



HAL
open science

Prise en charge des patients présentant des troubles psychiques : étude qualitative des pratiques et des besoins des médecins généralistes marseillais

Emilia Debaty

► **To cite this version:**

Emilia Debaty. Prise en charge des patients présentant des troubles psychiques : étude qualitative des pratiques et des besoins des médecins généralistes marseillais. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01961109

HAL Id: dumas-01961109

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01961109>

Submitted on 19 Dec 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Faculté
de Médecine

Aix-Marseille Université

**Prise en charge des patients présentant des troubles psychiques :
étude qualitative des pratiques et des besoins des médecins
généralistes marseillais.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 29 Juin 2018

Par Madame Emilia DEBATY épouse COLLADO

Née le 30 décembre 1990 à Saint-Martin-d'Hères (38)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Président

Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan

Assesseur

Madame le Docteur (MCU-PH) DAUMAS Aurélie

Assesseur

Madame le Docteur BEETLESTONE Emma

Directeur

Madame le Docteur JEGO-SABLIER Maeva

Co-Directeur



**Faculté
de Médecine**

Aix-Marseille Université

**Prise en charge des patients présentant des troubles psychiques :
étude qualitative des pratiques et des besoins des médecins
généralistes marseillais.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 29 Juin 2018

Par Madame Emilia DEBATY épouse COLLADO

Née le 30 décembre 1990 à Saint-Martin-d'Hères (38)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur NAUDIN Jean

Président

Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan

Assesseur

Madame le Docteur (MCU-PH) DAUMAS Aurélie

Assesseur

Madame le Docteur BEETLESTONE Emma

Directeur

Madame le Docteur JEGO-SABLIER Maeva

Co-Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHIERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUBE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs
R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990	
MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991	
MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992	
MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994	
MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995	
MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997	
MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998	
MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999	
MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000	
MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001	
MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002	
MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003	
M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004	
M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005	
M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006	
M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007	
M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYSS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OUDIN Claire (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
 GREILLIER Laurent (PU-PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier sincèrement Monsieur le Professeur Jean Naudin de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse et tiens à exprimer ma profonde gratitude à Monsieur le Docteur Gaétan Gentile et Madame le Docteur Aurélie Daumas pour avoir accepté de faire partie de mon jury.

Un immense merci également à mes deux directrices de thèse, le Docteur Emma Beetlestone et le Docteur Maeva Jego-Sablier, pour leurs précieux conseils et leur patience qui ont contribué à faire de ce travail ce qu'il est.

Merci à Leïla pour cette année d'entraide... Quel plaisir de franchir la ligne d'arrivée avec toi !

Merci à Anne et Maxime pour ces six mois de découverte de la médecine générale dans un cadre magnifique... Cette expérience humaine n'a fait que renforcer mon projet professionnel.

Merci à tous les médecins généralistes ayant accepté de donner de leur temps pour partager leur expérience afin d'améliorer la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques.

Un grand merci à ma famille, toujours fidèle au poste, qui m'a soutenue pendant toutes ces années, supportant tous les sacrifices nécessaires à ces études. Une pensée particulière pour Anna, mon rayon de soleil, qui me rappelle chaque jour pourquoi je fais tout ça.

A ma belle-famille, chaleureuse et généreuse, pour son soutien sans faille.

A mon « grand-père de Belgique », qui n'aura finalement pas pu lire ce travail. Merci de m'avoir transmis cette curiosité, cette envie d'apprendre et de partager.

Merci à tous les membres de notre grande et magnifique famille...Toujours présents, à chaque étape de ma vie, et ce malgré la distance !

Merci à mes amis d'enfance, d'adolescence et de l'« âge adulte » d'avoir toujours été là pour moi. Un entourage en or pour réussir à terminer ces études : des amis présents pour étudier (le brevet, l'OIB, le Bac puis le concours de P1 et enfin l'ECN) mais surtout pour rigoler, voyager, se divertir, parler et écouter... Ils se reconnaîtront !

Merci à tous ceux qui ont accompagné mon parcours d'étudiante en médecine. Que de belles rencontres...Je ne saurais toutes les citer.

Merci à ceux qui ont pris le temps de venir m'écouter en ce jour si particulier.

Et bien sûr, merci à Alexandre, pour ce que tu es et pour tout ce que tu fais pour moi, pour nous...

Table des matières :

INTRODUCTION	2
1.1/ Contextualisation	5
1.1.1/ <i>Un peu d'épidémiologie : les troubles psychiques en France, significatifs d'une espérance de vie diminuée</i>	5
1.1.2/ <i>Organisation des soins en psychiatrie en France</i>	8
1.1.3/ <i>Quelle est la place du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles psychiques ?</i>	12
1.1.4/ <i>Un projet marseillais</i>	18
1.2/ Hypothèse	19
1.3/ Objectif	20
MATERIEL ET METHODE	21
2.1/ Type d'étude	21
2.2/ Questions éthiques	22
2.3/ Population cible	23
2.4/ Echantillonnage et recueil des données	24
2.5/ Analyse des données	25
RESULTATS	26
3.1/ Description de l'échantillon	26
3.2/ Description des entretiens	28
3.3/ Résultats	29
DISCUSSION	39
4.1/ Résultats principaux	39
4.2/ Discussion autour de la méthodologie	40
4.3/ Un médecin traitant absent de la prise en charge des patients présentant des troubles psychiques lourds	42
4.4/ Une catégorisation des troubles psychiques susceptible d'occasionner une mauvaise prise en charge	44
4.5/ Des solutions proposées, cohérentes avec la littérature	45
CONCLUSION	52

INTRODUCTION

Dr D. revient après sa pause déjeuner...Elle arrive à son cabinet et, comme d'habitude, la salle d'attente est déjà pleine...Elle la survole du regard et aperçoit Mme M. qui consulte une à deux fois par semaine depuis le décès de son mari...Elle cherche une oreille attentive qu'elle lui propose bien volontiers mais elle n'en voit pas le bout...Un an que ça dure, une demi-heure de consultation à chaque fois...et la salle d'attente qui se remplit pendant ce temps là...pour quel résultat ? Mais elle n'arrive pas à l'adresser à un spécialiste alors elle continue...

Dr M. quant à lui enchaine les consultations...la fin de journée approche et un jeune homme déboule dans son cabinet en hurlant...Il délire complètement, est agressif...Les enfants, qui attendent, pleurent...Dr M. est déboussolé, il ne connaît pas ce patient...Des membres de sa famille suivent, demandent de l'aide...Que faire ? Il saisit le combiné et appelle le 15...

Ces situations, fréquemment rencontrées en médecine générale, nous ont interpellés. Le médecin traitant se retrouve bien souvent isolé, en première ligne, avec ces patients et doit y faire face. Comment l'y aider ?

Les troubles psychiques se caractérisent généralement par « un ensemble anormal de pensées, de perceptions, d'émotions, de comportements et de relations avec autrui » selon l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS). Ils désignent un ensemble d'affections d'origines très diverses ayant un retentissement conséquent sur la vie d'un individu par l'intermédiaire de l'altération de sa santé mentale.

Fréquents, ils touchent un adulte sur quatre soit 27% de la population française. Il existe une prédominance de la dépression (3 millions de cas) et des troubles bipolaires (1,3 millions de cas). La schizophrénie (600 000 cas) et les troubles addictifs sont également très présents (300 000 cas) (1). Ils occasionnent une gêne dans la vie quotidienne pour une personne sur deux (2).

La santé étant « un état de complet bien-être physique, mental et social » d'après l'OMS (3), les troubles psychiques, par leur forte prévalence, altèrent la santé d'un grand nombre d'individus. Leur qualité de vie est souvent altérée à cause des

symptômes présentés, rendant difficile la vie en société. Par ailleurs, les traitements médicamenteux, pourtant nécessaires, ainsi que les habitudes de vie de ces patients (présentant plus souvent un isolement social, une sédentarité, des conduites addictives) occasionnent de nombreuses comorbidités, qu'elles soient cardiovasculaires, respiratoires, néoplasiques ou infectieuses expliquant leur surmortalité.

En parallèle, ces patients sont malheureusement souvent éloignés du parcours de soins coordonné par le médecin traitant. Ils ne bénéficient donc pas de soins optimaux pourtant nécessaires, tant sur le plan physique que sur le plan mental (4).

A travers cette étude, nous souhaitons donc participer à l'amélioration de la qualité et de l'espérance de vie de ces patients en replaçant le médecin généraliste au centre de la prise en charge. L'amélioration du parcours de soins de ces patients pourra, à terme, participer à la diminution des dépenses de santé dans leur prise en charge.

Le médecin traitant est un contact privilégié pour les patients nécessitant des soins, leur permettant d'être ensuite réorientés vers les spécialistes en fonction de leurs besoins (5). Cependant, les généralistes déclarent ressentir des difficultés lorsqu'ils prennent en charge les patients présentant des troubles psychiques.

Alors qu'actuellement la population française présente un vieillissement réussi avec une espérance de vie de 85,7 ans pour les femmes et 79,5 ans pour les hommes en 2017 selon l'Insee (6), nous ne pouvons que mesurer l'échec de la prise en charge médico-sociale de ces patients dont l'espérance de vie est diminuée de 10 à 20 ans par rapport à la population générale (7). Nous avons donc choisi de nous intéresser à cette population souvent laissée pour compte.

Un travail récent, mené par Mme de Francesco, a étudié le vécu des psychiatres lors de leur coopération avec les généralistes afin de prendre en charge, sur le plan somatique, les patients présentant des pathologies psychiatriques sévères et chroniques. Elle a décrit, à travers une étude observationnelle quantitative déclarative des psychiatres des secteurs 11 à 16 de Marseille, un manque de satisfaction pour 59,1% d'entre eux à propos de leurs échanges avec les généralistes. Ceux-ci se font essentiellement par téléphone et restent occasionnels. Leur communication est

essentiellement axée, pour 61,1% d'entre eux, sur les plaintes psychogènes et, pour 38,9% des psychiatres, sur les effets indésirables des psychotropes. Ils souhaiteraient également être informés des nouveaux diagnostics somatiques (95,2%), de toute modification du traitement somatique (100%), des difficultés d'acceptation d'une maladie, des rendez-vous avec des spécialistes, informations qui jusque-là leur parviennent peu. Ils proposent par ailleurs une communication par mail, la mise en place d'un dossier médical partagé, un accompagnement des patients par des infirmiers en psychiatrie ainsi que de favoriser leur suivi par le généraliste.

Partant de ces constats et afin d'améliorer la qualité et l'espérance de vie des patients présentant des troubles psychiques, les services de psychiatrie hospitalo-universitaires de Marseille, nous ont proposé d'effectuer un état des lieux des pratiques des médecins généralistes marseillais dans la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques afin de mieux comprendre leurs difficultés pour les aider à les résoudre à travers l'apport d'outils adaptés.

1.1/ Contextualisation :

1.1.1/ Un peu d'épidémiologie : les troubles psychiques en France, significatifs d'une espérance de vie diminuée

A/ Prévalence des troubles psychiques

Les troubles psychiques, notamment les troubles anxieux et de l'humeur, sont très présents dans les pays développés.

L'étude européenne ESEMeD, réalisée de 2001 à 2003 en population générale chez des sujets âgés de plus de 18 ans et non institutionnalisés, vivant en Allemagne, en Belgique, en Espagne, en France, aux Pays-Bas et en Italie montre en effet une prévalence (pour les 6 pays) de 14% sur la vie (et de 4,2% sur l'année) des troubles dépressifs et de 13,6% sur la vie (et de 6,4% sur l'année) des troubles anxieux.

Plus précisément, toujours d'après cette étude, les français présentent **essentiellement des épisodes dépressifs majeurs** (21,4% sur la vie, 6% au cours des douze derniers mois) **ainsi que des troubles anxieux** (6% sur la vie, 2,1% sur l'année) (8).

Comme vu précédemment, nous estimons que 3 millions de français souffrent de dépression, 1,3 million de troubles bipolaires, 600 000 de schizophrénie et 300 000 de troubles addictifs (1).

B/ Une espérance de vie diminuée

La France arrive au 9^{ème} rang européen (sur 12 pays) en termes de santé mentale positive. Elle présente un taux de détresse psychique élevé avec une forte prévalence du suicide (9).

