

**IMPLICATION DE LA MÉDECINE LIBÉRALE
DANS LA PRISE EN CHARGE
DES SOINS PSYCHIATRIQUES
EN ILE DE FRANCE
RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE
DU 13 OCTOBRE 1998**

UNION REGIONALE
DES MEDECINS
LIBERAUX
D'ILE DE FRANCE
COMMISSION
CONDITIONS
D'EXERCICE

2000
FÉVRIER

AVANT PROPOS

La maladie mentale représente une demande de soins de plus en plus fréquente. La psychiatrie est au cœur des discussions de l'ensemble des acteurs du système de soins, en particulier franciliens. Successivement l'Agence Régionale d'Hospitalisation, la Conférence Régionale de Santé, l'Assurance maladie se sont intéressées au sujet ; les publications foisonnent de recommandations.

La commission Conditions d'exercice de l'Union Régionale des Médecins Libéraux d'Ile de France a souhaité apporter sa contribution à la réflexion en réalisant une étude des différentes composantes de la prise en charge par la médecine libérale de patients atteints de troubles psychologiques ou psychiatriques.

L'URML IDF, convaincue que seules des données objectives permettent d'évaluer sérieusement la qualité de la prise en charge de la pathologie mentale, a souhaité réaliser une enquête rigoureuse qui puisse enrichir les connaissances partagées.

L'étude a été lancée à partir d'un projet initié par le docteur Jean-Michel GRELLET, médecin psychiatre exerçant dans le Val de Marne.

L'expertise de la SANESCO, société spécialisée dans la conception et le traitement d'enquête, a permis d'assurer la rigueur nécessaire à une telle étude.

SOMMAIRE

AVANT PROPOS.....	3
SYNTHÈSE.....	7
I. Une prise en charge des troubles psychiatriques par le secteur libéral incontestable	8
II. Médecins de famille et médecins psychiatres soignent les mêmes maladies, mais dans des proportions et à des moments de la maladie différents.....	9
III. Des profils de clientèles se dessinent qui reflètent fortement les caractéristiques socio-démographiques des patients	9
IV. Les prises en charge diffèrent chez les médecins généralistes et chez les médecins psychiatres.....	12
PROBLÉMATIQUE	15
I. Une pathologie d'ampleur	15
II. Des modes de prise en charge diversifiés.....	16
III. Des outils de mesure qui répondent à une organisation sanitaire de la psychiatrie hospitalo-centrée ...	17
IV. Le déclin annoncé de la psychiatrie libérale	18
V. La place de la médecine générale libérale	19
MÉTHODOLOGIE.....	21
I. Champ de l'étude.....	21
II. Objectifs.....	22
III. Mode de recueil	22
IV. Les Questionnaires	24
V. Distinction entre la psychiatrie et ce qui relève de la psychologie médicale	24
VI. Caractéristiques socio-démographiques de la population prise en charge	24
VII. Recours à la CIM 10	25
VIII. Echelle de satisfaction	26
IX. Test de faisabilité	26
X. Enquête terrain	27
XI. Validation des réponses.....	28
XII. Redressement a posteriori.....	28
XIII. Traitement statistique.....	29
RESULTATS.....	31
I. Descriptif des échantillons de médecins enquêteurs.....	31
II. Profil des patients	36

III. La pratique du médecin généraliste.....	45
IV. La pratique du médecin psychiatre	59
ANALYSE DES RÉSULTATS	73
I. Descriptif des clientèles des médecins généralistes et psychiatres	73
II. Descriptif des pratiques des médecins généralistes et psychiatres	91
CONCLUSION	115
BIBLIOGRAPHIE	117
I. Généralités.....	117
II. Activité, statistiques	120
III. Populations particulières.....	121
IV. Offre de soins.....	122
V. Les alternatives à l'hospitalisation	123
VI. Réseau.....	123
VII. Evaluation	124
VIII. Evaluation médico-économique.....	124
IX. Estimation des coûts.....	125
X. Dépression , anxiété	125
XI. Consommation médicamenteuse	126
ANNEXES.....	131
I. Membres de la commission Conditions d'exercice	131
II. Membres du comité de pilotage.....	132
III. Liste des cartes, graphiques et tableaux	133
IV. Effectifs des praticiens enquêtés	138
V. Questionnaires d'enquête	139
VI. Classification CIM 10 des maladies mentales	145

SYNTHESE

L'étude des différentes composantes de la prise en charge par la médecine libérale des patients atteints de troubles psychologiques ou psychiatriques devait répondre à de multiples objectifs. Comment la médecine libérale répond-elle à la demande de soins des patients atteints de ces troubles ? Comment les modes de prises en charge s'articulent-ils autour de cette pathologie ? Quel poids représente cette prise en charge dans l'activité des médecins généralistes ? Existe-t-il des profils de clientèle ? ...

Le défaut cruel de données objectives permettant de répondre à ces questions, en particulier la méconnaissance fondamentale de l'activité des médecins libéraux généralistes et psychiatres par les pouvoirs publics, mais aussi les reproches faits aux médecins libéraux quant aux prescriptions de médicaments psychotropes, sont autant des raisons qui ont motivé l'URML IDF dans la mise en œuvre de cette étude. Les lourdes interrogations sur l'avenir de la médecine libérale, en particulier la démographie des médecins psychiatres, ont également alimenté la réflexion.

La réponse à ces questions nécessitait d'interroger les acteurs de cette prise en charge : les médecins libéraux généralistes et psychiatres. Une méthodologie d'enquête a été mise en place : enquête par sondage, sur une journée d'activité libérale, auprès d'échantillons représentatifs de médecins généralistes et psychiatres.

Au total, 284 médecins ont contribué à l'investigation, permettant ainsi le recueil de 4 430 fiches patients. Deux journées d'enquête ont été nécessaires : les 13 octobre et 15 décembre 1998.

Les principaux points qui ressortent de l'étude sont les suivants :

- La prise en charge des troubles psychiatriques par le secteur libéral est incontestable.

- Médecins de famille et médecins psychiatres soignent les mêmes maladies, mais dans des proportions et à des moments de la maladie différents.
- Les patients s'orientent vers le médecin de famille ou le médecin psychiatre selon des critères spécifiques. Des profils de clientèles se dessinent qui reflètent fortement les caractéristiques socio-démographiques des patients.
- Les prises en charge diffèrent chez les médecins généralistes et chez les psychiatres. Là encore, les prises en charges reflètent directement le profil des malades qu'il s'agisse de la gravité ou de l'avancée de la maladie. Ces deux modes de prise en charge sont complémentaires.

I. Une prise en charge des troubles psychiatriques par le secteur libéral incontestable

La participation de la médecine libérale dans la prise en charge des soins psychologiques ou psychiatriques ressort clairement de l'enquête : 15 patients /jour vus en moyenne par les médecins psychiatres, 7¹ par les médecins généralistes (sur une moyenne de 18 patients par jour). La proportion que l'on peut qualifier d'"importante" de patients du médecin généraliste présentant des troubles psychologiques est à mettre au regard de la fonction de "premier recours" qu'il exerce (en particulier s'agissant des personnes âgées).

La prise en charge concerne aussi bien des symptômes de mal être que des pathologies psychiatriques répondant à un diagnostic CIM 10².

¹ On parle bien ici de patients présentant des troubles ou une demande d'aide psychologiques ou psychiatriques.

² Classification Internationale des Maladies - 10^{ème} révision.

II. Médecins de famille et médecins psychiatres soignent les mêmes maladies, mais dans des proportions et à des moments de la maladie différents

Les médecins psychiatres et neuro-psychiatres diagnostiquent, dans 74 % des cas, des troubles classifiés CIM 10, dont l'ancienneté remonte le plus souvent à plus de 5 ans. Il s'agit en majorité de troubles de l'humeur, troubles névrotiques et troubles de la personnalité.

Par ailleurs, 26 % des patients relèvent d'une demande d'aide psychologique ou de troubles psychologiques sans diagnostic psychiatrique établi.

Les médecins généralistes voient dans une moindre mesure des pathologies psychiatriques telles que classifiées par la CIM 10 (16 % de l'ensemble de la clientèle), essentiellement des troubles de l'humeur et troubles névrotiques. 24 % des patients des médecins généralistes souffrent de troubles psychologiques mal définis, symptômes d'un mal être, de difficultés se rapportant à certains modes de vie, ...

III. Des profils de clientèles se dessinent qui reflètent fortement les caractéristiques socio-démographiques des patients

La clientèle des **médecins psychiatres** est jeune par rapport à la population générale francilienne. Elle est davantage féminisée, et répond à une situation matrimoniale particulière : population en isolement. Deux grandes classes se distinguent :

Classe 1 :

Des patients présentant des diagnostics psychiatriques établis (74% des cas) :

Patients consultant pour une maladie psychiatrique caractérisée. Les principales pathologies (par ordre d'importance) sont : les troubles de l'humeur, les troubles névrotiques, les troubles de la personnalité, la schizophrénie, les syndromes

comportementaux et les troubles du comportement liés à l'utilisation de substances. Les patients bénéficient à ce titre de psychothérapies.

Dans la majeure partie des cas, le diagnostic a été posé par le psychiatre lui-même (77%). Cependant le diagnostic a également pu être posé par un psychiatre hospitalier ou un généraliste (respectivement 8 et 9%) ou par un psychiatre libéral (3%).

Pour 35% des cas, il y a prescription d'un traitement psychotropes : dans 70% des cas, il s'agit d'antidépresseurs et 22% de neuroleptiques, dans une certaine proportion, les deux pouvant être associés. Les anxiolytiques benzodiazépines sont prescrits dans 4% des cas. Dans 24% des cas, un traitement psychotrope est prescrit par un confrère (psychiatre hospitalier ou libéral).

Dans 63% des cas l'ancienneté de la prise en charge est supérieure à 1 an et 29% ont un antécédent autre de pathologie mentale

Classe 2 :

Des patients présentant des troubles psychologiques "mal définis" ou ne relevant pas d'un diagnostic CIM 10 établi (26% des cas) :

Regroupe les patients demandant une aide psychologique ou présentant une souffrance psychologique, plutôt cadre ou de profession intermédiaire

L'origine de la prise en charge est l'accès direct.

Pas de prescription de psychotrope, ni par le médecin lui-même ou par un confrère, mais besoin d'accompagnement psychologique et d'un traitement essentiellement de psychothérapie.

Les difficultés prédominantes sont avant tout des difficultés relationnelles, 53% des cas, une dépressivité prédominante (11%), une anxiété prédominante (10%) et des fluctuations fréquentes et labiles de l'humeur (10%).

Les **médecins généralistes** ont une patientèle dont le profil s'apparente davantage à celui de la population générale francilienne, avec toutefois une sur-représentation de personnes retraitées et de femmes.

Trois classes de patients ont pu être identifiées :

Classe 1 :

il s'agit de patients consultant pour une maladie somatique ou une consultation de prévention médicale (60% des patients). Le consultant est plus souvent un homme marié ou un élève (ou étudiant). Il n'y a ni besoin d'accompagnement psychologique, ni pathologie psychiatrique ou délivrance de traitement psychotrope.

Classe 2 :

représentant 24% des patients consultant un généraliste. Les patients sont plutôt des femmes veuves ou des retraités. Le motif principal de l'acte médical est une demande d'aide psychologique. Aucun diagnostic de maladie mentale n'a été établi. Les difficultés prédominantes sont de divers types. Les plus fréquentes sont : l'anxiété (27%), les plaintes somatiques répétitives sans substrat (20%), les difficultés relationnelles (18%), le vieillissement (11%).

Il y a à la fois un traitement psychologique et traitement psychotrope. La nature du traitement psychologique est : l'écoute (81%), le conseil psychologique (9%) ou la consultation ponctuelle de soutien psychologique (7%). Le traitement psychotrope est prescrit pour des symptômes psychiatriques ou psychologiques (76%) ou pour des troubles organiques (19%). Les médicaments prescrits sont des anxiolytiques benzodiazépines ou des antidépresseurs. 27% des patients sont également en Affection de Longue Durée (non psychiatrique). Il n'y a pas de traitement psychotrope prescrit par un confrère mais besoin d'un avis complémentaire (restant marginal, 8%) par un spécialiste non psychiatre.

Classe 3 (16%) :

Cette classe est caractéristique d'une prise en charge d'une pathologie mentale diagnostiquée. Le patient est le plus souvent une femme, divorcée. Le patient est en Affection de Longue Durée (psychiatrique).

Le diagnostic établi est posé soit par le praticien lui-même ou par un psychiatre hospitalier et correspond à des troubles de l'humeur (39%) ou névrotiques (29%). L'ancienneté des troubles ou de la prise en charge pour ce diagnostic est de plus de 1 an. Il y a traitement psychotrope pour une maladie mentale diagnostiquée ou des symptômes psychiatriques ou psychologiques. La consommation principale de psychotropes est une consommation d'antidépresseurs. La nature du traitement psychologique pratiqué est l'écoute à 72%, une consultation ponctuelle de soutien

psychologique (11%) ou un conseil psychologique et relationnel itératif. Les caractéristiques de ce groupe sont aussi de la présence d'un suivi (traitement psychologique ou psychotrope prescrit) par un confrère et du besoin d'un avis complémentaire.

La durée de l'acte est plus élevée que la moyenne observée dans la clientèle des médecins généralistes. Le nombre de médicaments prescrits est également plus important.

IV. Les prises en charge diffèrent chez les médecins généralistes et chez les médecins psychiatres

1. Types d'actes :

Si les médecins psychiatres voient essentiellement leur patients en consultation, les médecins généralistes, quant à eux, voient près de 20 % de leurs patients tout venant en visite. On soulignera que les patients vus en visite répondent à une sociologie différente de l'ensemble des patients.

2. Traitements pratiqués :

Les médecins psychiatres ont une pratique qui se distingue de celle des médecins généralistes eut égard aux traitements psychologiques qu'ils pratiquent, et à la proportion de ces traitements psychologiques. Ils n'ont pas non plus le même comportement dans leurs prescriptions de médicaments psychotropes (le médecin psychiatre prescrit dans 29 % des cas des psychotropes - essentiellement des antidépresseurs, alors que le médecin généraliste prescrit des psychotropes chez 60 % des patients relevant de troubles psychologiques ou psychiatriques - antidépresseurs, anxiolytiques et hypnotiques).

Il est important de souligner, dans la pratique des médecins généralistes, le nombre important de prescriptions de médicaments psychotropes, que le patient consulte pour motif psychiatrique ou non. Cette information pose des interrogations sur les facteurs déterminant une telle prescription, et sur la part supposée de ces différents facteurs :

médicaments psychotropes prescrits dans des cas de plaintes somatiques, médicaments prescrits à la demande du patient pour lequel le médecin sait qu'une prise en charge par un psychiatre existe mais qu'aucune consultation proche n'est programmée, ...

3. Articulation des prises en charges :

Le médecin généraliste oriente entre 25 et 30 % de ses patients vers un confrère pour le traitement (qu'il s'agisse du traitement psychologique ou psychotrope). Il est amené à demander l'avis d'un confrère¹ pour 17 % de ses patients.

Le médecin psychiatre fait un peu moins appel à ses confrères pour le traitement de ses patients, surtout pour les traitements psychologiques. 22 % de sa clientèle présente un diagnostic élaboré par un confrère, médecin généraliste ou psychiatre libéral.

On constate ainsi qu'il n'y a pas d'opposition, ni de superposition des champs d'intervention des médecins généralistes et psychiatres.

¹ Indépendamment d'une orientation pour la prise en charge des traitements psychologiques ou médicamenteux.

PROBLEMATIQUE

La pathologie mentale, maladie d'ampleur non négligeable, fait intervenir des modes de prise en charge diversifiés. La pratique libérale de la médecine constitue l'un de ces vecteurs de soins, sans toutefois pouvoir être mesurée.

La médecine libérale doit trouver sa place dans un schéma organisationnel hospitalo-centré, alors même que se présage le déclin des psychiatres libéraux.

I. Une pathologie d'ampleur

La prévalence de la maladie mentale en population générale est incontestablement importante.

Ainsi en 1996-1997, d'après l'Enquête sur la Santé et la Protection Sociale (CREDES)¹, les troubles mentaux et du sommeil² arrivent en 6^{ème} position sur l'ensemble des pathologies les plus fréquentes déclarées par les patients (taux de prévalence³ : 12,0 %) ⁴.

La morbidité déclarée diffère selon le sexe des individus : les femmes sont plus fréquemment touchées que les hommes par ces troubles mentaux et du sommeil (taux de prévalence respectifs : 15,9 % et 9,2 %).

18 % des adultes de 40 à 64 ans, et 30,3 % des individus âgés de plus de 65 ans déclarent présenter des troubles mentaux ou du sommeil. A sexe et âge comparables, les employés

¹ Bocognano A., Dumesnil S., et al., 1999, CREDES, Enquête sur la santé et la protection sociale, Paris.

² La classification utilisée est la classification CREDES basée sur la Classification Internationale des Maladies 9^{ème} révision.

³ Taux de prévalence : nombre de maladies ou de troubles de santé pour 100 personnes.

⁴ Après les troubles du métabolisme, ostéo-articulaires, cardio-vasculaires, ORL et digestifs.

(1,33), et dans une moindre mesure les ouvriers qualifiés (1,06) et ouvriers non qualifiés (1,04), constituent les catégories socioprofessionnelles (CSP) les plus touchées par les troubles mentaux et du sommeil.

Le docteur Viviane KOVESS¹ positionne les problèmes de santé mentale comme *"l'un des quatre grands problèmes sanitaires des sociétés post-industrielles avec les maladies cardiovasculaires, les cancers et les lésions dues aux accidents."*

Enfin les statistiques de prise en charge par le secteur de psychiatrie adulte², entre 1989 et 1995, montrent une progression de 30 % du nombre de patients suivis, liée à l'augmentation importante du nombre de patients suivis en ambulatoire (plus de 39 %). Ce sont près de 920 000 patients au total qui ont été pris en charge par le secteur de psychiatrie adulte en 1995 (France entière).

Ces quelques éléments de cadrage restent insuffisants pour qualifier avec exactitude la prévalence des troubles mentaux. En particulier, on ne peut que déplorer le manque d'information relative à la médecine libérale.

II. Des modes de prise en charge diversifiés

La psychiatrie est une discipline médicale qui combine des modes de prise en charge étendus (de la consultation de prévention à l'hospitalisation en long séjour). Le parcours des patients atteints de pathologies psychiatriques est souvent caractérisé par le passage d'une prise en charge à une autre. Schématiquement, les périodes de décompensation relèvent le plus souvent d'une prise en charge en établissement de soins, par le secteur, alors que le suivi au long court est souvent effectué en ambulatoire, en médecine libérale ou de façon mixte.

¹ KOVESS V., *Epidémiologie et santé mentale*, Médecine -Sciences, Flammarion, juillet 1996.

² SESI, Info Rapides n° 77, juillet 1996.

III. Des outils de mesure qui répondent à une organisation sanitaire de la psychiatrie hospitalo-centrée

La File Active des secteurs de psychiatrie générale est l'outil de mesure de la prévalence de la morbidité psychiatrique dans les établissements de soins, en hospitalisation complète ou partielle, et en ambulatoire (structures dites d'alternative à l'hospitalisation). La File Active permet de suivre, sur un an, tous les traitements hospitaliers et extrahospitaliers pour un même patient dans le secteur de psychiatrie. Des statistiques issues de la File Active sont régulièrement publiées par le SESI¹ (nouvellement DREES²). Les études du docteur Nicole QUEMADA³ (centre collaborateur de l'OMS pour la recherche en santé mentale, INSERM) complètent utilement cette information.

Dans le service public, l'essentiel du dispositif est sectorisé : 825 secteurs de psychiatrie générale (un secteur pour 52 000 habitants de 20 ans et plus). Environ deux tiers d'entre eux sont rattachés à un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie public (CHS) ou faisant fonction de public (privé PSPH) et un tiers est rattaché à un centre hospitalier régional ou un hôpital général. Les établissements de soins privés comprenant des cliniques spécialisées en psychiatrie (environ 14 000 lits), des foyers de post-cure et des hôpitaux de jour, constituent la File Active ambulatoire.

Ainsi, les données de la File Active ne prennent pas en compte les données d'activité libérale ; on compte pourtant près de 6 000 psychiatres libéraux en 1997⁴

En outre, la File Active ne permet pas d'isoler la participation du privé dans la prise en charge des pathologies mentales, tant en ce qui concerne l'hospitalisation que les soins ambulatoires. Le docteur Jean-Marie ANGLERAUD⁵, dans une étude réalisée dans le Val de Marne prenant en compte à la fois les systèmes de soins psychiatriques public et privé, met

¹ SESI, Info Rapides n° 77, juillet 1996.

² DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.

³ QUEMADA N., INSERM DGS, Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale 16/03 - 29/03, 1993, novembre 1996.

⁴ SESI, Info Rapides n° 77, juillet 1996.

⁵ ANGLERAUD J.-M., AERPSY, Statut social et circuits de soins, Maladie Mentale, MIRE, 1989.

en évidence une participation quantitativement importante du privé y compris dans les pathologies sévères.

On notera que dans ses préconisations, le SROS de psychiatrie recommande le renforcement des liens entre les médecins libéraux généralistes et spécialistes et les établissements (notamment publics) prenant en charge des pathologies psychiatriques ; ceci pouvant donner lieu à des conventions ou des réseaux de soins.

IV. Le déclin annoncé de la psychiatrie libérale

Si la psychiatrie est la discipline la plus représentée en médecine libérale en Ile de France (15 % de l'ensemble des spécialistes), et si l'effectif des psychiatres libéraux de l'Ile de France représente à lui seul 35 % de l'effectif national¹, la situation démographique de cette spécialité médicale n'en est pas moins menacée.

En effet, l'évolution du nombre de médecins psychiatres indique une diminution, à échéance 2005-2010, de l'effectif de cette spécialité. Cette diminution due à une réduction "drastique" du nombre de psychiatres en formation (limitation du nombre d'internes et suppression du diplôme d'études spécialisées) paraît imparable (nombre de places à l'internat bloqué du fait du déficit concomitant d'autres spécialités ...).

¹ soit 2 210 médecins au 1^{er} janvier 1997

V. La place de la médecine générale libérale

La prévention des troubles psychiatriques au niveau de l'activité de la médecine générale est considérable. Ainsi, Viviane KOVÉSS¹ rappelle que : *"Les généralistes voient quant à eux une proportion très importante de personnes présentant des problèmes de santé mentale (...) un consultant sur cinq auprès d'un généraliste souffre d'un problème de santé mentale qu'il soit ou non exprimé ou reconnu comme tel."*, et fait référence à un diagramme² qui illustre l'importance quantitative de la participation des généralistes dans la prise en charge des problèmes psychiatriques.

¹ KOVÉSS V., *Epidémiologie et santé mentale*, Médecine -Sciences, Flammarion, juillet 1996.

² GOLDBERG D., HUXLEY P., *Mental illness in the community : the pathway to psychiatry*, London, New York, Tavistock Publications, 1980.

METHODOLOGIE

L'URML IDF a engagé une réflexion à partir de la problématique que nous venons d'énoncer, à savoir la nécessité d'une mesure fiable de l'implication de la médecine libérale dans la prise en charge des soins psychiatriques. Cette réflexion a été coordonnée par les travaux d'un comité de pilotage réunissant des médecins libéraux en activité, membres ou non de l'URML IDF.

Le comité, constitué à parité de médecins généralistes et médecins psychiatres, s'est attaché à définir les objectifs de l'enquête, proposer un protocole d'étude (méthodologie, questionnaires d'enquête, ...). Il a participé au suivi du dépouillement des résultats et à l'analyse.

Le comité de pilotage s'est appuyé, pour ses travaux, sur le service Etudes de l'URML IDF.

Les choix méthodologiques retenus par le comité de pilotage ont tous fait l'objet d'une validation de la SANESCO, organisme spécialisé dans la réalisation d'études. Certaines options, nous le verrons, n'ont pas pu être retenues.

I. Champ de l'étude

L'URML IDF a choisi, pour mesurer l'implication de la médecine libérale dans la prise en charge de la pathologie mentale, d'interroger directement les acteurs de cette prise en charge. Deux disciplines étaient concernées : la psychiatrie libérale et la médecine générale.

Ainsi, deux échantillons ont été définis : un échantillon de médecins généralistes et un échantillon réunissant médecins psychiatres et neuro-psychiatres. Il convient de noter que les médecins généralistes à exercice particulier (les MEP) ont été exclus du champ de l'étude du fait de leur trop grande hétérogénéité dans leur mode d'exercice et dans leurs références.

II. Objectifs

Différents objectifs ont été identifiés, autour de deux axes :

1. Obtenir des données objectives de cadrage permettant de dresser un état des lieux de la prise en charge libérale de la psychiatrie :
 - ~Obtenir un premier descriptif des activités de soins psychiatriques en pratique libérale (médecins généralistes et spécialistes).
 - ~Situer la part d'activité liée à la prise en charge des pathologies mentales dans l'ensemble de la prestation de soin des médecins généralistes.
 - ~Etablir une typologie des activités psychiatriques des généralistes et des spécialistes en psychiatrie, en prenant soin de distinguer la dimension psychiatrique proprement dite de ce qui relève de la psychologie médicale.
 - ~Repérer les grands types de thérapeutiques proposés.

2. Evaluer la perception, le vécu de cette prise en charge par les médecins :
 - ~Faire une première approche de la charge de travail objective et subjective spécifique à la pratique de soins psychiatriques.²
 - ~Ebaucher une compréhension des collaborations existant entre généralistes et psychiatres /neuro psychiatres.

III. Mode de recueil

L'URML IDF a fait le choix de réaliser un enquête par sondage, des enquêtes de type longitudinale ou exhaustive n'étant pas envisageables compte tenu à la fois des délais et des investissements qu'impliquent ces méthodes.

Deux populations ayant été définies, une population de médecins généralistes et une population de médecins psychiatres et neuro-psychiatres, un tirage par grappe¹ a été réalisé dans chacune des populations.

Ces populations ont au préalable été stratifiées² sur le département.

Un premier échantillonnage a été réalisé sur le département auprès de 2 581 médecins libéraux, dont 1 876 médecins généralistes et 705 médecins psychiatres et neuro-psychiatres, tenant compte des probabilités de refus, des hors champ, et des contraintes de représentativité qu'exige une enquête.

Sur la base de cet échantillonnage, un envoi de courrier a été effectué visant à expliciter les objectifs de l'enquête et en préciser les enjeux.

A l'issue de cette sensibilisation, 626 médecins généralistes et 233 médecins psychiatres et neuro-psychiatres³ avaient accepté de participer à l'enquête de l'URML IDF (soit respectivement de 33,5 % et 33 %).

L'ensemble des médecins ayant accepté de participer à l'enquête n'ont pas tous renvoyé leurs questionnaires remplis dans les délais qui leur étaient impartis.

Aux vues des premiers résultats de l'enquête, force a été de constater une trop faible représentation des médecins généralistes. Un recrutement complémentaire pour cette population a du être réalisé.

¹ Tirage par grappe : méthode de sondage aléatoire où la population de référence est composée de sous-ensembles de la base de sondage.

² Stratification : la stratification est un regroupement des unités de la base de sondage en sections relativement homogènes appelées strates. L'échantillon final est composé d'échantillons prélevés indépendamment dans chacune des strates.

³ Voir tableau en annexe.

IV. Les Questionnaires

Les médecins généralistes et psychiatres recrutés devaient remplir deux types de questionnaire :

- Une fiche médecin, unique, à renseigner par le médecin enquêteur
- Des fiches patients, à renseigner pour tous les patients vus sur la période d'enquête

Ces questionnaires figurent en annexe.

V. Distinction entre la psychiatrie et ce qui relève de la psychologie médicale

L'URML IDF a fait le choix de distinguer les troubles liés à la maladie mentale psychiatrique "caractérisée"¹ des troubles relevant de la psychologie médicale, symptomatique.

Une grille a été élaborée en ce sens (question 4.3 du questionnaire patient).

VI. Caractéristiques socio-démographiques de la population prise en charge

Viviane KOVESS définit la notion de 'facteur de risque' comme *"n'importe quelle caractéristique associée avec une probabilité augmentée d'avoir une maladie mentale"*. Ainsi, un certain nombre de variables sont liées à la prévalence de problèmes de santé

¹ En référence à la classification CIM 10.

mentale, tels le sexe, l'âge, le statut matrimonial, la classe sociale, la catégorie et le statut professionnels.

Jean-Marie ANGLERAUD¹ montre qu'une morphologie sociale des clientèles du secteur libéral et du public se dessine autour de caractéristiques socio-démographiques de la population traitée.

VII. Recours à la CIM 10

Viviane KOVESS retient pour définition de la maladie mentale : *"des troubles psychiques classables à partir d'une classification diagnostique"*². Une telle définition opérationnelle de la maladie mentale nécessite de recourir, pour élaborer un diagnostic, à une classification des troubles mentaux.

Différentes classifications sont aujourd'hui utilisées, parmi lesquelles la Classification Internationale des Maladies (CIM), 10^{ème} révision. L'URML IDF a fait le choix de recourir à cette classification, déjà utilisée dans des études du même type³

La CIM 10 est un outil supposé connu par les médecins psychiatres, même si certains en contestent la validité (la maladie mentale ne pouvant se résumer à des étiquettes).

Pour ce qui est des médecins généralistes, peu sont ceux qui l'utilisent fréquemment et en manient facilement l'usage.

Le choix de proposer à l'ensemble des médecins participant à l'étude de référer leurs diagnostics à cette classification était risqué et a, semble-t-il, montré ses limites. En effet, on peut rapprocher le taux de non réponse des médecins généralistes (significativement plus élevé que celui des médecins psychiatres) à la difficulté d'usage de la CIM 10.

¹ ANGLERAUD J.-M., AERPSY, Statut social et circuits de soins, Maladie Mentale, MIRE, 1989.

² Définition proposée par le docteur Viviane KOVESS.

³ ANGLERAUD J.-M., AERPSY, Statut social et circuits de soins, Maladie Mentale, MIRE, 1989.

Tous les patients ne rentrant pas forcément dans le type de maladies proposées par la classification de l’OMS, une échelle de mesure des troubles a été proposée en alternative. Cette grille de diagnostic, fondée davantage sur la symptomatologie que sur le diagnostic, a été élaborée dans le soucis de pouvoir être mise en parallèle avec les items de la CIM 10. Cette grille a été largement utilisée par les médecins généralistes, mais également par les médecins psychiatres (dans une moindre proportion).

VIII. Echelle de satisfaction

Un des objectifs de l’étude était d’apprécier le vécu de l’acte par le médecin, généraliste ou psychiatre. Une telle analyse de la satisfaction ressentie par rapport à un acte médical nécessite un travail approfondi, qui à lui seul pourrait être l’objet d’une enquête.

Des outils d’appréciation qualitatifs existent qui sont largement utilisés, en particulier dans le cadre d’études médico-économiques. Il s’agit d’échelles de mesure, numérotées de 0 à n, sur lesquelles on reporte une appréciation.

De tels outils sont considérés comme donnant une image très globale, mais relativement fiable de la réalité.

IX. Test de faisabilité

Un test préalable de la méthode et des questionnaires a été réalisé auprès de 20 médecins libéraux (10 médecins généralistes et 10 médecins psychiatres et neuro-psychiatres). Ce test a permis de réviser un certain nombre de questions, ainsi que l’agencement général du questionnaire.

X. Enquête terrain

Le comité de pilotage s'est interrogé sur l'opportunité de réaliser l'enquête sur une période longue (une semaine, voire un mois). Ce mode de recueil présente l'avantage de lisser les éventuels comportements atypiques et donc de donner une image qui reflète une pratique moyenne. Cependant, il nécessite une logistique particulièrement lourde et un investissement conséquent des médecins enquêteurs. Ce choix a été écarté.

Un autre mode de recueil envisagé aurait consisté en une enquête ponctuelle (une journée) à passage répété. Là encore, il est possible de corriger, sur les passages consécutifs, d'éventuelles atypies recensées sur une seule journée d'observation. La logistique à mettre en œuvre dépassait encore les capacités de l'URML IDF qui a retenu le principe d'une enquête ponctuelle à passage unique. Des données de cadrage de démographie et d'activité ont permis de s'assurer (a posteriori) de la qualité et de la fiabilité des données recueillies.

Il est important de souligner que les coupes transversales sur-représentent les gros consommateurs de soins médicaux. Les résultats de la présente enquête ne sont donc pas représentatifs de la population générale francilienne mais de la clientèle des médecins libéraux d'Ile de France.

Le choix de la journée d'enquête a fait lui aussi l'objet d'une attention toute particulière. Il était important que cette journée soit, le plus possible, le reflet d'une journée moyenne d'activité libérale pour les disciplines concernées. Le profil de la clientèle des médecins libéraux est sensiblement différent selon la période de l'année, ou encore le jour de la semaine. Le comité a fait le choix d'écarter les périodes les plus atypiques telles que les périodes d'épidémies connues et les journées connues comme les plus spécifiques (le mercredi pour les enfants, le lundi pour la plus forte fréquence des actes).

L'enquête a donc consisté en un recueil exhaustif, sur une journée complète d'activité libérale, des données relatives à l'ensemble des patients vus en visite ou en consultation. Elle s'est déroulée sur deux journées : le 13 octobre 1998 pour un premier panel de médecins généralistes et psychiatres, et le 15 décembre 1998 pour le second panel de

médecins généralistes. Il s'agissait d'obtenir, pour les médecins généralistes, une cohorte d'ampleur suffisante.

Seuls les patients âgés de plus de 18 ans devaient être intégrés au recueil.

XI. Validation des réponses

Sur l'ensemble des médecins enquêteurs, 368 médecins ont retourné le questionnaire, dont 242 généralistes et 126 psychiatres et neuropsychiatres. Parmi eux, certains ont été exclus, du fait de questionnaires non exploitables. On parle ici des questionnaires hors champ (patients âgés de moins de 18 ans), des questionnaires appartenant à des médecins jugés atypiques (médecins pratiquant un nombre d'actes moyen par jour particulièrement bas – inférieur à 10).

On notera que les questionnaires incomplets ont été peu nombreux. Les questions non renseignées étaient celles apparaissant en sous-question (par exemple : « Le patient est-il en ALD ? oui /non », « Si oui, s'agit-il d'une ALD psychiatrique ? oui /non »).

Les questionnaires remplis de manière incorrecte (en particulier les questionnaires dans lesquels ont été renseignés à la fois le diagnostic CIM 10 et le symptôme élaboré à partir de la grille proposée) ont fait l'objet d'une correction manuelle. Le principe retenu était de faire primer le renseignement sur le diagnostic CIM 10.

L'analyse a donc finalement porté sur 284 médecins (186 généralistes et 98 psychiatres et neuropsychiatres), soit 4430 fiches patients.

XII. Redressement a posteriori

Après détermination du fichier exploitable, constitué de 284 médecins, un redressement a été effectué sur le département et sur le secteur d'exercice.

Selon la sur-représentation ou la sous-représentation départementale mesurée, un coefficient correcteur a été appliqué.

Ce coefficient correcteur tenait compte de la représentativité sur le secteur d'exercice¹.

XIII. Traitement statistique

Les traitements statistiques de l'étude ont essentiellement été réalisés sous SAS (Statistical Analysis System) et SPAD.

¹ Le fichier de France Télécom sur lequel a été réalisé le sondage initial ne permettait pas de prendre en compte cette variable ; la post-stratification a permis de rendre compte du secteur d'exercice.

RESULTATS

I. Descriptif des échantillons de médecins enquêteurs

Tableau 1 : Echantillons de médecins généralistes et psychiatres comparés aux données de cadrage IDF

	Médecins généralistes		Médecins psychiatres	
	Echantillon	Donnée de cadrage IDF	Echantillon	Donnée de cadrage IDF
Sexe				
Hommes	69,3 %	74,1 %	65,2 %	59,7 %
Femmes	30,7 %	25,9 %	34,8 %	40,3 %
Age moyen¹	45 ans	44,7 ans	47,9 ans	48,5 ans
Département				
Paris	22 %	23,6 %	66 %	63,9 %
Seine et Marne	10,2 %	10,6 %	3 %	3,2 %
Yvelines	11,3 %	11,5 %	6 %	6,8 %
Essonne	10,2 %	9,9 %	4 %	4,3 %
Hauts de Seine	12,4 %	12,7 %	8 %	8 %
Seine Saint Denis	12,4 %	11,3 %	4 %	4,2 %
Val de Marne	11,3 %	11,1 %	5 %	5,7 %
Val d'Oise	9,7 %	9,3 %	4 %	3,9 %
Mode de conventionnement				
Secteur 1	78,2 %	69,3 %	55,8 %	51,1 %
Secteur 2	21,8 %	28,6 %	44,2 %	44,1 %
DP	-	-	-	-
Non conventionné	-	} 2,1 %	-	} 1,8 %

Sources : Enquête URML IDF - 1998

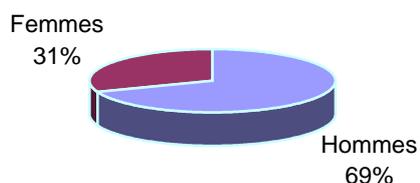
Le descriptif des échantillons atteste de leur représentativité régionale. Les modes de conventionnement DP et non conventionnés n'ont pas pu être isolés dans nos échantillons du fait du nombre réduit de médecins concernés. La représentativité au niveau du secteur de conventionnement est, de fait, difficile à apprécier.

