



HAL
open science

Prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques en médecine générale : étude qualitative du ressenti des médecins marseillais sur leur rôle et leurs difficultés afin d'améliorer leur pratique

Emmanuelle Picot

► To cite this version:

Emmanuelle Picot. Prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques en médecine générale : étude qualitative du ressenti des médecins marseillais sur leur rôle et leurs difficultés afin d'améliorer leur pratique. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03480725

HAL Id: dumas-03480725

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03480725v1>

Submitted on 14 Dec 2021

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

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



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques en médecine générale : étude qualitative du ressenti des médecins marseillais sur leur rôle et leurs difficultés afin d'améliorer leur pratique

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 10 Décembre 2021

Par Madame Emmanuelle PICOT

Née le 4 mars 1993 à Saint-Doulchard (18)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCA) THERY Didier

Co-Directeur

Madame le Docteur HO Sonia

Directrice



Faculté des sciences
médicales et paramédicales
Aix-Marseille Université

Prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques en médecine générale : étude qualitative du ressenti des médecins marseillais sur leur rôle et leurs difficultés afin d'améliorer leur pratique

T H E S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MEDICALES ET PARAMEDICALES
DE MARSEILLE**

Le 10 Décembre 2021

Par Madame Emmanuelle PICOT

Née le 4 mars 1993 à Saint-Doulchard (18)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur GENTILE Gaëtan

Président

Monsieur le Docteur (MCU-PH) CERMOLACCE Michel

Assesseur

Monsieur le Docteur (MCA) THERY Didier

Co-Directeur

Madame le Docteur HO Sonia

Directrice

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI

Asseseurs :

➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur	:	Pr. Jean-Michel VITON
------------------	---	------------------------------

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	DEVRED Philippe
	ALDIGHERI René		DJIANE Pierre
	ALESSANDRINI Pierre		DONNET Vincent
	ALLIEZ Bernard		DUCASSOU Jacques
	AQUARON Robert		DUFOUR Michel
	ARGEME Maxime		DUMON Henri
	ASSADOURIAN Robert		ENJALBERT Alain
	AUFFRAY Jean-Pierre		FAUGERE Gérard
	AUTILLO-TOUATI Amapola		FAVRE Roger
	AZORIN Jean-Michel		FIECHI Marius
	BAILLE Yves		FARNARIER Georges
	BARDOT Jacques		FIGARELLA Jacques
	BARDOT André		FONTES Michel
	BERARD Pierre		FRANCES Yves
	BERGOIN Maurice		FRANCOIS Georges
	BERLAND Yvon		FUENTES Pierre
	BERNARD Dominique		GABRIEL Bernard
	BERNARD Jean-Louis		GALINIER Louis
	BERNARD Jean-Paul		GALLAIS Hervé
	BERNARD Pierre-Marie		GAMERRE Marc
	BERTRAND Edmond		GARCIN Michel
	BISSET Jean-Pierre		GARNIER Jean-Marc
	BLANC Bernard		GAUTHIER André
	BLANC Jean-Louis		GERARD Raymond
	BOLLINI Gérard		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BONGRAND Pierre		GIUDICELLI Sébastien
	BONNEAU Henri		GOUDARD Alain
	BONNOIT Jean		GOUIN François
	BORY Michel		GRILLO Jean-Marie
	BOTTA Alain		GRIMAUD Jean-Charles
	BOTTA-FRIDLUND Danielle		GRISOLI François
	BOURGEADE Augustin		GROULIER Pierre
	BOUVENOT Gilles		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BOUYALA Jean-Marie		HASSOUN Jacques
	BREMOND Georges		HEIM Marc
	BRICOT René		HOUEL Jean
	BRUNET Christian		HUGUET Jean-François
	BUREAU Henri		JAQUET Philippe
	CAMBOULIVES Jean		JAMMES Yves
	CANNONI Maurice		JOUVE Paulette
	CARTOUZOU Guy		JUHAN Claude
	CAU Pierre		JUIN Pierre
	CHABOT Jean-Michel		KAPHAN Gérard
	CHAMLIAN Albert		KASBARIAN Michel
	CHARPIN Denis		KLEISBAUER Jean-Pierre
	CHARREL Michel		LACHARD Jean

CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLAVERIE Jean-Michel
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
CURVALE Georges
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELPERO Jean-Robert
DESSEIN Alain
DELARQUE Alain
DEVIN Robert

LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LE TREUT Yves
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MARANINCHI Dominique
MARTIN Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul

MM MICHOTÉY Georges
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
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
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert

VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES - PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène

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	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021

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. RADDA (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)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille
ALBANESE Jacques	COLLART Frédéric
ALIMI Yves	COSTELLO Régis
AMABILE Philippe	COURBIERE Blandine
AMBROSI Pierre	COWEN Didier
ANDRE Nicolas	CRAVELLO Ludovic
ARGENSON Jean-Noël	CUISSET Thomas
ASTOUL Philippe	DA FONSECA David
ATTARIAN Shahram	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AUDOUIN Bertrand	DANIEL Laurent
AUQUIER Pascal	DARMON Patrice
AVIERINOS Jean-François	DAVID Thierry
AZULAY Jean-Philippe	D'ERCOLE Claude
BAILLY Daniel	D'JOURNO Xavier
BARLESI Fabrice	DEHARO Jean-Claude
BARLIER-SETTI Anne	DELAPORTE Emmanuel
BARLOGIS Vincent	DENIS Danièle
BARTHET Marc	DISDIER Patrick
BARTOLI Christophe	DODDOLI Christophe
BARTOLI Jean-Michel	DRANCOURT Michel
BARTOLI Michel	DUBUS Jean-Christophe
BARTOLOMEI Fabrice	DUFFAUD Florence
BASTIDE Cyrille	DUFOUR Henry
BENSOUSSAN Laurent	DURAND Jean-Marc
BERBIS Philippe	DUSSOL Bertrand
BERBIS Julie	EBBO Mikael
BERDAH Stéphane	EUSEBIO Alexandre
BEROUD Christophe	FABRE Alexandre
BERTUCCI François	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FELICIAN Olivier
BLIN Olivier	FENOLLAR Florence
BLONDEL Benjamin	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
<i>BOUBLI Léon Surnombre</i>	FRANCESCHI Frédéric
BOUFI Mourad	FUENTES Stéphane
BOYER Laurent	GABERT Jean
BREGEON Fabienne	GABORIT Bénédicte
BRETELLE Florence	GAINNIER Marc
BROUQUI Philippe	GARCIA Stéphane
BRUDER Nicolas	GARIBOLDI Vlad
BRUE Thierry	GAUDART Jean
BRUNET Philippe	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BURTEY Stéphane	GENTILE Stéphanie
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GERBEAUX Patrick
CASANOVA Dominique	GEROLAMI/SANTANDREA René
CASTINETTI Frédéric	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CECCALDI Mathieu	GIORGI Roch
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GRANEL/REY Brigitte
CHARREL Rémi	GRANVAL Philippe
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent
CHIARONI Jacques	GROB Jean-Jacques
CHINOT Olivier	GUEDJ Eric

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAGANELLI Franck	ROCHE Pierre-Hugues
<i>PANUEL Michel Surnombre</i>	ROCH Antoine
PAPAZIAN Laurent	ROCHWERGER Richard
PAROLA Philippe	ROLL Patrice
<i>PARRATTE Sébastien Disponibilité</i>	ROSSI Dominique
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien
PETIT Philippe	SARLON-BARTOLI Gabrielle
PHAM Thao	SCAVARDA Didier
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique	SCHLEINITZ Nicolas
PIQUET Philippe	SEBAG Frédéric
PIRRO Nicolas	SIELEZNEFF Igor
POINSO François	SIMON Nicolas
RACCAH Denis	STEIN Andréas
RANQUE Stéphane	TAIEB David
<i>RAOULT Didier Surnombre</i>	THOMAS Pascal
REGIS Jean	THUNY Franck
REYNAUD/GAUBERT Martine	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
REYNAUD Rachel	TRIGLIA Jean-Michel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth	TROPIANO Patrick
RICHERI Raphaëlle	TSIMARATOS Michel

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 retraite mars 2021
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GEN

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE

GUIDA Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel Surnombre
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François détachement
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLIVE Daniel
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

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 détachement

VIVIER Eric

XERRI Luc

AHERFI Sarah	ELDIN Carole	PAULMYER/LACROIX Odile
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	FAURE Alice	PESENTI Sébastien
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOLETTI Jean- Marc	RADULESCO Thomas
BEGE Thierry	FRANKEL Diane	RESSEGUIER Noémie
BELIARD Sophie	FROMNOT Julien	ROBERT Philippe
BENYAMINE Audrey	GASTALDI Marguerite	ROBERT Thomas
BERTRAND Baptiste	GELSI/BOYER Véronique	ROMANET Pauline
BEYER-BERJOT Laura	GIUSIANO Bernard	SABATIER Renaud
BIRNBAUM David	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SARI-MINODIER Irène
BONINI Francesca	GONZALEZ Jean-Michel	SAVEANU Alexandru
BOUCRAUT Joseph	GOURIET Frédérique	SECQ Véronique (<i>disponibilité</i>)
BOULAMERY Audrey	GRAILLON Thomas	STELLMANN Jan-Patrick
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUERIN Carole	SUCHON Pierre
BOUSSEN Salah Michel	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	TABOURET Emeline
BUFFAT Christophe	GUIDON Catherine	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	GUIVARCH Jokthan	TOGA Isabelle
CARRON Romain	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOMASINI Pascale
CASSAGNE Carole	HRAIECH Sami	TOSELLO Barthélémy
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VELY Frédéric
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VION-DURY Jean
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	ZATTARA/CANNONI Hélène
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DAUMAS Aurélie	LOOSVELD Marie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	MAAROUF Adil	
DELLIAUX Stéphane	MACAGNO Nicolas	
DESPLAT/JEGO Sophie	MAUES DE PAULA André	
DEVILLIER Raynier	MEGE Diane	
DUBOURG Grégory	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUCONSEIL Pauline	NINOVE Laetitia	
DUFOUR Jean-Charles	NOUGAIREDE Antoine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
 CALVET-MONTREDON Céline
 FORTE Jenny
 JANCZEWSKI Aurélie
 NUSSLI Nicolas
 ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline

EVANS-VIALLAT Catherine

LAZZAROTTO Sébastien

LUCAS Guillaume

MATHIEU Marion

MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie

ROMAN Christophe

TRINQUET Laure

**ESSEURS 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)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH) *disponibilité*

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

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (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) *Surnombre*

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
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)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

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

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE) *retraite mars 2021*
FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

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

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

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)

GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)

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

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

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

**BIostatistiques, Informatique Médicale
ET Technologies de Communication 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)

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

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

CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH) *Disponibilité*
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)

ROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702 CANCÉROLOGIE ; RADIOTHERAPIE

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)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)
TABOURET Emeline (MCU-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 VISCÉRALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU-PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402 CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) *détachement*
DARIEL Anne (MCU-PH)
FAURE Alice (MCU-PH)
PESENTI Sébastien (MCU-PH)

FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503 CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

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

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOGIE 5004

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

BERTRAND Baptiste (MCU-PH)
 HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

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

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

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

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

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

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
 CUNY Thomas (MCU PH)

AUQUIER Pascal (PU-PH)
 BERBIS Julie (PU-PH)
 BOYER Laurent (PU-PH)
 GENTILE Stéphanie (PU-PH)

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)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
 RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
 GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
 LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
 LOOSVELD Marie (MCU-PH)
 SUCHON Pierre (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

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

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

FERON François (PR) (69ème section)

TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

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

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

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

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

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

KERBAUL François (PU-PH) détachement

MICHELET Pierre (PU-PH)

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

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

BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

GUIDA Pierre (PR associé Méd. Gén. à mi-temps) retraite au 25/09/2012 (MOAL Valérie (PU-PH)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps) (nomination au 1/11/2012)

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

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

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

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

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

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502**PHILOSOPHIE 17**

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (MCU-PH)

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGEON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)

BARLES Fabrice (PU-PH)

CHANEZ Pascal (PU-PH)

GREILLIER Laurent (PU PH)

REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

RHUMATOLOGIE 5001

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)

CHAGNAUD Christophe (PU-PH)

CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)

GIRARD Nadine (PU-PH)

JACQUIER Alexis (PU-PH)

MOULIN Guy (PU-PH)

PANUEL Michel (PU-PH) surnombre

PETIT Philippe (PU-PH)

VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)

VIDAL Vincent (PU-PH)

GUIS Sandrine (PU-PH)

LAFFORGUE Pierre (PU-PH)

PHAM Thao (PU-PH)

ROUDIER Jean (PU-PH)

HERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4801

AMBROSI Pierre (PU-PH)

VILLANI Patrick (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

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

HRAIECH Sami (MCU-PH)

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

REMERCIEMENTS

Au Professeur Gaëtan GENTILE, président de jury

Je vous remercie d'honorer mon travail par votre présence. Soyez assuré de ma grande reconnaissance et de toute l'estime que je vous porte.

Au Docteur Michel CERMOLACCE, assesseur

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans mon jury. C'est un regret de ne pas avoir eu le privilège de travailler à vos côtés pendant mon stage en psychiatrie. Avec respect et humilité, je vous adresse mes sincères remerciements pour l'intérêt que vous avez porté à ma thèse.

Au Docteur Didier THERY, co-directeur

Je vous remercie de m'avoir guidée tout au long de mon internat, tout d'abord avec votre rôle de tuteur et ensuite pour votre investissement dans la direction de ma thèse. Votre rigueur m'a permis d'avancer vite et bien dans mon cursus de médecine générale.

Au Docteur Sonia HO, directrice

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse et surtout de l'investissement que tu as porté à ce travail. Merci d'avoir partagé toutes tes connaissances pendant mon stage aux urgences psychiatriques. Toutes ces heures de travail passées à tes côtés m'ont apporté un enrichissement aussi bien sur le plan professionnel que personnel. Et surtout merci pour ta patience et ta réassurance à mon égard. Tu sais que tu es bien plus que ma directrice de thèse.

A ma famille

Mes parents, merci de m'avoir accompagnée tout au long de ce cursus mais surtout de m'avoir aidée à franchir toutes les étapes de ma vie. La route a été longue et parfois compliquée. J'ai eu la chance de bénéficier d'une éducation réglée à la perfection. Je vous dois énormément. Sachez qu'à mes yeux, vous êtes des modèles. Vous m'avez apporté l'amour et la rigueur qui ont enrichi ma vie. Merci d'avoir accepté et écouté, toujours avec la plus grande attention, tous mes choix. Merci pour tous vos conseils avisés et votre soutien qui m'ont permis d'arriver jusqu'ici.

Mon cursus universitaire s'achève, mais j'ai encore grandement besoin de vous.

Mes grands-parents, merci pour cette proximité que j'ai eu la chance d'avoir avec vous. D'abord avec les vacances passées entre cousins puis avec tous ces moments inoubliables que l'on a partagés. Merci de votre immense générosité. J'aurais aimé être proche de vous pour ce grand jour.

Ma sœur, merci pour la complicité que l'on partage. J'ai eu la chance de t'avoir pour m'épauler dans de nombreux moments. J'espère remplir mon rôle de grande sœur convenablement. Même éloignées géographiquement, nous arrivons à garder ce lien précieux.

Mon frère, merci de m'avoir guidée jusqu'ici, j'ai suivi dignement ton chemin dans la médecine. Merci d'avoir été là pour me consoler et me rassurer durant toutes ces années.

Michèle, je te remercie de la bienveillance dont tu as fait preuve à mon égard. Merci pour ces heures passées à me faire réciter mes leçons. Et surtout merci pour la sagesse que tu m'as transmise.

A tout le reste de ma grande famille.

A toutes les personnes qui me sont chères, particulièrement

Fedy, merci pour cet amour quotidien et tous ces moments inoubliables partagés qui ont construit notre histoire. Encore 6 mois loin de toi, mais compte sur moi pour venir très vite te rejoindre.

Alice, Tout a commencé par de simples discussions de « voisines de palier » à Clermont. Puis nous avons progressivement établi une amitié tellement intense, que désormais chaque séparation même temporaire devient difficile. Merci d'avoir fait le même choix que moi à l'internat, merci d'avoir été ma coloc toutes ces années, merci surtout de me supporter au quotidien (même au rayon fromages) !!! Et surtout merci de partager MON AVIS.

Constance, merci pour ta complicité durant tout l'internat. Merci pour tout le calme et la sérénité que tu sais apporter à notre amitié parfaite et de qualité.

Alex, une complicité sans limite et sans faille. Je pourrais rajouter : sincère, de qualité, JUSTE exceptionnelle. J'ai eu la chance de partager ton quotidien pendant un an avec tous ces rires et nos immenses bêtises.

Marlène, depuis la J.A.D.P, incroyable mais vrai. Même à distance nous avons gardé ce lien précieux d'amitié. Merci d'avoir toujours prêté une oreille attentive à mes histoires, à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit.

Lucie, à toutes nos heures de révisions en D4 à Dun. Merci pour cette amitié qui risque de durer encore longtemps et peut être même auprès de toi en Bretagne.

Louise, copine d'«ED », alias la jums, merci d'avoir partagé les stages d'externat avec moi et surtout tes goûts vestimentaires ;)

Julie, merci pour ta motivation, les footings et ce voyage en Indonésie.

Loulou, Coline et Luch, merci d'avoir partagé toutes ces soirées inoubliables, ces vacances de folie et d'avoir su me faire une place dans la grande famille des « intenable ».

Clément, une vraie pépite de l'internat depuis notre premier semestre à Toulon.

Merci pour ton écoute précieuse de mes audios. Jamais on ne pourra oublier le « Baby » qui nous a liés.

Clara, petit rayon de soleil rencontré à Avignon. Merci pour tous ces moments partagés pertinents et enrichissants.

Marie, liée par la « malédiction clermontoise », nous avons construit une véritable amitié.

Maud, merci pour tout, le voyage au Portugal, les galères du van et surtout tes avis gynéco. Merci de m'avoir épaulée pendant le stage à Avignon. Ta bonne humeur et ton enthousiasme vont me manquer pendant ces 6 mois.

Charlène et Constance, merci d'avoir gardé cette amitié si importante depuis le lycée. Un grand merci à ma prof de français préférée pour la relecture de ma thèse.