L'espérance de vie des personnes souffrant de troubles psychiques (quels qu'ils soient) est ainsi **écourtée de 10 à 20 ans** par rapport à la population générale et leur taux de mortalité est 3 à 5 fois supérieur, selon les chiffres de l'OMS en 2015 (7).

Les causes de cette surmortalité ont été identifiées : d'après l'INSERM, un tiers des décès est dû à des **suicides**. Il est à noter qu'une cause indéterminée de décès prédomine pour ces patients. Cependant, il est tout de même avéré que les patients présentant des troubles psychiques présentent 7 fois plus de **maladies respiratoires** (telles que la bronchite chronique obstructive) que la population générale, 5 fois plus de maladies **infectieuses** (VIH, hépatite B et C), 3 fois plus de maladies **cardiovasculaires** (infarctus, phlébites, embolies pulmonaires, hypertension artérielle), 1,5 fois plus de **cancers** (pulmonaire, pharyngé, gynécologique), 9 fois plus de **fausses routes** ce qui contribue à expliquer leur surmortalité (10).

On peut également incriminer la **iatrogénie** des traitements psychotropes pouvant occasionner : des troubles métaboliques, un allongement de l'espace QT qui est à l'origine d'une arythmie ventriculaire avec torsades de pointes ainsi que des occlusions intestinales, une prise de poids augmentant le risque cardiovasculaire...(11)

De plus, **les médecins généralistes ne connaissent pas bien ces patients** ce qui participe à cette baisse de l'espérance de vie par l'intermédiaire d'une prise en charge médicale limitée (12). Leurs comorbidités sont donc sous diagnostiquées et par conséquent sous traitées.

Enfin, ces patients vulnérables ont souvent un **mode de vie** non sain (sédentarité, alimentation déséquilibrée, conduites addictives avec en particulier un tabagisme actif et de l'alcoolisme) pouvant participer au risque métabolique, infectieux, néoplasique et donc provoquer à terme un décès prématuré (11,13).

Leur espérance de vie est diminuée et le coût de leurs soins est réel pour la société. L'étude de Graham et al (14) l'a mis en évidence : les patients présentant une santé mentale altérée ou un usage de substances toxiques représentaient seulement 20% de leur échantillon mais plus de 30% des coûts de santé. Ceux-ci sont estimés à 15 milliards d'euros par an en France. Ces troubles constituent le second motif d'arrêt de travail et la première cause d'invalidité (Caridade *et al.*, 2008). Ils représentent un dixième des dépenses de santé et occupent le premier poste de dépense hospitalière (15).

1.1.2/ Organisation des soins en psychiatrie en France

A/ Un peu d'histoire...

L'offre de soins est variée : à travers son service public, la France propose actuellement une prise en charge sectorisée en ambulatoire. D'autres services, non sectorisés, permettent une prise en charge spécialisée (souvent en CHU).

Une offre privée existe également grâce à la psychiatrie libérale en ambulatoire et à la possibilité de temps complet et partiel dans les établissements privés.

En 2009, *la loi hôpital, patients, santé et territoire* (HPST), par la mise en place des Agences Régionales de Santé (ARS), a redéfini les principes de planification des soins en psychiatrie. La France compte actuellement 829 secteurs de psychiatrie générale. Chaque secteur est rattaché administrativement à un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie ou général. Les différents domaines (prévention, ambulatoire, hospitalisation, médico-social) sont enfin **décloisonnés** (16).

La loi de modernisation de notre système de santé, votée en janvier 2016, tente de réaffirmer les principes d'une sectorisation psychiatrique. Elle précise ainsi que « la mission de la psychiatrie de secteur, qui concourt à la politique de santé mentale (...) consiste à garantir à l'ensemble de la population :

- 1° un recours de proximité (...) en coopération avec les équipes de soins primaires,
- 2° l'accessibilité territoriale et financière (...),
- 3° la continuité des soins psychiatriques (...) y compris le recours à l'hospitalisation (...) en assurant si nécessaire l'orientation vers d'autres acteurs (...) »

Depuis 1960, date de la désinstitutionalisation, le nombre de lits d'hospitalisation a fortement diminué (-60% entre 1976 et 2016), surtout dans les établissements publics et privés sans but lucratif (-48%) (17). En parallèle, la durée moyenne d'hospitalisation a diminué, passant de 86 jours en 1989 à 45 jours en 2000. Dans le même temps, l'hospitalisation partielle s'est considérablement développée, passant de 15 117 places en 1985 à 26 644 en 2005, où elle représentait 31 % des capacités de la psychiatrie hospitalière.

Un suivi en externe par des consultations régulières (notamment à travers les centres médico-psychologiques) ainsi que l'intervention d'équipes mobiles à domicile est possible. **La prise en charge en ambulatoire est favorisée**, près de 80 % des patients suivis en psychiatrie en bénéficient (15,18).

Cependant, en parallèle, la population suivie par les services de psychiatrie a présenté une croissance impressionnante, passant d'environ 700 000 personnes en 1989 à plus de 1,2 million en 2003. Sachant qu'environ 80% des patients suivis pour des troubles psychiques le sont en ambulatoire (Rapport du CNEH 1985-2005) et que l'offre de soins n'a pas suivi en externe, cela occasionne une **difficulté d'accès aux soins en santé mentale pour 50% des patients.**

Cette situation risque de s'aggraver à moyen terme car une diminution de 36% du nombre de psychiatres est prévue d'ici 2025 (19).

La France présente toutefois 5 fois plus de psychiatres que les autres pays européens donc la difficulté d'accès aux soins en psychiatrie et les mauvais résultats en termes de santé pour ces patients ne peuvent pas être imputés uniquement à un souci d'effectif.

B/ L'offre de soins

Selon le 10^{ème} atlas national de la démographie médicale réalisé par la section Santé Publique et Démographie Médicale du Conseil National de l'Ordre des médecins publié le 1^{er} Janvier 2016, sur la période 2007/2016 (20), la France (métropolitaine et les Départements d'Outre-Mer) comptait environ 12 498 psychiatres (salariés et libéraux) en exercice. Plus précisément, la France métropolitaine disposait, au 31 décembre 2010, de 6 483 médecins psychiatres libéraux actifs (21).

Si nous nous penchons sur leur répartition dans notre territoire, nous nous apercevons que celle-ci est très inégale ce qui génère de **fortes inadéquations entre les moyens disponibles et les besoins à couvrir**. Ce constat a été fait par la Direction de la Recherche, des Etudes et des statistiques (DREES), en novembre 2010, à travers « Les rapports d'activité de psychiatrie (RAPSY) » qui montrent que la répartition des psychiatres varie de 1 à 10 en fonction des départements : un psychiatre pour 10 000 habitants en Mayenne, Pas-de-Calais et Guadeloupe à un pour 1063 habitants à Paris (22). Ces inadéquations sont encore aggravées par une répartition très inégale entre les modes d'exercice, et le déséquilibre constaté entre l'exercice hospitalier et l'exercice libéral au profit de ce dernier (19).

Sachant que 26,1 % de la population présente en moyenne un besoin de soins en santé mentale, nous comprenons donc que les médecins généralistes interviennent dans la majorité des demandes en soins psychiatriques (62,7 %). D'autres recours existent comme celui de faire appel aux professionnels non médicaux de la santé mentale (psychologues) qui sont sollicités dans 13,4 % des cas. Les psychiatres, finalement, ne sont consultés que dans 10,2 % des cas (23).

Nous pouvons donc nous demander, à juste titre, comment se passe le choix du spécialiste...Selon une étude menée dans les Yvelines par l'équipe du RPSM78 (Réseau de Promotion pour la Santé Mentale dans les Yvelines Sud), les psychiatres libéraux, les psychiatres du secteur public, et les médecins généralistes ne sont pas confrontés aux mêmes pathologies psychiatriques : **les troubles anxieux et dépressifs sont principalement suivis par les généralistes et les psychiatres libéraux tandis que les troubles psychotiques sont pris en charge par le secteur public.**

Pour répondre à cette forte demande en soins psychiatriques en ambulatoire, il existe d'autres services :

Les centres médico-psychologiques (CMP). Il en existe 2000, définis par l'arrêté du 14 mars 1986. Leur mission est d'organiser et coordonner toutes les actions extra hospitalières (domicile, établissement pour personnes âgées, établissements médico sociaux, établissements pénitentiaires, liaison vers les unités somatiques des hôpitaux). Ils concentrent tout de même 2/3 de l'activité ambulatoire (24) !

L'hôpital de jour quant à lui fait des soins polyvalents et intensifs et prépare la réinsertion.

Le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (12% de l'activité ambulatoire) vise à maintenir ou favoriser une action autonome par des actions de soutien et de thérapies de groupes. Cet espace, moins médicalisé, permet aux patients d'être plus stabilisés et autonomes ce qui aide à la réinsertion.

Les ateliers thérapeutiques réhabituent les patients à l'exercice d'une activité professionnelle ou sociale à partir d'activités artisanales, artistiques ou sportives.

Il existe également des hôpitaux de nuit, des unités d'hospitalisation à temps plein, des centres post cure.

Les appartements thérapeutiques permettent aussi une réinsertion sociale avec l'aide des soignants.

Enfin, il reste la possibilité des structures d'accueil familiales thérapeutiques et des centres d'accueil et de crise éventuellement suivis d'une hospitalisation intensive de courte durée soit 72h (25).

Créé en 2005, le SAMSAH (Service d'Accompagnement Médicosocial pour Adultes Handicapés), est une option envisageable pendant 3ans, renouvelable, et sollicitée par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH).

Le médecin généraliste doit être le pivot de toute cette organisation, il utilise ces structures afin de répondre à cette demande croissante et de permettre une prise en charge en ambulatoire de ces patients.

Malgré tout, **les urgences restent la solution de dernier recours** pour les généralistes ayant des difficultés à avoir un avis psychiatrique en aigu ou une prise en charge adaptée en ville ce qui reste fréquent au vu du déséquilibre entre l'offre et la demande. Elles restent essentiellement utilisées pour les troubles psychotiques (26).

1.1.3/ Quelle est la place du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles psychiques ?

A/ Un médecin généraliste pivot

La loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 impose à chaque français à partir de 16 ans, dans le cadre du **parcours de soins coordonné**, de déclarer un médecin traitant qui a pour rôle de rediriger ensuite, éventuellement, vers un médecin spécialiste.

Celui-ci, d'après la loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST), a donc un rôle d'orientation du patient dans le système de soins et le secteur médico-social, de coordination des soins, de respect des protocoles pour les affections nécessitant des soins prolongés et pour les maladies chroniques, de synthèse des informations transmises par les professionnels de santé, de prévention et de dépistage. Étant souvent vu en **premier recours** par les patients, il est aussi un pilier dans l'adhésion au soin et l'engagement du patient à sa prise en charge d'où son rôle primordial.

Les recommandations de l'OMS, lors de la conférence d'Helsinki de 2005, confirment ce rôle en plaçant les acteurs de soins primaires comme organisateurs principaux des soins.

De façon quotidienne, le médecin généraliste fait face, d'après l'Insee, aux 'troubles mentaux' qui sont devenus le **deuxième motif de recours aux médecins généralistes** et le premier pour les personnes âgées de 25 à 60 ans (27,28). En effet, environ **30% des consultations** des médecins généralistes sont consacrées à des troubles psychiatriques (**essentiellement troubles dépressifs et anxieux, troubles du sommeil, addictions**) (29). Les troubles psychotiques quant à eux ne représentent que 5 à 8% des consultations du généraliste pour troubles psychiques (26).

Cette disparité d'exercice est confirmée par le Docteur Younès à l'aide de son équipe (30). Dans son étude, **les syndromes dépressifs et anxieux étaient vus en priorité par les généralistes et psychiatres privés tandis que les psychiatres publics voyaient plutôt les troubles psychotiques et les suivis d'hospitalisation.**

Les généralistes géraient moins les situations des patients pour lesquels un suivi au long cours était jugé nécessaire.