¹ Voir courbes de distribution en document joint.

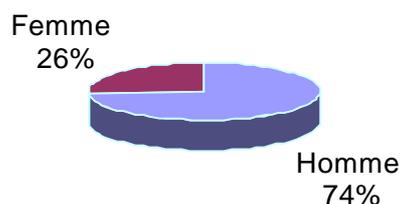
1. Echantillon des médecins généralistes

Le médecin généraliste francilien est un homme dans plus de 2 cas sur 3, âgé de 45 ans en moyenne, il est domicilié selon une répartition géographique semblable à celle de l'ensemble de la population francilienne. Il exerce prioritairement en secteur 1.

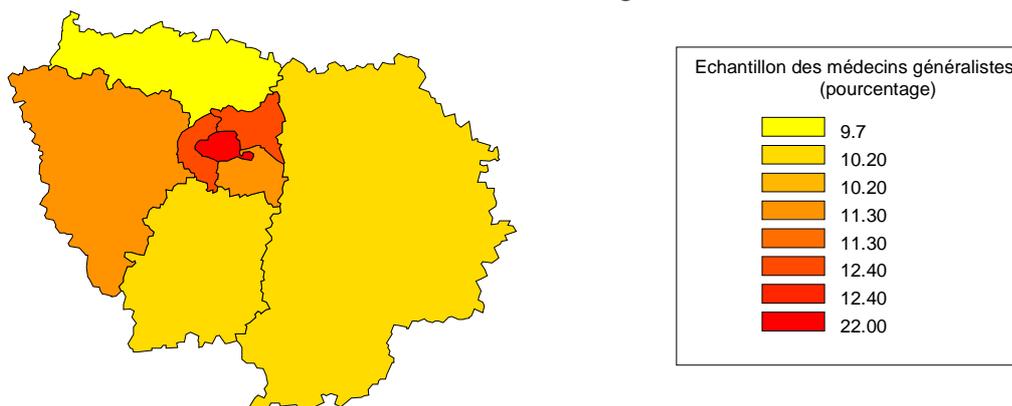
Graphique 1 : Médecins généralistes de l'enquête



Graphique 2 : Médecins généralistes franciliens

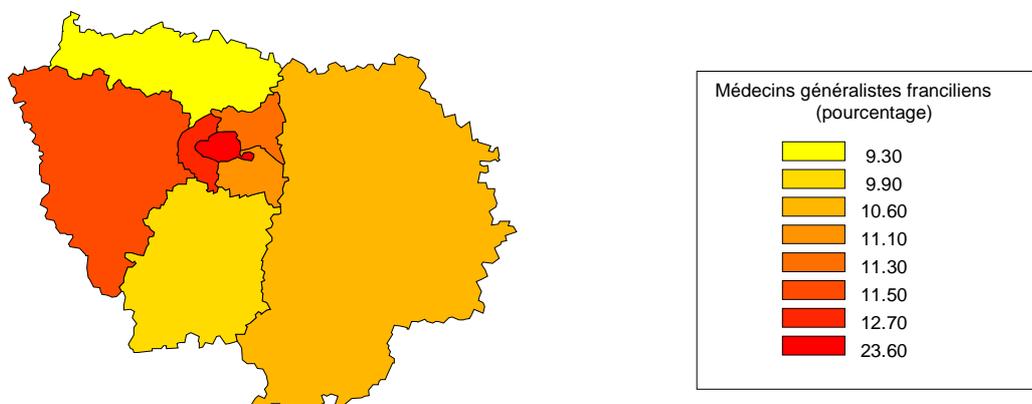


Carte 1 : Echantillon des médecins généralistes



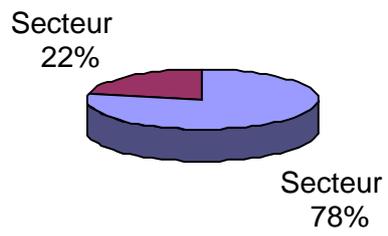
Sources : Enquête URML IDF - 1998

Carte 2 : Médecins généralistes franciliens

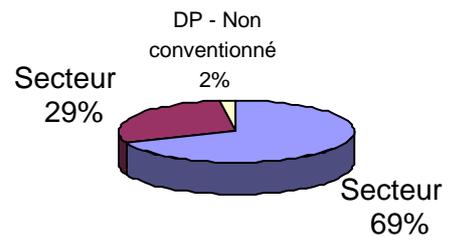


Sources : Enquête URML IDF - 1998

Graphique 3 : Médecins généralistes de l'enquête



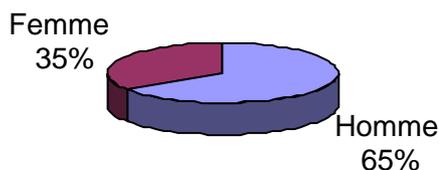
Graphique 4 : Médecins généralistes franciliens



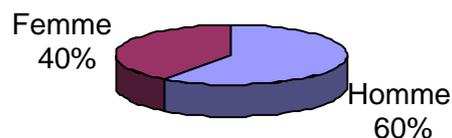
2. Echantillon des médecins psychiatres

Le médecin psychiatre francilien est un homme dans 65 % des cas, âgé de 48 ans en moyenne. Il est parisien dans deux cas sur trois, et exerce indifféremment en secteur 1 ou 2.

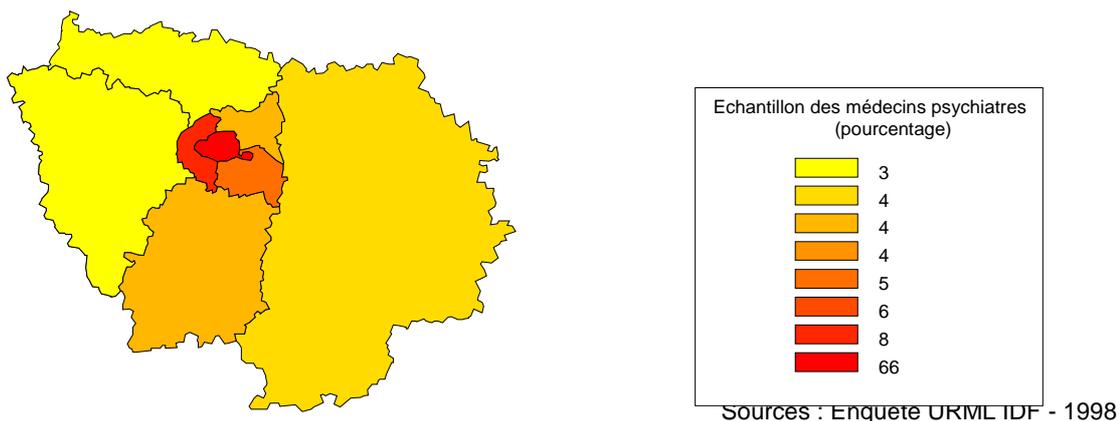
Graphique 5 : Médecins psychiatres ayant participé à l'enquête



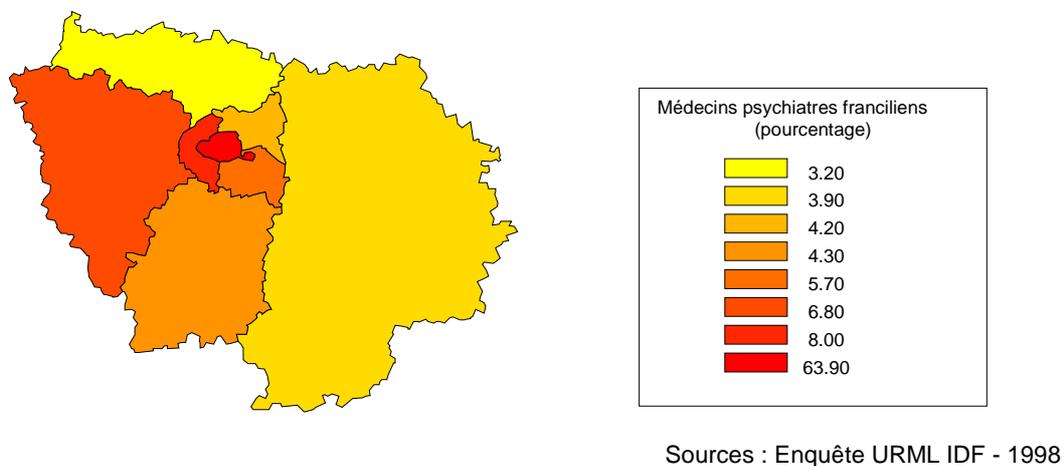
Graphique 6 : Médecins psychiatres franciliens



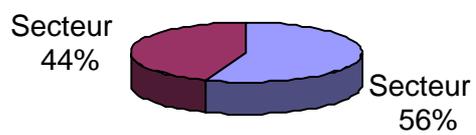
Carte 3 : Echantillon des médecins psychiatres



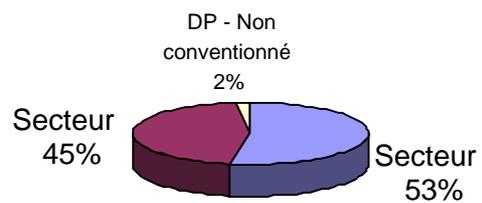
Carte 4 : Médecins psychiatres et neuro-psychiatres franciliens



Graphique 7 : Médecins psychiatres de l'enquête



Graphique 8 : Médecins psychiatres franciliens



II. Profil des patients

Tableau 2 : Populations prises en charges par les médecins généralistes et psychiatres, comparées aux données de cadrage IDF

	Population francilienne prise en charge par le médecin généraliste	Population francilienne prise en charge par le médecin psychiatre	Population générale francilienne
Sexe			
Hommes	37,4 %	32,6 %	47,7 %
Femmes	62,6 %	67,4 %	52,3 %
Age moyen	52,8 ans	40,8 ans	45,3 ans ¹
Département			
Paris	20,1 %	43,1 %	22,2 %
Seine et Marne	10,3 %	3,8 %	9,4 %
Yvelines	12 %	6,3 %	11,7 %
Essonne	11,1 %	6,9 %	9,8 %
Hauts de Seine	10,8 %	14,3 %	13,5 %
Seine Saint Denis	12,9 %	7,5 %	12,5 %
Val de Marne	12 %	11,1 %	11,5 %
Val d'Oise	9,9 %	5,8 %	9,2 %
Autre	0,7 %	1,1 %	0 %
Etat matrimonial			
Célibataire	23 %	41,8 %	36 %
Marié(e)	54,3 %	39,4 %	52 %
Divorcé(e)	6,6 %	15,7 %	6 %
Veuf(ve)	15,1 %	3 %	7 %
Inconnu	0,9 %	0 %	0 %
CSP (catégorie socioprofessionnelle)			
Agriculteur	0,2 %	0,2 %	0,2 %
Artisan	3,3 %	4 %	4 %
Cadre	10,8 %	32,2 %	12,9 %
Profession intermédiaire	12,1 %	23,6 %	15 %
Employé	18,4 %	17,4 %	19,8 %
Ouvrier	5,1 %	2,6 %	14,6 %
Retraité	29,7 %	4,2 %	17,2 %
Autre	20,4 %	15,7 %	16,4 %
ALD (affection de longue durée)	24,2 %	22,7 %	EMS

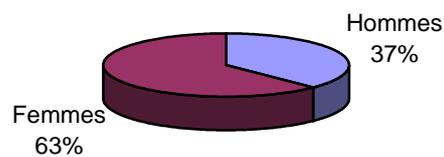
Sources : Enquête URML IDF - 1998

¹ Attention, le champ de l'étude (adultes) interdit de comparer l'âge moyen des patients à celui de la population générale francilienne.

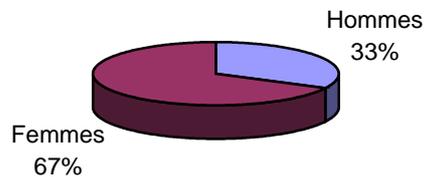
1. Le sexe :

La clientèle des médecins généralistes et psychiatres est majoritairement féminine (respectivement 63 et 67 % des patients). Comparativement à la population générale, les femmes qui consultent un médecin généraliste ou psychiatre sont plus nombreuses.

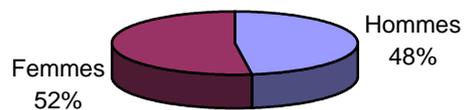
Graphique 9 : Répartition des patients des médecins généralistes selon le sexe



Graphique 10 : Répartition des patients des médecins psychiatres et neuro-psychiatres selon le sexe



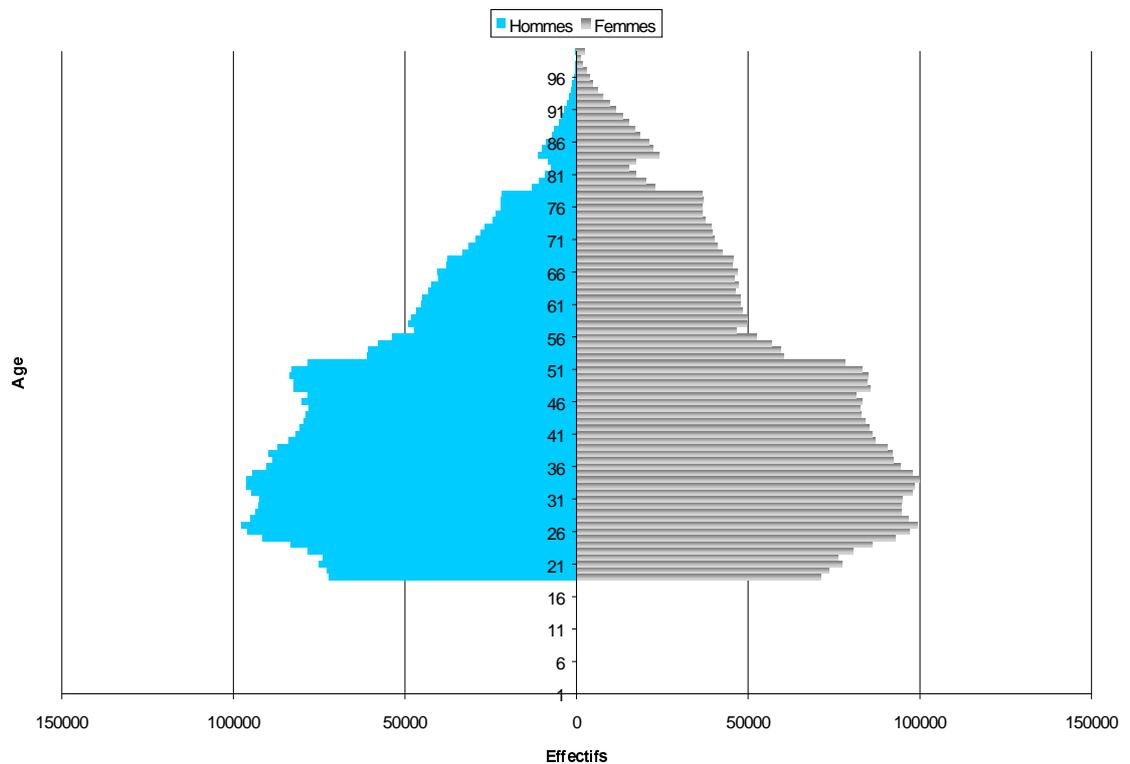
Graphique 11 : Répartition de la population francilienne selon le sexe



2. L'âge :

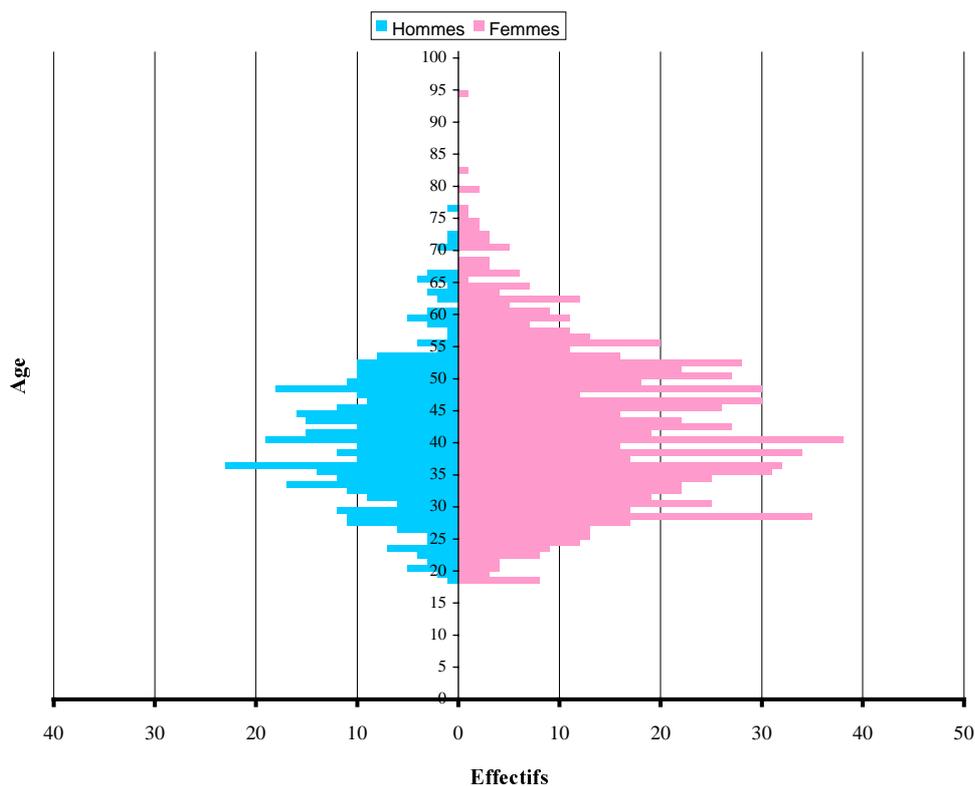
La patientèle des psychiatres est sensiblement plus jeune que celle des médecins généralistes. Une explication de cette observation tient au fait que les généralistes voient, au cours de leurs visites et consultations, un grand nombre de retraités (30 % contre 17 % en population générale).

Graphique 12 : pyramide des âges des patients des médecins généralistes



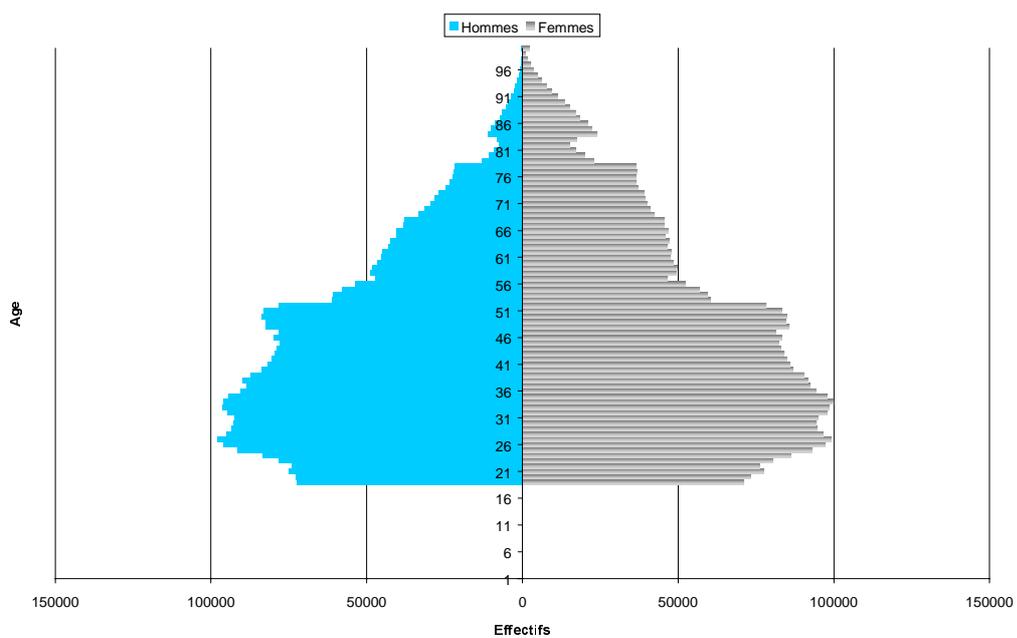
Sources : Enquête URML IDF - 1998

Graphique 13 : pyramide des âges des patients des médecins psychiatres et neuro-psychiatres



Sources : Enquête URML IDF - 1998

Graphique 14 : pyramide des âges de la population générale francilienne en 1998 - INSEE



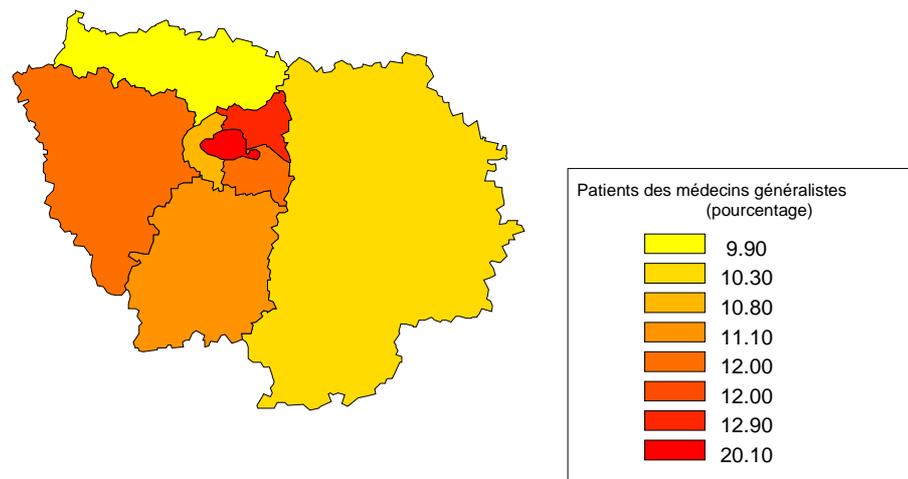
Sources : INSEE /Modèle OMPHALE - 1998

3. La répartition infra régionale :

La répartition de la clientèle des médecins généralistes à l'échelon infra régional est superposable à celle de la population générale francilienne.

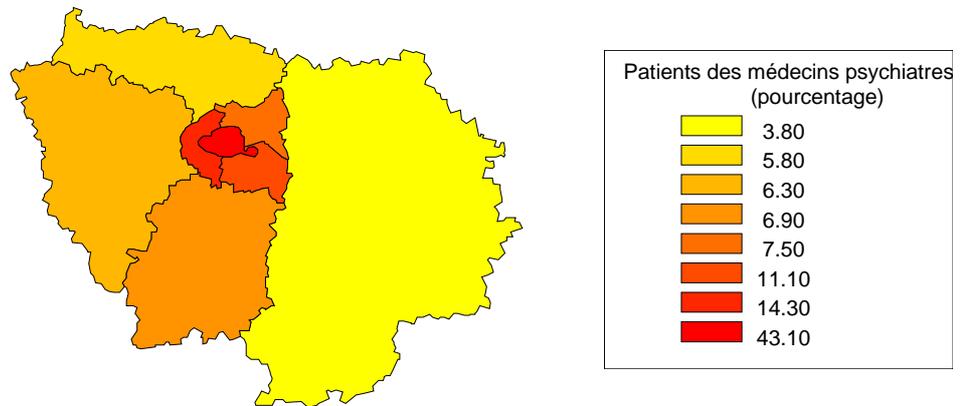
Pour les médecins psychiatres, la répartition de la clientèle met en évidence un surdimensionnement de Paris comparativement aux autres départements de la région. Les départements de la petite couronne répondent à une répartition comparable dans l'échantillon des médecins psychiatres et en population générale. La grande couronne est quand à elle sous-représentée. Là encore, il convient de s'interroger sur les causes imputables à cette observation : la fréquence des troubles psychiatriques est-elle plus élevée à Paris et faible en grande banlieue ? L'offre de soins plus importante au centre de la région doit-elle être mise en cause ? (mais quelles sont alors les raisons sous-jacentes à cette offre plus importante ?). Plus simplement, la prévalence de la maladie mentale n'est-elle pas liée à des conditions de vie particulières (isolement, villes urbaines, densité de population plus élevée, ...) que l'on retrouve justement dans les très grandes agglomérations ?

Carte 5 : Patients des médecins généralistes



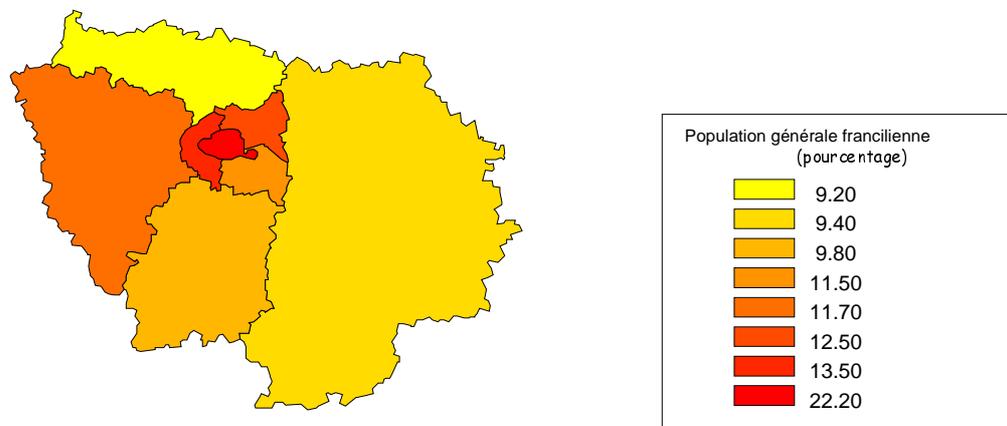
Sources : Enquête URML IDF - 1998

Carte 6 : Patients des médecins psychiatres



Sources : Enquête URML IDF - 1998

Carte 7 : Population générale francilienne

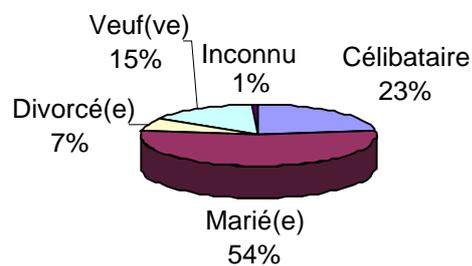


Sources : Enquête URML IDF - 1998

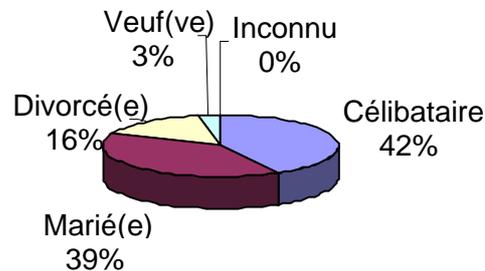
3. La situation matrimoniale :

Les populations en situation d'isolement, célibataires ou divorcées, sont massivement représentées dans la clientèle des médecins psychiatres. A l'inverse, les patients mariés ou veufs sont plus nombreux parmi les patients des médecins généralistes.

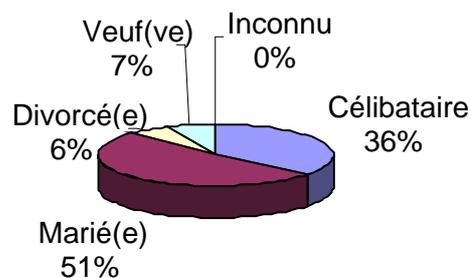
Graphique 15 : Répartition des patients des médecins généralistes selon la situation matrimoniale



Graphique 16 : Répartition des patients des médecins psychiatres selon la situation matrimoniale



Graphique 17 : Répartition de la population francilienne selon la situation matrimoniale



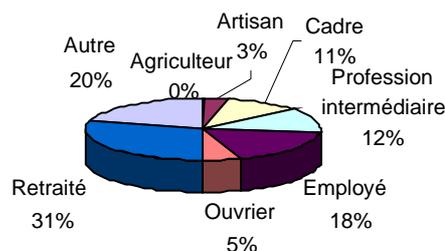
4. La CSP :

Les cadres et professions intermédiaires constituent la part la plus importante de la clientèle des médecins psychiatres. Doit-on incriminer leur niveau de vie (social et économique) plus élevé, ou bien les raisons de ce phénomène sont-elles plus complexes, probablement liées à des conditions de vie (stress, environnement social) là encore particulières ?

Les retraités sont très nettement plus nombreux dans la clientèle du médecin généraliste et largement sous-représentés auprès des médecins psychiatres. Ce phénomène était déjà perceptible à travers l'âge moyen plus élevé de la patientèle des généralistes et la part plus importante de population en situation de veuvage. Il est probable que l'isolement de la personne âgée la conduit à rechercher, pour des troubles pas forcément de nature psychologique, l'oreille attentive du médecin généraliste, connu et "habitué".

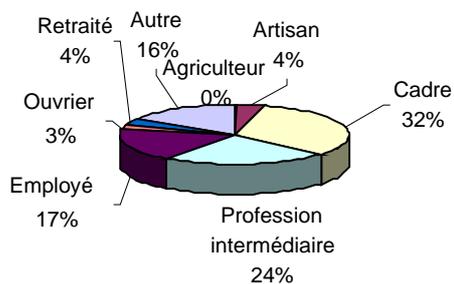
Un phénomène est saillant dans l'analyse des clientèles des médecins généralistes et psychiatres : les ouvriers ne recourent que très faiblement aux soins. Une étude du CREDES publiée récemment¹ tend à infirmer cette conclusion : les ouvriers ont recours aux soins, mais pas en médecine libérale.

Graphique 18 : Répartition des patients des médecins généralistes selon la CSP

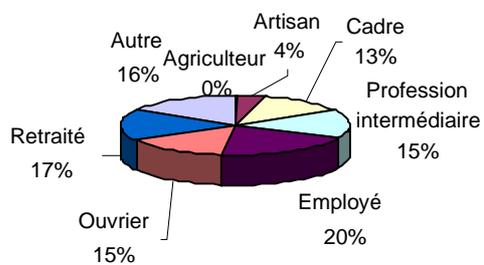


¹ Le Pape A., Lecomte T., 1999, CREDES, *Prévalence et prise en charge médicale de la dépression en 1996-1997*, Paris.

Graphique 19 : Répartition des patients des médecins psychiatres selon la CSP



Graphique 20 : Répartition de la population francilienne selon la CSP



III. La pratique du médecin généraliste

Tableau 3 : La pratique du médecin généraliste

	Effectif	Pourcentage
Nombre moyen de patients par jour	-	18
Part des patients vus en visite	568	19,1 %
Part des patients vus en consultation	2412	80,9 %
Part des actes d'urgence	254	10,4 %
Patients en accès direct	2735	97,7 %
Durée moyenne de l'acte	2865	17 minutes
Cotation de l'acte (0 à 20) des actes psychiatriques (selon le médecin)	354	12,4
Origine de la prise en charge Accès direct		98 %
Motif de l'acte selon le patient	(2 959)	
Consultation de prévention	699	23,6 %
Maladie somatique	2051	69,3 %
Demande d'aide psychologique	146	4,9 %
Maladie psychiatrique	63	2,1 %
Motif de l'acte selon le médecin	(2 955)	
Consultation de prévention	680	23 %
Maladie somatique	1903	64,4 %
Demande d'aide psychologique	245	8,3 %
Maladie psychiatrique	127	4,3 %
Besoin d'accompagnement psychologique (réponse oui)	989	35,7 %
Diagnostic CIM 10	466	16 %
Troubles organiques		10,1 %
Troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-		8,9 %
Schizophrénie		4 %
Troubles de l'humeur		38,5 %
Troubles névrotiques		28,1 %
Syndromes de comportements et pathologies associées		5 %
Troubles de la personnalité		3,3 %
Retard mental		2 %
Symptômes mal définis	651	22 %
Difficultés relationnelles		7,9 %
Troubles caractériels		1,9 %
Plaintes somatiques		10,9 %
Fluctuations		3,7 %
Réactions agressives		2,1 %
Vieillesse		7,7 %
Anxiété		22,9 %
Instabilité		2,3 %
Excitation /agitation		1,2 %
Dépressivité		8,1 %
Immaturité		2,8 %
Difficultés sexuelles		2,4 %
Problèmes alimentaires		4,2 %
Etrangeté /bizarrerie		0,2 %
Consommation de substances toxiques		0,9 %
Troubles organiques		5,4 %
Contexte familial		9,9 %
Autre		5,6 %
Antécédent de maladie mentale	86	17,7 %
Traitement psychotrope	592	21,3 %

Classe thérapeutique	563	
Antidépresseur		37,2 %
Anxiolytique		33,6 %
<i>Benzodiazépine</i>		24,9 %
<i>Non Benzodiazépine</i>		5,2 %
<i>NSP</i>		3,5 %
Correcteur /adjuvant		4,1 %
Hypnotiques		19,1 %
<i>Benzodiazépine</i>		4,8 %
<i>Non Benzodiazépine</i>		14 %
<i>NSP</i>		0,3 %
Neuroleptique		5,4 %
Thymorégulateur		0,7 %
Motif de la prescription		
Maladie mentale diagnostiquée		21,9 %
Troubles organiques		14,9 %
Symptômes psy		60,1 %
NSP		3,1 %
Traitement psychologique	995	35,5 %
Nature		
Ecoute		77 %
Psychanalyse		0,1 %
Conseil psychologique		9,6 %
Consultation ponctuelle		9,1 %
Autre		2,4 %
Psychothérapie		1,8 %
Traitement psychologique effectué par un confrère	180	6,3 %
Généraliste	9	4,7 %
Psychiatre libéral	85	46,4 %
Psychiatre de secteur	31	16,9 %
Spécialiste non psychiatre	6	3,4 %
Hospitalisation publique	27	14,6 %
Hospitalisation privée	4	2,1 %
Psychologue	17	9,2 %
Autre	5	2,6 %
Besoin d'avis complémentaire		16,8 %

Sources : Enquête URML IDF - 1998

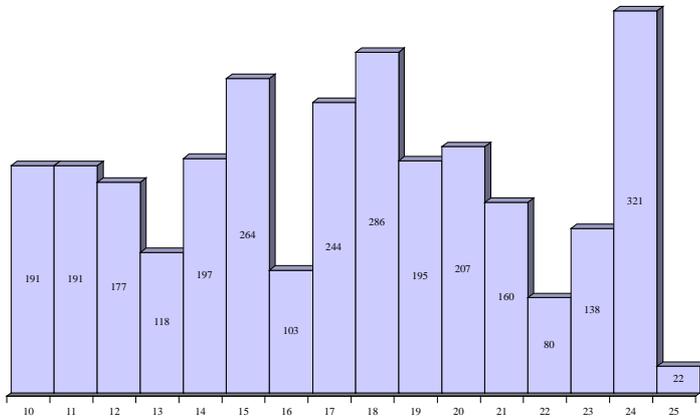
Le médecin généraliste voit en moyenne 18 patients par jour, principalement en consultation (81 %).

Dans 10 % des cas, il s'agit d'un acte d'urgence.

98 % des patients du médecin généraliste lui arrivent en accès direct.

Graphique 21 : nombre moyen de patients vus sur une journée d'activité libérale - médecins généralistes

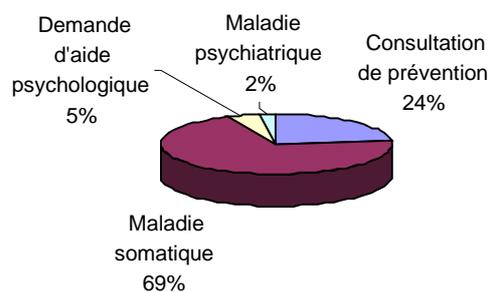
Moyenne : 17.9 patients /jour



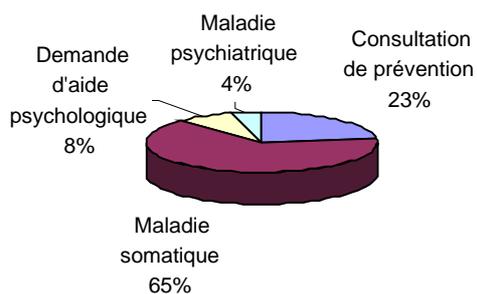
1. Motif de l'acte

Que l'on interroge le médecin généraliste ou son patient, les troubles somatiques sont à l'origine des 2/3 des actes (respectivement 64,4 et 69,3 %).