Guillaume, merci pour ces moments passés auprès de toi. Merci d'avoir partagé avec moi la richesse de tes expériences qui m'ont permis d'avancer sur de nombreuses choses.

A toutes les filles d'Aix : Virginie, Mujgän, Marion, Anaïs et Perrine. Merci de m'avoir rassurée lors de mes premières gardes, merci d'avoir arpenté les bars d'Aix à mes côtés. Et surtout merci pour vos précieux avis de médecine générale.

A tous les copains d'Avignon : Paulo, Lucas, Maxime, Neil, Léonie, Lola, Claire merci d'avoir supporté mon ébriété à chaque soirée.

A toute l'équipe du CAP 48 : aux seniors, aux IDE et à mes co-internes, merci de m'avoir intégrée dans votre équipe, d'avoir partagé vos connaissances et surtout de m'avoir fait passer un stage inoubliable avec des soirées endiablées.

A toute l'équipe de l'HAD, particulière à Sophie et Laetitia, pour ce semestre auprès de vous, à rigoler et surtout à manger des bonbons.

A tous mes amis de l'internat et de l'externat : Pauline, Consti, Agathe, Mario, Lise, Clémence Marine, Camille, Agathe, Basile, Bertrand, Simon.

Table des matières

INTRODUCTION	3
GÉNÉRALITÉS	5
1. Organisation des soins en psychiatrie en France et à Marseille	5
a. <i>Histoire de la psychiatrie</i>	5
b. <i>L'organisation des soins et l'offre de soins</i>	6
2. Épidémiologie et troubles psychiques	8
3. La place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques	10
a. <i>Le médecin généraliste</i>	10
b. <i>Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des souffrances psychiques</i>	11
4. Hypothèse	12
5. Objectif de l'étude	12
MATÉRIEL ET METHODE	13
1. Type d'étude	13
2. Bibliographie	14
3. Population cible	14
a. <i>Critère d'inclusion</i>	14
b. <i>Critère d'exclusion</i>	14
c. <i>Mode de recrutement</i>	15
d. <i>Nombre de sujets</i>	15
4. Échantillonnage et recueil des données	16
a. <i>Choix de l'entretien semi dirigé</i>	16
b. <i>Établissement du guide d'entretien</i>	16
c. <i>Consentement</i>	17
d. <i>Réalisation des entretiens</i>	17
5. Analyse des données	18
a. <i>Retranscription des données</i>	18
b. <i>Analyse des données</i>	18
c. <i>Conservation des documents et des données relatives à la recherche</i>	19
RÉSULTATS	20
1. Données générales	20
a. <i>Caractéristiques des entretiens</i>	20
b. <i>Caractéristiques de la population</i>	20
2. Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des situations psychiatriques	22

a.	<i>La vision de ce rôle par le médecin lui-même</i>	22
b.	<i>Les missions du médecin généraliste lors d'une consultation pour un patient souffrant de troubles psychiques.</i>	22
c.	<i>Les attentes des patients.....</i>	23
d.	<i>Un contexte sanitaire et social qui accentue le rôle du médecin généraliste dans certaines prises en charge psychiatriques</i>	24
3.	Les difficultés ressenties par les médecins généraliste lors de ces prises en charge	26
a.	<i>Gestion d'idées suicidaires</i>	26
b.	<i>La coordination des soins.....</i>	27
c.	<i>L'orientation des patients.....</i>	30
d.	<i>La formation à la psychiatrie des médecins généralistes</i>	32
e.	<i>Le temps en consultation.....</i>	33
f.	<i>L'absence de revalorisation</i>	34
g.	<i>Prescription des traitements psychotropes.....</i>	35
h.	<i>La gestion des décompensations aigües.....</i>	37
4.	Les solutions évoquées par les médecins généralistes pour améliorer ces prises en charges.....	40
a.	<i>Formation.....</i>	40
b.	<i>Coordination et orientation</i>	41
c.	<i>Temps et revalorisation</i>	42
	DISCUSSION.....	44
1.	Discussion autour de la méthodologie	44
a.	<i>Les forces</i>	44
b.	<i>Les limites de l'étude.....</i>	45
2.	Analyse des résultats et comparaison avec la littérature	47
a.	<i>Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des situations psychiatriques</i>	47
b.	<i>Les difficultés des médecins généralistes lors de ces prises en charge avec des solutions envisagées.</i>	52
c.	<i>Les solutions évoquées par les médecins généralistes pour améliorer ces prises en charge</i>	
	62	
	CONCLUSION.....	66
	BIBLIOGRAPHIE	67
	ANNEXES.....	72
	LISTE DES ABREVIATIONS	74

INTRODUCTION

Les troubles psychiques sont définis par l'OMS par un ensemble anormal de pensées, de perceptions, d'émotions, de comportements et de relations avec autrui. (1)

En France, 12 millions de personnes sont touchées par des troubles psychiques, soit 20% de la population. Une réalité encore largement occultée et qui pourrait bien être aggravée par la crise sanitaire. (2)

Il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique : les maladies psychiatriques constituent la première cause d'invalidité et d'arrêt de travail longue durée. (3)

Cependant l'urgence de cet enjeu de santé publique reste un taux de mortalité augmenté chez les patients atteints d'une souffrance psychique.

En effet, selon les indicateurs de l'eurobaromètre, en 2020, le suicide est la deuxième cause de décès prématurés, ce qui révèle donc d'une fragilité de la santé mentale des Français. (4)

Le principal acteur du dépistage de ces souffrances psychiques reste le médecin généraliste, médecin de première ligne. En effet, les patients se tournent vers le médecin de famille comme premier acteur en cas de difficultés psychologiques.(5) La place du médecin généraliste est centrale tout d'abord en tant que coordinateur des soins entre les patients et le médecin spécialiste, mais aussi pour initier une prise en charge, repérer et alerter en cas de situations urgentes. Ces consultations représentent une part importante de son activité professionnelle. (6)

En outre, une pénurie de psychiatres libéraux permet de soulever la question de la place du médecin généraliste dans la santé mentale. (7)

Pour remplir ce rôle au mieux, les médecins généralistes se trouvent confrontés à de nombreuses difficultés. Des pistes d'amélioration sont donc à suggérer pour faciliter la pratique quotidienne.

Au cours de ma formation, lors de mes stages en cabinet mais également aux urgences psychiatriques de Marseille, j'ai pu être confrontée à cette réalité. La volonté de parfaire la prise en charge des patients est à l'origine de ce travail et de ces pistes de recherche : comment au mieux prévenir, repérer, orienter et être à l'écoute des patients ayant des souffrances psychiques ?

Partant de ces constats et dans le but d'améliorer la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques, nous avons donc décidé de réaliser une étude qualitative du ressenti des médecins généralistes marseillais sur leur rôle et leurs principales difficultés afin de mettre en avant des solutions évoquées pour effectuer une meilleure prise en charge.

GÉNÉRALITÉS

1. Organisation des soins en psychiatrie en France et à Marseille

a. Histoire de la psychiatrie

L'acte fondateur de la psychiatrie en tant que discipline médicale est le geste symbolique de Philippe PINEL, médecin à Bicêtre, libérant de leurs chaînes des aliénés reconnus alors pour des malades en 1793.

Or, c'est seulement grâce à la loi du 30 juin 1838 que « chaque département est tenu d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés ».

En 1922, Édouard Toulouse obtient l'autorisation d'ouvrir à l'hôpital Sainte-Anne à Paris un premier service d'hospitalisation libre des malades.

Un décret ministériel, le 8 avril 1937 change la dénomination des établissements traitant des malades mentaux. Les asiles d'aliénés s'appelleront désormais des hôpitaux psychiatriques.

Il faudra attendre la circulaire du 15 mars 1960 « relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales » pour considérer que « l'hospitalisation du malade mental ne constitue plus désormais qu'une étape du traitement, et devra être poursuivie dans les organismes de prévention et de postcure ». Cette circulaire développe en conséquence une organisation territoriale des soins dans le cadre de secteurs.

C'est donc à partir de ce moment-là, qu'est soulevée l'importance d'une prise en charge du soin psychiatrique dans le milieu de vie du malade et donc d'une réduction du temps d'hospitalisation.

Il faudra en effet attendre 1985 pour que le secteur soit une forme d'organisation de la psychiatrie déterminée par la loi. (8)

Les apports de l'organisation sectorielle sont :

- L'égalité d'accès en tout point du territoire,
- La désinstitutionalisation,
- La continuité du soin,
- Les soins centrés sur le patient dans son environnement : offre de soins ambulatoires et intermédiaires à proximité de sa résidence et en dehors de l'hôpital,
- Les soins de réhabilitation : ont pour objet de limiter le handicap conséquence de la pathologie, ainsi que de maintenir le patient dans la communauté (9)

Il ne faut pas négliger la place des dispositifs privés en psychiatrie car près de 25 % des journées d'hospitalisation, en psychiatrie générale, se font en cliniques privées à but lucratif, et près de 53 % des actes en ambulatoire sont réalisés par des psychiatres libéraux. (8)

b. L'organisation des soins et l'offre de soins

L'offre de soins psychiatriques s'organise :

- Dans une logique territoriale qui a pour objectif de garantir un égal accès aux soins psychiatriques à chacun.
Elle se doit de s'articuler avec les soins de premiers recours (médecine générale) mais aussi le secteur médico-social.
- Autour du secteur public mais également du secteur privé (psychiatres libéraux, cliniques privées).

Le secteur : Il correspond à une zone géographique délimitée, au sein de laquelle une équipe multidisciplinaire de psychiatrie publique a la responsabilité de l'offre publique de soins psychiatriques (ambulatoires, intermédiaires, hospitaliers). Le lieu de résidence de chaque patient détermine ainsi le service auprès duquel il peut solliciter une prise en charge par le secteur public. Cependant le libre choix du médecin demeure le principe général d'organisation du soin, la notion de sectorisation n'y est pas opposable. A sa création l'organisation sectorielle était conçue pour que chaque secteur ait en charge une population moyenne de 67 000 habitants. (9)

Trois grands modes de prise en charge en psychiatrie adulte sont classiquement distingués

- **L'ambulatoire**

- Les Centres Médico-Psychologiques (CMP)
- Les Centres d'Accueil Permanent (CAP)
- L'hospitalisation à domicile (HAD)
- L'accueil en appartement thérapeutique à la sortie de l'hôpital
- La psychiatrie de liaison
- Centre d'accueil médico-sociale précoce (CAMSP)
- Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA)
- Équipe mobile de psychiatrie

- **L'hospitalisation complète**

- L'hospitalisation temps plein (90% du temps complet)
- Les centres de postcure
- Le Centre d'Accueil et de Crise d'urgence (CAC) ou U72

- **Les soins séquentiels**

- L'hôpital de jour (HDJ)
- L'hôpital de nuit
- Les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP)
- Appartement thérapeutique

Les différentes structures offrant une prise en charge psychique sont répertoriées dans l'inventaire des structures psychiatriques des Bouches-du-Rhône avec le nombre de places d'hospitalisation et les lieux de prises en charge s'offrant aux patients.(10)

Il est important de souligner que la psychiatrie **est la seule discipline médicale disposant du droit de soigner sans le consentement de la personne.**

2. Épidémiologie et troubles psychiques

Les troubles mentaux « affectent un individu sur trois au cours de la vie et représenteront la première cause de perte de qualité de vie d'ici 2020 ». Les prévisions de la CNAMTS (caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés) font attendre une augmentation de 2,1% par an des personnes présentant des troubles psychiatriques. (8)

Invalidité, arrêt de travail, surmortalité, espérance de vie diminuée sont les résultats d'une santé mentale affaiblie.

L'espérance de vie des individus suivis pour des troubles psychiques est diminuée en moyenne de 16 ans chez les hommes et de 13 ans chez les femmes.

Ces individus ont des taux de mortalité deux à cinq fois supérieurs à ceux de la population générale, quelle que soit la cause de décès, et un taux de mortalité prématurée quadruplé.

On note dans cette surmortalité un risque plus élevé de suicide, mais également la présence accrue de facteurs de risque de nombreuses maladies chroniques, à cause d'une forte consommation de tabac, une grande sédentarité, une moindre observance aux traitements ainsi qu'une exposition aux effets secondaires des médicaments psychotropes.(11)

Les deux troubles psychiatriques les plus fréquents sont la dépression et le trouble anxieux.

En effet, l'Institut national de prévention et d'éducation (INPES) démontre que dans la tranche d'âge de 15 à 75 ans, 19 % des Français ont vécu ou vivront une dépression au cours de leur vie, soit huit millions de personnes.

De plus, selon les estimations une femme sur cinq et un homme sur dix souffrent un jour d'un trouble anxieux plus ou moins durable.

Également, il est rapporté que la schizophrénie touche 1 à 2% des adultes en France (HAS,2007) et que les troubles bipolaires concernent 1.2 à 5.5% de la population générale. (8)

A cela se surajoute une crise sanitaire qui met l'accent sur la souffrance psychique des patients et des soignants et donc qui sollicitent par conséquent le médecin généraliste.

Les personnes inactives, en situation financière précaire, les étudiants, les personnes avec des antécédents de troubles psychiques ou porteuses de handicap seraient particulièrement exposées au risque de trouble dépressif durant la crise sanitaire.(12)

Les motifs de consultations pour souffrance psychique tendent à augmenter et le médecin généraliste devra donc remplir son rôle de dépistage et de prise en charge pour ces pathologies.

3. La place du médecin généraliste dans la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques

a. Le médecin généraliste

En 2002, WONCA Europe, branche régionale de l'Organisation mondiale des médecins de famille (WONCA) a défini la discipline « médecine générale - médecine de famille » de manière plus complète (13) : « Les médecins généralistes - médecins de famille sont des médecins spécialistes formés aux principes de cette discipline. Ils sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge, de leur sexe et de leur maladie. Ils soignent les personnes dans leur contexte familial, communautaire, culturel et toujours dans le respect de leur autonomie. Ils acceptent d'avoir également une responsabilité professionnelle de santé publique envers leur communauté. Dans la négociation des modalités de prise en charge avec leurs patients, ils intègrent les dimensions physiques, psychologiques, sociales, culturelles et existentielles, mettant à profit la connaissance et la confiance engendrées par des contacts répétés. Leur activité professionnelle comprend la promotion de la santé, la prévention des maladies et la prestation de soins à visée curative et palliative. Ils agissent personnellement ou font appel à d'autres professionnels selon les besoins de santé et les ressources disponibles dans la communauté, en facilitant si nécessaire l'accès des patients à ces services. Ils ont la responsabilité d'assurer le développement et le maintien de leurs compétences professionnelles, de leur équilibre personnel et de leurs valeurs pour garantir l'efficacité et la sécurité des soins aux patients. »

De son côté, le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) donne une définition de la médecine générale à travers 6 compétences (14) (cf. Figure 1) :

- Le premier recours, incertitude, urgences
- Approche globale, prise en compte de la complexité
- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient
- Éducation, prévention, dépistage, santé individuelle et communautaire
- Relation, communication et approche centrée sur le patient
- Professionnalisme

b. Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des souffrances psychiques

Comme nous l'avons vu précédemment, les rôles du médecins généralistes sont multiples.

Pour être plus précis, nous avons cherché à mettre en évidence auprès des médecins que nous avons interrogés la perception de leur rôle dans cette prise en charge.

Dans la littérature nous avons trouvé que le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des pathologies psychiatriques consiste à diagnostiquer les troubles mentaux (88,7 %), à prescrire les médicaments liés à la pathologie mentale (55,5 %) et à faire la psychothérapie (31,4 %). Ce rôle consiste aussi à réaliser le suivi du patient une fois que le diagnostic est posé pour prévenir la rechute (55,8 %). Un rôle de sensibilisation (77,2 %) et de psychoéducation (65,4 %) est aussi noté.(6)

Dans ce rôle de suivi il évaluera l'efficacité, l'observance et la tolérance des traitements et surtout il sera capable d'orienter en cas de situation d'urgence. (15)

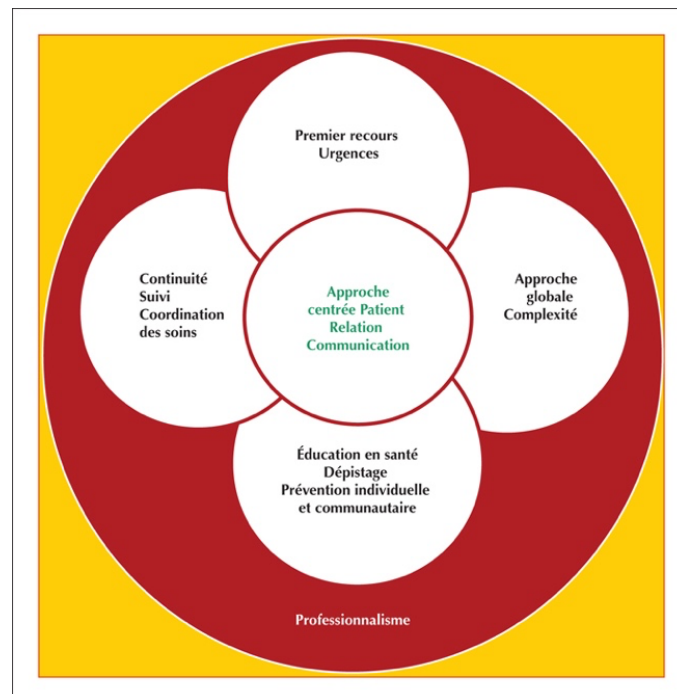


Figure 1 : Marguerite des compétences des médecins généralistes

Souffrance psychique augmentant, médecin de premiers recours aux rôles multiples, pénurie ou difficultés d'accessibilité aux spécialistes de la santé mentale : des arguments qui nous permettent de pointer du doigt l'importance d'une bonne prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques au cabinet.

4. Hypothèse

Une augmentation de la souffrance psychique est retrouvée dans la population. Le médecin généraliste étant le premier recours, il doit se sentir compétent dans ces prises en charge pour débiter une prise en charge et savoir correctement orienter si cela est nécessaire.

5. Objectif de l'étude

Comprendre et connaître les pratiques et le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques et explorer ses difficultés pour envisager une amélioration de la prise en charge.

MATÉRIEL ET METHODE

1. Type d'étude

L'étude menée est une **étude descriptive de type qualitatif**.

