe a duré quant à lui 48 minutes.

Nous effectuerons le même procédé que pour le premier entretien collectif et présentons les données ci-dessous.

Tableau 4 : Codage initial - Focus Groupe 2

Codes	Extraits	Source
1. Fréquence élevée des plaintes en santé mentale	"Il y a beaucoup de patients qui viennent avec des plaintes de niveau santé mentale."	Médecin 7
2. Diversité des troubles rencontrés / tranches d'âge	"Des troubles anxio-dépressifs, des problèmes au travail, même chez les plus jeunes, des adolescents."	Médecin 7
3. Prévalence des troubles anxio-dépressifs	"C'est tous les jours au cabinet où il y a des syndromes dépressifs, syndromes anxieux."	Médecin 8
4. Universalité des troubles mentaux	"Ça englobe vraiment tout le monde, toutes les catégories."	Médecin 8
5. Diversité socioprofessionnelle et d'âge	"Du cadre surmené... à la petite puce de 4 ans..."	Médecin 10
6. Troubles masqués / détournés	"Des patients viennent pour un autre motif, mais on se rend compte qu'il y a un syndrome dépressif."	Médecin 9

7.Retard de recours en zone rurale	"En zone rurale, les gens viennent plus tard, parfois très tard..."	Médecin 11
8.Moindre reconnaissance de l'urgence psychiatrique	"Le secrétariat donne moins facilement un créneau d'urgence pour le psy que pour le somatique."	Médecin 9
9.Sous-estimation de l'urgence mentale	"Moins de critère d'urgence pour les pathologies mentales."	Médecin 8
10.Prépondérance anxio-dépressive	"Les troubles les plus fréquents sont les syndromes anxieux et dépressifs."	Médecin 8
11.Rôle limité du médecin généraliste dans les troubles sévères	"Les troubles psychotiques sont suivis par les psychiatres, on gère le reste."	Médecin 8
12.Dépistage indirect des TCA	"Les troubles du comportement alimentaire sont parfois découverts à l'occasion d'une prise de sang."	Médecin 9
13.Santé mentale omniprésente	"Pas une seule journée sans un ou plusieurs cas de santé mentale."	Médecin 10
14.Usage ponctuel d'outils standardisés	"J'utilise des questionnaires type GDS, MDRS, Hamilton."	Médecin 8
15.Refus des scores / préférence dialogue naturel	"Je préfère ne pas utiliser les scores, je trouve ça trop long."	Médecin 9
16.Usage de ressources numériques ciblées	"J'utilise Psychopharma pour prescrire les antidépresseurs."	Médecin 9
17.Difficultés de diagnostic chez les personnes âgées	"Certains symptômes sont flous, notamment chez les personnes âgées."	Médecin 8
18.Difficulté de dialogue avec les adolescents	"Chez les ados, difficile d'instaurer le dialogue."	Médecin 11
19.Non-recours à l'imagerie psychiatrique	"Je ne prescris pas d'imagerie pour des pathologies psychiatriques."	Médecin 9
20.Crainte de la surprescription d'IRM	"Si on prescrit des IRM à tout le monde, on engorge le système."	Médecin 8
21.Pratique clinique sans recours à l'imagerie	"Je reste clinique, car je ne connais pas les indications."	Médecin 8
22.Découverte positive de l'outil ADERIM	"ADERIM est un outil que je découvre, il est intuitif."	Médecin 7
23.Demande d'un volet psychiatrique dans ADERIM	"Ce serait utile d'avoir un onglet psychiatrie avec des priorités claires."	Médecin 7
24.Usage autonome sans intégration	"Pas besoin d'intégrer ADERIM à WEDA. Le connaître suffit."	Médecin 8
25.Besoin d'une version mobile	"Une version mobile serait plus pratique parfois."	Médecin 9
26.Besoin de diffusion via canaux existants	"Le site pourrait être relayé par les cabinets de radio ou des sites médicaux connus."	Médecin 9
27.L'IRM comme support de communication auprès du patient	"Mettre une image IRM peut rassurer le patient."	Médecin 11
28.Intégration dans les outils de formation / Kitmédical	"Une application comme le Kitmédical pourrait le référencer."	Médecin 11

Tableau 5 : Regroupement des sous-thèmes et thèmes principaux - Focus Groupe 2

Thème principal	Sous-thèmes	Codes associés	Exemples
1. La santé mentale : un incontournable du quotidien en médecine générale	<ul style="list-style-type: none"> -Fréquence élevée des plaintes -Diversité des troubles (anxio-dépressifs, addictologie, TCA) -Profils variés -Détection indirecte 	1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13	<p>"C'est tous les jours au cabinet où il y a des syndromes dépressifs, syndromes anxieux." (Médecin 8)</p> <p>"Du cadre surmené... à la petite puce de 4 ans..." (Médecin 10)</p> <p>"On se rend compte qu'il y a un syndrome dépressif derrière..." (Médecin 9)</p> <p>"Les troubles du comportement alimentaire, on peut les dépister à l'occasion d'une prise de sang." (Médecin 9)</p>
2. Délais, stigmatisation et accès inégal à la santé mentale	<ul style="list-style-type: none"> -Retard de recours selon les zones -Stigmatisation implicite (secrétariat, critères d'urgence sous-évalués) 	7, 8, 9	<p>"En zone rurale, les gens viennent plus tard, parfois très tard..." (Médecin 11)</p> <p>"Le secrétariat donne moins facilement un créneau d'urgence pour le psy que pour le somatique." (Médecin 9)</p> <p>"On a moins le critère d'urgence pour les pathologies mentales que pour les somatiques." (Médecin 8)</p>
3. Une formation incomplète et des situations complexes	<ul style="list-style-type: none"> -Difficultés avec les personnes âgées et les adolescents -Flou sémiologique -Diagnostic différentiel 	17, 18, 21	<p>"Chez les ados, difficile d'instaurer le dialogue..." (Médecin 11)</p> <p>"Certains symptômes sont flous, notamment chez les personnes âgées." (Médecin 8)</p> <p>"Je trouve que c'est difficile de faire la part des choses entre un trouble anxieux et un début de démence..." (Médecin 8)</p>
4. Outils numériques : entre utilité ciblée et réticence	<ul style="list-style-type: none"> -Usage de scores (GDS, MDRS, Hamilton) -Outils spécifiques (Psychopharma, Dicosémiopsy) -Refus d'outils trop formels 	14, 15, 16,	<p>"J'utilise Psychopharma pour prescrire les antidépresseurs..." (Médecin 9)</p> <p>"Je préfère ne pas utiliser les scores, je trouve ça trop long..." (Médecin 9)</p> <p>"J'utilise des scores comme GDS ou Hamilton pour structurer mes questions." (Médecin 8)</p>

5. L'imagerie en santé mentale : une pratique rare et encadrée	-Peu de recours - Indications mal connues - Usage pour exclusion somatique ou soutien pédagogique	19, 20, 21, 27	"Je ne prescris pas d'imagerie pour des pathologies psychiatriques." (Médecin 9) "Je resterais clinique, je ne connais même pas les indications." (Médecin 8) "Mettre une image IRM peut rassurer le patient, il comprend qu'il n'est pas fou..." (Médecin 11)
6. Réception de l'outil ADERIM et perspectives d'amélioration	-Outil jugé intuitif -Intérêt pour un onglet psychiatrie -Pas besoin d'intégration -Suggestions d'accès (version mobile, relais)	22, 23, 24, 25, 26, 28	"J'ai trouvé le site assez instinctif." (Médecin 7) "Ce serait utile d'avoir un onglet psychiatrie avec des priorités claires..." (Médecin 7) "Pas besoin de l'intégrer à WEDA, une recherche Google suffit." (Médecin 8) "Une version mobile serait pratique." (Médecin 9) "On pourrait relayer l'outil via les cabinets de radiologie ou Kitmédical." (Médecin 11)
7. Poids cognitif et émotionnel des consultations en santé mentale	-Charge mentale - Consultation longue - Implication émotionnelle forte	13, 15, 18	"C'est compliqué dans un créneau de 15 minutes, surtout s'ils ne parlent pas..." (Médecin 11) "Je préfère la discussion naturelle, les scores peuvent casser la fluidité." (Médecin 9) "Pas une seule journée ne se passe sans que j'envoie quelqu'un en santé mentale." (Médecin 10)

L'analyse individuelle de chaque thème principal est déclinée par la suite.