Graphique 22 : Motif de l'acte selon le patient des médecins généralistes



Graphique 23 : Motif de l'acte selon le médecin généraliste

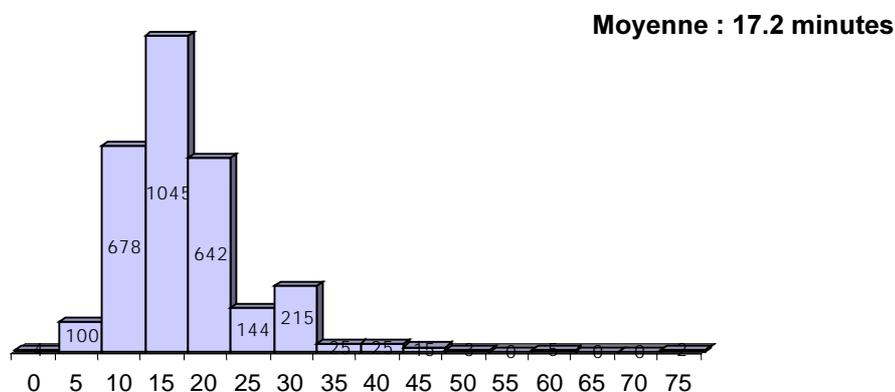


Il est intéressant d'observer que, dans 35,7 % des cas, le médecin perçoit un besoin d'accompagnement psychologique sous-jacent à l'acte médical (que l'acte soit motivé par de la prévention, une maladie somatique ou un trouble d'ordre psychologique ou psychiatrique).

2. Durée de l'acte

La durée moyenne d'un acte, pour un médecin généraliste, est estimée à 17 minutes (voir courbe de distribution).

Graphique 24 : Courbe de distribution de la durée de l'acte - médecin généraliste



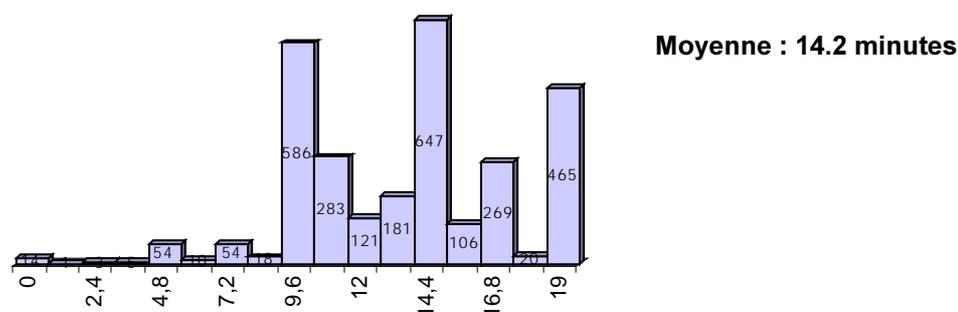
La durée de l'acte pratiqué par le médecin généraliste est d'autant plus élevée que le patient bénéficie d'un traitement psychologique, que la nature de ce traitement est l'écoute, que le médecin perçoit, sous-jacent à l'acte, une demande d'aide psychologique, que le patient bénéficie d'un traitement psychotrope, de type antidépresseur, ... Bref, les patients pris en charge pour des troubles psychologiques ou psychiatriques bénéficient de consultations (ou visites) plus longues que les autres patients.

La durée de l'acte varie selon que le médecin généraliste qualifie le motif de l'acte en somatique (17 minutes en moyenne) ou en non somatique (23 minutes en moyenne).

3. Cotations subjectives de l'acte

Sur une échelle de 0 à 20, le médecin généraliste donne une note moyenne à l'ensemble de ses patients de 14,2 (voir courbe de distribution, n=2445).

Graphique 25 : Courbe de distribution de la cotation donnée à l'acte - médecin généraliste



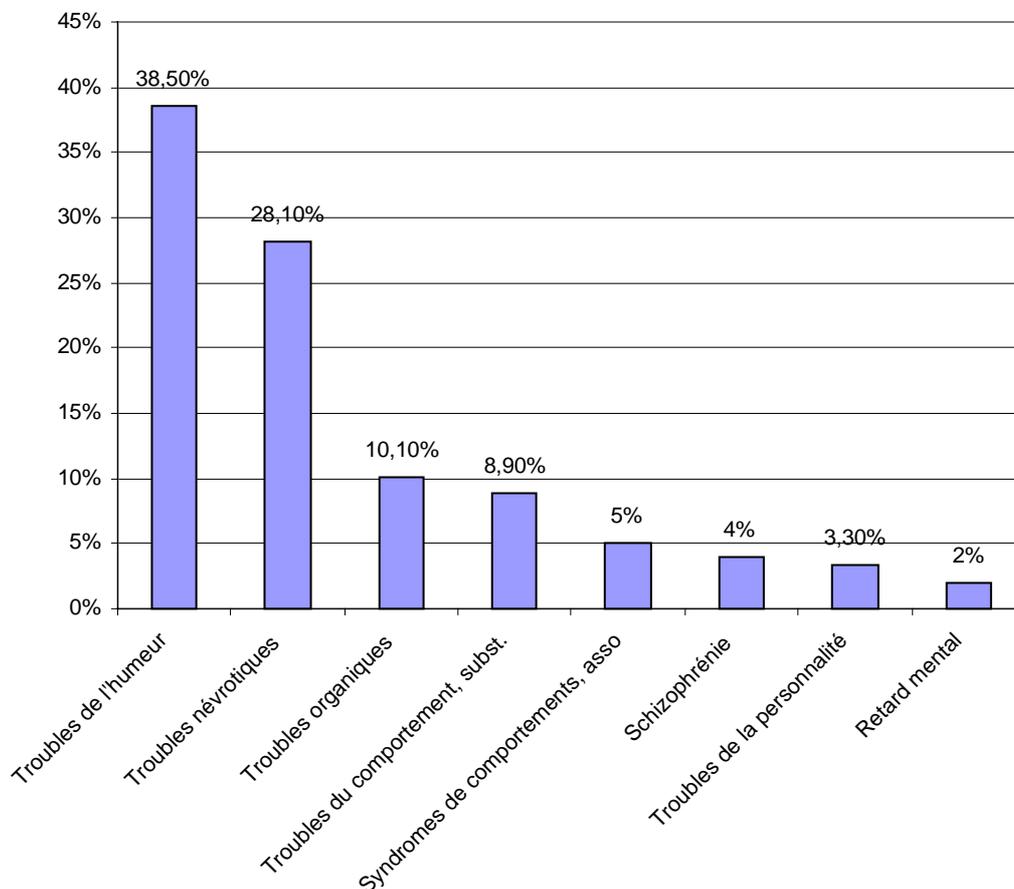
Lorsque le patient présente un trouble psychologique ou psychiatrique (n=354), la note est abaissée à 12,4. Ainsi, pratiquer un acte pour motif de trouble psychologique ou psychiatrique est ressenti comme moins agréable pour le médecin généraliste qu'un acte relevant d'un trouble somatique.

4. Diagnostic

La méthodologie retenue pour l'enquête préconisait, pour le codage du diagnostic, l'utilisation de la Classification Internationale des Maladies de l'OMS, dixième révision (CIM 10). Cette classification, assez lourde d'utilisation, représentait, pour les médecins enquêteurs, une contrainte (apprentissage d'un nouvel outil, ...). Il convient de garder cet élément à l'esprit car il est possible que certaines pathologies n'aient pu être codées de ce fait.

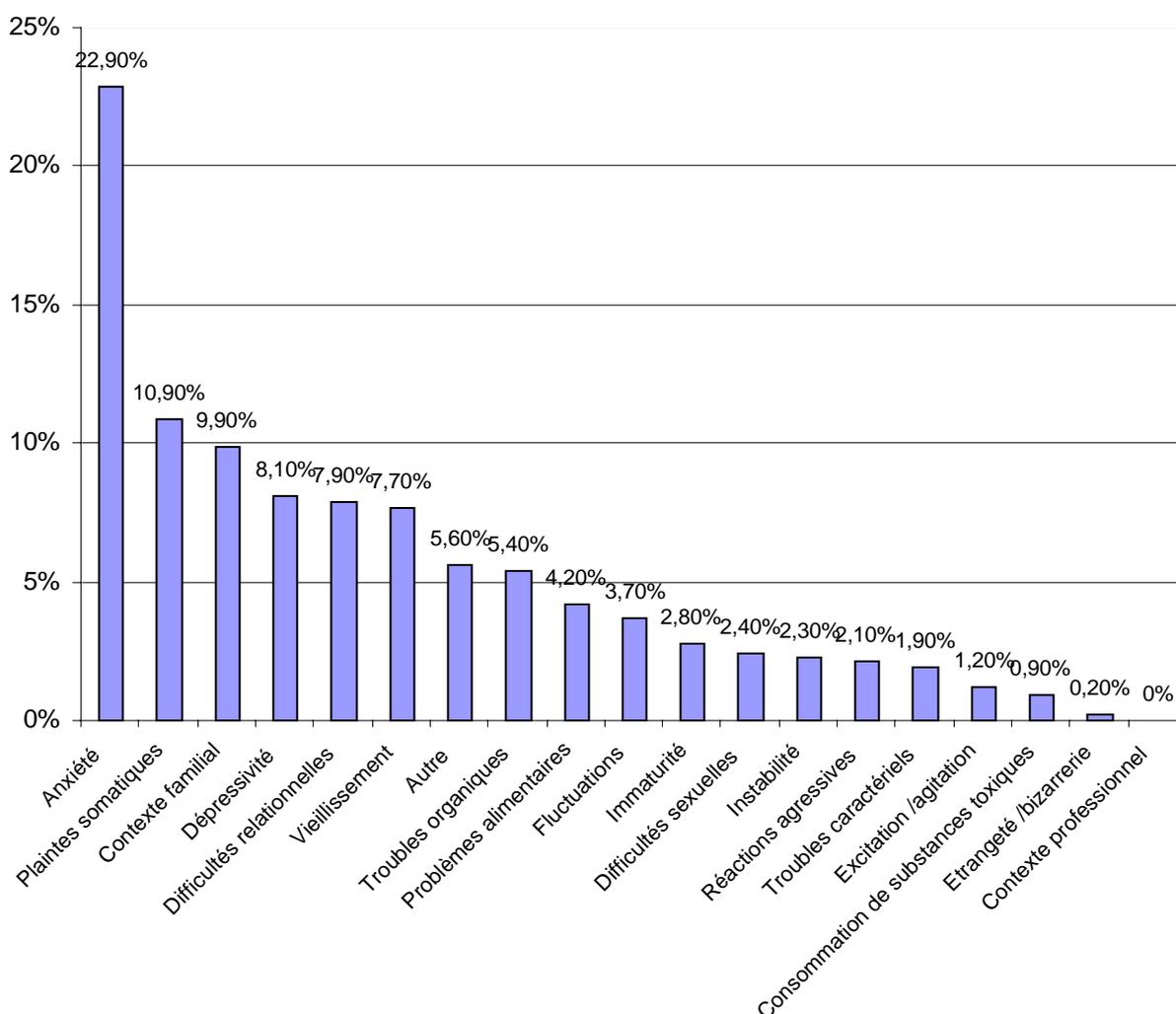
16 % des patients des médecins généralistes ont fait l'objet d'un diagnostic fondé sur la CIM 10. Sur les 466 patients concernés, 38,5 % des patients présentaient des troubles de l'humeur, 28,1 % des troubles névrotiques, 10,1 % présentaient des troubles organiques et 8,9 % des troubles du comportement liés à l'absorption de substances toxiques.

Graphique 26 : Répartition des diagnostics (CIM 10) des patients des médecins généralistes



Dans 22 % des cas (651 patients), le diagnostic a été élaboré sans classification, sur la base de symptômes dits "mal définis". Les principaux troubles observés étaient alors : l'anxiété (22,9 % des patients), des plaintes somatiques (10,9 %), des troubles liés à un contexte familial difficile (9,9 %), de la dépressivité (8,1 %) et des troubles liés au vieillissement (7,7 %).

Graphique 27 : Répartition des symptômes des patients des médecins généralistes

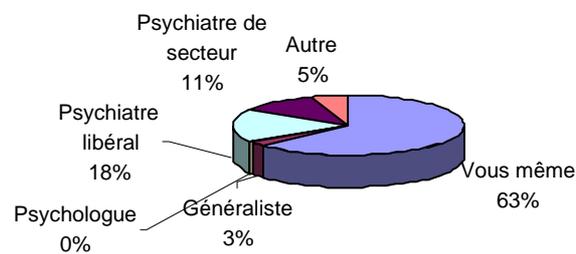


5. Auteur du diagnostic :

Dans 2/3 des cas de pathologie mentale (63,1 %), le généraliste pose lui-même son diagnostic.

29 % des autres diagnostics sont établis par un médecin psychiatre, libéral ou de secteur.

Graphique 28 : Répartition des patients des médecins généralistes selon l'auteur du diagnostic



Le généraliste qui fait l'acte décide, pour 40,4% de sa clientèle des troubles de l'humeur et pour 33,5% des troubles névrotiques.

Pour la schizophrénie, un médecin psychiatre libéral est à l'origine du diagnostic dans 71 % des cas. 59 % des cas s'agissant du retard mental.

6. Diagnostic et caractéristiques socio-démographiques de la clientèle

Diagnostic et sexe :

Les femmes sont plus touchées par les troubles de l'humeur (41,9% de la patientèle féminine) et dans une moindre mesure par les troubles névrotiques (29,2%). A titre de comparaison, un tiers des hommes souffrent de troubles de l'humeur, un quart de troubles névrotiques.

D'une façon générale les hommes consultent plus que les femmes pour des troubles organiques ou des troubles du comportement.

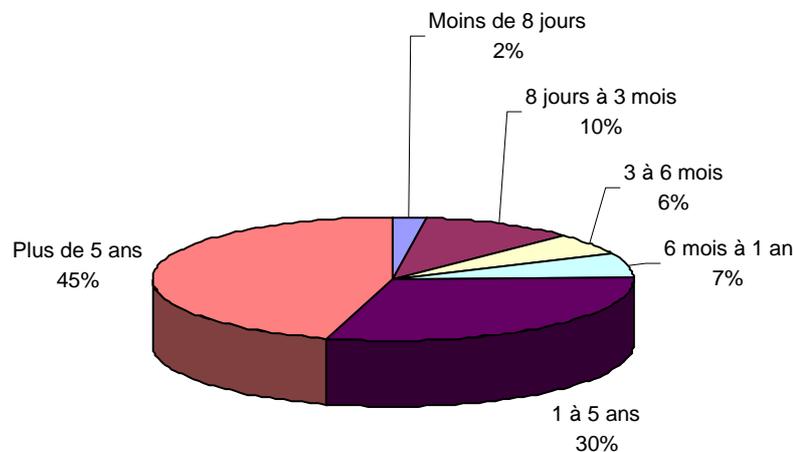
Diagnostic et CSP :

Les troubles de l'humeur concernent d'abord les cadres (63% des cadres qui consultent en sont atteints), les professions intermédiaires, les mères de famille et les retraités...

7. Ancienneté des troubles :

D'une façon générale, les patients du généraliste, lorsqu'ils ont des troubles psychologiques ou psychiatriques, ont des troubles depuis plus de 5 ans (45,4%) ou de 1 à 5 ans (29,7%).

Graphique 29 : Ancienneté des troubles des patients des médecins généralistes



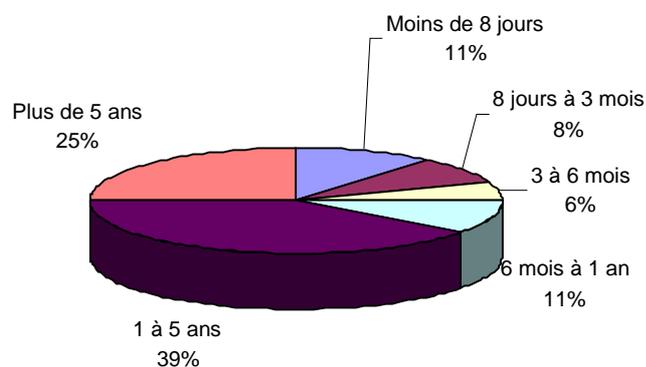
On notera que les troubles sont d'autant plus anciens que les patients souffrent de pathologies lourdes telles que la schizophrénie, les troubles de la personnalité ou du comportement.

8. Ancienneté de la prise en charge :

La majorité des patients du généraliste présentant des troubles psychologiques ou psychiatriques sont pris en charge depuis 1 à 5 ans (40 %).

25 % sont pris en charge depuis plus de 5 ans.

Graphique 30 : Ancienneté de la prise en charge des patients des médecins généralistes



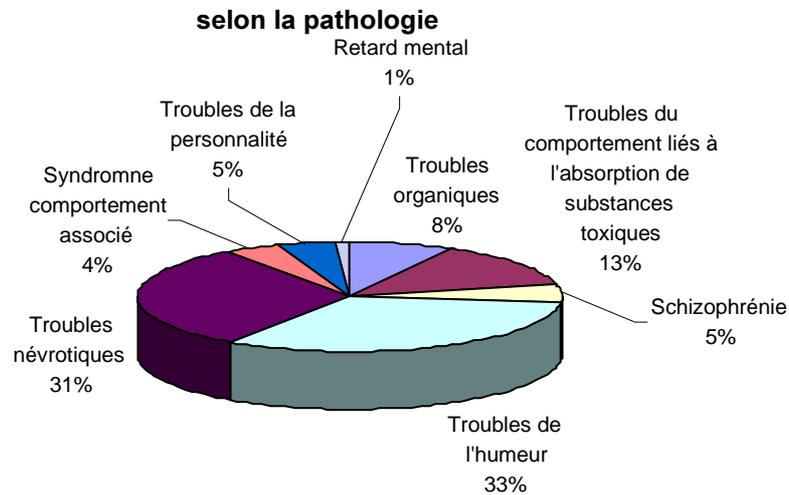
La prise en charge est d'autant plus ancienne que les pathologies sont lourdes (ex : les patients qui souffrent de schizophrénie sont 38,2 % à être pris en charge depuis 1 à 5 ans et 41,4 % depuis plus de 5 ans).

9. Antécédent d'une autre pathologie mentale :

18,0% des patients du médecin généraliste qui souffrent de troubles psychiatriques ou psychologiques présentent un antécédent de pathologie mentale. Parmi ces patients, ceux atteints de troubles de l'humeur, troubles névrotiques ou troubles liés à l'absorption de

substances toxiques, sont respectivement : 33,3 % (n=27), 30,7 % (n=25) et 13 % (n=11) à présenter un antécédent de maladie mentale.

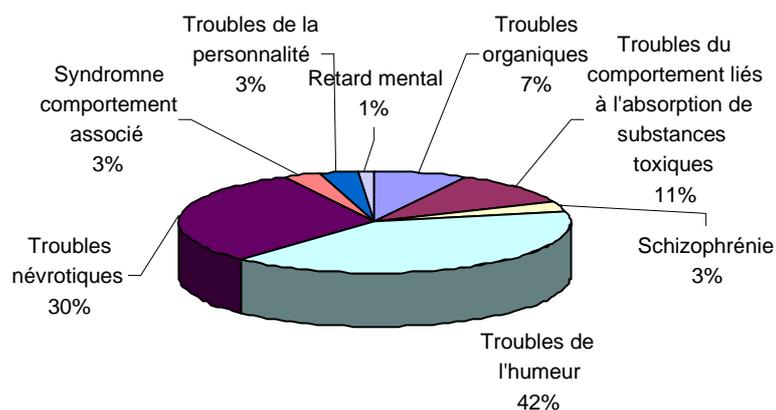
Graphique 31 : Répartition des patients des médecin généraliste présentant un antécédent



10. Traitement psychologique

83,1% des patients de généralistes suivent un traitement psychologique dès que le diagnostic révèle une maladie classifiée par la CIM 10 (35,5 % de l'ensemble des patients). Il s'agit principalement de patients atteints de troubles de l'humeur (40,7%) et des troubles névrotiques (30,5%)

Graphique 32 : Répartition des patients des médecins généralistes sous traitement psychologique selon la pathologie



Le principal type de traitement psychologique pratiqué par le médecin généraliste est l'écoute (77 %).

28,6% des patients souffrant de troubles psychologiques ou psychiatriques vus par le médecin généraliste (6,3 % de l'ensemble des patients) sont suivis par un autre médecin pour leur traitement psychologique. Il s'agit principalement des patients atteints de troubles de l'humeur (42,5 %) ou névrotiques (20,1 %).

Le confrère le plus fréquemment sollicité est le psychiatre libéral (46,4 % des cas) ou de secteur (14,6 %).

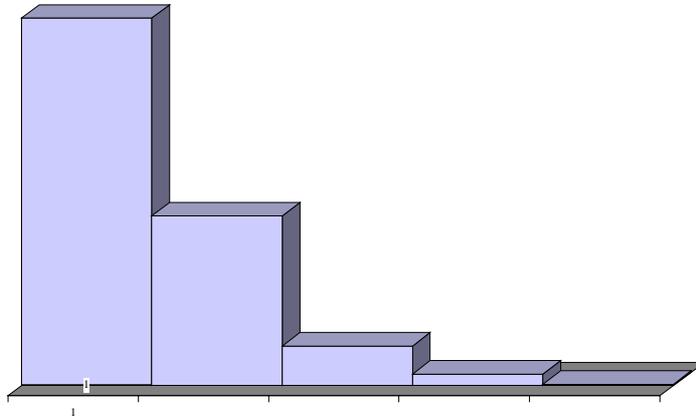
La fréquence des traitements psychologiques est d'autant plus élevée que le patient souffre de troubles de comportement (96,3%) de troubles de l'humeur (86,7%), de troubles névrotiques (87,7%) ou de troubles de la personnalité (88,1%).

11.Prescription

Le nombre moyen de psychotropes par ordonnance prescrits par le médecin généraliste est de 1,5.

Graphique 33 : nombre de médicaments psychotropes par ordonnance des médecins généralistes

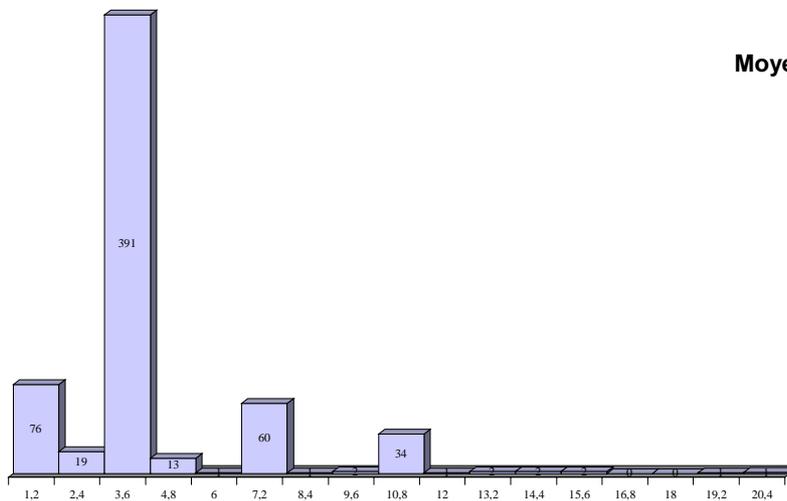
Moyenne : 1.5 médicament /ordonnance



La durée moyenne de validité de l'ordonnance est de 4,7 semaines.

Graphique 34 : durée de validité de l'ordonnance des médecins généralistes

Moyenne : 4.7 semaines



21,3 % des patients tout venant des médecins généralistes ont reçu, lors de l'acte, une prescription de traitement psychotrope.

60,2% des patients souffrant de troubles psychologiques ou psychiatriques du médecin généraliste (n = 466 diagnostics CIM 10 + 651 symptômes mal définis) se sont vus prescrire, le jour de l'acte, des médicaments psychotropes. Parmi les patients relevant d'un diagnostic CIM 10, ce sont les patients atteints de troubles de l'humeur (45,3 %) ou de troubles névrotiques (27,8 %) qui sont ici concernés.

26,1% des patients du médecin généraliste présentant une pathologie mentale ont une prescription de médicaments faite par un autre médecin. Là encore, ce sont principalement des patients présentant des troubles de l'humeur (47).

Le généraliste prescrit très majoritairement des antidépresseurs, le plus souvent pour des pathologies telles que les troubles de l'humeur (60 % des patients présentant ces troubles sont sous antidépresseurs), des troubles névrotiques (41 %) des troubles de la personnalité (31 %), et, dans une moindre mesure, des troubles organiques (26 %).

12. Besoin d'avis complémentaire :

Dans 16,8 % des cas 'psy' (n=71), le médecin généraliste a eu besoin de l'avis d'un confrère.

IV. La pratique du médecin psychiatre

Tableau 4 : La pratique du médecin psychiatre

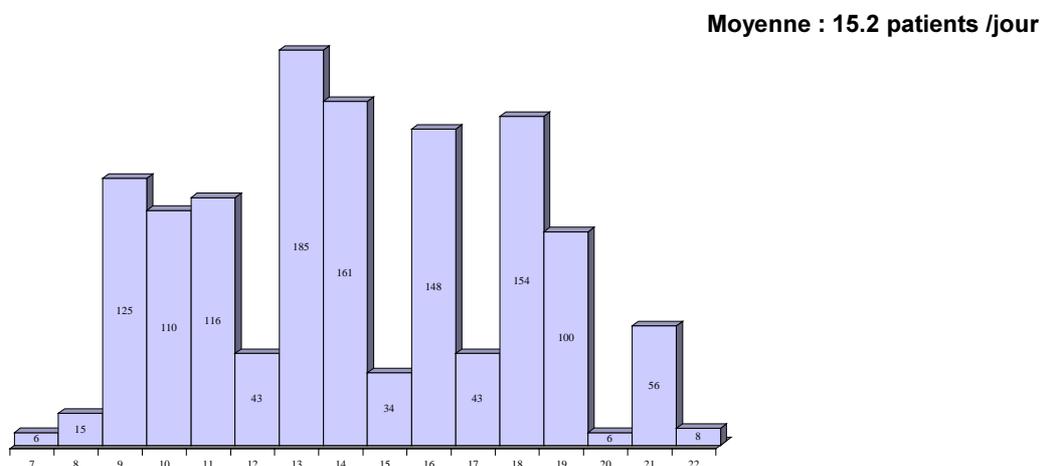
	Effectif	Pourcentage
Nombre moyen de patients par jour	-	15
Part des patients vus en visite	13	1 %
Part des patients vus en consultation	1300	99 %
Part des actes d'urgence	25	2 %
Patients en accès direct	439	34 %
Patients adressés par un médecin généraliste	368	29 %
Patients adressés par un autre psychiatre	276	21 %
Durée moyenne de l'acte	1 268	34 minutes
Cotation de l'acte (0 à 20) des actes 'psy' (selon le médecin)	1 223	13,6
Origine de la prise en charge		
Accès direct	439	34,2 %
Adressé par un médecin généraliste	368	28,7 %
Adressé par un autre médecin psychiatre	276	21,5 %
Motif de l'acte selon le patient	(1 320)	
Consultation de prévention	9	0,7 %
Maladie somatique	16	1,2 %
Demande d'aide psychologique	953	72,2 %
Maladie psychiatrique	342	25,9 %
Motif de l'acte selon le médecin	(1 292)	
Consultation de prévention	10	0,8 %
Maladie somatique	11	0,8 %
Demande d'aide psychologique	674	52,1 %
Maladie psychiatrique	597	46,2 %
Diagnostic CIM 10	978	74 %
Troubles organiques		1 %
Troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-		4,7 %
Schizophrénie		9,7 %
Troubles de l'humeur		33,7 %
Troubles névrotiques		26,2 %
Syndromes de comportements et pathologies associées		5 %
Troubles de la personnalité		19,3 %
Retard mental		0,5 %
Symptômes mal définis	306	23 %
Difficultés relationnelles		20,2 %
Troubles caractériels		3,6 %
Plaintes somatiques		2,5 %
Fluctuations		6,7 %
Réactions agressives		3,9 %
Vieillesse		0,7 %
Anxiété		12 %
Instabilité		3,3 %
Excitation /agitation		1,5 %
Dépressivité		11,9 %
Immaturité		6,8 %
Difficultés sexuelles		6,3 %
Problèmes alimentaires		2,7 %
Etrangeté /bizarrie		0,2 %
Consommation de substances toxiques		1,5 %

Troubles organiques		1,8 %
Contexte familial		10,3 %
Contexte professionnel		0 %
Autre		4,2 %
Antécédent	260	28,7 %
Traitement psychotrope	359	27,9 %
Classe thérapeutique	651	
Antidépresseur		46,5 %
Anxiolytique		23,6 %
<i>Benzodiazépine</i>		20,8 %
<i>Non Benzodiazépine</i>		2,4 %
<i>NSP</i>		0,4 %
Correcteur /adjuvant		2,8 %
Hypnotiques		7,8 %
<i>Benzodiazépine</i>		2,6 %
<i>Non Benzodiazépine</i>		5,2 %
<i>NSP</i>		0 %
Neuroleptique		19,4 %
Thymorégulateur		0 %
Motif de la prescription		
Maladie mentale diagnostiquée		64,7 %
Troubles organiques		1,2 %
Symptômes psy		34 %
NSP		0,1 %
Traitement psychologique	1209	96,3 %
Nature	1 935	
Ecoute		12 %
Psychanalyse		12 %
Conseil psychologique		9,4 %
Consultation ponctuelle		4,8 %
Autre		0,3 %
Psychothérapie		61,5 %
<i>Sans référence théorique</i>		9,1 %
<i>D'inspiration analytique</i>		70,2 %
<i>Comportementale</i>		6,3 %
<i>Hypnose</i>		4 %
<i>Relaxation</i>		0,2 %
<i>Autre</i>		2,4 %
Confrère o/n ?	44	3,6 %
Généraliste		%
Psychiatre libéral	15	35,6 %
Psychiatre de secteur		%
Spécialiste non psychiatre		%
Hospitalisation publique		%
Hospitalisation privée		%
Psychologue	13	32,3 %
Autre		%
Besoin d'avis complémentaire		10,9 %

Sources : Enquête URML IDF - 1998

Le médecin psychiatre consulte en moyenne 15 patients par jour.

Graphique 35 : Nombre moyen de patients vus sur une journée d'activité libérale - médecins psychiatres



Il s'agit d'actes d'urgence dans seulement 2 % des cas.

Les médecins psychiatres voient leurs patients en accès direct dans 34 % des cas. Dans 29 % des cas, c'est le médecin généraliste qui oriente le patient vers le médecin psychiatre. Dans 21 % des cas, le patient a été adressé au médecin psychiatre par un autre psychiatre.

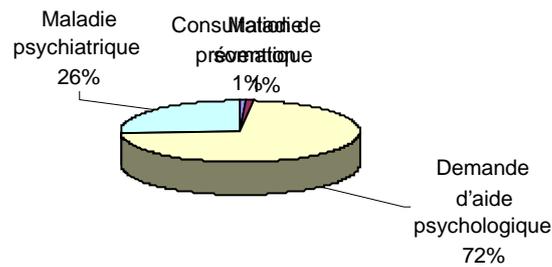
1. Motif de l'acte

Bien sûr, les consultations auprès de médecins psychiatres ou neuro-psychiatres¹ sont motivées par des troubles psychologiques, que ceux-ci répondent à un diagnostic psychiatrique ferme ou non (98 à 99 % des actes, selon que l'on interroge le patient ou le médecin). 0,7 % des actes effectués par le psychiatre sont des actes de prévention. 1 % en moyenne sont motivés par la maladie somatique.

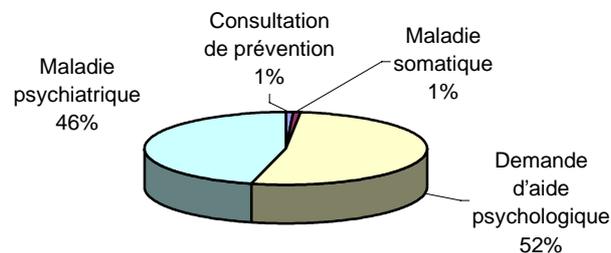
¹ On rappellera que pour des raisons de taille d'échantillons, les données relatives aux médecins psychiatres et neuro psychiatres ont été confondues.

La perception du motif de l'acte, pour la consultation auprès du médecin psychiatre diffère selon que l'on interroge le patient ou le médecin. Si 98 % des actes concernent un trouble d'ordre psychologique ou psychiatrique, 72 % des patients contre 52 % des médecins qualifient ces troubles de 'besoin d'aide psychologique', alors que la maladie psychiatrique est évoquée dans 46 % des cas selon le médecin, mais seulement 26 % selon le patient.

Graphique 36 : Motif de l'acte selon le patient du médecin psychiatre



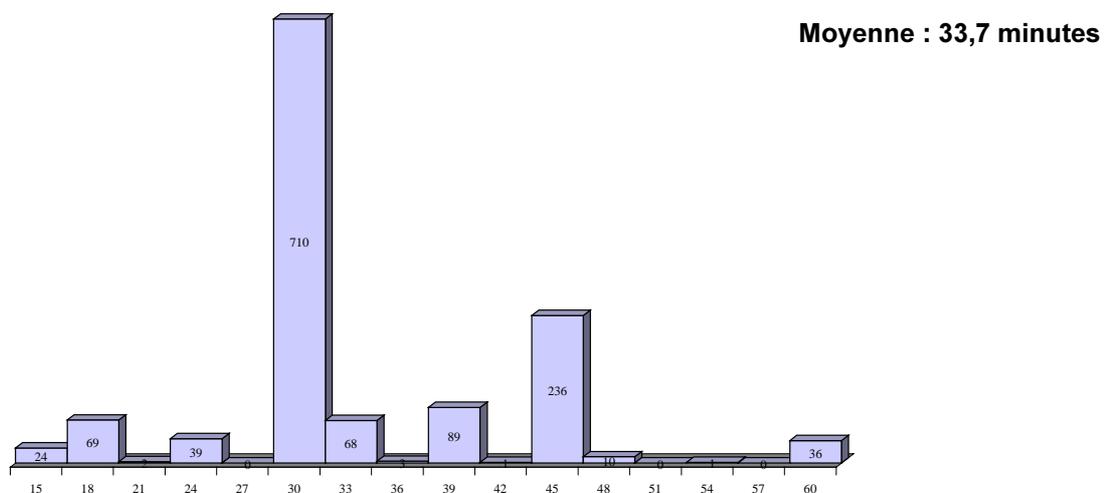
Graphique 37 : Motif de l'acte selon le médecin psychiatre



2. Durée de l'acte

La durée moyenne d'une consultation, pour un médecin psychiatre ou neuro-psychiatre, est de 34 minutes (voir courbe de distribution).

Graphique 38 : Courbe de distribution de la durée de l'acte - médecin psychiatre

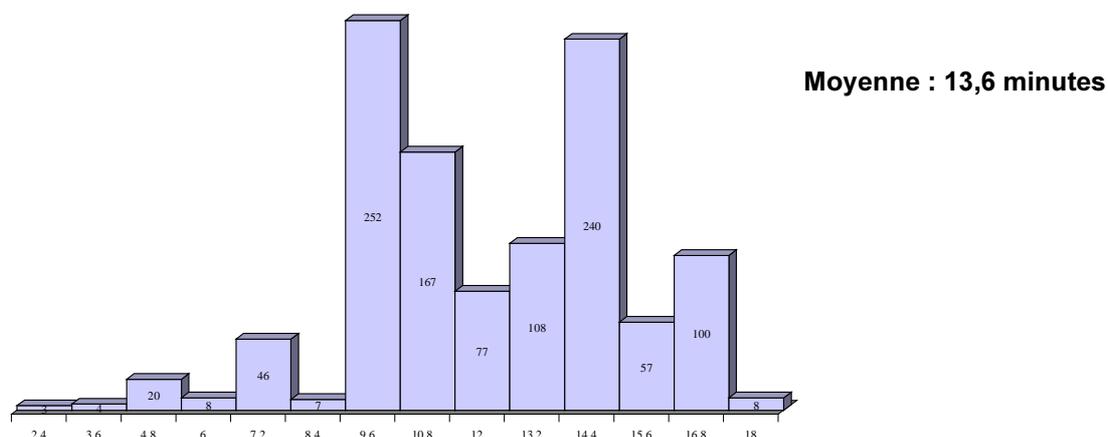


Cette durée est d'autant plus longue que le médecin est en secteur 2, que le patient est un nouveau patient (prise en charge inférieure à 8 jours), que le patient est sous psychanalyse, que c'est un cadre, femme, hors ALD.

