



HAL
open science

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

Leila Ouirini

► **To cite this version:**

Leila Ouirini. Prise en charge des patients présentant des troubles psychiques : étude descriptive des pratiques et des besoins des médecins généralistes marseillais. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02081111

HAL Id: dumas-02081111

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02081111>

Submitted on 27 Mar 2019

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.

**Prise en charge des patients présentant des troubles psychiques : étude
descriptive 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 Leila OUIRINI

Née le 21 juin 1990 à Orange (84)

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 Professeur SAMBUC Roland	Assesseur
Madame le Docteur (MCU-PH) DAUMAS Aurélie	Assesseur
Madame le Docteur BEETLESTONE Emma	Directeur
Madame le Docteur JEGO-SABLIER Maeva	Co-Directeur

**Prise en charge des patients présentant des troubles psychiques : étude
descriptive 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 Leila OUIRINI

Née le 21 juin 1990 à Orange (84)

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 Professeur SAMBUC Roland	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 Filiatisation : 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
	ALDIGHERI 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		JOUVE 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		MICHOTÉY 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>FAKHERE 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		<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	FUENTES Stéphane	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GABERT Jean	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GAINNIER Marc	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARCIA Stéphane	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GARIBOLDI Vlad	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDART Jean	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GENTILE Stéphanie	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GERBEAUX Patrick	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GORINCOUR Guillaume	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANEL/REY Brigitte	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GRANVAL Philippe	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	GREILLIER Laurent	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	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
ROUDIÉ 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
TROPANO 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 Tédora 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)
FROMMONOT 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)
TROPANO 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)

PIDEMOLOGIE, 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

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT 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)
BRETTELE 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)
LAGOANELLE/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)
TUCHTAN-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

DUFOR 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)
POINSON 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)
DADOUN 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

Au Professeur Jean Naudin,

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse, veuillez trouver l'expression de ma sincère reconnaissance.

Au Professeur Roland Sambuc et au Docteur Aurélie Daumas,

Vous avez accepté de faire partie du jury, recevez l'expression de ma profonde gratitude.

Au Docteur Emma Beetlestone, et au Docteur Maeva Jego-Sablier, mes directrices,

Je vous remercie sincèrement de m'avoir fait confiance pour participer à ce projet et pour avoir dirigé mon travail. Merci pour vos précieux conseils, votre relecture, votre disponibilité et vos encouragements. Ce fut un réel plaisir de travailler avec vous.

Merci à Emilia, c'était un vrai plaisir de travailler avec toi.

Je remercie tous les médecins généralistes qui ont accepté de m'accorder de leur temps pour répondre au questionnaire.

A Karima, merci pour ton soutien et tes encouragements depuis le début de mes études.

A Hanane, merci pour m'avoir aidée et encouragée depuis le début de mes études pour m'avoir toujours écoutée et soutenue dans les moments difficiles. Et merci pour ton aide précieuse dans la dernière ligne droite.

A Amal, merci pour ta bonne humeur, tes « remontes-moral » et ton écoute attentive.

A mon père, merci de répondre toujours présent et de me traiter comme ta princesse.

Enfin, je tiens à remercier tout particulièrement ma sœur Naoualle sans qui je n'en serais jamais arrivée là et sans qui je ne me serais jamais engagée dans cette voie si passionnante. Merci pour tes encouragements constants, ton soutien sans faille, ton immense générosité et ta capacité à toujours voir le côté positif des choses. Tu es mon pilier.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
CONTEXTE GENERAL	3
1) Définition et épidémiologie :.....	3
2) Rôle du médecin généraliste et santé somatique :	4
3) Une collaboration entre médecins généralistes et psychiatres nécessaire mais encore insuffisante.....	6
4) Initiatives pour améliorer la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres.....	8
MATERIELS ET METHODES	12
1) Population cible et critères d'inclusion.	12
1.1. Population cible :.....	12
1.2. Critères d'inclusion :	12
2) Recrutement de la population et échantillonnage	13
2.1. Recrutement de la population :	13
2.2. Modalités d'échantillonnage :.....	13
3) Construction du questionnaire :	13
4) Diffusion du questionnaire	14
5) Analyse des données	15
6) Ethique	16
RESULTATS	17
1) Diagramme de sélection	17
2) Caractéristiques des médecins participants.....	19
3) Prise en charge des patients présentant des troubles psychiques.	21
4) Difficultés rencontrées par les médecins généralistes et collaboration avec les psychiatres.....	23
5) Quelques solutions envisagées pour améliorer la collaboration et ainsi la prise en charge de ces patients.....	28
DISCUSSION	30
1) Principaux résultats	30
2) Points forts et limites de l'étude	30
3) Rôles du médecin généraliste dans la prise en charge des patients présentant des troubles psychiques.	31
4) Difficultés de prise en charge et de collaboration des médecins généralistes.	33

4.1.	Difficultés de prise en charge des patients présentant des troubles psychiques..	33
4.2.	Difficultés de collaboration avec les psychiatres.	35
5)	Des solutions pour améliorer la collaboration et ainsi la prise en charge des patients présentant des troubles psychiques	37
5.1.	Des actions au niveau de la communication	37
5.2.	Des actions au niveau organisationnel	38
5.3.	Des actions au niveau de la formation professionnelle	39
5.4.	Des actions au niveau financier	39
CONCLUSION.....		42
BIBLIOGRAPHIE		43
ANNEXES.....		48
ABREVIATIONS.....		62

INTRODUCTION

Les troubles psychiques représentent un motif fréquent de consultation en médecine générale. Selon les études, 15 à 40% de la patientèle d'un médecin généraliste (MG) présentent un trouble psychique(1). En Europe, les troubles psychiques concernent environ 1 patient sur 4, soit 27% de la population(2). Or, il a été montré que le médecin généraliste se trouve souvent démuni face aux difficultés rencontrées dans leur prise en charge. Celles-ci sont nombreuses, du diagnostic précis d'un trouble mental à la gestion d'une urgence psychiatrique, en passant par l'adaptation posologique des traitements psychotropes(1,3-5). Une collaboration étroite avec les psychiatres s'avère ainsi très souvent nécessaire mais cette dernière est jugée le plus souvent insuffisante et insatisfaisante par les médecins généralistes(3,6-9). Pourtant une prise en charge optimale et un suivi régulier de ces patients sont indispensables dans la mesure où ils présentent des comorbidités et une mortalité plus élevées par rapport à la population générale. Leur espérance de vie est diminuée de 10 à 20 ans selon les troubles(10-15). Au niveau social, ces patients souffrent d'une stigmatisation et souvent d'une exclusion sociale qui en font des patients fragiles(16). Une meilleure collaboration entre le médecin généraliste et le psychiatre autour du patient serait ainsi un levier important pour améliorer la prise en charge de ce dernier.

A Marseille, la psychiatrie publique est représentée par l'assistance publique des hôpitaux de Marseille (hôpital de La Conception et Sainte-Marguerite) et les établissements spécialisés (Edouard Toulouse et Valvert). Les services de psychiatrie publique en France assurent des missions de secteur, un secteur ayant pour mission de prendre en charge les patients présentant des troubles psychiques pour un territoire donné d'environ 50000 à 90000 habitants, et des missions intersectorielles ou encore de recours (ceux-ci étant la plupart du temps portés par les services hospitalo-universitaires). Bien que le fonctionnement des services soit très hétérogène sur le territoire français, les soins en psychiatrie sont majoritairement ambulatoires (consultations sur des sites extra-hospitaliers comme les centres médico-psychologiques ou sur des sites hospitaliers). A Marseille, on dénombre 14 secteurs de psychiatrie.

L'étude présentée s'intègre dans le projet médical des services hospitalo-universitaires de psychiatrie de Marseille (Professeurs Naudin et Lançon) : un des axes de ce projet vise à améliorer les liens entre la prise en charge des patients par les services hospitaliers et les soins primaires en ville (médecins généralistes, infirmiers libéraux...). L'objectif principal est de réduire les écarts d'espérance de vie en améliorant la prise en charge somatique des patients. Mais il s'agit aussi de déstigmatiser la psychiatrie en la resituant parmi les autres spécialités médicales : les patients présentant des troubles psychiques doivent pouvoir, comme tous les patients, suivre un parcours de soins coordonné par le médecin généraliste avec un accès facile des spécialistes lorsque leur état le nécessite. La réalisation d'état des lieux des pratiques et des besoins des médecins généralistes s'avérait nécessaire pour mieux adapter les actions mises en œuvre par le projet médical.

En effet, même si la littérature a montré le manque de collaboration entre médecins généralistes et psychiatres(6,7,17), peu d'études se sont intéressées à la ville de Marseille. En 2008, le Dr Reboul, dans le cadre de sa thèse de doctorat en médecine générale, a réalisé une étude portant sur la relation entre médecins généralistes et psychiatres. Cette enquête qualitative portait seulement sur le dixième arrondissement et soulignait déjà le manque de collaboration entre ces deux spécialistes(8).

L'objectif de notre étude est de réaliser un état des lieux des pratiques et des besoins des médecins généralistes dans la prise en charge globale des patients présentant des troubles psychiques. Le but final étant de trouver des pistes d'amélioration de la collaboration entre MG et psychiatres afin de mieux prendre en charge ces patients.

Notre étude, descriptive quantitative, s'inscrit dans une étude globale mixte, en amont de la mise en place du projet. En parallèle, une interne en médecine générale a réalisé une enquête qualitative auprès de vingt-deux médecins généralistes marseillais, par entretiens semi-dirigés. Nos études ont porté sur l'ensemble de la ville de Marseille.

Après avoir exposé le contexte général actuel de la prise en charge de ces patients, nous exposerons les résultats de notre étude puis nous les confronterons aux données de la littérature dans la partie discussion.

CONTEXTE GENERAL

1) Définition et épidémiologie :

La définition de la santé par l'OMS englobe la notion de santé mentale et la définit comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité(18). Cette définition implique que la santé mentale est davantage que l'absence de troubles ou de handicaps mentaux. C'est un état de bien-être permettant à un individu de se réaliser pleinement et d'évoluer au sein de sa collectivité. Elle occupe ainsi une place prépondérante dont il faut tenir compte pour prendre en charge les patients dans leur globalité.

Les troubles psychiques représentent un problème majeur de santé publique. En effet, qu'ils soient mineurs (troubles anxiodépressifs, troubles de l'adaptation ou du comportement alimentaire...) ou majeurs (schizophrénie, troubles bipolaires...), plus d'un quart de la population française est atteinte de troubles psychiques(19). Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), cinq des dix pathologies les plus préoccupantes dans le monde relèvent de la psychiatrie: schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs(20). En France, les pathologies relevant de la psychiatrie se situent au troisième rang des maladies les plus fréquentes, derrière les cancers et les maladies cardiovasculaires(21). Elles représentent un coût économique et social majeur qui s'élève à environ 107 milliards d'euros par an(21). En 2015, plus de 19 milliards d'euros ont été consacrés à la prise en charge des traitements psychiatriques et psychotropes par l'Assurance Maladie, formant ainsi le deuxième poste de dépenses(22).

La France est parmi les pays les moins bien classés en Europe en matière de santé mentale positive (9^{ème} rang sur 11 pays) alors que le taux de détresse psychique y est très élevé (3^{ème} rang sur 11) et le taux de suicide et d'idées suicidaires est parmi les plus élevés en Europe. La prévalence des troubles anxieux et dépressifs est très élevée(23) (dernier rang européen). Selon l'OMS, les personnes atteintes de dépression majeure ou de schizophrénie ont 40 à 60% plus de risque

que la population générale de décéder prématurément par maladie physique non traitée ou par suicide. Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes dans le monde(24). Le BEH (bulletin épidémiologique hebdomadaire) a étudié les causes de décès des personnes souffrant de troubles mentaux. Sur une période de 14 ans (2000-2013), 783 403 décès avec mention de troubles mentaux ont été enregistrés, et un tiers d'entre eux était liés au trouble mental(25).

2) Rôle du médecin généraliste et santé somatique :

Le médecin généraliste est au cœur de la prise en charge des patients présentant des troubles psychiques. En effet, même si l'accès direct au psychiatre est possible sans diminution de la prise en charge de la consultation par l'assurance maladie, le médecin traitant est tout de même le premier consulté par les patients(23,26). Il est le médecin de premier recours. Selon l'Insee, les troubles psychiques représentent la deuxième raison de recours aux soins chez le MG et la première chez les 25 à 60 ans, avec des taux variables de 15 à 40% de leur activité selon les études et les méthodes(1). Ces patients présentent de nombreuses spécificités qui en font des patients complexes. Le rôle du médecin traitant est alors majeur tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. Sa connaissance du patient dans sa globalité lui permet de mieux appréhender sa prise en charge. Il a une relation privilégiée avec son patient : 80% des patients et leurs familles sont connus depuis au moins 5 ans par leur médecin traitant(1).