Cette place prépondérante des médecins généralistes a été confirmée par une enquête menée par le Centre Collaborateur de l'OMS pour la formation en santé mentale (CCOMS, Lille, France). En effet, **42 % des personnes se tournent vers le médecin de famille comme premier acteur** en cas de difficultés psychologiques et seulement « **un dixième des personnes ayant des troubles aura un contact avec des services de psychiatrie de secteur** et un centième d'entre elles sera hospitalisée ». L'Institut National de prévention et d'Education pour la Santé (INPES) en 2005 va également dans ce sens en précisant que sur 1608 personnes ayant consulté un professionnel pour raison de santé mentale, 67,2 % ont consulté un médecin généraliste et 46,1% l'ont consulté exclusivement.

En effet, en France, **le taux d'adressage des médecins généralistes vers les spécialistes en santé mentale est le plus faible parmi six pays européens** (Kovess-Mafesty 2007) (31), ce qui est confirmé par l'enquête ESEMeD (22,2 % en France contre par exemple 55,1% en Italie ou 52,8 % au Pays Bas) (8,32).

Les patients sont réorientés, **principalement vers les psychiatres libéraux** (dont le délais d'attente est moindre), en cas d'incertitude diagnostique, de difficultés thérapeutiques, pour les cas les plus graves ou à la demande du patient (33).

Cependant, les patients présentant des troubles psychiques sévères sont adressés de façon privilégiée aux psychiatres du public (30,34) comme vu précédemment.

Si le généraliste est aussi présent dans la prise en charge de ces patients c'est qu'il présente certaines caractéristiques propres à son activité qui en font un interlocuteur de choix : proximité, accessibilité, disponibilité, moins stigmatisant, prise en charge globale, connaissance des patients, fort sentiment de responsabilité, valorisation des compétences relationnelles plutôt que techniques, prise en charge personnalisée, permanence et continuité des soins. Il facilite ensuite l'adhésion à la consultation du psychiatre en assurant une approche psychothérapeutique complémentaire (15,35–37).

Les généralistes, sollicités quotidiennement, prennent donc de plus en plus de **responsabilités**. Par exemple, 89% des généralistes soignant les dépressions le font sans prendre l'avis d'un professionnel à tort ou à raison (33).

Concernant la prescription des psychotropes, en 2012, l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM) montrait que les médecins généralistes étaient les **principaux prescripteurs** de médicaments psychotropes. Par ailleurs, ils sont responsables de la prescription de 86% des tranquillisants, 84% des hypnotiques et 68% des antidépresseurs (37,38).

B/ Un décalage entre les recommandations nationales et les pratiques des médecins

L'étude menée en 2005 par le Docteur Younès, notait (30) que **72 % des médecins généralistes n'étaient pas satisfaits de leur collaboration avec les psychiatres.**

Ils rapportaient tout d'abord un **manque de communication** entre les généralistes et les psychiatres lié à une **méconnaissance de l'action de l'autre.** L'étude prospective de 2007 dirigée par le Docteur Bohn et réalisée en CMP, a montré que sur les 143 patients interrogés, seuls 47 (soit 33 %) ont un médecin traitant dont le nom n'est retrouvé dans le dossier du CMP que pour 27 % des patients. Pourtant 28 % d'entre eux ont au moins une pathologie somatique chronique. La maladie psychiatrique est méconnue des médecins traitants dans 56 % des cas et la pathologie somatique est méconnue des psychiatres dans 61 % des cas.

Cet exemple met en lumière que les patients suivis en CMP ont donc, malgré de nombreux facteurs de risque, un recours limité aux soins somatiques. Ce manque de communication bilatéral est préoccupant pour la santé du patient car il débouche sur des prescriptions croisées de psychotropes (35% de prescriptions faites en plus par les généralistes) et des interactions médicamenteuses (39).

Ce souci de communication est confirmé par une grande enquête nationale, parue en 2012, menée conjointement par le CCOMS de Lille et le Centre Hospitalier La Chartreuse de Dijon, sur la place de la santé mentale en médecine générale.

Elle montrait que les généralistes sont 98% à déclarer adresser un courrier pour une première consultation chez un psychiatre. En retour, 23% seulement déclarent recevoir un courrier des services de psychiatrie suivant leurs malades (40).

L'enquête de terrain dans le secteur de Villeneuve d'Ascq a fait le même constat (41). Une autre étude (42) a abouti aux mêmes conclusions pour les patients hospitalisés en psychiatrie : un médecin traitant était identifié chez seulement 26,4 % de l'ensemble des patients hospitalisés et pourtant pour près de la moitié des sujets (48,6 %) était relevé l'existence d'une pathologie somatique. Plus précisément, les enquêteurs n'ont pu identifier de médecin traitant chez 70,9 % des patients ayant une pathologie somatique connue ! Cette étude concluait que le psychiatre prenait presque systématiquement le relais pour la pathologie mentale, estimant que la dissociation psyché-soma restait nécessaire au soin psychiatrique. Il est à noter tout de même qu'il

existait une différence significative en fonction du type de diagnostic psychiatrique : un médecin traitant s'identifiant trois fois plus souvent chez les patients présentant un trouble de l'humeur que chez les autres et deux fois moins chez les patients présentant un diagnostic CIM10 F20-29 (schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants). La prise en charge médicale est donc différente en fonction des troubles psychiques présentés.

Enfin, cette étude mettait en lumière l'importance du rôle du médecin traitant, comme précisé précédemment, car sa présence s'associait significativement à une durée d'hospitalisation plus brève (chez les patients dont la durée d'hospitalisation était supérieure à 1 an, la probabilité d'identifier un médecin traitant était près de 3 fois moindre que chez ceux hospitalisés pour une durée d'un mois à un an, et près de 4 fois moindre que chez ceux hospitalisés depuis moins d'un mois).

Nous parlions auparavant d'un **adressage plus faible de la part des médecins généralistes vers les spécialistes en santé mentale**. Les causes sont multiples : des délais de rendez-vous trop importants en lien avec un déséquilibre entre l'offre et la demande, une réticence des patients à consulter due à une négation des troubles, à une stigmatisation persistante et aux représentations négatives de la psychiatrie, la méconnaissance du système de soins par manque d'information (pas de contacts identifiés), le coût des thérapies en privé (dont celui des psychologues), une absence de communication sur l'évolution du patient adressé par le médecin généraliste...(9,29,36,40,43–45).

La période aigüe reste la plus difficile à gérer pour le généraliste comme le souligne l'enquête du Docteur Milleret à cause, notamment, d'une admission hospitalière compliquée. L'organisation est déclarée déficiente, insuffisante et peu efficace (43).

Ces causes sont retrouvées dans l'enquête menée en 2012 auprès des médecins généralistes du secteur de Villeneuve d'Ascq dans le cadre de l'enquête nationale dirigée par le CCOMS (41).

Par ailleurs, les généralistes **manquent également de formation et de temps** pour ces patients dont les consultations sont réputées plus longues (> 20 minutes) et multiples (46).

C/ Des conséquences pour les patients

Les généralistes, comme nous l'avons dit précédemment, prennent en charge essentiellement des syndromes anxieux et dépressifs, souvent de manière autonome.

L'équipe de Mr Briffault, en 2009 (47) a démontré que, malheureusement, **seuls 37,2 % des patients ayant présenté un épisode dépressif majeur et ayant consulté un généraliste seraient traités de façon adéquate**, derrière ceux qui ont consulté un psychiatre (65,1 %) et derrière ceux qui ont consulté à la fois un généraliste et un psychiatre (79,7 %).

Ce constat peut être imputé au manque de référence aux bonnes pratiques que soulignent les deux enquêtes d'Hélène Dumesnil et Pierre Verger (33) occasionnant un mésusage des antidépresseurs dont les effets secondaires sont minimisés. Ils sont prescrits en excès par des médecins généralistes isolés qui font face à une demande (parfois insistante) des usagers (33).

Le manque de communication entre les généralistes et les psychiatres, comme vu plus haut, conduit à une **prise en charge médicale incomplète**, de moindre qualité. Il empêche un traitement efficace des troubles mentaux sévères, entraîne un risque de dupliquer les services et examens, complique le diagnostic et la surveillance du traitement, favorise les perdus de vue et la non compliance au traitement, tend les relations entre les praticiens, rend le rôle de chacun confus et entraîne une perte d'information (9).

1.1.4/ Un projet marseillais :

La conférence d'Alma Ata sur les soins de santé primaires (1978) affirme avec force que «la santé, qui est un état de complet bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité, est un droit fondamental de l'être humain, et que l'accession au niveau de santé le plus élevé possible est un objectif social extrêmement important, qui intéresse le monde entier et suppose la participation de nombreux secteurs socioéconomiques autres que celui de la santé» (48).

Dans l'optique d'améliorer la qualité et l'espérance de vie des patients présentant des troubles psychiques, l'équipe médicale des services de psychiatrie hospitalo-universitaires de Marseille nous ont proposé, à Leïla Ouirini et moi-même, de pratiquer un état des lieux des pratiques des médecins généralistes marseillais dans la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques afin de mieux comprendre leurs difficultés et proposer des outils adaptés.

1.2/ Hypothèse :

Les médecins généralistes marseillais rencontrent de nombreuses difficultés dans la prise en charge des patients présentant des troubles psychiques ce qui occasionne, pour ces derniers, une qualité de vie altérée et, à terme, une diminution de leur espérance de vie.

1.3/ Objectif :

Comprendre les pratiques des médecins généralistes marseillais dans la prise en charge des patients présentant des troubles psychiques et explorer leurs difficultés dans cette prise en charge.

MATERIEL ET METHODE

2.1/ Type d'étude

Nous avons mené une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs de médecins généralistes marseillais volontaires, entre le 9 juin et le 7 juillet 2017.

Cette étude s'intègre dans une étude globale mixte, séquentielle, qualitative puis quantitative dirigée par les Dr Beetlestone (Service de Psychiatrie Universitaire, AP-HM) et Jego (Chef de Clinique Universitaire, Médecin Généraliste, Département Universitaire de Médecine Générale, Aix Marseille).

Cette phase qualitative initiale, par son caractère exploratoire, nous a permis de mieux appréhender la problématique globale. Elle apporte également de nombreuses informations non mesurables grâce à une approche différente, en laissant la parole aux médecins, en les observant sur un petit échantillon en variation maximale (49,50). Ce premier travail de recherche a ainsi orienté la phase quantitative. Celle-ci avait pour ambition d'extrapoler, à plus grande échelle, les premières informations obtenues par la phase qualitative en interrogeant, grâce à un questionnaire écrit, un plus grand nombre de médecins généralistes marseillais afin de proposer une description quantitative.

Une collaboration étroite entre les différents chercheurs a permis d'aboutir à un travail qui se veut le plus exhaustif possible.

2.2/ Questions éthiques

Cette étude a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL (n°2017-CIL-14) et d'une autorisation du Comité d'éthique de l'Université Aix Marseille.

Chaque participant de l'étude a signé un formulaire de consentement après avoir reçu une information claire loyale et appropriée sur le projet de recherche (se reporter aux annexes).

2.3/ Population cible

Nous avons inclus des médecins généralistes thésés, de différents arrondissements de Marseille, en exercice, sur la base du volontariat.

L'objectif était d'obtenir un échantillon diversifié des médecins généralistes marseillais en exercice.

Les participants ont été inclus jusqu'à saturation des données.

2.4/ Echantillonnage et recueil des données

Trois zones géographiques ont été délimitées en fonction du niveau de vie de la population les occupant : du 7° au 9° arrondissement de Marseille (plus aisé), du 6° au 12° (intermédiaire) et du 14° au 16° (plus précaire).

Dans ces trois zones ainsi définies, nous avons appelé aléatoirement des hommes et femmes médecins généralistes d'âge varié, en exercice, afin de leur présenter brièvement notre travail de thèse pour solliciter leur participation. Le but était d'obtenir un échantillon en variation maximale.

Les conditions étaient clairement énoncées : participation volontaire à l'étude, l'enquêteur se déplaçant à leur cabinet sur un créneau horaire délimité (allant de 20 minutes à une heure) en fonction de leurs disponibilités afin de discuter de la problématique choisie sous forme d'un entretien semi-dirigé enregistré par dictaphone après recueil de leur consentement écrit. Chaque entretien était unique.

Trois entretiens tests ont précédé les rencontres afin d'adapter le guide d'entretien initialement issu de la bibliographie et de la phase ethnographique où l'enquêteur a observé et enregistré diverses situations en assistant aux consultations d'un médecin généraliste lors d'un stage d'internat.