3. Cotations subjective de l'acte

Sur une échelle de 0 à 20, le médecin psychiatre donne une note moyenne de 13,6 (voir courbe de distribution).

Graphique 39 : Courbe de distribution de la cotation donnée à l'acte - médecin psychiatre

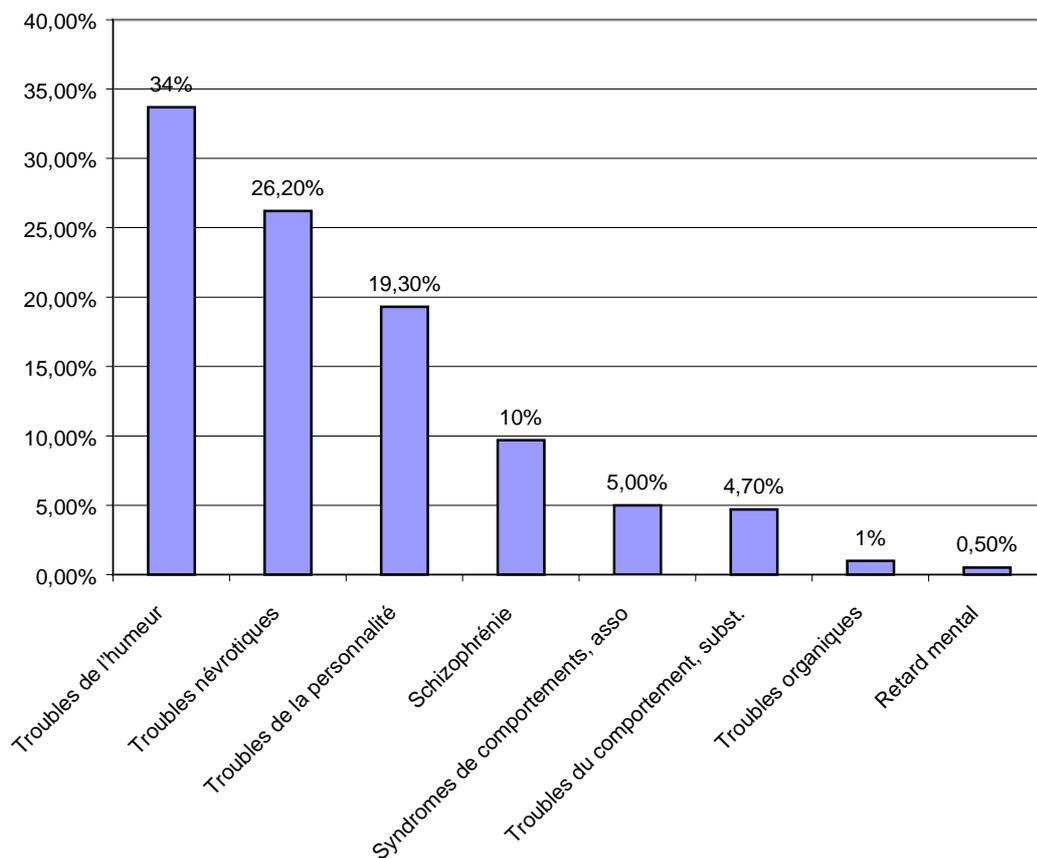


4. Diagnostic

Un seul questionnaire a été réalisé pour les médecins généralistes et médecins psychiatres. De fait, ces derniers avaient la possibilité d'utiliser pour leur diagnostic, au choix, la CIM 10 ou la grille symptomatique proposée.

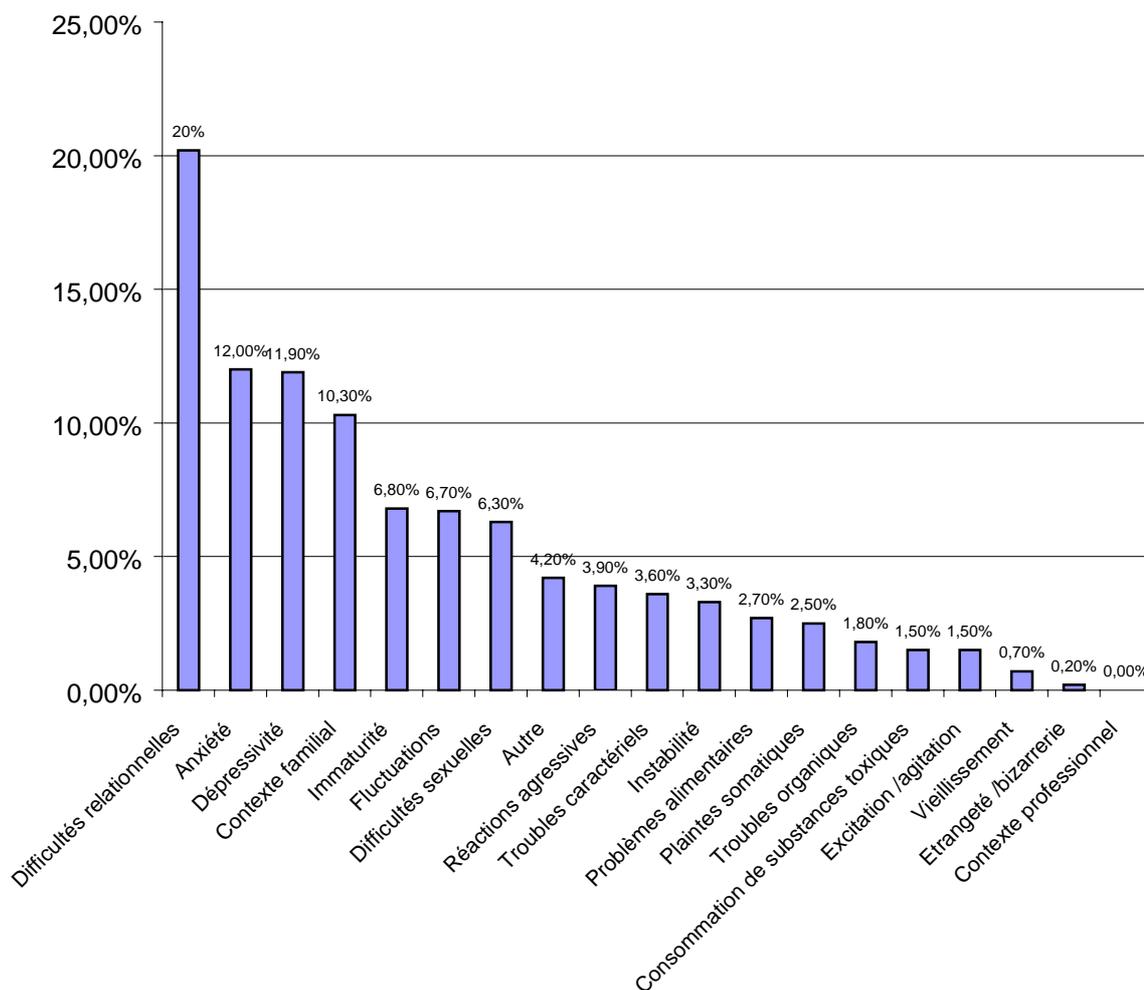
74 % des médecins psychiatres ont utilisé la CIM 10 pour leur diagnostic, principalement des troubles de l'humeur (33,7 %) et des troubles névrotiques (26,2 %).

Graphique 40 : Répartition des diagnostics (CIM 10) des patients des médecins psychiatres



23 % des diagnostics ont été élaborés sur la base de la grille symptomatique proposée : difficultés relationnelles, dépressivité, troubles organiques ...

Graphique 41 : Répartition des symptômes des patients des médecins psychiatres

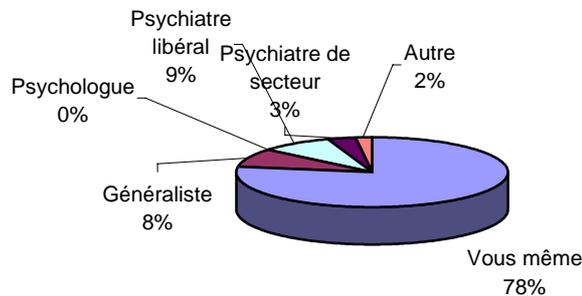


5. Auteur du diagnostic :

Dans 77,6% des cas, le médecin psychiatre pose lui-même son diagnostic.

57,1% des patients atteints de troubles de l'humeur et se rendant chez le psychiatre ont été diagnostiqués par le généraliste (le psychiatre n'en décèle que 28,0%).

Graphique 42 : Répartition des patients des médecins psychiatres selon l'auteur du diagnostic



Pour le retard mental, un psychiatre libéral autre que celui qui fait l'acte est à l'origine du diagnostic dans 28 % des cas.

6. Diagnostic et caractéristiques socio-démographiques de la clientèle

Diagnostic en fonction du sexe

Les femmes représentent 66,2% de la clientèle des médecins psychiatres. Cette clientèle féminine souffre davantage que les hommes de troubles de l'humeur (35,7%) et de troubles de la personnalité (20,4%), alors que ceux-ci présentent d'abord des symptômes névrotiques.

Diagnostic en fonction de la CSP

Le diagnostic le plus fréquemment soulevé, le trouble de l'humeur (34,0% des cas), touche d'abord les cadres (31,2%), les employés (21,2%) puis les professions intermédiaires (20,0%).

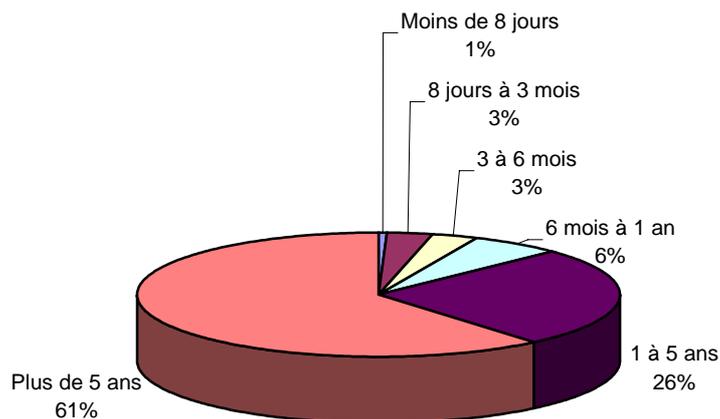
Les troubles névrotiques (26,5% des cas) concernent les cadres (38,7%), les professions intermédiaires (24,1%) et les employés (17,2%).

Pour ce qui est des troubles de la personnalité, la catégorie la plus touchée est celle des chômeurs.

7. Ancienneté des troubles :

La majorité des patients qui se rendent chez le psychiatre ont des troubles remontant à plus de 5 ans (61,0% des cas). Parmi ceux-ci, on trouve d'abord des syndromes du comportement et pathologies associées (27,3%), puis des troubles de l'humeur (25,0%) et des troubles névrotiques (23,3%).

Graphique 43 : Ancienneté des troubles des patients du médecin psychiatre



Lorsque l'ancienneté remonte à une période oscillant entre 8 jours et 3 mois, le diagnostic le plus fréquemment formulé est le trouble de l'humeur (76,9%)

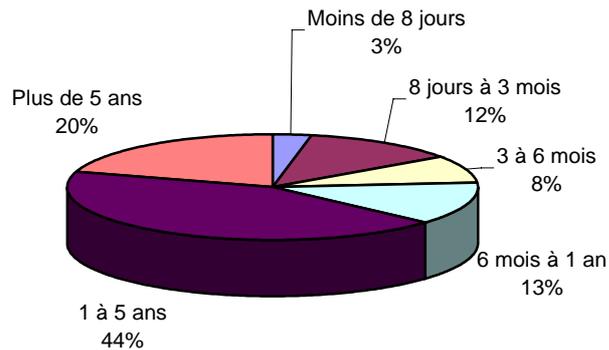
8. Ancienneté de la prise en charge :

42,9% des patients sont pris en charge depuis 1 à 5 ans.

En cumulé, ce sont 63,2 % des patients qui sont pris en charge depuis plus d'un an - soit près des 2/3 de la clientèle des médecins psychiatres.

Les patients concernés sont atteints de troubles de l'humeur, de troubles névrotiques ou de troubles de la personnalité.

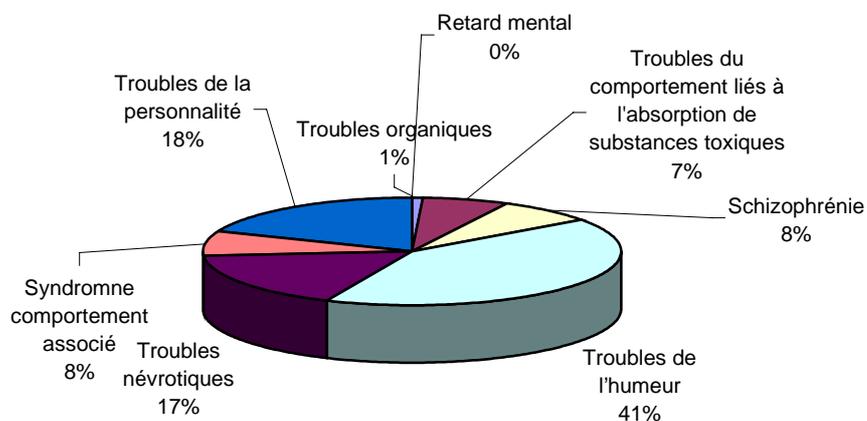
Graphique 44 : Ancienneté de la prise en charge des patients du médecin psychiatre



Le nombre de patients pris en charge pour un diagnostic de troubles de l'humeur baisse à mesure que l'ancienneté du diagnostic s'accroît. Même chose pour les troubles névrotiques. En revanche, pour les troubles de la personnalité, le nombre de patients augmente avec l'ancienneté des troubles.

9. Antécédent d'une autre pathologie mentale :

Graphique 45 : Répartition des patients du médecin psychiatre présentant un antécédent selon la pathologie



10.Ancienneté de l'antécédent :

Tableau 5 : Ancienneté de l'antécédent - médecin psychiatre

	Moins de 8 jours	8 jours à 3 mois	3 à 6 mois	6 mois à 1 an	1 à 5 ans	Plus de 5 ans	Total
%	0,0	0,2	0,0	1,8	21,9	76,0	99,9
effectif	0	1	0	5	60	210	276

Sources : Enquête URML IDF - 1998

11.Affectation de longue durée psychiatrique

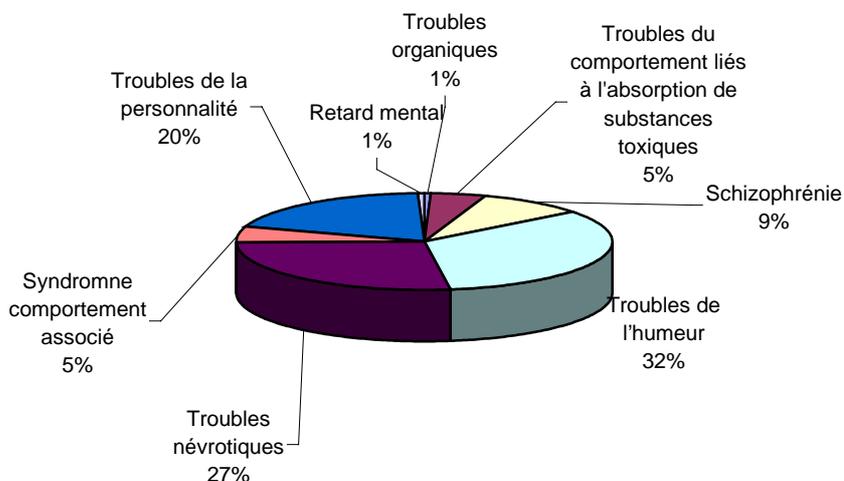
Il y a affectation de longue durée psychiatrique dans 91,8% des cas.

Parmi ces patients, on trouve 36,1% patients atteints de troubles de l'humeur et 28,4% de schizophrénie.

12.Traitement psychologique

95,3 % des patients relevant d'un diagnostic CIM 10 bénéficient d'un traitement psychologique, essentiellement pour des troubles de l'humeur, troubles névrotiques et troubles de la personnalité.

Graphique 46 : Répartition des patients des médecins psychiatres sous traitement psychologique selon la pathologie



Quelle que soit la pathologie, le taux d'occurrence du traitement se situe autour de 90%, hormis pour les troubles organiques (63,2%).

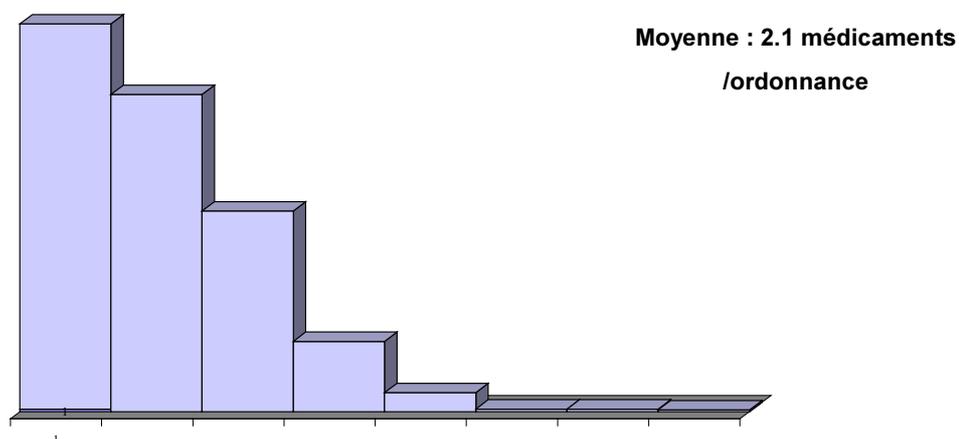
Dans 93,9% des cas, c'est le médecin qui fait le diagnostic qui pratique le traitement psychologique (recours à un confrère dans seulement 6,1 % des cas).

13.Prescription

Le médecin psychiatre prescrit, en moyenne, pour 35 % de ses patients.

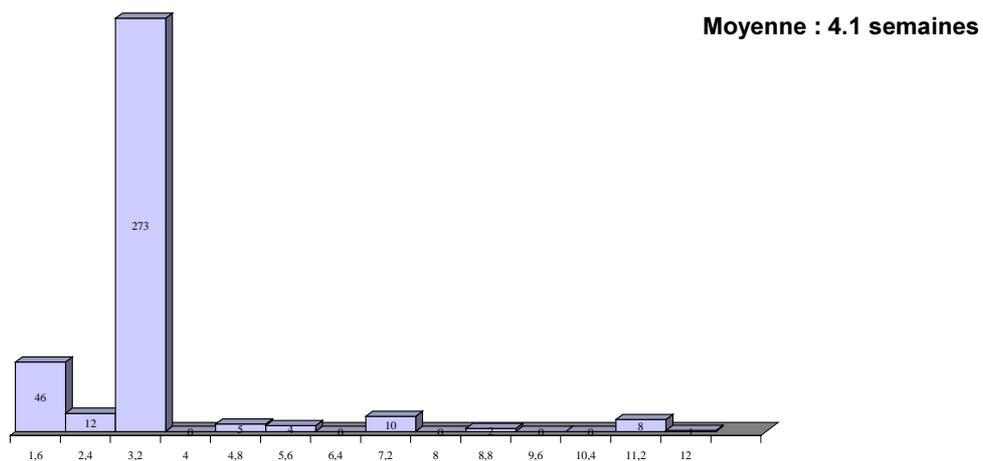
Le nombre moyen de médicaments par ordonnance prescrits par le médecin psychiatre est de 2,1.

Graphique 47 : nombre de médicaments psychotropes par ordonnance des médecins psychiatres



La durée moyenne de validité de l'ordonnance est de 4,1 semaines.

Graphique 48 : durée de validité de l'ordonnance des médecins psychiatres



35 % des patients des médecins psychiatres, ou neuro psychiatres, ont reçu, lors de l'acte, une prescription de traitement psychotrope.

En moyenne, les psychiatres prescrivent un médicament psychotrope dans 34,7% des cas. C'est le cas majoritairement pour des troubles organiques (66,9%), des schizophrénies (55,8%) et des troubles de l'humeur (51,1%).

Le traitement le plus prescrit reste l'antidépresseur (46 %), puis les anxiolytiques benzodiazépines (20 %) et les neuroleptiques (20 %). Les premiers sont prescrits pour des troubles du comportement (63 % des patients présentant des troubles du comportement sont sous antidépresseur), des troubles de l'humeur (55 %), des troubles névrotiques (53 %) et des syndromes du comportement (51 %). 54 % des patients atteints de schizophrénie sont sous neuroleptiques.

14.Besoin d'avis complémentaire :

Le médecin psychiatre ne sollicite l'avis d'un confrère que dans 11 % des cas. En particulier, il requiert un avis dans des cas de troubles de l'humeur, schizophrénie, troubles du comportement et troubles névrotiques.

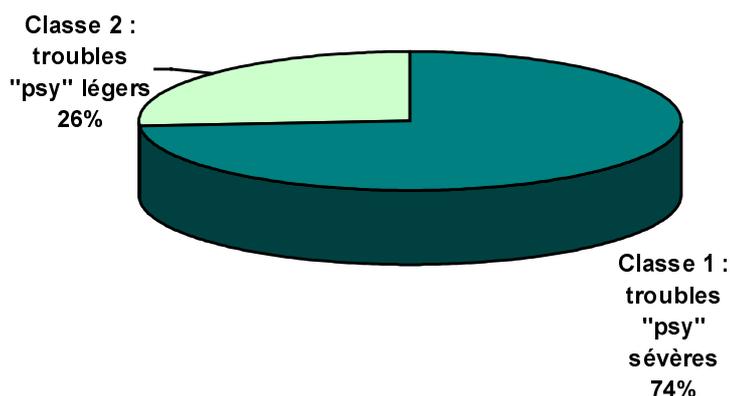
ANALYSE DES RESULTATS

I. Descriptif des clientèles des médecins généralistes et psychiatres

1. Etude des typologies de patients¹ :

L'étude montre la place importante de la pratique libérale dans la prise en charge des patients atteints de troubles psychologiques ou psychiatriques et permet de dessiner, au sein de cette pratique, des profils de clientèle. Les classifications des patients déterminent les différences de type de prise en charge des patients ainsi que les modalités de cette prise en charge.

Graphique 49 : Clientèle des médecins généralistes



¹ Les typologies consistent en des concentrations de points sur lesquelles se superposent des axes factoriels. Les nuages de points sont nommés 'classes' et sont symptomatiques d'un type de clientèle. Plus un point est proche de centre du nuage et plus la variable symbolisée par ce point peut être considérée comme déterminante dans le profil. A l'inverse, les points les plus périphériques, ou qui se situent à mi-chemin entre deux classes, interviennent peu dans la classe.

Graphique 50 : Clientèle des médecins généralistes

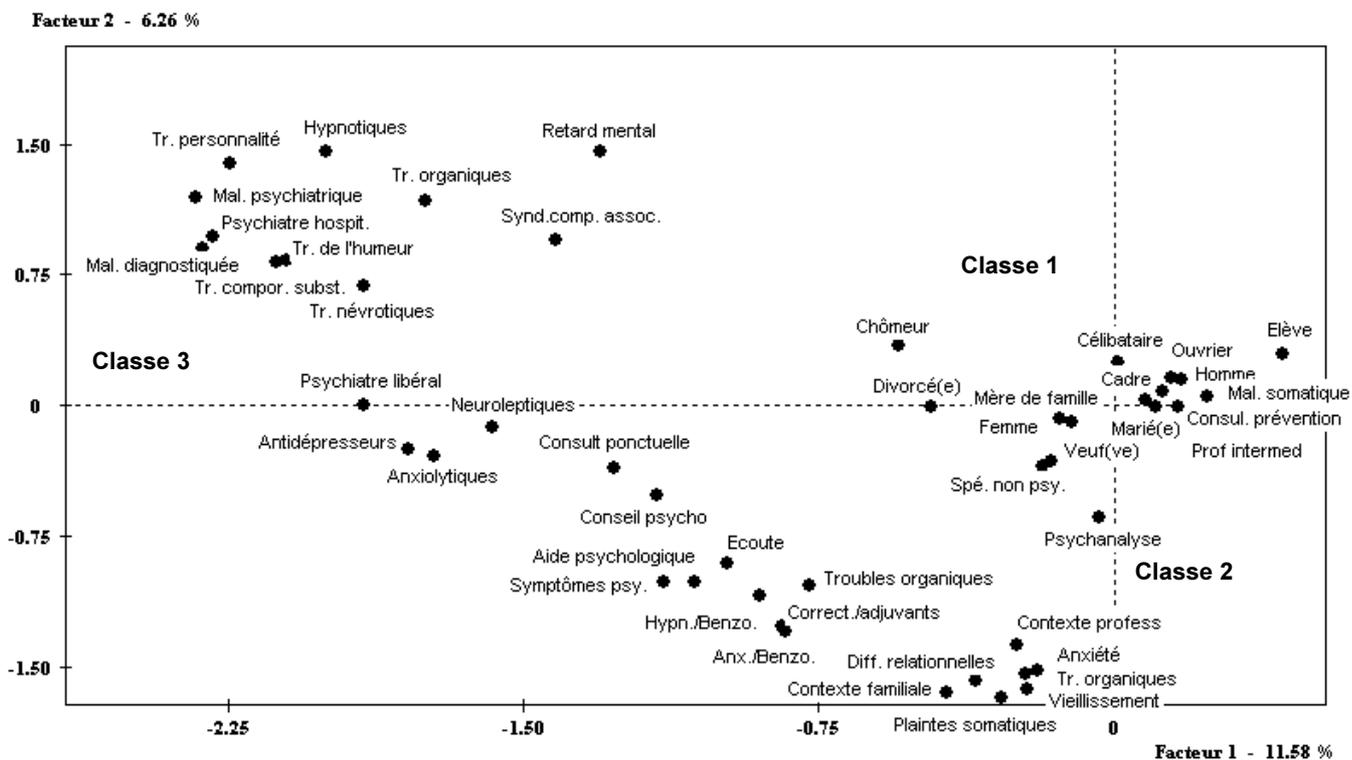


Tableau 6 : Les typologies de patients des médecins généralistes

	Classe 1	Classe 2	Classe 3	Total
Nombre de patients concernés	1822	686	480	2988
Part sur l'ensemble des patients	60 %	24 %	16 %	100 %
Part des patients vus en visite	16 %	24	24	19,1
Part des patients vus en consultation	84 %	76	76	81
Part des actes d'urgence	11 %	10	9	10
Durée moyenne de l'acte	15	20	22	17
Cotation de l'acte (0 à 20) des actes 'psy' (selon le médecin)	14,8	13,2	12,9	14,2
Origine de la prise en charge				
Accès direct	99	97	96	98
Adressé par un médecin généraliste	0	0	1	
Adressé par un autre médecin psychiatre	0	1	1	
Autre	1	2	2	
Motif de l'acte selon le patient				
Consultation de prévention	25	24	17	24
Maladie somatique	75	66	52	69
Demande d'aide psychologique	0	10	17	5
Maladie psychiatrique	0	0	14	2
Motif de l'acte selon le médecin				
Consultation de prévention	25	22	17	23
Maladie somatique	75	56	37	64
Demande d'aide psychologique	0	22	20	8
Maladie psychiatrique	0	0	26	4
Diagnostic CIM 10				
Troubles organiques	0	0	10	10
Troubles du comportement liés à l'utilisation de substances	0	0	9	9
Schizophrénie	0	0	4	4
Troubles de l'humeur	0	0	39	39
Troubles névrotiques	0	0	29	28
Syndromes de comportements, asso	0	0	5	5
Troubles de la personnalité	0	0	3	3
Retard mental	0	0	2	2
Symptômes mal définis				
Difficultés relationnelles	0	18	53	8
Troubles caractériels	0	3	0	2
Plaintes somatiques	0	20	0	11
Fluctuations	0	3	0	4
Réactions agressives	0	1	0	2
Vieillesse	0	11	0	8
Anxiété	0	27	0	23
Instabilité	0	0	0	2
Excitation /agitation	0	0	0	1
Dépressivité	0	5	47	8
Immaturité	0	0	0	3
Difficultés sexuelles	0	0	0	2
Problèmes alimentaires	0	1	0	4
Etrangeté /bizarrerie	0	0	0	0
Consommation de substances toxiques	0	0	0	1
Troubles organiques	0	2	0	5
Contexte familial	0	4	0	10
Contexte professionnel	0	2	0	0
Autre	0	1	0	6

Traitement psychotrope	3	41	62	21 %
Classe thérapeutique				
Antidépresseur	-	33	65	37
Anxiolytique	-	39	18	34
<i>Benzodiazépines</i>	-	33	11	25
<i>Non Benzodiazépines</i>	-	6	5	5
NSP	-	-	2	4
Correcteur /adjuvant	-	8	1	4
Hypnotiques	-	15	9	19
<i>Benzodiazépines</i>	-	11	6	5
<i>Non Benzodiazépines</i>	-	5	2	14
NSP	-	-	1	0
Neuroleptique	-	5	7	5
Thymorégulateur	-	0	1	1
Motif de la prescription				
Maladie mentale diagnostiquée	2	1	45	22
Troubles organiques	37	19	7	15
Symptômes psy	51	76	46	60
NSP	10	4	1	3
Traitement psychologique	2 %	89 %	85 %	36
Nature du traitement				
Ecoute	-	81	72	77
Psychanalyse	-	0	0	0
Conseil psychologique	-	9	11	10
Consultation ponctuelle	-	7	11	9
Autre	-	2	2	2
Psychothérapie	-	1	3	2
Département de domicile du patient				
75	18	21	28	20
77	9	10	15	10
78	13	12	8	12
91	12	11	6	11
92	10	12	11	11
93	15	11	8	13
94	11	13	13	12
95	10	9	10	10
CSP du patient				
Agriculteur	0	0	0	0
Artisan	3	4	2	3
Cadre	12	10	9	11
Profession intermédiaire	13	11	11	12
Employé	19	15	22	18
Ouvrier	6	4	4	5
Retraité	28	36	27	30
Autre	19	20	25	20
Situation matrimoniale du patient				
Célibataire	24	18	26	23
Marié(e)	58	52	44	54
Divorcé(e)	5	7	12	7
Veuf(ve)	12	22	17	15
Inconnu	1	1	1	1
Sexe du patient				
Masculin	43	29	30	37
Féminin	57	71	70	63
Age moyen du patient	51	57	54	53

Sources : Enquête URML IDF - 1998

Les **médecins généralistes** ont une patientèle dont le profil s'apparente davantage à celui de la population générale francilienne, avec toutefois une sur-représentation de personnes retraitées et de femmes.

Trois classes de patients ont pu être identifiées :

Classe 1 :

il s'agit de patients consultant pour une maladie somatique ou une consultation de prévention médicale (60% des patients). Le consultant est plus souvent un homme marié ou un élève (ou étudiant). Il n'y a ni besoin d'accompagnement psychologique, ni pathologie psychiatrique ou délivrance de traitement psychotrope.

Classe 2 :

représentant 24% des patients consultant un généraliste. Les patients sont plutôt des femmes veuves ou des retraités. Le motif principal de l'acte médical est une demande d'aide psychologique. Aucun diagnostic de maladie mentale n'a été établi. Les difficultés prédominantes sont de divers types. Les plus fréquentes sont : l'anxiété (27%), les plaintes somatiques répétitives sans substrat (20%), les difficultés relationnelles (18%), le vieillissement (11%).

Il y a à la fois un traitement psychologique et traitement psychotrope. La nature du traitement psychologique est : l'écoute (81%), le conseil psychologique (9%) ou la consultation ponctuelle de soutien psychologique (7%). Le traitement psychotrope est prescrit pour des symptômes psychiatriques ou psychologiques (76%) ou pour des troubles organiques (19%). Les médicaments prescrits sont des anxiolytiques benzodiazépines ou des antidépresseurs. 27% des patients sont également en Affection de Longue Durée (non psychiatrique). Il n'y a pas de traitement psychotrope prescrit par un confrère mais besoin d'un avis complémentaire (restant marginal, 8%) par un spécialiste non psychiatre.

Classe 3 (16%) :

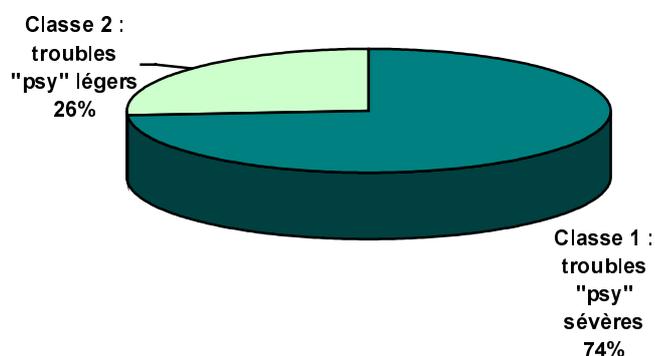
Cette classe est caractéristique d'une prise en charge d'une pathologie mentale diagnostiquée. Le patient est le plus souvent une femme, divorcée. Le patient est en Affection de Longue Durée (psychiatrique).

Le diagnostic établi est posé soit par le praticien lui-même ou par un psychiatre hospitalier et correspond à des troubles de l'humeur (39%) ou névrotiques (29%).

L'ancienneté des troubles ou de la prise en charge pour ce diagnostic est de plus de 1 an. Il y a traitement psychotrope pour une maladie mentale diagnostiquée ou des symptômes psychiatriques ou psychologiques. La consommation principale de psychotropes est une consommation d'antidépresseurs. La nature du traitement psychologique pratiqué est l'écoute à 72%, une consultation ponctuelle de soutien psychologique (11%) ou un conseil psychologique et relationnel itératif. Les caractéristiques de ce groupe sont aussi de la présence d'un suivi (traitement psychologique ou psychotrope prescrit) par un confrère et du besoin d'un avis complémentaire.

La durée de l'acte est plus élevée que la moyenne observée dans la clientèle des médecins généralistes. Le nombre de médicaments prescrits est également plus important.