De plus, depuis la loi du 13 août 2004, la déclaration d'un médecin traitant pour assurer un parcours de soins coordonnés est devenue obligatoire permettant à chaque individu d'être suivi au long cours de manière optimale(27). Plus de 90 % des assurés ont désigné un médecin traitant qui est dans 99 % un médecin généraliste(1). Cependant, pour les patients présentant des troubles psychiques, la déclaration d'un médecin traitant n'est pas toujours évidente. En effet, une étude monocentrique menée à Villejuif a relevé les freins à cette déclaration. Parmi eux, le principal frein est la maladie psychiatrique elle-même et ses symptômes associés (anosognosie, angoisse de mort, troubles cognitifs)(28).

L'espérance de vie de ces patients serait ainsi diminuée de 10 à 20 ans(29). Cette diminution est expliquée par plusieurs facteurs, notamment des comorbidités associées mal prises en charge (maladies cardio-vasculaires, diabète), des conduites à risques (consommation excessive d'alcool et de drogues), la sédentarité, la consommation de tabac et ses risques associés, les complications cardio-vasculaires et le diabète (induits par les traitements psychotropes). Des comorbidités somatiques sont souvent associées aux troubles psychiques impliquant une polymédication avec des interactions médicamenteuses potentielles. En France, 80% des prescriptions de psychotropes sont faites par les MG, et 80% de ces prescriptions sont faites dans des situations de comorbidités(30). L'étude ESEMeD (European Study Epidemiology Mental Disorders) réalisée auprès de 6 pays européens, confirme que la France occupe la première position pour la prescription des traitements hypnotiques et anxiolytiques(31). Le MG joue ainsi un rôle central dans la prescription et la déprescription des traitements psychotropes(32).

La schizophrénie est associée à un taux de mortalité supérieur à la population générale, avec un risque trois fois supérieur à celui de la population générale. Ce risque concerne la mortalité non naturelle (risque de décès par suicide douze fois supérieur à la population générale), et la mortalité naturelle(10) (par maladie cardio-vasculaire et respiratoire). On note également une augmentation des comorbidités psychiatriques, au premier rang desquelles, la toxicomanie, mais aussi les troubles anxieux, dépressifs, les abus de substances et les troubles obsessionnels compulsifs(11). Le diabète et les maladies cardiovasculaires, ainsi que le tabagisme et l'obésité, sont surreprésentés et contribuent à réduire leur qualité et durée de vie, d'autant que ces derniers reçoivent souvent des soins médicaux médiocres par rapport à la population générale(12).

Les patients atteints de troubles bipolaires ont également des comorbidités somatiques et psychiatriques importantes (obésité, maladies cardio-vasculaire, addictions, troubles anxieux...). Leur espérance de vie est diminuée de 10 ans comparée à celle de la population générale(13).

Chez les patients traités par traitements antipsychotiques, le risque de survenue de maladies cardio-vasculaires (principalement accidents ischémiques

coronariens et accidents vasculaires cérébraux) est augmenté par rapport à la population générale. Des recommandations internationales ont été élaborées dans différents pays, afin d'assurer un dépistage précoce et un suivi régulier de ces patients(33). En France, des recommandations élaborées par un groupe d'experts constitué de psychiatres et de médecins somaticiens ont également vu le jour en 2009. Le suivi du patient sous traitement antipsychotique doit être assuré par la mesure régulière de paramètres cliniques et biologiques(33), par une action coordonnée entre généraliste, psychiatre, cardiologue, endocrinologue.

3) Une collaboration entre médecins généralistes et psychiatres nécessaire mais encore insuffisante.

Lorsque cela s'avère nécessaire, le médecin généraliste est amené à faire appel à un psychiatre pour un suivi conjoint du patient. C'est le cas lorsque le patient ne répond pas aux traitements introduits par le MG, lorsque la prise en charge s'avère difficile (pathologie psychiatrique lourde), ou encore à la demande du patient qui souhaite un suivi psychiatrique parallèle. Il est ainsi fondamental d'établir une relation de confiance entre le MG et son patient. La collaboration entre le médecin généraliste qui assure le suivi somatique, et le psychiatre qui assure le suivi psychiatrique a un rôle majeur(34). En effet, celle-ci permettra une prise en charge globale et un meilleur suivi au long cours(35). Une collaboration efficace dépend de plusieurs facteurs. Le médecin généraliste doit avoir son réseau personnel de professionnels de la santé mentale afin de leur adresser ses patients. Leurs échanges doivent être faciles et rapprochés autour de la santé de leur patient commun. L'adhésion du patient est également primordiale pour assurer ce suivi conjoint, et le rôle du MG est ici majeur. En effet, une étude menée à Montpellier a montré le rôle facilitant du MG dans l'adhésion du patient à la consultation du psychiatre. Les généralistes définissaient leur place comme facilitateur de l'adhésion à la consultation du psychiatre tout en assurant une approche psychothérapique complémentaire(30).

Mais, plusieurs obstacles à l'accès et à la qualité des soins ont été relevés. On note notamment un problème d'interface entre le système de soins primaires et le

système de soins spécialisés. La France est le pays européen où l'adressage du MG au psychiatre est le plus faible selon l'étude ESEMED, menée en population générale dans 6 pays européens(23) (France, Allemagne, Belgique, Pays-Bas, Espagne, Italie). Ce taux est estimé à 22.2%. La gestion d'une situation d'urgence, comme une crise suicidaire ou la nécessité d'une hospitalisation sous contrainte, est d'autant plus compliquée que le MG ne dispose a priori pas d'un réseau relationnel de professionnels en santé mentale. De même, un patient sorti d'hospitalisation psychiatrique, sera d'autant mieux suivi si son médecin traitant poursuit sa prise en charge en ambulatoire. Cependant, malgré ces besoins réciproques, il persiste un déficit de communication mettant en péril la qualité et la sécurité des soins des patients(1).

De nombreuses études ont été menées en France évaluant l'état de cette collaboration et les difficultés rencontrées par les médecins généralistes. Parmi ces difficultés, on peut citer l'insuffisance de transmission des informations concernant le suivi des patients, l'absence de coordination et de communication entre MG et psychiatres(6), mais aussi l'absence de retour des psychiatres(4), un accès aux soins spécialisés difficile, une communication interprofessionnelle déficiente(3) et le manque de recours aux soins somatiques de ces patients(36). Une enquête nationale menée auprès de 2400 MG a montré que l'accès aux soins spécialisés en santé mentale était perçu comme difficile par 8 MG sur 10, notamment dans le délai d'obtention d'un rendez-vous avec les professionnels spécialisés, et 2 MG sur 3 n'étaient pas satisfaits de leur coopération avec les psychiatres. 91% des MG considéraient le non remboursement des consultations des psychologues et psychothérapeutes comme un frein à l'accès à une psychothérapie et 76% évoquaient la réticence des patients à suivre une psychothérapie(26). Par ailleurs, de nombreuses thèses pour obtenir le doctorat en médecine ont porté sur le sujet de la collaboration entre MG et psychiatres et le constat d'une collaboration insuffisante ayant des effets néfastes sur la prise en charge des patients était récurrent au fil des différentes études(6,8,17,36–39).

Au Canada, près d'une personne sur cinq est atteinte de maladie mentale chaque année. Le MG est également le médecin de premier recours pour la prise en charge de ces patients. Comme en France, se posent les problèmes de prise en

charge optimale et de difficulté d'accès à des spécialistes de la santé mentale. Pour pallier à ces difficultés, de nombreuses initiatives axées sur la collaboration interprofessionnelle ont vu le jour(40). Une étude québécoise a mis en évidence que le manque de ressources (professionnels et services), de formation et de temps des généralistes ainsi qu'un manque d'incitation à la collaboration entravaient une prise en charge conjointe et efficace de leurs patients(41). Dans d'autres pays, notamment en Australie, au Royaume-Uni, aux Pays-Bas, et en Nouvelle-Zélande, la prestation de soins de santé mentale axés sur la collaboration augmente. Pourtant, ces pays rencontrent également des difficultés liées à des pénuries de prestataires de soins primaires et de soins de santé mentale, à des problèmes de financement et un sous-développement des formations interprofessionnelles(40).

4) Initiatives pour améliorer la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres.

La promotion, la protection et le rétablissement de la santé mentale sont des préoccupations centrales partout dans le monde. En effet, en 2013, l'Organisation Mondiale de la Santé a approuvé le Plan d'Action globale pour la santé mentale 2013-2020. Tous les Etats Membres de l'OMS s'engagent ainsi à prendre des mesures particulières pour améliorer la santé mentale et contribuer à atteindre des cibles mondiales(24). Son but final étant de promouvoir le bien-être mental, de prévenir les troubles mentaux, de dispenser des soins, d'améliorer les chances de rétablissement, de promouvoir les droits fondamentaux et de réduire la mortalité, la morbidité et le handicap chez les personnes atteintes de troubles mentaux(24).

La santé mentale est au cœur des préoccupations de l'état. Entre 2005 et 2017, de nombreuses recommandations et plans d'actions successifs ont été mis en place en France. Celles-ci ont été proposées par le Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie (CNQSP) et validées par la HAS. Elles visent à favoriser les échanges entre médecins généralistes et psychiatres dans la prise en charge de patients présentant des troubles psychiques(23,35). Des plans d'action successifs ont également été élaborés. Ces derniers poursuivaient plusieurs objectifs à atteindre sur des périodes de plusieurs années (plans « psychiatrie et santé mentale 2005-

2010 », puis 2011-2015 et enfin 2013-2020). Le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 poursuivait plusieurs objectifs. Parmi eux, on retrouve la volonté d'améliorer la formation des médecins généralistes (à peine un praticien sur cinq a effectué un stage de psychiatrie au cours de sa formation initiale alors qu'il sera quotidiennement confronté à la souffrance psychique dans sa pratique), y compris à travers le développement professionnel continu (DPC). Le développement de maisons et pôles de santé peut contribuer à de meilleures collaborations entre psychiatres et médecins généralistes(20). La convention médicale du 26 juillet 2011 doit également permettre de développer des partenariats bénéfiques (consultation sous 48h par un psychiatre à la demande du médecin généraliste).

En 2014, la Conférence Nationale des Présidents de commission médicale d'établissement (CME) de Centres Hospitaliers spécialisés et le Collège de la Médecine Générale (CMG) ont co-écrit une Charte de partenariat entre médecins généralistes et psychiatres, publiée en mars 2014. Son objectif est d'améliorer la coopération entre ces deux spécialistes et ainsi la prise en charge globale des patients(42). Huit points sont abordés, regroupant des recommandations de bonne pratique clinique, afin d'assurer une meilleure coordination des soins autour du patient :

- 1) S'assurer de l'existence et de l'identification d'un médecin généraliste traitant dans le dossier médical de chaque patient.
- 2) S'assurer d'une prise en charge globale par le médecin traitant et notamment de la prévention et de la surveillance des effets secondaires des traitements en particulier lors de comorbidités somatiques et psychiatriques.
- 3) Assurer un accès téléphonique direct à un psychiatre, avec une disponibilité réciproque.
- 4) Assurer la transmission d'informations au médecin traitant dès l'adressage du patient aux structures de soins.
- 5) Assurer une information systématique et dans les meilleurs délais au médecin traitant des hospitalisations programmées ou urgentes en milieu spécialisé des patients, tant à l'entrée qu'à la sortie.
- 6) Faciliter, par une coordination efficace, l'action du médecin traitant pour mobiliser des ressources locales et des interventions communes au domicile

par l'équipe du secteur psychiatrique (notamment en cas de mesure d'hospitalisation sans consentement).

- 7) Assurer la coordination des interventions au domicile concernant les équipes pluriprofessionnelles impliquées dans les soins, l'aide et l'accompagnement du patient et de sa famille.
- 8) Favoriser, par la formation des internes en médecine générale et en psychiatrie, la connaissance mutuelle des dispositifs de soins et des pratiques professionnelles.