Thème 1 : La santé mentale, un incontournable en médecine générale

Comme pour le focus groupe précédent, tous les médecins interrogés s'accordent à dire que les troubles de santé mentale font partie intégrante de leur pratique quotidienne.

Médecin 7 : « *Clairement. Il y a beaucoup de patients qui viennent avec des plaintes de niveau santé mentale.* »

Médecin 10 : « *Ça peut aller de la petite puce de 4 ans sur un contexte familial difficile, à une personne âgée isolée, en passant par tous les profils...* »

Médecin 9 insiste sur le fait que ces motifs sont parfois masqués : « *Ils viennent pour un autre motif et finalement, au cours de la discussion, on se rend compte qu'il y a un syndrome dépressif ou des troubles anxieux derrière.* »

Thème 2 : Délais, stigmatisation et accès inégal à la santé mentale

On décrit ici un nouveau thème émergent. Plusieurs médecins évoquent des inégalités dans l'accès aux soins, selon le territoire ou le degré d'urgence perçu par les secrétariats médicaux.

Médecin 11 : « *En ville, les personnes consultent dès qu'elles sentent qu'elles flanchent. À la campagne, ils viennent en mode "si ça continue comme ça, je me flingue la semaine prochaine".* »

Médecin 9 : « *Je pense que les secrétaires auraient moins facilement tendance à donner ces créneaux d'urgence pour des problématiques de santé mentale.* »

Ce constat est partagé par Médecin 10 : « *On aura une tendance naturelle à prioriser un enfant qui a de la fièvre par rapport à une dame de 60 ans qui présente un tableau anxieux.* »

Cette hiérarchisation des demandes contribue à un accès inégal aux soins psychiques, et reflète une stigmatisation encore profondément ancrée dans l'organisation des soins de premier recours.

Thème 3 : Une formation incomplète et des situations complexes

De façon similaire au précédent entretien, de nombreux participants expriment un sentiment d'insuffisance de leur formation initiale, notamment en sémiologie psychiatrique.

Médecin 11 partage ses difficultés avec les adolescents : « *Ils ne parlent pas... Ils regardent leurs parents et c'est compliqué.* »

Médecin 8 évoque la complexité des troubles chez les personnes âgées : « *Une dame venait pour des troubles de mémoire... En fait, c'était surtout de l'anxiété.* »

Médecin 7 : « *Les troubles cognitifs et psychiatriques chez les personnes âgées sont parfois un peu difficiles à distinguer.* »

Thème 4 : Outils numériques, entre utilité ciblée et réticence

Les pratiques numériques sont hétérogènes. Certains utilisent des outils comme Psychopharma, Recomed, ou des questionnaires standardisés. D'autres préfèrent une exclusion de ces outils afin de se concentrer sur la communication et le dialogue.

Médecin 8 : « *Je m'aide de ça pour poser les questions. Je le montre au patient pour qu'il juge ses symptômes.* »

D'autres sont plus réticents. Médecin 9 explique : « *Je n'utilise pas ces questionnaires parce que j'ai l'impression que ça prendrait du temps... et j'aurais peur que ça casse la fluidité de la discussion.* »

Médecin 10 valorise une approche intuitive : « *Je gère ça plutôt par la discussion, par le dialogue... J'arrive à les amener sur le terrain.* »

Thème 5 : L'imagerie en santé mentale, une pratique rare et encadrée

La prescription d'imagerie en santé mentale est perçue comme exceptionnelle et strictement liée au diagnostic différentiel.

Médecin 10 : « *Je ne vois pas la place de l'imagerie hormis dans ce cadre-là.* »

Médecin 8 : « *Si c'est purement santé mentale, je n'en prescris pas.* »

Médecin 11 mentionne un usage particulier : « *Je me balade avec une image IRM pour montrer aux patients que leur cerveau est différent. Ça les rassure.* »

La majorité des participants s'accordent à dire que l'IRM est actuellement peu utilisée, sauf en cas de doute sur un trouble neurologique sous-jacent.

Thème 6 : Réception de l'outil ADERIM et perspectives d'amélioration

La plupart des participants ne connaissaient pas l'outil ADERIM avant la discussion. Après découverte, plusieurs soulignent sa clarté, contrairement au premier *focus group*, et voient un intérêt à l'intégration d'un onglet psychiatrique à l'outil.

Médecin 7 : « *Je l'ai trouvé assez instinctif. Dans ma tête, il était déjà créé, donc j'ai cherché la partie psychiatrie.* »

Médecin 8 : « *Je cherchais justement l'onglet psychiatrie... ça serait intéressant de savoir si pour certaines pathologies, il faut faire une imagerie ou non.* »

Médecin 10 : « *Il a l'air relativement simple d'utilisation. Ça pourrait être un bel outil qui pourrait bien nous aider.* »

Des propositions émergent comme la création d'une application mobile ou à des portails plus connus (KitMédical, recomédicales).

Thème 7 : Poids cognitif et émotionnel des consultations en santé mentale

Enfin, le poids émotionnel et mental des consultations en santé mentale est souligné. Une fatigue liée à la nécessité d'être attentif, de mobiliser des compétences relationnelles spécifiques et de faire face à des récits parfois lourds.

Médecin 10 : « *Il faut expliquer comment fonctionne un neuromédiateur, et s'attarder davantage. Ça prend du temps, ça exige d'expliquer, de rassurer.* »

Médecin 11 confie la difficulté à faire parler certains patients : « *Ils sont là en mode "maman, réponds à ma place"... et tu n'y arrives pas.* »

Médecin 8 : « *Dans un créneau de 15 minutes, quand ils ne te connaissent pas, c'est compliqué.* »

Le facteur temps est régulièrement évoqué comme une contrainte majeure.

Ces consultations exigent du temps, de l'écoute, et une posture d'accompagnement difficile parfois à concilier avec les contraintes du quotidien.

3.4 Troisième focus groupe

Nous utiliserons une méthodologie similaire pour ce dernier entretien.

La durée de ce focus groupe était de 49 minutes.

Tableau 6 : Codage initial - Focus Groupe 3

Codes	Extraits	Sources
1.Fréquence élevée des consultations en santé mentale	« C'est une grosse part quand même des consultations de médecine générale... tous les jours, j'en ai au moins 2,3,4 par jour »	Médecin 12
2.Troubles psychiatriques les plus fréquents	« Souvent, c'est plus autour de syndromes anxieux ou dépressifs » ; « Par contre, tous les troubles somatoformes et tout ça, c'est hyper fréquent »	Médecin 12 ; Médecin 14
3.Symptômes somatiques masquant un trouble psychiatrique	« Parfois, les patients viennent pour une douleur... et en creusant, on découvre un motif psy sous-jacent »	Médecin 13
4.Apprentissage progressif du repérage	« Il faut un peu de temps et d'expérience pour les repérer »	Médecin 14
5.Estimation de la proportion	« Je pense qu'on est autour de 10 à 15% de consultations en lien avec la santé mentale »	Médecin 12

6.Importance de l'écoute et de l'entretien	« C'est plus les techniques d'entretien qui permettent de résoudre leurs problématiques »	Médecin 14
7.Une relation de confiance	« C'est quand même plus facile pour eux de parler de choses qui ne vont pas après qu'on commence à connaître les patients aussi. »	Médecin 15
8.Une relation distante avec le remplaçant	« Je vois principalement des patients qui ne m'en parlent pas forcément ou ne consultent pas pour. »	Médecin 12
9.Utilisation d'outils numériques pour la prescription	« Moi j'utilise RecoMédical, le Vidal, Psychopharma... »	Médecin 12
10.Outils numériques à visée thérapeutique	« Pas pour le diagnostic, plutôt pour les traitements, les effets indésirables, les demi-vies... »	Médecin 17
11.Refus volontaire d'outils numériques	« Je n'utilise rien, juste je ferme l'ordi pour me concentrer sur la relation »	Médecin 14
12.Difficultés en sémiologie psychiatrique	« En sémio psy, on n'est pas toujours très bons »	Médecin 15
13.Formation initiale jugée insuffisante	« Je n'ai pas fait de stage en psy, donc j'ai peu de formation »	Médecin 12
14.Usage rare de l'imagerie, uniquement en différentiel	« Je ne prescris pas d'imagerie, sauf pour éliminer autre chose » ; « L'imagerie n'a pas d'apport. C'est pour éliminer une problématique neuro-vasculaire. »	Médecin 12 ; Médecin 14
15.Type d'imagerie utilisée	« IRM cérébrale, voire scintigraphie dans certains cas »	Médecin 12
16.Utilité perçue : déprescription/optimiser la prescription	« Le seul intérêt d'un module psy dans ADERIM, ce serait pour éviter les examens inutiles »	Médecin 14
17.Réticence face à un module psychiatrie	« Je ne vois pas l'intérêt d'un module psy, ce n'est pas pour poser un diagnostic psy »	Médecin 14
18.Module psychiatrique vu comme redondant	« Il y a déjà les autres systèmes pour les diagnostics différentiels »	Médecin 15