Graphique 51 : Clientèle des médecins psychiatres



Graphique 52 : Clientèle des médecins psychiatres

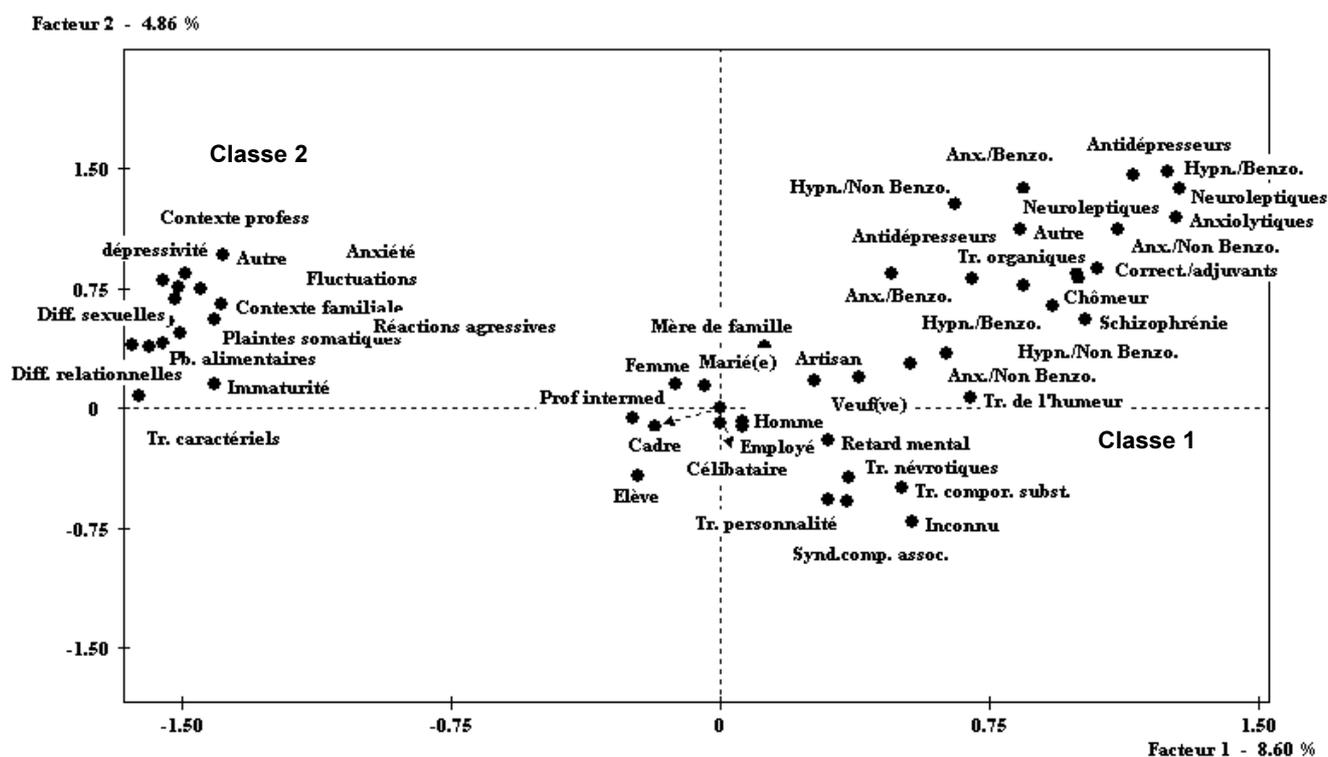


Tableau 7 : Les typologies de patients des médecins psychiatres

	Classe 1	Classe 2	Total
Nombre de patients concernés	979	343	1322
Part sur l'ensemble des patients	74 %	26%	100 %
Part des patients vus en visite	1	1	1
Part des patients vus en consultation	99	99	99
Part des actes d'urgence	2	1	2
Durée moyenne de l'acte	33	35	34
Cotation de l'acte (0 à 20)	13,3	14,3	13,6
Origine de la prise en charge			
Accès direct	32	40	34
Adressé par un médecin généraliste	30	25	29
Adressé par un autre médecin psychiatre	22	21	22
Autre	16	14	15
Motif de l'acte selon le patient			
Consultation de prévention	0	2	1
Maladie somatique	1	2	1
Demande d'aide psychologique	64	96	72
Maladie psychiatrique	35	0	26
Motif de l'acte selon le médecin			
Consultation de prévention	0	2	1
Maladie somatique	0	2	1
Demande d'aide psychologique	37	95	52
Maladie psychiatrique	62	1	46
Diagnostic CIM 10			
Troubles organiques	1	-	1
Troubles du comportement liés à l'utilisation de substances	5	-	5
Schizophrénie	10	-	10
Troubles de l'humeur	34	-	34
Troubles névrotiques	26	-	26
Syndromes de comportements, asso	5	-	5
Troubles de la personnalité	19	-	19
Retard mental	0	-	0
Symptômes mal définis			
Difficultés relationnelles	0	53	20
Troubles caractériels	0	1	6
Plaintes somatiques	0	3	3
Fluctuations	0	10	7
Réactions agressives	0	1	4
Vieillesse	0	2	1
Anxiété	0	10	12
Instabilité	0	0	3
Excitation /agitation	0	0	2
Dépressivité	0	11	12
Immaturité	0	2	7
Difficultés sexuelles	0	2	6
Problèmes alimentaires	0	1	3
Etrangeté /bizarrie	0	0	0
Consommation de substances toxiques	0	0	2
Troubles organiques	0	2	2
Contexte familial	0	0	10
Contexte professionnel	0	0	0
Autre	0	2	4
Traitement psychotrope	35	8	28
Classe thérapeutique			

Antidépresseur	70	-	47
Anxiolytique	6	-	24
<i>Benzodiazépines</i>	4	-	21
<i>Non Benzodiazépines</i>	2	-	2
<i>NSP</i>	0	-	1
Correcteur /adjuvant	0	-	3
Hypnotiques	2	-	8
<i>Benzodiazépines</i>	0	-	3
<i>Non Benzodiazépines</i>	1	-	5
<i>NSP</i>	1	-	0
Neuroleptique	22	-	19
Thymorégulateur	0	-	0
Motif de la prescription			
Maladie mentale diagnostiquée	70	0	65
Troubles organiques	1	7	1
Symptômes psy	29	93	34
NSP	0	0	0
Traitement psychologique	95	99	96
Nature du traitement			
Ecoute	11	9	12
Psychanalyse	10	12	12
Conseil psychologique	10	10	9
Consultation ponctuelle	5	2	5
Autre	13	1	0
Psychothérapie	43	66	62
Département de domicile du patient			
75	43	44	43
77	4	4	4
78	6	6	6
91	7	7	7
92	14	14	14
93	8	6	8
94	11	11	11
95	6	6	6
CSP du patient			
Agriculteur	0	0	0
Artisan	4	3	4
Cadre	31	37	32
Profession intermédiaire	22	29	24
Employé	19	14	17
Ouvrier	3	2	3
Retraité	5	2	4
Autre	16	13	16
Situation matrimoniale du patient			
Célibataire	42	40	42
Marié(e)	38	44	39
Divorcé(e)	16	15	16
Veuf(ve)	4	2	3
Inconnu	0	0	0
Sexe du patient			
Masculin	34	29	33
Féminin	66	71	67
Age moyen du patient	41	39	41

Sources : Enquête URML IDF - 1998

La patientèle des **médecins psychiatres** est jeune par rapport à la population générale francilienne. Elle est davantage féminisée, et répond à une situation matrimoniale particulière : population en isolement. Deux grandes classes se distinguent :

Classe 1 :

Des patients présentant des diagnostics psychiatriques établis (74% des cas) :

Patients consultant pour une maladie psychiatrique caractérisée. Les principales pathologies (par ordre d'importance) sont : les troubles de l'humeur, les troubles névrotiques, les troubles de la personnalité, la schizophrénie, les syndromes comportementaux et les troubles du comportement liés à l'utilisation de substances. Les patients bénéficient à ce titre de psychothérapies.

Dans la majeure partie des cas, le diagnostic a été posé par le psychiatre lui-même (77%). Cependant le diagnostic a également pu être posé par un psychiatre hospitalier ou un généraliste (respectivement 8 et 9%) ou par un psychiatre libéral (3%).

Pour 35% des cas, il y a prescription d'un traitement psychotropes : dans 70% des cas, il s'agit d'antidépresseurs et 22% de neuroleptiques, dans une certaine proportion, les deux pouvant être associés. Les anxiolytiques benzodiazépines sont prescrits dans 4% des cas. Dans 24% des cas, un traitement psychotrope est prescrit par un confrère (psychiatre hospitalier ou libéral).

Dans 63% des cas l'ancienneté de la prise en charge est supérieure à 1 an et 29% ont un antécédent autre de pathologie mentale

Classe 2 :

Des patients présentant des troubles psychologiques "mal définis" ou ne relevant pas d'un diagnostic CIM 10 établi (26% des cas) :

Regroupe les patients demandant une aide psychologique ou présentant une souffrance psychologique, plutôt cadre ou de profession intermédiaire

L'origine de la prise en charge est l'accès direct.

Pas de prescription de psychotrope, ni par le médecin lui-même ou par un confrère, mais besoin d'accompagnement psychologique et d'un traitement essentiellement de psychothérapie.

Les difficultés prédominantes sont avant tout des difficultés relationnelles, 53% des cas, une dépressivité prédominante (11%), une anxiété prédominante (10%) et des fluctuations fréquentes et labiles de l'humeur (10%).

D'autres informations ressortent de ces typologies :

Pour les médecins généralistes, les patients présentant des troubles psychologiques (classes 1 et 3) bénéficient de visites /consultations plus longues (3 à 4 minutes de plus), le nombre de médicaments par ordonnance est également plus élevé dans ces classes 1 et 3. L'âge du patient est plus élevé dans la classe 1 (maladie psychiatrique).

La cotation subjective de l'acte est meilleure en classe 2 (troubles uniquement somatiques). Le nombre de patients est plus élevé dans la classe 2 (résultante d'une durée d'acte moins longue).

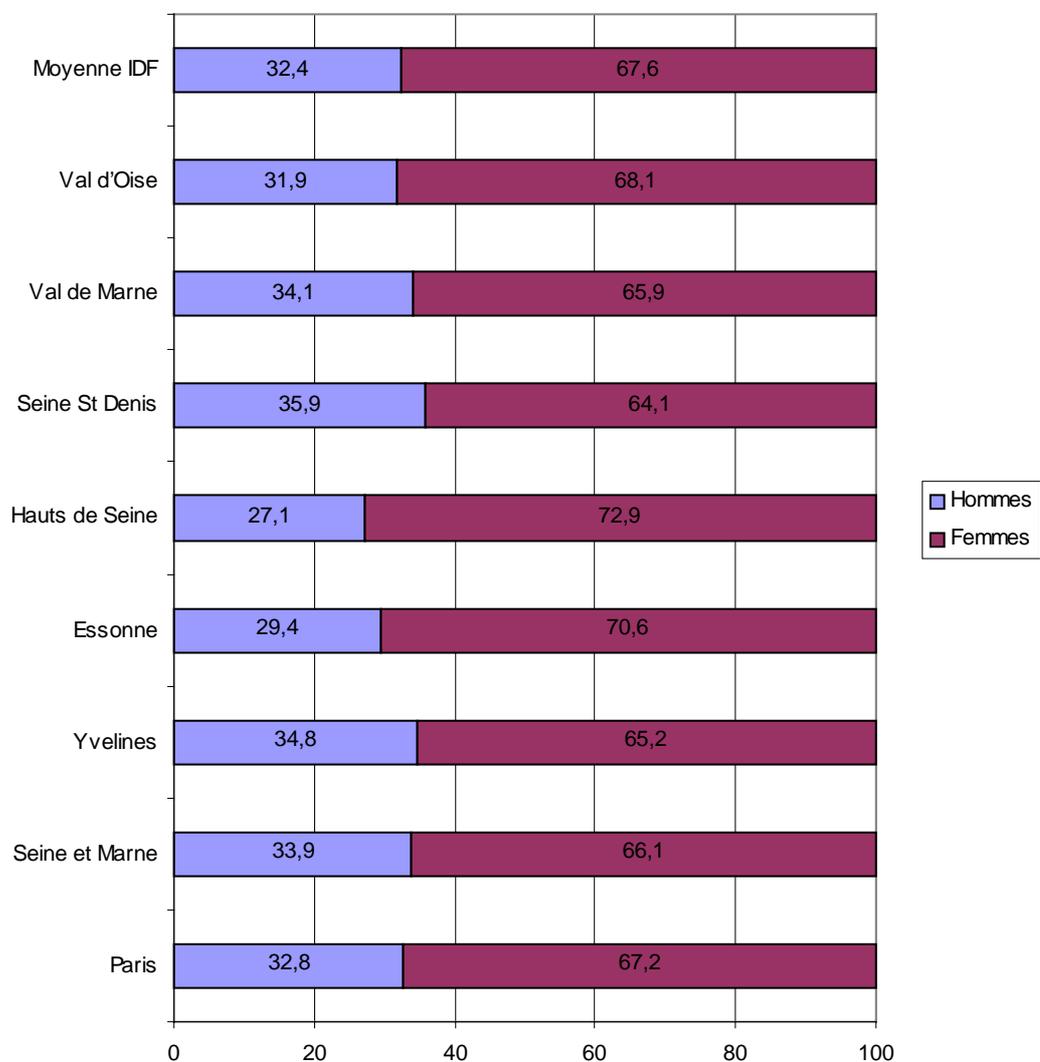
S'agissant des médecins psychiatres, le nombre de médicaments prescrits par ordonnance est d'autant plus élevé que la clientèle est du type classe 1, l'âge du médecin est également plus élevé pour les patients de la classe 1 (ainsi que l'âge du patient). Par contre, la cotation subjective de l'acte est meilleure lorsqu'il s'agit de patients de la classe 2 (clientèle à troubles légers). La durée de l'acte pour ces patients est légèrement plus élevée.

2. Etude des modalités d'accès aux soins :

Un certain nombre d'indicateurs recensés dans l'enquête permettent de qualifier l'accès des patients franciliens aux soins psychiatriques (échantillon des médecins psychiatres), et ce sur une articulation géographique infra régionale (département) :

- Sexe

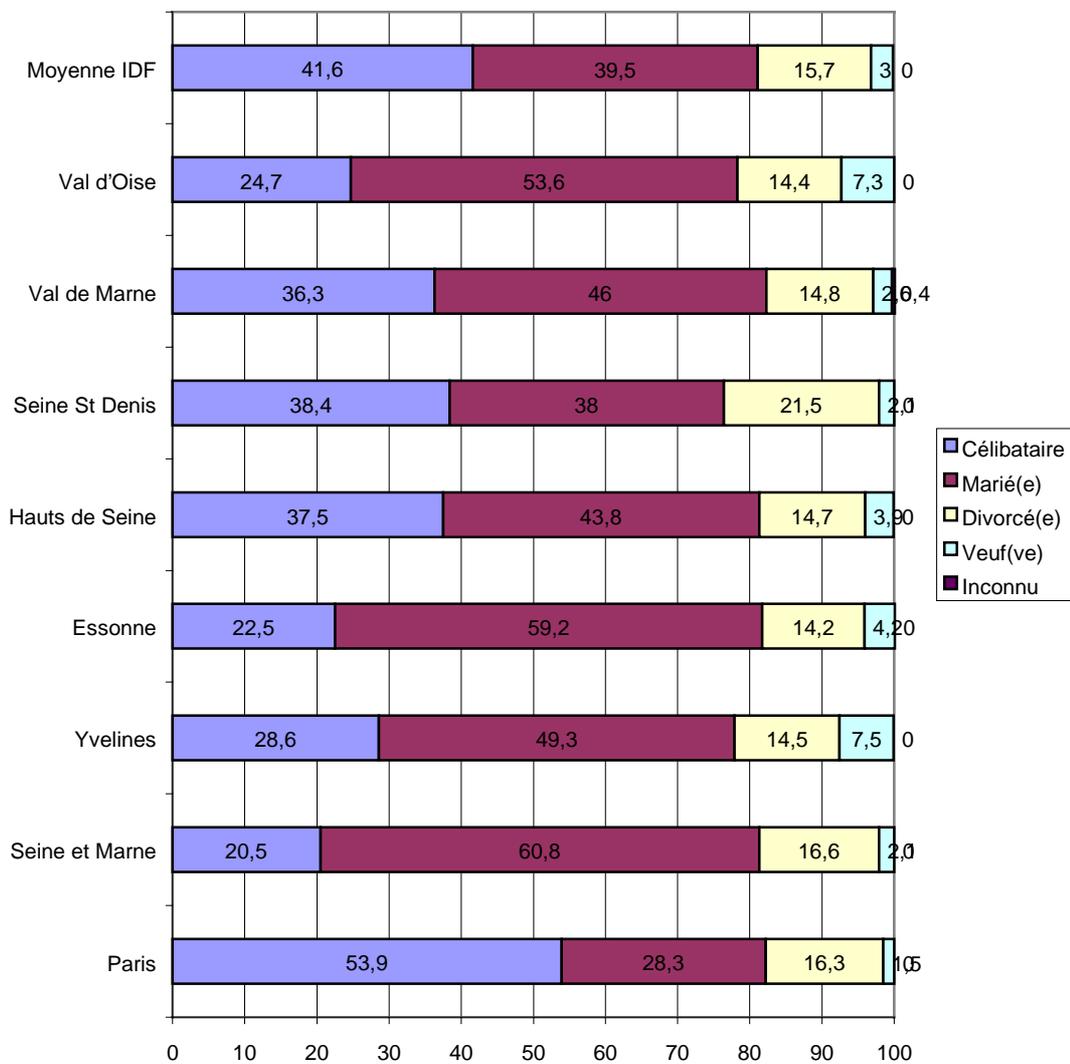
Graphique 53 : Répartition hommes /femmes selon le département



Quelque soit le département, le pourcentage de femmes ayant consulté un médecin psychiatre est compris entre 65 % et 70 %.

- Situation matrimoniale

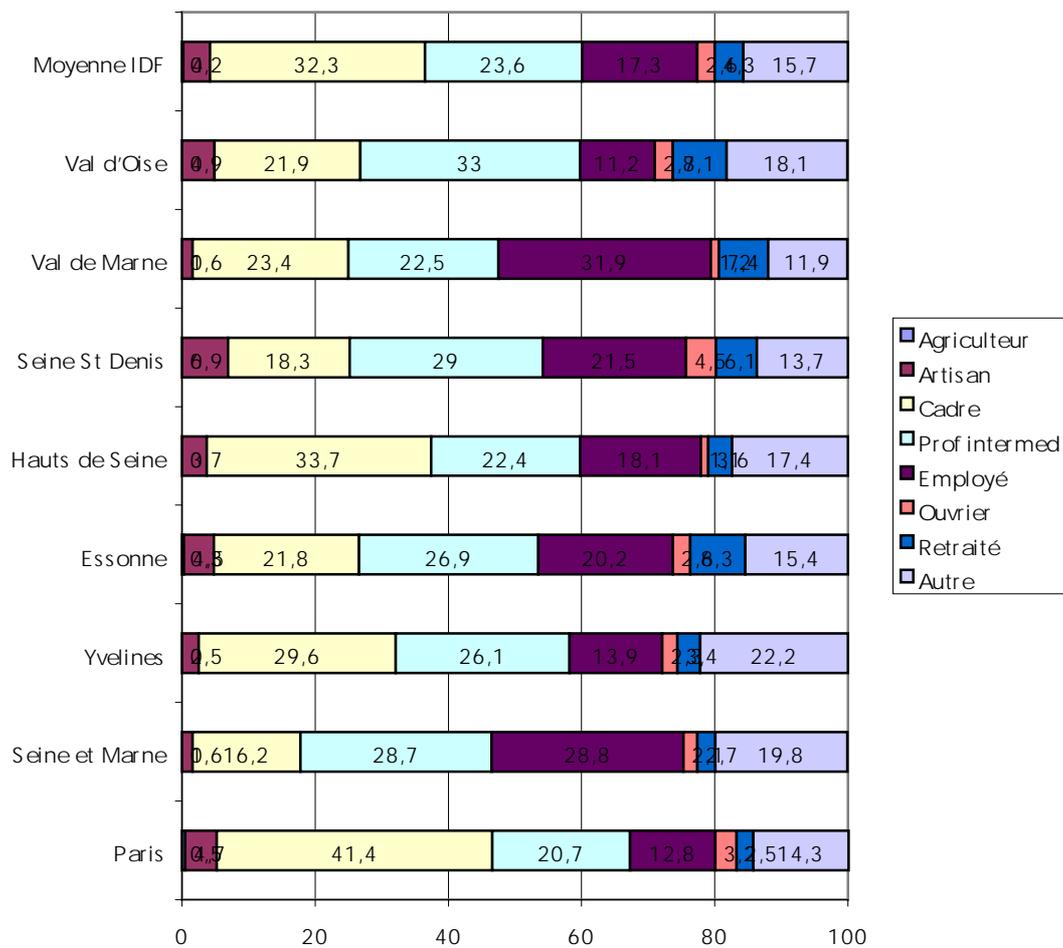
Graphique 54 : Situation matrimoniale selon le département



Parmi la population qui consulte les médecins psychiatres, les célibataires sont plus nombreux à Paris.

- Catégorie socioprofessionnelle

Graphique 55 : Répartition de la CSP selon le département



3. Analyse des flux de patients¹

Tableaux 8 et 9 : Total /Paris, petite couronne, grande couronne

		Lieu d'installation du praticien			
		Grande couronne	Petite couronne	Paris	Total
Lieu d'habitation du patient	Grande couronne	1514	41	85	1639
	Petite couronne	19	1246	264	1530
	Paris	9	42	1134	1185
	Hors IDF	25	9	45	79
	Total	1567	1338	1528	4433

		Lieu d'installation du praticien			
		Grande couronne	Petite couronne	Paris	Total
Lieu d'habitation du patient	Grande couronne	92 %	2 %	5 %	100 %
	Petite couronne	1 %	81 %	17 %	100 %
	Paris	1 %	4 %	96 %	100 %
	Hors IDF	32 %	11 %	57 %	100 %
	Total	35 %	30 %	34 %	100 %

Sources : Enquête URML IDF - 1998

92 % des patients domiciliés en grande couronne sont pris en charge en grande couronne.
96 % des parisiens sont pris en charge à Paris.

¹ Analyse croisée du lieu de domicile des patients et du lieu d'exercice des médecins.

C'est entre Paris et la petite couronne que l'on observe les flux les plus importants puisque 81 % seulement des patients domiciliés en petite couronne y sont pris en charge, 17 % d'entre eux étant pris en charge à Paris.

Tableaux 10 et 11 : Médecins généralistes /par département

		Lieu d'installation du praticien (lieu de prise en charge du patient)								
		75	77	78	91	92	93	94	95	Total
Lieu d'habitation du patient	75	596	0	1	1	13	5	1	1	618
	77	2	300	0	3	1	2	2	0	311
	78	5	0	364	2	2	0	0	4	378
	91	6	13	0	319	2	0	0	1	342
	92	19	0	2	0	305	1	10	1	338
	93	10	1	0	0	2	379	2	0	394
	94	6	0	0	1	4	6	347	0	365
	95	3	0	6	0	6	0	0	291	307
	Hors IDF	18	6	7	7	2	2	1	3	47
	Total	647	314	373	327	335	394	363	299	3052

		Lieu d'installation du praticien (lieu de prise en charge du patient)								
		75	77	78	91	92	93	94	95	Total
Lieu d'habitation du patient	75	96 %	0 %	0 %	0 %	2 %	1 %	0 %	0 %	100 %
	77	1 %	97 %	0 %	1 %	0 %	1 %	1 %	0 %	100 %
	78	1 %	0 %	97 %	1 %	1 %	0 %	0 %	1 %	100 %
	91	2 %	4 %	0 %	94 %	1 %	0 %	0 %	0 %	100 %
	92	6 %	0 %	1 %	0 %	90 %	0 %	3 %	0 %	100 %
	93	3 %	0 %	0 %	0 %	1 %	96 %	1 %	0 %	100 %
	94	2 %	0 %	0 %	0 %	1 %	2 %	95 %	0 %	100 %
	95	1 %	0 %	0 %	0 %	2 %	0 %	0 %	97 %	100 %
	Hors IDF	40 %	13 %	15 %	15 %	4 %	4 %	2 %	6 %	100 %
	Total	21 %	10 %	12 %	11 %	11 %	13 %	12 %	10 %	100 %

Sources : Enquête URML IDF - 1998

La clientèle des médecins généralistes bouge très peu d'un département à l'autre.

Tableaux 12 et 13 : Médecins psychiatres /par département

		Lieu d'installation du praticien (lieu de prise en charge du patient)								
		75	77	78	91	92	93	94	95	Total
Lieu d'habitation du patient	75	538	0	1	2	16	2	4	3	566
	77	8	37	0	1	1	1	3	0	51
	78	12	0	61	2	6	0	0	3	84
	91	17	0	1	62	5	0	7	0	91
	92	106	0	4	1	77	0	1	1	190
	93	42	3	0	0	3	47	1	2	98
	94	81	1	0	2	1	1	60	1	146
	95	31	0	1	0	1	0	2	40	75
	Hors IDF	27	0	1	1	1	0	2	0	39
	Total	835	41	68	70	110	51	77	50	1301

		Lieu d'installation du praticien (lieu de prise en charge du patient)								
		75	77	78	91	92	93	94	95	Total
Lieu d'habitation du patient	75	95 %	0 %	0 %	0 %	3 %	0 %	1 %	1 %	100 %
	77	16 %	73 %	0 %	2 %	2 %	2 %	6 %	0 %	100 %
	78	14 %	0 %	73 %	2 %	7 %	0 %	0 %	4 %	100 %
	91	19 %	0 %	1 %	68 %	5 %	0 %	7 %	0 %	100 %
	92	56 %	0 %	2 %	0 %	41 %	0 %	1 %	1 %	100 %
	93	43 %	3 %	0 %	0 %	3 %	48 %	1 %	3 %	100 %
	94	55 %	1 %	0 %	1 %	1 %	1 %	41 %	0 %	100 %
	95	41 %	0 %	1 %	0 %	1 %	0 %	2 %	53 %	100 %
	Hors IDF	69 %	0 %	21 %	3 %	3 %	0 %	5 %	0 %	100 %
	Total	64 %	3 %	5 %	5 %	8 %	4 %	6 %	4 %	100 %

Sources : Enquête URML IDF - 1998

Les médecins psychiatres parisiens prennent en charge des patients de toute l'Ile de France, principalement de la petite couronne (56 % des patients soignés à Paris sont domiciliés dans les Hauts de Seine, 55 % dans le Val de Marne et 43 % en Seine Saint Denis) mais aussi du Val d'Oise (41 %).

II. Descriptif des pratiques des médecins généralistes et psychiatres

1. Eléments déterminants de la prise en charge selon le diagnostic (classification CIM 10)

Echantillon des médecins généralistes

Toutes pathologies confondues, le médecin généraliste pose le diagnostic dans 63,1 % des cas. Les patients concernés par des troubles mentaux (diagnostiqués à travers la classification CIM 10) sont 18 % à présenter un antécédent de maladie mentale. 83,1 % de ces patients bénéficient d'un traitement psychologique pratiqué par le médecin généraliste, 60,2 % d'un traitement psychotrope (46 % d'antidépresseurs, 28 % d'anxiolytiques, 17 % d'hypnotiques).

Troubles névrotiques :

Les troubles névrotiques sont diagnostiqués par le médecin généraliste (qui fait l'acte) dans 76,2 % des cas. Les patients concernés présentent un antécédent de pathologie mentale pour 19,1 % ; ils sont pris en charge au moyen d'un traitement psychologique pour 87,7 %, et psychotrope pour 57,9 % (antidépresseurs, anxiolytiques).

Troubles de l'humeur :

Le médecin généraliste diagnostique des troubles de l'humeur dans 66,2% des cas. Les patients concernés ont un antécédent de pathologie mentale dans 15,6 % des cas. Ils bénéficient d'un traitement psychologique (86,7 %) ou psychotrope (69 %), essentiellement des antidépresseurs (60%).

Troubles du comportement liés à l'utilisation de substances toxiques :

Les troubles du comportements liés à l'utilisation de substances toxiques sont diagnostiqués par les médecins généralistes dans 75,8 % des cas. 96,3 % des patients concernés suivent un traitement psychologique, 69,6 % un traitement psychotrope. 26,5 % présentent un antécédent de maladie mentale.

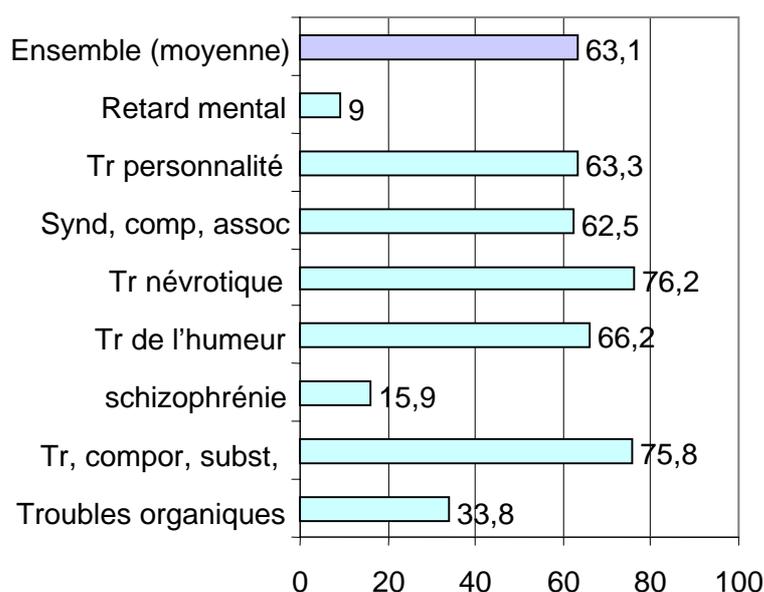
Troubles organiques :

33,8 % des patients du médecin généralistes souffrants de troubles organiques sont diagnostiqués par le médecin généraliste. 68,3 % des patients concernés bénéficient d'un traitement psychologique, 54,6 % d'un traitement psychotrope. 14,6 % des patients atteints de troubles organiques présentent un antécédent de maladie psychiatrique.

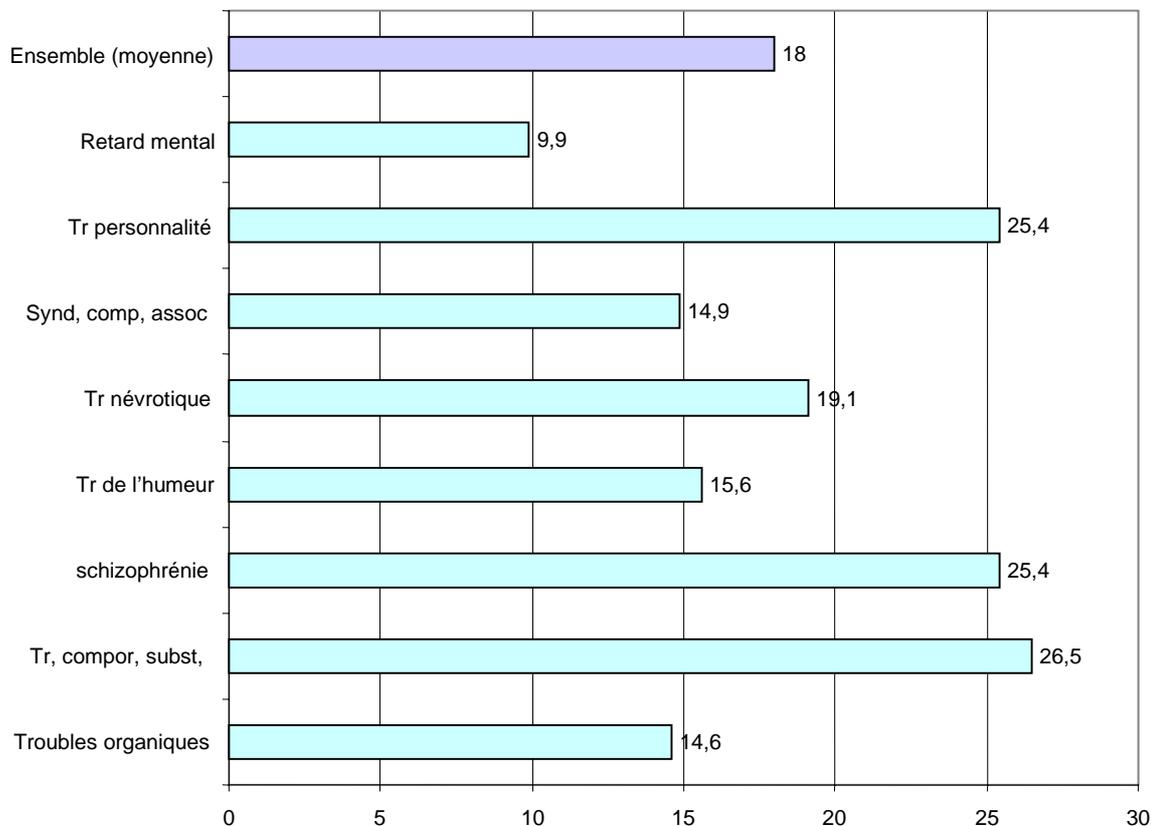
Retard mental, troubles de la personnalité, troubles du comportement et pathologies associées et schizophrénie :

Le trop faible nombre de patients concernés dans l'enquête interdit toute interprétation des chiffres.

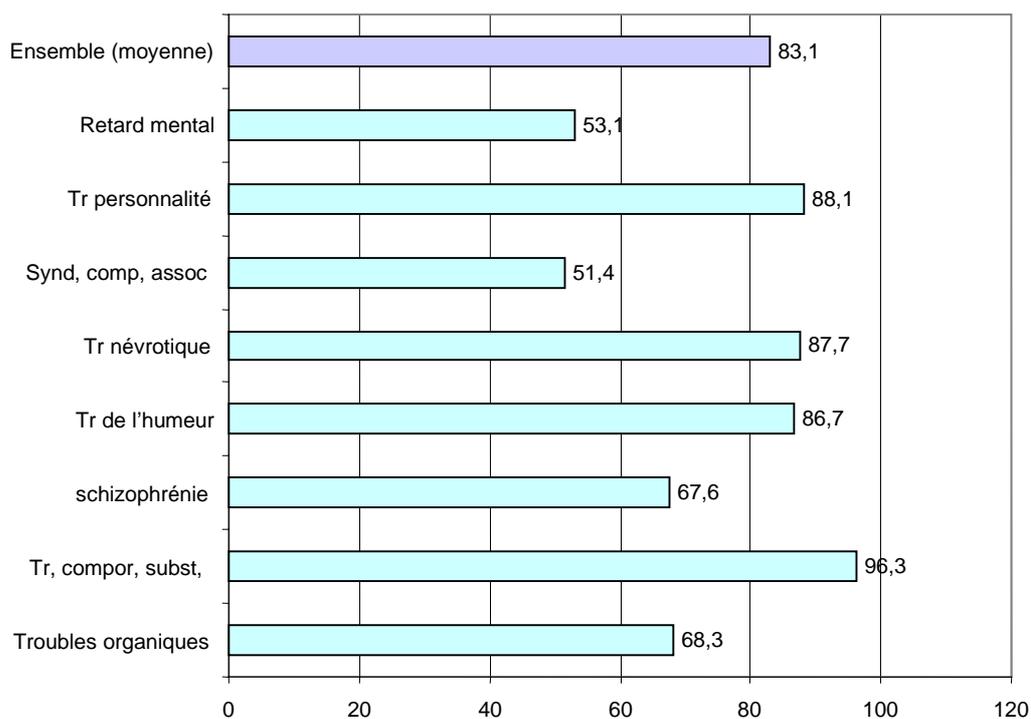
Graphique 56 : Ventilation des patients du médecin généraliste ayant un diagnostic de maladie psychiatrique (CIM 10)



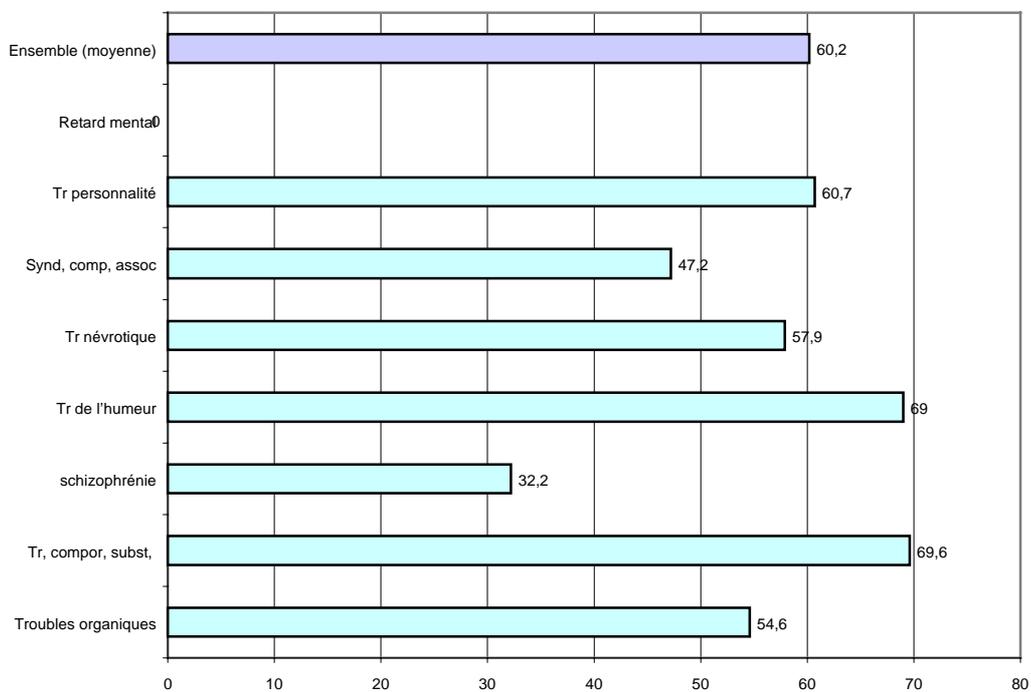
Graphique 57 : Ventilation des patients du médecin généraliste ayant un antécédent en fonction de la pathologie (CIM 10)



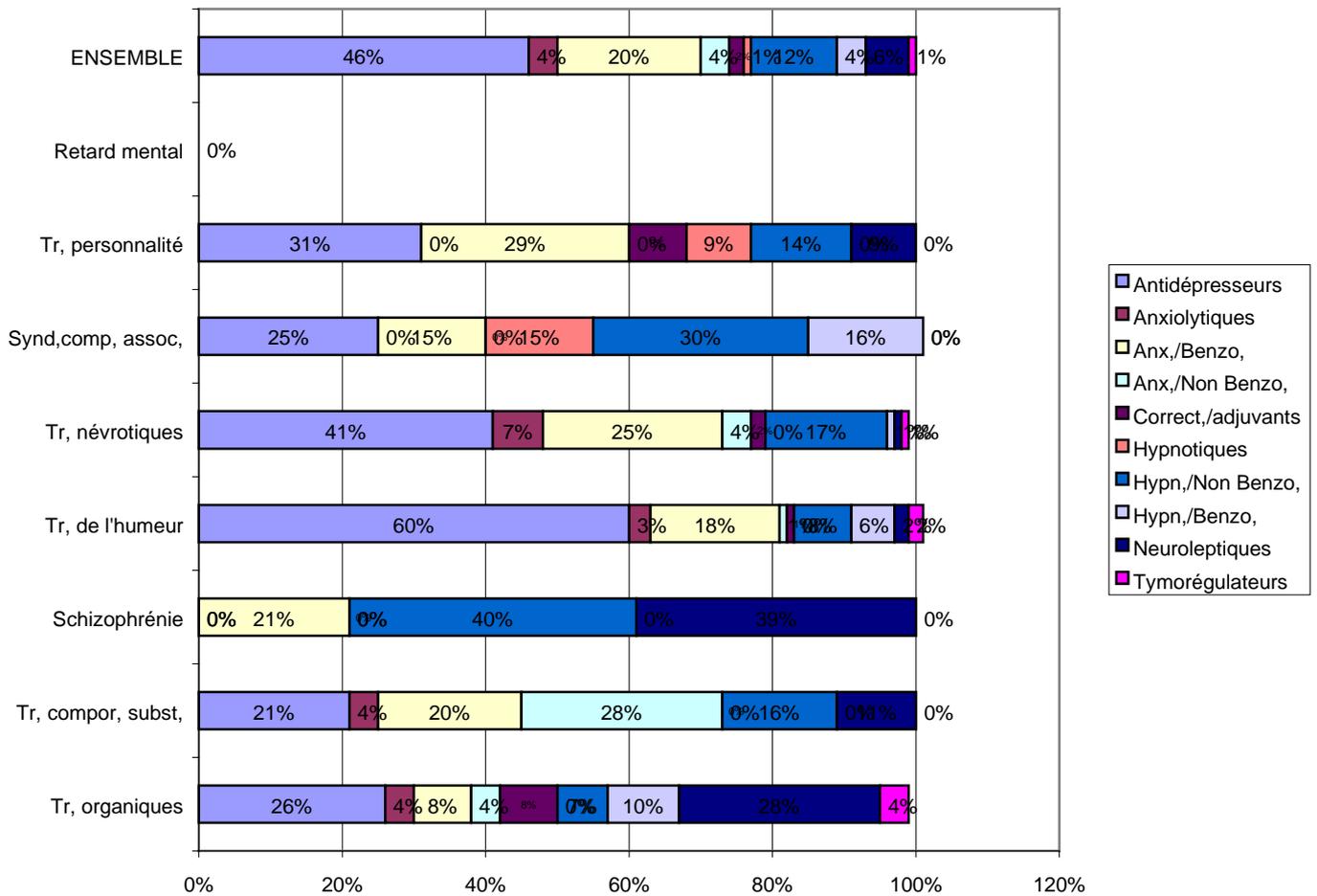
Graphique 58 : Ventilation des patients du médecin généraliste ayant un traitement psychologique en fonction de la pathologie (CIM 10)



Graphique 59 : Ventilation des patients du médecin généraliste ayant un traitement psychotrope en fonction de la pathologie (CIM 10)



Graphique 60 : Ventilation des traitements psychotropes des patients du médecin généraliste ayant un traitement psychotrope en fonction de la pathologie (CIM 10)



Echantillon des médecins psychiatres

Le médecin psychiatre est l'auteur du diagnostic dans 77,6 % des cas. Les patients atteints de troubles mentaux (diagnostiqués à travers la classification CIM 10) sont 28,7 % à présenter un antécédent de maladie mentale ; ils sont 91,8 % à être sous ALD. 95,3 % de ces patients bénéficient d'un traitement psychologique pratiqué par le médecin psychiatre, 34,7 % d'un traitement psychotrope (46 % d'antidépresseurs, 23 % d'anxiolytiques, 20 % de neuroleptiques).

