



UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

Année de soutenance : 2020

N° : 252

**THESE PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE**

**DIPLOME D'ETAT
SPECIALISATION MEDECINE GENERALE
PAR**

Mme EGLY Rébecca
Née le 20.08.1988 à Guebwiller

**FREINS A L'ADRESSAGE EN PSYCHOTHERAPIE DES PATIENTS DEPRIMES
PAR LES MEDECINS GENERALISTES D'ALSACE.**

PRESIDENT DE THESE : Monsieur le Professeur Fabrice BERNA, professeur de psychiatrie au centre hospitalier universitaire de Strasbourg.

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Olivier Halleguen, psychiatre au centre hospitalier d'Erstein.



1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

Edition SEPTEMBRE 2020
Année universitaire 2020-2021

HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)
Directeur général :
M. GALY Michaël

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (2001-2011) M. LUDES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Hélène Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO218

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / PO170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales - Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric P0213	NRP6 NCS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
BONNEMAINS Laurent M0099 / PO215	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabil P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0013 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe P0199	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale. option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François P0216	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu P0208	NRP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option : Hématologie
GALLIX Benoit P0214	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick P0200	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard P0066	RP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP6 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
Mme HELMS Julie M0114 / P0209	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HERBRECHT Raoul P0074	RP6 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoît P0078	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence P0201	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges P0081	RP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie (Option : Addictologie)
LANG Hervé P0090	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent P0092	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne M0102 / P0217	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de la main / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Hématologie et d'Oncologie / Hôpital de Hautepierre	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline P0210	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute pierre • Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie • Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Haute pierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric M0111 / P0218	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael P0211	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne P0204	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute pierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR / HP	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDP	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Haute pierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute pierre	49.02 Neurochirurgie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute pierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SANANES Nicolas P0212	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud P0183	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude P0147	RPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	RPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
STEIB Jean-Paul P0149	NRPô CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRPô NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS CS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRPô NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0207	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordinateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - Service Neurovasculaire / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Hautepierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil

* : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

Pô : Pôle

RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur

(1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017

(3)

(8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017

(5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017

(6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES			
HABERSETZER François	CS	Pôle Hépatodigestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
CALVEL Laurent	NRP6 CS	Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
SALVAT Eric		Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur	

MO135 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie
Mme AYME-DIETRICH Estelle M0117		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme BUND Caroline M0129		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et imagerie moléculaire (ICANS)	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto M0118		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
Mme CEBULA Hélène M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
DALI-YOUCEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DELHORME Jean-Baptiste M0130		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
DEVYS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKELACKER Véra M0131		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02 Physiologie (option clinique)
GANTNER Pierre M0132		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- Virologie biologique
GRILLON Antoine M0133		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien M0125		• Pôle de Spécialités médicales - Ophthalmologie / SMO - Service de Médecine interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura M0119		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hôpital de Haute-pierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
KOCH Guillaume M0126		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata M0134		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Hautepierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina M0127		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PENCREAC'H Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFAFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme PORTER Louise M0135		• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hautepierre	47.01 Hématologie ; transfusion (type mixte : Hématologie)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SCHEIDCKER Sophie M0122		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Hautepierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie M0128		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHE Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
---------------------	-------	---	---

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Pr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
Dr LORENZO Mathieu		

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dre BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre SANSELMÉ Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGÉ, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP6 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA - Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP6 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP6 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP6 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP6 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP6 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP6 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o *de droit et à vie (membre de l'Institut)*
CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o *pour trois ans (1er septembre 2018 au 31 août 2021)*
Mme DANION-GRILLIAT Anne (Pédopsychiatrie, addictologie)
- o *pour trois ans (1er avril 2019 au 31 mars 2022)*
Mme STEIB Annick (Anesthésie, Réanimation chirurgicale)
- o *pour trois ans (1er septembre 2019 au 31 août 2022)*
DUFOUR Patrick (Cancérologie clinique)
NISAND Israël (Gynécologie-obstétrique)
PINGET Michel (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques)
Mme QUOIX Elisabeth (Pneumologie)
- o *pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)*
KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)
KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2021)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017 / 2017-2018)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2010-2011 / 2011-2012 / 2013-2014 / 2014-2015)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017 / 2017-2018)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)

(* 4 années au maximum)

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

Remerciements

A Monsieur le Professeur Fabrice Berna,

Vous avez promptement répondu à ma demande de présidence de jury, ainsi qu'aux multiples emails organisationnels en ces temps particuliers. J'en suis honorée, et vous remercie sincèrement.