Des notes de terrain étaient prises en parallèle pour coucher par écrit les informations perçues par le chercheur qui ne sont pas de l'ordre de l'oral mais plutôt du gestuel, de l'ambiance, du ressenti.

Après accord de leur part, les entretiens ont été réalisés en différentes vagues successives afin de pouvoir étudier les premiers pour adapter les seconds. Ils ont été pratiqués sur deux mois : juin et juillet 2017. Les enregistrements obtenus, anonymisés, ont été intégralement retranscrits afin d'être étudiés.

Une lettre d'information a été remise à chaque généraliste et un consentement écrit a été obtenu pour la publication des résultats.

2.5/ Analyse des données

Une analyse de contenu thématique de type inductive a été débutée par une lecture flottante puis une analyse transversale manuelle à l'aide d'une grille d'analyse construite sur le logiciel Excel.

La triangulation des données a été assurée avec la participation des autres chercheuses de l'étude.

RESULTATS

3.1/ Description de l'échantillon

Nous avons inclus 22 médecins généralistes, diversifiés selon le sexe, l'expérience, le type d'exercice (seul ou associé), le lieu d'exercice, l'intérêt et l'exposition aux troubles psychiques.

Les généralistes étaient, en majorité, intéressés par le fait de prendre soin des personnes atteintes de troubles psychiques (17 médecins sur 22 étaient totalement ou modérément intéressés) et exposés à des troubles psychiques dans leur pratique quotidienne (11 médecins sur 22 estimaient que plus de 30% de leurs patients souffraient sur le plan de la santé mentale) (Tableau 1).

Nous observons une certaine hétérogénéité de l'échantillon : une prédominance d'hommes, associés, ayant de l'expérience, travaillant dans des quartiers plutôt aisés et étant intéressés par la psychiatrie.

Caractéristiques	Effectif (N=22)
<i>Sexe</i>	
Homme	13
Femme	9
<i>Lieu d'exercice</i>	
Plus aisé : 7-9°	9
Intermédiaire : 6-12°	8
Populaire : 14-16°	5
<i>Expérience : thèse datant de :</i>	
<10 ans	3
10-20 ans	2
20-30 ans	6
>30 ans	11
<i>Mode d'exercice</i>	
Associé	15
Seul	7
<i>Intérêt pour la psychiatrie</i>	
Oui	12
Modéré	5
Non	3
Indifférent	2
<i>Pourcentage de troubles psychiques vus :</i>	
<10%	3
10-30%	4
>30%	11
Pas de réponse	4

Tableau n°1 représentant les caractéristiques de l'échantillon composé
de 22 médecins généralistes marseillais

3.2/ Description des entretiens :

Une fois leur accord oral donné, tous les médecins ont respecté leur engagement. Les rencontres ont eu lieu jusqu'à saturation des données (obtenue au 19^{ème} entretien). Les trois entretiens suivants ont eu pour but de confirmer cette exhaustivité de l'information.

La durée moyenne des entretiens était de 30 minutes. Tous ont été menés dans un cabinet de médecine générale. Il n'y avait pas de non participants.

L'échange était plus ou moins aisé en fonction de l'interlocuteur mais dans l'ensemble il était riche ce que démontre la longueur des entretiens.

3.3/ Résultats

A. Des prises en charge catégorisées

Les médecins généralistes interrogés ont une logique différente de prise en charge des patients présentant des troubles psychiques en fonction d'une catégorisation faite de ces patients. En effet, ils séparent la « bobologie de la psychiatrie » des patients considérés comme plus lourds.

- la « bobologie de la psychiatrie » :

Certains patients sont identifiés comme relevant d'une prise en charge de type « bobologie ». Il s'agit des personnes traversant une épreuve de la vie s'exprimant par un syndrome anxiodépressif léger. Pour eux, les médecins généralistes proposent une écoute bienveillante. Ils apportent un soutien régulier à travers une relation paternaliste avec une bonne efficacité selon eux.

Médecin n°2 : "Ceux de 35 ans je les ai vus naître. J'ai une relation privilégiée avec mes patients, ils viennent me voir, ont confiance. C'est le quotidien. La bobologie de la psychiatrie mais ça fait quand même 90% des actes (ruptures, violences conjugales, difficultés scolaires). Les généralistes ont une place."

Médecin n°6 : "J'ai une relation particulière avec eux. Je ne suis pas un médecin généraliste mais un médecin de famille. Je les ai vus grandir. Ils me font confiance. Je les connais. Je soigne les femmes, enfants, maitresses... Je sais quand ils ne viennent pas vraiment pour le mal au dos."

La prise en charge de ces patients est ainsi globale, sans orientation vers le spécialiste, dans la majorité des cas.

Médecin n°10 : "Quand l'intensité des troubles n'est pas très importante et que je sens que j'arrive à leur apporter ce dont ils ont besoin alors je peux les gérer seul."

Cependant, les médecins généralistes évoquent leurs limites. Quand la situation ne s'améliore pas, ils orientent le patient vers un spécialiste de la psychiatrie afin qu'il bénéficie de soins adaptés.

Médecin n°9 : "Je délègue quand le patient est dans le déni ou que je bloque. Un mois de traitement, si cela ne marche pas je délègue...je ne laisse pas trainer."

Médecin n°22 : "Si ça ne s'est pas amélioré je fais appel aux spécialistes."

Une aide du psychiatre peut également être demandée en cas de problème administratif, lorsqu'une expertise est souhaitable, notamment en cas d'arrêt de travail.

Médecin n°21 : "un arrêt long, au-delà de deux mois... par rapport à son travail il est indispensable qu'il voit un psychiatre"

D'autres patients étaient considérés comme présentant des troubles lourds. A l'inverse, pour ces patients, les généralistes interrogés rapportaient des logiques de prise en charge différentes.

- les « gros malades » :

Ces personnes, présentant, d'après les médecins généralistes interrogés, des troubles psychiques graves, sortent du circuit du médecin traitant.

Les médecins interrogés semblent associer essentiellement les patients présentant des troubles psychotiques à cette catégorie.

Médecin n°1 : "Pour les psychotiques c'est différent. Le psychiatre prend la main."

Médecin n°16 : "Les névroses, les psychoses, je n'en ai pas beaucoup. Ce sont des patients qui sont suivis purement en psychiatrie."

Médecin n°11 : "Après il y a les gros malades et ça je suis incapable de les soigner."

Ils ne sont vus que ponctuellement pour de petites infections intercurrentes, un renouvellement d'ordonnance ou la prise en charge de comorbidités.

Médecin n°14 : "Quand je vois les patients psychotiques c'est quand le psychiatre est en vacances donc il faut renouveler les traitements."

Médecin n°12 : "Ou car ils ont un truc intercurrent banal : angine, pneumopathie... Ou alors les effets des neuroleptiques : diabétiques, obèses, problèmes cardio vers 40-50 ans..."

Plusieurs médecins soulignent cependant leur rôle primordial et difficile dans le soutien aux familles de ces patients : ils disent être le seul recours de familles complètement démunies.

Médecin n°14 : "Nous on a du mal car c'est à nous après de gérer la famille qui pose des questions."

Médecin n°15 : "Pendant un an la famille a été laissée à l'abandon", "Ils viennent nous voir nous car on est accessibles."

- les situations de crise :

Ces situations, bien qu'exceptionnelles, restent difficiles à gérer pour les médecins traitants. Peu d'entre eux disent gérer les situations de crise psychiatrique aigue, la solution restant une orientation vers les urgences afin de bénéficier d'une prise en charge spécialisée peu accessible autrement.

Médecin n°14 : "Quand il y a des décompensations. On a beaucoup de mal à joindre quelqu'un qui puisse nous conseiller. Donc ça passe souvent par les urgences", "quand il y a des bouffées délirantes de toute façon ce sont les urgences. On ne peut pas faire autrement."

Médecin n°15 : "Un dernier accès de rage, il a tout cassé...là il a été à l'hôpital psychiatrique et là il est entré dans le réseau..."

B. Un regard critique sur le système de soins en psychiatrie :

Les médecins interrogés ont exprimé de manière unanime une vision très péjorative des soins proposés en psychiatrie. Nous allons détailler leurs critiques.

- un système opaque et inaccessible :

La plupart des généralistes interrogés déploraient un manque d'échanges avec les spécialistes en psychiatrie. De plus, ils ne se sentaient pas considérés à leur juste valeur par les psychiatres et disaient que ceux-ci ne les intégraient pas aux soins, avec une sensation d'abandon en première ligne.

L'univers de la psychiatrie est décrit par la plupart des médecins interrogés comme fermé, inaccessible, ne s'intéressant pas aux autres domaines de la médecine, avec comme conséquence pointée par de nombreux médecins, un manque de connaissances de leur part sur le parcours de soins en psychiatrie de leurs patients et sur l'organisation des soins en psychiatrie en général.

Médecin n°7 : "Les psychiatres on a l'impression que c'est secret. Qu'il faut pas qu'ils nous disent et que l'on n'a pas à demander. Comme si on n'était pas nous aussi du milieu médical", "Parfois on ne connaît pas la pathologie car on n'a jamais de mot du psychiatre. Comme si c'était secret."

Médecin n°11 : "De grosses difficultés avec les psychiatres de ville : ils ne communiquent pas, se déchargent, sont distants, indifférents."

Médecin n°20 : "Des structures dont on voit bien qu'elles existent mais difficiles à joindre et dont on ne sait pas bien qui fait quoi..."

- des prises en charge jugées inadaptées :

Concernant la prise en charge hospitalière, certains médecins interrogés rapportaient des hospitalisations trop longues ainsi que des mesures de restriction de liberté (à travers les isolements) inadaptées.

Médecin n°13 : « Les plus gros truands de la planète sont les psychiatres après les daltons...J'ai des gens hospitalisés deux ans, trois ans...c'est terrible »,

"Puis je ne l'ai plus vu pendant un an.... Il me dit qu'il était hospitalisé en psychiatrie, qu'il était sorti le matin même (...). Comme c'était un accident de travail, il ne payait pas le forfait journalier, le psychiatre naturellement l'avait gardé comme ça un an ! Pour un homme ayant des séquelles de traumatisme crânien mais il n'y avait aucune indication à garder des gens hospitalisés comme ça."

Ces médecins soulignaient une insuffisance de l'évaluation de cette mesure et critiquaient l'absence d'une prise en charge somatique de qualité ce qui pouvait aboutir à des erreurs, dramatiques selon eux, d'application de ces restrictions.

Médecin n°9 : "J'ai eu une hyponatrémie passée pour une agitation donc mis le week-end en isolement...J'arrive le lundi, ECG modifié, hyponatrémie au bilan...Il faisait l'œdème cérébral...il a été envoyé aux urgences..."

"76 ans, agitation, en isolement, je pensais au traumatisme crânien. Scanner aux urgences, on a trouvé un hématome frontal."

Enfin, sur le plan thérapeutique, le rapport médicaments/psychothérapies, trop élevé, était décrié par la majorité des médecins.

Médecin n°3 : "J'ai l'impression que la psychiatrie devient plus moléculaire. Y a eu des progrès moléculaires et j'ai l'impression qu'on noie les patients sous ces molécules-là."

Médecin n°13 : "Le psychiatre m'a pris trois minutes...Je parle, je n'ai même pas l'impression qu'il m'entend. Il me fait mon ordonnance, j'ai payé et je m'en vais."

Médecin n°7 : "Souvent ils me disent : je vais au psychiatre, je m'assois, il me fait l'ordonnance et voilà...Certains ont l'impression qu'on leur donne une molécule et c'est parti. Ils ne se sentent pas très confortables avec leurs psychiatres."

- un accès difficile :

- Les délais de rendez-vous étaient jugés trop longs, dans le public comme dans le privé, à cause d'une inadéquation entre la demande et les moyens alloués d'après eux.

Médecin n°1 : "Le problème ce sont les délais de prise en charge", « Les psychologues et psychiatres libéraux sont débordés ».

Médecin n°20 : "Toutes ces difficultés viennent du fait que l'on gère un flux important avec peu de moyens."

Nous avons également noté une grande hétérogénéité dans la perception de l'accès aux soins qui semblait ne dépendre que du réseau et du profil du médecin généraliste.