Retard mental :

Le médecin psychiatre est l'auteur du diagnostic dans 54,3 % des cas de retard mental. 8,1 % des patients atteints de retard mental présentent un antécédent de pathologie mentale ; ils sont % à bénéficier d'un traitement psychologique. 100 % des patients concernés sont sous ALD. Un traitement psychotrope est administré à ces patients dans 9,4 % des cas (anxiolytiques et neuroleptiques).

Troubles de la personnalité :

87,7 % des cas de troubles de la personnalité sont diagnostiqués par le médecin psychiatre. Dans 29,4 % des cas, le patient présente un antécédent de pathologie mentale. % des patients atteints de troubles de la personnalité bénéficient d'un traitement psychologique, 15,1 % d'un traitement psychotrope (antidépresseurs et neuroleptiques).

Troubles du comportement et pathologies associées :

Le médecin psychiatre établit le diagnostic de syndrome du comportement et pathologies associées pour 79,8 % des patients concernés. 42,8 % des patients atteints de cette pathologie présentent un antécédent de maladie mentale. % bénéficient d'un traitement psychologique et 18,6 % d'un traitement psychotrope (antidépresseurs et anxiolytiques). 100 % des patients concernés sont sous ALD.

Troubles névrotiques :

82,5 % des patients présentant des troubles névrotiques sont diagnostiqués par des médecins psychiatres. 90,2 % sont en ALD. 18,9 % présentent un antécédent de pathologie mentale.

Les patients souffrant de troubles névrotiques bénéficient de traitement psychologique (98,4 %). 25,1 % bénéficient d'un traitement psychotrope.

Troubles de l'humeur :

71,8 % des patients concernés sont diagnostiqués par des médecins psychiatres, dont 34 % présentant un antécédent de pathologie mentale. Les traitements de ces patients en ALD (90,9 %) sont là encore essentiellement psychologique (93,2 %). On compte toutefois 51,1 % de traitements psychotropes (55 % d'antidépresseurs).

Schizophrénie :

Le médecin psychiatre est l'auteur du diagnostic de schizophrénie pour 67,4 % des patients.

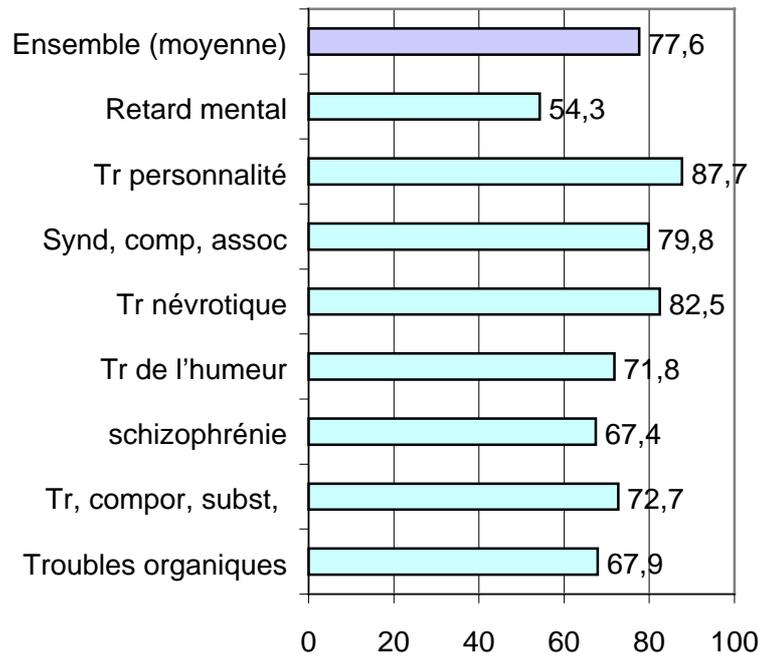
Troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives :

72,7 % des troubles du comportements liés à l'utilisation de substances psycho-actives sont diagnostiqués par le médecin psychiatre. Les traitements sont essentiellement psychologiques : 97,5 %. Les patients sont sous ALD (100 %) et présentent un antécédent dans 42 % des cas.

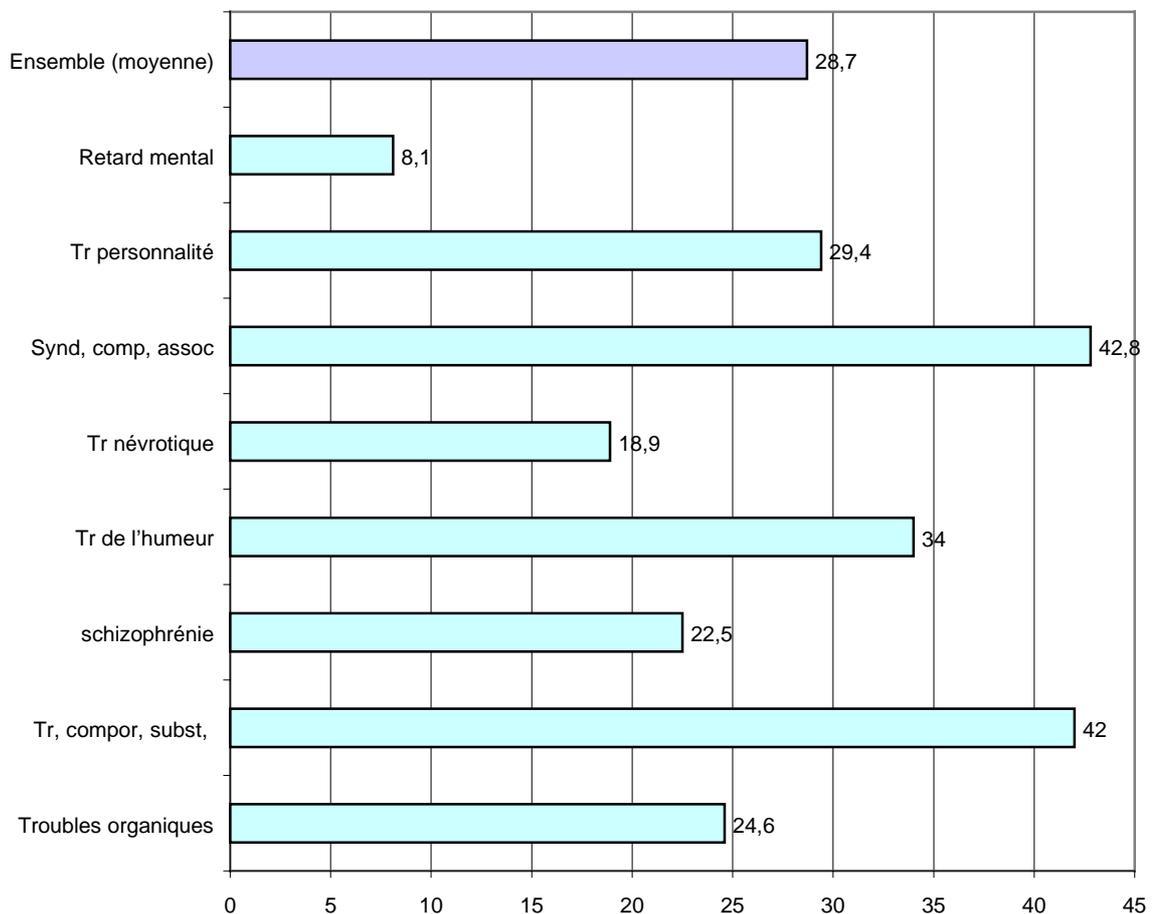
Troubles organiques :

Les troubles organiques sont diagnostiqués par le médecin psychiatre dans 67,9 % des cas. 63,2 % de traitements psychologiques et 66,9 % de traitements psychotropes.

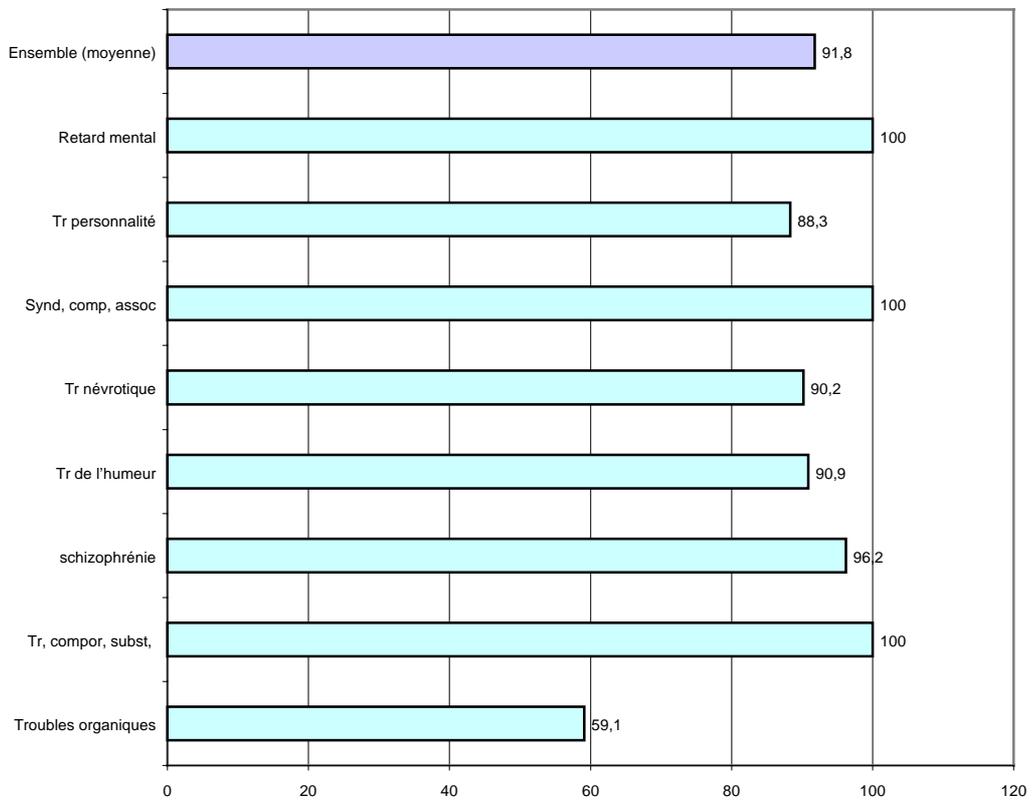
Graphique 61 : Ventilation des patients des médecins psychiatres ayant un diagnostic de maladie psychiatrique (CIM 10)



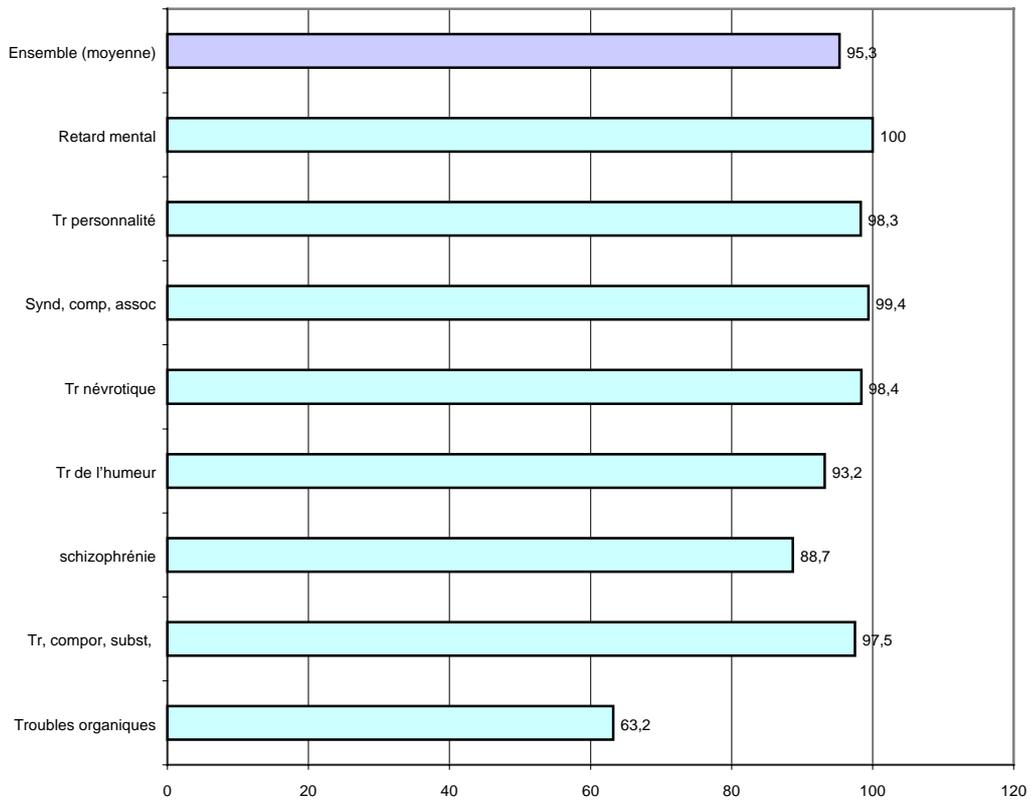
Graphique 62 : Ventilation des patients des médecins psychiatres ayant un antécédent en fonction de la pathologie (CIM 10)



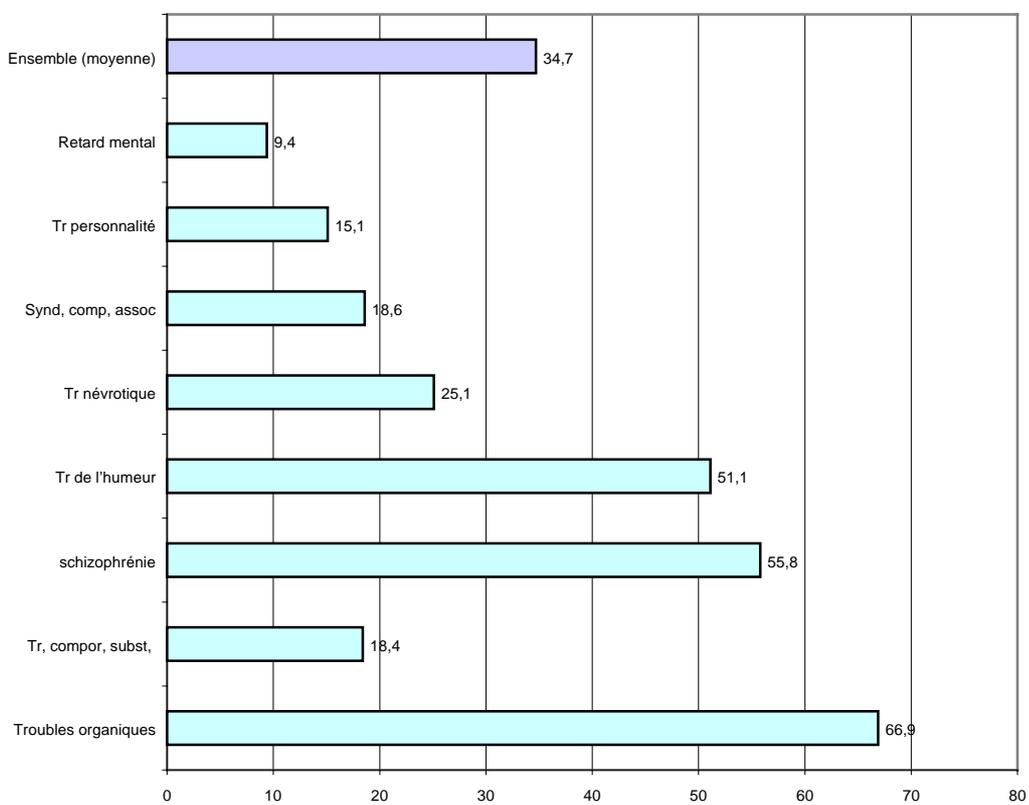
Graphique 63 : Ventilation des patients des médecins psychiatres sous ALD en fonction de la pathologie (CIM 10)



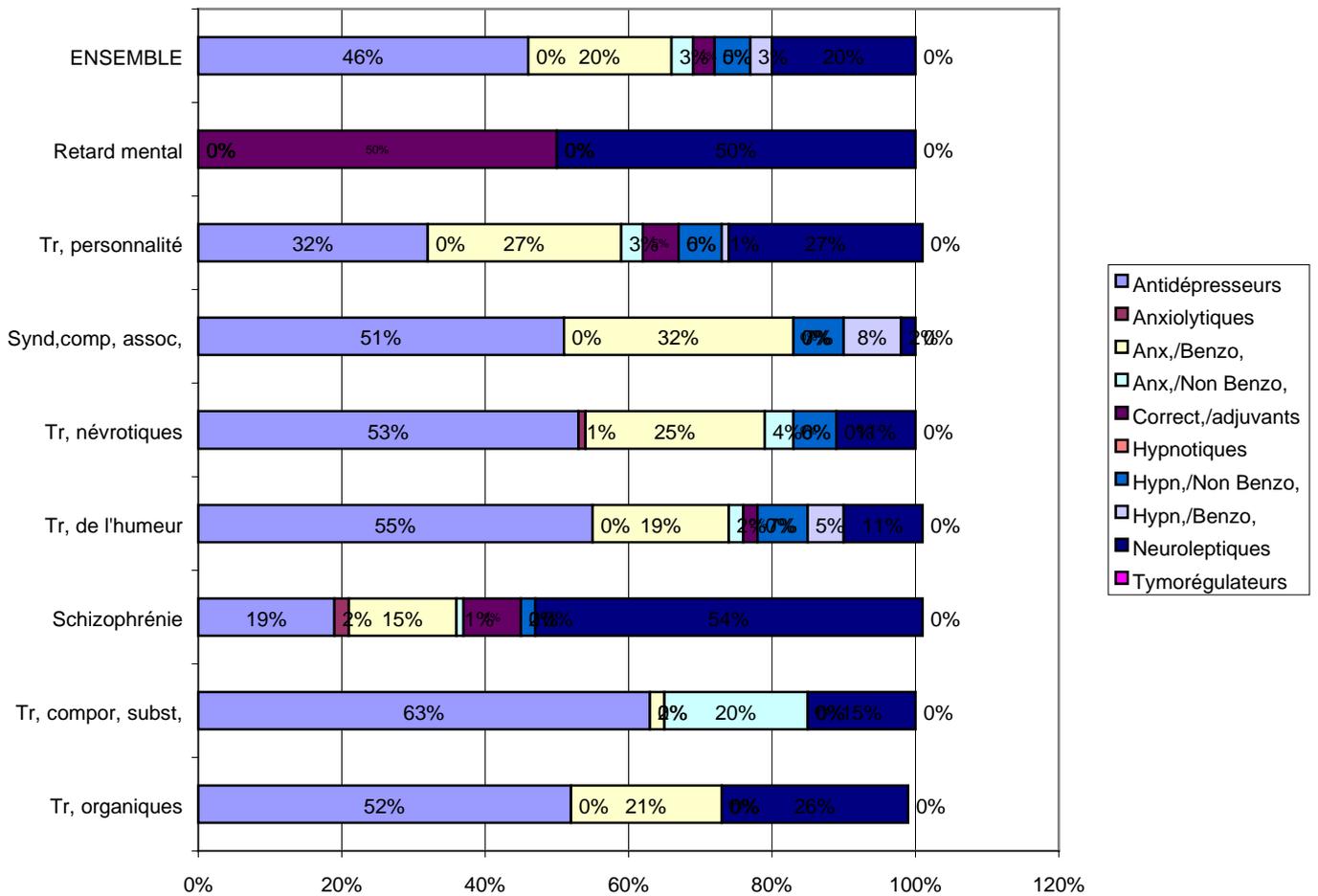
Graphique 64 : Ventilation des patients des médecins psychiatres ayant un traitement psychologique en fonction de la pathologie (CIM 10)



Graphique 65 : Ventilation des patients des médecins psychiatres ayant un traitement psychotrope en fonction de la pathologie (CIM 10)



Graphique 66 : Ventilation des traitements psychotropes des patients du médecin psychiatre ayant un traitement psychotrope en fonction de pathologie (CIM 10)



2. Eléments déterminants de la prescription de médicaments psychotropes

Sont présentés ici les éléments statistiquement significatifs dans l'enquête – ce qui interdit d'avoir le détail sur : la classe thérapeutique, la fréquence de la prescription, la taille de l'ordonnance, la durée de l'ordonnance.

Echantillon des médecins généralistes

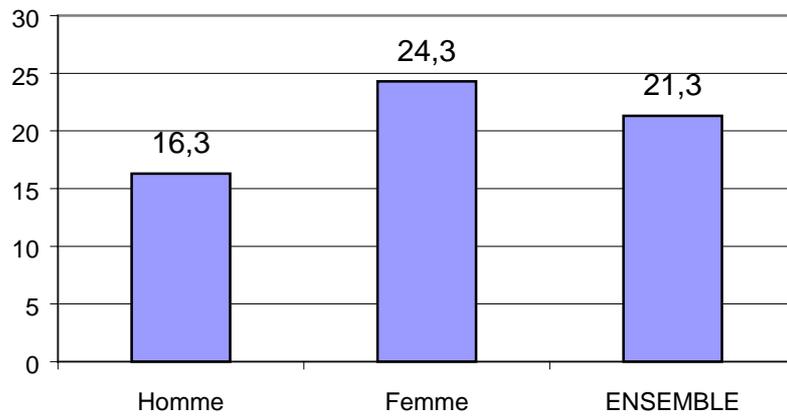
Il est démontré dans l'enquête que la probabilité, pour le patient d'un médecin généraliste, de bénéficier d'un traitement psychotrope varie avec les variables suivantes : le sexe du patient, son état matrimonial, sa CSP, le motif de l'acte et le diagnostic.

Ainsi, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à bénéficier d'un traitement psychotrope. Les patients en situation de rupture (divorce, veuvage) sont plus fréquemment que les autres sous prescription de médicament psychotrope (ils ne représentent cependant que 29,8 % de l'ensemble des patients sous traitement psychotrope).

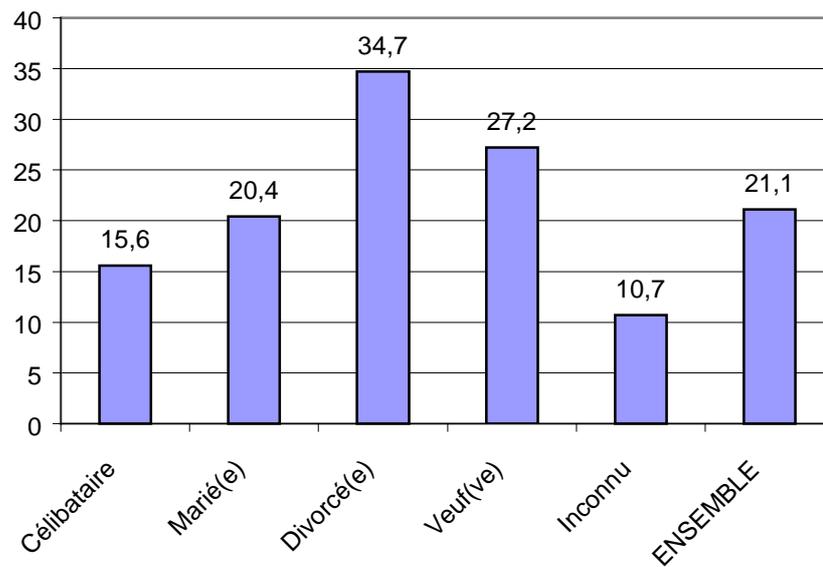
La probabilité pour le patient d'un médecin généraliste de bénéficier d'un traitement psychotrope est d'autant plus importante que le patient consulte pour un motif psychiatrique ou une demande d'aide psychologique.

Les patients présentant des troubles de l'humeur ou troubles névrotiques sont les plus concernés par la prescription de médicaments psychotropes.

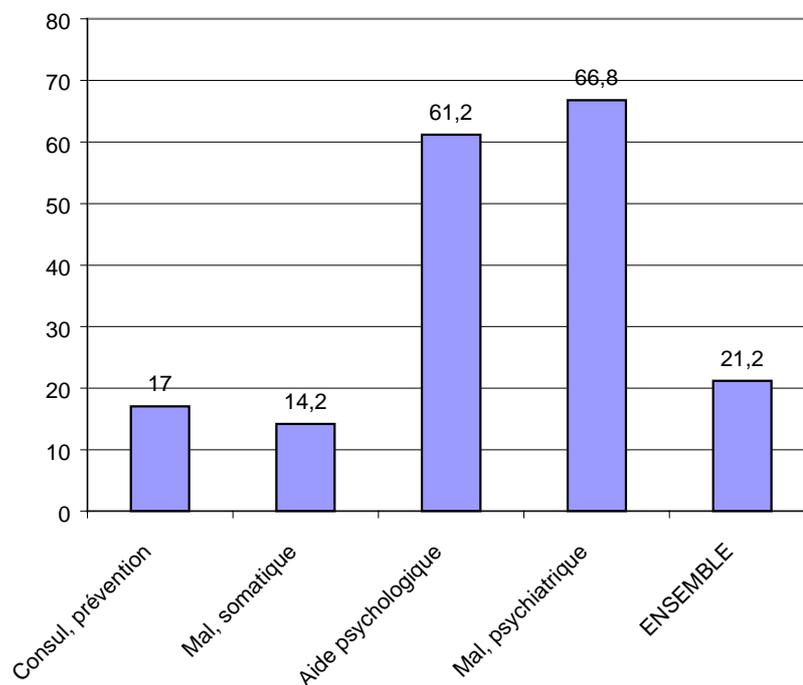
**Graphique 67 : Ventilation des traitements psychotropes selon le sexe
(patients des médecins généralistes)**



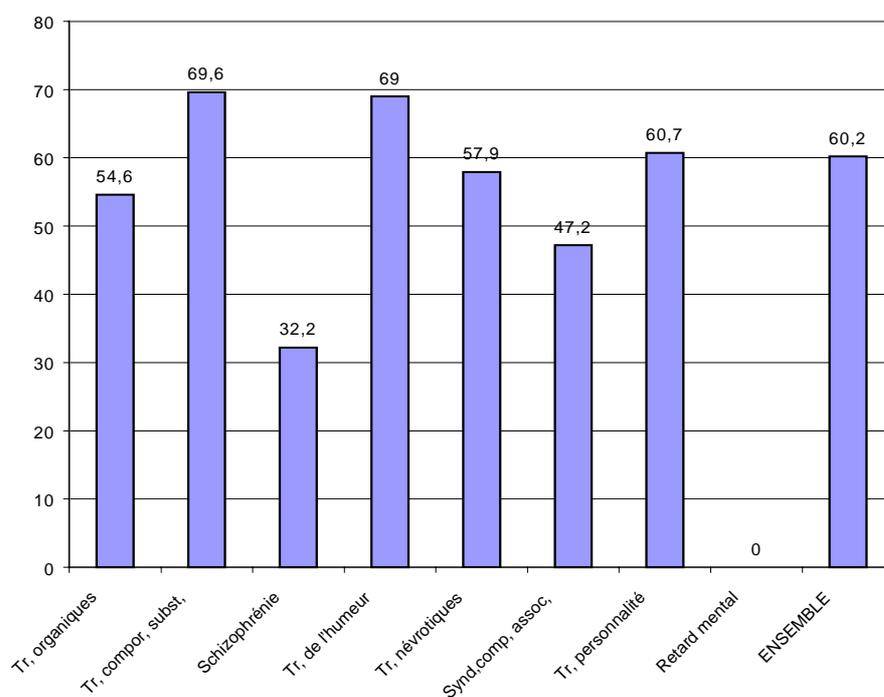
**Graphique 68 : Ventilation des traitements psychotropes selon la situation matrimoniale
(patients des médecins généralistes)**



**Graphique 69 : Ventilation des traitements psychotropes selon le motif de l'acte
(patients des médecins généralistes)**



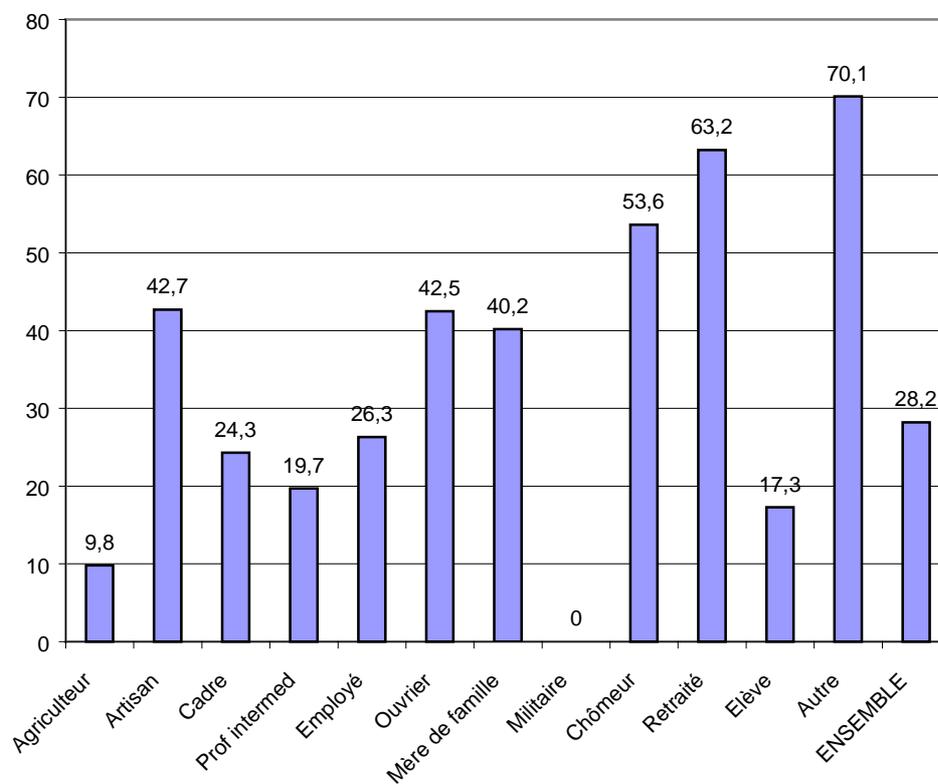
**Graphique 70 : Ventilation des traitements psychotropes selon le diagnostic (CIM 10)
(patients des médecins généralistes)**



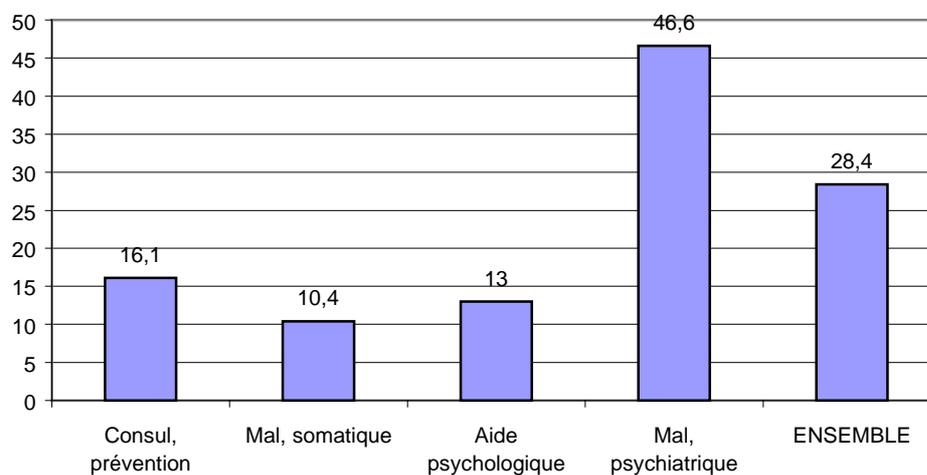
Echantillon des médecins psychiatres

Les patients du médecin psychiatre bénéficient d'un traitement psychotrope lorsqu'ils sont retraités ou chômeurs, qu'ils consultent pour motif psychiatrique, qu'ils souffrent de troubles organiques, schizophrénie ou troubles de l'humeur.