A Monsieur le Professeur Gilles Bertschy, et au Docteur Mathieu Lorenzo,

Un grand merci d'avoir répondu positivement, et de prendre de votre temps pour évaluer mon travail. Je vous en suis reconnaissante.

Au Docteur Olivier Halleguen,

Merci d'avoir encadré et dirigé mon travail. Mais au-delà, de m'avoir introduit à la psychiatrie lors de mon internat. Merci de prendre au sérieux la transmission du, ou des savoirs. Je ne me souviens pas d'une rencontre, ou d'un appel téléphonique ou je ne suis pas ressortie un soupçon plus érudit(e).

A ma Mère, pour ton amour & tes encouragements. This long-awaited moment is finally here. Can you believe it ? Merci pour ton authenticité, et parce-que tu n'arrêtes jamais d'évoluer. Marshall et Thomas seraient fiers de nous :)

A mon Père, d'avoir toujours cru en moi, et encouragé quoi que je fasse. Merci !

A ma Sœur, David, Zoé, Paolo, Kiara. Bettina, à ces innombrables coups de fils qui auront parsemé ma décennie médicale : les inputs, les débriefings, et j'en passe. Merci pour ton soutien, ton amitié, ta présence à mes côtés ! No other one like you !

David, pour ta créativité débordante, et de « funkiser » notre famille !
Zoé, Paolo, Kiara, quand j'ai commencé médecine, vous n'étiez pas encore là... mais qu'est-ce que c'est mieux avec vous ☺ Merci d'être des neveux géniaux !

A ma Grand-Mère, Nan, for being this Lady with a capital L. If I made it this far, it's probably thanks to your PG tips & spice cake. I love you dearly.

A mon Grand-Père, Dad, pour cet exemple de persévérance et de foi.

A Sun, pour ton amitié sans faille, cadeau du ciel.

A Debora et Tayeb Hasnaoui, car sans vous je ne serais probablement pas là aujourd'hui.

A mes Colocatrices, que je n'ai pas cherché, mais qui ont été comme déposées sur ma route, comme des grâces : Noémie (pour ton authenticité et ta rage créative), Célie (tu vis tes rêves et m'inspire), Yannie (still have your rice cooker), Susie (for your calm an steadiness, for your genuine heart), Lizzie (pour ton amitié aussi douce que le miel), Nolly (my african British Blondie. You inspire me over and beyond), and JoAnn (pour ton courage, de tout quitter pour vivre dans une autre culture, indéfiniment.)

Chacune de vous m'a marqué de manière indélébile. Je suis tellement reconnaissante de vous avoir rencontré. Merci pour ces temps de vie partagé !

Aux Filles de Saint-Marc, là aussi surprise de la vie : Lee, Celie, Violaine, Naomi, Noémie, Jessye.

Violaine, ma collègue du NHC pendant un court moment. Merci pour ta porte toujours ouverte, et ton amitié précieuse !

Naomi, merci pour tes mots, qui sont parmi mes + beaux cadeaux !

Jessye, pour tes perspectives sur ma vie, ta pertinence :) tu élargis mes horizons intérieurs, et qu'est-ce que ça fait du bien !

A mes amis de la fac' : Pauline Dessagnes (béni soit le jour où je t'ai rencontré :)), Nadia Tabouring, ma chère partenaire de révision, Carole Ederlé, AnneLise Diepenbroek,

Au Docteur Gautier Dromson, pour ton amitié, et ton aide incroyable ! Ce papier ne serait pas là sans toi. Merci, Merci, Merci !

A mes sœurs en Christ, Dr Esther Lutz, à Esther Jacky, Nicole Weber, Sophie Schadt, Priscille Redieger. Qu'est-ce qu'on se marre !

Au Docteur Christian Widolf, Françoise Widolf, et au docteur Juliette Widolf, de m'avoir accueillie dans votre cabinet et famille, avec chaleur et bienveillance. Merci ! Françoise, j'attends ton (tes) livres.