Médecin n°11 : "Mes contacts sont dans le public. Le privé ne veut pas nous entendre" (16° arrondissement)

Médecin n°1 : "Le CMP chez nous il n'y en a plus (8-9°arrondissements)", "Sur mon secteur, je travaille avec le privé, je connais bien l'offre de soins."

Médecin n°22 : "Dans le 9° on est bien fournis. Un coup de téléphone et il y a toujours un psychiatre de garde. On lui expose le problème. S'il faut faire hospitaliser la personne il fait le nécessaire. Si ce n'est pas possible on a un rendez-vous rapide, au moins une consultation, pour y voir un peu plus clair."

- Une stigmatisation, persistante, qui entraînait des refus de soins par les patients et parfois par les familles.

Médecin n°14 : "Faut persuader d'aller consulter...", "Pour certains il y a encore la peur « moi je ne suis pas fou »..."

Médecin n°18 : "Surtout quand on parle d'hôpital psychiatrique. Il y a encore un blocage...ça reste des mots tabous...", "Dès que vous dites faut voir un psychologue, ça passe un peu mais le psychiatre...ça reste très tabou..."

Médecin n°13 : « C'est encore des maladies taboues. On n'est pas malade du cerveau comme on est malade du cœur, des poumons... »

Médecin n°5 : "Une mère ne voulant pas hospitaliser son fils schizophrène car c'est pas vrai...c'est au quotidien."

- Une méconnaissance des structures et dispositifs de la psychiatrie publique (proximité et recours) compliquait l'orientation des patients vers des soins adaptés.

Médecin n°2 : " Qui fait quoi ? ça change tout le temps."

Médecin n°8 : "Les urgences psy je ne sais pas où c'est...la Conception je ne sais pas trop comment cela fonctionne...", "Où est ce que l'on hospitalise ? c'est l'éternel problème."

Médecin n°14 : "Les structures, je suis très peu au courant."

Médecin n°16 : "Le fonctionnement des CMP je n'ai pas bien compris comment ça marchait..."

C. Mais de l'espoir : des pistes d'amélioration suggérées :

Les médecins proposaient de nombreuses solutions afin d'améliorer la prise en charge de ces patients.

- a) Améliorer la collaboration entre les services de santé mentale (publics ou privés) et la médecine générale.

Les généralistes voulaient être associés aux soins des patients ayant des problèmes de santé mentale. Ils voulaient être informés, par appels ou courriers, des soins prodigués par les psychiatres.

Médecin n°15 : "Si c'est urgent, le téléphone sinon un courrier."

Médecin n°7 : "Il faut de l'interactivité, des courriers avec le diagnostic car on a besoin de les savoir. Il faut casser ce secret.", "Après les y avoir envoyés ils sortent avec un traitement...mais sans courrier."

Médecin n°4 : "sur le courrier il y a mon numéro de téléphone...ils peuvent appeler pour en discuter..."

Les généralistes demandaient également un accès facilité à un avis et à une prise en charge psychiatrique.

Pour y arriver, ils souhaiteraient des réunions en petit comité permettant de les former et, par la même occasion, de rencontrer les psychiatres ce qui faciliterait un contact ultérieur afin de solliciter un avis ou adresser un patient.

Médecin n°17 : "La seule façon c'est de rapprocher les gens physiquement..."

Médecin n°12 : "Je crois aux groupes de pairs de généralistes présentant leurs problèmes avec leurs patients psy. Ils en discuteraient ensemble et avec un psy qui donnerait la prise en charge...un échange direct...D'une part ils se forment, ils apprennent et à la fois ils ont des référents."

Médecin n°22 : "Des réunions de quartier (8-9-10° au maximum) ce qui est pratique pour nous."

D'autres proposaient la mise en place de fiches techniques à leur intention (sous forme d'annuaire) des dispositifs existants et des lieux de consultation en psychiatrie.

Médecin n°7 : "Qu'on nous donne des informations sous forme de fiches techniques : où envoyer les patients ? avec les numéros."

Médecin n°18 : "Un fascicule avec tous les numéros qu'on pourrait avoir, psy de ville avec leurs compétences, psychologues, maisons de convalescence avec leurs spécificités, les centres d'addicto..."

Enfin, la création d'une ligne d'appel d'aide au diagnostic et à l'orientation a fait l'unanimité.

Médecin n°14 : "A Paris il y a un SOS psychiatrie. Ici non. Ce serait une bonne chose. Cela consiste en un numéro joignable pour tout conseil."

Médecin n°15 : "Ce serait bien d'avoir un numéro d'urgence comme la médecine interne... NUMADIC. C'est trop bien ça ! Pour savoir quel médicament, les interactions...parfois on ne sait pas trop...On a des questions bêtes...Un numéro pour avoir un psychiatre qui peut le voir rapidement comme ils le font en médecine interne...c'est trop bien ça !!!"

b) Améliorer l'offre de soins en psychiatrie

Objectif n°1 : afin de permettre l'accès aux soins psychiatriques quand le patient ne veut pas consulter en psychiatrie, en cas d'urgence ou pour favoriser le premier contact. Il s'agit de proposer un passage à domicile des psychiatres et psychologues, des consultations de spécialistes dans les maisons de santé...

Médecin n°9 : *"J'ai été élue femme de l'année du 15°-16° ! Je me rendais pas compte que c'était un plus mais ils ont apprécié que je fasse déplacer les psychiatres au domicile du patient quand il n'allait pas bien."*

Médecin n°8 : *« Un psychiatre passant au cabinet...en centre de santé ou maison médicale avec une demi-journée consacrée. »*

Objectif n°2 : améliorer la qualité de la prise en charge des patients (rééquilibrer le rapport médicaments/psychothérapies, limiter les effets indésirables des traitements et les comorbidités). Cela passerait notamment par le remboursement des psychologues et par le suivi global (comprenant la prévention) assuré par le médecin traitant grâce aux échanges réguliers par téléphone et par courrier avec le psychiatre.

Médecin n°1 : *"Par contre concernant les psychologues...Ils sont très bien formés. Utiles pour pallier aux psychiatres. Pour mes pathologies principales. Que ce ne soit pas remboursé me semble illogique. C'est une grosse bêtise. Avec l'aide d'un généraliste connaissant bien les thérapeutiques."*

Médecin n°7 : *"Il faut de l'interactivité, des courriers avec le diagnostic car on a besoin de les savoir. Il faut casser ce secret."*

Médecin n°14 : *"Ce serait d'avoir un contact avec le psychiatre suivant le patient, écrit ou par téléphone. Et pouvoir les joindre quand on a un souci. Au moins un conseil par téléphone. Plus d'échanges."*

Objectif n°3 : offrir une aide et un soutien aux familles par l'intermédiaire, par exemple, d'une ligne téléphonique qui leur serait consacrée.

Médecin n°15 : *« Les familles devraient avoir un numéro à appeler.*

DISCUSSION

4.1/ Résultats principaux

Les médecins généralistes prennent en charge différemment les patients selon le trouble psychique qu'ils présentent. Les syndromes anxiodépressifs légers sont gérés en ambulatoire sans l'aide des spécialistes dans la majorité des cas. A l'inverse, les troubles psychotiques, lourds, sortent du circuit de la médecine générale. Restent les situations de crise, ingérables, nécessitant un recours aux urgences. Par ailleurs, notre étude a montré que les généralistes interrogés portent un regard extrêmement critique sur la psychiatrie. Cependant, ils proposent des solutions afin d'améliorer la prise en charge de ces patients telles qu'une meilleure collaboration avec les services de psychiatrie et une augmentation de l'offre de soins en santé mentale.

4.2/ Discussion autour de la méthodologie

Cette étude est originale car elle nous permet d'appréhender comment les généralistes perçoivent les patients ayant des problèmes de santé mentale. Elle permet également de comprendre les difficultés des médecins généralistes lorsqu'ils prennent soin de ces patients.

L'échantillonnage, fait en variation maximale, a été pratiqué sur une large sélection de médecins généralistes marseillais en exercice, des deux sexes, dans des arrondissements très variés sans information initiale sur leur âge, leur expérience et leur intérêt pour la psychiatrie. Il est compréhensible que ceux qui ont accepté de participer soient intéressés par la psychiatrie et expérimentés. Ils expriment en effet, en majorité, une envie de changement pour les générations suivantes sur ce sujet qui les intéresse et rythme leur pratique quotidienne. Il est possible que les plus jeunes médecins, submergés, aient eu du mal à prendre du recul pour nous accorder un moment.

Les entretiens ont été conduits jusqu'à saturation des données. Nous pouvons donc estimer que l'analyse faite ultérieurement a été exhaustive.

Ils se sont déroulés sur des créneaux définis, ce qui a permis d'éviter (dans la mesure du possible), une gêne extérieure qui aurait perturbé l'interviewé. En effet, il était ainsi libre de ses autres obligations et s'y était préparé.

L'utilisation d'un guide d'entretien a permis d'obtenir un échange le plus riche possible en abordant la problématique sous différents angles. Cet entretien étant cependant semi-dirigé, cela permettait de laisser de l'imprévu, de la spontanéité.

Le fait de pratiquer les enregistrements par phases successives nous a permis de faire évoluer les entretiens au fur et à mesure et de contrôler en temps réel l'arrivée de la saturation.

Malheureusement, le temps nous étant compté et les médecins pas forcément toujours disponibles (à cause des congés notamment), les entretiens étaient parfois plus rapprochés que ce qui aurait été souhaitable mais il a fallu s'adapter aux volontaires et à un temps limité.

Le dictaphone a permis de conserver de manière intacte les échanges. Ils étaient cependant parfois difficiles à retranscrire au vu du bruit ambiant ou du timbre de voix des médecins. Le travail a été fastidieux mais récompensé par une base de données écrite très intéressante à travailler. Cet outil, si utile fut-il, a parfois bloqué les médecins interrogés...Ils se détendaient progressivement au fil des entretiens mais l'arrêt de l'enregistreur apportait parfois un flot d'informations que nous avons essayé de récupérer en prenant l'habitude de finalement garder celui-ci allumé jusqu'à notre départ.

Enfin, le rôle du chercheur n'est pas aisé. Il doit gérer un échange plus ou moins facile en fonction de la personne qu'il a en face de lui ce qui explique des durées d'entretiens variables mais qui restent dans l'objectif annoncé de 20 minutes à une heure.

Ayant peu d'expérience, il a fallu s'appuyer sur diverses lectures, sur trois entretiens tests ainsi que sur les conseils prodigués par les autres chercheuses tout au long de l'étude afin d'améliorer la qualité des entretiens.

La tenue régulière d'un carnet de bord a permis de noter les émotions ressenties, les rencontres effectuées et le cheminement des pensées afin de faciliter l'évolution de la réflexion.

L'analyse de contenu thématique de type inductive, inspirée de la bibliographie effectuée (notamment de *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* de Pierre Paille et Alex Mucchielli (49) et du *Guide de l'enquête de terrain* de Stéphane Beaud et Florence Weber (50)) a permis d'aboutir aux résultats précédemment énoncés. L'encodage a été progressif, grâce à un tableau Excel, permettant d'être rigoureux dans le processus. Nous nous sommes malheureusement heurtés à un manque de visibilité des données dans ce tableau ainsi construit ce qui a pu occasionner une perte de données.

Afin de limiter la subjectivité de cette analyse, la triangulation des données a été assurée grâce à la participation de deux autres chercheurs au processus d'analyse.

4.3/ Un médecin traitant absent de la prise en charge des patients présentant des troubles psychiques lourds :

Ce qui est étonnant dans ces résultats, c'est la disparition du rôle du médecin traitant dans les discours des généralistes lorsqu'ils décrivent leurs pratiques avec ces patients.

En effet, il y a un décalage dans leur action avec ce qui est normalement fait par le médecin généraliste pour les patients ne présentant pas de troubles psychiques (approche globale du patient dans sa complexité, suivi, coordination des soins à travers une communication efficace, éducation en santé, dépistage, prévention individuelle et communautaire, premier recours en cas d'urgence).