Cette dernière consiste en la réalisation et l'analyse d'entretiens semi-dirigés, conduits auprès de **médecins généralistes marseillais, exerçant dans les différents arrondissements**.

Nous avons choisi la méthode qualitative au profit des autres types d'études car l'objectif était ici de recueillir de véritables témoignages, afin de comprendre le ressenti et les difficultés des médecins généralistes concernant la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques en cabinet et évoquer de possibles voies d'amélioration.

Elle apporte également de nombreuses informations non mesurables grâce à une approche différente, en laissant la parole aux médecins, en les observant sur un petit échantillon en variation maximale. (16)

Cette étude est une étude dite « non interventionnelle » au sens de la loi Jardé votée en mars 2012, relative à la politique de santé publique et ses décrets d'application du 16 novembre 2016.

Cette recherche n'est pas considérée comme impliquant la personne humaine car d'après le décret du 10 mai 2017 de la loi Jardé : sont considérées comme recherche impliquant la personne humaine les recherches « organisées et pratiquées sur des personnes volontaires saines ou malades qui visent à évaluer les mécanismes de fonctionnement de l'organisme humain normal ou pathologique, l'efficacité et la sécurité de réalisation d'actes ou de l'utilisation ou de l'administration de produits dans un but de diagnostic, de traitement ou de prévention d'états pathologiques ».

Le caractère individuel des entretiens a été privilégié, du fait de la nature personnelle des questions posées, afin de limiter la gêne potentielle, et de favoriser les confidences de la part des praticiens interrogés.

2. Bibliographie

Une recherche initiale a été faite au mois de décembre 2020 sur PubMed, Google Scholar, le Sudoc, Google, Science direct, EM consult et CAIRNS. Pour cela, nous avons utilisé les mots clés suivants :

En anglais, les principaux mots clés utilisés : general practice, psychiatry, patient care management, mental health, primary care, recommandations, collaborative professional exchange, health co-operation group, psychiatric disorders, stigmatization, medical training, care without consent, medical certificate, emergency services psychiatric, antidepressant agent, depression, treatment

Ces recherches ont été complétées par l'étude des bibliographies des thèses lues.

3. Population cible

a. Critère d'inclusion

L'échantillonnage a inclus des médecins généralistes marseillais exerçant en cabinet avec un exercice libéral : **d'âges divers, de sexes différents, exerçant dans les différents arrondissements de Marseille (un par arrondissement)**

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

Les critères d'inclusion retenus sont l'exercice en cabinet et à Marseille.

b. Critère d'exclusion

Les médecins **non thésés** ou exerçant une **activité hors cabinet** (type SOS médecin, médecin coordinateur en EHPAD) ont été **exclus de l'étude**.

c. Mode de recrutement

Les médecins généralistes ont été recrutés, **en sélectionnant un médecin par arrondissement tiré au sort de manière aléatoire dans les listes fournies par la sécurité sociale**. Les médecins généralistes ont été recrutés par appel téléphonique et ont répondu au questionnaire **sur la base du volontariat**.

Une moyenne de 4 médecins par arrondissement a été contacté avant d'accepter la participation à l'entretien.

Les causes de refus ont été : manque de temps, non intéressé par le sujet, non souhait de participation.

d. Nombre de sujets

Le nombre de médecins à interroger n'a pas été défini au moment de l'initiation des entretiens. Le principe de recrutement, pour une thèse qualitative, s'appuie sur l'obtention d'une **saturation des données** : ainsi, les inclusions cessent lorsqu'un nouvel entretien n'apporte plus de nouvelles informations.(16) Pour confirmer la saturation des données, un entretien supplémentaire est alors mené. Si celui-ci la confirme, il s'agira du dernier entretien à condition que l'échantillon soit suffisamment diversifié.

4. Échantillonnage et recueil des données

a. Choix de l'entretien semi dirigé

Le recueil d'informations a été réalisé auprès des médecins par le biais d'entretiens semi-dirigés. Cette technique d'enquête qualitative est fondée sur un guide d'entretien, comprenant des questions ouvertes, permettant au sujet de s'exprimer librement sur les thèmes abordés. Il permet de garder un fil directeur à la discussion, d'approfondir des points importants et de guider la conversation de manière subtile vers des thèmes que l'on souhaite aborder.

b. Établissement du guide d'entretien

Le guide d'entretien (cf. Annexe 1) fut composé après une réflexion poussée sur les thèmes que nous avons souhaités aborder. Ce guide a été testé au cours d'un premier entretien auprès d'une médecin généraliste n'exerçant pas à Marseille et nous l'avons très peu modifié par la suite.

La **première partie** correspond à une présentation orale du sujet de la thèse.

La **deuxième partie** consiste en un recueil des caractéristiques du médecin interrogé : l'âge et le sexe, la situation familiale, le lieu et le mode d'exercice, l'année de passage de la thèse et le nombre d'années d'exercice professionnel.

La **troisième partie** est la plus dense et correspond aux questions du guide d'entretien, répartie en trois catégories :

- Première catégorie : Questions générales sur la prise en charge des situations psychiatriques
- Seconde catégorie : Difficultés ressenties par le médecin généraliste
- Troisième catégorie : Ouvertures évoquées pour une amélioration de cette prise en charge

Au fur et à mesure des entretiens, le questionnaire a été parfois remodelé et adapté en fonction des résultats. En effet il y a un continuum entre la collecte et l'analyse des données : l'analyse des données ne se fait pas après la collecte de l'intégralité de ces dernières, mais à mesure de cette collecte pour moduler le questionnaire. (17)

c. Consentement

Avant de débiter le recueil de données, nous avons fourni une information claire et loyale concernant la confidentialité de l'étude et l'anonymisation des données avant la retranscription des résultats ainsi que la confidentialité des enregistrements audio. Un consentement oral a donc été recueilli auprès de chaque médecin.

Aucune déclaration auprès de la CNIL ou du CPP n'était nécessaire pour cette recherche exploratoire auprès des médecins généralistes.

d. Réalisation des entretiens

Le recueil de données est réalisé lors d'entretiens dont les rendez-vous sont fixés à l'heure et à l'endroit qui conviennent au participant concerné. **Les entretiens se sont déroulés au sein des cabinets médicaux ou par entretien téléphonique.** Lors des entretiens présents, les règles de distanciations ont été respectées.

La durée de participation correspond à la présentation du sujet de la thèse et la durée de l'entretien individuel semi-dirigé.

Les témoignages **sont enregistrés** à l'aide d'un iPhone 11 et d'un iPad.

Chaque entretien est ensuite sauvegardé.

L'étude étant transversale, aucun suivi n'est effectué. Les participants ne sont pas sollicités après réalisation de l'entretien.

5. Analyse des données

a. Retranscription des données

Chaque entretien est retranscrit sous forme de **verbatim**, c'est-à-dire mot par mot, sur le logiciel Word à partir du fichier numérique audio correspondant. Les nuances de langage parlé, comme les hésitations ou les répétitions sont respectées. Il est également précisé lorsque le sujet émet un rire ou tout autre émotion verbalisée.

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

Les témoignages sont anonymisés dès la retranscription.

Chaque médecin s'est vu attribuer un numéro (de 1 à 10) en fonction de l'ordre chronologique de réalisation des entretiens.

Chaque enregistrement audio a été supprimé une fois la retranscription écrite faite.

b. Analyse des données

Chaque entretien a fait l'objet de plusieurs relectures approfondies afin de permettre l'assimilation des idées des différents participants.

Les questions du guide d'entretien servent de fil conducteur à l'analyse de l'ensemble du corpus de texte. Pour chaque question formulée, les réponses de chaque participant sont consignées sur papier, ce qui permet de les confronter entre elles et de mettre en évidence les similitudes et les différences entre les participants. Cette étape est celle qui nécessite le plus de temps et de rigueur, dans une tentative de conservation de l'objectivité du discours retranscrit.

Un codage est une sélection des mots-clés, qui est effectué grâce à un surlignage des notions qui paraissent importantes, qu'elles soient redondantes ou non.

Une analyse manuelle de ce codage permet de regrouper ces mots clés en notions, qui sont elles-mêmes **regroupées en grandes catégories ou familles**. Cette analyse transversale manuelle de type **inductive** s'est faite à l'aide d'une grille d'analyse construite sur **le logiciel Excel**. Ceci est l'outil permettant l'écriture des résultats et le point de départ de la discussion.

Une relecture indépendante par un second médecin a été faite pour avoir une double vision du travail effectué. Ainsi une **triangulation des données** a été assurée.

c. Conservation des documents et des données relatives à la recherche

Toutes les informations concernant les participants sont conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable).

Aucune utilisation de ces données ne sera réalisée dans le cadre de la prise en charge ; leur utilisation n'est réalisée qu'à des fins de recherches.

Concernant le traitement des données, seules des données agrégées ou partielles (morceaux d'entretien limités à une phrase ou un paragraphe) concernant les phases qualitatives, ne seront rapportées dans des documents ou articles.

RÉSULTATS

1. Données générales

a. Caractéristiques des entretiens

Dix entretiens individuels ont été menés.

Ces entretiens ont été réalisés du **21 Janvier 2021 au 14 avril 2021**.

La durée des entretiens variait de 10 min à 25 minutes.

Leur durée moyenne était de 16 minutes.

La durée compilée des entretiens était au total de 2 heures et 38 minutes.

La saturation des données a été obtenue à l'issue du 9^{ème} entretien. Un entretien supplémentaire a été réalisé pour la confirmer.

Les entretiens ont été réalisés sur le lieu de travail des médecins ou par entretien téléphonique vidéo compte tenu des conditions environnementales de la pandémie.

b. Caractéristiques de la population

Nous avons inclus 10 médecins généralistes, diversifiés selon le sexe, l'expérience, le type d'exercice, le lieu d'exercice. Les généralistes étaient en majorité exposés à la prise en charge des troubles psychiques dans leur pratique quotidienne : 7 médecins sur 10 estiment qu'ils sont confrontés fréquemment à des consultations concernant des patients qui souffrent sur le plan de la santé mentale (entre 10 et 30 consultations par semaine)

Nous observons une certaine hétérogénéité de l'échantillon : un même nombre d'hommes et de femmes, tous étant installés en cabinet avec un type d'exercice libéral à l'exception d'un médecin remplaçant en cabinet et dont deux exerçant une activité partielle salariée en tant qu'urgentiste pédiatrique ou dans une maison de santé. Il y a également une hétérogénéité dans l'âge des médecins allant de 31 ans à 71 ans avec une moyenne d'âge à 46 ans, et donc une durée d'exercice professionnel variant de 1 an à 43 ans avec une moyenne de 16,75 (ans). Nous avons choisi volontairement de prendre un médecin par arrondissement de Marseille pour observer les différences entre arrondissements.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Médecin	Sexe	Durée entretien	Age (ans)	Arrondissement	Temps d'exercice professionnel (ans)	Type d'exercice professionnel	Estimation du nombre de consultation psychiatre en une semaine
1	H	17min21s	38	3 ^{ème}	6	Installé + activité partielle salariée	Entre 10-20
2	F	23min37s	33	4 ^{ème}	6	Remplaçant	30
3	H	22min4s	31	2 ^{ème}	1	Installé	Moins de 10
4	F	9min37s	53	16 ^{ème}	25	Installé	Plus de 30
5	H	13min8s	32	9 ^{ème}	1,5	Installé + activité partielle salariée	Plus de 30
6	F	12min8s	45	5 ^{ème}	15	Installé	Entre 10-20
7	H	10min8s	71	11 ^{ème}	43	Installé	10
8	F	24min22s	43	13 ^{ème}	15	Installé	Entre 20-30
9	H	11min33	57	6 ^{ème}	25	Installé	Moins de 10
10	F	14min25s	57	5 ^{ème}	30	Installé	Entre 10-20

2. Rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des situations psychiatriques

Nous consacrons cette première partie à la perception du rôle du médecin généraliste dans les prises en charge de ces patients souffrant de troubles psychiques.

a. La vision de ce rôle par le médecin lui-même

Il nous est rapporté à plusieurs reprises, un rôle de « premier recours » (médecin 1, 6, 8,9) et donc sous-entendu un rôle important dans cette prise en charge (médecin 4,9) « *essentiel* ».

Il se considère donc comme un coordonnateur ayant un rôle de pivot (médecin 2,5,8,9) pour « *repérer* », « *alerter* », « *orienter* ».

Cependant, nous avons noté à travers les entretiens, la complexité à définir ce rôle par les médecins, qui montre alors un caractère multiple, subjectif et non codifié de cette spécialité (médecin 1,2,6,9). « *hum* », « *eh* » marquant une hésitation « *en combien de mots ?* » « *Tout ça à la fois* »

b. Les missions du médecin généraliste lors d'une consultation pour un patient souffrant de troubles psychiques.

Pour le médecin généraliste, il est rapporté qu'il se doit, tout d'abord, de fournir un rôle d'écoute (médecin 2,5,6), de suivi psychologique (médecin 1,2,6,8) pour essayer de temporiser avant l'introduction d'un traitement. (Médecin 8,10)

Médecin 2 : « un rôle d'écoute et d'accompagnement »

Médecin 8 : « l'accompagnement psychologique » « on essaie de ne pas surmédicaliser »

Médecin 10 : « j'essaie de donner des conseils déjà sur les comportements et sur la prise de recul du patient sur ces troubles »

La plupart des médecins généralistes se sentaient capables d'introduire un traitement même s'ils nous font part de certaines appréhensions (médecin 2,3,4,6,7,9,10).

Ils expriment également leur mission de suivi, de renouvellement de traitements psychotropes (médecin 3) chez un patient suivi en psychiatrie, certains insistent même sur le fait de surveiller les inobservances (médecin 4), le suivi des rendez-vous (médecin 8), et les interactions entre les différents traitements (médecin 2).

Étant considérés comme médecins de première ligne, ils se doivent aussi de dépister, évaluer le degré d'urgence (médecin 2,5,9,10) pour correctement orienter (médecin 3,5,8,9,10).

Médecin 2 : « repérer chez certains les facteurs de risque suicidaire »

Médecin 5 : « j'essaie de voir s'il y a quelque chose d'urgent »

Cependant, pour l'un des médecins, sa mission se limite à un rôle d'orientation. Il a l'occasion de le répéter à plusieurs reprises au cours de l'entretien (médecin 7). Il souligne d'ailleurs que faire de la psychothérapie ne relève pas de ses missions et qu'il n'a pas assez de temps à consacrer à ces pathologies.

Médecin 7 : « Au début je les écoutais, j'essayais de faire de la psychothérapie etc, ça prend beaucoup de temps et c'est décevant. Je ne m'en charge pas » « pathologie lourde ça demande une prise en charge que je ne peux pas lui accorder »

Dans le rôle de cette prise en charge, le médecin nous évoque également les attentes de ces patients concernant leur souffrance psychique.

c. Les attentes des patients

Il est noté rapidement qu'une stigmatisation persiste auprès des patients concernant les soins psychiatriques ce qui peut entraîner un refus de soins et une demande plus importante auprès de leur médecin généraliste.

Médecin 8 : « on joue un peu le rôle de psychologue et de psychiatre », « beaucoup tournent au niveau des médecins, notamment autour de psychiatres et ça fait un point de chute fixe »

Médecin 1 : « sont réticents à aller voir un psychologue ou un psychiatre »

Médecin 2 : « un psychiatre, la plupart des patients ils l'assimilent à quelqu'un qui va leur prescrire des cachets »

Médecin 5 : « la plupart ne veulent pas être traités par médicaments, qui dit traitement dit réellement fou »

Médecin 6 : « j'ai des patients qui sont très réfractaires à la psychiatrie" »

En effet, une relation de confiance est instaurée entre le médecin généraliste et le patient, ce qui permet aux patients d'aborder certains sujets qu'ils n'ont pas envie d'exposer à un autre médecin (médecin 1,2,7,8).

Médecin 1 : « se sentir un peu plus en confiance »

Médecin 2 : « préfèrent aller voir leur MG, car ils n'ont pas envie de « re » raconter leurs problèmes »

Médecin 7 : « ils disent oui oui et puis devant le médecin généraliste, ils disent ça je ne prends pas et devant le psychiatre ils disent ok, ça ça se passe assez souvent »

d. Un contexte sanitaire et social qui accentue le rôle du médecin généraliste dans certaines prises en charge psychiatriques

Deux médecins (médecin 2, 8) soulignent spontanément l'augmentation d'une souffrance psychique dans le contexte actuel de la pandémie à SARS cov 2 (COVID 19) et donc une augmentation des prescriptions des traitements psychotropes.

Médecin 8 : « Et là avec tout ce qui se passe, ils craquent dans le cabinet, ils se mettent à pleurer c'est compliqué de mettre quelqu'un dehors quand il est en larmes devant vous » « dans le contexte actuel avec la crise sanitaire, on se retrouve avec des gros états anxieux... on va rapidement vers les anxiolytiques »

Tableau 2 : Rôle du médecin généraliste dans les prises en charge des situations psychiatriques : Ressenti des médecins Marseillais

Rôle	Médecins
1 ^{er} recours, coordinateur	7/10 Médecin 1,2,4,5,6,8,9
Suivi psychologique	5/10 Médecin 1,2,5,6,8
Introduction d'un traitement psychotrope	7/10 Médecin 2,3,4,6,7,9,10
Complexe et mal défini	4/10 : Médecin 1,2,6,9
Croissant avec augmentation des consultations due à la stigmatisation de la psychiatrie	5/10 Médecin 1,2,5,6,8
Croissant avec augmentation des consultations due à la crise sanitaire	2/10 Médecin 2,8

3. Les difficultés ressenties par les médecins généraliste lors de ces prises en charge

Dans cette partie, nous avons voulu mettre en évidence les difficultés principales relatées par les médecins généralistes.

a. Gestion d'idées suicidaires

Une des principales difficultés citées est « la gestion des idées suicidaires ».

En effet il s'agit d'une situation ressentie comme urgente (médecin 5,6,8,9). Pour le médecin généraliste, cela représente une situation peu fréquente (médecin 3,5,8,9,10), mais à savoir prendre en charge.

Médecin 6 : « mais c'est notre partie du boulot », « je n'ai pas de scrupule à en parler »

La difficulté principale est d'apprécier le niveau d'urgence. Cette situation semble être un vécu angoissant pour le médecin généraliste (médecin 1,2,4,5,6,8,9,10).