Une étude menée à Lyon (8^{ème} arrondissement) par une interne en médecine générale a établi un état des lieux de la coopération entre médecins généralistes et psychiatres avant l'introduction de cette charte de partenariat. Celle-ci a révélé que la principale difficulté rencontrée par les médecins était l'insuffisance de transmission des informations concernant le suivi des patients et a souligné l'absence de coordination entre les MG et les psychiatres dans les prises en charge médico-sociales(6). Puis une étude en Isère évaluant l'impact de cette charte de partenariat après sa mise en place a mis en évidence la persistance d'une faible collaboration MG-psychiatre. L'impression générale était une absence de communication, malgré sa mise en place, alors qu'elle était décrite comme nécessaire, voire indispensable(43).

En 2015, la HAS a mis en place un projet intitulé « améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux ». La finalité de ce projet étant d'améliorer les prises en charge et le suivi des patients présentant des troubles mentaux par la promotion d'une meilleure coordination entre le médecin généraliste et les acteurs de soins(34).

Malgré toutes ces initiatives, il a été constaté que les systèmes de santé n'ont pas encore apporté de réponses adéquates aux problèmes des troubles mentaux, d'où un large écart partout dans le monde entre l'offre de traitements et les besoins thérapeutiques. Entre 76 et 85 % des personnes atteintes de troubles mentaux graves ne reçoivent aucun traitement dans les pays à revenus faibles ou intermédiaires, et ce pourcentage est situé entre 35 et 50% dans les pays à hauts revenus(24). Cependant, en avril 2016, le HCSP (Haut Conseil de la Santé Publique)

a publié son rapport sur « l'évaluation du plan psychiatrie et santé mentale : 2011-2015 ». Il a été noté un rôle accru des secteurs médicosocial et social et un début de rééquilibrage de l'offre de soins. La santé somatique des patients est ainsi mieux prise en compte, mais des difficultés persistent encore. On peut noter notamment une hétérogénéité des pratiques de soins et des moyens et l'absence de remboursement des soins de psychothérapie(44).

Enfin, un comité de pilotage national sur la psychiatrie s'est réuni le 13 janvier 2017. Celui-ci propose un programme de travail sur 3 ans, composé de 15 thématiques de travail. Quatre axes ont été identifiés comme étant prioritaires : la réduction et l'encadrement du recours aux pratiques d'isolement et de contention, la prise en charge ambulatoire et l'hospitalisation en psychiatrie, la psychiatrie infantile-juvénile en lien avec la protection de l'enfance et la prévention, la lisibilité, l'accessibilité et la continuité des soins ainsi que le financement des établissements de santé(45).

Ainsi, la prise en charge des patients présentant des troubles psychiques est complexe et a fait l'objet de nombreuses recommandations. L'objectif de notre étude est de réaliser un état des lieux des pratiques et des besoins des médecins généralistes dans la prise en charge globale des patients présentant des troubles psychiques. Le but final étant de trouver des pistes d'amélioration de la collaboration entre MG et psychiatres afin de mieux prendre en charge ces patients.

MATERIELS ET METHODES

Une étude descriptive, transversale, quantitative, a été menée à Marseille. Cette étude s'inscrit dans une étude globale mixte, en parallèle d'une étude qualitative.

1) Population cible et critères d'inclusion.

1.1. Population cible :

La population cible de notre étude était les médecins généralistes marseillais.

1.2. Critères d'inclusion :

Ont été inclus les médecins généralistes :

- Thésés et inscrits au tableau de l'Ordre des Bouches-du-Rhône, homme ou femme.
- Installés, quel que soit le mode d'exercice (associé, collaborateur, seul)
- Exerçant dans l'ensemble des arrondissements de Marseille.
- Conventionnés en secteur 1.
- Ne pratiquant pas de dépassement d'honoraires.

Exerçant ou non une activité complémentaire (homéopathie, acupuncture, ostéopathie...) mais dont l'activité principale est la médecine générale.

Ont été exclus de l'étude :

- Les médecins généralistes exerçant une autre activité à temps plein (échographiste, urgentiste, expert, médecin vasculaire...)
- Les médecins conventionnés en secteur 2.
- Les médecins retraités.

2) Recrutement de la population et échantillonnage

2.1. Recrutement de la population :

Dans un premier temps, nous avons relevé les noms de tous les médecins généralistes marseillais sur le site de l'annuaire professionnel Ameli santé. Tous les médecins généralistes exerçant à Marseille sans dépassement d'honoraires ont été sélectionnés.

Nous avons ainsi obtenu une liste de 1096 médecins généralistes correspondant à nos critères. Les médecins exerçant dans plusieurs lieux différents (centre médical, cabinet libéral, maison médicale, hôpital) et dans deux arrondissements ou plus n'ont été comptabilisés qu'une seule fois. Après déduction de ces médecins, nous sommes arrivés à un total de 1050 médecins généralistes marseillais répondant à nos critères d'inclusion.

2.2. Modalités d'échantillonnage :

Parmi ces 1050 médecins, 200 médecins ont été tirés au sort informatiquement, par pas de 50 médecins. Chaque médecin était contacté au préalable par téléphone. Une explication sur le contexte et l'objectif de notre étude leur était donnée. La récupération de leur adresse mail était considérée comme un accord pour participer à l'étude.

3) Construction du questionnaire :

Le questionnaire a été élaboré à partir des données de la littérature, de l'expertise des équipes de terrain en psychiatrie sur Marseille. Il s'est également inspiré des thématiques retrouvées au sein des vingt-deux entretiens réalisés par l'interne en charge de l'étude qualitative, menée en parallèle. Cette étude, réalisée par entretiens semi-dirigés, porte également sur l'état des lieux des pratiques et des besoins des médecins généralistes marseillais dans la prise en charge des patients

présentant des troubles psychiques. Une phase exploratoire par la réalisation de trois entretiens semi-dirigés auprès de MG exerçant dans trois arrondissements différents (1^{er}, 5^{ème}, 15^{ème}) a également inspiré le questionnaire.

Celui-ci comportait quatre parties. La première partie portait sur les données démographiques générales des médecins. Le sexe, le mode d'exercice, l'arrondissement du lieu d'exercice principal, l'ancienneté et les modalités d'exercice ont été recueillis. La deuxième partie portait sur la prise en charge des patients présentant des troubles psychiques (ressenti du rôle et des difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge des patients présentant des troubles psychiques). La troisième partie évaluait les modalités de collaboration et les éventuelles difficultés rencontrées entre les médecins généralistes et les psychiatres. Enfin la quatrième partie proposait d'évaluer différentes solutions envisagées afin d'améliorer la collaboration et ainsi la prise en charge des patients présentant des troubles psychiques.

Au total, le questionnaire comportait 17 questions dont les réponses étaient à choix multiples ou présentées avec une échelle de Lickert allant de 0 à 5. Le choix d'un nombre pair de possibilités de réponses a été choisi pour permettre aux médecins de se positionner face aux questions. (Annexe 1).

4) Diffusion du questionnaire

Avant sa diffusion, le questionnaire a été testé par deux médecins généralistes afin d'estimer le temps nécessaire pour le compléter. En effet, le temps consacré pour remplir le questionnaire est un critère d'adhésion majeur dans la mesure où les médecins manquent souvent de temps et de disponibilité. Une estimation à 5 minutes a permis ainsi une plus grande adhésion des médecins et un taux de réponse important.

Les adresses mails individuelles ont été récupérées auprès de chaque médecin contacté par téléphone. Puis, le questionnaire a été transmis par mail, via un lien qui renvoyait sur un site sécurisé, *Lime Survey*. Ces derniers étaient ainsi

informés au préalable par téléphone de l'objectif de l'étude et de la réception du questionnaire dans les jours suivants l'appel. Leur accord était ainsi obtenu avant l'envoi du questionnaire, et toutes leurs réponses ont été anonymisées.

Une lettre explicative sur l'étude était systématiquement envoyée avec chaque mail. Parallèlement à l'envoi du questionnaire, et du fait de boîtes mails communes à plusieurs médecins (cabinets de groupes notamment), un mail personnalisé a été envoyé à chaque médecin concerné. Celui-ci rappelait l'objectif de l'étude et l'intérêt de leur participation. Des relances à intervalle rapproché ont été nécessaires à la suite du premier envoi. Avant chaque relance, le médecin était à nouveau contacté par téléphone, et un mail était associé au questionnaire réexpliquant le sujet et l'intérêt de leur participation.

5) Analyse des données

Les analyses statistiques ont été menées à l'aide du logiciel SPSS version 20. Dans un premier temps, les données ont fait l'objet d'analyses descriptives. Une variable « rôle moyen » a été créée. Celle-ci correspond à la moyenne de l'ensemble des rôles étudiés excluant la variable « rôle dans le suivi psychothérapeutique ». En effet, selon les recommandations de la HAS, le rôle de psychothérapie structurée n'étant pas du ressort du MG(46,47), nous avons donc choisi de le retirer du rôle global moyen.

Les variables continues étaient décrites à l'aide de leur moyenne et écart-type. La répartition des variables catégorielles était exprimée par leurs effectifs et pourcentages associés aux intervalles de confiance à 95%.

Dans un second temps, des analyses univariées ont été menées afin de dégager de façon exploratoire des facteurs liés au rôle ressenti des médecins, au choix d'adressage préférentiel pour les MG (psychiatre libéral ou publique), et à la satisfaction qu'avaient les MG de leur collaboration avec les psychiatres. Pour les variables qualitatives, le test de Khi 2 a été réalisé lorsque les effectifs théoriques étaient suffisants, et le test non paramétrique de Fisher lorsqu'ils ne l'étaient pas. Un seuil de significative à 5% a été retenu.

6) Ethique

L'ensemble des réponses étaient anonymisées lors de l'envoi des mails par le logiciel.

Les adresses mails des médecins ont été utilisées aux seules fins de l'étude et n'ont pas été diffusées.

Une déclaration de l'étude auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés) a été réalisée, et celle-ci a reçu un avis favorable en juin 2017 (Annexe 3).

Une demande auprès du Comité d'Ethique a également été formulée et son accord pour réaliser l'étude nous a été transmis en juillet 2017 (Annexe 4).

RESULTATS

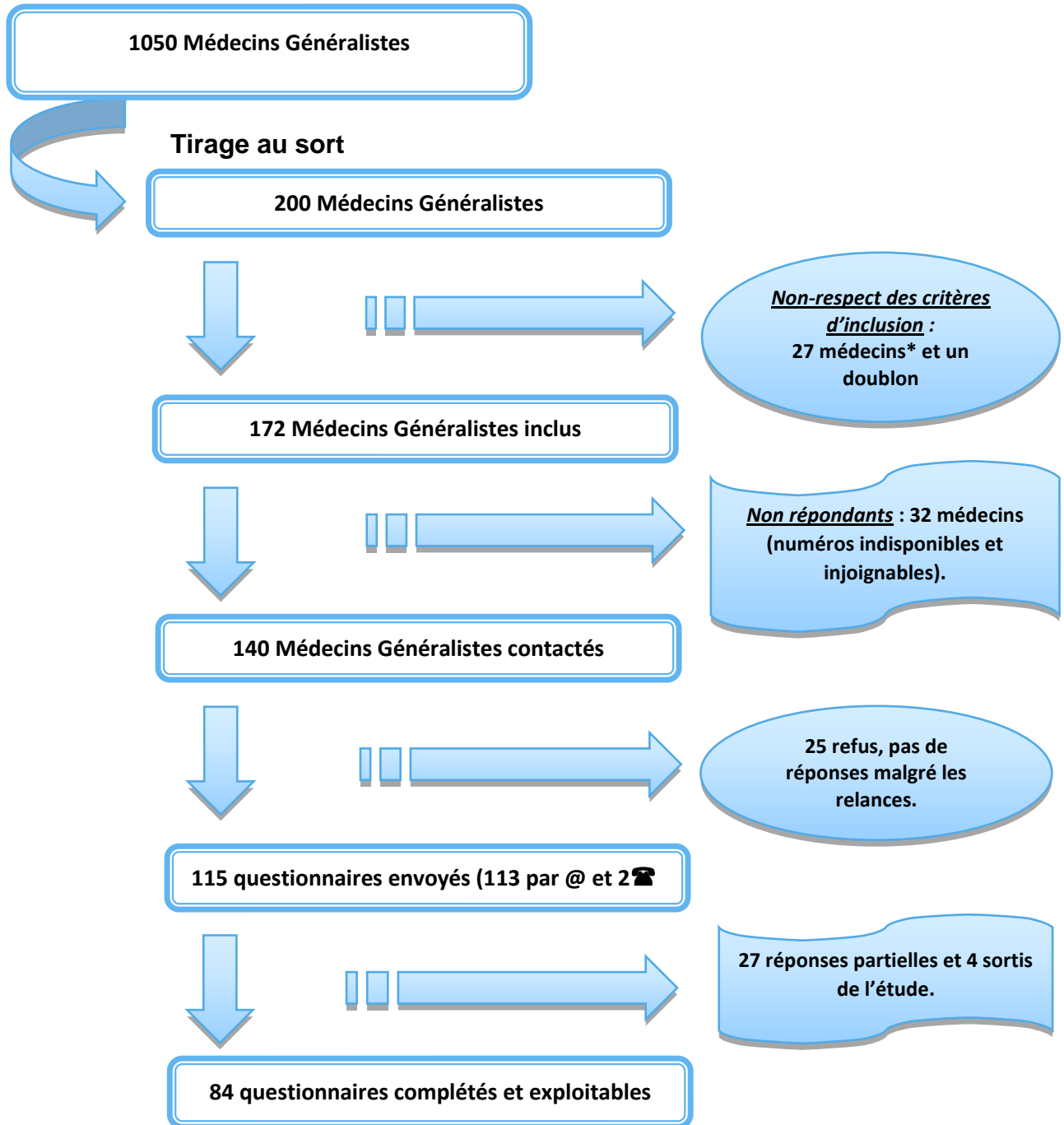
1) Diagramme de sélection

Parmi les 1050 MG identifiés sur la base de l'annuaire professionnel Ameli, un échantillon de 200 médecins a été tiré au sort. Parmi ces 200 MG, 27 ne répondaient pas à posteriori aux critères d'inclusion.