Tableau 7 : Regroupement des sous-thèmes et thèmes principaux - Focus Groupe 3

Thème principal	Sous-thèmes	Codes associés	Exemples
1. La santé mentale, un enjeu quotidien en médecine générale	-Fréquence élevée des troubles psy en consultation -Prévalence des troubles anxio-dépressifs -Symptômes masqués	1,2,3,5	« C'est une grosse part quand même des consultations de médecine générale. » (Médecin 12) « On découvre souvent un fond psy derrière des douleurs chroniques » (Médecin 13)
2. Un apprentissage progressif, entre expérience et formation lacunaire	-Besoin d'expérience -Formation initiale insuffisante -Difficultés en sémiologie	4,12,13	« Il faut un peu de temps et d'expérience pour les repérer. » (Médecin 14) « Je n'ai pas fait de stage en psy, donc

			peu formé. » (Médecin 12)
3. Une relation médecin-patient essentielle pour révéler la plainte psychique	-Confiance établie dans le temps -Motif caché ou indirect -Réactions défensives du patient	6,7,8	« Les patients peuvent vite se braquer quand ce n'est pas leur motif de consultation » (Médecin 13) « C'est plus facile pour eux de parler de choses qui ne vont pas. Après on commence à connaître les patients. » (Médecin 15)
4. Des pratiques hétérogènes des outils numériques	-Outils pour le traitement -Refus d'outils en consultation -Variabilités des usages	9,10,11	« J'utilise RecoMédical, Psychopharma... » (Médecin 12) « Je ferme l'ordi pour me concentrer sur le patient » (Médecin 14)
5. Une imagerie rare mais utilisée pour éliminer d'autres causes	-Usage différentiel -IRM en tête -Critique du sur-recours	16,17	« Je prescris une IRM que s'il faut éliminer un autre diagnostic » (Médecin 12)
6. Une intégration mitigée de la psychiatrie à ADERIM	-Inutilité perçue -Peur du redondant -Intérêt pour déprescription ciblée	16,17,18,19	« Je ne vois pas l'intérêt d'un module psy. » (Médecin 14) « Ce serait utile pour éviter les IRM inutiles » (Médecin 12)

A l'instar des précédents groupes, nous effectuons une analyse thématique individuelle de chaque thème principal.

Thème 1 : La santé mentale, un enjeu quotidien en médecine générale

Les participants de tous les groupes s'accordent unanimement sur la forte prévalence des troubles psychiques en médecine générale. Ils évoquent une fréquence importante de consultations où les plaintes psychiques, notamment les troubles anxieux et dépressifs, sont centrales, souvent masquées par des plaintes somatiques.

Médecin 12 : « *C'est une grosse part quand même des consultations de médecine générale.* »

Médecin 13 : « *On découvre souvent un fond psy derrière des douleurs chroniques.* »

Thème 2 : Un apprentissage progressif, entre expérience et formation lacunaire

Encore une fois, l'ensemble des médecins participant à l'étude relève le manque de formation initiale, notamment l'absence de stages dédiés à la psychiatrie, ce qui rend parfois la sémiologie difficile à maîtriser.

Médecin 12 souligne : « *Je n'ai pas fait de stage en psy, donc peu formé.* »

D'autres participants insistent sur l'importance de l'expérience clinique dans la reconnaissance des troubles psychiques.

Médecin 14 : « *Il faut un peu de temps et d'expérience pour les repérer.* »

La formation semble ainsi incomplète et aléatoire selon le parcours du professionnel.

Thème 3 : Une relation médecin-patient essentielle pour révéler la plainte psychique

Nous avons ici un nouveau thème émergent décrivant le rôle clé de la relation de confiance dans l'identification des troubles psychiques. Les médecins rapportent que cette confiance s'établit souvent dans le temps, facilitant les échanges avec le patient.

Médecin 15 : « *C'est plus facile pour eux de parler de choses qui ne vont pas. Après on commence à connaître les patients.* »

Toutefois, lorsque les symptômes psychiques sont abordés sans lien explicite avec le motif de consultation, et sans communication appropriée, les patients peuvent se montrer réticents.

Médecin 13 : « *Les patients peuvent vite se braquer quand ce n'est pas leur motif de consultation.* »

Thème 4 : Des pratiques hétérogènes des outils numériques

Dans ce groupe aussi, nous avons une utilisation des outils numériques qui varie grandement entre les médecins. Certains recourent à des applications ou sites pour guider leurs prescriptions médicamenteuses (ex. Psychopharma, RecoMédicales).

Médecin 12 : « *J'utilise RecoMédical, Psychopharma...* ».

D'autres préfèrent s'en passer pour favoriser l'écoute du patient.

Médecin 14 : « *Je ferme l'ordi pour me concentrer sur le patient.* ».

Ces récits reflètent une hétérogénéité dans l'intégration du numérique selon les pratiques d'exercice de chacun. Certains praticiens s'en servent comme appui technique, d'autres le rejettent au nom de la qualité relationnelle.

Thème 5 : Une imagerie rare mais utilisée pour éliminer d'autres causes

Les médecins ici aussi affirment recourir très rarement à l'imagerie dans le cadre de la santé mentale, sauf lorsqu'il s'agit d'écarter une étiologie organique, notamment neurologique. L'IRM est le principal examen prescrit dans ce contexte.

Médecin 12 : « *Je prescris une IRM que s'il faut éliminer un autre diagnostic.* »

Médecin 14 : « *Je ne peux, ne peux que confirmer ce qui a été dit, c'est-à-dire que c'est le diagnostic différentiel. Ce n'est pas pour poser un diagnostic psychiatrique quelconque, mais c'est pour éliminer une tumeur, euh, un AVC, des choses comme ça, ou, ou éventuellement dans les démences aussi pour, pour éliminer, mais sinon*

l'imagerie n'apporte rien dans le, dans le diagnostic clinique. C'est le diagnostic différentiel. »

Thème 6 : Une intégration mitigée de la psychiatrie à ADERIM

La création d'un module psychiatrique dans ADERIM suscite des opinions contrastées.

Certains participants remettent en question sa pertinence :

Médecin 14 : *« Je ne vois pas l'intérêt d'un module psy. »*.

D'autres en perçoivent l'intérêt sous l'angle de la déprescription ciblée, en évitant le recours excessif à l'imagerie :

Médecin 12 : *« Ce serait utile pour éviter les IRM inutiles. »*.

Durant cet entretien, l'ensemble des participants ne considère pas de plus-value apportée par la création d'un « système psychiatrique » à ADERIM, si ce n'est que pour éviter le recours excessif à l'imagerie.

3.5 Synthèse des thèmes émergents

Onze thématiques principales émergents des trois focus groupes.

La santé mentale : un incontournable du médecin généraliste

La santé mentale apparaît comme une composante essentielle de la pratique quotidienne en médecine générale. Tous les participants, quel que soit leur statut (interne, remplaçant ou médecin installé), s'accordent sur sa fréquence et sa transversalité.

Médecin 8 : « *Pour ma part, c'est tous les jours au cabinet où il y a des syndromes dépressifs, syndromes anxieux* ».

Médecin 10 ajoute : « *Pas une seule journée ne peut se passer sans qu'on en ait quelques-uns* ». Ces troubles touchent toutes les tranches d'âge et catégories socio-professionnelles, allant « *de la petite puce de 4 ans [...] au cadre surmené* ».