Médecin 1 : « La gestion de la crise suicidaire ce n'est pas évident »

Médecin 2 : « Moi c'est vrai que c'est ce qu'il me fait le plus peur le suicide »

Médecin 4 : « J'essaie d'évaluer quel est le risque... assez subjectif »

Médecin 8 : « c'est dur de faire la part des choses, quelquefois c'est une sonnette et c'est juste une façon de demander qu'on l'aide »

Médecin 9 : « Pour autant c'est quelque chose qu'on redoute »

Une autre des difficultés est l'absence d'entourage au moment de la verbalisation des idées suicidaires et également la nécessité de devoir garder le secret médical sans pouvoir prévenir les proches (médecin 1,2,6,8).

*Médecin 1 : « mais ce sont des gens parfois un peu isolés ce n'est pas évident »
« viennent consulter seul et sur le plan du secret médical je n'ai pas le droit de dire j'ai vu votre maman et elle est suicidaire »*

Médecin 8 : « tout dépend si le patient est seul au domicile ou pas » « l'entourage joue énormément »

Le médecin 8 explique qu'il est important de préserver la confiance du patient pour favoriser l'alliance thérapeutique et qu'un soin sans consentement ne peut pas être fait à chaque situation inquiétante, car il est peut être vécu comme traumatique.

Médecin 8 : « si le patient n'est pas d'accord on perd la confiance du patient et malgré tout c'est ce qui va faire que derrière ça va se tenir » « on ne peut pas non plus faire des hospitalisations d'office à tour de bras, on ne peut pas forcer le patient ».

Deux des médecins généralistes nous partagent leur expérience avec un de leur patient s'étant suicidé (médecin 8,9) avec parfois un sentiment de culpabilité.

Médecin 8 : "alors je m'en suis voulu car j'aurais peut-être dû partir avec le sachet de médicaments quitte à me les mettre à dos".

b. La coordination des soins

Nous choisissons de consacrer cette partie à la coordination des soins, en cherchant à mettre en évidence les domaines dans lesquels le médecin généraliste se sent à l'aise, et ceux pour lesquels il « passe la main » et a besoin d'un avis spécialisé. Nous cherchons donc à mettre en avant les difficultés des médecins généralistes face à cette coordination.

i. Les domaines dans lesquels le médecin généraliste se sent à l'aise pour débiter une prise en charge.

A travers les différents entretiens, les médecins généralistes ont pu exprimer leur niveau de compétence et les domaines dans lesquels ils se sentent capables d'initier une prise en charge.

Majoritairement, le médecin généraliste se sent capables de prendre en charge un trouble anxiodépressif mineur (médecin 1,2,3,7,8,9,10).

Il procède d'abord à la prescription de thérapeutiques naturelles, homéopathiques (médecin 2,3,5), il préconise une bonne hygiène de vie (médecin 2,5), mais il se sent, dans la majorité des cas, capable d'initier une prise en charge, introduire un premier traitement (médecin 6,7,8,10), prescrire des benzodiazépines (médecin 3,6) tout en convoquant à nouveau pour ajuster la prise en charge (médecin 2,3,5,6,9).

Médecin 3 : « Certes, les troubles anxieux on peut essayer de gérer »

Médecin 7 : « Si c'est mineur, je commence un petit peu »

Médecin 2 : « je prescris des choses plutôt naturelles comme de l'homéopathie »

Médecin 5 : « technique de relaxation simple »

Médecin 6 : « proposer une prise en charge sur une dizaine ou quinzaine de jours »

Médecin 9 : « reconvoquant au bout de 8 à 10 jours pour revoir »

A juste titre, deux médecins pointent du doigt l'importance d'évoquer un diagnostic différentiel (médecin 3) lors d'un premier épisode psychiatrique et l'autre souligne l'importance d'un suivi somatique (médecin 6) chez un patient « psychiatrique » qui peut bien souvent être négligé. Ce sont deux rôles que le médecin généraliste se doit d'appliquer.

Toutefois, chaque prise en charge est « médecin - dépendant » et est réalisée en fonction de ses compétences personnelles. (Médecin 9,10)

Médecin 9 : « Ça dépend en fait si j'ai les compétences »

Médecin 10 : « et si je sais faire »

ii. Les domaines dans lesquels le médecin généraliste délègue

Pour la quasi-totalité des médecins généralistes, quand il s'agit de pathologies lourdes, chroniques traitées par plusieurs psychotropes ils passent la main et ne se sentent pas compétents (médecin 3,5,6,7,8,10).

Médecin 3 : « pour un suivi psychiatrique concernant de lourdes pathologies, on peut être vite débordé et décider de laisser la main »

Médecin 6 : « je ne m'aventurerai pas à prescrire autant de psychotropes sans l'avis du spécialiste »

Ils parlent de pathologies lourdes quand il s'agit de troubles psychotiques (médecin 1,3,6,10), de bipolarité (médecin 1) de trouble du comportement, d'agitation (médecin 8) ou même d'idées suicidaires (médecin 5). Le médecin généraliste est en demande d'aide pour ces prises en charge.

iii. La perception de cette coordination des soins entre médecins généralistes et psychiatres

Cette coordination entre médecins généralistes et psychiatres est perçue comme plutôt mauvaise par la plupart des médecins (médecin 1,4,6,7,8,9,10) et est donc ressentie comme une difficulté.

Médecin 1 : « C'est le seul que j'ai et malheureusement il part à la retraite »

Médecin 6 : « Je reçois rarement un retour de la part du psychiatre, rarement »

Médecin 8 : « L'adressage c'est difficile »

Médecin 10 : « Pas tellement qu'on puisse contacter pour un conseil »

Cependant ce manque de coordination a été nuancé, : en effet le contact avec les psychiatres libéraux semble nettement meilleur (médecin 8) qu'avec les structures hospitalières (médecin 8) et les psychiatres libéraux semblent être disponibles pour des avis urgents (médecin 2,3,4,5,8).

Médecin 8 : avec le psychiatre libéral « je n'ai pas un suivi à chaque consultation mais j'ai au moins un état des lieux de départ sur ce qu'ils pensent et sur leur suivi »

Avec le psychiatre hospitalier : « c'est dur d'avoir des retours. Il n'y a pas énormément de correspondance »

Médecin 5 : « j'appelle assez facilement et ils me disent s'il y a besoin de faire quoi que ce soit. S'il y a une urgence » « souvent il est vu dans les 48h voire dans les 24h si je leur dis que c'est très urgent »

Certains médecins ont quand même relevé une insatisfaction envers les psychiatres libéraux lors d'une demande d'un avis urgent. (Médecin 1,10)

Médecin 1 : « collègue psychiatre qui a refusé de prendre le patient car elle estimait qu'elle ne faisait pas les urgences »

Médecin 10 : « difficulté à trouver un correspondant qui soit libre rapidement »

Il a été mentionné par plusieurs médecins que le recours aux urgences psychiatriques était utilisé (médecin 2,3,4,5,6,8,10).

Il y a une faible collaboration entre psychiatres libéraux et médecins généralistes qui ne permet pas aux médecins généralistes de progresser dans ce domaine (médecin 1,6,7,8).

Médecin 1 : « c'est la boîte noire »

De plus les médecins généralistes soulignent une pénurie de psychiatres libéraux (médecin 4,6) et même dans une grande ville comme Marseille.

Médecin 4 : « elle est souvent débordée » « manque de psychiatre »

Médecin 6 : « ce n'est pas comme s'il y avait un truc qui roulait alors qu'on est à Marseille dans une grande ville »

c. L'orientation des patients

Une des difficultés conjointe au manque de coordination est l'orientation.

En effet, la quasi-totalité des médecins interrogés orientent leurs patients vers la psychiatrie libérale (médecin 1,3,4,5,6,7,8,9).

Très peu de médecins orientent vers des psychologues (médecin 5,8).

Médecin 8 : « je n'adresse pas trop vers les psychologues »

Quelques médecins mentionnent l'orientation de leur patient vers des équipes mobiles, équipe mobile de gérontopsychiatrie (médecin 4), ULICE (médecin 9)

Un des médecins pointe du doigt le fait que les équipes mobiles ne soient pas accessibles pour tous à cause de la sectorisation

Médecin 6 : « Moi j'ai peu accès aux équipes mobiles en étant dans le 5^{ème} »

Concernant les structures publiques, la plupart connaissent les CMP, mais deux d'entre eux disent que la structure des CMP n'est pas adaptée pour la médecine générale à cause des délais trop longs, et un manque de coordination avec les psychiatres (médecin 6,7)

Médecin 6 : « Le CMP c'est impossible, c'est l'enfer » « les trucs aigus c'est impossible »

Médecin 7 : « Non, il a beaucoup de délais d'attente »

En revanche, pour un des médecins situé dans les quartiers Nord, le CMP est une orientation utilisée fréquemment.

Médecin 8 : « on a la chance d'avoir un CMP pas très loin, ça aide à débrouiller le terrain » « CMP on arrive plutôt bien à échanger »

Concernant les structures d'addictologie, peu de médecins envoient leur patient au CSAPA (médecin 1), ils ont plus recours aux cliniques, HDJ, ou à l'hôpital (médecin 1,3,6,7,8,9)

Médecin 1 : « j'ai aucun patient suivi en CSAPA »

Un seul médecin mentionne le recours à un addictologue en libéral (médecin 7).

L'orientation vers les cliniques est parfois utilisée par le médecin généraliste. La moitié ont déjà réalisé des demandes en clinique (médecin 2,3,4,6,8).

Cependant, des difficultés sont soulevées (médecin 1,5) comme un manque de collaboration avec les psychiatres de clinique, et le fait que la clinique n'accepte pas les urgences (médecin 5).

Médecin 1 : « Ce n'est pas évident car il faut remplir un dossier il faut avoir le contact, je ne sais pas bien comment faire »

Médecin 5 : « cliniques vous demandent d'avoir un diagnostic bien précis » « virulent ou autre de toute façon les cliniques ne les prendront pas »

Concernant l'hospitalisation en secteur, elle est utilisée par peu de médecins généralistes et le lien avec les psychiatres hospitaliers est ressenti comme une difficulté (médecin 3,9).

Médecin 9 « il faut mettre les dents des fois. »

Certains médecins généralistes expriment qu'ils ont peu de connaissances des différentes structures qui peuvent s'offrir au patient souffrant de troubles psychiques. (Médecin 3,5,6)

d. La formation à la psychiatrie des médecins généralistes

La difficulté des prises en charge psychiatriques s'explique bien évidemment par un manque de formation.

D'une part, il y a les médecins portant un attrait pour la psychiatrie (médecin 1,2,4,7) et qui ont envie d'approfondir leur formation (médecin 5,6) car ils estiment leur niveau de formation insuffisant (médecin 2,3,5,6).

Médecin 2 : « C'est vrai qu'en médecine générale on doit être à l'écoute et on n'est pas spécialement formé sur ça »

Médecin 3 « on n'est pas trop formé à la psychiatrie, c'est vrai qu'un patient qui a des troubles psy à l'hôpital, on appelle le cap 48 »

Médecin 5 : « vague notion »

Médecin 6 : « Le manque de formation, de connaissances ... »

D'autre part, certains ne se cachent pas d'être très peu intéressés par la psychiatrie (médecin 2,3,9) et sont honnêtes en rapportant qu'ils n'ont pas envie d'approfondir leur formation (médecin 1,3,8) et qu'ils estiment que leur niveau de connaissances est suffisant (médecin 3)

Médecin 9 : « je pense que les stages en psychiatrie ne sont pas spécialement choisis »

Médecin 3 : « la psychiatrie personnellement ce n'est pas quelque chose pour lequel j'ai un attrait particulier » « Niveau formation je pense qu'on a des bases » « la formation est suffisante pour une prise en charge que j'en fais actuellement » « moi si on me propose un stage en chirurgie ou en psychiatrie, je vais plus m'orienter vers le stage en chirurgie »

e. *Le temps en consultation*

La limite numéro 1 à la bonne prise en charge pour la majorité des médecins est LE TEMPS.

En effet les médecins 2,3,4,5,7,8 considèrent que la durée d'une consultation de médecine générale est insuffisante pour une bonne prise en charge.

Médecin 2 : « ce genre de consultations ça prend beaucoup de temps, vite débordé avec des créneaux courts de 15 20min » « faut dégager du temps entre les consultations pour appeler »

Médecin 3 : « Manque de temps avec certaines consultations de psychiatrie en un quart d'heure on ne peut rien faire »

Médecin 8 : « chronophage, pas suffisamment de temps à leur accorder, ça reste compliqué car on n'a pas le temps de gérer ces patients comme il faudrait et qu'on a 15 min »

Les médecins ont conscience que le patient manque de temps pour exposer ses problèmes (médecin 2,5).

Médecin 2 : « 15 min pour une personne qui a besoin de parler où il faut faire de la psychothérapie, c'est trop juste »

Médecin 5 : « patient qui peut sentir qu'on est plus aussi attentif qu'on devrait, donc c'est difficile »

La pression d'un emploi du temps chargé, d'une salle d'attente pleine rend compliqué ces prises en charge longues (médecin 2,4,8).

Médecin 2 « quand on est overbooké et qu'on a 40 patients dans la salle d'attente on n'a pas assez de temps »

Médecin 4 : « c'est anxiogène pour nous car on sait que la salle d'attente se remplit »

Médecin 8 : « on a d'autres patients dans la salle d'attente et que parfois on tire jusqu'à 20 25 min mais on ne peut pas les garder 1h quoi »

f. L'absence de revalorisation

Une des limites est le manque de revalorisation d'une consultation de médecin généraliste pour ce genre de motif.

En effet, il y a un seul moyen de revaloriser une consultation psychiatrique en médecine générale, par l'échelle d'Hamilton. Seulement 3 médecins (médecin 1,4,10) l'utilisent parfois mais les autres ne l'ont jamais utilisée.

Elle est considérée comme « peu adaptée » par certains médecins (médecin 1,2)

Médecin 1 : « ça n'a pas de sens dans une relation médecin patient sur un trouble psychologique de mettre un questionnaire avec des scores c'est très inadapté »

Médecin 2 : « je me l'étais imprimé mais sur le coup je suis plus à l'écoute du patient, je n'y ai jamais pensé »

Certains médecins sont même dans l'ignorance totale d'une possible revalorisation (médecin 3,5,6,8).

Médecin 5 : « je pense qu'il doit y avoir des tarifications etc mais très honnêtement je ne suis pas quelqu'un de très très à cheval sur la cotation »

Les avis sont donc partagés dans cette partie.

Certains acceptent l'absence de revalorisation, car pour eux il y a une variabilité de la durée des consultations en médecine générale qu'il faut accepter (médecin 2,5,6)

Médecin 2 : « le jeu de la médecine générale, il y a des gens qui ne prennent pas beaucoup de temps et d'autres un peu plus »

Médecin 6 : « Honnêtement la médecine générale, c'est un peu ça on voit une gastro et ensuite on voit quelqu'un 40 min pour autre chose et pour moi c'est vraiment le jeu »

On note toute de même des pointes d'ironie en évoquant cette question de revalorisation qui permettra de soulever certains questionnements dans la discussion.

Médecin 2 : « Non, c'est gratuit »

Médecin 9 : « je suis un abruti de médecin généraliste qui se sert mal des cotations »

Médecin 10 : « Alors non, (rires), récemment quand même je me suis dit qu'il fallait »

g. Prescription des traitements psychotropes

Une autre des difficultés ressenties par le médecin généraliste est la prescription de psychotropes.

En effet l'introduction et même le renouvellement de traitements psychotropes nécessitent une surveillance des effets indésirables, des interactions, de la tolérance, de l'efficacité, de l'inobservance ou même du surdosage (médecin 1,2,4,5,6,8,10).

Médecin 1 : « C'est plus pour commencer les antidépresseurs ce qui est un peu gênant c'est plus tout ce qui va être allongement du QT les interactions »

Médecin 10 : « les personnes âgées je suis un peu plus vigilante, c'est la chute, les fractures ou la désorientation, ou même les troubles cognitifs aggravés »

Le médecin numéro 3 souligne une des missions importantes du médecin généraliste avant la prescription d'un traitement psychotrope : la prévention. En effet, il se doit de sensibiliser le patient et de l'informer des effets indésirables.

Médecin 3 : « j'essaie d'informer le patient le mieux que je peux »

Quelques médecins ne cachent pas avoir « peur » des traitements psychotropes, surtout les antidépresseurs devant un manque de connaissances sur leurs propriétés.

Médecin 8 : « Alors les traitements antidépresseurs c'est ce qui peut le plus me stresser »

Médecin 10 : « La mise sous antidépresseurs, si nécessaire, je le fais mais je vous avoue que je ne suis pas très prescriptrice d'antidépresseurs »

Médecin 1 : « je ne sais pas bien hiérarchiser et je ne sais pas la supériorité d'un traitement par rapport à un autre, l'efficacité ou la rapidité d'action, l'effet plus ou moins sédatif de l'un par rapport à l'autre ça je ne sais pas. Donc je mets souvent la même chose, je ne m'aventure pas sur ce que je ne connais pas, je reste sur des antidépresseurs classiques »

Certains traitements comme les antipsychotiques ou les thymorégulateurs ne sont pas utilisés par les médecins généralistes à cause d'une ignorance des propriétés d'utilisation (médecin 1 et 3).

Dans les entretiens, nous retrouvons à plusieurs reprises le problème de l'accoutumance. Les médecins généralistes se sentent souvent démunis face à la prescription d'anxiolytiques ou d'hypnotiques, car ce sont souvent des médicaments compliqués à arrêter sans avoir d'autres alternatives à proposer au patient. (Médecin 2,3,8,10)

Médecin 2 : « il y a beaucoup de personnes qui n'arrivent pas arrêter les anxiolytiques ou les somnifères »

Médecin 3 : « il y a certaine dépendance » « j'ai conscience »

Médecin 8 : « c'est plus facile de les mettre que de les arrêter, mais malheureusement on est un peu dans une impasse » « anxiolytique compliqué à gérer ...les hypnotiques, refus du sevrage parce que sinon ils dorment plus »

Médecin 10 : « parce que en fait on n'a pas d'autre alternative à leur proposer » « la crainte c'est la difficulté à les arrêter »

Le médecin généraliste numéro 8 relève à juste titre qu'il est compliqué de refuser la prescription d'un traitement à un de ses patients car cette démarche entrave l'alliance thérapeutique ; de là découle toute la complexité de la prescription de psychotropes.