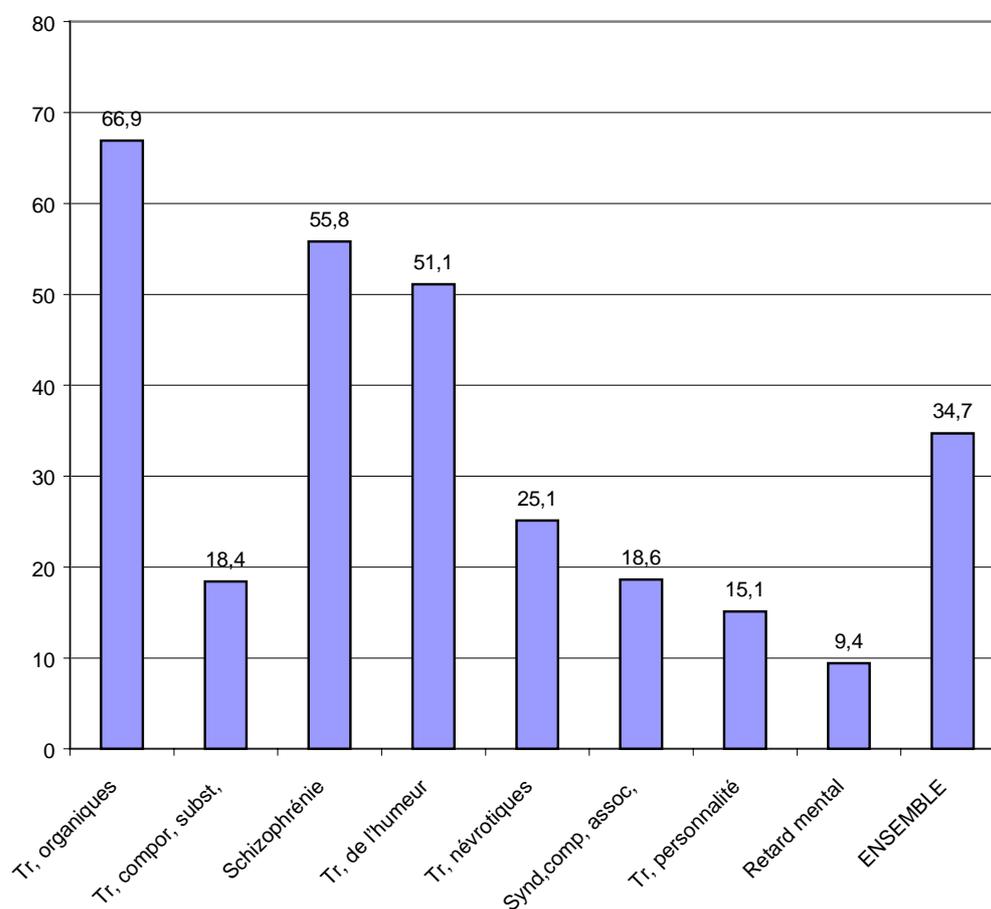
**Graphique 71 : Ventilation des traitements psychotropes selon la CSP
(patients des médecins psychiatres)**



**Graphique 72 : Ventilation des traitements psychotropes selon le motif de l'acte
(patients des médecins psychiatres)**



**Graphique 73 : Ventilation des traitements psychotropes selon le diagnostic
(patients des médecins psychiatres)**



3. Eléments déterminant la nature du traitement psychologique

Sont présentés ici les éléments statistiquement significatifs dans l'enquête, ce qui interdit le détail sur la nature du traitement, la fréquence du traitement.

Echantillon des médecins généralistes

Parmi la clientèle du médecin généraliste, la probabilité de bénéficier d'un traitement psychologique varie avec les variables suivantes : le sexe du patient, son état matrimonial, sa CSP, le motif de l'acte et le diagnostic.

Les patients bénéficient d'autant plus fréquemment d'un traitement psychologique que ce sont des femmes, qu'elles sont divorcées ou veuves, lorsque le motif de l'acte est une maladie psychiatrique ou une demande d'aide psychologique, et enfin, lorsque le patient souffre de troubles du comportement, de troubles de la personnalité, de troubles névrotiques ou de l'humeur.

Echantillon des médecins psychiatres

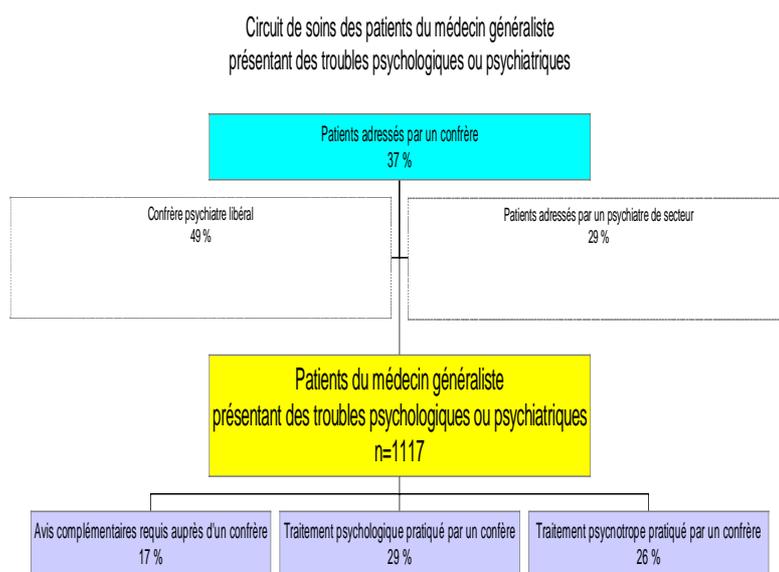
Parmi la clientèle du médecin psychiatre, la probabilité de bénéficier d'un traitement psychologique est liée à la CSP du patient, au motif de l'acte, au diagnostic et au secteur d'exercice du médecin psychiatre.

4. Circuits de soins

Echantillon des médecins généralistes

En moyenne, 26,1% des patients du médecin généraliste suivent un traitement prescrit par un confrère. Parmi les personnes atteintes de schizophrénie, 67,2% suivent la prescription d'un confrère.

Graphique 74 : Circuit de soins des patients du médecin généraliste



Seulement 28,6% des patients suivent un traitement prescrit par un autre confrère. Il s'agit essentiellement des patients atteints de schizophrénie (66,9%), de troubles de la personnalité (55,8%) et dans une moindre mesure, des patients présentant un retard mental (44,2%).

Tableau 14 : Diagnostic / traitement psychologique pratiqué par un confrère

	Traitement psychologique pratiqué par un confrère
Troubles organiques	22,7 %
Tr, compor, subst,	24,7 %
schizophrénie	66,9 %
Tr de l'humeur	30,9 %
Tr névrotique	20,3 %
Synd, comp, assoc	21,0 %
Tr personnalité	55,8 %
Retard mental	44,2 %
Moyenne	28,6 %

Tableau 15 : Circuit de soins des patients du médecin généraliste

	Traitement psychotrope prescrit par un confrère
Troubles organiques	24,6 %
Tr, compor, subst,	18,4 %
schizophrénie	67,2 %
Tr de l'humeur	30,3 %
Tr névrotique	15,1 %
Synd, comp, assoc	26,1 %
Tr personnalité	41,9 %
Retard mental	31,9 %
Moyenne	26,1 %

Dans 83,2% des cas, les généralistes n'ont pas besoin d'un avis complémentaire. Seuls les troubles de la personnalité leur posent question et pour la moitié de ces cas, un avis complémentaire est requis.

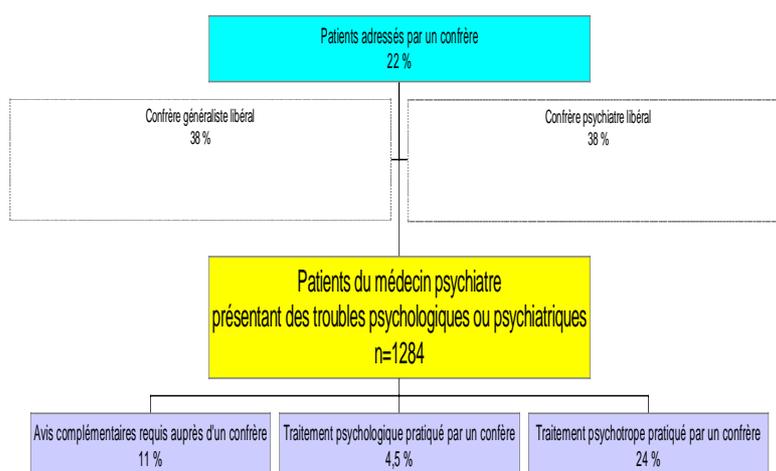
Tableau 16 : Diagnostic / besoin d'un avis complémentaire

	Besoin d'un avis complémentaire
Troubles organiques	11,3 %
Tr, compor, subst,	20,6 %
Schizophrénie	20,8 %
Tr de l'humeur	15,5 %
Tr névrotique	14,6 %
Synd, comp, assoc	19,8 %
Tr personnalité	50,9 %
Retard mental	18,4 %
Moyenne	16,8 %

Echantillon des médecins psychiatres

Graphique 75 : Circuit de soins des patients du médecin psychiatre

Circuit de soins des patients du médecin psychiatre
présentant des troubles psychologiques ou psychiatriques



Le traitement psychotrope est prescrit par un confrère seulement dans 23,9% des cas. Les prescriptions concernent d'abord les troubles de l'humeur (37,9%) et les troubles névrotiques (28,6% des cas), puis les troubles de la personnalité (16,1%).

Les médecins psychiatres ont recours à un confrère pour le traitement psychologique dans 4,5 % des cas en moyenne, essentiellement dans des cas de schizophrénie (11,5 %), troubles du comportement, troubles organiques.

Tableau 17 : Diagnostic / traitement psychologique pratiqué par un confrère

	Traitement psychologique pratiqué par un confrère
Troubles organiques	7,1 %
Tr, compor, subst,	7,3 %
Schizophrénie	11,5 %
Tr de l'humeur	4,0 %
Tr névrotique	2,4 %
Synd, comp, assoc	1,4 %
Tr personnalité	4,7 %
Retard mental	0,0 %
Moyenne	4,5 %

Tableau 18 : Diagnostic / prescription d'un médicament psychotrope par un confrère

	Traitement psychotrope pratiqué par un confrère
Troubles organiques	17,4 %
Tr, compor, subst,	35,2 %
schizophrénie	20,8 %
Tr de l'humeur	26,2 %
Tr névrotique	26,9 %
Synd, comp, assoc	2,3 %
Tr personnalité	20,2 %
Retard mental	22,0 %
ensemble	23,9 %

23,9% des patients de psychiatres se sont vus prescrire un médicament psychotrope par un confrère dans des cas de troubles du comportement (35 %), troubles de l'humeur, troubles névrotiques.

Tableau 19 : Diagnostic / besoin d'un avis complémentaire

	Besoin d'un avis complémentaire
Troubles organiques	7,9 %
Tr, compor, subst,	35,8 %
Schizophrénie	16,1 %
Tr de l'humeur	11,7 %
Tr névrotique	7,5 %
Synd, comp, assoc	7,6 %
Tr personnalité	7,2 %
Retard mental	0,0 %
Moyenne	10,9 %

CONCLUSION

L'enquête réalisée par l'URML IDF donne un éclairage quantitatif et qualitatif sur la prise en charge de la souffrance psychologique et de la maladie mentale en médecine libérale.

Les pratiques des médecins généralistes et psychiatres sont bien identifiées. Ces pratiques ne se superposent pas, mais se complètent autour d'une prise en charge globale.

Des profils de clientèles se dessinent qui reflètent fortement les caractéristiques socio-démographiques des patients. Le vécu de la prise en charge des soins psychiatriques et psychologiques s'exprime différemment chez les médecins généralistes et psychiatres.

La présente étude a permis de dégager un certain nombre d'indicateurs non négligeable sur la prise en charge des soins psychologiques et psychiatriques en médecine libérale. Beaucoup d'informations complémentaires, en particulier permettant d'identifier les trajectoires de soins des patients n'ont toutefois pu être colligées. L'URML IDF poursuivra sa réflexion à l'occasion de travaux à venir.

En effet, cette étude francilienne constitue une première étape vers un processus de recueil de données sur les pratiques des médecins libéraux que l'URML IDF souhaite pérenniser. Ainsi, d'autres études du même type seront mises en œuvre dans un soucis constant d'améliorer la connaissance sur les modes d'exercice de la profession.

BIBLIOGRAPHIE

I. Généralités

Duru G., 1994, Alternatives en psychiatrie : de l'histoire à l'évaluation, *Analyse et évaluation en économie de la santé*, Hermes.

Horassius-Jarrie N., 1994, *Evaluation et organisation des soins en psychiatrie*, Ed. Frison-Roche, Paris.

Jaeger M., 1989, Syros Alternatives, *La psychiatrie en France*.

Angleraud J.-M., 1989, AERPSY, Statut social et Circuits de soins, *Maladie mentale*, MIRE,.

6/1998, ARH Ile de France, *Carte sanitaire, schéma régional et annexe de la psychiatrie en Ile de France - arrêtés du 17 juin 1998*.

16 mars – 29 mars 1993, juillet 1994, Centre collaborateur de l'OMS pour la recherche en santé mentale (INSERM) – DGS, *Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale*.

Cléry-Melin, janvier 1995, *Des alternatives à l'hospitalisation pour des soins diversifiés et de qualité en psychiatrie*.

Cohen D., 1988-1993, 1994, *Production, promotion, prescription et consommation de médicaments psychotropes : inventaire des recherches en sciences humaines.*

Bocognano A., Dumesnil S., et al., 1999, CREDES, *Enquête sur la santé et la protection sociale,* Paris.

Fourrier A., Letenneur L., Dartigues J.-F., Begaud B., 1997, *Consommation de médicaments psychotropes chez les sujets âgés.*

1991-92, EPPM, IMS France, *Enquête permanente sur la prescription médicale.*

1991-92, INSEE, *Enquête sur la santé et les soins médicaux.*

Massé G., 1992, ENSP, *La psychiatrie ouverte, Une dynamique nouvelle en santé mentale.*

1982, Rapport au ministre de la santé, *une voie française pour une psychiatrie différente.,*

12/1986, *Rapport Zambrowski au ministre de la santé, Moderniser et diversifier les modes de prise en charge de la psychiatrie française.*

Printemps 1998, SESI, *Données sur la situation sanitaire et sociale de la population* (Annexe A du projet de loi de finance de la Sécurité sociale).

Zarifian E., mars 1996, *Mission générale concernant la prescription et l'utilisation des médicaments psychotropes en France.*

Aubert J.-P., juin 1996, *Actualité et dossier en santé publique, la voie du généraliste, Entrée en soins psychiatriques , n°15.*

Juin 1996, Santé mentale, Actualité et dossier en santé publique, *l'individu, les soins, le système*, n°15.

Martinez J, Penochet JC, Cheroutre-Bonneau S, Masse G, Mordelet P, Kovess V., Novembre 1997, Santé mentale : *20 articles Gestion hospitalière*, n° 370,

Bonal C., juin 1996, Actualité et dossier en santé publique, *L'offre des structures et des soignants*, n°15.

Halimi Y., 10/1991, Santé publique, */* sur l'impossibilité d'embrasser la totalité du champ de la pathologie mentale*/*, n°5.

15/11/1996, Impact médecin Hebdo, */* sur le développement encore timide des structures alternatives à l'hospitalisation */*, n°342.

Lehembre O., novembre 1997, Gestions Hospitalières, *L'exercice libéral en psychiatrie*, n°370.

Mosca G. septembre 1997, Questions de sécurité sociale, *L'évolution de la psychiatrie en France*, n°9.

1990, Psychiatrie et santé mentale, Cahiers statistiques, La Documentation française, *Solidarité santé*, n°17.

Vincensini J.-P., juin 1996, Actualité et dossier en santé publique, *La santé mentale et la psychiatrie en quelques chiffres*, n°15.

1997, Bilan et perspectives 1997, Conseil économique et social, *Prévention et soins des maladies mentales*.

1996, Guide des innovations, *Mission d'Appui en Santé Mentale*, Ed Heures de France.

Garrabe J, Pascal JC, Kipman SD, Jousselin D , 1996, *Images de la psychiatrie*, Journées d'Avignon, Edition Frison-Roche,

II. Activité, statistiques

Juin 1996, Actualité et dossier en santé publique, *La santé mentale et la psychiatrie en quelques chiffres*, P2-5.

Juillet 1997, Journal officiel, Rapport Joly, *Morbidité en santé mentale*, P50-51.

Juillet 1997, Journal officiel, Rapport Joly, *Les pathologies rencontrées*, P50-51.

Kovess V., Guysens S., Poinjard R., Teyssier E., février 1993, Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé, *La santé mentale des parisiens*.

Antoine D., décembre 1993, Santé social échange, *La psychiatrie en chiffre*, P39-43.

Wagenaar G, juin 1993, Journal d'économie médicale, *Indicateurs et système d'information en santé mentale*,.P201-224.

Avril 1996, DRASSIF, Bilan, *La psychiatrie en Ile de France*.

Novembre 1996, INSERM DGS, *Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale 16/03 – 29/03 1993 données de morbidité*.

Juin 1995, SESI, *Documents statistiques - Secteurs de psychiatrie générale en 1991 et 1993*.

Juillet 1994, DGS INSERM, *Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale 16/03 – 29/03 1993*.

Volatier J. L., 1987., *Le Centre de santé mentale du 13^{ème} d'après ses statistiques note de travail 1 et 2*.

Houssou C., octobre 1996, Synapse, *De la fiche par patient : nécessité de l'approche épidémiologique en psychiatrie*, n° 219, P23-31.

Houssou C., V Kovess, M Bucher, C. Silberger, 1996, L'Encéphale, *La fiche par patient en psychiatrie : nomenclature des types de prise en charge*, n°22, P23-33.

Iahns JF, Pierre S, 1995, Groupe Français d'épidémiologie psychiatrique, *Epidémiologie en psychiatrie, répertoire des travaux francophones de 1989 à 1994*.

III. Populations particulières

Amphoux M, BernarD JM, Bruy C et al., 1989, Revue de Médecine du Travail, *Consommation de psychotropes chez les travailleurs du BTP*.

Curtes JP, Lemeur MC, Mouret D, Verger C, 1989, Revue de Médecine du Travail. *Psychotropes et travail en-dehors du bâtiment et des travaux publics*.

Decherf D, Faller G, Floc'h A et al., 1982, Revue Médicale de l'Assurance Maladie, La consommation de tranquillisants et d'hypnogènes au sein de la population fréquentant des centres d'examens de santé.

Deneaux B, Edme JL, de Laubier-Darras C et al, 1989, Revue de Médecine du Travail, *Consommation des psychotropes chez les salariés (étude descriptive chez 2.819 personnes) - Résultats préliminaires.*

Edme JL, Pamart-Deneaux B, Frimat P, 1990, Institut de Médecine du Travail du Nord de la France, rapport de synthèse, *Consommation de psychotropes chez 2.819 salariés.*

Ferley JP, Balducci F, Charrel M, Drucker J., 1988, Revue Française Santé Publique, *Fréquence des troubles du sommeil et recours aux somnifères chez les habitants d'une ville moyenne - Identification de facteurs associés, 41*

IV. Offre de soins

Juillet 1997, Journal Officiel, Rapport Joly, *Les grandes caractéristiques de l'offre de soins en santé mentale*, P71-90.

Juillet 1997, Journal Officiel, Rapport Joly, *Les professionnels de la santé mentale à l'épreuve du changement*, P93-96.

Juillet 1997, Rapport Joly, Journal Officiel, *Le processus de sectorisation s'est ralenti*, P109-114.

Roelandt J.C., Doubriez P., Gurdal A., Muller C.H., Treboutte G., Duthoit F., Décembre 1990, *Divisions structurantes : asile social, asile mental Santé publique, actes du Congrès*, P66-68.

Noe B, décembre 1990, Santé publique, Actes du congrès, *Un projet de soins entre la surmédicalisation de la psychiatrie et les lois de 1848-1990*,.P88-90.

V. Les alternatives à l'hospitalisation

1990, Confrontations psychiatriques, *Economie de la santé et psychiatrie*, P111-129.

Steffen M., décembre 1988, Journal d'économie médicale évaluation des soins, *Comment évaluer les alternatives à l'hospitalisation*, P449-456.

Lauret T., mars 1997, Nervure, *Prise en charge et orientation des malades mentaux chroniques lourdement dépendants*, tome10 n°2, P51-59.

VI. Réseau

Octobre 1997, Le journal de nervure, *La notion de réseau est-elle applicable en psychiatrie de secteur*, n°7, P4-5.

Bantman P., Garcia A, mai 1997, L'information psychiatrique, *Des passages thérapeutiques en question*, n°5, P435-438.

VII. Evaluation

Schinnar A.P., Kamis-Gould, Delucia N., Rothbard A.B., june 1990, Health services research, *Organizational determinants of efficiency and effectiveness in mental health partial programs*, P387-421.

Lebrun T., Saily J.C., Amouretti M., 1991, *Evaluation en matière de santé : des concepts à la pratique*.

Hafner H., an der Heiden W., 1989, *The evaluation of mental health care systems*.

P. F. Chanoit, J. De Verbizier, 1990, Evaluations des soins en santé mentale, *Réflexions sur les outils méthodologiques et techniques d'études de trajectoires en santé mentale*, P277-290.

VIII. Evaluation médico-économique

Fermon B., 1990, Economie de la santé et psychiatrie, confrontations psychiatriques, *L'évaluation économique de psychiatrie*, P51-61.

Sabatini J., 1990, Economie de la santé et psychiatrie, confrontations psychiatriques, *Economie de la psychiatrie : horizons et perspectives*, P211-215.

Guers-Guihot J., Pellet J., Claveranne J.P., juin 1993, Journal d'économie médicale, *Un outil d'évaluation médico-économique en psychiatrie*, P165-183.

Le Pen C., Vergnaud J.C., août 1992, Journal d'économie médicale, *Evaluation des médicaments et modélisation des attitudes thérapeutiques : exemple de la schizophrénie*, P267-287.

IX. Estimation des coûts

Le Pen C, Levy E, 1990, Les benzodiazépines : d'une enquête de prescription à une analyse coût / efficacité.(annexes du rapport Groupe III).

Lecomte T., Pequignot H., 1990, Economie de la santé et psychiatrie, confrontations psychiatriques, *Est-il possible d'estimer les dépenses médicales liées à la psychiatrie ?* P25-34.

Banal P.E., 1990, Economie de la santé et psychiatrie, confrontations psychiatriques, *Du coût au bénéfice de nouveaux médicaments*, P145-159.

Benoit J.C., 1990, Economie de la santé et psychiatrie, confrontations psychiatriques, *Une certaine difficulté : chiffrer l'aspect psychothérapeutique de la psychiatrie*, P161-169.

Guerin P., Dazord, 1990, Economie de la santé et psychiatrie, confrontations psychiatriques, *Aspects économiques des approches psychothérapeutiques : problématique et méthodologie*, P171-209.

X. Dépression , anxiété

1988, Rapport pour les Laboratoires Roche, Faits et opinions : étude sur les états anxieux et dépressifs en France

Fuhrer R, Rouillon F et al., 1990, *La dépression en médecine générale (CR -Groupe I-25.04.90)*

Hardy P, Boulenger JP, Lepine JP et al., 1988, .Act. Méd. Inter-Psychiatrie, *Enquête nationale sur l'anxiété : résultats cliniques*, 5 (Suppl.):19-23.

Lellouch J, Lepine JP et al., 1990, Enquête en population générale sur les troubles anxieux et dépressifs. (CR -Groupe I- 25.04.90).

Rouillon F, Ferreri M, Parquet P et al., 1987., (communication : IVth International Congress of Psychiatric Epidemiology, Madrid), *Etude clinique et épidémiologie du trouble "anxiété généralisée" en médecine générale*. Texte non publié.

Chanoit P.F., 1990, Economie de la santé et psychiatrie, confrontations psychiatriques, *L'approche économique de l'anxiété et des dépressions*, P131-144.

Lecomte T., juin 1996 et septembre 1988, CREDES, *Aspects socio économiques de la dépression*.

XI. Consommation médicamenteuse

Ades J, Rodiere C, 1983, L'Encéphale, *Les benzodiazépines dans le traitement de l'alcoolisme*.

Aiach P, 1987, Psychiatrie pratique du médecin, *Perception et prise en compte des troubles mentaux en médecine générale*.

Allain H, 1990, Psychologie Médicale, *Insomnie et benzodiazépines : questions actuelles*.

Bancarel Y, Blanc MP, Charrin G et al, 1988, Fundam, Clin. Pharmacol., *Study of Drug Consumption in a Working Environment in France*.

Benoit , 1990, *Place des hypnotiques dans le traitement des insomnies*.

Novembre 1982 - novembre 1983, Enquête "*Morbidité prescriptions pharmaceutiques*", *Etudes et Enquêtes, 1985*.

28 mai 1990, Colloque Roche-medec, *Toxicomanie et exercice pharmaceutique quotidien*.
Texte

Dunbar GC, Perera MH, Jenner FA-, 1989, *Population Survey*.

Brit. J., Psychiatry, *Patterns of Benzodiazepine Use in Great Britain as Measured by a General*

Faller G, Noel A, Arondel D et al., 1984, Revue Médicale de l'Assurance Maladie, *Consommation des médicaments à visée symptomatique*.

Feline A, Le Goc I, 1983, L'Encéphale, Benzodiazépines. Prescription au long cours et sevrage..

Feline A, Le Goc I, 1985, Sem. Hâp, *Les benzodiazépines., Prescription, consommation, addiction..* Paris,

Holm M, 1988, Prescription of Benzodiazepines in General Practices in the County of Arhus, Denmark, Dan. Med. Bull.,

Karsent Y S, 1990, Remarques socio-économiques sur la consommation française de médicaments hypnotiques et tranquillisants. (annexe du rapport Groupe III).

Lecomte T, France 1970-1980, *La consommation pharmaceutique - Structure, prescription et motifs* - CREDES Paris, 1985

Rôsch D, Haeusler L, Facy F , 1989, CREDOC Paris, rapport 68, *La consommation de produits psychotropes dans la population française*.

1990, SOFRES, Le profil pathologique des consommateurs d'hypnotiques et de tranquillisants.

1990, SNIP : *Rapport du groupe de réflexion sur l'utilisation des hypnotiques et tranquillisants en France*.

WAysfeld B, 1990, *Alternatives à la prescription de tranquillisants*, (Annexe CR -groupe II-04.05.90)

Lecomte T., Pequignol, 1990, Economie de la santé et psychiatrie, confrontations psychiatriques, *Est-il possible d'estimer les dépenses médicales liées à la psychiatrie ?*, P25-34.

Banal P.E., 1990, Economie de la santé et psychiatrie, confrontations psychiatriques, *Du coût au bénéfice de nouveaux médicaments*, P145-159.

Novembre 1990, *Rapport du groupe de réflexion sur l'utilisation des hypnotiques et tranquillisants en France*.

Le Pen C., Vergnaud J.C., Août 1992, Journal d'économie médicale, *Evaluation des médicaments et modélisation des attitudes thérapeutiques : exemple de la schizophrénie*, P267-287.

Baumann M., Pommier J., Deschamps J-P ., janv 96, *Cahiers de sociologie et de démographie médicale*, n°1.

1994, *Prescription médicale et consommation de psychotropes : quelques interrogations sur les différences entre les hommes et les femmes.*

Conférence de consensus, *Stratégies thérapeutiques à long terme dans les psychoses schizophréniques*, Editions Frison-Roche.

Palazzolo J, Chabannes JP, mars 1997, Informations psychiatriques, *Apport de la chronopharmacologie à la prescription médicamenteuse en psychiatrie*, n°3.

Ali I.M., 1997, *Prescribing antidepressants in general practice - prescription does not mean that major depression is being treated*, British Medical Journal, 314 (7083).

Dassa D., Ledoray V., Sambuc R., Azorin J.M., 1993, *Facteurs en jeu dans la prescription des psychotropes - Résultats préliminaires d'une enquête auprès de psychiatres*, L'Information Psychiatrique, 1, 69, 32-50.

Thakore J.H., John D.N., 1996, *Prescription of antidepressants by general practitioners - Recommendations by FHSAs and health boards*, Br. J. Gen. Pract., 46 (407), 363-364 Abstract.

Gadet B., Ecolasse-Bielecki M., 1993, *Références cognitives dans les pratiques diagnostiques et les choix thérapeutiques*, Neuropsychiatrie de l'enfance 41 (11-12), 618-626.

Lacronique J.F., 1989, *Benzodiazépines : le point de vue de l'économiste*, Psychologie Médicale, 21 ("A" hors série), 79-88.

Nolan L., O'Malley K., 1988, *Patients, Prescribing, and Benzodiazepines*, Eur. J. Clin. Pharmacol., 35.

ANNEXES

I. Membres de la commission Conditions d'exercice

Docteur François BONNAUD, médecin généraliste (Maule)

Docteur Ariane BRET BOLLAERT, médecin généraliste angiologue (Paris)

Docteur Alain GENET, médecin cardiologue (Savigny sur Orge)

Docteur Dominique LANTY, médecin généraliste (Claye Souilly)

Docteur Jean-Claude MARQUER, médecin stomatologue (Paris)

Docteur Agnès MORIO, médecin généraliste (Châtillon)

Docteur Philippe PETREL, médecin radiologue (Dammartin en Goële)

Docteur Claude REGENSBERG, médecin chirurgien (Vitry sur Seine)

Docteur Marx TOLEDANO, médecin gynécologue obstétricien (l'Haye les Roses)

Docteur VAURY, médecin anatomopathologiste (Bièvres)

Docteur Gérard ZEIGER, médecin généraliste (Paris)

II. Membres du comité de pilotage

Docteur François BONNAUD, médecin généraliste (Maule)

Docteur Antoine DUCRET, médecin psychiatre (Antony)

Docteur Jean-Claude MARQUER, médecin stomatologue (Paris)

Docteur Agnès MORIO, médecin généraliste (Châtillon)

Docteur Gérard ZEIGER, médecin généraliste (Paris)

Christophe HODEE, consultant SANESCO

Céline CAREL, chargée de mission URML IDF

III. Liste des cartes, graphiques et tableaux

TABLEAU 1 : ECHANTILLONS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET PSYCHIATRES COMPARÉS AUX DONNÉES DE CADRAGE IDF	31
GRAPHIQUE 1 : MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE L'ENQUÊTE	32
GRAPHIQUE 2 : MÉDECINS GÉNÉRALISTES FRANCILIENS	32
CARTE 1 : ECHANTILLON DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	32
CARTE 2 : MÉDECINS GÉNÉRALISTES FRANCILIENS	32
GRAPHIQUE 3 : MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE L'ENQUÊTE	33
GRAPHIQUE 4 : MÉDECINS GÉNÉRALISTES FRANCILIENS	33
GRAPHIQUE 5 : MÉDECINS PSYCHIATRES AYANT PARTICIPÉ À L'ENQUÊTE	34
GRAPHIQUE 6 : MÉDECINS PSYCHIATRES FRANCILIENS	34
CARTE 3 : ECHANTILLON DES MÉDECINS PSYCHIATRES	34
CARTE 4 : MÉDECINS PSYCHIATRES ET NEURO-PSYCHIATRES FRANCILIENS	34
GRAPHIQUE 7 : MÉDECINS PSYCHIATRES DE L'ENQUÊTE	35
GRAPHIQUE 8 : MÉDECINS PSYCHIATRES FRANCILIENS	35
TABLEAU 2 : POPULATIONS PRISES EN CHARGES PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ET PSYCHIATRES, COMPARÉES AUX DONNÉES DE CADRAGE IDF	36
GRAPHIQUE 9 : RÉPARTITION DES PATIENTS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SELON LE SEXE	37
GRAPHIQUE 10 : RÉPARTITION DES PATIENTS DES MÉDECINS PSYCHIATRES ET NEURO-PSYCHIATRES SELON LE SEXE	37
GRAPHIQUE 11 : RÉPARTITION DE LA POPULATION FRANCILIENNE SELON LE SEXE	37
GRAPHIQUE 12 : PYRAMIDE DES ÂGES DES PATIENTS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	38
GRAPHIQUE 13 : PYRAMIDE DES ÂGES DES PATIENTS DES MÉDECINS PSYCHIATRES ET NEURO-PSYCHIATRES	39
GRAPHIQUE 14 : PYRAMIDE DES ÂGES DE LA POPULATION GÉNÉRALE FRANCILIENNE EN 1998 - INSEE	39
CARTE 5 : PATIENTS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	40

CARTE 6 : PATIENTS DES MÉDECINS PSYCHIATRES.....	41
CARTE 7 : POPULATION GÉNÉRALE FRANCILIENNE.....	41
GRAPHIQUE 15 : RÉPARTITION DES PATIENTS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SELON LA SITUATION MATRIMONIALE.....	42
GRAPHIQUE 16 : RÉPARTITION DES PATIENTS DES MÉDECINS PSYCHIATRES SELON LA SITUATION MATRIMONIALE.....	42
GRAPHIQUE 17 : RÉPARTITION DE LA POPULATION FRANCILIENNE SELON LA SITUATION MATRIMONIALE.....	42
GRAPHIQUE 18 : RÉPARTITION DES PATIENTS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SELON LA CSP.....	43
GRAPHIQUE 19 : RÉPARTITION DES PATIENTS DES MÉDECINS PSYCHIATRES SELON LA CSP.....	44
GRAPHIQUE 20 : RÉPARTITION DE LA POPULATION FRANCILIENNE SELON LA CSP.....	44
TABLEAU 3 : LA PRATIQUE DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE	45
GRAPHIQUE 21 : NOMBRE MOYEN DE PATIENTS VUS SUR UNE JOURNÉE D'ACTIVITÉ LIBÉRALE - MÉDECINS GÉNÉRALISTES.....	47
GRAPHIQUE 22 : MOTIF DE L'ACTE SELON LE PATIENT DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	47
GRAPHIQUE 23 : MOTIF DE L'ACTE SELON LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE	48
GRAPHIQUE 24 : COURBE DE DISTRIBUTION DE LA DURÉE DE L'ACTE - MÉDECIN GÉNÉRALISTE	48
GRAPHIQUE 25 : COURBE DE DISTRIBUTION DE LA COTATION DONNÉE À L'ACTE - MÉDECIN GÉNÉRALISTE	49
GRAPHIQUE 26 : RÉPARTITION DES DIAGNOSTICS (CIM 10) DES PATIENTS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES ..	50
GRAPHIQUE 27 : RÉPARTITION DES SYMPTÔMES DES PATIENTS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.....	51
GRAPHIQUE 28 : RÉPARTITION DES PATIENTS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SELON L'AUTEUR DU DIAGNOSTIC.....	52
GRAPHIQUE 29 : ANCIENNETÉ DES TROUBLES DES PATIENTS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	53
GRAPHIQUE 30 : ANCIENNETÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.....	54
GRAPHIQUE 31 : RÉPARTITION DES PATIENTS DES MÉDECIN GÉNÉRALISTE PRÉSENTANT UN ANTÉCÉDENT SELON LA PATHOLOGIE	55
GRAPHIQUE 32 : RÉPARTITION DES PATIENTS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES SOUS TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE SELON LA PATHOLOGIE.....	55
GRAPHIQUE 33 : NOMBRE DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES PAR ORDONNANCE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.....	57
GRAPHIQUE 34 : DURÉE DE VALIDITÉ DE L'ORDONNANCE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES	57
TABLEAU 4 : LA PRATIQUE DU MÉDECIN PSYCHIATRE	59

GRAPHIQUE 35 : NOMBRE MOYEN DE PATIENTS VUS SUR UNE JOURNÉE D'ACTIVITÉ LIBÉRALE - MÉDECINS PSYCHIATRES	61
GRAPHIQUE 36 : MOTIF DE L'ACTE SELON LE PATIENT DU MÉDECIN PSYCHIATRE	62
GRAPHIQUE 37 : MOTIF DE L'ACTE SELON LE MÉDECIN PSYCHIATRE	62
GRAPHIQUE 38 : COURBE DE DISTRIBUTION DE LA DURÉE DE L'ACTE - MÉDECIN PSYCHIATRE	63
GRAPHIQUE 39 : COURBE DE DISTRIBUTION DE LA COTATION DONNÉE À L'ACTE - MÉDECIN PSYCHIATRE	63
GRAPHIQUE 40 : RÉPARTITION DES DIAGNOSTICS (CIM 10) DES PATIENTS DES MÉDECINS PSYCHIATRES.....	64
GRAPHIQUE 41 : RÉPARTITION DES SYMPTÔMES DES PATIENTS DES MÉDECINS PSYCHIATRES	65
GRAPHIQUE 42 : RÉPARTITION DES PATIENTS DES MÉDECINS PSYCHIATRES SELON L'AUTEUR DU DIAGNOSTIC	66
GRAPHIQUE 43 : ANCIENNETÉ DES TROUBLES DES PATIENTS DU MÉDECIN PSYCHIATRE	67
GRAPHIQUE 44 : ANCIENNETÉ DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS DU MÉDECIN PSYCHIATRE	68
GRAPHIQUE 45 : RÉPARTITION DES PATIENTS DU MÉDECIN PSYCHIATRE PRÉSENTANT UN ANTÉCÉDENT SELON LA PATHOLOGIE.....	68
TABLEAU 5 : ANCIENNETÉ DE L'ANTÉCÉDENT - MÉDECIN PSYCHIATRE.....	69
GRAPHIQUE 46 : RÉPARTITION DES PATIENTS DES MÉDECINS PSYCHIATRES SOUS TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE SELON LA PATHOLOGIE.....	70
GRAPHIQUE 47 : NOMBRE DE MÉDICAMENTS PSYCHOTROPES PAR ORDONNANCE DES MÉDECINS PSYCHIATRES	71
GRAPHIQUE 48 : DURÉE DE VALIDITÉ DE L'ORDONNANCE DES MÉDECINS PSYCHIATRES.....	71
GRAPHIQUE 49 : CLIENTÈLE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.....	73
GRAPHIQUE 50 : CLIENTÈLE DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.....	74
TABLEAU 6 : LES TYPOLOGIES DE PATIENTS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.....	75
GRAPHIQUE 51 : CLIENTÈLE DES MÉDECINS PSYCHIATRES	79
GRAPHIQUE 52 : CLIENTÈLE DES MÉDECINS PSYCHIATRES	79
TABLEAU 7 : LES TYPOLOGIES DE PATIENTS DES MÉDECINS PSYCHIATRES	80
GRAPHIQUE 53 : RÉPARTITION HOMMES /FEMMES SELON LE DÉPARTEMENT	84
GRAPHIQUE 54 : SITUATION MATRIMONIALE SELON LE DÉPARTEMENT	85
GRAPHIQUE 55 : RÉPARTITION DE LA CSP SELON LE DÉPARTEMENT	86
TABLEAUX 8 ET 9 : TOTAL /PARIS, PETITE COURONNE, GRANDE COURONNE	87