Il faut noter qu'il est possible que l'entretien, par ses questions, ait été trop orienté sur la prise en charge des troubles psychiques et délaissé celle de ces patients dans leur globalité ce qui est le rôle du médecin généraliste. Cela peut révéler encore une fois la séparation habituelle en médecine, mais sans justification clinique fondée, du « psy » et du « somatique ».

Cependant, pour les troubles psychiques lourds, cette absence est en partie expliquée par la difficulté à prendre part aux soins de ces patients qui seraient entièrement gérés par les psychiatres sans que ce soit une volonté de la part des médecins généralistes. Ils rapportent à l'unanimité un manque d'échange, une méconnaissance flagrante de leur travail ainsi qu'une dévalorisation de leur rôle par les psychiatres ce qui limiterait naturellement leur collaboration.

Malgré tout, ils n'évoquent pas la possibilité « de rattraper » ces patients lorsqu'ils se présentent d'eux-mêmes pour un trouble intercurrent ou pour de l'administratif, les renvoyant là encore aux psychiatres. Ils s'éloignent également eux-mêmes, par exemple, de leur rôle de prévention des effets indésirables des thérapeutiques entreprises considérant que c'est le rôle du psychiatre. Finalement, la prise en charge de ces comorbidités est négligée ce qui occasionnera, au long cours, une baisse de l'espérance de vie de ces patients.

Un autre exemple de la non-implication des généralistes dans la prise en charge des patients jugés comme les plus lourds est celui de la réorientation vers les urgences en cas de crise (souvent sans aucune action thérapeutique).

Rares sont ceux qui demandent une formation sur les thérapeutiques d'urgence pourtant ces situations les mettent presque tous en difficultés, les obligeant à recourir aux urgences, se dégageant de leur responsabilité.

Comment renforcer leur implication dans ces situations de crise ? Il serait intéressant d'étudier les connaissances et les pratiques des généralistes en cas de décompensation d'un trouble psychique afin de définir des stratégies pour améliorer leur intervention en cas de crise.

Le manque de temps est souvent rapporté par les généralistes afin d'expliquer le déficit de formation, de connaissance des structures, de prise en charge exhaustive de ces patients complexes...

La psychiatrie est pointée comme en partie responsable car elle ne va pas en direction des généralistes pour leur simplifier la tâche (ce qui est demandé par ceux-ci dans leurs pistes d'amélioration) mais il y a tout de même probablement un manque de volonté des médecins traitants à s'investir dans le suivi de ces patients afin de leur permettre une prise en charge globale de qualité. La raison est-elle financière, liée à un manque d'intérêt pour ces patients difficiles, à une spécialité peu accessible, à un manque de reconnaissance... ?

4.4/ Une catégorisation des troubles psychiques susceptible d'occasionner une mauvaise prise en charge

Les médecins traitants incluait aisément les syndromes dépressifs dans la catégorie des troubles mineurs conduisant à une prise en charge souvent exclusive en médecine générale.

Les généralistes interrogés s'estimaient compétents dans la majorité des cas pourtant, d'après le travail de Mr Briffault, seuls 37,2% des patients ayant présenté un épisode dépressif majeur et ayant consulté un médecin généraliste seraient traités de façon adéquate, derrière ceux qui ont consulté un psychiatre (65,1 %) et derrière ceux qui ont consulté à la fois un généraliste et un psychiatre (79,7 %).

En effet, en 2012, l'INSERM montrait que les médecins traitants étaient les principaux prescripteurs de médicaments psychotropes alors que l'HAS recommande la psychothérapie en première intention pour les dépressions légères (47). Il y aurait donc une surconsommation et un mésusage des antidépresseurs.

Il est donc nécessaire d'adresser ces patients aux spécialistes en psychiatrie afin de revoir les indications thérapeutiques, tout en restant impliqué en première ligne dans le suivi global.

4.5/ Des solutions proposées, cohérentes avec la littérature :

En effet, le *Plan pour la psychiatrie 2011-2015*, confirmé par celui de 2013-2020 (51,52), résume en quatre axes les projets proposés pour la psychiatrie en France.

Le premier axe souligne la nécessité de prévenir afin de réduire les risques encourus par ces patients :

- en développant des **programmes en faveur de la santé**

- en **améliorant l'accès** des personnes aux soins psychiatriques **et** somatiques, en renforçant la **continuité des soins** tout au long de la vie de la personne (9,15,27,29,43,53).

Dans cette optique, à Bruxelles par exemple, une *ligne téléphonique* nommée Eole-LIENS permet de rapprocher le généraliste des professionnels de la santé mentale.

Les *infirmiers*, dont les compétences sont renforcées par l'obtention d'un diplôme d'infirmier spécialisé en psychiatrie (19,54), permettent de faciliter l'accès aux soins psychiatriques grâce à une augmentation de cette offre de soins. Une étude a montré qu'une première rencontre avec un infirmier de psychiatrie permet de diminuer de manière conséquente le taux d'absence à la consultation avec le psychiatre. En effet celui-ci passe de de 40 à 5% !

Un autre recours pour les généralistes est celui des *psychologues*. Malheureusement leur accès est, au jour d'aujourd'hui, limité par leur coût. C'est pour cela que de nombreux médecins traitants demandent leur remboursement (19,26,40). Cette idée est actuellement testée dans trois régions françaises (suivant l'article 40 du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017) : les consultations chez un psychologue libéral sont remboursées pour les 6-21ans (26). Un autre dispositif propose une prise en charge des thérapies non médicamenteuses par l'Assurance maladie. Il concerne cette fois-ci les patients de 18 à 60ans (inclus) affiliés au Régime Général, dans les CPAM expérimentatrices de trois régions (dont les Bouches-du-Rhône) présentant : soit une plainte orientant vers un trouble dépressif ou anxieux ou un trouble de l'adaptation d'intensité légère à modérée, soit une plainte pouvant revêtir une autre forme (syndrome médical inexpliqué) en dehors de toute situation grave

nécessitant un avis psychiatrique. Le médecin généraliste prend (ou non) la décision d'orienter son patient vers un psychologue remboursé. Cette expérience a débuté le 16 avril 2018. Les psychologues participant, listés, ont été communiqués à l'ensemble des médecins généralistes via un outil de cartographie en ligne.

Enfin, il est indispensable de remettre le *médecin généraliste* au centre de la prise en charge des patients présentant des troubles psychiques.

A ce propos, *La charte du partenariat médecine générale/ psychiatrie de secteur* (27), établie en 2014, rappelle la nécessité de l'identification d'un médecin traitant pour tout patient pris en charge par le secteur psychiatrique afin que celui-ci soit inclus dans le soin.

- en développant le **partenariat avec les aidants** regroupés sous forme d'associations (11). L'UNAFAM par exemple, est une association qui accueille, écoute, soutient, forme, informe et accompagne les familles et l'entourage des personnes vivant avec des troubles psychiques.

- en permettant au maximum un **maintien à domicile** grâce aux *équipes mobiles* en soins psychiatriques (18,26) et, dans l'idéal, une **réadaptation** au travail ou à une activité (19).

- en améliorant la prise en charge des **addictions**

- il s'agit d'obtenir une réelle **qualité de vie** de ces patients en les abordant dans leur **globalité** : plan somatique, social, psychique...

En effet, le **bilan somatique** à l'admission aux urgences ou en hospitalisation doit être systématique, le suivi également (19).

Il est primordial de **dépister les comorbidités** dont souffrent fréquemment ces patients (36). Certains établissements s'y sont pliés et réalisent des dépistages systématiques des comorbidités les plus connues que ce soit l'hypertension artérielle, le diabète, l'hépatite B ou C. L'intérêt de cette recherche automatique est démontré par le fait que 37 % des établissements dépistent systématiquement au moins l'une des quatre maladies citées (21) !

Le dépistage doit également être pratiqué par le médecin traitant car la plupart des patients ne sont pas hospitalisés.

Ensuite, il s'agit de garantir l'égalité d'accès à des **soins de qualité** et à un **accompagnement médico-social** :

- en **augmentant l'offre de soins**, souvent dénoncée comme déficiente, en **s'adaptant aux besoins de la population**.

En effet, nous avons souligné dans l'introduction qu'il existait de grandes disparités concernant l'offre de soins en psychiatrie selon les territoires français.

Les médecins interrogés ont confirmé ces dires à l'échelle même de la ville de Marseille, soulignant un réel déséquilibre entre l'offre limitée et la demande croissante, en lien avec le contexte socioéconomique actuel. Ils se plaignaient également d'échanges de qualité mitigée avec le monde de la santé mentale en fonction des zones géographiques s'expliquant par une sectorisation parfois néfaste ainsi que par des disparités économiques, arrondissement dépendant, limitant l'accès aux soins libéraux dont le coût est certain.

L'utilisation de **mesures incitatives** (financières et/ou fiscales) (15,19,55) est une solution, en encourageant l'exercice dans ces zones sous-denses.

La mise en Affection de Longue Durée permet quant à elle, grâce à une prise en charge des coûts pour les patients en bénéficiant, de faciliter leur accès aux soins (11).

- une **coopération** (9,15,36,41,43) entre l'ensemble des intervenants est nécessaire afin d'obtenir des soins de qualité.

Ce travail commun n'est réalisable qu'à la condition de **communiquer** comme le soulignent de nombreux autres travaux (9,29,41) réclamant des *courriers de liaison* entre médecins généralistes et psychiatres, dont la qualité (définie par une recommandation de pratique clinique) est indispensable (16).

Une étude anglaise a en effet montré que le fait que 91% des généralistes reçoivent un compte rendu permettait une satisfaction du recours aux psychiatres pour 83% d'entre eux (56).

Par ailleurs, une communication facilitée *par une ligne téléphonique directe* entre le psychiatre et le médecin généraliste est souhaitable (29).

De plus, il s'agit de prévenir et réduire les ruptures entre la psychiatrie et son environnement sociétal :

Dans l'idée d'une continuité entre la psychiatrie et son environnement, le secteur 59GXXI de la banlieue Sud-Est de Lille, sous la responsabilité du Docteur Jean-Luc Roelandt, propose depuis 2001 que les CMP soient décentralisés dans les cabinets des généralistes en ville (2).

A Marseille, inauguré en juin 2016, le centre de santé André-Roussin propose une offre de soins publique de proximité et une prise en charge globale des patients grâce à un rapprochement physique du centre médico-psychologique (au 1er étage) et des généralistes et spécialistes en somatique exerçant au rez-de-chaussée. Ce projet, en plein essor, a rencontré un franc succès auprès de la population du 16^e arrondissement. Les jeunes médecins généralistes s'installant de plus en plus en maisons de santé, cette idée est à développer.

Enfin, il est nécessaire de prévenir et réduire les ruptures entre les **savoirs** :

- en encourageant et en faisant connaître les travaux de *recherche* (9) et les expériences réussies, en poursuivant le développement de recommandations de bonnes pratiques.

De nouveaux **outils** voient le jour afin de faciliter l'exercice des généralistes (annuaire, guide, protocoles, formations...)(15).

Par exemple, les médecins peuvent pratiquer le PRIME-MD afin de dépister une dépression chez leur patient. Ce test a une bonne sensibilité (96%), est simple et rapide avec ses deux questions, tout à fait compatible avec une activité au cabinet (26).

L'utilisation des **nouvelles technologies** afin de dispenser de meilleurs soins est dans l'air du temps.

En Amérique du Nord, la télé psychiatrie est une réussite dans ce vaste territoire depuis de nombreuses années. Par une prise en charge à distance, elle permet un

accès facilité aux soins pour un plus grand nombre de personnes souffrant de troubles psychiques.

Cependant, sur notre territoire elle peine à trouver sa place car la tradition française reste celle d'une médecine clinique. Nice en a tenté l'expérience en 2001 mais, malgré un retour positif, l'utilisation n'était pas au rendez-vous. La Haute Normandie en a un meilleur usage notamment dans le domaine de la gérontopsychiatrie (57).

Une application smartphone a également été inventée par le Centre Hospitalier de Thuir (58) afin de coordonner les soins, informer sur les structures, augmenter l'accessibilité des soins à travers un annuaire et proposer de la formation.

Au Canada, un site (psychtalk) a été créé. Il donne des informations, des outils diagnostiques, des contacts, de l'éducation et laisse les généralistes poser leurs questions aux psychiatres qui s'engagent à y répondre rapidement.