Médecin 8 : « En fait, la difficulté, elle est de garder cette relation soignant pour éviter qu'ils aillent chercher des traitements psychotropes à droite à gauche et que vous ne soyez pas au courant de ce qu'ils prennent »

Cependant il précise que sans connaître le patient ou lorsque le patient est isolé, il essaie de différer la prescription.

Médecin 8 : « C'est vrai que si je ne connais pas les patients je ne mets pas ce genre de traitements en première intention pour une première consultation »

Médecin 2 : « aussi le risque de passage à l'acte suicidaire, avec les antidépresseurs, les 15 premiers jours »

Enfin le mésusage de ces traitements comme les traitements substitutifs est fréquent (médecin 2,6) et souvent gênant pour le médecin généraliste.

Médecin 6 : « j'ai souvent été emmerdé »

h. La gestion des décompensations aigües

Une autre des difficultés soulevées par les médecins généralistes est la « prise en charge des décompensations aigües » qui peuvent mener à la réalisation d'un certificat de soins sans consentement.

Ce sont des situations rares pour les médecins généralistes mais complexes (médecin 1,4,7,9)

Médecin 4 : « crises d'agitation avec délire, il faut hospitaliser, et là c'est la galère de la convaincre d'aller à l'hôpital »

Médecin 9 : « très complexe »

Médecin 1 : « les gens sont opposants, agités, c'est compliqué à gérer »

Médecin 7 : « souvent c'est dans des conditions particulières, il y a les pompiers au milieu »

Seulement trois des médecins interrogés ont déjà rédigé un certificat de soins sans consentement (médecin 2,7,9), les autres n'en ont jamais réalisé.

La rédaction du certificat ne semble pas être une difficulté car les médecins généralistes ont des modèles (médecin 1,2,7) ou ont une expérience dans le domaine à SOS médecin (médecin 9)

Cependant la principale difficulté dans la mise en place de ces certificats est la sensation d'être délétère pour le patient et d'ainsi perdre la relation médecin-malade (médecin 2,3,5,9)

Médecin 2 : « je me suis sentie démunie, ou je ne savais pas quoi faire, ou j'avais l'impression que j'allais être plus délétère qu'autre chose »

Médecin 3 : « seule spécialité qui permet d'enfermer les gens contre leur gré »

Médecin 9 : « vous êtes à peu près sûr de perdre le patient » « c'est violent pour le patient » « vous restez celui qui l'a fait emmener de force à l'hôpital »

Finalement, il est quand même précisé à l'issue de quelques entretiens que le caractère subjectif de cette prise en charge est une difficulté.

En effet, les plaintes somatiques qui peuvent être un motif de consultations chez le médecin généraliste cachent souvent une souffrance psychique sous-jacente.

(Médecin 2,5)

Médecin 2 : « il y a toujours de la psychiatrie cachée, les gens ne viennent pas que pour un seul motif »

Médecin 5 : « la pathologie est souvent imbriqués dans un tas d'autres problèmes et c'est compliqué de farfouiller, c'est noyé dans un magma de choses »

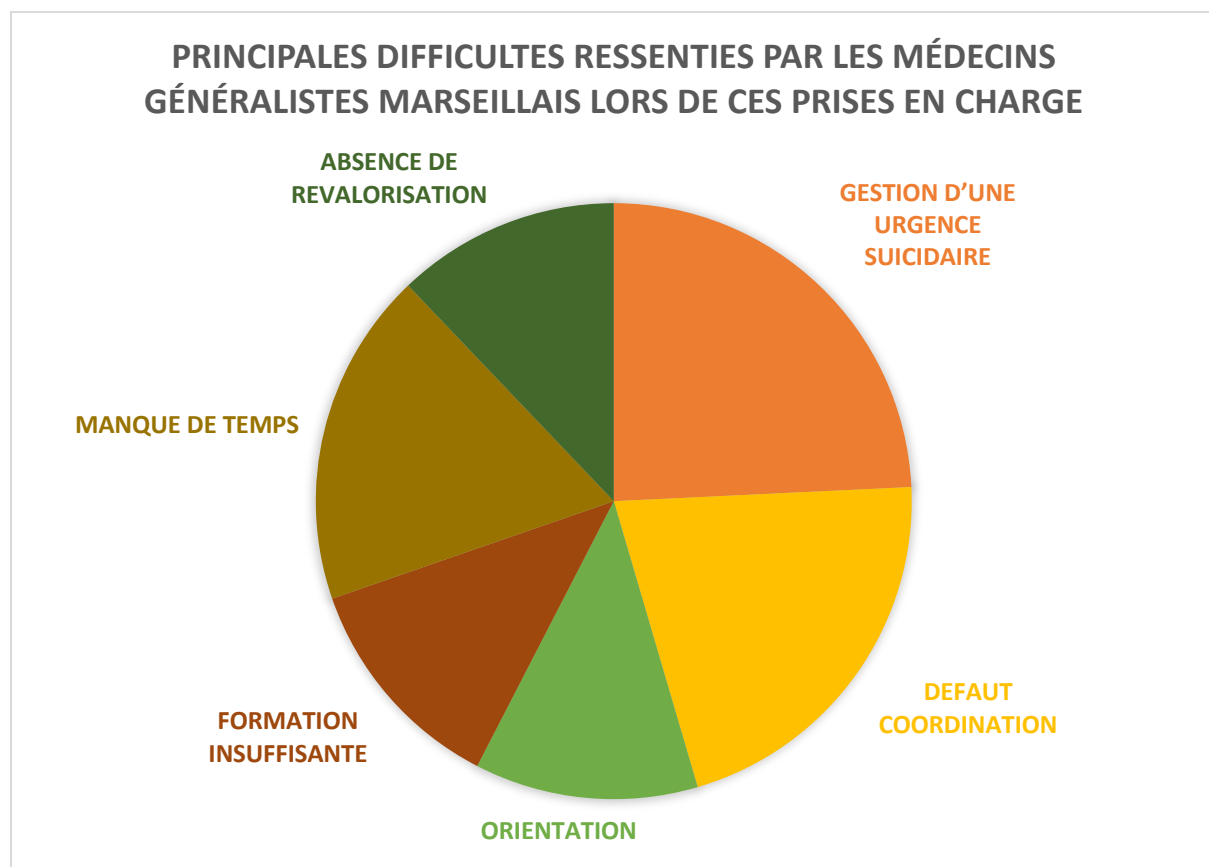
De même qu'un patient psychiatrique peut être négligé sur le plan somatique.

Cette complexité est mentionnée dans les entretiens en comparaison avec des disciplines de la médecine somatique (médecin 10)

Médecin 10 : « c'est vrai que ce n'est pas comme les autres spécialités »

Tableau 3 : Les principales difficultés ressenties par les médecins marseillais de ces prises en charge.

GESTION D'UNE URGENCE SUICIDAIRE	Identifier le niveau d'urgence	8/10 Médecin : 1,2,4,5,6,8,9,10
COORDINATION	Mauvaise coordination, peu de correspondants	7/10 Médecin 1,4,6,7,8,9,10
ORIENTATION	Peu de connaissances des structures, disponibilité faible des structures publiques	4/10 Médecin 3,5,6,9
FORMATION	Manque de formation	4/10 Médecin 2,3,5,6
TEMPS	Manque de temps en consultation	6/10 Médecin 2,3,4,5,7,8
REVALORISATION	Souhait d'une revalorisation	4/10 Médecin 1,2,9,10



4. Les solutions évoquées par les médecins généralistes pour améliorer ces prises en charges

La deuxième partie de notre problématique consiste à mettre en évidence les solutions évoquées à leurs difficultés et ainsi améliorer les pratiques.

a. Formation

Le manque de formation est une des difficultés des médecins généralistes. Durant notre étude, nous avons cherché à mettre en évidence par quels moyens les médecins aimeraient être davantage formés et également sur quels sujets.

Quelques-uns se souviennent de leur stage d'externe (médecin 1,2) et quatre d'entre eux ont fait le choix d'un stage en tant qu'interne en psychiatrie (médecin 1,3,4,8). Il faut noter quand même que plus de la moitié a déjà choisi volontairement de faire une formation sur le thème de la psychiatrie sous forme de DPC (médecin 1,2,5,6,8,10).

Chaque médecin a renseigné le sujet sur lequel il aimerait améliorer sa formation. Nous retrouvons l'anxiété (médecin 1,10), la psychothérapie (médecin 2,6), l'urgence suicidaire (médecin 2), les addictions (médecin 6,7), l'utilisation des antidépresseurs (médecin 6), le trouble bipolaire (médecin 9), l'aide au sevrage des benzodiazépines (médecin 10), les troubles du sommeil (médecin 10).

Un des médecins relève l'importance d'une formation plus pratique que théorique
Médecin 3 : « la psychiatrie on la découvre un peu au jour le jour ou alors avec les patients qu'on reçoit »

Concernant le souhait d'améliorer la formation, les avis sont assez partagés.

Un des médecins soulève tout même le problème des stages hospitaliers proposés pendant l'internat qui ne sont pas spécialement adaptés à une pratique de médecine de ville.

Médecin 2 : « stage hospitalier ... ça ne m'a pas spécialement servi, ce n'est pas du tout pareil que la pratique en ville »

b. Coordination et orientation

Après avoir recherché auprès des médecins généralistes, les prises en charges dans lesquels ils avaient besoin d'un avis spécialisé, nous avons donc essayé de mettre en évidence les différents moyens de coordination utilisés et leur qualité.

Plus de la moitié des médecins généralistes déclarent contacter un confrère psychiatre par téléphone pour avoir un avis (médecin 1,2,4,5,7,9) et cela semble pour la plupart un moyen de communication facile et reproductible.

Médecin 5 : "En psychiatre, j'en ai 2 que je connais et que j'appelle assez facilement "

D'autres moyens de coordination qui semblent satisfaisants pour le médecin traitant sont les courriers d'adressage (médecin 3,9) et les courriers de retour de consultation (médecin 1,8).

Cependant, les retours d'informations à la suite d'une consultation sont peu fréquents, ce qui ne contribue pas à une bonne coordination des soins.

Le médecin n°4 souligne un manque de structure de second recours et donc des alternatives à l'hospitalisation en sachant qu'il y a peu de places disponibles à l'hôpital.

Enfin, une des limites évoquées par les médecins généralistes est l'absence de prise en charge systématique par la sécurité sociale chez un psychologue (2,7,8) avec la nécessité de devoir faire beaucoup de démarches administratives pour obtenir un remboursement chez un psychologue. Ceci est donc un frein à une bonne prise en charge concernant la psychothérapie.

Médecin 8 : « il y a nouveau truc avec la sécu pour que ça soit pris en charge, mais c'est compliqué » « alors maintenant pour avoir un psychologue remboursé, il faut que les patients soient motivés et généralement on n'est pas sur des personnes motivées, on est sur des personnes fatiguées en détresse, qui n'ont pas forcément la motivation, c'est le casse-tête pour arriver à les faire prendre en charge, c'est un peu dommage

Un des médecins mentionne l'utilité d'une ligne téléphonique permanente pour le médecin qui pourrait être une perspective intéressante.

Médecin 1 : « j'étais interne à Lille c'était beaucoup plus facile car ils avaient un numéro unique sur toute la métropole qui était géré par le PSM »

c. Temps et revalorisation

Une des solutions évoquées afin d'améliorer ces prises en charge serait une revalorisation de ces longues consultations. (médecins 1,2,9,10)

Médecin 1 : "Mais si vous avez des moyens je suis preneur"

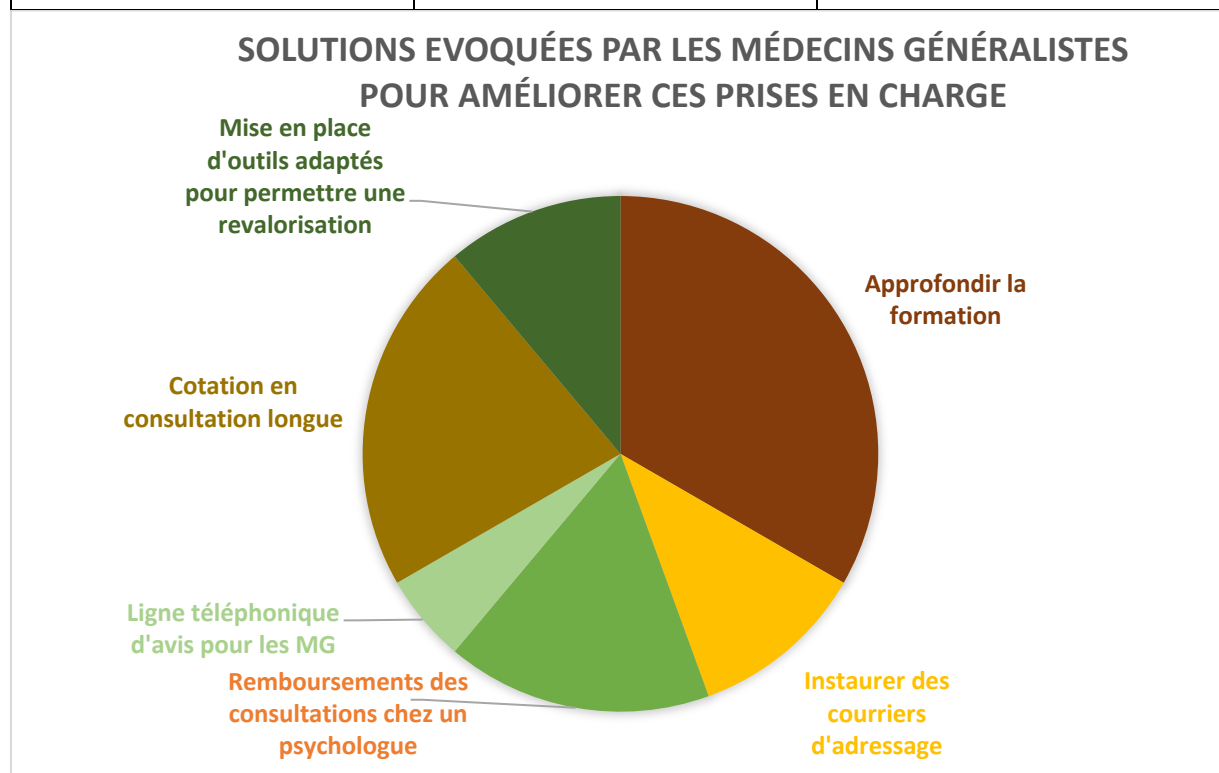
Médecin 10 : "Mais c'est vrai que ce sont des consultations très longues, donc ça serait bien que ça soit revalorisé".

Il est aussi soulevé par deux des médecins de l'étude qu'il serait nécessaire de mettre en place des outils fiables, reproductibles et surtout adaptés à l'évaluation de troubles psychiatriques (médecin 1,2). Ces outils pourraient être ainsi accessibles à une cotation particulière.

Médecin 1 : "ça n'a pas de sens dans une relation médecin patient sur un trouble psychologique de mettre un questionnaire avec des scores c'est très inadapté"

Tableau 4 : Solutions évoquées par les médecins marseillais pour améliorer ces prises en charge.

FORMATION	Médecin souhaitant approfondir leur formation	6/10 Médecin 1,2,5,6,8,10
COORDINATION	Instaurer des courriers d'adressage	2/10 Médecin 3,9
ORIENTATION	-Remboursement des consultations avec un psychologue	3/10 Médecin 2,7,8
	Ligne téléphonique permanente pour le médecin	1/10 Médecin 1
TEMPS & REVALORISATION	Cotation en consultation longue	4/10 Médecin 1,2,9,10
	Mise en place d'outils adaptés pour permettre une revalorisation	2/10 Médecin 1,2



DISCUSSION

1. Discussion autour de la méthodologie

a. Les forces

- Population

L'échantillon final de l'étude contient 10 médecins. L'objectif n'étant pas d'obtenir des résultats statistiquement significatifs mais une saturation des données pour pouvoir extrapoler à la population cible générale. De ce fait, ce nombre nous a semblé suffisant.

La sélection des participants a été faite de manière à favoriser la diversité des médecins généralistes en termes d'âge, de sexe, de lieu d'exercice et du nombre d'années d'expérience ce qui a permis d'établir des réflexions variées sur les problématiques abordées.

- Entretiens

Les entretiens ont été réalisés à l'endroit et à l'heure souhaités par les médecins interrogés, afin de favoriser leur bon déroulement et d'éviter au maximum les interruptions. Le temps alloué aux entretiens a permis aux intervenants de réfléchir de façon plus adaptée à la prise en charge des patients psychiatriques malgré les conditions de la pandémie.

Le mode des entretiens semi-dirigés a été choisi afin d'orienter le praticien sur certains thèmes, tout en laissant libre cours à sa réflexion sur le sujet, en limitant autant que possible le côté directif de l'interrogatoire.

Le caractère individuel et l'anonymisation des entrevues a probablement permis une plus grande liberté de parole, en comparaison à un focus group où il aurait semblé difficile d'aborder certaines situations personnelles décrites.

En plus d'une trace écrite sous forme de notes, afin de relever les points forts de l'entretien, l'enregistrement audio a servi à la retranscription précise.

- Validité de l'étude

La méthodologie qualitative n'opère pas sur des données numériques.

En effet, la validité d'une méthodologie qualitative couvre alors deux aspects : la crédibilité et la validation.

La crédibilité dans cette étude a été vérifiée par la saturation des données de l'étude, obtenue lorsqu'un nouvel entretien n'apporte plus de données par rapport aux autres entretiens et la recherche de sujets pouvant avoir un point de vue différent des autres. La validation a été obtenue par un double codage réalisé par l'investigatrice et un médecin psychiatre, suivie d'une mise en commun des codes afin d'affiner la précision et de limiter le phénomène d'interprétation propre au chercheur.

- Intérêt suscité par le sujet

L'ensemble des médecins interrogés ont été intéressés par le sujet de l'enquête. C'est pour cette raison qu'il n'a pas été nécessaire d'effectuer de relances pour obtenir des entrevues.