TABLEAUX 10 ET 11 : MÉDECINS GÉNÉRALISTES /PAR DÉPARTEMENT	88
TABLEAUX 12 ET 13 : MÉDECINS PSYCHIATRES /PAR DÉPARTEMENT	89
GRAPHIQUE 56 : VENTILATION DES PATIENTS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE AYANT UN DIAGNOSTIC DE MALADIE PSYCHIATRIQUE (CIM 10)	92
GRAPHIQUE 57 : VENTILATION DES PATIENTS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE AYANT UN ANTÉCÉDENT EN FONCTION DE LA PATHOLOGIE (CIM 10)	93
GRAPHIQUE 58 : VENTILATION DES PATIENTS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE AYANT UN TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE EN FONCTION DE LA PATHOLOGIE (CIM 10).....	93
GRAPHIQUE 59 : VENTILATION DES PATIENTS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE AYANT UN TRAITEMENT PSYCHOTROPE EN FONCTION DE LA PATHOLOGIE (CIM 10).....	94
GRAPHIQUE 60 : VENTILATION DES TRAITEMENTS PSYCHOTROPES DES PATIENTS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE AYANT UN TRAITEMENT PSYCHOTROPE EN FONCTION DE LA PATHOLOGIE (CIM 10).....	95
GRAPHIQUE 61 : VENTILATION DES PATIENTS DES MÉDECINS PSYCHIATRES AYANT UN DIAGNOSTIC DE MALADIE PSYCHIATRIQUE (CIM 10).....	98
GRAPHIQUE 62 : VENTILATION DES PATIENTS DES MÉDECINS PSYCHIATRES AYANT UN ANTÉCÉDENT EN FONCTION DE LA PATHOLOGIE (CIM 10).....	98
GRAPHIQUE 63 : VENTILATION DES PATIENTS DES MÉDECINS PSYCHIATRES SOUS ALD EN FONCTION DE LA PATHOLOGIE (CIM 10)	99
GRAPHIQUE 64 : VENTILATION DES PATIENTS DES MÉDECINS PSYCHIATRES AYANT UN TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE EN FONCTION DE LA PATHOLOGIE (CIM 10).....	100
GRAPHIQUE 65 : VENTILATION DES PATIENTS DES MÉDECINS PSYCHIATRES AYANT UN TRAITEMENT PSYCHOTROPE EN FONCTION DE LA PATHOLOGIE (CIM 10).....	101
GRAPHIQUE 66 : VENTILATION DES TRAITEMENTS PSYCHOTROPES DES PATIENTS DU MÉDECIN PSYCHIATRE AYANT UN TRAITEMENT PSYCHOTROPE EN FONCTION DE PATHOLOGIE (CIM 10)	102
GRAPHIQUE 67 : VENTILATION DES TRAITEMENTS PSYCHOTROPES SELON LE SEXE (PATIENTS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES)	104
GRAPHIQUE 68 : VENTILATION DES TRAITEMENTS PSYCHOTROPES SELON LA SITUATION MATRIMONIALE (PATIENTS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES)	104
GRAPHIQUE 69 : VENTILATION DES TRAITEMENTS PSYCHOTROPES SELON LE MOTIF DE L'ACTE (PATIENTS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES)	105
GRAPHIQUE 70 : VENTILATION DES TRAITEMENTS PSYCHOTROPES SELON LE DIAGNOSTIC (CIM 10) (PATIENTS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES)	105

GRAPHIQUE 71 : VENTILATION DES TRAITEMENTS PSYCHOTROPES SELON LA CSP (PATIENTS DES MÉDECINS PSYCHIATRES)	106
GRAPHIQUE 72 : VENTILATION DES TRAITEMENTS PSYCHOTROPES SELON LE MOTIF DE L'ACTE (PATIENTS DES MÉDECINS PSYCHIATRES)	107
GRAPHIQUE 73 : VENTILATION DES TRAITEMENTS PSYCHOTROPES SELON LE DIAGNOSTIC (PATIENTS DES MÉDECINS PSYCHIATRES)	107
GRAPHIQUE 74 : CIRCUIT DE SOINS DES PATIENTS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE.....	109
TABLEAU 14 : DIAGNOSTIC / TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE PRATIQUÉ PAR UN CONFRÈRE	110
TABLEAU 15 : CIRCUIT DE SOINS DES PATIENTS DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE	110
TABLEAU 16 : DIAGNOSTIC / BESOIN D'UN AVIS COMPLÉMENTAIRE	111
GRAPHIQUE 75 : CIRCUIT DE SOINS DES PATIENTS DU MÉDECIN PSYCHIATRE	111
TABLEAU 17 : DIAGNOSTIC / TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE PRATIQUÉ PAR UN CONFRÈRE	112
TABLEAU 18 : DIAGNOSTIC / PRESCRIPTION D'UN MÉDICAMENT PSYCHOTROPE PAR UN CONFRÈRE.....	112
TABLEAU 19 : DIAGNOSTIC / BESOIN D'UN AVIS COMPLÉMENTAIRE	113

IV. Effectifs des praticiens enquêtés

Département	Médecins Généralistes			Médecins psychiatres et neuro-psychiatres		
	Secteur 1	Secteur 2	Total	Secteur 1	Secteur 2	Total
75	27	14	41	28	38	66
77	13	6	19	2	1	3
78	16	5	21	4	3	6
91	16	3	19	3	1	4
92	17	6	23	4	3	8
93	21	2	23	3	1	4
94	18	3	21	4	2	5
95	15	3	18	2	2	4
Total	144	42	186	49	51	100

V. Questionnaires d'enquête

Enquête sur la prise en charge des soins psychiatriques en médecine libérale en Ile de France

Questionnaire

0. Caractéristiques du médecin

0.1 Code postal de la commune d'exercice du médecin _|_|_|_|_|_|_|_|

0.2 Année de naissance _|_|_|_|_|_|_|

0.3 Sexe

_1 Homme

_2 Femme

0.4 Qualification du médecin

_1 Généraliste

_2 Psychiatre

_3 Neuropsychiatre

0.5 Secteur d'activité

_1 Secteur 1

_2 Secteur 2

_3 DP

CACHET DU MEDECIN

1. Caractéristiques du patient

- 1.1 Code postal de la commune de résidence |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
- 1.2 Sexe ₁ homme ₂ femme
- 1.3 Année de naissance |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
- 1.4 Etat matrimonial ₁ célibataire ₂ marié(e)
₃ divorcé(e) ₄ veuf(ve) ₅ inconnu
- 1.5 Catégorie socio-professionnelle
- | | |
|---|--|
| ACTIF (occupé ou à la recherche d'un emploi) | INACTIF |
| <input type="checkbox"/> ₁ agriculteur, exploitant | <input type="checkbox"/> ₇ mère de famille, femme au foyer |
| <input type="checkbox"/> ₂ artisan, commerçant, chef d'entreprise | <input type="checkbox"/> ₈ militaire du contingent |
| <input type="checkbox"/> ₃ cadre et profession intellect. supérieure | <input type="checkbox"/> ₉ chômeur n'ayant jamais travaillé |
| <input type="checkbox"/> ₄ profession intermédiaire | <input type="checkbox"/> ₁₀ retraité, retiré des affaires |
| <input type="checkbox"/> ₅ employé | <input type="checkbox"/> ₁₁ élève ou étudiant |
| <input type="checkbox"/> ₆ ouvrier | <input type="checkbox"/> ₁₂ personne diverse plus de 60 ans |
- 1.6 Patient en ALD 30 ? ₁ oui ₂ non
- 1.6.1 Si oui, pour raison psychiatrique ? ₁ oui ₂ non

2. Caractéristiques de la consultation

- 2.1 Nature de l'acte ₁ consultation ₂ visite
- 2.1.1 S'agit-il d'un acte d'urgence ? ₁ oui ₂ non
- 2.2 Origine de la prise en charge actuelle
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ₁ patient en accès direct | <input type="checkbox"/> ₂ patient adressé par un généraliste |
| <input type="checkbox"/> ₃ patient adressé par un psychiatre | <input type="checkbox"/> ₄ patient adressé par un spécialiste non psy |
| <input type="checkbox"/> ₅ autre, à préciser | |
- 2.3 Motif principal de l'acte médical (les deux colonnes sont à renseigner)

Motif de l'acte	selon le patient	selon le médecin
Consultation de prévention médicale	1	5
Maladie ou accident somatique	2	6
Demande d'aide psychologique	3	7
Maladie psychiatrique caractérisée	4	8

- 2.3.1 Lorsque le patient ne consulte pas pour un motif psychiatrique, percevez-vous un besoin de prise en charge ou d'accompagnement psychologique sous-jacent à l'acte médical ? ₁ oui ₂ non

- 2.4 Durée en minutes de l'acte
- 2.5 Cotation subjective du travail du praticien donnée par une note de 0 à 20
- (0 : pénible, 10 : neutre, 20 : agréable)

Pour la suite du questionnaire, trois cas de figure sont à envisager, exclusifs les uns des autres :

- Le patient présente des troubles psychiatriques pour lesquels un diagnostic (CIM 10) a été établi, allez à la question 3.
- Vous percevez une souffrance psychologique ou psychiatrique, formulée ou non par le patient, allez directement à la question 4.
- Le patient ne présente aucun trouble psychologique ou psychiatrique, allez directement à la question 5.

3. Pathologie classée CIM 10

3.1 Indiquez le **diagnostic de maladie mentale** (codification CIM 10)

3.1.1 Ce diagnostic a été posé par (*plusieurs réponses possibles*) :

- ₁ vous-même ₂ un généraliste ₃ un psychologue
- ₄ un psychiatre hospitalier ₅ un psychiatre libéral
- ₆ autre, à préciser

3.1.2 Ancienneté des troubles pour ce diagnostic

- ₁ moins de 8 jours ₂ 8 jours à 3 mois ₃ 3 à 6 mois
- ₄ 6 mois à 1 an ₅ 1 à 5 ans ₆ plus de 5 ans

3.1.3 Ancienneté de votre prise en charge

- ₁ moins de 8 jours ₂ 8 jours à 3 mois ₃ 3 à 6 mois
- ₄ 6 mois à 1 an ₅ 1 à 5 ans ₆ plus de 5 ans

3.2 A votre connaissance, ce patient a-t-il un antécédent autre de pathologie mentale ?

- ₁ oui ₂ non

3.2.1 Si oui, lequel ? (codification CIM 10)

3.2.2 Ancienneté de cet antécédent

- ₁ moins de 8 jours ₂ 8 jours à 3 mois ₃ 3 à 6 mois
- ₄ 6 mois à 1 an ₅ 1 à 5 ans ₆ plus de 5 ans

Allez directement à la section (5), ne renseignez pas la section (4).

4. Pathologie non classée CIM 10

4.1 En l'absence de toute pathologie mentale établie (diag. CIM), diriez-vous que votre patient : ₁ formule une demande d'aide psychologique sans caractère pathologique

₂ présente une souffrance psychologique

4.2 En ce cas, peut-on dire que les difficultés prédominantes sont de type (*plusieurs réponses sont possibles*) :

₁ difficultés relationnelles

₇ anxiété prédominante

₂ troubles caractériels

₈ instabilité comportementale

₃ plaintes somatiques répétitives sans substrat

₉ excitation/agitation

₄ fluctuations fréquentes et labiles de l'humeur

₁₀ dépressivité prédominante

₅ se sent souvent attaqué, réactions agressives

₁₁ immaturité affective

₆ manifestations liées au vieillissement

₁₂ difficultés sexuelles

(hors démences même débutantes)

₁₃ problèmes alimentaires

₁₄ étrangeté/bizarrerie/incohérence de l'adulte

₁₅ troubles psychiques induits par la consommation de substances toxiques

₁₆ troubles organiques engendrant un besoin de prise en charge psychologique

₁₇ troubles psychiques liés au contexte familial

₁₈ troubles psychiques liés au contexte professionnel

₁₉ autres, à préciser en quelques mots

.....
.....
.....

5. Caractéristiques du traitement (rubrique à renseigner pour tous les patients)

5.1 Le patient bénéficie-t-il de votre part d'une forme de traitement psychologique ?

₁ oui ₂ non

5.1.1 Si oui, de quelle nature ?

₁ écoute (consultation longue)

₆ psychothérapie

₂ psychanalyse

₇ sans référence théorique

₃ conseil psychologique et relationnel itératif

₈ d'inspiration analytique

₄ consultation ponctuelle de soutien psychologique

₉ comportementale, cognitive

₅ autre

₁₀ hypnose

₁₁ relaxation

₁₂ autre

5.2 Un traitement psychologique est-il pratiqué par un confrère ?

₁ oui ₂ non ₃ NSP

5.2.1 Si oui, ce traitement psychologique est pratiqué par :

- ₁ généraliste ₂ psychiatre libéral ₃ psychiatre de secteur
₄ spécialiste non psychiatre ₅ structure hosp. publique ₆ structure hosp. privée
₇ psychologue ₈ autre, à préciser

5.2.2 Quelle est la nature de ce traitement psychologique ?

- ₁ écoute (consultation longue) ₆ psychothérapie
₂ psychanalyse ₇ sans référence théorique
₃ conseil psychologique et relationnel itératif ₈ d'inspiration analytique
₄ consultation ponctuelle de soutien psychologique ₉ comportementale, cognitive
₅ autre ₁₀ hypnose
₁₁ relaxation
₁₂ autre

5.3 Avez-vous prescrit un traitement psychotrope lors de cet acte médical ? ₁ oui
₂ non

5.3.1 Si oui, veuillez indiquer en lettres capitales le nom des médicaments psychotropes prescrits :

<u> </u>	<u> </u>
<u> </u>	<u> </u>
<u> </u>	<u> </u>
<u> </u>	<u> </u>
<u> </u>	<u> </u>
<u> </u>	<u> </u>

5.3.2 Durée totale de validité de votre ordonnance (s'agissant des médicaments psychotropes), en semaines

5.3.3 Le traitement psychotrope a été prescrit (par vous ou par un confrère) pour :

- ₁ une maladie mentale diagnostiquée ₂ des troubles organiques
₃ des symptômes psychiatriques ou psychologiques ₄ NSP

5.4 Un traitement psychotrope est-il prescrit par un confrère ? ₁ oui ₂ non

5.4.1 Si oui, cette prescription est pratiquée par :

- ₁ un généraliste ₂ un psychiatre libéral ₃ un psychiatre hospitalier
₄ autre, à préciser

5.5 Avez-vous besoin, pour cet acte médical, d'un avis ou d'une prise en charge complémentaire par un confrère ? ₁ oui ₂ non

5.5.1 Si oui, par qui ?

- ₁ généraliste ₂ psychiatre libéral ₃ psychiatre de secteur
₄ spécialiste non psychiatre ₅ structure hosp. publique ₆ structure hosp. privée
₇ psychologue ₈ autre, à préciser

VI. Classification CIM 10 des maladies mentales

CLASSIFICATION INTERNATIONALE DES MALADIES - DIXIEME REVISION

CHAPITRE V (F) : TROUBLES MENTAUX ET TROUBLES DU COMPORTEMENT

F00-F09

Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques

F00 Démence de la maladie d'Alzheimer

- F00.0 Démence de la maladie d'Alzheimer, à début précoce
- F00.1 Démence de la maladie d'Alzheimer, à début tardif
- F00.2 Démence de la maladie d'Alzheimer, forme atypique ou mixte
- F00.9 Démence de la maladie d'Alzheimer, sans précision

Démence vasculaire

- F01.0 Démence vasculaire à début aigu
- F01.1 Démence par infarctus multiples
- F01.2 Démence vasculaire sous-corticale
- F01.3 Démence vasculaire mixte, corticale et sous-corticale
- F01.8 Autres formes de démence vasculaire
- F01.9 Démence vasculaire, sans précision

F02 Démence associée à d'autres maladies classées ailleurs

- F02.0 Démence de la maladie de Pick
- F02.1 Démence de la maladie de Creutzfeldt-Jakob
- F02.2 Démence de la maladie de Huntington
- F02.3 Démence de la maladie de Parkinson
- F02.4 Démence de la maladie due au virus de l'immunodéficience humaine (VIH)
- F02.8 Démence associée à d'autres maladies classées ailleurs

F03 Démence, sans précision

5e caractère du code pour spécifier la présence de symptômes supplémentaires au cours d'une démence classée sous F00-F03

- .x0 sans symptômes supplémentaires
- .x1 avec d'autres symptômes, essentiellement délirants
- .x2 avec d'autres symptômes, essentiellement hallucinatoires
- .x3 avec d'autres symptômes, essentiellement dépressifs
- .x4 avec d'autres symptômes mixtes

F04 Syndrome amnésique organique, non induit par l'alcool ou d'autres substances psycho-actives

F05 Delirium, non induit par l'alcool ou d'autres substances psycho-actives

- F05.0 Delirium non surajouté à une démence
- F05.1 Delirium surajouté à une démence
- F05.8 Autre delirium
- F05.9 Delirium, sans précision

F06 Autres troubles mentaux, dus à une lésion ou un dysfonctionnement cérébral ou à une affection physique

- F06.0 Etat hallucinatoire organique
- F06.1 Trouble catatonique organique
- F06.2 Trouble délirant [d'allure schizophrénique] organique
- F06.3 Troubles de l'humeur affectifs organiques
 - .30 trouble maniaque organique

- .31 trouble bipolaire organique
- .32 trouble dépressif organique
- .33 trouble affectif mixte organique
- F06.4 Trouble anxieux organique
- F06.5 Trouble dissociatif organique
- F06.6 Labilité émotionnelle organique [fatigue organique]
- F06.7 Trouble cognitif léger
- F06.8 Autres troubles mentaux spécifiés, dus à une lésion ou un dysfonctionnement cérébral ou à une affection physique
- F06.9 Trouble mental du à une lésion ou un dysfonctionnement cérébral ou à une affection physique sans précision

F07 Troubles de la personnalité et du comportement dus à une maladie, une lésion, ou un dysfonctionnement cérébral

- F07.0 Trouble organique de la personnalité
- F07.1 Syndrome post-encéphalitique
- F07.2 Syndrome post-commotionnel
- F07.8 Autres Troubles de la personnalité et du comportement dus à une maladie, une lésion, ou un dysfonctionnement cérébral
- F07.9 Trouble de la personnalité et du comportement du à une maladie, une lésion, ou un dysfonctionnement cérébral sans précision

F09 Trouble mental organique ou symptomatique sans précision

**F10-F19
Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives**

- F10 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool**
- F11 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'opiacés**
- F12 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis**
- F13 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques**
- F14 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de cocaïne**
- F15 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'autres stimulants (y compris la caféine)**
- F16 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'hallucinogènes**
- F17 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de tabac**
- F18 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de solvants volatils**
- F19 Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives**

Le 4e et le 5e caractère du code peuvent être utilisés pour spécifier le tableau clinique

- F1x.0 Intoxication aiguë
 - .00 sans complications
 - .01 avec traumatismes ou autres blessures physiques
 - .02 avec d'autres complications médicales

- .03 avec delirium
- .04 avec distorsion des perceptions
- .05 avec coma
- .06 avec convulsions
- .07 intoxication pathologique

F1x.1 Utilisation nocive pour la santé

- F1x.2 Syndrome de dépendance
- .20 actuellement abstinent
 - .21 actuellement abstinent, mais dans un environnement protégé
 - .22 suit actuellement un régime de maintenance ou de substitution, sous surveillance médicale
 - .23 actuellement abstinent, mais prend des médicaments aversifs ou bloquants
 - .24 utilise actuellement la drogue
 - .25 utilisation continue
 - .26 utilisation épisodique (dipsomanie)

- F1x.3 Syndrome de sevrage
- .30 sans complications
 - .31 avec convulsions

- F1x.4 Syndrome de sevrage avec delirium
- .40 sans convulsions
 - .41 avec convulsions

- F1x.5 Trouble psychotique
- .50 d'allure schizophrénique
 - .51 avec idées délirantes au premier plan
 - .52 avec hallucinations au premier plan
 - .53 avec symptômes polymorphes au premier plan
 - .54 avec symptômes dépressifs au premier plan
 - .55 avec symptômes maniaques au premier plan
 - .56 mixte

F1x.6 Syndrome amnésique

- F1x.7 Troubles résiduels et trouble psychotique de survenue tardive
- .70 « flash-back »
 - .71 trouble de la personnalité ou du comportement
 - .72 trouble thymique résiduel
 - .73 démence
 - .74 autre déficit cognitif persistant
 - .75 trouble psychotique à début tardif

F1x.8 Autres troubles mentaux ou troubles du comportement

F1x.9 Trouble mental ou trouble du comportement, sans précision

20-F29 Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants

F20 Schizophrénie

- F20.0 Schizophrénie paranoïde
- F20.1 Schizophrénie hétéroforme

- F20.2 Schizophrénie catatonique
- F20.3 Schizophrénie indifférenciée
- F20.4 Dépression post-schizophrénique
- F20.5 Schizophrénie résiduelle
- F20.6 Schizophrénie simple
- F20.8 Autres formes de schizophrénie
- F20.9 Schizophrénie, sans précision

On peut utiliser le 5e caractère du code pour préciser le type d'évolution

- F20.x0 continue
- F20.x1 épisodique avec déficit progressif
- F20.x2 épisodique avec déficit stable
- F20.x3 épisodique rémittente
- F20.x4 rémission incomplète
- F20.x5 rémission complète
- F20.x8 autre
- F20.x9 évolution imprévisible, période d'observation trop brève

F21 Trouble schizotypique

F22 Troubles délirants persistants

- F22.0 Trouble délirant
- F22.8 Autres troubles délirants persistants
- F22.9 Trouble délirant persistant, sans précision

F23 Troubles psychotiques aigus et transitoires

- F23.0 Trouble psychotique aigu polymorphe, sans symptômes schizophréniques
- F23.1 Trouble psychotique aigu polymorphe, avec symptômes schizophréniques
- F23.2 Trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique
- F23.3 Autre trouble psychotique aigu, essentiellement délirant
- F23.8 Autres troubles psychotiques aigus et transitoires
- F23.9 Trouble psychotique aigu et transitoire, sans précision

On peut utiliser le 5e caractère du code pour noter la présence ou l'absence d'un facteur de stress aigu associé

- F23.x0 Sans facteur de stress aigu associé
- F23.x1 Avec facteur de stress aigu associé

F24 Trouble délirant induit

F25 Troubles schizo-affectifs

- F25.0 Trouble schizo-affectif, type maniaque
- F25.1 Trouble schizo-affectif, type dépressif
- F25.2 Trouble schizo-affectif, type mixte
- F25.8 Autres troubles schizo-affectifs
- F25.9 Trouble schizo-affectif, sans précision

F28 Autres troubles psychotiques non organiques

F29 Psychose non organique, sans précision

F30-F39
Troubles de l'humeur [affectifs]

F30 Episode maniaque

F30.0 Hypomanie
F30.1 Manie sans symptômes psychotiques
F30.2 Manie avec symptômes psychotiques
F30.8 Autres épisodes maniaques
F30.9 Episode maniaque, sans précision

F31 Trouble affectif bipolaire

F31.0 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel hypomaniaque
F31.1 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque sans symptômes psychotiques
F31.2 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel maniaque avec symptômes psychotiques
F31.3 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression légère ou moyenne
.30 sans syndrome somatique
.31 avec syndrome somatique
F31.4 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère, sans symptômes psychotiques
F31.5 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel de dépression sévère, avec symptômes psychotiques
F31.6 Trouble affectif bipolaire, épisode actuel mixte
F31.7 Trouble affectif bipolaire, actuellement en rémission
F31.8 Autres troubles affectifs bipolaires
F31.9 Trouble affectif bipolaire, sans précision

F32 Episodes dépressifs

F32.0 Episode dépressif léger
.00 sans syndrome somatique
.01 avec syndrome somatique
F32.1 Episode dépressif moyen
.10 sans syndrome somatique
.11 avec syndrome somatique
F32.2 Episode dépressif sévère sans symptômes psychotiques
F32.3 Episode dépressif sévère avec symptômes psychotiques
F32.8 Autres épisodes dépressifs
F32.9 Episode dépressif, sans précision

F33 Trouble dépressif récurrent

F33.0 Trouble dépressif récurrent épisode actuel léger
.00 sans syndrome somatique
.01 avec syndrome somatique
F33.1 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen
.10 sans syndrome somatique
.11 avec syndrome somatique
F33.2 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques
F33.3 Trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques
F33.4 Trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission
F33.8 Autres troubles dépressifs récurrents
F33.9 Trouble dépressif récurrent, sans précision

F34 Troubles de l'humeur [affectifs] persistants

F34.0 Cyclothymie
F34.1 Dysthymie
F34.8 Autres troubles de l'humeur [affectifs] persistants

F34.9 Trouble de l'humeur [affectif] persistant, sans précision

F38 Autres troubles de l'humeur [affectifs]

F38.0 Autres troubles de l'humeur [affectifs] isolés
.00 épisode affectif mixte
F38.1 Autres troubles de l'humeur [affectifs] récurrents
.10 trouble dépressif récurrent bref
F38.8 Autres troubles de l'humeur [affectifs] spécifiés

F39 Trouble de l'humeur [affectif], sans précision

F40-F48

Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress, et troubles somatoformes

F40 Troubles anxieux phobiques

F40.0 Agoraphobie
.00 sans trouble panique
.01 avec trouble panique
F40.1 Phobies sociales
F40.2 Phobies spécifiques (isolées)
F40.8 Autres troubles anxieux phobiques
F40.9 Trouble anxieux phobique, sans précision

F41 Autres troubles anxieux

F41.0 Trouble panique [anxiété épisodique paroxystique]
F41.1 Anxiété généralisée
F41.2 Trouble anxieux et dépressif mixte
F41.3 Autres troubles anxieux mixtes
F41.8 Autres troubles anxieux spécifiés
F41.9 Trouble anxieux, sans précision

F42 Trouble obsessionnel-compulsif

F42.0 Avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan
F42.1 Avec comportements compulsifs [rituels obsessionnels] au premier plan
F42.2 Forme mixte, avec idées obsédantes et comportements compulsifs
F42.8 Autres troubles obsessionnels-compulsifs
F42.9 Trouble obsessionnel-compulsif, sans précision

F43 Réactions à un facteur de stress important, et troubles de l'adaptation

F43.0 Réaction aiguë à un facteur de stress
F43.1 Etat de stress post-traumatique
F43.2 Troubles de l'adaptation
.20 réaction dépressive brève
.21 réaction dépressive prolongée
.22 réaction mixte, anxieuse et dépressive
.23 avec prédominance d'une perturbation d'autres émotions
.24 avec prédominance d'une perturbation des conduites
.25 avec perturbation mixte des émotions et des conduites
.28 avec prédominance d'autres symptômes spécifiés
F43.8 Autres réactions à un facteur de stress important
F43.9 Réaction à un facteur de stress important, sans précision

F44 Troubles dissociatifs [de conversion]

- F44.0 Amnésie dissociative
- F44.1 Fugue dissociative
- F44.2 Stupeur dissociative
- F44.3 Etats de transe et de possession
- F44.4 Troubles moteurs dissociatifs
- F44.5 Convulsions dissociatives
- F44.6 Anesthésie dissociative et atteintes sensorielles
- F44.7 Troubles dissociatifs [de conversion] mixtes
- F44.8 Autres troubles dissociatifs [de conversion]
 - .80 syndrome de Ganser
 - .81 personnalité multiple
 - .82 troubles dissociatifs [de conversion] transitoires survenant dans l'enfance ou dans l'adolescence
 - .88 autres troubles dissociatifs [de conversion] spécifiés
- F44.9 Trouble dissociatif [de conversion], sans précision

F45 Troubles somatoformes

- F45.0 Somatisation
- F45.1 Trouble somatoforme indifférencié
- F45.2 Trouble hypocondriaque
- F45.3 Dysfonctionnement neurovégétatif somatoforme
 - .30 coeur et système cardio-vasculaire
 - .31 œsophage et estomac
 - .32 système intestinal
 - .33 système respiratoire
 - .34 système urogénital
 - .38 autre système ou organe
- F45.4 Syndrome douloureux somatoforme persistant
- F45.8 Autres troubles somatoformes
- F45.9 Trouble somatoforme, sans précision

F48 Autres troubles névrotiques

- F48.0 Neurasthénie
- F48.1 Syndrome de dépersonnalisation- déréalisation
- F48.8 Autres troubles névrotiques spécifiés
- F48.9 Trouble névrotique, sans précision

F50-F59

Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques

F50 Troubles de l'alimentation

- F50.0 Anorexie mentale
- F50.1 Anorexie mentale atypique
- F50.2 Boulimie (bulimia nervosa)
- F50.3 Boulimie atypique
- F50.4 Hyperplasie associée à d'autres perturbations physiologiques
- F50.5 Vomissements associés à d'autres perturbations physiologiques
- F50.8 Autres troubles de l'alimentation
- F50.9 Trouble de l'alimentation, sans précision

F51 Troubles du sommeil non organiques

- F5 1.0 Insomnie non organique
- F5 1.1 Hypersomnie non organique
- F51.2 Trouble du rythme veille-sommeil non organique
- F51.3 Somnambulisme
- F51.4 Terreurs nocturnes
- F51.5 Cauchemars
- F51.8 Autres troubles du sommeil non organiques
- F51.9 Trouble du sommeil non organique, sans précision

F52 Dysfonctionnement sexuel, non dû à un trouble ou à une maladie organique

- F52.0 Absence ou perte de désir sexuel
- F52.1 Aversion sexuelle et manque de plaisir sexuel
 - .10 aversion sexuelle
 - .11 manque de plaisir sexuel
- F52.2 Echec de la réponse génitale
- F52.3 Dysfonctionnement orgasmique
- F52.4 Ejaculation précoce
- F52.5 Vaginisme non organique
- F52.6 Dyspareunie non organique
- F52.7 Activité sexuelle excessive
- F52.8 Autres dysfonctionnements sexuels, non dus à un trouble ou à une maladie organique
- F52.9 Dysfonctionnement sexuel non dû à un trouble ou à une maladie organique, sans précision

F53 Troubles mentaux et troubles du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs

- F53.0 Troubles mentaux et troubles du comportement légers associés à la puerpéralité, non classés ailleurs
- F53.1 Troubles mentaux et troubles du comportement sévères associés à la puerpéralité, non classés ailleurs
- F53.8 Autres troubles mentaux et troubles du comportement associés à la puerpéralité, non classés ailleurs
- F53.9 Trouble mental de la puerpéralité, sans précision

F54 Facteurs psychologiques ou comportementaux, associés à des maladies ou à des troubles classés ailleurs

F55 Abus de substances n'entraînant pas de dépendance

- F55.0 Antidépresseurs
- F55.1 Laxatifs
- F55.2 Analgésiques
- F55.3 Antiacides
- F55.4 Vitamines
- F55.5 Stéroïdes et hormones
- F55.6 Préparations spécifiques à base de plantes et remèdes populaires
- F55.8 Autres substances n'entraînant pas de dépendance
- F55.9 Sans précision

F59 Syndromes comportementaux non spécifiés associés à des perturbations physiologiques ou à des facteurs physiques

F60-F69
Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte

F60 Troubles spécifiques de la personnalité

- F60.0 Personnalité paranoïaque
- F60.1 Personnalité schizoïde
- F60.2 Personnalité dyssociale
- F60.3 Personnalité émotionnellement labile
 - .30 type impulsif
 - .31 type borderline
- F60.4 Personnalité histrionique
- F60.5 Personnalité anankastique
- F60.6 Personnalité anxieuse [évitante]
- F60.7 Personnalité dépendante
- F60.8 Autres troubles spécifiques de la personnalité
- F60.9 Trouble de la personnalité, sans précision

F61 Troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité

- F61.0 Troubles mixtes de la personnalité
- F61.1 Modifications gênantes de la personnalité, non classables en F60 ou F62

F62 Modifications durables de la personnalité non attribuables à une lésion ou à une maladie cérébrale

- F62.0 Modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe
- F62.1 Modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique
- F62.8 Autres modifications durables de la personnalité
- F62.9 Modification durable de la personnalité, sans précision

F63 Troubles des habitudes et des impulsions

- F63.0 Jeu pathologique
- F63.1 Tendance pathologique à allumer des feux [pyromanie]
- F63.2 Tendance pathologique à commettre des vols [kleptomanie]
- F63.3 Trichotillomanie
- F63.8 Autres troubles des habitudes et des impulsions
- F63.9 Trouble des habitudes et des impulsions, sans précision

(le 4e caractère du code ne figure pas dans la version abrégée du Chapitre V (F) qui est publiée dans les volumes de base de la CIM-10)

F64 Troubles de l'identité sexuelle

- F64.0 Transsexualisme
- F64.1 Travestisme bivalent
- F64.2 Trouble de l'identité sexuelle de l'enfance
- F64.8 Autres troubles de l'identité sexuelle
- F64.9 Trouble de l'identité sexuelle, sans précision

F65 Troubles de la préférence sexuelle

- F65.0 Fétichisme
- F65.1 Transvestisme fétichiste
- F65.2 Exhibitionnisme
- F65.3 Voyeurisme
- F65.4 Pédophilie
- F65.5 Sadomasochisme

- F65.6 Troubles multiples de la préférence sexuelle
- F65.8 Autres troubles de la préférence sexuelle
- F65.9 Trouble de la préférence sexuelle, sans précision

F66 Problèmes psychologiques et comportementaux associés au développement sexuel et à l'orientation sexuelle

- F66.0 Trouble de la maturation sexuelle
- F66.1 Orientation sexuelle égo-dystonique
- F66.2 Problème relationnel lié à l'orientation sexuelle
- F66.8 Autres troubles du développement psychosexuel
- F66.9 Trouble du développement psychosexuel, sans précision

L'orientation sexuelle peut être notée à l'aide du 5e caractère du code

- .x0 hétérosexualité
- .x1 homosexualité
- .x2 bisexualité
- .x8 autre, y compris prépubertaire

F68 Autres troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte

- F68.0 Majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques
- F68.1 Production intentionnelle ou simulation de symptômes ou d'une incapacité, soit physiques soit psychologiques [trouble factice]
- F68.8 Autres troubles spécifiés de la personnalité et du comportement chez l'adulte

F69 Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans précision

**F70-F79
Retard mental**

- F70 Retard mental léger**
- F71 Retard mental moyen**
- F72 Retard mental grave**
- F73 Retard mental profond**
- F78 Autres formes de retard mental**
- F79 Retard mental, sans précision**

On peut utiliser le quatrième caractère du code pour préciser la gravité des troubles du comportement, quand ces derniers ne sont pas dus à un autre trouble associé :

- F7x.0 absence de troubles du comportement ou troubles du comportement non significatifs
- F7x.1 troubles du comportement significatifs nécessitant une surveillance ou un traitement
- F7x.8 autres troubles du comportement
- F7x.9 sans précision concernant les troubles du comportement

Document réalisé par Céline CAREL, chargée de mission.



IMPLICATION
TION DE
A
MÉDECINE
LIBÉRALE
DANS LA
PRISE EN
CHARGE
DES SOINS
PSYCHIA-
TRIQUES
EN ÎLE DE
FRANCE
RÉSULTATS
DE L'ENQUÊTE DU
13 OCTOBRE
1998



Union Régionale des Médecins Libéraux
d'Île de France
104, Boulevard du Montparnasse
75682 Paris Cedex 14
<http://www.urml-idf.org>