A Gaby Siegrist, pour ton aide de relecture, et tes encouragements. Merci !

A ma « TICOS » family : Roys Pinem, John Hong, Shawn Chow, les Siegrist, les Booth, les Dzedzej, Karl & Janet Emerson, Marion, France & Sébastien Libbrecht, Paul Greiner, les Burkels. Merci pour vos encouragements.

A l'Être suprême, sens et essence de mon existence.

Table des matières

I. INTRODUCTION	19
1. Épidémiologie des troubles psychiques en médecine générale.....	19
2. Psychothérapie : définition et état des lieux.....	20
2.1. La psychothérapie psychodynamique ou d'inspiration analytique.....	21
2.2. La psychothérapie cognitivo comportementales	21
2.3. La psychothérapie systémique ou familiale	22
2.4. La psychothérapie intégrative	22
2.5. La psychothérapie de soutien (PS)	23
3. Bénéfice des psychothérapies	24
4. Recommandations officielles & discordances	25
5. L'adressage en psychothérapie : un processus complexe	27
5.1. Le médecin.....	27
5.2. Le patient	28
5.3. L'interaction médecin-patient	28
5.4. Le système de soins secondaires	28
6. La dépression : des conséquences multiples	29
7. Justification de l'étude	30
8. Objectifs de l'étude	31
II. Matériel & Méthodes	32
1. Recherche Bibliographique	32
2. Schéma d'étude.....	32
3. Population cible	33
4. Élaboration du questionnaire d'étude	33
5. Critère d'évaluation primaire	34
6. Critères d'évaluation secondaires	35
7. Mise en œuvre de l'enquête et recueil des données	37
8. Méthode d'analyse des données.....	37
III. RESULTATS.....	39
1. Échantillon de l'étude et nombre de réponses.....	39
2. Analyse descriptive des réponses.....	40
2.1. Données démographiques : Sexe, âge, lieu et nombre d'années d'exercice.....	40
2.2. Critère d'évaluation primaire	41
2.3. Critères d'évaluation secondaires	42
1 Analyse comparative des réponses	53
a. Proposition systématique d'un traitement psychothérapeutique (Q12)	53
b. Accessibilité des professionnels de santé mentale et connaissance du réseau	54
IV. DISCUSSION	55

1. Critère d'évaluation principal : Freins à l'adressage en psychothérapie	55
1.1. Non remboursement des psychothérapies : un frein pour le patient	56
1.2. Non-disponibilité des spécialistes : les généralistes devant la difficulté d'accès aux services spécialisés.....	57
1.3. Réticence des patients (62%)	58
2. Critères d'évaluation secondaires	61
2.1. Opinion	61
2.2. Expérience et Aisance	63
2.3. Connaissances.....	64
2.4. Les généralistes : influencés par des facteurs subjectifs.....	65
2.5. Pratique de la psychothérapie de soutien (PS)	65
2.6. Collaboration avec les professionnels de santé mentale	67
2.7. Alternatives.....	69
3. LIMITES de l'étude.....	71
<i>V. Conclusion et perspectives.....</i>	73
<i>Annexes.....</i>	78
<i>Bibliographie :</i>	90

I. INTRODUCTION

1. Épidémiologie des troubles psychiques en médecine générale

Les troubles psychiques constituent une part considérable de l'activité du médecin généraliste : en fonction des études et selon les méthodes, 15 à 40% des consultations de médecine générale seraient en lien avec des troubles mentaux(1). Ils représentent, en France comme dans la plupart des pays européens, le 2^{ème} poste de dépenses de soin (10,6%), derrière les maladies cardiovasculaires (2)(1). Selon l'INSEE, les troubles mentaux sont la deuxième cause de recours au généraliste, et la première chez les 25-60 ans(1).

Si les troubles anxieux y occupent la première place, avec une prévalence internationale d'environ 16%, la 2^{ème} place revient aux troubles de l'humeur, incluant la dépression, avec une prévalence au cours de la vie variant de 8 à 15% (3). Il est communément estimé qu'une personne sur dix traversera un épisode dépressif au cours de sa vie(4).

La dépression est donc une pathologie centrale de la médecine générale, avec une définition bien codifiée (CIM10, DSM V, voir annexes 1).