Médecin 1 : « *Le stress lié au travail revient énormément.* »

Cette prévalence réaffirme le rôle central du médecin généraliste dans le repérage et la prise en charge de ces troubles, souvent en première ligne et parfois seul acteur médical impliqué.

La crise sanitaire de la Covid-19 semble avoir accentué la prévalence des troubles psychiques selon plusieurs participants.

Médecin 4 : « *D'après mes prats, il y en a plus depuis la crise Covid, euh, donc ça a tendance à prendre un peu de l'ampleur.* »

Une formation jugée incomplète et un sentiment d'incertitude

Tous les participants évoquent une formation initiale insuffisante en santé mentale, notamment en sémiologie psychiatrique.

Médecin 12 explique : « *Je n'ai pas fait de stage de psychiatrie [...] à part les collègues, je n'ai pas eu de formation sur la sémiologie psychiatrique* ».

Médecin 16 : « *Ce n'est vraiment pas évident la sémiologie psychiatrique, on s'y perd un peu.* ».

Médecin 1 : « *Je ne me sens pas très à l'aise.* »

Cette incertitude se manifeste particulièrement face à des signes atypiques ou lorsqu'il s'agit d'évoquer un trouble psychiatrique sans le stigmatiser. L'absence d'un socle solide de formation en santé mentale semble constituer un frein à la fluidité de la prise en charge.

Ce déficit engendre un certain inconfort, voire un sentiment d'insécurité diagnostique. Les professionnels comblent ce manque par l'expérience clinique ou le recours à des ressources externes comme Psychopharma ou Psychiaclic (Médecin 13 et 17).

Délais, stigmatisation et accès inégal à la santé mentale

Plusieurs médecins mettent en évidence les inégalités d'accès aux soins en santé mentale, particulièrement dans les zones rurales.

Médecin 11 remarque : « *En ville, les personnes consultent plus tôt, alors qu'en milieu rural, ils viennent quand ils sont au bord du gouffre* ».

La stigmatisation demeure un frein : Médecin 10 note que les secrétaires médicales priorisent les symptômes somatiques au détriment des plaintes psychiques. La reconnaissance de l'urgence psychologique est donc encore marginale.

Médecin 9 : « *Le créneau d'urgence est moins facilement donné pour un patient qui dit qu'il n'est pas bien moralement.* »

Une utilisation hétérogène mais réelle des outils numériques

L'usage d'outils numériques en santé mentale varie considérablement selon les praticiens. Certains (Médecin 7 et 8) utilisent des scores comme GDS, Hamilton ou AUDIT pour appuyer leur démarche, tandis que d'autres (Médecin 9 et 10) préfèrent une approche clinique plus intuitive.

Médecin 10 : « *Je gère ça plutôt par la discussion, par le dialogue* ».

Les outils sont davantage utilisés pour la prescription que pour le diagnostic.

Médecin 13 : « *J'utilise beaucoup Psychopharma et Psychiaclic pour l'adaptation thérapeutique.* »

Une relation médecin-patient essentielle pour révéler la plainte psychique

Le lien thérapeutique établi sur le long terme est essentiel pour que le patient exprime sa souffrance psychique.

Médecin 15 : « *Avec le temps, la confiance s'installe, c'est plus facile pour eux de parler de choses qui ne vont pas* ».

Le motif de consultation initial n'est pas toujours représentatif du problème réel, souvent découvert à mesure que le lien se construit.

Médecin 13 illustre : « *Sur une douleur chronique, on peut déterrer plein de choses plus de l'ordre de la santé mentale.* »

La dimension relationnelle du soin devient alors un outil de dépistage aussi puissant que les scores ou les tests, mais nécessite un temps et une posture d'écoute peu compatibles avec une pratique surchargée.

Un regard critique sur les outils conçus par d'autres spécialités

Les médecins se montrent circonspects face aux outils produits sans concertation avec les généralistes.

Médecin 3 s'interroge : « *Ce sont souvent des outils pensés par d'autres, pour nous, sans nous.* »

Cette posture critique se double d'un besoin de cohérence avec leur pratique de terrain, dans laquelle la pertinence d'un outil dépend de sa simplicité, de son accessibilité et de son adéquation avec leur environnement clinique.

Médecin 14 déclare à propos d'ADERIM : « *Ce n'est pas quelque chose de super pratique en consultation* ».

Le manque d'adaptation aux réalités du terrain rend ces outils peu attractifs, d'autant qu'ils sont perçus comme imposés plutôt que co-construits.

L'imagerie en santé mentale : rare mais pertinente dans certains cas

L'imagerie cérébrale est peu prescrite en première intention pour les troubles psychiatriques. Elle intervient surtout dans une logique de diagnostic différentiel, notamment en cas de doute sur une pathologie neurologique.

Médecin 14 : « *Ce n'est pas pour poser un diagnostic psychiatrique quelconque, mais pour éliminer une tumeur ou un AVC* » ; « *L'IRM, c'est un outil d'élimination, pas de confirmation d'un diagnostic psychiatrique.* ».

L'IRM cérébrale est la modalité la plus fréquemment évoquée, bien que difficile d'accès selon certains (Médecin 8).

Médecin 12 note : « *Ce n'est pas un réflexe que j'ai souvent de prescrire une IRM sauf s'il y a d'autres symptômes.* »

Attentes et besoins autour d'un outil adapté à la médecine générale

Les médecins expriment le besoin d'un outil pratique, intuitif, adapté à la médecine générale. Médecin 9 suggère que l'accès rapide via un onglet ouvert en consultation pourrait faciliter l'usage : « *Ça reste un onglet qu'on peut laisser ouvert sur l'ordinateur*

». L'intégration au quotidien passe par la simplicité et la clarté des recommandations, plutôt que l'exhaustivité.

Les médecins expriment leurs attentes quant à la création d'outils pensés avec eux, pour eux. Ils insistent sur la nécessité de :

- Rapidité d'accès
- Ergonomie (interface simple, structurée par pathologies ou symptômes)
- Validité scientifique
- Prise en compte des ressources disponibles localement

Une intégration mitigée de la psychiatrie à ADERIM

L'idée d'ajouter une rubrique « psychiatrie » à l'outil ADERIM suscite des avis partagés. Certains y voient une opportunité d'améliorer la pertinence des prescriptions, notamment pour éviter les examens inutiles (Médecin 12).

D'autres estiment que le besoin ne se fait pas sentir :

Médecin 13 : « *Je ne vois pas trop l'intérêt, ce sera toujours l'IRM pour éliminer les mêmes diagnostics.* ».

Médecin 14 : « *Je ne vois pas l'intérêt d'un module psy.* »

Médecin 12 nuance : « *Peut-être que ça pourrait nous aider à savoir quand ne pas prescrire, justement.* »

Parmi les 17 participants, 8 praticiens sont sceptiques sur l'utilité de l'ajout de l'onglet psychiatrie à l'outil, et n'y voient comme seul intérêt qu'éviter la prescription inutile d'imagerie. Certains avancent la possibilité de réaliser des ordonnances types avec les séquences d'imageries adéquates et les bons termes sémiologiques.

Médecin 3 : « *Je réfléchissais peut-être éventuellement dans ces cas-là, pour proposer des ordonnances d'IRM pré-faites, mais après c'est vrai qu'on peut aussi créer nos modèles, mais ça permettrait d'avoir une idée* ».

Les 9 autres professionnels (actuellement en début d'exercice) mettent en avant un intérêt de réassurance sur la prescription ou non d'une imagerie devant un tableau aspécifique, par manque d'expérience et de formation.

Médecin 5 : « *J'ai l'impression, c'est un peu surtout pour se rassurer* ».

Médecin 4 : « *je rejoins un petit peu tout ça, je pense qu'il y a la part de la certitude qui joue sur nous, je pense jeunes internes ou jeunes médecins remplaçants* ».

Médecin 1 : « *Oui, j'allais rebondir sur ce que disait Médecin 4, quand il disait sur la non-expérience. Euh pareil, moi, je me dis, peut-être aussi pour me rassurer, peut-être aussi pour, oui, euh c'est ça, pour me rassurer, je trouve ça quand même bien d'avoir un site, enfin, en tout cas, un site où tout est regroupé* ».