Au total, 140 médecins répondaient à nos critères d'inclusion. Nous avons obtenu 115 questionnaires complétés. Parmi eux, 84 étaient exploitables et ont été analysés.

Le taux de réponse global des participants a été de 60%. (Figure 1).

Figure 1 : Flow-chart



* : 4 arrêts maladies, 3 retraités, un arrêt de la médecine, et 19 autres spécialités (3 angiologues, 2 vasculaires, 2 SOS médecins, 4 experts, 2 échographistes, 1 psychanalyste, ORL, allergologue, spécialiste de l'esthétique, urgentiste, gynécologue).

2) Caractéristiques des médecins participants

Parmi les 84 médecins, plus de la moitié était des hommes (63.1%). Les médecins étaient globalement en fin de carrière, 65.4% des MG exerçaient la médecine depuis plus de 20 ans, et majoritairement en groupe (65.5%).

La majorité des médecins (85.7%) a déclaré n'avoir jamais reçu de formation en psychiatrie, tandis que 12 seulement (14.3%) ont cité leur formation et/ou expérience personnelle dans ce domaine (DIU gérontopsychiatrie, psychothérapie-sexologie, DIU thérapies comportementales et cognitives, semestres d'internat aux urgences psychiatriques ou dans un hôpital psychiatrique (Montfavet, Edouard Toulouse, CHU Conception)). La répartition géographique de leur lieu d'exercice était globalement homogène, avec toutefois trois arrondissements où un seul médecin a été tiré au sort (les dixième, douzième et seizième arrondissements). Les quatrième et quatorzième arrondissements ont été les plus représentés avec respectivement 10 et 14 MG, soit 28.6%. Le centre-ville (1^{er} au 7^{ème}) concentrait 47.6% des répondants. (Tableau 1 et 1bis annexe 2).

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes participants

Caractéristiques des MG	Effectifs (%)
Sexe	
Homme	53 (63%)
Femme	31 (37%)
Ancienneté	
< 10 ans	10 (11.9%)
10 à 20 ans	19 (22.6%)
20 à 30 ans	27(32.1%)
> 30 ans	28 (33.3%)
Exercice en groupe	
OUI	55 (65.5%)
NON	29 (34.5%)
Formation	
OUI	12 (14.3%)
NON	72 (85.7%)
Lieu d'exercice	
Centre : 1 ^{er} au 7 ^{ème}	40 (47.6%)
Sud : 8 ^{ème} au 10 ^{ème}	11 (13.1%)
Est : 11 ^{ème} au 12 ^{ème}	6 (7.2%)
Nord : 13 ^{ème} au 16 ^{ème}	27 (32.1%)

3) Prise en charge des patients présentant des troubles psychiques.

75% des médecins estimaient que 10 à 50% de leur patientèle présentaient des troubles psychiques. (Tableau 2).

Tableau 2 : Patientèle des MG présentant des troubles psychiques.

Patientèle présentant des troubles psychiques	Effectifs (%)
< 10%	20 (23.8%)
10 à 25%	48 (57.1%)
25 à 50%	15 (17.9%)
>50%	1 (1.2%)

Pour la plupart des paramètres étudiés, les médecins estimaient jouer un rôle important à très important. Plus de 91% et jusqu'à 96% des MG estimaient jouer un rôle important à très important pour faire un diagnostic de troubles psychiques (91.6%), et assurer le suivi global de leurs patients (96.4%). (Tableaux 3 ci-dessous et 3.1 annexe 2).

En revanche, moins de la moitié estimait jouer un rôle important dans le suivi psychothérapeutique. Le rôle global moyen, correspondant à la somme des rôles sans le suivi psychothérapeutique, (comme précisé dans la partie méthode), est estimé à 2.14 (ET 0.47, IC 95% [2.03-2.24]). (Tableau 3.2, annexe 2). Ce rôle a été estimé entre les valeurs 0 (= inexistant) et 3 (= très important).

Tableau 3 : Ressenti du rôle des MG dans la prise en charge des patients présentant des troubles psychiques (Cf tableaux complémentaires 3.1 et 3.2 annexe 2).

Estimation du rôle pour : (n=84)	[0-1] inexistant à peu important	[2-3] important à très important
Faire un diagnostic de trouble psychique	7 (8.4%)	77 (91.6%)
Instaurer un traitement	21 (25%)	63 (75%)
Suivre l'efficacité des traitements psychotropes	10 (11.9%)	74 (88.1%)
Suivre leurs effets secondaires	6 (7.2%)	78 (92.8%)
Suivre les comorbidités associées aux troubles psychiques	6 (7.2%)	78 (92.8%)
Renouveler les traitements prescrits par le psychiatre	27 (32.2%)	57 (67.8%)
Assurer le suivi global	3 (3.6%)	81 (96.4%)
Assurer la prise en charge psychothérapeutique	43 (51.2%)	41 (48.8%)

L'estimation de leur rôle ne variait pas en fonction du sexe, de leur durée d'exercice, de leur patientèle ou de leur formation éventuelle en psychiatrie (Tableau 4).

Tableau 4 : Rôle perçu moyen des médecins généralistes en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques, de leur patientèle et de leur formation en psychiatrie.

Caractéristiques des MG	Rôle perçu (moyenne ± ET)	P
Sexe		
Homme	2.15 ± 0.51	0.810
Femme	2.12 ± 0.40	
Patientèle		
< 10% à 25%	2.11 ± 0.49	0.213
25% à > 50%	2.27 ± 0.35	
Durée d'exercice		
< 10 à 20 ans	2.04 ± 0.31	0.172
20 ans à > 30 ans	2.19 ± 0.53	
Formation		
Oui	2.33 ± 0.39	0.116
Non	2.10 ± 0.47	

4) Difficultés rencontrées par les médecins généralistes et collaboration avec les psychiatres.

Nous avons exploré les éventuelles difficultés rencontrées par les MG tant dans la prise en charge de leurs patients présentant des troubles psychiques que dans leur relation avec les psychiatres. La difficulté majeure ressentie par les MG est la gestion d'une urgence psychiatrique puisque 91.7% (soit 77 MG) ont estimé cette tâche comme étant assez difficile à très difficile, dont environ la moitié (48.8%) l'évaluait comme étant très difficile. (Tableaux 5 et 5 bis annexe 2).

Tableau 5 : Niveaux de difficultés ressenties par les MG dans la prise en charge de leurs patients présentant des troubles psychiques (Cf tableau complémentaire 5.1 annexe 2).

Niveau de difficulté pour :	[0-2] : nul à peu élevé	[3-5] : assez élevé à très élevé
Gérer le temps des consultations	26 (31%)	58 (69%)
Adapter les traitements psychotropes	29 (34.6%)	55 (65.4%)
Gérer une situation d'urgence psychiatrique	7 (8.4%)	77 (91.7%)
Prendre en charge les patients anxiodépressifs	59 (70.3%)	25 (29.8%)
Prendre en charge les patients bipolaires ou schizophréniques	11 (13.1%)	73 (86.9%)
Adresser un patient à un psychiatre	52 (61.9%)	32 (38.1%)
Obtenir un avis psychiatrique rapide	30 (35.7%)	54 (64.3%)
Obtenir un retour sur une consultation	30 (35.7%)	54 (64.3%)

Dans notre échantillon, l'adressage se faisait en grande majorité à un psychiatre libéral, puisque 84.5% des MG (71) adressaient leurs patients à ce dernier. Aucun MG de notre étude ne se tournait préférentiellement vers les psychologues dans la prise en charge de leurs patients. Les motifs d'adressage étaient variés, le principal étant la prise en charge des troubles psychiques, motif donné par 62 MG soit 73.8%. (Tableau 6).

Tableau 6 : Adressage et principaux motifs d'adressage des médecins généralistes

Adressage (n=84)	Effectifs (%)
Psychiatres libéraux	71 (84.5%)
CHU	5 (6%)
CMP	5 (6%)
Psychologue	0
Autre*	3 (3.5%)
Motifs d'adressage	
Prise en charge des troubles psychiques	62 (73.8%)
Poser un diagnostic	48 (57.1%)
Urgence psychiatrique	36 (42.9%)
Prise en charge globale	31 (36.9%)
Autre**	6 (7.1%)
<p>*Le plus rapide, tout dépend du trouble, psychiatre si adulte, CMP si enfant.</p> <p>**A la demande du patient, appui de dossier MDPH, difficulté à gérer un problème, gérer un arrêt de travail prolongé, harcèlement au travail, suivi psychiatrique.</p>	

L'adressage des patients ne variait pas en fonction du sexe, de l'ancienneté, de la patientèle, du lieu d'exercice ou de leur formation en psychiatrie (Tableau 7).

Tableau 7 : Adressage aux psychiatres en fonction des caractéristiques des généralistes.

Caractéristiques (n=81)*	Mode d'adressage		P
	Libéral (n=71)	Publique (n=10)	
Sexe			0.836
Homme	45 (55.6%)	6 (7.4%)	
Femme	26 (32.1%)	4 (4.9%)	
Durée d'exercice			0.700
< 10 ans à 20 ans	24 (29.6%)	4 (4.9%)	
20 à > 30 ans	47 (58%)	6 (7.4%)	
Patientèle avec trouble psychique			0.408
< 10 à 25%	56 (69.1%)	9 (11.1%)	
25 à > 50%	15 (18.5%)	1 (1.2%)	
Lieu d'exercice			0.563
Centre (1 ^{er} au 7 ^{ème})	35 (43.2%)	3 (3.7%)	
Sud (8 ^{ème} au 10 ^{ème})	10 (12.3%)	1 (1.2%)	
Est (11 ^{ème} -12 ^{ème})	5 (6.2%)	1 (1.2%)	
Nord (13 ^{ème} -16 ^{ème})	21 (25.9%)	5 (6.2%)	
Formation en psychiatrie			0.527
Oui	9 (11.1%)	2 (2.5%)	
Non	62 (76.5%)	8 (9.9%)	

*les 3 MG ayant répondu « autre », ont été exclus car la variable autre n'était pas exploitable.

Pour communiquer entre professionnels, trois moyens de communication étaient utilisés : le mail, le courrier, le téléphone. Plus de 80% des médecins informaient souvent ou systématiquement leur interlocuteur des antécédents somatiques de leurs patients (82.1%), et ils étaient plus de la moitié (61.9%) à utiliser le courrier pour communiquer (Tableau 8). Parmi ces derniers, 25 MG (48%) s'estimaient très insatisfaits à plutôt insatisfaits de ce moyen de communication (Tableau 9).

Tableau 8 : Moyen de communication le plus utilisé par les généralistes, et information du psychiatre sur les antécédents de leurs patients.

Moyen de communication le plus utilisé	Effectif (%)
Courrier	52 (61.9%)
Téléphone	30 (35.7%)
Mail	2 (2.4%)
Information sur les antécédents :	
Jamais	0
Parfois	15 (17.9%)
Souvent	24 (28.6%)
Systematiquement	45 (53.6%)

La collaboration interprofessionnelle était jugée très insatisfaisante à plutôt insatisfaisante par près de la moitié des MG (44%). Leur niveau de satisfaction ne variait pas en fonction de l'adressage (libéral ou publique) ni du moyen utilisé pour communiquer (tableau 9).