Il s'agit d'un sujet qui concerne tous les médecins généralistes, avec des demandes de plus en plus nombreuses au regard du contexte épidémique.

b. Les limites de l'étude

- Biais de sélection

Il s'agit d'un biais méthodologique qui consiste en la sélection de personnes non représentatives des caractéristiques de la population générale que l'on veut étudier, ici les médecins de Marseille. De plus, certains médecins qui n'ont pas souhaité répondre à notre étude représentent également un biais de sélection.

- La saturation des données

Comme le veut la méthode qualitative, il n'a pas été établi de nombre de sujets nécessaires au préalable de cette enquête. Le critère de saturation a été arbitrairement choisi par l'investigatrice quand il lui a semblé qu'à l'issue de deux entretiens consécutifs il n'y avait plus de nouveaux codes créés. Néanmoins, il est permis de penser que l'interrogatoire d'autres médecins auraient pu permettre de créer d'autres codes inexplorés jusqu'alors.

- La vérification

Pour une question pratique, les entretiens une fois retranscrits, n'ont pas été corrigés ni même restitués aux médecins interrogés. Cela aurait pu apporter une plus-value en précisant certains termes, en rectifiant des dires ou encore en rajoutant des propos a posteriori après réflexion.

2. Analyse des résultats et comparaison avec la littérature

a. Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des situations psychiatriques

Après avoir mis en avant dans nos résultats la vision du rôle du médecin généraliste lors des prises en charge de situations psychiatriques et l'importance de ce rôle, nous pouvons confronter nos résultats à la littérature.

D'après l'OMS, les troubles de la santé mentale représenteront d'ici 2030 la principale cause de morbidité dans les pays industrialisés, et la seconde dans les pays en voie de développement.

Les données de la littérature mentionnent à plusieurs reprises que la santé mentale est reconnue comme une priorité de santé publique pour la plupart des médecins généralistes. L'importance de leur rôle dans la santé mentale est largement investie. Environ 30% des consultations des médecins généralistes sont consacrées à des troubles psychiatriques (essentiellement troubles dépressifs et anxieux, troubles du sommeil, addictions).

Au cours des cinq dernières années, 80% des généralistes ont été confrontés à une tentative de suicide, et près de la moitié à un suicide (18) (19)

De plus pour le patient, le rôle non stigmatisant du médecin généraliste favorise les premières demandes de consultations psychiatriques auprès de son médecin. Il est donc très souvent en premier plan et sollicité pour détecter l'urgence dans une crise suicidaire, un rôle à ne surtout pas négliger (20).

Ainsi, des consultations fréquentes et surtout des consultations à motifs urgents sont traitées en cabinet de médecine générale.

Les médecins généralistes sont donc dits « de premier recours », leur rôle est de détecter ces troubles grâce à la relation de proximité avec son patient. Cette relation de confiance favorise donc une alliance thérapeutique.

Selon plusieurs enquêtes, un grand nombre de personnes conseilleraient à un proche de consulter, alors que les trois quarts des Français ne consultent pas eux-mêmes. Les patients attendent beaucoup de leur médecin généraliste aussi bien sur une prise en charge physique que psychique.

Cette alliance thérapeutique vient répondre à l'appréhension de la stigmatisation de la demande en soins. En effet, il est parfois compliqué d'orienter un patient vers un psychologue ou un psychiatre car le patient peut avoir une image et des croyances négatives sur le domaine de la psychiatrie. Nous avons déjà été confrontés à un refus de soins de la part du patient, en affirmant « qu'il n'était pas fou » ou même « qu'il ne voulait pas être enfermé chez les fous ». (21). Cette donnée est concordante aux résultats de notre étude puisque la moitié des médecins remarquaient une augmentation de leur activité psychiatrique due à la stigmatisation.

La stigmatisation découle de nos représentations sociales. Il s'agit de la manière dont nous rassemblons, autour d'un groupe de personnes, un ensemble de stéréotypes. Nous construisons nos représentations sociales à travers notre éducation, notre environnement social et culturel, nos expériences. Elles intègrent, aussi, nos valeurs personnelles. La stigmatisation relève d'une dévalorisation de la personne, tandis que la discrimination implique une action pour lui nuire ou le mettre à l'écart. (22)(23)

La stigmatisation de la psychiatrie a été alimentée par certaines hospitalisations anciennes où il pouvait y avoir une pratique de l'enfermement, de contention, de surconsommation de médicaments et de violences physiques plus importantes que de nos jours. (24)

De plus, une expérience antérieure d'une hospitalisation « traumatisante » pour les patients peut les conduire à refuser une nouvelle prise en charge.

N'oublions pas que la psychiatrie est la seule spécialité où le médecin a le droit d'hospitaliser les patients sous contrainte. Le vécu de la mise en place d'un soin sans consentement peut être perçu par les patients comme une injustice, et très peu le ressentent comme une protection.(25)

Il faut tout de même noter que cette stigmatisation tend à disparaître et de nombreux moyens sont mis en place pour y arriver. Par exemple, le plan psychiatrique de santé mentale de 2005-2008 de l'OMS se donne une priorité de "lutter contre la stigmatisation, la discrimination et l'inégalité" et de "mieux faire comprendre l'importance du bien-être mental" en menant des campagnes d'information sur les différents troubles psychiatriques et leur repérage. (26)

Deux des rôles énumérés par les médecins généralistes de notre étude sont l'introduction d'un traitement psychotrope mais aussi le suivi psychologique.

Nous avons approfondi nos recherches bibliographiques pour comprendre la faible utilisation des psychothérapies au détriment de la prescription de psychotropes.

On note donc dans les études que les médecins ont tendance à préférer une prescription médicamenteuse qu'à faire une psychothérapie (55% VS 31%), peut-être tout simplement par manque de formation et de temps à consacrer à une psychothérapie. Les médecins généralistes ont des opinions favorables sur les psychothérapies, qu'ils estiment efficaces pour traiter les dépressions d'intensité légère à modérée. Ils pensent cependant qu'elles sont difficiles d'accès et qu'elles conviennent davantage aux patients ayant un niveau d'éducation élevée. La variété des psychothérapies est aussi une source de difficulté pour les médecins généralistes, qui reconnaissent ne pas bien savoir les distinguer. (27)

Il est rapporté que la France est le premier prescripteur européen d'antidépresseurs et d'anxiolytiques, en partie à cause d'une sur-prescription médicamenteuse par les généralistes, alors que l'HAS recommande pour des dépressions légères la psychothérapie en première intention. (28)

Après avoir évoqué la « sur-prescription » de psychotropes, il nous a semblé intéressant de rechercher dans la littérature le rôle du médecin lorsqu'il prescrit les psychotropes.

Le médecin généraliste est donc considéré comme primo prescripteur, son rôle est également de réévaluer une prescription, connaître les alternatives médicamenteuses mais surtout informer le patient des effets secondaires ou attendus de la molécule.

Dans cet article , nous avons surtout voulu mettre l'accent sur le manque d'information donné aux patients concernant les thérapeutiques lui étant administrées, qui soulève encore certainement un manque de formation...(29). Plusieurs médecins ont cité dans les entretiens une faible connaissance des substances psychotropes.

La détection des troubles psychiatriques joue un rôle primordial car il y a un nombre important de lacunes diagnostiques. En effet seulement 50% des patients ont un trouble psychiatrique non connu du médecin généraliste, ceci le reflet d'un défaut de repérage.

Nous avons donc trouvé dans cet article que la détection des troubles psychiatriques par les classifications type DSM ne sont pas toujours considérées comme adaptées à la médecine générale et les médecins préfèrent une approche symptomatologique. (30)

Le rôle premier du médecin généraliste est également un rôle de pivot, un rôle de coordonnateur en faisant appel aux psychiatres et aux réseaux de soins.

Nous avons également retrouvé grâce aux données de la littératures le rôle complexe de ces prises en charge. Ce sont d'abord des disciplines cliniques qui ne sont pas focalisées sur un organe ou une fonction, mais sur une personne.

La relation soigné/soignant fait partie intégrante de la prise en charge. La confiance permet une meilleure alliance thérapeutique et le secret médical est un élément primordial. (31)

Depuis 2001, l'OMS recommande d'intégrer le traitement des troubles mentaux au niveau des soins primaires pour que les personnes puissent bénéficier des soins nécessaires. Le médecin généraliste est donc de nouveau sollicité car lorsque ces troubles ne seront pas traités, ils engendreront des problèmes sociaux, mais aussi

économiques avec d'importants arrêts de travail chez les personnes concernées. La difficulté qui s'imposera au médecin généraliste sera l'intrication de plaintes somatiques qui pourront révéler une souffrance psychique sous-jacente et donc difficilement décelable. (24)

Enfin, dans cette dernière partie concernant le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des troubles psychiques, nous avons effectué des recherches bibliographiques sur l'augmentation des consultations due à la pandémie coronavirus. Le confinement, la mise en place de restrictions, l'impossibilité de se projeter ou même la mise en place du télétravail ont été des facteurs de fragilisation psychique. (32)

Cette épidémie a provoqué une augmentation d'arrêts de travail, une recrudescence anxiodépressive chez certains ou même des états de stress post traumatique, avec des patients qui avaient besoin d'être écoutés, et des situations compliquées à gérer en cabinet. (33)

De plus, pour les patients déjà suivis en psychiatrie l'épidémie fait redouter une dégradation de l'état de santé de ces patients qui ont une vulnérabilité liée aux comorbidités médicales comme l'augmentation des conduites addictives.

Par ailleurs, la psychiatrie fait face à une nouvelle demande : celle des mesures de prévention et de lutte contre le stress lié à la pandémie. Les médecins doivent instaurer une éducation à la santé à chaque consultation, pour rappeler leurs patients la nécessité d'une bonne hygiène de vie.

Les conséquences psychiques de la pandémie sont difficiles à prédire et dépendront de multiples paramètres individuels et collectifs (vulnérabilité préalable, durée de la quarantaine, capacités de résilience). Le caractère anxiogène de cette situation est normal mais il faut informer les patients que si ces symptômes persistent sur le long terme et engendrent des troubles de l'adaptation, anxieux, dépressifs, il faut les surveiller.

Il faut également sensibiliser le personnel soignant qui est à risque de fragilités psychiques avec le contexte de pandémie, et l'encourager à consulter s'il a besoin. (34)

b. Les difficultés des médecins généralistes lors de ces prises en charge avec des solutions envisagées.

○ Gestion d'une urgence suicidaire

En France, le suicide est responsable de plus de 11 000 morts par an.

Dans 40 à 75 % des cas, un professionnel de santé a été consulté au cours du mois précédent le décès.

Les recommandations concernent le repérage des éléments de gravité de la crise suicidaire ainsi que l'écoute active de la souffrance psychique. (21)

Dans cette première partie, nos recherches bibliographiques se sont tournées sur la recherche de moyens efficaces à mettre en place pour une meilleure prise en charge des idées suicidaires.

En effet, les résultats de notre étude montrent que pour la crise suicidaire, les structures d'urgences sont la plupart du temps connues par les médecins généralistes. Or, pour les idées suicidaires sans franche intentionnalité, le médecin généraliste se sent parfois désemparé et peu épaulé par le psychiatre. Certains semblent quand même réussir à avoir des avis spécialisés en urgence auprès des psychiatres libéraux mais cela dépend du lieu d'implantation du médecin.

Nous avons trouvé dans nos recherches de la littérature un article concernant l'instauration d'un outil d'évaluation du risque suicidaire.

Les généralistes doivent pouvoir disposer dans leur pratique quotidienne d'un outil qui soit validé en soins primaires, conçu en français, facile à manipuler, et assez rapide à appliquer pour un temps de consultation relativement court.

Il a donc été retrouvé que la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte représente une alternative intéressante au « RUD » et reste un outil plus adapté à l'exercice de la médecine générale. Cette grille consiste à évaluer le degré de planification du suicide, à vérifier la présence et l'importance des principaux facteurs de risque et de protection, puis à utiliser ensuite les premières réponses de la personne suicidaire comme « leviers d'intervention ». L'intervenant procède enfin à l'estimation finale de la dangerosité. (35)

Une autre des difficultés évidentes est le manque de temps en consultation. En quinze minutes, il semble compliqué que le médecin puisse évaluer le risque suicidaire et ainsi pratiquer une écoute active de la souffrance psychique.

L'introduction dans la nomenclature des actes en médecine générale d'une cotation spécifique en rapport avec l'utilisation d'un outil d'évaluation du risque suicidaire serait peut-être nécessaire, étant donné la complexité de cette évaluation et le temps qui doit lui être consacré. Il a d'ailleurs été démontré que la fréquence de détection des idées suicidaires par le généraliste augmente de manière significative avec l'allongement de la durée de la consultation.

Enfin, une formation à l'utilisation de l'outil administré est nécessaire. (35)

- Manque de coordination et difficulté d'orientation

Nous avons pu mettre en évidence dans notre travail qu'une des plus grosses difficultés du médecin généraliste est le manque de coordination et de coopération avec le psychiatre pour une prise en charge conjointe. Des démarches pour améliorer cette prise en charge sont élaborées activement et ont été l'objet de nos recherches bibliographiques.

Dans l'article « une démarche innovante dans l'élaboration des recommandations : la recommandation médecin généraliste-psychiatre », il est souligné le développement de recommandations de la pratique clinique concernant la coopération entre médecin généraliste et psychiatre par le CNPP-CNQSP (Conseil National Professionnel de la Psychiatrie-Collège National pour la Qualité des Soins en Psychiatrie)

C'est une structure nationale fédérative et indépendante de la psychiatrie dédiée à la qualité des soins et aux bonnes pratiques professionnelles.

L'intitulé de la recommandation est : « . . . les courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres lors de la demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique ». (36)

La pauvreté des échanges semble être le frein d'une coopération. La circulation de l'information par courrier semble être un des meilleurs moyens d'amélioration de ces prises en charge. En effet, le médecin généraliste a besoin de réponses et aussi d'argumentation sur les prescriptions faites à son patient. (21)

Nos recherches bibliographiques ont permis de mettre en évidence que la clé d'une bonne coopération et d'une bonne d'orientation est le critère d'adressage. C'est à ce moment-là que l'absence de définitions claires des rôles de médecin généraliste et de psychiatre nuit à un partenariat de qualité pour une bonne collaboration. Dans cette étude, il a été dressé une liste des éléments qui devraient figurer dans les courriers d'adressage aux psychiatres tels que les symptômes, les hypothèses diagnostiques, l'histoire médicale et psychiatrique, les suggestions ou les prescriptions médicamenteuses, mais aussi les éléments devant figurer dans le courrier adressé au médecin généraliste par le psychiatre tels que la réponse à ces questions, le projet de soin, les éléments de surveillance, les traitements, les risques évolutifs. Ces courriers échangés une fois bien codifiés devraient représenter un levier pour une meilleure coopération.

Une des études de la littérature a voulu évaluer la communication et la coordination entre les médecins traitants et les psychiatres dans le parcours de soins complexes des patients atteints de la double problématique somatique et psychiatrique. Cette étude rappelle une sur-morbi-mortalité des patients atteints de maladies psychiatriques et donc la nécessité d'un suivi effectif et global, réalisé en pluridisciplinaire. Une meilleure coordination pourrait être effectuée par la création de lieux d'exercice partagés entre médecin généraliste et psychiatres et ainsi permettre une prévention et une prise en charge des facteurs de risques de certaines pathologies. (37) En effet la surmortalité est constatée en lien avec les affections pulmonaires, les infections et les maladies cardiovasculaires. Ces affections organiques sont souvent méconnues du patient et du soignant. Il existe également de nombreux facteurs de risques chez les personnes atteintes de troubles psychiques tel le mode de vie inadapté, en particulier le tabagisme, la sédentarité et l'alimentation déséquilibrée des patients. (11) Les conséquences d'une absence de liens entre les différents intervenants (MG et spécialistes) sont dramatiques pour le patient, avec parfois une délivrance inefficace de soins, de traitements, une mauvaise planification

des soins ou même encore une divergence de perception entre généraliste et spécialiste perçue par le patient entraînant une perte de confiance de celui-ci. (38)

Le médecin traitant est le médecin le plus proche du patient, il peut savoir quels sont les comportements inhabituels de son patient et peut donc l'orienter au mieux lorsqu'il a besoin d'une prise en charge spécialisée. Il est donc important qu'un adressage par courrier ou téléphonique soit fait avant que le patient soit envoyé aux urgences.

Une étude a été menée pour évaluer si l'orientation des patients souffrant d'un trouble anxio dépressif par le médecin traitant aux urgences générales est un facteur associé à l'hospitalisation par rapport à un patient se présentant spontanément pour les mêmes troubles.

Il a été retrouvé que l'orientation par le médecin traitant aux urgences est associée à une hospitalisation et plaide en faveur d'un échange précoce entre médecins traitants et psychiatres.(39)

Plusieurs expérimentations existent pour promouvoir la collaboration médecin traitant -psychiatres tel que le dispositif de soins partagés (DSP). Le DSP permet l'élaboration d'un projet de soins avec le patient, en partenariat avec le médecin généraliste qui reste le référent du soin. Il a pour but d'améliorer l'alliance thérapeutique patient-médecin, la collaboration médecin traitant -psychiatres mais aussi de pallier la saturation des psychiatres. (39)

Le premier groupe de travail mis en œuvre dans le Groupe de coopération sanitaire (GCS) est le RPSM 78 Réseau pour la promotion de la santé mentale. Il visait à évaluer la fluidité du parcours de soin des patients présentant un trouble dépressif. Il était composé de médecins généralistes, de psychiatres libéraux et de psychiatres hospitaliers.

Trois constats ont été formulés dans le groupe :

1. Les généralistes ont une place importante dans le champ de la santé mentale.
2. La coopération entre généraliste et psychiatre est insuffisante dans le territoire.
3. L'accès aux soins spécialisés est à améliorer afin d'assurer une plus grande fluidité dans le parcours de soin de ces patients et un accès plus facile au soin le plus approprié.

Les principaux résultats ont montré que : plus de la moitié des patients sont adressés aux psychiatres trop tardivement, que les patients présentant un trouble psychiatrique représentent 15 % de l'activité globale des généralistes, que ces derniers ont besoin de collaboration et également que les psychiatres sont saturés. (40)

Les recherches dans la littérature sont conformes aux réponses des médecins données dans notre étude qualitative.

La difficulté supplémentaire à ce manque de collaboration réside également dans les difficultés d'orientation.