De plus, la quasi-totalité des participants n'avait jamais entendu parler de l'outil ADERIM avant sa présentation durant le *focus group*. Cette méconnaissance interroge sur la diffusion des outils censés accompagner les médecins dans leur pratique.

Médecin 15 admet : « Je ne connaissais pas du tout », une remarque récurrente chez les autres praticiens. Son absence dans les formations, les logiciels métiers ou les ressources de référence (Kitmédical, Vidal) est pointée comme un frein majeur à son appropriation.

Perspectives d'amélioration d'ADERIM

L'outil ADERIM, bien que méconnu de nombreux médecins, est jugé intuitif et pratique après découverte.

Les médecins proposent des améliorations :

- Développement d'une application mobile : Médecin 9 : « *Ce serait pratique d'avoir ça sur le téléphone directement.* »
- Meilleure visibilité dans les interfaces cliniques courantes (via Kitmédical, RecoMédicales...)

Toutefois, son utilité reste limitée tant que son existence n'est pas mieux connue (Médecin 11).

Poids cognitif et émotionnel des consultations en santé mentale

Les consultations en santé mentale sont décrites comme éprouvantes.

Médecin 14 confie : « *Ce sont justement les consultations où je vais laisser tomber complètement l'ordinateur pour pouvoir me concentrer sur le patient* ».

La complexité de ces consultations, souvent longues, nécessite une écoute active, une attention soutenue, et entraîne un surcroît de charge mentale pour le médecin généraliste.

Médecin 13 précise : « *On se prend tout dans la figure. C'est énergivore, émotionnellement parlant.* »

Cela renforce la nécessité d'un temps de consultation adapté, d'une formation à l'entretien motivationnel, et potentiellement d'un accompagnement spécifique pour éviter l'épuisement professionnel.

4. Discussion

4.1 Confrontation aux données de la littérature

Cette étude qualitative menée auprès de 17 médecins généralistes – internes, remplaçants et médecins installés – à travers trois focus groupes a permis d'explorer la place de la santé mentale dans leur pratique quotidienne, leurs représentations de l'imagerie en santé mentale, ainsi que leur opinion sur l'outil numérique ADERIM.

Les thématiques traduisent à la fois des enjeux de formation, des réalités cliniques, des attentes numériques et des difficultés organisationnelles.

Nos résultats confirment la forte prévalence des troubles de santé mentale en soins primaires, en ligne avec les chiffres de l'IRDES indiquant qu'environ 30 % des consultations de médecine générale concernent des troubles psychiques. (27) Les praticiens décrivent une plainte prédominée par les troubles anxieux et les troubles de l'humeur (principalement unipolaire), fait qui est concordant avec les prévalences de ces pathologies.

Les médecins relatent également une forme de « santé mentale masquée », où les plaintes somatiques dissimulent des souffrances psychiques, ce qui est également décrit dans la littérature. (28,29)

Le caractère transversal de la santé mentale est souligné dans tous les focus groupes, indépendamment de l'âge, du sexe ou du statut socio-professionnel des patients. Pour autant, on retrouve dans la littérature une plus grande prévalence des troubles de santé mentale chez les populations défavorisées avec un gradient social selon le statut socio-professionnel. (30)

Un seul indicateur reste pour autant plus marqué chez les populations à niveau de vie aisé où on retrouve une consommation d'alcool de façon majorée. (31)

De plus, comme énoncé durant les entretiens, la stigmatisation est toujours présente dans nos sociétés actuelles, que ce soit par les professionnels de santé ou par la population générale. La stigmatisation et la peur de la stigmatisation, font partie des principaux freins d'accès aux soins. Même si on constate ces dernières années, avec les différentes campagnes de sensibilisation, une amélioration de la perception et de l'image d'une personne atteinte de santé mentale, la marginalisation de la santé mentale reste encore fortement présente dans notre société. (32)

L'inégalité d'accès à l'IRM est également pointée au cours des focus groupes. En effet, selon la situation géographique du praticien, l'accès à l'imagerie se fait dans des délais plus ou moins longs. En conséquence le praticien se voit contraint d'adapter sa pratique et ses prescriptions en fonction de l'offre de soins. A titre d'exemple, selon le rapport CEMKA 2018, on décrit un délai moyen d'obtention de rendez-vous pour une IRM entre 20 à 30 jours en Ile de France, contre un délai de plus de 52 jours en Bretagne. (33)

Il convient de noter que dans le cadre du domaine de la santé mentale, dans la région des Hauts de France, il existe des dispositifs mis en place tel que PEP48 ou encore Predipsy qui sont des dispositifs établis après une collaboration étroite entre les services de psychiatrie et de radiologie du CHU de Lille permettant un accès privilégié à l'imagerie cérébrale pour les patients atteints de troubles de santé mentale. (34,35)

Bien que ces dispositifs aient été créés par des structures hospitalières, ils restent accessibles à la population générale, et un médecin généraliste peut effectuer une demande auprès d'un service de proximité s'il soupçonne un premier épisode psychotique chez un patient. Ces dispositifs restent pour autant peu connus par les praticiens d'ambulatoires.

Un des thèmes majeurs de l'étude est le déficit de formation psychiatrique perçu par la majorité des participants. Ceci rejoint les constats du Haut Conseil de la Santé Publique (36) qui pointait le faible volume horaire dédié à la santé mentale durant le cursus de médecine générale en France.

La difficulté à utiliser une sémiologie psychiatrique précise est fréquemment évoquée.

De nombreux participants évoquent un manque de repères diagnostiques.

La formation est jugée trop aléatoire selon le parcours personnel et individuel.

Certains outils sont perçus comme utiles pour pallier ce manque, à l'image de Dicosémiopsy, qui, bien que peu connu, est perçu positivement une fois découvert (Médecin 16, Médecin 11).

Nous pouvons utiliser comme illustration une entité très méconnue et sous diagnostiquée comme le syndrome catatonique qui présente pour autant une prévalence moyenne de 12,5% en population gériatrique, et qui constitue une indication d'imagerie cérébrale. (6,8,9)

Tous les participants s'accordent à dire que l'imagerie n'a pas sa place dans l'évaluation de routine des troubles psychiques. Pour ces derniers, son usage est réservé à l'exclusion de pathologies organiques (tumeur, accident vasculaire cérébral) ou lors de bilan pré-thérapeutique (électro-convulsivothérapie) ce qui est conforme aux recommandations internationales. (13,37)

Cette position est d'autant plus marquée chez les médecins installés où certains expriment que l'imagerie n'a aucune place en santé mentale. A l'inverse, certains participants nuancent cette position en indiquant un rôle éducatif et pédagogique à l'IRM : comparaison structurelle de cerveau sain/cerveau avec trouble dépressif apportant une réassurance et un sentiment de légitimité au patient.

Concernant l'apport et l'intérêt de l'ajout d'un module « psychiatrie » à ADERIM, les avis sont mitigés avec pour autant une petite majorité qui y est favorable. En effet, sur une base de 17 participants, 9 médecins considèrent l'ajout d'un « système psychiatrique » comme une plus-value à l'outil. Il convient de noter que cet avis est principalement partagé par des médecins en début de carrière. Parmi les arguments cités en faveur de la création du module, on retrouve une réassurance pour l'indication et la pertinence de prescription d'imagerie, la création d'ordonnance type avec les séquences adéquates d'imagerie, les diagnostics différentiels à rechercher et une base solide pour appuyer la déprescription d'examens inutiles.

Parmi les raisons avancées par les praticiens réticents à la création du « système psychiatrique », on décrit la création d'un outil sans franche concertation vers les médecins généralistes, un outil non adapté à la réalité du terrain de la médecine ambulatoire, un manque de références bibliographiques, une modalité d'imagerie

redondante, dictée exclusivement par l'IRM cérébrale et l'absence de d'indication d'imagerie de routine en psychiatrie.