Le CCOMS prend en compte ces innovations technologiques afin d'améliorer la santé mentale. Il a comme projet de diffuser la e-santé mentale.

- en améliorant la **formation** des professionnels (9) nous pouvons espérer une meilleure qualité de vie des patients. Par exemple, il existe un Diplôme Inter-Universitaire (Marseille, Paris, Lille) « Santé mentale dans la communauté : études et applications ».

A ce propos, l'étude pratiquée à Gotland en Scandinavie (59) a montré que la formation des professionnels de premier recours concernant la prise en charge du risque suicidaire diminuait de façon significative le passage à l'acte.

Ainsi, un rapport relatif à la santé mentale publié en 2016 a préconisé que soit obligatoire un semestre en psychiatrie pour les internes de médecine générale, de façon à favoriser une **connaissance mutuelle des dispositifs de soin et des pratiques professionnelles** (19).

- en encourageant la formation pluridisciplinaire, *l'évaluation des pratiques* tout au long de la vie

- en entretenant les **réseaux** de professionnels (2,9).

Les *groupements locaux de coopération* (GLC) pour la santé mentale (sous l'égide de l'ARS) proposent une prise en charge **globale pluridisciplinaire**. A travers

une **permanence 24h/24**, ils répondent aux professionnels, aux patients, **aux familles** et apportent une réponse sans délais. Une hospitalisation sera facilitée par un engagement contractuel entre les GLC et certains établissements de santé, publics ou privés (15,19). Ils encouragent également une prise en charge de qualité grâce au déploiement du développement professionnel continu ainsi qu'à travers la mise en place d'un référent pour chaque patient (15,29,36,43).

D'autres exemples de collaboration existent : les centres de santé associatifs à Grenoble pratiquent des consultations longues, de la formation, des analyses de cas avec un psychiatre permettant un échange autour d'une table ainsi qu'un apport mutuel à travers des consultations conjointes.

Les consultations en centres experts comme Fondamental proposent pour les maladies psychiatriques les plus sévères un projet thérapeutique personnalisé adressé au généraliste et un suivi tous les 6 mois incluant l'aspect somatique (26).

Au Canada, les soins partagés en santé mentale (53) suivent les mêmes principes. Les échanges se font par des réunions, une ligne téléphonique dédiée, des sites internet, des guides de bonne pratique, des formations, des visites des psychiatres aux cabinets des médecins généralistes. Leur mise en place, par leur exhaustivité, en est délicate.

- en améliorant la formation des **usagers et de leur entourage** (19) à travers des programmes d'éducation thérapeutique et les groupes d'entraide mutuelle (24). Le but étant de les aider à comprendre la maladie, le traitement et de les responsabiliser afin d'être plus autonomes et d'améliorer à terme leur qualité de vie.

Toutes ces propositions, appuyées par la littérature, convergent avec certains projets du service universitaire de psychiatrie de Marseille : une ligne téléphonique d'aide au diagnostic et à l'orientation, le développement d'un réseau ville-hôpital dans le cadre des consultations de psychiatrie, le développement des psychothérapies ainsi que de la réhabilitation psychosociale.

Elles ont pour objectif d'augmenter l'espérance de vie de ces patients en prévenant les effets secondaires des médicaments psychotropes, en dépistant précocement les comorbidités somatiques afin de les traiter efficacement (10), en

facilitant l'accès aux soins psychiatriques indispensables, en permettant une coordination des soins (55).

Cette amélioration de leur qualité de vie, souhaitée par les médecins visant un état de complet bien-être (physique et mental) pour leurs patients, permet également de diminuer le coût pour la société ce qui n'est pas négligeable.

CONCLUSION

Notre étude a mis en évidence une prise en charge catégorisée de la part des médecins généralistes en fonction des troubles psychiques présentés : les troubles anxiodépressifs non sévères, prédominants, soignés (parfois à tort) majoritairement par les généralistes de manière autonome. A l'inverse, les autres troubles perçus comme « lourds » sortent du circuit du médecin traitant.

Les crises restent également des situations complexes dont ils s'extraient, n'exerçant pas leur rôle de recours en cas d'urgence, en réorientant les patients vers les urgences médicales, sans réelle implication (notamment thérapeutique) de leur part.

Par ailleurs, notre étude a montré que les généralistes portent, en majorité, un regard critique sur la psychiatrie : un monde opaque dont l'accès est difficile et dont les prises en charge sont parfois inadaptées. Le vécu des médecins généralistes est cependant hétérogène sur ce point, et semble ne dépendre que du réseau de chacun.

Ils suggèrent cependant de nombreuses pistes d'amélioration prouvant leur volonté d'améliorer la qualité des soins dont bénéficient ces patients : développer le lien psychiatrie/médecine générale et augmenter l'offre de soins qui ne peut actuellement pas répondre convenablement aux besoins des patients.

Les pratiques des médecins traitants en ville ont été ainsi définies mais qu'en est-il de celles des médecins exerçant en zone rurale ? Nous pouvons imaginer que leurs difficultés sont accentuées car l'offre de soins (somatique et psychiatrique) est moindre et plus éparse alors que la population ne cesse de croître.

Il serait intéressant de donner la parole à ces médecins souvent oubliés afin d'avoir une vision encore plus exhaustive de ce problème de société pour lequel la télémédecine, actuellement en cours de développement, peut être une solution à envisager.

BIBLIOGRAPHIE

1. Les maladies psychiatriques et les troubles du comportement - Fédération pour la Recherche sur le Cerveau (FRC) [Internet]. Disponible sur: <http://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/le-cerveau-malade-et-ses-maladies-neurologiques/les-maladies-psychiatriques-et-les-troubles-du-comportement/>
2. Roelandt J-L. Comment une expérience innovante de psychiatrie citoyenne est devenue un centre OMS de référence pour la santé mentale dans la communauté. *Inf Psychiatr.* 2016;92(9):711- 7.
3. Charge mondiale des troubles mentaux et nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2011. Disponible sur: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-fr.pdf
4. Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? *Inf Psychiatr.* 2014;90(5):359- 71.
5. Allen DJ, Heyrman PJ. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002;52.
6. Espérance de vie à divers âges en 2017 [Internet]. Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil. 2018. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2416631>
7. Rouger, Catherine. Partenariat entre médecins généralistes et équipes de soins en santé mentale [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.ccomssantementale.lillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/CatherineRouger.pdf>

8. Lépine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *L'Encéphale*. 1 avr 2005;31(2):182- 94.
9. Passerieux, Christine. Propositions d'amélioration de la coopération MG-psychiatres : du dispositif de soins partagés à la première recommandation sur cette coopération [Internet]. 2012. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/srp_s3_passerieux_310512.pdf
10. Djelloul, Hakima. La prise en charge somatique en milieu psychiatrique. Centre hospitalier Edouard Toulouse.
11. Fédération Française de Psychiatrie. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie : Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique [Internet]. 2015. Disponible sur: http://www.psydoc-france.fr/conf%26rm/rpc/Reco_Soins_Soma_Psy.pdf
12. ANAP -Les parcours des personnes en psychiatrie et santé mentale - Première approche [Internet]. Disponible sur: <http://www.anap.fr/ressources/publications/detail/actualites/les-parcours-des-personnes-en-psychiatrie-et-sante-mentale-premiere-approche/>
13. Bohn, Irène. Patients psychiatriques ambulatoires Quelle coordination des soins ? *Rev Prat*. 2007;(770- 771):511- 4.
14. Graham K, Cheng J, Bernards S, Wells S, Rehm J, Kurdyak P. How Much Do Mental Health and Substance Use/Addiction Affect Use of General Medical Services? Extent of Use, Reason for Use, and Associated Costs. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. janv 2017;62(1):48- 56.

15. Fleury M-J, Imboua A, Aubé D, Farand L. Collaboration between general practitioners (GPs) and mental healthcare professionals within the context of reforms in Quebec. *Ment Health Fam Med.* juin 2012;9(2):77- 90.
16. Tedongmo T. Linette Hortense. Evaluation de la relation médecin de ville psychiatrie : état de la collaboration Médecin généraliste-psychiatre à Saint Laurent du Maroni-Guyane Française [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/MEMOIRE.pdf>
17. Lopez, Alain, Turan-Pelletier, Gaëlle. Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960 [Internet]. Inspection générale des affaires sociales; 2017 nov. Report No.: 2017-064R. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/184000071.pdf>
18. Lanoë J. Coordination entre médecine générale et secteur psychiatrique : enquête auprès des généralistes du 15e arrondissement de Paris. La création d'une équipe mobile en soins psychiatriques par les CMP répond-elle à un besoin dans la pratique des médecins généralistes ? 5 avr 2013;69.
19. Couty, Edouard. Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie [Internet]. 2009. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000037.pdf>
20. Le Breton-Lerouillois, Gwénaëlle. Atlas de la démographie médicale en France. 2016;326.
21. Coldefy, Magali, Le Neindre, Charlène. Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique [Internet]. 2014. Report No.: 558. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/recherche/rapports/558-les-disparites-territoriales-d-offre-et-d-organisation-des-soins-en-psychiatrie-en-france.pdf>

22. Coldefy M. La prise en charge de la santé mentale, recueil d'études statistiques. Doc Fr. 2007;316.
23. Kovess-Masfety V, Lebreton-Lerouvillois G, Gilbert F. Utilisation du système de soins en santé mentale et planification. Données régionales et intrarégionales. L'Encéphale. 1 déc 2007;33:157- 63.
24. Bec, Emilie, CAYLA, Françoise, BEL, Nathalie. Santé mentale et organisation des soins [Internet]. 2017. Disponible sur: https://www.orsmip.org/tlc/Dossier_bilio_Sante_Mentale_02-05-2017.pdf
25. Coldefy, Magali. De l'asile à la ville : une géographie de la prise en charge de la maladie mentale en France [Internet] [Thèse de doctorat de géographie]. Université Paris 1 Panthéon-Sorbonne; 2010. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ThesesMemoires/TheseMagaliColdefyAsileVille.pdf>
26. Reboul G. De la relation entre médecins généralistes et psychiatres : enquête auprès des médecins généralistes du dixième arrondissement de Marseille. [Thèse de doctorat de médecine]. [Marseille]: Université de la Méditerranée Aix-Marseille 2; 2008.
27. Muller, Christian, Druais, Pierre Louis. Charte de partenariat médecine générale et psychiatrie de secteur [Internet]. 2014. Disponible sur: <http://www.lecmg.fr/photos/chartecmemedecinegen.pdf>
28. Chapireau, François. Les recours aux soins spécialisés en santé mentale. Études Résultats. 2006;(533):8.
29. Admin A. Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ? – Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale [Internet]. Psychiatrie et Santé Publique. 2011. Disponible sur: <https://planpsy2011.wordpress.com/2011/12/21/quelle-cooperation-entre-medecins-generalistes-et-secteurs-de-psychiatrie-mission-nationale-dappui-en-sante-mentale/>

30. Younès N, Hardy-Bayle MC, Falissard B, Kovess V, Chaillet MP, Gasquet I. Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists. *BMC Public Health*. 7 oct 2005;5:104.
31. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*. 31 juill 2007;7:188.
32. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl*. 2004;(420):21- 7.
33. Dumesnil, Hélène, Verger, Pierre. Stratégies de prise en charge de la dépression en médecine générale de ville : résultats de deux enquêtes [Internet]. Séminaire DREES présenté à; 2012; Observatoire Régional de la Santé Paca. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/srp_s3_dumesnil_310512.pdf
34. Kravitz RL, Franks P, Feldman M, Meredith LS, Hinton L, Franz C, et al. What drives referral from primary care physicians to mental health specialists? A randomized trial using actors portraying depressive symptoms., *J Gen Intern Med*. juin 2006;21, 21(6, 6):584, 584- 9.
35. Oude Engberink A, Carbonnel F, David M, Norton J, Bourrel G, Boulenger J-P, et al. Management of Current Psychiatric Disorders. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. juill 2016;61(7):413- 21.
36. Fleury M-J, Bamvita J-M, Farand L, Tremblay J. Variables associated with general practitioners taking on patients with common mental disorders. *Ment Health Fam Med*. sept 2008;5(3):149- 60.