Tableau 9 : Satisfaction de la collaboration des généralistes en fonction de l'adressage et du moyen de communication utilisé.

Satisfaction de la collaboration			P
	Très insatisfaisante à Plutôt satisfaisante	Plutôt satisfaisante à Très satisfaisante	
MG (n=84)	37 (44%)	47 (56%)	
Adressage (n=81)*			0.252
Libéraux (n=71)	29 (40.8%)	42(59.2%)	
Publiques (n=10)	6 (60%)	4 (40%)	
Moyen utilisé (n=84)			
Indirect :			
Courrier et mails	26 (30.9%)	28 (33.4%)	0.3
Direct :			
Téléphone	11 (13.1%)	19 (22.6%)	

* Les 3 MG ayant répondu « autre », ont été exclus car la variable autre n'était pas exploitable.

5) Quelques solutions envisagées pour améliorer la collaboration et ainsi la prise en charge de ces patients.

Après avoir établi un état des lieux global sur la prise en charge de ces patients et les difficultés ressenties par les MG, nous nous sommes intéressés aux solutions envisageables à mettre en place pour améliorer cette collaboration et ainsi la prise en charge de ces patients.

Parmi les médecins interrogés, seulement 31 (36.9%) ont pu citer au moins une structure psychiatrique : CMP, urgences psychiatriques de la Conception, Edouard Toulouse, CHU Sainte-Marguerite, ITEP (Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique).

Pour la majorité des médecins, les solutions proposées étaient jugées utiles à très utiles. Selon eux, la plus utile était le retour systématique par mail ou courrier

après une consultation par le psychiatre, puisque 91.7% la jugeaient assez utile à très utile, dont 64.3% la jugeaient très utile.

En revanche, la proposition de mettre en place au sein du cabinet de médecine générale des créneaux de consultations dédiées par un psychiatre était jugée la moins utile. (Tableau 10, et 10 bis annexe 2).

Tableau 10 : Solutions envisagées jugées par les MG de la plus utile à la moins utile (Cf tableau 10 bis, annexe 2)

Solutions envisagées (n=84)	[0-2] inutile à assez peu utile	[3-5] assez utile à très utile
Retour de courrier systématique après une consultation psychiatrique	7 (8.3%)	77 (91.7%)
Ligne téléphonique directe	22 (26.2%)	62 (73.8%)
Remboursement des consultations par les psychologues	24 (28.5%)	60 (71.5%)
Réunions entre MG et psychiatres	25 (29.7%)	59 (70.3%)
Formation en psychiatrie pour les internes en médecine générale	26 (31%)	58 (69%)
Revalorisation financière des consultations dédiées aux troubles psychiques	27 (32.1%)	57 (67.9%)
Retour par téléphone	32 (38%)	52 (62%)
Fiches techniques avec prise en charge standardisée et annuaire téléphonique	37 (44.1%)	47 (55.9%)
Créneaux de consultation par un psychiatre au cabinet du MG	58 (69.1%)	26 (30.9%)

DISCUSSION

1) Principaux résultats

Les médecins de notre échantillon estimaient tenir un rôle important dans la prise en charge et le suivi de leurs patients présentant des troubles psychiques, (rôle moyen estimé à 2.14) malgré l'absence de formation en psychiatrie pour la majorité d'entre eux (85.7%). Cependant, ils présentaient certaines difficultés dans leur prise en charge, au premier rang desquelles l'urgence psychiatrique qui était la plus grande difficulté ressentie (91.7% l'estimaient assez difficile à très difficile).

La collaboration des médecins généralistes avec les professionnels de la santé mentale se faisait majoritairement avec les psychiatres libéraux (71 d'entre eux soit 84.5%). Celle-ci se faisait par courrier ou téléphone et était jugée très insatisfaisante à plutôt insatisfaisante par près de la moitié des médecins (44%). Le recours à un psychiatre s'avérait nécessaire pour obtenir une aide diagnostique ou une prise en charge psychique, respectivement 57.1% et 73.8%.

2) Points forts et limites de l'étude

Notre étude est originale puisqu'elle porte sur l'ensemble de la ville de Marseille. La plupart des études étudiant le thème de coopération entre MG et psychiatres étaient limitées à un ou plusieurs arrondissements et n'avaient qu'une vision partielle du sujet. Notre étude fait partie d'une étude plus globale, mixte. En parallèle, une interne de médecine générale a étudié l'aspect qualitatif par entretiens semi-dirigés et nous nous sommes intéressés à l'aspect descriptif, quantitatif, par la réalisation de notre questionnaire. Différents thèmes ont été abordés dans ce questionnaire. Tout d'abord, les données socio-démographiques, puis les pratiques des MG dans la prise en charge des patients présentant des troubles psychiques, avec notamment l'estimation des rôles et des difficultés ressentis par les MG. Enfin, des solutions à évaluer leur ont été proposées afin d'améliorer la collaboration et ainsi la prise en charge de ces patients. La sélection de notre échantillon par tirage

au sort nous a permis d'avoir un échantillon représentatif des médecins généralistes marseillais.

Dans notre étude, les médecins étaient majoritairement des hommes (63%), exerçant pour 65.4% d'entre eux depuis au moins 20 ans. Cinquante-cinq médecins (65.5%) exerçaient leur activité en groupe, tendance qui se retrouve également chez les généralistes marseillais avec le développement croissant des centres médicaux.

Les seize arrondissements de Marseille ont été représentés par notre tirage au sort. Cependant, un seul médecin a été tiré au sort dans trois arrondissements, le dixième, douzième et seizième, tandis que deux arrondissements ont concentré 24 médecins à eux seuls (soit 28.5% de l'échantillon), dix médecins dans le quatrième et quatorze dans le quatorzième.

On peut noter un biais de sélection puisque les médecins répondants ont été contactés au préalable par téléphone afin de nous communiquer leur adresse mail. Ils étaient donc favorables à leur participation à notre étude. Ainsi, nous pouvons supposer que seuls les médecins les plus sensibilisés par le sujet ont accepté de nous communiquer leur mail et de répondre au questionnaire. Les 40% de non répondants étaient probablement moins intéressés par le sujet. Cependant notre taux de réponse est très satisfaisant comparativement à d'autres études étudiant le même thème(6,7).

3) Rôles du médecin généraliste dans la prise en charge des patients présentant des troubles psychiques.

Le médecin généraliste est le médecin de premier recours pour les patients présentant des troubles psychiques(23,48). Il occupe un rôle central dans la prise en charge, le suivi et l'orientation de ses patients. Dans notre échantillon, 96.4% des médecins interrogés estimaient jouer un rôle important à très important dans le suivi global de leur patient, dont 50% l'estimaient très important (tableaux 3 et 3bis). Suivre les comorbidités somatiques associées aux troubles psychiques (92.8%), l'efficacité (88.1%) et les effets secondaires des traitements psychotropes (92.8%) et

faire un diagnostic de trouble psychique (91.6%) étaient des rôles considérés comme étant importants à très importants par les généralistes. Ce rôle de suivi est préconisé par la charte de partenariat entre MG et psychiatre, signée en 2014(42). Pour instaurer un traitement (75%) ou le renouveler à partir de l'ordonnance du psychiatre (67.8%), les médecins étaient un peu moins nombreux à estimer leur rôle « important à très important ».

Par ailleurs, leur avis était partagé concernant leur rôle dans le suivi psychothérapeutique. En effet, plus de la moitié des MG (51.2%) estimait tenir un rôle inexistant à peu important, dont 11.9% l'estimaient inexistant. Ceci est en accord avec les recommandations de la HAS qui préconise que « les psychothérapies structurées doivent être menées par des professionnels spécialement formés et entraînés(46) ». Cependant, il faut souligner que 48.8% estimaient jouer un rôle important à très important. Le médecin généraliste reste tout de même sollicité et suit ses patients sur le plan psychique. En effet, si les psychothérapies structurées sont du ressort des professionnels de la santé mentale, la HAS préconise la psychothérapie de soutien dans la prise en charge des dépressions d'intensité légère à modérée. Celle-ci est non codifiée et peut donc être réalisée par le médecin généraliste, qui apporte un soutien psychothérapeutique à son patient, fondamental tout au long du suivi, celui-ci permettant une meilleure adhésion au traitement médicamenteux(47). Les généralistes ont également la possibilité de faire des DU (diplôme universitaire) en psychiatrie afin de se former et de proposer à leurs patients des thérapies structurées. Cette psychothérapie de soutien est favorisée par le fait que le médecin connaît en général ses patients depuis de nombreuses années, une relation de confiance les unit et le patient préfère souvent avoir un suivi par son médecin traitant seul. De plus, les professionnels de la santé mentale en général, et les psychiatres en particulier, souffrent d'une image négative de la part des patients et ces derniers sont réticents à les consulter(4,26). Le rôle de médecin généraliste comme élément central de la prise en charge a été largement démontré et nos résultats concordent avec ceux de la littérature(26). C'est à lui qu'incombe la tâche d'assurer le suivi global de ses patients, tâche parfois difficile en fonction du profil de sa patientèle et de la collaboration avec ses confrères psychiatres.

Dans notre échantillon, pour tous les rôles étudiés, la majorité des MG estimait tenir un rôle important à très important. Celui-ci ne variait pas en fonction de leurs caractéristiques personnelles, ou de leur formation éventuelle en psychiatrie. En revanche, ils présentaient certaines difficultés, plus ou moins importantes, dans leur prise en charge et leur collaboration avec les psychiatres. Ainsi, une meilleure prise en compte de ces difficultés et une collaboration efficiente seraient un levier important d'une prise en charge optimale de leurs patients.

4) Difficultés de prise en charge et de collaboration des médecins généralistes.

4.1. Difficultés de prise en charge des patients présentant des troubles psychiques.

Les médecins se trouvaient souvent face à des difficultés dans la prise en charge de ces patients. En effet, ils présentent des particularités qui en font des patients plus difficiles à suivre sur le long terme (perdus de vue, consultation tardive, comorbidités multiples, isolement). Selon eux, la tâche la plus difficile à accomplir était la gestion d'une urgence psychiatrique (crise suicidaire, décompensation psychotique) puisque 91.7% (77) l'ont estimée assez difficile à très difficile, dont 48.8% très difficile. (Tableaux 5 et 5 bis).

Ces patients sont souvent très chronophages lors des consultations au cabinet médical, ils demandent plus de temps, plus de soins et des consultations plus fréquentes(49). La gestion du temps de consultation dédiée à ces patients a été évaluée par 58 médecins (69%) comme étant assez difficile à très difficile.

Adapter les traitements psychotropes des patients n'était pas chose aisée pour les généralistes. 65.4% d'entre eux (55) éprouvaient des difficultés assez élevées à très élevées à le faire.

Il est important de souligner que les difficultés variaient en fonction du type de pathologie. En effet, la majorité des médecins avait des difficultés importantes dans

la prise en charge globale des patients présentant des troubles psychiques sévères tels que les troubles bipolaires ou schizophréniques. Soixante-treize médecins (86.9%) ont répondu avoir des difficultés assez importantes à très importantes avec ce type de patients. En revanche, ils sont seulement 25 (29.8%) pour les troubles moins sévères, tels que les troubles anxieux ou dépressifs. Nous avons choisi de séparer les troubles anxiodépressifs, des troubles plus sévères puisque nous avons constaté dans la littérature et dans les entretiens réalisés par l'interne en charge de l'enquête qualitative, que les médecins font la différence entre ces deux catégories de patients. Ainsi, les troubles anxiodépressifs, sont dans l'esprit des MG de leur ressort, et ces derniers n'éprouvaient pas ou peu de difficultés pour les prendre en charge.

La prise en charge des patients présentant un trouble plus sévère est quant à elle jugée plus difficile. Tout d'abord le diagnostic même de trouble bipolaire ou schizophrénique n'était pas évident à faire par les médecins généralistes seuls. 85.7% d'entre eux (72) n'ont reçu aucune formation en psychiatrie. Ils sont 57.1% (48) à demander un avis psychiatrique pour une aide diagnostique (tableau 6). De plus, ces patients n'ont pas toujours de suivi médical régulier, ils ont souvent un trouble de la perception de leur état de santé. Or, il a été montré que ce sont justement ces patients qui souffrent plus souvent de comorbidités somatiques, d'isolement social et ont une espérance de vie diminuée(2,10,12–15,33). Une étude menée par une interne à Paris a étudié les freins à la déclaration d'un médecin traitant chez les patients présentant une maladie mentale sévère. Il en ressort que le principal frein au suivi ambulatoire de ces patients est représenté par la maladie psychiatrique elle-même et ses manifestations. Celles-ci rendent l'accès aux soins des patients très compliqué. Ils souffrent d'angoisse de mort, d'anosognosie, de troubles cognitifs, d'un seuil de tolérance à la douleur plus élevé(28). Nos résultats montrent que le type de pathologie rencontrée en consultation est déterminant dans la prise en charge du patient. En fonction du trouble, le médecin était peu ou pas en difficulté (trouble anxiodépressif) ou au contraire en grande difficulté (trouble bipolaire ou schizophrénique). Une aide spécifique et rapide pour ce type de patients serait d'un grand secours pour les MG.