En effet, dans l'état actuel des connaissances et des pratiques, l'utilisation courante et les indications d'imagerie en lien avec la santé mentale en médecine générale restent assez limitées, mais non inexistantes. Il serait intéressant de faire un nouvel état des lieux dans quelques années, suite à l'essor des nouvelles techniques d'imageries avec notamment le développement de l'IRM fonctionnelle qui permettra une approche plus personnalisée de la santé mentale et la mise en place de nouvelles thérapeutiques guidées par l'IRM. (16–18)

Cette étude souligne donc plusieurs points :

- Renforcer la formation initiale et continue en santé mentale pour les médecins généralistes en intégrant les évolutions de la recherche actuelle et le développement des nouvelles techniques d'imageries (IRM fonctionnelle notamment).
- Concevoir des outils numériques adaptés à la réalité du cabinet (faciles, rapides, consensuels) en partant de symptômes et non de pathologies.
- Clarifier les indications d'imagerie en santé mentale pour éviter les examens superflus.

La santé mentale est omniprésente en médecine générale, et pourtant encore sous-valorisée dans les outils, les formations et l'organisation des soins.

4.2 Forces et limites de l'étude

Nous évaluerons ici les forces et faiblesses de notre étude.

Parmi les forces de cette étude, nous pouvons citer plusieurs points :

- Diversité des profils (internes, remplaçants, installés), enrichissant la variété des points de vue.
- Méthodologie qualitative approfondie, fondée sur des focus groupes riches en données, illustrant la complexité du terrain.
- Triangulation méthodologique.
- Absence d'étude antérieure évaluant le lien entre ADERIM et santé mentale.
- Analyse thématique inductive faisant émerger les opinions personnelles et partagés des participants, mais aussi des tensions, nuances et paradoxes autour de l'usage de l'imagerie en santé mentale.

Concernant les limites de l'étude, nous pouvons mettre en évidence :

- Un possible biais de sélection (médecins sensibilisés aux problématiques psychiques).
- Limitation géographique (départements du Nord et Pas-de-Calais).
- Surreprésentation d'internes et de jeunes praticiens, ce qui peut orienter les attentes vers plus d'outils d'aide à la décision.
- Discussion encadrée par un modérateur lui-même médecin généraliste, ce qui peut favoriser un biais de désirabilité sociale.
- La conduite des entretiens en visioconférence peut avoir freiné certaines interactions spontanées.
- Biais d'interprétation intrinsèque à la transcription des verbatims.

Pour clore ce chapitre, ADERIM est considéré comme un outil prometteur dont le développement en psychiatrie, bien que mitigé, est perçu globalement comme intéressant, surtout pour les médecins en début de carrière. Pour les médecins plus réticents, il est nécessaire de proposer des outils simples, accessibles et utiles pour mieux répondre à une demande en santé mentale en forte croissance, tout en respectant la spécificité du rôle du médecin généraliste, pivot des soins primaires.

5. Conclusion

La santé mentale occupe une place centrale dans l'activité quotidienne des médecins généralistes. À travers l'analyse de trois focus groupes menés auprès d'internes, de remplaçants et de médecins installés, cette étude qualitative met en évidence la diversité des pratiques, les incertitudes, et les attentes vis-à-vis des outils d'aide à la décision, notamment en ce qui concerne la prescription d'imagerie dans un contexte psychiatrique.

Les résultats soulignent d'abord la prévalence considérable des troubles de santé mentale en médecine générale, souvent masqués par des plaintes somatiques ou exprimés de manière indirecte. Cette difficulté renforce le rôle de la relation médecin-patient, essentielle pour faire émerger la plainte psychique. Toutefois, les participants évoquent une formation initiale insuffisante, qui engendre un sentiment d'insécurité face à des situations psychiatriques parfois complexes, notamment chez les personnes âgées ou les adolescents.

L'imagerie médicale, bien que rarement utilisée en première intention dans les troubles psychiques, apparaît comme un outil ponctuel mais pertinent, essentiellement dans une démarche d'élimination des diagnostics différentiels. À ce titre, l'outil ADERIM, bien que méconnu, a suscité un intérêt modéré. Sa simplicité d'usage est remarquée, mais l'absence d'un module psychiatrique et l'origine de l'outil – conçu par des radiologues et considéré comme sans réelle concertation avec les médecins généralistes – posent question quant à son adéquation au terrain, notamment par les praticiens plus expérimentés. Une légère majorité des médecins interrogés expriment un intérêt d'un tel module, mais nuancent que l'imagerie psychiatrique reste rare, que ses indications sont limitées et qu'elle repose souvent sur des cas bien circonscrits

relevant davantage de la neurologie ou de la psychiatrie spécialisée. Nous pouvons imaginer un changement futur de paradigme suite au développement des nouvelles techniques d'imageries et leur mise en pratique clinique.

Plus globalement, cette étude confirme le poids émotionnel et cognitif que représente la santé mentale pour les généralistes, tant par sa fréquence que par les ressources relationnelles et temporelles qu'elle mobilise. Elle révèle aussi les limites actuelles des outils numériques à leur disposition, leur hétérogénéité d'utilisation, et les réticences parfois exprimées face à des dispositifs perçus comme déconnectés des réalités du terrain.

Sur le plan méthodologique, cette étude présente plusieurs forces. D'abord, la richesse des échanges issus de la diversité des profils interrogés a permis de croiser des regards complémentaires, renforçant la validité des thèmes émergents. La triangulation des résultats avec un opérateur externe à l'étude a permis également d'augmenter la validité de l'étude.

Cependant, certaines limites doivent être soulignées. Le recrutement volontaire des participants peut introduire un biais de sélection favorable aux médecins déjà sensibilisés à la santé mentale. De plus, la taille des groupes, bien que adaptée à une approche qualitative, limite la généralisation des résultats. Enfin, le caractère départemental de l'étude (Nord et Pas-de-Calais) ne reflète pas l'ensemble des pratiques françaises, notamment en zones plus urbanisées ou désertifiées.

En conclusion, cette recherche met en évidence la nécessité de renforcer la formation en santé mentale des médecins généralistes et de développer des outils coconstruits avec les professionnels de terrain, intégrant leurs spécificités, leurs temporalités, et leurs besoins réels.

Liste des tables

Tableau 1 : Description des participants	18
Tableau 2 : Codage initial - Focus Groupe 1	19
Tableau 3 : Regroupement des sous-thèmes et thèmes principaux - Focus Groupe 1	21
Tableau 4 : Codage initial - Focus Groupe 2	26
Tableau 5 : Regroupement des sous-thèmes et thèmes principaux - Focus Groupe 2	28
Tableau 6 : Codage initial - Focus Groupe 3	33
Tableau 7 : Regroupement des sous-thèmes et thèmes principaux - Focus Groupe 3	34

Références

1. Santé mentale [Internet]. [cité 12 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>
2. Feuille de route Santé Mentale et Psychiatrie - CSSMP 2018 [Internet]. [cité 12 janv 2024]. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf
3. Laidi C, Blampain-Segar L, Godin O, de Danne A, Leboyer M, Durand-Zaleski I. The cost of mental health: Where do we stand in France? *Eur Neuropsychopharmacol*. 1 avr 2023;69:87-95.
4. Rivière M, Plancke L, Leroyer A, Blanchon T, Prazuck T, Prouvost H, et al. Prevalence of work-related common psychiatric disorders in primary care: The French Héraclès study. *Psychiatry Res*. janv 2018;259:579-86.
5. ORS_MG_et_trouble_de_sante__mentale_vd.pdf [Internet]. [cité 9 avr 2025]. Disponible sur: https://www.ors-idf.org/fileadmin/DataStorageKit/ORS/Etudes/2020/santeMentaleMG/ORS_MG_et_trouble_de_sante__mentale_vd.pdf
6. Solmi M, Pigato GG, Roiter B, Guaglianone A, Martini L, Fornaro M, et al. Prevalence of Catatonia and Its Moderators in Clinical Samples: Results from a Meta-analysis and Meta-regression Analysis. *Schizophr Bull*. 20 août 2018;44(5):1133-50.
7. Sienaert P, Dhossche DM, Vancampfort D, De Hert M, Gazdag G. A clinical review of the treatment of catatonia. *Front Psychiatry*. 2014;5:181.
8. Jaimes-Albornoz W, Ruiz de Pellon-Santamaria A, Nizama-Vía A, Isetta M, Albajar I, Serra-Mestres J. Catatonia in older adults: A systematic review. *World J Psychiatry*. 19 févr 2022;12(2):348-67.
9. Majnoni d'Intignano L, Granon O, Fovet T, Thomas P, Bonin B, Amad A. L'enseignement du syndrome catatonique en France : enquête nationale et état des lieux. *L'Encéphale*. 1 nov 2019;45(5):391-6.
10. Vadel J, Bessou A, Blanchon T, Maravic M, Soria A, Launay T, et al. Impact de la crise de COVID-19 sur les consultations pour troubles psychiques en médecine générale en France, en regard de consultations pour maladies chroniques – Analyse de séries temporelles. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. 1 nov 2022;70:S270-1.
11. francksimon. Défendre les familles. 2021 [cité 31 mars 2025]. Impact du confinement sur le moral des Français. Disponible sur: <https://www.defendrelsfamilles.fr/impact-du-confinement-sur-le-moral-des-francais/>
12. Amad A, Cancel A, Fovet T. L'imagerie cérébrale en psychiatrie clinique : Du diagnostic différentiel au machine learning. 1 mai 2016;92:277-84.
13. Forbes M, Stefler D, Velakoulis D, Stuckey S, Trudel JF, Eyre H, et al. The clinical utility of structural neuroimaging in first-episode psychosis: A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry*. 1 nov 2019;53(11):1093-104.