Cependant, il y a tout un spectre de formes cliniques, et une grande variabilité de présentation interindividuelle (troubles physiques, épisode dépressif subsyndromique, dépression mélancolique, pour en citer quelques-uns.)

Le généraliste, professionnel de soins primaire, est situé en première ligne et souvent le premier interlocuteur vers lequel les patients se tournent(1).

Le fait de voir un patient régulièrement, sur une période de plusieurs années, permet de doubler les scores de reconnaissances des troubles mentaux(5), ce qui confirme l'importance d'un dépistage et d'une prise en charge optimale, en adéquation avec les recommandations basées sur les preuves de la part des généralistes.

Encadré 1. Définition de l'épisode dépressif caractérisé selon la CIM-10*

A. L'épisode présente une durée d'au moins 2 semaines.

B. Le sujet présente au moins deux des trois symptômes principaux suivants :

- (1) humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines ;
- (2) diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables ;
- (3) réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité.

C. Présence d'au moins deux des symptômes suivants :

- (1) perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi ;
- (2) sentiments injustifiés de culpabilité ou culpabilité excessive et inappropriée ;
- (3) pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type ;
- (4) diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observées par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations ;
- (5) modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés) ;
- (6) perturbation du sommeil de n'importe quel type ;
- (7) modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

Annexe 1 : Définition de l'épisode dépressif caractérisé selon la CIM-10.

2. Psychothérapie : définition et état des lieux

Le terme psychothérapie recouvre un large spectre de pratiques, fondées sur diverses théories.

Il en existerait à ce jour plus de 400 types différents (6).

Les psychothérapies peuvent être définies de la manière suivante :

« Toutes les méthodes de traitement des désordres psychiques, voire des désordres somatiques utilisant des moyens psychologiques et, d'une manière plus précise, la relation du thérapeute et du malade (Laplanche et Pontalis) (7). »

Comme expliqué par le Psycom, organisme d'information, de formation et lutte contre la stigmatisation en santé mentale (7), le traitement peut durer de quelques mois, à plusieurs années, et se fait par des entretiens réguliers, individuels ou en groupe, et cette thérapie peut être effectuée seule, ou en association à d'autres traitements (antidépresseurs par exemple).

Elle est basée sur un « contrat », établi librement entre patient et psychothérapeute.

L' alliance thérapeutique, nécessaire à sa réalisation, correspond au lien de confiance réciproque établi entre le patient et le thérapeute(8), et est couverte par le secret professionnel(7).

Nous allons définir succinctement les 4 principales approches psychothérapeutiques validées scientifiquement à ce jour(9), ainsi que la psychothérapie de soutien.

2.1. La psychothérapie psychodynamique ou d'inspiration analytique

Selon le Manuel alphabétique de Psychiatrie d'Antoine Porot, il s'agit de : « découvrir, par l'analyse psychologique, les conflits profonds, généralement inconscients, qui troublent l'affectivité du malade, de déterminer les liens qui unissent ces conflits aux symptômes morbides, d'amener le tout dans le champ de la conscience claire et de proposer au sujet (mieux encore, de lui faire découvrir lui-même) une solution acceptable à ses problèmes vitaux. »(10)

Il existe différents courants psychanalytiques, suivant les courants de pensée et pratiques de leurs fondateurs (S. Freud, J. Lacan, Carl G. Jung, M. Klein pour en citer quelques-uns). En résultent des techniques diverses(11).

2.2. La psychothérapie cognitivo comportementales

Les TCC sont des formes de thérapies brèves (en moyenne 6 mois à 2 ans) et structurées. Elles sont fondées sur les théories cognitives et de l'apprentissage. On y retrouve la notion de schémas cognitifs, que l'on peut décrire comme les schémas fonctionnels que les expériences de vies (notamment précoces) contribuent à façonner (11).

Ces schémas, stockés dans la mémoire à long-terme, constituent comme un filtre au travers duquel l'individu expérimente et interprète sa réalité, de manière automatique.

Des interprétations inadaptées peuvent être à l'origine de troubles psychopathologiques.

Le but des TCC est de modifier ces schémas, afin d'améliorer l'aisance du patient(12).

En début de traitement, le patient se présente avec un ou plusieurs problèmes précis, et des objectifs sont établis avec le thérapeute (11).