L'orientation vers les spécialistes semblent augmenter depuis quelques années passant de 9.7% à 14.7% et ceci reflète le rôle de pseudo « gatekeeper » du médecin traitant (30). Mais la France reste dans lequel l'adressage vers le psychiatre est le moins utilisé.

La psychiatrie est une discipline sectorisée qui rend parfois certaines structures inaccessibles.

On peut citer par exemple, les équipes mobiles, qui ne sont dédiées qu'à certains arrondissements de Marseille.

Les équipes mobiles sont pourtant un tremplin qui devrait être utilisé par les médecins généralistes. En effet, celles-ci évitent les hospitalisations et permettent un vécu moins traumatique pour le patient. Néanmoins, une certaine coopération est indispensable à la mise en place de ce système. (41)

Les objectifs de l'Équipe Mobile d'Intervention et de Liaison Intersectorielle, EMILI, sont :

D'optimiser le recours aux soins psychiatriques de patients dont l'ambivalence ne leur permet pas d'en faire la demande

De dispenser des soins intensifs à domicile qui permettent : un traitement ambulatoire intensif de la crise et une alternative à l'hospitalisation

Or ce système nécessite l'implication de la famille au domicile et celle du médecin généraliste, et tous ne sont pas spécialement intéressés.

Seuls 42,7% des médecins répondants se disent intéressés par la participation à la visite initiale conjointe avec EMILI, VAD qui aurait pour but de mettre le patient en confiance, et d'établir les rôles de chacun. La présence du généraliste pour les visites ultérieures n'est pas retenue comme nécessaire, sauf si elle est souhaitée. Il faut noter que 57,3% des répondants ne souhaitent pas participer à cette visite commune.

Les craintes et remarques évoquées par les médecins généralistes autour de cette visite, qu'ils soient intéressés ou non, sont les suivantes :

-La question du manque de temps, et du caractère chronophage de ces visites pour 68,2% des répondants
-Les difficultés d'organisation autour d'une telle visite, pour 15,7% des répondants
-Enfin, certains médecins évoquent la question de la rémunération d'un tel acte pour eux : une visite de maintien à domicile estimée à 35 euros par la Sécurité Sociale leur semble déraisonnable dans un tel cas, la visite promettant effectivement d'être longue.
(19)

L'orientation vers une psychothérapie est également une difficulté soulevée par le médecin traitant. La majorité des médecins avaient des opinions favorables vis-à-vis des psychothérapies et reconnaissaient l'efficacité de ce traitement pour traiter la dépression ; 72 % ont déclaré qu'elles constituent un traitement de la dépression au même titre que les médicaments. Les freins à l'accès aux psychothérapies les plus souvent citées par les médecins étaient le non-remboursement des consultations avec un psychologue ou un psychothérapeute (91 %), les délais trop longs d'obtention des rendez-vous avec un psychiatre (79 %) et la réticence des patients à suivre une psychothérapie (76 %). Par ailleurs, près des deux tiers des médecins ont déclaré que les psychothérapies conviennent davantage aux patients ayant un niveau d'éducation élevée qu'aux autres patients.

83% des médecins généralistes interrogés ont déclaré qu'un des critères de choix du spécialiste de santé mentale auquel ils adressent habituellement leurs patients (quelle que soit la prise en charge) est le remboursement de la consultation.

De plus dans nos résultats comme dans un article récent de la littérature, il est noté une faible coopération entre médecins généralistes et psychologues libéraux. En France, une enquête a montré que les patients se dirigeraient en premier lieu vers un psychologue lorsqu'une psychothérapie est envisagée.

Plusieurs études ont montré que la collaboration généralistes-psychologues réduisait l'utilisation des psychotropes, du coût des prises en charges et améliorerait la qualité des soins dans les troubles anxio-dépressifs. Il serait donc nécessaire de favoriser des rencontres et des interactions entre professionnels et mettre en place des projets pouvant aboutir à une meilleure coopération. Cependant une réflexion autour de cette collaboration est en cours car le secret médical entre psychologue et médecin est mal défini étant donné que le secret médical chez les psychologues est reconnu dans le

code déontologique mais non dans le code pénal. La crise sanitaire semble cependant précipiter certaines décisions que nous évoquerons dans notre dernière partie. (42)

Concernant l'orientation vers le CMP, seuls 6 % les adressent à un centre médico-psychologique (CMP). Les freins spécifiques à l'adressage au CMP les plus fréquemment cités étaient les délais d'obtention d'un rendez-vous (66 %), l'absence de retour d'information quand le patient est pris en charge en CMP (59 %), le manque de collaboration avec le CMP (57 %) ou encore la réticence des patients à consulter dans cette structure (47 %). (27)

Enfin une des difficultés d'orientation reste l'avis du patient qui est parfois imprégné par la stigmatisation des soins psychiatriques et refuse d'être orienté vers un psychiatre ou une structure psychiatrique. En effet le refus de soins est une situation fréquente en médecine générale. Pour la plupart des médecins, le refus de soins des patients était avant tout le signe d'une incompréhension ou d'une représentation négative du soin. Il s'agissait donc d'un manque d'information quant au soin proposé. Afin d'obtenir une adhésion au soin, la stratégie la plus pertinente était une approche centrée sur le patient afin d'aboutir à un compromis, même s'il ne s'agit pas d'une prise en charge médicale optimale. (43)

- Formation du médecin généraliste à la psychiatrie

Cette partie sera consacrée à la formation du médecin généraliste dans les prises en charge psychiatriques et permettra de mettre en avant les difficultés de prises en charge en partie causées par le manque de formation.

Dans notre étude qualitative, nous nous sommes donc intéressés à la formation des médecins généralistes et surtout à leur ressenti concernant leur formation afin de pouvoir les comparer avec la littérature.

Dans une des études, nous avons retrouvé que 72.5% des médecins ont bénéficié d'un stage en psychiatrie durant leur formation. 31,2 % considèrent que cette formation leur permet de bien diagnostiquer les troubles mentaux, alors que 46,1 % ont répondu moyennement. Presque la moitié des généralistes ont déclaré être moyennement capables de traiter les pathologies psychiatriques en se basant sur la formation académique en santé mentale, tandis que 36,4 % des répondants se jugent faiblement capables voire incapables.(6)

Il a été notifié de l'importance d'instaurer des programmes de formation pour les médecins (sous forme de stages, de séminaires) mais également d'approfondir la formation continue et celle de l'enseignement universitaire. Un des moyens de formation serait d'organiser des manifestations scientifiques communes entre généralistes et psychiatres afin d'améliorer le niveau de communication entre eux.

Nous avons cherché dans la littérature à mettre en évidence la place de la formation théorique et pratique à la psychiatrie au cours de l'internat de médecine générale en France. Un enseignement théorique est proposé dans 29 DMG (83 %). Son volume horaire moyen est de 10,6 heures sur les trois années d'internat. Les thématiques les plus abordées sont : addiction et dépendance (77 % des 35 DMG), souffrance psychique (49 %), trouble dépressif caractérisé et troubles anxieux (46 %).

Les médecins généralistes enseignants sont les intervenants principaux (80 %).

La totalité des DMG propose au moins un stage de psychiatrie, surtout en milieu intra-hospitalier (94 %).

La formation à la psychiatrie des internes de médecine générale est donc hétérogène. Elle est souvent faite sur la base du volontariat et donc facultative, en choisissant les stages. Mais les stages proposés sont peu représentatifs de la pratique future du généraliste. Ils sont souvent des services d'hospitalisation lourds, où l'interne de médecine générale aura le rôle de somaticien.

Cette formation gagnerait à être modernisée en proposant de nouveaux outils pédagogiques tels que des vidéos, des enseignements par des spécialistes psychiatres et davantage de stages ambulatoires (44)

La formation des internes reste au cœur de l'actualité avec la parution récente du décret relatif à la réforme du troisième cycle des études de médecine : 2 stages en ambulatoire + l'évolution des plates-formes pédagogiques vers un format plus numérique et surtout national. (15)

Cependant en 2018, après la réforme du DES et la mise en place du SASPAS, l'ajout d'un stage de psychiatrie, avait été suggéré par Agnès Buzyn. Toutefois lors d'un sondage 44 % des participants sont « contre ». La réalisation de ce stage devrait être optionnelle et dépendre du projet professionnel. De plus, si cette formation à la psychiatrie vient à être imposée, les internes de médecine générale optent majoritairement pour une journée de consultation de psychiatrie par semaine (intégrée au stage de SASPAS) car les internes pensent qu'un stage en hospitalier risquerait de leur attribuer un rôle de somaticien plutôt qu'un apprentissage du soin en santé mentale. (45)

Un des rôles des médecins généralistes est également la rédaction d'un certificat. Les médecins généralistes sont à l'origine de nombreuses mesures de soins psychiatriques sans consentement. Ce certificat implique une lourde décision médicale et le médecin se doit de reconnaître les critères médicaux qui engendrent cette hospitalisation et de rédiger un contenu clinique correct pour le certificat. Dans une étude nous avons trouvé que les syndromes comportementaux (comme agressivité, trouble du comportement, agitation) apparaissent davantage dans les certificats des médecins non-psychiatres alors qu'il ne s'agit pas en soi, surtout s'ils sont isolés, d'un critère de soins psychiatriques sans consentement. De plus, les symptômes comportementaux sont peu spécifiques d'une maladie psychiatrique et peuvent se rencontrer dans d'autres affections somatiques infectieuses ou neurologiques et doivent faire partie du diagnostic différentiel. (46)

Une formation serait donc nécessaire à la bonne rédaction d'un certificat.

Un des moyens d'enseignement une fois le médecin en activité est le DPC, que beaucoup d'entre eux utilisent.

Nous avons trouvé dans nos recherches bibliographiques également la formation des médecins généralistes par des groupes d'échanges de pratiques entre pairs sur les thèmes psychiatriques de leur choix. (47)

Les médecins généralistes sont la plupart du temps demandeurs de formations complémentaires sur les différents types de psychothérapie et leurs indications (82 %), la pratique du soutien psychologique par le médecin (78 %), l'orientation des personnes souffrant de dépression (76 %) et la gestion des demandes de médicaments psychotropes des patients (76 %). (27)

Les pistes sont nombreuses pour améliorer la formation des médecins généralistes en psychiatrie mais prennent du temps à se mettre en place. Des pistes sont à approfondir notamment les nouvelles technologies de l'information et de la communication qui pourraient offrir des outils d'enseignement innovants.

c. Les solutions évoquées par les médecins généralistes pour améliorer ces prises en charge

La dernière partie sera consacrée aux recherches de perspectives évoquées dans la littérature pour améliorer les prises en charge des troubles psychiques en cabinet de médecine générale.

Une des principales difficultés soulevées par le médecin généraliste est la gestion du temps de consultation et la disponibilité à l'écoute qui sont souvent limitées par une charge de travail importante. (6)

En effet, un temps de consultation de quinze minutes pour un patient en détresse psychique semble beaucoup trop court. Il a été évoqué la mise en place d'un outil pertinent en médecine générale qui soit validé en soins primaires facile à manipuler pour évaluer le risque suicidaire. Il faudrait également penser à une nomenclature des actes avec une cotation spécifique en rapport avec l'utilisation de cet outil qui engendre une complexité et une durée de consultation augmentée. (35)

Il pourrait être envisagé l'ouverture d'une plage de consultation nommée « consultation psychologique » d'une durée plus longue avec une cotation différente. Ceci permettrait au patient de se sentir plus écouté grâce à un temps de consultation plus adapté. Ainsi le médecin se sentirait moins limité dans le temps et pourrait donc détecter des troubles, et mettre en œuvre des thérapeutiques non médicamenteuses.

En effet, une revalorisation de certaines consultations en médecine générale est évoquée à plusieurs reprises dans la littérature. Le médecin généraliste joue un rôle central de liaison avec les établissements de soins, les services médicaux sociaux et les autres professionnels de santé et ses fonctions spécifiques d'orientation et de coordination qui peuvent parfois être chronophages mériteraient d'être revues sur le plan de la rémunération. (31)(28)

Concernant la formation théorique, des enseignements dirigés interactifs ou des temps de réflexions autour de cas cliniques se sont développés au sein des DMG. Des perspectives d'enseignements par des cas cliniques vidéos, des serious games, logiciels combinant aspects sérieux et ressorts ludiques issus du jeu vidéo pourraient permettre une simulation d'entretiens psychiatriques.

L'utilisation d'avatars permettrait des mises en situations cliniques pratiques pour les étudiants.(44)

Le site Internet MG-psy, développé par une équipe de l'INSERM spécialisée en épidémiologie psychiatrique, a pour vocation de fournir des informations aux médecins sur les problèmes de santé mentale et leurs traitements. (48)

Nous avons également trouvé dans la littérature un outil d'aide pour le médecin généraliste.

Un logiciel gratuit et en libre accès CERT'IN©, son objectif est de proposer au praticien une aide à la rédaction du certificat médical initial pour les mesures de soins psychiatriques sans consentement. L'outil informatique permet en effet, à partir du recueil d'informations cliniques et administratives par le clinicien, d'automatiser la rédaction d'un certificat médical initial adapté à la situation et répondant à l'ensemble des exigences de la loi. Il est disponible sur ce lien : <https://www.f2rsmpsy.fr/cert-in.html>.(49)

Il existe également un outil d'aide mis en place pour le médecin généraliste, le site psychopharma.fr qui permet en fonction de la pathologie du patient, de l'âge et du terrain, de fournir une prise en charge thérapeutique. (50)

Dans la littérature, certains praticiens ont évoqué des solutions à une meilleure prise en charge des patients souffrant d'un trouble psychique.

Les médecins proposaient la constitution de « véritables réseaux » de proximité, permettant un « vrai travail en collaboration », avec une communication efficace.

Il a été également mentionné, comme changements souhaitable, la remise en cause de la sectorisation psychiatrique, vécue comme un archaïsme.

Les médecins ont également milité pour la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiatriques, perçue comme un obstacle conséquent aux soins.

Il a été également soulevé la demande de l'augmentation de l'offre de traitements non pharmacologiques avec une aide au remboursement des soins de psychologues et psychanalystes.

Enfin, une reconnaissance et une définition précises des rôles et tâches des différents intervenants sont demandées par les médecins pour parvenir à une complémentarité. Concernant la demande d'outils pratiques pouvant les aider, un annuaire des intervenants sociaux médicaux disponibles, un circuit de consultation rapide sur demande du généraliste, la création d'un « SAMU psychiatrique » et d'un numéro de conseil type « numéro vert » dédié aux professionnels était notable.

Une rémunération adaptée de ces consultations longues étaient demandées car la remise en cause actuelle de l'intérêt des traitements médicamenteux rend d'autant plus urgente cette réflexion et l'absence de rémunération de ces consultations longues chez le généraliste facilite aussi cette option médicamenteuse. (51)(28)

Concernant les perspectives de remboursement d'une consultation chez un psychologue, elles ont évolué rapidement depuis le début de la crise sanitaire.

Il a d'abord été mis en place depuis 2018 un projet expérimental mené dans trois départements français (Bouches-du-Rhône, Haute Garonne et Morbihan).

C'est un projet de prise en charge par l'assurance maladie de la psychothérapie en ville pour les patients présentant des troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée. La psychothérapie est prescrite par le médecin traitant et la prise en charge est faite par un psychologue agréé de l'ARS. Des critères d'inclusions sont donc remis au médecin généraliste avec des outils d'aide à l'inclusion tels que les échelles PHQ9 et GAD 7. Un graphique d'échange et de concertation est donc remis au médecin généraliste. Seuls les psychologues cliniciens inscrits au répertoire ADELI et les psychothérapeutes agréés par les ARS pouvaient participer au dispositif. Le psychologue doit alors remplir une feuille de soins en transmettant l'ordonnance de prescriptions des séances du médecin généraliste traitant. Les tarifs imposés sont sans dépassement et une grille de tarifs est envoyée aux psychologues.(52)

Le 22 mars 2021 la Fédération Française de l'Assurance (FFA), le Centre Technique des Instituts de Prévoyance (CITP) et la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF) ont annoncé que les mutuelles devraient prendre en charge 4 séances chez le psychologue du 22 mars au 31 décembre 2021 dans la limite de 60€ par consultation.

Cette annonce fait suite à l'étude de la DREES montrant que la crise sanitaire ainsi que les multiples confinements ont un effet sur la santé psychologique des Français. Concrètement, la mutuelle peut rembourser 4 consultations chez le psychologue si :

- La séance est effectuée entre 22/03/2021 et le 31/12/2021
- Le psychologue choisi doit être identifié par un numéro ADELI (53)

Il est enfin annoncé fin septembre 2021, un remboursement des consultations chez le psychologue pour l'ensemble de la population française sans restriction d'âge ni de ressources par la sécurité sociale à partir de 2022. La prise en charge prendra la forme d'un forfait de plusieurs consultations, renouvelable au besoin à condition d'avoir une prescription médicale. Ce remboursement est déjà en place dans plusieurs pays d'Europe.(54)

Enfin une des perspectives d'une meilleure prise en charge des troubles psychiatriques est la formation d'un public large.

Cette solution a été évoquée lors d'une étude Covidprev menée par la santé publique de France qui révèle une prévalence des états dépressifs majorés avec le contexte épidémique.

Pour la Fondation de France, la santé mentale est donc plus que jamais l'affaire de tous c'est pourquoi elle soutient dans la durée des programmes destinés à accompagner et à protéger tous les publics en souffrance. L'objectif serait de former un grand nombre d'acteurs pour accroître les connaissances du public et la capacité à reconnaître les personnes souffrant de troubles psychiques et ainsi déstigmatiser les troubles de la santé mentale en les mettant sur le même plan que les problèmes physiques. (2)

CONCLUSION

Le médecin généraliste semble détenir une place prépondérante dans les prises en charge des souffrances psychiques étant donné les sollicitations qu'il reçoit, aussi bien des patients que des autres acteurs de soins.

Le but de notre étude a été de mettre en évidence des difficultés soulevées par les médecins généralistes marseillais dans leur pratique quotidienne. Celles-ci ont été confirmées par nos recherches bibliographiques et semblent se généraliser à l'ensemble du territoire.

Nous avons réalisé une étude qualitative afin d'interroger les médecins marseillais et surtout les laisser librement s'exprimer sur les solutions envisagées.