14. Blackman G, Neri G, Al-Doori O, Teixeira-Dias M, Mazumder A, Pollak TA, et al. Prevalence of Neuroradiological Abnormalities in First-Episode Psychosis: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 1 oct 2023;80(10):1047-54.
15. Williams LM. Precision psychiatry: a neural circuit taxonomy for depression and anxiety. *Lancet Psychiatry*. mai 2016;3(5):472-80.
16. Tozzi L, Zhang X, Pines A, Olmsted AM, Zhai ES, Anene ET, et al. Personalized brain circuit scores identify clinically distinct biotypes in depression and anxiety. *Nat Med*. juill 2024;30(7):2076-87.
17. Gerlach AR, Karim HT, Peciña M, Ajilore O, Taylor WD, Butters MA, et al. MRI predictors of pharmacotherapy response in major depressive disorder. *NeuroImage Clin*. 2022;36:103157.
18. Song EJ, Tozzi L, Williams LM. Brain Circuit-Derived Biotypes for Treatment Selection in Mood Disorders: A Critical Review and Illustration of a Functional Neuroimaging Tool for Clinical Translation. *Biol Psychiatry*. 1 oct 2024;96(7):552-63.
19. Cole EJ, Stimpson KH, Bentzley BS, Gulser M, Cherian K, Tischler C, et al. Stanford Accelerated Intelligent Neuromodulation Therapy for Treatment-Resistant Depression. *Am J Psychiatry*. 1 août 2020;177(8):716-26.
20. Cour des comptes - Sécurité sociale 2022. 2022;
21. L'activité des médecins libéraux à travers la CCAM | L'Assurance Maladie [Internet]. 2018 [cité 17 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2018-actes-ccam-2016>
22. examens_imagerie_medicale_guide.pdf [Internet]. [cité 17 avr 2025]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/examens_imagerie_medicale_guide.pdf
23. CP_guideBonUsage_130201.pdf [Internet]. [cité 17 avr 2025]. Disponible sur: https://www.sfm.u.org/upload/consensus/CP_guideBonUsage_130201.pdf
24. labonne laetitia. CMG. 2021 [cité 17 avr 2025]. Lancement d'un nouvel outil d'aide à la décision médicale : ADERIM Radiologie. Disponible sur: <https://www.cmg.fr/?p=14104>
25. Référentiel des bonnes pratiques à l'usage des médecins | ADERIM [Internet]. [cité 17 avr 2025]. Disponible sur: <https://aderim.radiologie.fr/>
26. Krueger. Krueger, R. and Casey, M. (2009) *Focus Groups: A Practical Guide for Applied Research*. Sage Publications, Thousand Oaks, CA.
27. IRDES 2020 [Internet]. [cité 31 mars 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/ER1185.pdf>
28. Collins PY, Patel V, Joestl SS, March D, Insel TR, Daar AS, et al. Grand challenges in global mental health. *Nature*. 6 juill 2011;475(7354):27-30.
29. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet MP, Kovess V, Falissard B, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Fam Pract*. 2 mai 2005;6(1):18.
30. INSEE. France, Portrait Social - 2023. 2023; Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/7666907?sommaire=7666953#titre-bloc-3>
31. Santé mentale : une amélioration chez les jeunes en juillet 2021 par rapport à 2020 mais des inégalités sociales persistantes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 18 mai 2025]. Disponible sur: <https://drees.solidarites->

sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/sante-mentale-une-amelioration-chez-les

32. Jabouri OA, Leroux P, Smith P. La stigmatisation des personnes souffrant d'un problème de santé mentale et le rôle des professionnels de la santé : une *scoping review* internationale. Rev Francoph Int Rech Infirm. 1 sept 2022;8(3):100280.
33. calameo.com [Internet]. [cité 18 mai 2025]. Rapport Cemka Sept 2018. Disponible sur: <https://www.calameo.com/snitem/read/0006105423a9b42e56c3c>
34. PPPEP48 [Internet]. [cité 18 mai 2025]. PPPEP48 c'est quoi ? Disponible sur: <https://www.pppep48.chu-lille.fr/>
35. PrediPsy – Faciliter les liens entre la psychiatrie et la radiologie [Internet]. [cité 18 mai 2025]. Disponible sur: <https://predipsy.fr/>
36. Rapport d'activité du Haut Conseil de la santé publique. 2019;
37. NICE guidelines 2011 [Internet]. [cité 30 avr 2025]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/dg1/evidence/eos-2d3d-xray-imaging-system-assessment-report2>

Annexes

Annexe 1 : Déclaration de conformité



RÉCÉPISSÉ

ATTESTATION DE DÉCLARATION

Délégué à la protection des données (DPO) Jean-Luc TESSIER

Responsable administrative Yasmine GUEMRA

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis au délégué à la protection des données un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement dans le strict respect des mesures qui ont été élaborées avec le DPO et qui figurent sur votre déclaration.

Toute modification doit être signalée dans les plus brefs délais: dpo@univ-lille.fr

Responsable du traitement

Nom : Université de Lille	SIREN : 130 029 754 00012
Adresse : 42 Rue Paul Duez 590000 - LILLE	Code NAF : 8542Z Tél. : +33 (0) 3 62 26 90 00

Traitement déclaré

Intitulé : Optimisation du logiciel ADERIM : intérêt chez le médecin généraliste au développement du système psychiatrique
Référence Registre DPO : 2025-014
Responsable scientifique : Mme Sabine BAYEN Interlocuteur : M. Wisam HAROUN

Fait à Lille,

Jean-Luc TESSIER

Le 16 janvier 2025

Délégué à la Protection des Données

Annexe 2 : Lettre d'invitation

Chers confrères, chers collègues,

Nous souhaitons réaliser une étude évaluant l'optimisation d'un outil en ligne d'aide à la prescription d'imagerie médicale créé en 2021 par la Société Française de Radiologie à l'intention des médecins généralistes nommé « Aide à la Demande d'Examens de Radiologie et d'Imagerie Médicale (ADERIM) ». Ce dispositif fait suite au « Guide du Bon Usage des examens d'imagerie médicale (GBU) » créé en 2005.

Il est issu du consensus de nombreux experts de radiologie et de médecine générale sur le territoire national avec pour objectif principal d'optimiser la pertinence des demandes d'examens d'imagerie. Actuellement développé dans la majorité des disciplines médicales, nous investiguons l'intérêt et la forme du développement de la discipline psychiatrique de l'outil.

Dans cette optique, nous souhaitons organiser avec vous des groupes de discussion au cours desquelles il vous sera possible d'échanger votre point de vue sur ce dispositif, sur l'intérêt du développement du système psychiatrique de l'outil, et sous quelle forme ce développement devrait se faire. Ce travail est sous la direction du Dr BAYEN Sabine.

Nous vous proposons de vous familiariser avec le dispositif en le consultant au : <https://aderim.radiologie.fr/>.

Les groupes de discussions seront constitués de personnes travaillant dans les régions du Nord et du Pas de Calais, et de statuts divers (médecins généralistes installés, médecins généralistes remplaçants, internes de médecine générale) et se dérouleront par visioconférence. Un modérateur de séance sera présent pour animer la discussion.