4.2. Difficultés de collaboration avec les psychiatres.

Une prise en charge optimale de ces patients nécessite une collaboration étroite et pérenne entre le généraliste et le psychiatre. En effet, une prise en charge conjointe sur le plan somatique et psychique permettra une prise en charge adaptée. Or, de nombreuses études ont montré que cette collaboration est déficiente(3,6–8,17,23), ce qui est à l'origine de nombreuses conséquences négatives. Une définition peu claire des rôles de chacun des deux professionnels, un manque d'échanges d'informations et de communication autour du patient sont à l'origine de cette insuffisance de collaboration. Les conséquences négatives sur la prise en charge des patients sont nombreuses. Ainsi, une revue de la littérature internationale a permis de mettre en évidence que ce manque de coopération est à l'origine d'une absence ou d'un retard au diagnostic et à la prise en charge, une barrière au traitement efficace des troubles mentaux sévères, d'une fragmentation et d'une interruption des soins du patient, de nombreux perdus de vue(23). Une mauvaise gestion de leurs traitements psychotropes et autres classes est également à l'origine d'une iatrogénie augmentée. Des tensions, une confusion dans leur rôle respectif avec une répartition non claire des responsabilités apparaissent également dans leurs relations interprofessionnelles.

Dans notre étude, l'adressage des patients à un confrère psychiatre ne leur posait pas de difficultés pour plus de la moitié d'entre eux puisque 61.9% (52) ont répondu n'avoir pas ou peu de difficultés. En revanche, 64.3% (54) éprouvaient des difficultés assez élevées à très élevées pour obtenir un avis psychiatrique rapide ou un retour après une consultation psychiatrique. Une enquête nationale menée auprès de 2400 MG a montré que l'accès aux soins spécialisés en santé mentale était perçu comme difficile par 8 MG sur 10, notamment dans le délai d'obtention d'un rendez-vous avec les professionnels spécialisés, et 2 MG sur 3 ne sont pas satisfaits de leur coopération avec les psychiatres(26).

Les médecins de notre échantillon se tournaient en grande majorité vers les psychiatres libéraux. Ils étaient 84.5% (71) à collaborer avec les libéraux tandis que seulement 11.9% (10) s'adressaient aux psychiatres publiques (CHU, CMP). Cette tendance est retrouvée dans la littérature. Les généralistes travaillent le plus souvent

avec leur réseau de professionnels et se tournent moins souvent vers le secteur public. Ils avaient recours à l'expertise des psychiatres pour obtenir une aide au diagnostic (57.1%), pour gérer une urgence psychiatrique (42.9%) et la majorité d'entre eux les sollicitait pour une prise en charge psychothérapeutique (73.8%). Trente-un médecins (36.9%) adressaient leurs patients pour une prise en charge globale et 7.1% pour d'autres motifs tels qu'un appui pour un dossier MDPH, une demande d'ALD, ou encore gérer un arrêt de travail prolongé (tableau 6).

Le biais de communication interprofessionnelle majoritairement utilisé était le courrier (61.9% soit 52 médecins), suivi par le téléphone (35.7%, 30 médecins). Le mail était privilégié par seulement 2 médecins. Le contenu des courriers échangés a fait l'objet de recommandations(23,35). Une étude lilloise évaluant la mise en place du courrier-type dans l'adressage d'un patient à un psychiatre a mis en lumière l'insuffisance de coopération entre ces deux spécialités. Le courrier-type était jugé insuffisant à lui seul, les généralistes étaient demandeurs de communication par courriers, mais aussi par téléphone, mails sécurisés et ce tout au long du suivi de leurs patients(37).

Plus de la moitié des médecins interrogés (63.1%) ne connaissait aucun dispositif ou structure psychiatrique vers lesquels se tourner en cas de besoin. Ceci reflète la méconnaissance des médecins généralistes du secteur de la santé mentale. En effet, la psychiatrie est souvent perçue comme une spécialité à part, obscure avec laquelle il est difficile de communiquer(1). Une étude a été réalisée à Marseille (secteurs psychiatriques 11 à 16) portant sur la coopération entre généralistes et psychiatres autour des patients présentant des pathologies psychiatriques sévères et chroniques. Celle-ci étudiait le vécu des psychiatres dans la prise en charge somatique de ces patients. 59.1% percevaient cette communication peu satisfaisante. Respectivement 11.1% et 5.6% des MG informaient le psychiatre d'un nouveau diagnostic ou d'un changement de traitement. Par ailleurs, une enquête qualitative menée à Rouen évaluant le point de vue des psychiatres sur leur communication avec les généralistes a montré que les psychiatres avaient une vision favorable de leur communication avec le médecin traitant et celle-ci était perçue comme satisfaisante(39) Dans notre étude, la collaboration était jugée très insatisfaisante plutôt insatisfaisante par près de la moitié de nos participants (44%). Ces derniers éprouaient des difficultés à obtenir

un avis psychiatrique rapide ou un retour d'information après une consultation (64.3%). Ainsi, mettre en place un accès simple et direct à un psychiatre pour le généraliste lui permettrait de mieux prendre en charge son patient et dans des délais plus courts. Un des projets d'amélioration de la collaboration par les services de psychiatrie de l'APHM est de créer une ligne téléphonique directe permettant aux MG de joindre un psychiatre pour obtenir une aide au diagnostic et à l'orientation de ses patients. Cette initiative a déjà été entreprise dans le service de médecine interne du CHU la Timone et a fait la preuve de son efficacité(50) (ligne téléphonique Numadic).

5) Des solutions pour améliorer la collaboration et ainsi la prise en charge des patients présentant des troubles psychiques.

A partir des constatations des difficultés ressenties par les généralistes, nous leur avons proposé un ensemble de solutions envisageables pour améliorer leur coopération et ainsi la prise en charge de leurs patients.

5.1. Des actions au niveau de la communication

Dans une étude nationale menée auprès de 2076 MG, 97% d'entre eux disaient envoyer un courrier d'adressage à leur confrère psychiatre, et ils étaient 74% à ne recevoir aucun retour de leur correspondant(4). La mise en place d'un retour systématique de courrier ou mail sécurisé après une consultation par un psychiatre a été largement approuvée puisque 91.7% (77) l'ont estimée assez utile à très utile (dont 64.3% très utile). Un retour par téléphone a quant à lui été jugé assez utile à très utile par 62% des médecins (52).

La création d'une ligne téléphonique permettant de contacter un psychiatre a été approuvée par 73.8% (62) des répondants. Depuis janvier 2016, une ligne téléphonique directe a été créée et expérimentée dans un service de médecine interne à l'hôpital de la Timone à Marseille. Cette ligne, Numadic, a déjà fait la preuve de son efficacité. Elle permet aux médecins généralistes marseillais de

contacter un médecin interniste pour un avis diagnostique. En fonction de la situation clinique et du degré d'urgence éventuelle, le médecin interniste peut donner un simple avis médical, proposer un rendez-vous rapproché voire une hospitalisation, ou parfois rediriger vers d'autres spécialités(50). Elle a pour objectif d'aider les généralistes et lorsque cela est nécessaire, de prendre en charge les patients dans les meilleurs délais afin d'éviter les retards aux diagnostics et à la prise en charge. Elle est une aide précieuse pour les médecins qui ont un doute diagnostique.

Nos résultats viennent soutenir le projet des services de psychiatrie universitaire de créer une ligne téléphonique similaire, permettant aux généralistes marseillais de joindre un psychiatre pour obtenir un avis diagnostique. Cette ligne d'appel d'aide au diagnostic et à l'orientation des patients présentant un trouble psychique serait un recours rapide et efficace pour les médecins généralistes utilisateurs. L'objectif à terme étant d'améliorer la collaboration entre la psychiatrie publique et la médecine de ville.

5.2. Des actions au niveau organisationnel

Nous avons proposé la création de fiches contenant un annuaire téléphonique de psychiatres avec des prises en charge standardisées, jugée assez utile à très utile par 55.9% des médecins. Une étude menée dans les Alpes de Haute Provence, interrogeant psychiatres et généralistes, a évalué les moyens à mettre en œuvre pour améliorer la coordination entre ces deux professionnels. Comme dans notre étude, ils ont cité prioritairement la mise en place d'un numéro de téléphone direct (notamment pour les urgences psychiatriques), la communication par mails sécurisés et une communication sur les structures psychiatriques en place avec les coordonnées(7).

Nous avons suggéré la mise en place de créneaux de consultations dédiées aux patients présentant des troubles psychiques, menées par les psychiatres au cabinet de médecine générale. Cette proposition n'a été approuvée que par 30.9% (26) des médecins, qui l'ont jugée assez utile à très utile. Cela s'explique par la difficulté organisationnelle à les mettre en place. En effet, inclure des créneaux de consultations parmi celles des généralistes n'est pas toujours possible selon la

configuration du cabinet. Dans les centres médicaux où plusieurs professionnels se côtoient et où des espaces sont disponibles à certains horaires, cette option est plus envisageable que dans un cabinet où le généraliste exerce seul.

5.3. Des actions au niveau de la formation professionnelle

Les propositions de formation plus approfondie et/ou de stage pour les internes en médecine générale et des réunions entre psychiatres et généralistes ont été appréciées par respectivement 69% et 70.3 % de nos participants (tableaux 9 et 9 bis annexe 2). Ainsi, proposer une formation pour les généralistes dès leur internat et la poursuivre par une formation continue et des réunions entre pairs, semblent être un levier important d'amélioration de la prise en charge des patients présentant des troubles psychiques.

Une étude lilloise a montré le manque de communication entre psychiatres et généralistes et ces derniers étaient intéressés par des outils théoriques et pratiques, comme des formations en psychiatrie, la mise en place d'un annuaire téléphonique et de guide de prise en charge(38).

5.4. Des actions au niveau financier

Les patients présentant des troubles psychiques sont très chronophages(49), ils demandent un temps de consultation plus long et leurs symptômes et comorbidités somatiques sont parfois plus difficiles à étiqueter. Une revalorisation financière de ces consultations serait une solution assez utile à très utile pour 67.9% (57) des participants.

Aucun des médecins de notre étude ne se tournait préférentiellement vers les psychologues pour leur adresser leurs patients. En revanche, ils sont 71.5% (60) à estimer que le remboursement des consultations de ces professionnels serait une solution assez utile à très utile, dont 38.1% la jugeaient très utile. On constate que la réticence des généralistes à adresser leurs patients aux psychologues est

probablement expliquée par l'absence de remboursement de ces consultations. Selon une étude de la DRESS en 2012, 91% des médecins interrogés déclaraient que le non remboursement des consultations par un psychologue était un frein à l'accès à la psychothérapie et 76% évoquaient la réticence des patients à suivre une psychothérapie(26). Une autre étude nationale a également confirmé que le recours aux psychologues et psychothérapeutes est freiné par le coût élevé des consultations(4).

Or, dans la prise en charge des troubles dépressifs, motif de consultation très fréquent en médecine générale, la psychothérapie est souvent nécessaire, seule, ou en association avec un traitement médicamenteux. Les recommandations internationales(51) et françaises(47)préconisent les psychothérapies en premier recours dans la prise en charge de la dépression, celles-ci présentant une efficacité comparable aux traitements médicamenteux.

Dans un contexte où l'offre de soins en psychothérapie pose des difficultés d'accès aux généralistes (non remboursement, délais longs), l'assurance maladie a mis en place un projet expérimental de remboursement des psychothérapies dans trois départements français. Ce projet est réalisé en association avec le Ministère de la Santé, le CMG, le CNPP, le CNQSP et des représentants de psychologues et concerne les départements de Haute-Garonne, le Morbihan et les Bouches-Du-Rhône. Il vise à élargir les possibilités de prise en charge et se propose ainsi d'expérimenter une prise en charge de la psychothérapie pour les patients présentant des troubles de santé mentale d'intensité légère à modérée. Seront inclus dans ce projet les patients adultes âgés de 18 à 60 ans, affiliés au régime général, qui présentent un trouble dépressif ou anxieux d'intensité légère à modérée (selon les critères du CIM 10 ou DSM V, et avec des scores compris entre 5 et 19 pour le PHQ 9 et entre 5 et 14 pour le GAD 7), un trouble de l'adaptation avec anxiété et/ou dépression ou des troubles médicaux inexplicés (troubles fonctionnels et somatisation). Les autres troubles d'intensité plus sévère ne relèvent pas du projet et nécessitent une prise en charge spécialisée par un psychiatre.