Les pistes d'améliorations, obtenues par nos résultats et la littérature, évoquent la nécessité d'une augmentation du temps des consultations et de la rémunération avec la possible introduction d'outils diagnostics reproductibles, mais aussi de l'importance d'un adressage bien codifié avec des correspondants plus disponibles.

Mon expérience personnelle en tant qu'interne aux urgences psychiatriques de la Timone m'a également permis d'agrémenter et d'orienter mon questionnaire sur les difficultés du médecin. Il me semblait donc important d'avoir le regard de la psychiatrie sur la coordination psychiatre / généraliste pour réaliser ce travail et ainsi en tirer profit pour améliorer ma pratique.

En complément de cette étude fondée sur le ressenti et les difficultés des médecins généralistes, on pourrait envisager une étude parallèle en interrogeant les psychiatres libéraux afin d'avoir leur propre vision sur la coordination médecins généralistes / psychiatres et également leurs solutions proposées. Ceci permettrait de comparer les demandes et les attentes de chacun et d'aboutir à une mise en place de la coordination des soins optimale.

BIBLIOGRAPHIE

1. Troubles mentaux [Internet]. [cité 1 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. Développer les premiers secours en santé mentale [Internet]. 2020 [cité 1 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.fondationdefrance.org/fr/developper-les-premiers-secours-en-sante-mentale>
3. Les maladies psychiques : enjeu de santé, enjeu de société [Internet]. 2018 [cité 1 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.fondationdefrance.org/fr/les-maladies-psychiques-enjeu-de-sante-enjeu-de-societe>
4. La-place-du-MG-dans-le-parcours-de-soin-en-sante-mentale.pdf [Internet]. [cité 1 juin 2021]. Disponible sur: <https://apimed-pl.org/contenu/uploads/2019/10/La-place-du-MG-dans-le-parcours-de-soin-en-sante-mentale.pdf>
5. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt J-L. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». Inf Psychiatr. 12 juin 2014;Volume 90(5):311-7.
6. Tabril T, Chekira A, Housni Touhami YO, El Allani L, Najid I, Hammani Z, et al. Le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des pathologies psychiatriques. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. juin 2020;68(3):185-92.
7. Chiffres clés : Psychiatre [Internet]. Profil Médecin. 2019 [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-psychiatre/>
8. 2017-064R-Tome_II_annexes.pdf [Internet]. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2017-064R-Tome_II_annexes.pdf
9. sides:ref:psy:item_60 [Wiki-SIDES] [Internet]. [cité 2 juin 2021]. Disponible sur: http://wiki.side-sante.fr/doku.php?id=sides:ref:psy:item_60
10. Provence-Alpes E, D'Azur C. INVENTAIRE DES STRUCTURES DE PSYCHIATRIE ET DES STRUCTURES EN LIEN AVEC LA PSYCHIATRIE. :63.
11. Aubriet S, Fau L. Santé mentale et santé globale : pour une vision commune, une approche de la complexité. Inf Psychiatr. 19 août 2021;Volume 97(6):491-6.
12. Impact de la Covid 19 sur la santé psychique. Bull Académie Natl Médecine. févr 2021;205(2):97-8.
13. THE NEW DEFINITIONS 2002.pdf [Internet]. [cité 4 juin 2021]. Disponible sur: <http://www.aile.net/sunum/dersnot/fame/module1/pres1/pres1europeandef.pdf>

14. L'approche par compétences - CGEOI | Collège des Généralistes Enseignants de l'Océan Indien [Internet]. [cité 4 juin 2021]. Disponible sur: <http://www.cgeoi.fr/enseignement/l-approche-par-competence/>
15. Fovet T, Amad A, Geoffroy PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *Inf Psychiatr.* 12 juin 2014;Volume 90(5):319-22.
16. Méthodologie de la recherche qualitative. :26.
17. [guide_theorisation_ancree.pdf](#) [Internet]. [cité 21 juill 2021]. Disponible sur: https://cfrps.unistra.fr/fileadmin/uploads/websites/cfrps/Recherche/ressources_utles_pour_recherche/guide_theorisation_ancree.pdf
18. THE NEW DEFINITIONS 2002. :35.
19. Ramonet DM. MISE EN PLACE DE L'EQUIPE MOBILE D'INTERVENTION ET DE LIAISON INTERSECTORIELLE (EMILI) : UNE DEMARCHE TOURNEE VERS LE PARTENARIAT MEDECINS GENERALISTES ET PSYCHIATRIE DE SECTEUR. :60.
20. Admin A. Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ? – Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale [Internet]. *Psychiatrie et Santé Publique.* 2011 [cité 13 juill 2021]. Disponible sur: <https://planpsy2011.wordpress.com/2011/12/21/quelle-cooperation-entre-medecins-generalistes-et-secteurs-de-psychiatrie-mission-nationale-dappui-en-sante-mentale/>
21. [216-2-aubinauger.pdf](#) [Internet]. [cité 28 juill 2021]. Disponible sur: https://medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/216-2-aubinauger.pdf
22. La stigmatisation et les discriminations - Psycom - Santé Mentale Info [Internet]. <https://www.psycom.org/>. [cité 16 juill 2021]. Disponible sur: <https://www.psycom.org/comprendre/la-stigmatisation-et-les-discriminations/>
23. Lamboy B, Saïas T. Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Une synthèse de la littérature. *Wwwem-Premiumcomdatarevues00034487v171i2S0003448712001552* [Internet]. 7 mars 2013 [cité 4 juin 2021]; Disponible sur: <https://www-em-premium-com.lama.univ-amu.fr/article/792489/alertePM>
24. Funk M, Benradia I, Roelandt J-L. Santé mentale et soins de santé primaires : une perspective globale. *Inf Psychiatr.* 12 juin 2014;Volume 90(5):331-9.
25. Rossini K, Verdoux H. Étude du vécu et de la compréhension par les patients hospitalisés sans consentement de l'audience devant le juge des libertés et de la

détention. *L'Encéphale*. sept 2015;41(4):332-8.

26. *Evaluation_du_Plan_psychiatrie_et_sante_mentale_2005-2008.pdf* [Internet]. [cité 16 juill 2021]. Disponible sur: [https://solidarites-](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_Plan_psychiatrie_et_sante_mentale_2005-2008.pdf)

[sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_Plan_psychiatrie_et_sante_mentale_2005-2008.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Evaluation_du_Plan_psychiatrie_et_sante_mentale_2005-2008.pdf)

27. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. *Inf Psychiatr*. 12 juin 2014;Volume 90(5):341-52.

28. Sladana P. Haute Autorité de santé. 2017;45.

29. Galland D, Taillefer B. Informations données par le praticien primo-prescripteur d'un traitement antidépresseur à son patient : étude comparative entre les médecins généralistes et les psychiatres sur un secteur de psychiatrie adulte. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. juill 2017;175(6):546-50.

30. Norton J, David M, Gandubert C, Bouvier C, Gutierrez L-A, Frangeuil A, et al. Détection par le médecin généraliste des troubles psychiatriques courants selon l'auto-questionnaire diagnostique le Patient Health Questionnaire : dix ans après, le dispositif du médecin traitant a-t-il modifié la donne ? *L'Encéphale*. févr 2018;44(1):22-31.

31. Gallais J-L. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. *Inf Psychiatr*. 12 juin 2014;Volume 90(5):323-9.

32. Impact de la Covid 19 sur la santé psychique. *Bull Académie Natl Médecine*. févr 2021;205(2):97-8.

33. Covid-19 : les arrêts de travail ont augmenté de 30% entre janvier et mai 2021 [Internet]. Franceinfo. 2021 [cité 11 oct 2021]. Disponible sur:

https://www.francetvinfo.fr/replay-radio/c-est-mon-boulot/covid-19-les-arrets-de-travail-ont-augmente-de-30-entre-janvier-et-mai-2021_4753925.html

34. Chevance A, Gourion D, Hoertel N, Llorca P-M, Thomas P, Bocher R, et al. Assurer les soins aux patients souffrant de troubles psychiques en France pendant l'épidémie à SARS-CoV-2. *L'Encéphale*. juin 2020;46(3):S3-13.

35. Peyron P-A, David M. Les outils cliniques d'évaluation du risque suicidaire chez l'adulte en médecine générale. *Presse Médicale*. juin 2015;44(6):590-600.

36. Bensoussan M. Une démarche innovante dans l'élaboration d'une recommandation : la recommandation médecin généraliste–psychiatre. *Ann Méd-*

Psychol Rev Psychiatr. févr 2013;171(1):31-3.

37. Cohen IB, Halkoum R, Fau L. La communication et la coordination entre médecins traitants et psychiatres – Inexistante ? Inf Psychiatr. 19 août 2021;Volume 97(6):481-9.

38. Full Text PDF [Internet]. [cité 18 déc 2020]. Disponible sur: https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=INPSY_9005_0359&download=1

39. Chrétien P, Caillet P, Bouazzaoui F, Kaladjian A, Younes N, Sanchez S. L'orientation des patients souffrant d'un trouble dépressif aux urgences psychiatriques par le médecin traitant est-elle associée à la décision d'hospitalisation : étude observationnelle. L'Encéphale. févr 2019;45(1):46-52.

40. Hardy-Baylé M-C, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? Inf Psychiatr. 12 juin 2014;Volume 90(5):359-71.

41. Netgen. Alternatives à l'hospitalisation psychiatrique [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 20 nov 2020]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2019/RMS-N-658/Alternatives-a-l-hospitalisation-psychiatrique>

42. Vergès Y, Vernhes S, Vanneste P, Braun É, Poutrain J-C, Dupouy J, et al. Collaboration entre médecins généralistes et psychologues en libéral. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. août 2021;S0003448721002560.

43. Lelievre C, Lasserre C, Jarde O, Manaouil C. Le ressenti de médecins généralistes face au refus de soins des patients : une étude qualitative. Éthique Santé. mars 2020;17(1):44-51.

44. Bez C, Lepetit A. Formation à la psychiatrie des internes de médecine générale en France : résultats d'une enquête nationale. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. janv 2018;176(1):48-54.

45. Une quatrième année pour le DES de médecine générale ? Les internes pas fans ! [Internet]. Le Quotidien du Médecin. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.lequotidiendumedecin.fr/internes/etudes-medicales/une-quatrieme-annee-pour-le-des-de-medecine-generale-les-internes-pas-fans>

46. Godet T, Niveau G. Admission en soins psychiatriques sans consentement : place du médecin généraliste dans la rédaction du certificat médical initial. Rev Médecine Légale. mai 2019;10(2):50-6.

47. Vouziers (08) GA de. Place de la psychiatrie dans la réflexion d'un cercle de qualité de médecins généralistes ruraux. *Inf Psychiatr.* 19 août 2021;Volume 97(6):457-63.
48. MG-psy [Internet]. [cité 11 août 2021]. Disponible sur: <http://www.mg-psy.org/>
49. Fovet T, Horn M, Dujardin-Lascaux V, Danel T, Thomas P, Vaiva G, et al. CERT'IN© : un logiciel libre d'aide à la rédaction du certificat médical initial pour les mesures de soins psychiatriques sans consentement. *Presse Médicale.* nov 2019;48(11):1329-30.
50. P-Sciences. PsychoPharma.Fr [Internet]. PsychoPharma.Fr. [cité 13 oct 2021]. Disponible sur: <http://www.psychopharma.fr>
51. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret F, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *L'Encéphale.* 1 juin 2010;36:D73-82.
52. AssuranceMaladie-Guide-pour-psycho-Remboursement-actes.pdf [Internet]. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <http://www.psychologues-psychologie.net/attachments/article/506/AssuranceMaladie-Guide-pour-psycho-Remboursement-actes.pdf>
53. Remboursement des consultations de psychologie : comment ça marche ? [Internet]. La Mutualité Française. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.mutualite.fr/actualites/remboursement-des-consultations-de-psychologie-comment-ca-marche/>
54. Santé mentale : vers un remboursement des consultations chez le psychologue en 2022 [Internet]. midilibre.fr. [cité 28 sept 2021]. Disponible sur: <https://www.midilibre.fr/2021/09/28/sante-mentale-les-consultations-chez-le-psychologue-remboursees-par-la-mutuelle-en-2022-9818202.php>

ANNEXES

ANNEXE 1

ENTRETIEN SEMI DIRIGE :

Prise en charge des patients souffrant de troubles psychiques en médecine générale : étude qualitative du ressenti des médecins marseillais sur leur rôle et leurs difficultés afin d'améliorer leur pratique.

Population

Sexe :

- Homme
- Femme

Age

Situation familiale :

- Célibataire
- Marié
- Concubinage
- Divorcé
- Veuf
- Enfants à charge

A quel endroit exercez-vous ?

- Milieu urbain
- Milieu semi-rural
- Milieu rural

Quelle est votre mode d'exercice professionnel ?

- Remplacement
- Seul
- En groupe libéraux
- En maison de santé pluridisciplinaire

Depuis combien de temps exercez-vous ?

En quelle année avez-vous été thésé ?

QUESTIONNAIRE

1 / **Combien** de consultations psychiatriques (*anxiété, trouble de l'humeur, burn out, trouble de l'humeur, trouble du sommeil, trouble psychotique*) réalisez-vous en une semaine ?

(*Plus de 30 , Entre 20 et 30, Entre 10 et 20, Moins de 10*)

2/ Avez-vous déjà bénéficié d'une **formation** particulière en psychiatrie durant votre cursus ?

(*Stage en tant qu'interne ? DU ? Conférences ou séminaires ?*)

3/ Comment qualifieriez-vous le **rôle** des médecins généralistes dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux ?

(*Diagnostic des troubles mentaux ? Prescription et Renouvellement des médicaments liés à la pathologie mentale ? Faire de la psychothérapie ? Suivi du patient une fois que le diagnostic est posé pour prévenir la rechute ? Orienter le patient vers une structure psychiatrique ou vers un spécialiste en libérale ?*)

4/ Quelles sont les **difficultés** que vous rencontrez lors de la prise en charge de situations psychiatriques en cabinet de médecine générale ?

(Manque de temps à dédier aux consultations psychiatriques ? Manque de connaissances et de pratique ? Appréhension sur la prescription des thérapeutiques)

5/ Quel est votre **démarche lorsque vous diagnostiquez** un trouble psychiatrique (en fonction de la sévérité) ?

(Appeler un confrère psychiatre pour prendre un avis ? Utilisation de questionnaire type hamilton ou autres ? Envoyer aux urgences psychiatriques ? Réaliser une demande en clinique ? Essayer de re convoquer le patient après lui avoir prescrit une thérapeutique afin d'éclaircir votre diagnostic ?)

6/ Comment gérez- vous **des idées suicidaires** en consultation ?

(Quelle est votre démarche thérapeutique ? Quelles sont vos craintes et vos difficultés ?)

7/ Avez-vous déjà initié un **soin sans consentement** dans votre carrière de médecin généraliste ?

(Si oui, quelles ont été vos difficultés ? Savoir le rédiger ? savoir quand définir l'indication de mettre en place un soin sans consentement ?)

8/ Quelles sont vos craintes lors de la **prescription de psychotropes** ?

(Mauvaise connaissance des molécules et de leur indication ? Peur de surdosage, de dépendance, de prescription abusive ? Surveillance des EI ?)

9/ Connaissez-vous les différentes **structures** existantes qui s'offrent aux patients souffrant de troubles mentaux à Marseille ? et les alternatives à l'hospitalisation en secteur ?

(CMP ? CSAPA ? CACC ? Clinique ? Lieu de Répit ? ULICE ? CUMP ?)

10/ **Revalorisez-vous** vos consultations psychiatriques ? (Cotations ?)

(Si oui par quel moyen ?)

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence régionale de santé

CMP : Centre Médico psychologique

CNAMTS : caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CPP : Comités de Protection des Personnes

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement de prévention en addictologie

DES : Diplôme d'étude spécialisée

DMG : Département de médecine générale

DPC : Développement professionnel continu

DRESS : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

GAD: Generalized Anxiety Disorder

HAS: Haute Autorité de Santé

HDJ : hôpital de jour

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

MG : Médecin Généraliste

OMS : Organisation Mondiale de la santé

PEC : prise en charge

PHQ : Patient health questionnaire

RUD : Risque Urgence Dangerosité

SAMU : Service d'aide médicale urgente

SASPAS : Stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée

ULICE : Unité Locale d'Intervention de Crise et d'Évaluation

VAD : Visite à domicile

WONCA: World Organization of National Colleges Academies and Academic Associations of General Practitioners

“Au moment d’être admis 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 dans l’intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j’y manque.”



EMMANUELLE PICOT

PRISE EN CHARGE DES PATIENTS SOUFFRANT DE TROUBLES PSYCHIQUES EN MÉDECINE GÉNÉRALE : ÉTUDE QUALITATIVE DU RESENTI DES MÉDECINS MARSEILLAIS SUR LEUR RÔLE ET LEURS DIFFICULTÉS AFIN D'AMÉLIORER LEUR PRATIQUE.

DIRECTEURS DE THÈSE : Dr HO Sonia et Dr THERY Didier

Soutenance le 10 décembre 2021

Faculté des Sciences Médicales et Paramédicales, Marseille

RÉSUMÉ

Les troubles psychiques représentent des motifs de consultations fréquents en médecine générale. Il s'agit d'un véritable enjeu de santé publique avec un taux de mortalité augmenté chez les patients atteints de pathologies psychiatriques.

Le principal acteur du dépistage de ces souffrances psychiques reste le médecin généraliste, médecin de première ligne et coordinateur des soins primaires.

Nous avons donc réalisé une étude qualitative du ressenti des médecins généralistes marseillais sur leur rôle et leurs principales difficultés, afin de mettre en avant des solutions pour effectuer une meilleure prise en charge.

Les difficultés soulignées dans notre étude ont été le manque : de coordination, de formation, de temps et de revalorisation.

Les pistes d'amélioration, obtenues par nos résultats et la littérature, évoquent la nécessité d'une augmentation du temps des consultations et de la rémunération avec la possible introduction d'outils diagnostics reproductibles. Mais aussi de l'importance d'un adressage bien codifié avec des correspondants plus disponibles.

Les pratiques quotidiennes sont à perfectionner compte tenu d'une santé mentale affaiblie. Ces problématiques attirent une attention particulière auprès des acteurs de soins primaires.

MOTS-CLES

Médecin généraliste, psychiatrie, soins primaires, coordination des soins, troubles psychiques, stigmatisation.