37. Gallais, JL, Alby, ML. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. *Encycl Méd-Chir Ed Sci Médicales Elsevier SA*. 2002;(37-956-A-20):6p.
38. Médicaments psychotropes : Consommations et pharmacodépendances [Internet]. Les éditions Inserm; 2012. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/2071>
39. Bohn, Irène, Aubert, Jean-Pierre, Guegan, Michèle, Guillard, Michel. Patients psychiatriques ambulatoires Quelle coordination des soins ? *Rev Prat Médecine Générale*. 2007;21(770/77):511- 4.
40. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt J-L. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». *Inf Psychiatr*. 12 juin 2014;90(5):311- 7.
41. Place de la santé mentale en médecine générale: enquête auprès des médecins généralistes du secteur de Villeneuve d'Ascq (59G11) [Internet]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-1687>
42. Guillard M, Bollengier O, Escaffre-Groussard N, Hallouche N, Petitdemange M, Greacen T. Les patients hospitalisés en psychiatrie ont-ils un médecin traitant ? *Inf Psychiatr*. 2006;82(10):793- 800.
43. Milleret G. Enquête auprès des Médecins généralistes de Côtes d'or [Internet]. 2003. Disponible sur: http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/srp_s3_milleret_310512.pdf
44. Verdoux H, Cougnard A, Grolleau S, Besson R, Delcroix F. How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1 nov 2005;40(11):892- 8.

45. Bindman J, Johnson S, Wright S, Szmukler G, Bebbington P, Kuipers E, et al. Integration between primary and secondary services in the care of the severely mentally ill: patients' and general practitioners' views. *Br J Psychiatry*. août 1997;171(2):169- 74.
46. Dubois-Fabing D, Pichon P, Arnevielhe A, Suscillon M-P, Caron B, Saillard F, et al. Santé mentale, précarité et pratiques des médecins généralistes, enquête en Centres de santé de Grenoble, Mental health, precarity and general practice: a study of non-profit health centers in Grenoble. *Santé Publique*. 2011;23(HS):97- 111.
47. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. *Etudes Résultats*. 2012;(810):8.
48. OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires [Internet]. WHO. 1978. Disponible sur: http://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/
49. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 4e édition. Malakoff: Armand Colin; 2016. (Collection U).
50. Beaud S, Weber F. Guide de l'enquête de terrain: produire et analyser des données ethnographiques. Paris: Éd. la Découverte; 1998. (Guides repères).
51. Synthèse du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 [Internet]. Disponible sur: http://portail-web.aphp.fr/affairesjuridiques/IMG/pdf/Synthese_PPSM_2011-2015.pdf
52. Organisation Mondiale de la Santé. Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020. 2013.

53. Fleury M-J, Acef S. Réformes du système de santé mentale. Tendances internationales et perspectives Québec-France. Santé Ment Au Qué. 2013;38(1):17- 41.
54. Bellamy, Vanessa, Roelandt, Jean-Luc. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. DREES Études Résultats. 2004;(347):12.
55. Enquête « Place de la santé mentale en médecine générale » [Internet]. CCOMS. Disponible sur: <http://www.ccomssantementalelillefrance.org/?q=enqu%C3%AAt-e-%C2%AB%C2%A0place-de-la-sant%C3%A9-mentale-en-m%C3%A9decine-g%C3%A9n%C3%A9rale%C2%A0%C2%BB>
56. Whitfield MJ, Winter RD. Psychiatry and general practice: results of a survey of Avon general practitioners. J R Coll Gen Pract. nov 1980;30, 30(220, 220):682, 682- 6.
57. Dr Di Maggio. e-Psychiatrie [Internet]. ANPCME, Journées de « La Bussière »; 2016; Centre Européen de la Jeunesse - Strasbourg. Disponible sur: http://www.cme-psy.fr/ANPCME/amembre/filedoc/source/publications/document/dr_dimaggio_-_E-psychiatrie__La_Bussire_2016.pdf
58. CH Thuir : une appli pour faciliter l'accès aux services [Internet]. Connected Mag. 2016. Disponible sur: <https://www.theconnectedmag.fr/appli-ch-thuir/>
59. Rutz W, Wålinder J, Eberhard G, Holmberg G, von Knorring A-L, von Knorring L, et al. An educational program on depressive disorders for general practitioners on Gotland: background and evaluation. Acta Psychiatr Scand. 1 janv 1989;79(1):19- 26.

ANNEXES

7.1/ Accords obtenus sur le plan éthique



J'atteste, par la présente, que Mme Emilia DEBATY, a procédé à la déclaration du traitement suivant le 26/06/2017 :

Etude qualitative par entretiens individuels, semi-directifs

Cette déclaration a, en application de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, fait l'objet d'une inscription au registre tenu au sein de l'Université d'Aix-Marseille Université sous le n°2017-CIL-14

Fait pour valoir ce que de droit.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. Debaty', is written over a horizontal line.

Comité d'éthique de l'université d'Aix-Marseille

Objet : Avis du Comité d'éthique.
N/Réf dossier : 2017-05-07-003
Dossier suivi par : DRV-Audrey Janssens

Pièce(s) jointe(s) : 1 document

Marseille, le lundi 10 juillet 2017

Le travail de recherche présenté par l'investigateur principal le Dr Beetlestone Emma, praticien hospitalier, service de psychiatrie de l'Hôpital de sainte-Marguerite et l'investigateur secondaire, Dr Jego Maeva, doctorante en santé publique à l'Université d'Aix-Marseille, intitulé «**Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes marseillais dans une prise en charge des patients présentant des troubles psychiques. Etude quantitative**» a été soumis pour avis au Comité d'éthique en sa séance du mercredi 5 juillet 2017.

Après audition des rapporteurs le comité a jugé que le projet ne pose pas de problème éthique ou réglementaire.

Le Comité d'éthique de l'Université d'Aix-Marseille émet donc un avis favorable.

Le Président du Comité d'éthique

Pierre-Jean Weiller



7.2/ Demande de consentement aux participants

Formulaire du recueil de consentement (en 2 exemplaires)

« Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes marseillais dans la prise en charge des patients présentant des troubles psychiques. Etude qualitative »

DEBATY Emilia, interne en médecine générale, investigateur principal m'a proposé de participer à la recherche intitulée : « Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes marseillais dans la prise en charge des patients présentant des troubles psychiques. Etude qualitative »

J'ai pris connaissance de la note d'information m'expliquant le protocole de recherche mentionné ci-dessus. J'ai pu poser toutes les questions que je voulais, j'ai reçu des réponses adaptées.

J'ai noté que les données recueillies lors de cette recherche demeureront strictement confidentielles.

J'accepte le traitement informatisé des données nominatives qui me concernent en conformité avec les dispositions de la loi n°2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. J'ai noté que je pourrai exercer mon droit d'accès et de rectification garanti par les articles 39 et 40 de cette loi en m'adressant auprès d'Emilia DEBATY.

J'ai compris que je pouvais refuser de participer à cette étude sans conséquence pour moi, et que je pourrai retirer mon consentement à tout moment (avant et en cours d'étude) sans avoir à me justifier et sans conséquence.

Compte tenu des informations qui m'ont été transmises, j'accepte librement et volontairement de participer à la recherche intitulée : « Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes marseillais dans la prise en charge des patients présentant des troubles psychiques. Etude qualitative »

Paraphe

Mon consentement ne décharge pas l'investigateur et le promoteur de leurs responsabilités à mon égard.

Fait à..... le
En deux exemplaires originaux

Participant à la recherche

Investigateur principal

Nom Prénoms

DEBATY Emilia

7.3/ Guide d'entretien

Grille d'entretien

Présenter le projet-accord écrit

Récupérer un mail

1) Quelle relation entretenez-vous avec la psychiatrie ? Pourquoi ?

2) Dans quel contexte faites-vous appel aux spécialistes en psychiatrie ?

(Relances : pour quels patients ? motifs ?)

3) Après de qui vous tournez vous, pour quelles raisons et avec quels résultats ?

(Relances : Psychologues, CMP, CHU, public/privé ?)

4) Quelles difficultés rencontrez-vous dans la prise en charge de vos patients présentant une maladie psychique ? Pourquoi ?

(Relances : Diagnostic ? Thérapeutique ? Orientation ? Suivi ?)

5) Transition : finalement, vous sentez vous armés pour la prise en charge de ces patients ? Si non, pourquoi ?

6) Quelles sont vos solutions ?

(Relances : déjà trouvées et appliquées au quotidien ? A mettre en place/à suggérer ?)

A proposer à la toute fin de l'entretien éventuellement : ligne téléphonique ? intervention d'un infirmier en psychiatrie ? consultations dédiées ? psychiatre en cabinet de MG ? plus d'information ? Site internet ? Formation continue ? Courriers ? messagerie commune ? dossier commun ? ROSP ? Réévaluation financière de la consultation ?)

CONTEXTE :

°Date

°Sexe

°Age

°Exercice :

-Année de thèse

-Seul ? Associé ?

-Intérêt pour la psychiatrie ? Formation particulière ?

°Patients :

-Pourcentage de sa patientèle ?

-Combien de consultations par jour ?

-Quels troubles psychiques ? (Psychoses, syndromes dépressifs, troubles bipolaires, troubles anxieux, abus de substances, troubles du comportement alimentaire, troubles psychosomatiques...)

ABREVIATIONS

ARS	=	Agence Régionale de Santé
AP-HM	=	Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille
CCA	=	Chef de Clinique Assistant
CCOMS	=	Centre Collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale
CHU	=	Centre Hospitalier Universitaire
CMP	=	Centres Médico-Psychologiques
CNIL	=	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DREES	=	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
GLC	=	Groupement Local de Coopération pour la santé mentale
HAS	=	Haute Autorité de Santé
INPES	=	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSERM	=	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
Loi HPST	=	Loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires »
MDPH	=	Maison Départementale des Personnes Handicapées
OMS	=	Organisation Mondiale pour la Santé
RPSM78	=	Réseau de Promotion pour la Santé Mentale 78
SAMSAH	=	Service d'Accompagnement Médicosocial pour Adultes Handicapés
UNAFAM	=	Union Nationale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychiques

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans **aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions**. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas **usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité**.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai **jamais leur confiance** et **n'exploiterai pas le pouvoir hérité** des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. **Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers** et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RESUME

Introduction : Les patients présentant des troubles psychiques ont une espérance de vie abaissée par rapport à la population générale. Leur surmortalité est essentiellement liée à des comorbidités somatiques et pourtant ils sortent du parcours de soins coordonné du médecin traitant. Une meilleure collaboration entre les fournisseurs de soins de santé physique et mentale pourrait améliorer leur santé grâce à une prise en charge globale.

Objectif : Explorer les points de vue, les pratiques et les besoins des médecins généralistes lorsqu'ils prennent soin de patients atteints de troubles psychiques.

Méthode : Nous avons mené une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs de 22 médecins généralistes marseillais, de juin à juillet 2017. Nous avons inclus des médecins généralistes thésés, de trois zones géographiques distinctes, en exercice, sur la base du volontariat. Il s'agissait d'obtenir un échantillon en variation maximale. Les participants ont été inclus jusqu'à saturation des données. Nous avons pratiqué une analyse de contenu thématique de type inductive en utilisant le logiciel Excel. La triangulation des données a été effectuée.

Résultats : Les médecins généralistes proposent une prise en charge catégorisée : les troubles anxiodépressifs non sévères, fréquents, sont soignés (parfois à tort) majoritairement par les généralistes de manière autonome. A l'inverse, les autres troubles perçus comme « lourds » sortent du circuit du médecin traitant. Enfin, en cas de crise, ils réorientent les patients vers les urgences médicales. Par ailleurs, la majorité des généralistes porte un regard critique sur les soins en psychiatrie : un système opaque, difficile d'accès. Ils souhaitent, de manière unanime, une meilleure communication avec les psychiatres ainsi qu'une augmentation de l'offre de soins en santé mentale.

Conclusion : Une meilleure collaboration entre les généralistes et les spécialistes en santé mentale ainsi qu'une augmentation de cette offre de soins pourraient aider les médecins généralistes lorsqu'ils prennent soin des personnes ayant des troubles psychiques dans le but d'améliorer leur prise en charge.

Mots clefs : communication interdisciplinaire, soins de santé primaires, services de santé mentale, santé globale, médecins généralistes