Dans ce projet, le généraliste est au cœur de la prise en charge. Il travaille en collaboration étroite avec les psychologues cliniciens, les psychothérapeutes (agréés

par l'ARS), et les psychiatres participants. En effet, le médecin traitant est le prescripteur de la psychothérapie. Après une évaluation clinique par le psychologue ou le psychothérapeute (à la demande du médecin), une à dix séances de psychothérapie de soutien pourront être proposées aux patients. Celles-ci seront prises en charge à 100% et aucune avance de frais ne leur sera demandée. En l'absence d'amélioration clinique, une nouvelle réévaluation sera nécessaire. Elle se fera dans le cadre d'une concertation entre médecin traitant, psychologue, psychothérapeute et psychiatre. Il en résultera un projet de soin et la prescription par le médecin traitant d'une psychothérapie structurée (10 séances) réalisée par un psychologue, psychothérapeute ou psychiatre sera proposée au patient. Ce projet a débuté le 16 avril 2018, par la campagne de l'assurance maladie visant à réunir un nombre suffisant de professionnels de la santé mentale pouvant répondre aux besoins des généralistes(52).

Ainsi, les généralistes de notre étude qui n'adressaient pas leurs patients aux psychologues faute de remboursement pourront désormais expérimenter ce projet.

CONCLUSION

Notre étude a fait un état des lieux des pratiques et des besoins des médecins généralistes dans la prise en charge de leurs patients présentant des troubles psychiques. Elle confirme le rôle central qu'occupe le généraliste dans la prise en charge globale et le suivi de ses patients tant sur le plan diagnostique que thérapeutique. Cependant, une prise en charge optimale n'est pas toujours évidente.

En effet, les généralistes se trouvent souvent face à des difficultés. Celles-ci sont à la fois d'ordre médical, gestion d'une urgence psychiatrique, prise en charge des patients présentant une pathologie psychiatrique lourde, adapter les traitements psychotropes, mais aussi dans leur coopération avec leurs confrères psychiatres (libéraux et publiques). Les généralistes déplorent surtout le manque de retour d'informations de ces derniers après une consultation et des délais d'attente souvent longs. Cette collaboration interprofessionnelle était jugée insatisfaisante pour près de la moitié des participants.

Ainsi, des solutions peuvent être envisagées pour améliorer la collaboration entre ses deux spécialités, levier important d'amélioration de la prise en charge de ces patients. La solution la plus appréciée a été le retour systématique de courrier ou mail après chaque consultation avec un psychiatre, suivie par la mise en place d'une ligne téléphonique directe. Nos résultats ont confirmé que le projet de création d'une ligne téléphonique directe permettant aux médecins d'obtenir une aide au diagnostic et à l'orientation de leurs patients serait d'une grande utilité pour améliorer leur collaboration et ainsi la prise en charge de leurs patients communs.

BIBLIOGRAPHIE

1. Gallais J-L. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. *Inf Psychiatr.* 2014;90(5):323.
2. Wittchen H-U, Jacobi F. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe-a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol* 15: 357-376. Vol. 15. 2005. 357 p.
3. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions -. [cité 5 sept 2017]; Disponible sur: https://www.google.fr/search?q=Enqu%C3%AAt+sur+la+prise+en+charge+des+patients+d%C3%A9pressifs+en+soins+primaires+%3A+les+m%C3%A9decins+g%C3%A9n%C3%A9ralistes+ont+des+difficult%C3%A9s+et+des+solutions&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab&gfe_rd=cr&dcr=0&ei=31GuWaiDHcTc8AfQk4GADg
4. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt J-L. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale », National Action Research “The Place of Mental Health in General Practice”. *Inf Psychiatr.* 12 juin 2014;me 90(5):311- 7.
5. Norton J, Roquefeuil G de, David M, Boulenger J-P, Ritchie K, Mann A. Prévalence des troubles psychiatriques en médecine générale selon le patient health questionnaire : adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. </data/revues/00137006/v35i6/S0013700608002674/> [Internet]. 8 déc 2009 [cité 17 mars 2018]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/236547>
6. Anne Sophie Chastagner. Analyse de la coopération entre médecins généralistes et psychiatres -.
7. Kusiak E, Chevallier P-F. Comment améliorer la coordination entre médecins généralistes et professionnels de santé mentale dans les Alpes-de-Haute-Provence: le point de vue des acteurs concernés. [Lieu de publication inconnu]: éditeur inconnu; 2016.
8. Reboul G. De la relation entre médecins généralistes et psychiatres: Enquête auprès des médecins généralistes du dixième arrondissement de Marseille [Thèse d'exercice]. [1969-2011, France]: Université d'Aix-Marseille II; 2008.
9. Younès N, Hardy-Bayle M, Falissard B, Kovess V, Chaillet M, Gasquet I. Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists. *BMC Public Health.* 7 oct 2005;5:104.
10. Casadebaig F, Philippe A. Mortalité chez des patients schizophrènes : Trois ans de suivi d' une cohorte. *Encéphale.* 1999;25(4):329 - 37 . [cité 19 août 2017]; Disponible sur: <https://www.google.fr/search?client=firefox-b-ab&q=Casadebaig+F%2C+Philippe+A.+Mortalit%C3%A9+chez+des+patients+schizophr%C3%A8nes+%3A+Trois+ans+de+suivi+d+%E2%80%99+une+++cohorte.+Enc%C3%A9phale.+1999%3B25%284%29%3A329+%E2%80%91+37+.&oq=Casadebaig+F>

23. Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ?, How to Improve Co-operation between General Practitioners and Psychiatrists ? *Inf Psychiatr*. 12 juin 2014;me 90(5):359- 71.
24. OMS | Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020 [Internet]. Disponible sur: http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/
25. Santé Mentale - De quoi meurent les personnes souffrant de troubles mentaux ? [cité 1 nov 2017]; Disponible sur: <http://www.santementale.fr/actualites/de-quoi-meurent-les-personnes-souffrant-de-troubles-mentaux.html>
26. 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. :8.
27. Parcours de soins coordonnés et médecin traitant [Internet]. [cité 10 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F163>
28. Labat-Vanhoucke K. thèse : Freins à la déclaration du médecin traitant chez les patients présentant une maladie mentale sévère : Enquête qualitative auprès de patients hospitalisés en psychiatrie.
29. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA*. juin 2014;13(2):153- 60.
30. Oude Engberink, Agnés. Management of Current Psychiatric Disorders. [cité 8 sept 2017]; Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4910408/>
31. 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.
32. Polymédication et pathologies chroniques multiples : opinions et pratiques des médecins généralistes - Études et résultats - Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 1 nov 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/polymedication-et-pathologies-chroniques-multiples-opinions-et-pratiques-des>
33. Saravane D, Feve B, Frances Y, Corruble E, Lancon C, Chanson P, et al. Élaboration de recommandations pour le suivi somatique des patients atteints de pathologie mentale sévère. /data/revues/00137006/v35i4/S0013700609000992/ [Internet]. 16 sept 2009 [cité 8 sept 2017]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/225885>
34. Haute Autorité de Santé - Améliorer la coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des troubles mentaux - Note de cadrage [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2032142/fr/ameliorer-la-coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-troubles-mentaux-note-de-cadrage

35. HARDY-BAYLE MC, Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie. (C.N.Q.S.P.). Pacé. FRA. Recommandation de bonne pratique sur le thème de la coopération psychiatres - médecins généralistes : Améliorer les échanges d'informations. Quelles sont les informations utiles au MG que le psychiatre doit lui transmettre après un premier adressage d'un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique (lorsque les professionnels ne travaillent pas dans un dispositif dédié à la coopération médecin généraliste - psychiatre ?). Pacé: CNQSP; 2011 mai p. 53p.
36. BOHN I, Université Paris 7 Denis Diderot. Paris. FRA / com. PSYSOM : évaluation de la communication entre psychiatres et médecins traitants. 2008.
37. Jombart Gabriel. Etude Génepsy : promouvoir la communication MG-PSY : que pensent les médecins généralistes lillois de l'utilisation d'un courrier-type, inspiré des recommandations d'adressage au psychiatre ? [Internet]. [cité 19 août 2017]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-4557>
38. Prati A. Place de la santé mentale en médecine générale: enquête auprès des médecins généralistes du secteur de Villeneuve d'Ascq [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2013.
39. Catherine PH. Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes : une enquête qualitative. Thèse de Médecine générale. Rouen. 2012. - Recherche Google [Internet]. [cité 20 août 2017]. Disponible sur: https://www.google.fr/search?q=Catherine+PH.Point+de+vue+des+psychiatres+sur+leur+communication+avec+les+m%C3%A9decins+g%C3%A9n%C3%A9ralistes+une+enqu%C3%Aate+qualitative.+Th%C3%A8se+de+Medecine+g%C3%A9n%C3%A9rale.Rouen.2012.&ie=utf-8&oe=utf-8&client=firefox-b-ab&gfe_rd=cr&ei=ZTSZWei6CJHVXtfsnagK
40. Macfarlane D, Canadian Collaborative Mental Health Initiative. État actuel des soins de santé mentale axés sur la collaboration [Internet]. Mississauga, Ont.: Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; 2005 [cité 17 mars 2018]. Disponible sur: <http://www.deslibris.ca/ID/204322>
41. 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.
42. Charte de partenariat Médecine générale et Psychiatrie de secteur [Internet]. [cité 17 mars 2018]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/549-charte-partenariat-medecine-generale-psychiatrie-secteur.html>
43. Rouault C. thèse : Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres publiques dans une commune de l'Isère (France) en 2015.
44. HCSP. Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 mars [cité 4 août 2017]. Disponible sur: <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=555>
45. Installation du comité de pilotage national sur la psychiatrie [Internet]. janv 23, 2017. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives->

communiqués-de-presse/article/installation-du-comité-de-pilotage-national-sur-la-psychiatrie

46. Haute Autorité de Santé - ALD n° 23 - Troubles dépressifs récurrents ou persistants de l'adulte [Internet]. [cité 30 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_767572/ald-n-23-troubles-depressifs-recurrents-ou-persistants-de-ladulte
47. Sladana P. Haute Autorité de Santé - Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours. :45.
48. [Ability of French General Practitioners to detect common mental disorders identified using the Patient Health Questionnaire: Has this changed with... - PubMed - NCBI. [cité 14 août 2017]; Disponible sur: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=\(medecin%20g%C3%A9n%C3%A9raliste\)%20AND%20patients%20psychiatriques](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=(medecin%20g%C3%A9n%C3%A9raliste)%20AND%20patients%20psychiatriques)
49. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet M-P, Kovess V, Falissard B, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Fam Pract.* 2 mai 2005;6:18.
50. Cottin F. Le diagnostic, c'est simple comme un coup de fil. *LaProvence.com* [Internet]. [cité 15 avr 2018]; Disponible sur: <https://www.laprovence.com/article/edition-marseille/3983377/le-diagnostic-cest-simple-comme-un-coup-de-fil.html>
51. Depression in adults: recognition and management | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [cité 15 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90/chapter/1-Guidance#treatment-choice-based-on-depression-subtypes-and-personal-characteristics>
52. Prise en charge par l'assurance maladie des thérapies non médicamenteuses.

ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Annexe 2 : Tableaux complémentaires des résultats

Annexe 3 : Accord de la CNIL

Annexe 4 : Accord du Comité d'Ethique



Partie B: Concernant la prise en charge des patients adultes présentant des troubles psychiques

B1. Selon votre estimation, les patients présentant des troubles psychiques (troubles anxieux et dépressifs, schizophrénie, troubles bipolaires) représentent parmi votre patientèle adulte :

Moins de 10%	<input type="checkbox"/>
10 à 25%	<input type="checkbox"/>
25 à 50%	<input type="checkbox"/>
Plus de 50%	<input type="checkbox"/>

B2. Concernant les propositions suivantes, comment jugez-vous votre rôle pour la prise en charge de ces patients ?