Vous avez accepté de participer à la séance qui se déroulera :

...

Veillez trouver ci-dessous le lien BigBlueButton afin de vous connecter à la session : ...

Un mail de rappel vous sera envoyé la veille de la réunion.

Nous vous remercions de l'intérêt porté à notre travail.

Annexe 3 : Support d'entretien – partie 1

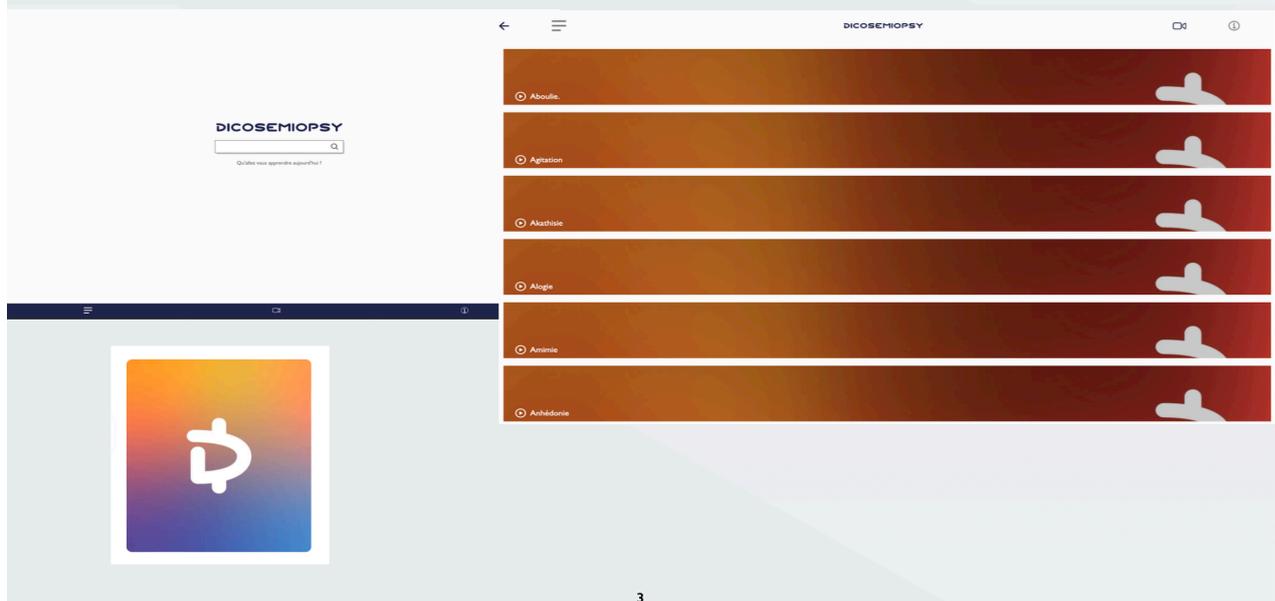
ADERIM : INTÉRÊT CHEZ LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE AU DÉVELOPPEMENT DU SYSTÈME PSYCHIATRIQUE

Directeur de thèse : Dr BAYEN Sabine
Président de jury : Pr PRUVO Jean-Pierre
Auteur : HAROUN Wisam

1

SANTÉ MENTALE & MÉDECINE GÉNÉRALE

2



Annexe 3 : Support d'entretien – partie 2

SANTÉ MENTALE & IMAGERIE

4

ADERIM : AIDE A LA DEMANDE D'EXAMEN DE RADIOLOGIE ET D'IMAGERIE MÉDICALE

- Outil créé par la Société Française de Radiologie en 2021 pour les médecins généralistes.
- Objectif : Optimisation de la demande d'imagerie médicale.
- Fait suite à l'anciennement Guide du Bon Usage des examens d'imagerie médicale créé en 2005.

5

The image displays four screenshots of the ADERIM website interface. The top-left screenshot shows the main search page with the SFR-IM logo and the title 'Aide à la demande d'examens de radiologie et imagerie médicale (ADERIM)'. Below the title is a search bar with three dropdown menus: 'Motif de consultation', 'Pathologie', and 'Par mot-clé'. The top-right screenshot shows the search results page for 'Céphalées de tension', displaying a list of contributors and a dropdown menu for 'Pathologie' with options like 'Système cardiovasculaire', 'Système digestif', etc. The bottom-left screenshot shows a detailed view of the 'Système nerveux' category, listing various conditions such as 'AVC et AIT', 'Céphalées de tension', 'Épilepsie', etc. The bottom-right screenshot shows the detailed view for 'Céphalées de tension', indicating 'Aucune imagerie en 1ère intention' and providing a 2ème intention recommendation for 'IRM cérébrale'.

6

Annexe 3 : Support d'entretien – partie 3

OBJECTIF : EVALUER L'INTÉRÊT DE LA CRÉATION DU SYSTÈME PSYCHIATRIQUE, ET SOUS QUELLE FORME ?

7

The screenshot shows the SFR-IM website interface. At the top, it says "Aide à la demande d'examens de radiologie et imagerie médicale (ADERIM) Société Française de Radiologie et d'Imagerie Médicale". Below this is a section titled "Référentiel des bonnes pratiques à l'usage des médecins". There are search filters for "Motif de consultation", "Pathologie", and "Par mot-clé". A dropdown menu is open, listing various medical systems: Pathologie, Système cardiovasculaire, Système digestif, Système endocrinien, Système immunitaire, Système nerveux, Système reproducteur, Système respiratoire, Système squelettique et locomoteur, Système tégumentaire, and Système urinaire. The number 7 is visible in the bottom right corner of the screenshot.

8

MERCI POUR VOTRE PARTICIPATION !

9

AUTEUR : Nom : HAROUN **Prénom :** Wisam

Date de Soutenance : 01/07/2025

Titre de la Thèse : ADERIM : Une étude qualitative évaluant l'intérêt des médecins généralistes dans les régions du Nord et Pas-de-Calais quant au développement du système psychiatrique de l'outil.

Thèse - Médecine - Lille 2025

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST ou option : Médecine Générale

Mots-clés : Médecine Générale ; ADERIM ; Santé Mentale ; Imagerie ; Étude Qualitative ; Focus Groupes ; Analyse Thématique Inductive

Résumé :

Contexte : La santé mentale constitue en France une part incontournable du quotidien du médecin généraliste représentant entre 15 à 30% de ses consultations selon les études. L'utilisation de l'imagerie cérébrale dans ce contexte reste rare souvent motivée pour des diagnostics différentiels. L'outil ADERIM apportant une aide à la prescription adéquate d'imagerie est développé pour la majorité des spécialités hormis la psychiatrie. Nous souhaitons évaluer l'intérêt des médecins généralistes à la création du module psychiatrie.

Matériel et Méthodes : Étude qualitative menée auprès de 17 médecins généralistes dans le Nord et le Pas-de-Calais par l'intermédiaire de 3 entretiens collectifs en visioconférence. Retranscription des entretiens en Verbatims puis application d'une analyse thématique inductive.

Résultats : On retrouve l'émergence de 11 thèmes principaux. L'imagerie est principalement utilisée pour l'élimination de diagnostics différentiels. La formation en psychiatrie est jugée insuffisante et aléatoire. L'ajout du module psychiatrie à ADERIM suscite des avis mitigés, avec pour autant une majorité en faveur de la création de ce système. Les arguments pour cet ajout reposent sur des aspects de réassurance, de pédagogie, de support à la déprescription et le recensement des diagnostics différentiels à explorer. Concernant les réticences à l'intégration du module, on décrit un outil construit sans réelle concertation avec les médecins généralistes, un outil non adapté à la réalité du terrain, ainsi qu'une insuffisance d'indications d'imagerie.

Conclusion : Les médecins généralistes expriment un besoin d'outil adapté à leur réalité clinique devant une formation jugée insuffisante. ADERIM gagnerait à intégrer un module psychiatrique afin d'éviter les prescriptions injustifiées tout en soutenant la démarche clinique. Il serait intéressant de faire un nouvel état des lieux à la suite du développement des nouvelles techniques d'imageries.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Ali AMAD

Asseseurs : Monsieur le Professeur Jean-Pierre PRUVO

Directeur : Madame le Docteur Sabine BAYEN