L'action se fait par déconditionnement puis restructuration cognitive. Certains parlent de « psycho rééducation »(9).

Il s'agit plus d'éliminer des comportements pathologiques, ou entraînant une souffrance, que de changer la structure psychique du patient (6)(9).

Elles sont basées sur la mise en place intentionnelle de nouveaux comportements, permettant la restauration de schémas d'apprentissage dysfonctionnels.

2.3. La psychothérapie systémique ou familiale

Ce type d'approche est fondé entre autres sur la communication et l'analyse des interactions.

L'individu est considéré au sein du contexte relationnel dans lequel il se trouve.

La famille par exemple, est considérée comme un ensemble, un « système », dans lequel les individus sont en interaction les uns avec les autres.

Dans ce système, les processus d'interactions, de communication, peuvent dysfonctionner.

Un ou plusieurs membres peuvent être porteurs de « symptômes du système familial ».(7)

Le thérapeute n'agit pas avec un patient isolé, mais avec l'ensemble du système dans lequel il se trouve(6).

Le but est de permettre au groupe d'évoluer vers un fonctionnement plus souple, où l'individuation est possible, et la recherche de nouveaux équilibres(7).

2.4. La psychothérapie intégrative

La psychothérapie intégrative est flexible et éclectique, le thérapeute pouvant choisir différentes méthodes en fonction du patient et des buts recherchés.

Elle ne s'attache pas à une école particulière(9).

2.5. La psychothérapie de soutien (PS)

La PS appartient aux thérapies psychodynamiques brèves.

Selon K.Schneider (*Propédeutique d'une psychothérapie, 1976*), elle se situe « entre la psychothérapie psychanalytique et la relation médecin-malade ».

Elle est basée sur l'approche psychodynamique, mais est formée de différentes techniques.

Weyeneth Martin, Ambresin Gilles, et al., dans un article publié en 2004 dans « psychothérapies », parlent de la PS comme d'une psychothérapie éclectique(13).

La PS emprunte effectivement des éléments à plusieurs systèmes, le but étant de s'adapter au maximum au patient et ses besoins.

Selon eux, aucune école ne pouvant répondre à toutes les situations, la PS permet de « choisir intentionnellement des stratégies de soutien en fonction de buts proposés. »

Il s'agit d'un éclectisme raisonné, non d'un mélange aléatoire infondé.

Comme la psychothérapie psychanalytique, la PS s'effectue en face à face, dans un style conversationnel, au rythme d'une à deux séances par semaine.

Elle s'en diffère, notamment par la non interprétation du transfert, et la non-neutralité du thérapeute.

Le transfert est le processus dans lequel le patient déplace ses affects vécus pendant l'enfance, sur le thérapeute(13).

Comme cité dans l'introduction, les moments de transferts sont recherchés dans la psychothérapie analytique, et interprétés, dans le but de faire prendre conscience au patient « qu'il répète le passé au lieu de s'adapter au présent »(13)(9).

Dans la PS, le transfert n'est pas interprété. Il permet simplement au thérapeute de mieux comprendre le fonctionnement du patient.

Dans cet accompagnement, le thérapeute a une « attitude active de soutien » : il encourage, fait des éloges, donne des conseils. Il n'y a pas de neutralité comme dans la prise en charge analytique.

La PS diffère de la TCC : le but est de permettre une meilleure adaptation du sujet aux enjeux et défis posés par les situations à l'origine de sa souffrance actuelle (8).

La PS est définie par une démarche psychothérapeutique visant à une amélioration de l'adaptation et ou du bien-être du sujet, à l'aide de moyens et de techniques empruntés à divers courants, le tout dans un cadre particulier, dont les caractéristiques sont les suivantes (6)(7)(9)(13):

- Un contrat thérapeutique, avec des objectifs discutés avec le patient.
- Un rythme de suivi régulier.
- Une attitude de soutien : intérêt pour le patient avec distance thérapeutique maintenue.
- Des techniques choisies intentionnellement en fonction du patient et des buts recherchés.

3. Bénéfice des psychothérapies

Le bénéfice des psychothérapies dans la prise en charge de la dépression a été démontré (11)(8)(14)(15).

Une revue de méta-analyses par l'Inserm montre que, de manière générale, différents types de psychothérapie sont plus efficaces que l'absence de traitement pour améliorer les symptômes de dépression(11).