(0= inexistant, 1= peu important, 2=important, 3= très important)

	0 (inexistant)	1 (peu important)	2 (important)	3 (très important)
Faire un diagnostic de trouble psychique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instaurer un traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivre l'efficacité des traitements psychotropes instaurés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivre les effets secondaires des traitements psychotropes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suivre les comorbidités somatiques associées aux troubles psychiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Renouveler les traitements prescrits par le psychiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer le suivi somatique global de ces patients	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Assurer la prise en charge psychothérapeutique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B3. Entre 0 (niveau de difficulté nul) et 5 (niveau de difficulté très élevé), à combien jugez-vous votre niveau de difficulté pour :

	0 (nul)	1	2	3	4	5 (très élevé)
Gérer le temps des consultations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Adapter les traitements psychotropes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gérer une situation d'urgence psychiatrique (crise suicidaire, décompensation psychotique)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre en charge les patients présentant un trouble anxiodépressif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prendre en charge les patients présentant un trouble bipolaire ou schizophrénique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



C9. D'une manière générale, comment jugez-vous votre collaboration avec les psychiatres ?

Très insatisfaisante

Plutôt insatisfaisante

Plutôt satisfaisante

Très satisfaisante

C10. Entre 0 (niveau de difficulté nul) et 5 (niveau de difficulté très élevé), quel est votre niveau de difficulté pour:

	0 (nul)	1	2	3	4	5 (très élevé)
Adresser un patient à un psychiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obtenir un avis psychiatrique rapide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obtenir un retour sur la consultation, le suivi psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie D: Solutions envisagées

D1. Entre 0 (inutile) et 5 (très utile), à combien jugez-vous que les actions suivantes pourraient être utiles pour améliorer la prise en charge de ces patients?

	0 (inutile)	1	2	3	4	5 (très utile)
Retour de courrier ou mail systématique après une consultation psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retour d'information par téléphone après une consultation psychiatrique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fiches techniques avec prise en charge standardisée et annuaire téléphonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ligne téléphonique directe (pour aide au diagnostic et/ou à la prise en charge)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Créneaux de consultations dédiées par un psychiatre dans votre cabinet de médecine générale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Remboursement des consultations par les psychologues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formation plus approfondie et/ou stage en psychiatrie pour les internes en médecine générale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Formation continue, réunions entre psychiatres et médecins généralistes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revalorisation financière des consultations dédiées aux troubles psychiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Nous vous remercions infiniment pour votre participation !

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique et aux libertés (loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi n°2004-801 du 6 août 2004) vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition relatif au traitement de vos données personnelles. Ces droits s'exercent auprès de Leila Ourini :

Leila Ourini : leila.ourini@hotmail.fr, 06 72 97 27 96

Emma Beetlestone : emma.beetlestone@ap-hm.fr, 0623928681

ANNEXE 2 : TABLEAUX COMPLEMENTAIRES DES RESULTATS

Tableau 1 bis : Répartition géographique du lieu d'exercice principal des généralistes.

Arrondissements	Effectifs (%)	Arrondissements	Effectifs (%)
1 ^{er}	3 (3.6%)	9 ^{ème}	3 (3.6%)
2 nd	4 (4.8%)	10^{ème}	1 (1.2%)
3 ^{ème}	5 (6%)	11 ^{ème}	5 (6%)
4^{ème}	10 (11.9%)	12^{ème}	1 (1.2%)
5 ^{ème}	7 (8.3%)	13 ^{ème}	8 (9.5%)
6 ^{ème}	8 (9.5%)	14^{ème}	14 (16.6%)
7 ^{ème}	3 (3.6%)	15 ^{ème}	4 (4.8%)
8 ^{ème}	7 (8.3%)	16^{ème}	1 (1.2%)

Tableau 3.1 : Ressenti du rôle des généralistes dans la prise en charge des patients présentant des troubles psychiques. Auto-évaluation par échelle de Likert, cotée de 0 (rôle inexistant) à 3 (rôle très important).

Ressenti du rôle pour : (n=84)		Echelle de Likert			
		0	1	2	3
Prise en charge des patients présentant des troubles psychiques	Faire un diagnostic de troubles psychiques	2	5	57	20
	%	2.4%	6%	67.8%	23.8%
	Instaurer un traitement	3	18	52	11
	%	3.6%	21.4%	61.9%	13.1%
	Suivre l'efficacité des traitements psychotropes	1	9	55	19
	%	1.2%	10.7%	65.5%	22.6%
	Suivre les effets secondaires des traitements psychotropes	2	4	51	27
	%	2.4%	4.8%	60.7%	32.1%
	Suivre les comorbidités somatiques associées aux troubles psychiques	1	5	42	36
	%	1.2%	6%	50%	42.8%
	Renouveler les traitements prescrits par le psychiatre	1	26	41	16
	%	1.2%	31%	48.8%	19%
	Assurer le suivi somatique global de ces patients	1	2	39	42
	%	1.2%	2.4%	46.4%	50%
	Assurer leur prise en charge psychothérapeutique	10	33	30	11
	%	11.9%	39.3%	35.7%	13.1%

Tableau 3.2 : Rôle moyen ressenti par les généralistes, écart-types et intervalle de confiance à 95%.

Ressenti du rôle (n=84)	Moyenne	Ecart-type	IC à 95%
Faire un diagnostic de troubles psychiques	2.13	0.62	1.99-2.26
Instaurer un traitement	1.85	0.69	1.70-1.99
Suivre l'efficacité des traitements psychotropes	2.10	0.61	1.96-2.23
Suivre les effets secondaires des traitements psychotropes	2.23	0.65	2.09-2.37
Suivre les comorbidités somatiques associées aux troubles psychiques	2.35	0.65	2.20-2.49
Renouveler les traitements prescrits par le psychiatre	1.86	0.73	1.70-2.02
Assurer le suivi somatique global de ces patients	2.45	0.61	2.32-2.58
Assurer leur prise en charge psychothérapeutique	1.50	0.87	1.31-1.69
Rôle global*	2.14	0.47	2.03-2.24

*Rôle global moyen = somme des rôles excluant le rôle dans le suivi psychothérapeutique.

Tableau 5 (bis) : Difficultés ressenties par les généralistes dans la prise en charge des patients présentant des troubles psychiques. Auto-évaluation par échelle de Likert, côtée entre 0 (niveau de difficulté nul) et 5 (niveau de difficulté très élevé), effectifs et pourcentage, moyenne, écart-type et intervalle de confiance 95% (IC)

Difficultés (n=84)	Echelle de Likert						Moy	ET	IC 95
	0	1	2	3	4	5			
Gérer le temps des consultations	1	3	22	21	28	9	3.18	1.12	2.94-3.42
	1.2	3.6	26.2	25	33.3	10.7			
Adapter les traitements psychotropes	3	5	21	37	11	7	2.82	1.12	2.58-3.06
	3.6	6	25	44	13.1	8.3			
Gérer une urgence psychiatrique	2	1	4	12	24	41	4.12	1.14	3.87-4.37
	2.4	1.2	4.8	14.3	28.6	48.8			
Prendre en charge les patients présentant un trouble anxiodépressif	5	22	32	14	8	3	2.08	1.17	1.83-2.34
	6	26.2	38	16.7	9.5	3.6			
Prendre en charge les patients présentant un trouble bipolaire ou schizophrénique	2	2	7	20	28	25	3.73	1.19	3.47-3.98
	2.4	2.4	8.3	23.8	33.3	29.8			
Adresser un patient à un psychiatre	12	16	24	20	8	4	2.10	1.35	1.80-2.39
	14.3	19	28.6	23.8	9.5	4.8			
Obtenir un avis psychiatrique rapide	7	9	14	18	20	16	2.99	1.54	2.65-3.32
	8.3	10.7	16.7	21.4	23.8	19.1			
Obtenir un retour sur la consultation psychiatrique	6	9	15	17	17	20	3.07	1.56	2.73-3.40
	7.2	10.7	17.9	20.2	20.2	23.8			

Tableau 10bis : Solutions envisagées jugées par les médecins de la plus utile à la moins utile. Evaluation par échelle de Lickert, cotée de 0 (inutile) à 5 (très utile), effectifs, pourcentages.

Solutions envisagées (n=84)	Echelle de Lickert					
	0	1	2	3	4	5
Retour de courrier systématique après chaque consultation psychiatrique	2	1	4	9	14	54
	2.4	1.2	4.8	10.7	16.6	64.3
Ligne téléphonique directe :	5	3	14	12	18	32
	6	3.6	16.6	14.3	21.4	38.1
Remboursement des consultations par les psychologues	7	9	8	13	15	32
	8.3	10.7	9.5	15.5	17.9	38.1
Réunions entre MG et psychiatres	1	7	17	20	25	14
	1.2	8.3	20.2	23.8	29.8	16.6
Formation en psychiatrie pour les internes en médecine générale	1	7	18	28	24	6
	1.2	8.3	21.4	33.3	28.6	7.2
Revalorisation financière des consultations dédiées aux troubles psychiques	8	7	12	12	20	25
	9.5	8.3	14.3	14.3	23.8	29.8
Retour par téléphone :	6	9	17	18	12	22
	7.2	10.7	20.2	21.4	14.3	26.2
Fiches techniques avec prise en charge standardisée et annuaire téléphonique	8	14	15	15	12	20
	9.5	16.6	17.9	17.9	14.3	23.8
Créneaux de consultation par un psychiatre au cabinet du MG	26	15	17	10	10	6
	31	17.9	20.2	11.9	11.9	7.1

ANNEXE 3 : Accord de la CNIL



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

Analyse quantitative : Analyse des pratiques et des besoins des médecins généralistes marseillais en termes de collaboration avec les psychiatres dans la prise en charge et le suivi de leurs patients présentant des troubles psychiques

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-22

Fait pour valoir ce que de droit.

Véra CUILLERON
CIL 

ANNEXE 4 : Accord du Comité d'Ethique



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

Objet : Avis du Comité d'éthique.
N/Réf dossier : 2017-05-07-002
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

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Weiller', with a horizontal line underneath.

ABREVIATIONS

ALD :	Affection Longue Durée
APHM :	Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille
ARS :	Agence Régionale de Santé
BEH :	Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
CHU :	Centre Hospitalier Universitaire
CMP :	Centre Médico-Psychologique
CMG :	Collège de la Médecine Générale
CME :	Commission Médicale d'Etablissement
CNIL :	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
CNPP :	Collège National des Professionnels de Psychiatrie
CNQSP :	Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie
CPAM :	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
DGS :	Direction Générale de la Santé
GAD 7 :	Generalized Anxiety Disorders
HAS :	Haute Autorité de Santé
HCSP :	Haut Conseil de la Santé Publique
ITEP :	Institut Thérapeutique Educatif et Pédagogique
MDPH :	Maison Départementale des Personnes Handicapées
MG :	Médecins Généralistes
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PACA :	Provence-Alpes-Côte-d'Azur
PHQ :	Patient Health Questionnaire

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.

RÉSUMÉ

Introduction : La prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques, fréquente en consultation en médecine générale, pose des difficultés aux médecins généralistes (MG). Or, ces patients souffrent plus fréquemment de comorbidités somatiques et ont une espérance de vie diminuée. Une meilleure collaboration entre généralistes et psychiatres serait un levier important pour améliorer la prise en charge de ces patients. L'objectif de notre étude est de faire un état des lieux des pratiques et des besoins des généralistes marseillais dans la prise en charge de ces patients.

Matériels et méthodes : Etude descriptive transversale par questionnaire, auprès de 200 médecins généralistes (MG) marseillais.

Résultats : Parmi les 140 MG répondant aux critères d'inclusion, 84 questionnaires ont été retournés et exploités (taux de réponse de 60%). La plus grande difficulté ressentie était la gestion d'une urgence psychiatrique (91.7% des MG ressentaient ici une difficulté). La majorité adressait leurs patients aux psychiatres libéraux (84.5%). Ils les adressaient pour obtenir une aide diagnostique (57.1%) ou pour la prise en charge psychothérapique (73.8%). La collaboration était jugée insatisfaisante par près de la moitié des MG (44%). Parmi les solutions proposées, un retour systématique par mail ou courrier et la création d'une ligne téléphonique directe permettant de joindre un psychiatre ont été approuvés par respectivement 91.7% et 73.8% des MG.

Conclusion : Les MG jouent un rôle important dans la prise en charge de leurs patients présentant des troubles psychiques et celle-ci est à l'origine de difficultés. Ces constats confirment l'utilité de la mise en œuvre de solutions adaptées, telle que la création d'une ligne téléphonique directe, afin d'améliorer la collaboration interprofessionnelle et ainsi la prise en charge de ces patients.

Mots-clés :

Médecins généralistes, troubles psychiques, communication interprofessionnelle, soins de santé primaire, services de santé mentale, santé globale.