De manière plus précise, la TCC est le type de thérapie montrant le plus souvent une supériorité, de meilleurs résultats par rapports aux autres types de thérapies (psychodynamiques, ou de soutien). Il convient de bien connaître les indications pour lesquelles cette technique donne de meilleurs résultats.

Les différences d'efficacité selon les thérapies sont moins marquées pour le syndrome dépressif que pour les troubles anxieux, ou l'efficacité de la TCC ressort de manière plus flagrante.

Par contre, aucune étude analysée n'a retrouvé de supériorité pour les thérapies psychodynamiques et de soutiens, par rapport à la TCC, dans les indications de troubles anxieux, et troubles obsessionnels compulsifs.

Il y a un manque d'informations permettant de comparer l'efficacité à long terme de la psychanalyse ou de la thérapie psychodynamique pour la dépression(8).

4. Recommandations officielles & discordances

La CIM 10 et le DSM V distinguent 3 degrés de sévérité au syndrome dépressif caractérisé : il peut être léger, modéré, ou sévère, selon le nombre et l'intensité des symptômes présentés et vécus par le patient (voir annexe 1)(16).

Les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé préconisent la psychothérapie comme traitement de première intention des dépressions légères à modérées, et en complément d'un traitement pharmacologique dans les formes sévères(16)(14).

Il n'y a pas de recommandations particulières quant au type de psychothérapie(17).

Selon l'ANAES, environ 70% des patients déprimés sont pris en charge entièrement par le médecin généraliste, ce qui implique, ou devrait impliquer, une prise en charge psychothérapeutique(14).

Faute de mieux, la psychothérapie de soutien, non codifiée, est pratique courante chez le généraliste. Mais elle se pratique souvent de manière implicite, à l'insu du patient, car le cadre thérapeutique n'est pas posé, le patient ne vient pas spécifiquement pour « psychothérapie », et le rythme des séances n'étant pas forcément régulier.

Dans les meilleurs cas, la psychothérapie assurée par le généraliste relève de la formation continue, d'un investissement personnel, souvent en rapport avec un intérêt personnel dans ce domaine. Mais il n'y a pas de formation spécifique dans le parcours des généralistes, ni de repères qui permettraient de s'assurer d'une certaine qualité de soins(18).

Les autres 30% des patients déprimés bénéficieront d'un adressage à un professionnel de santé mentale : psychiatre libéral, psychologue libéral, CMP (Centre Médico Psychologique), ou psychothérapeute.

Si la densité de psychiatres en France est parmi les plus hautes d'Europe, les généralistes français adressent leurs patients dépressifs pour psychothérapie à des taux particulièrement bas (8)(19) . Une étude comparant l'utilisation des services de santé mentale dans 6 pays d'Europe a montré que les patients dépressifs consultant un généraliste étaient adressés à un professionnel de la santé mentale dans 22,2% des cas en France, contre 55,1% en Italie, 52,8% aux Pays-Bas et 40,4% en Espagne (19).

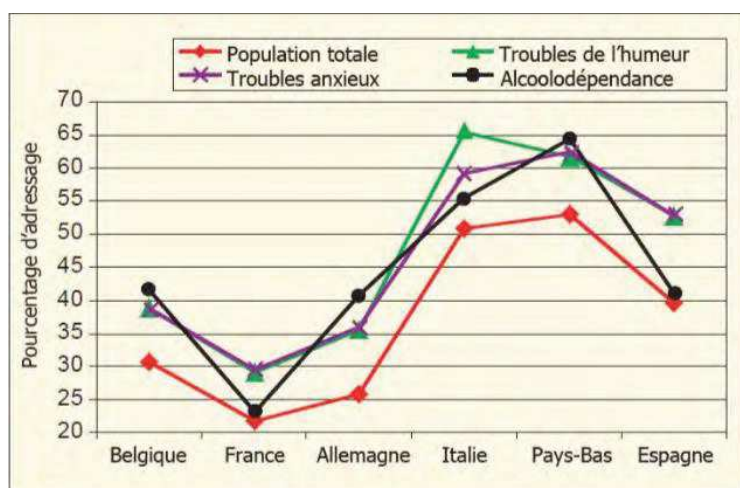


Figure 1 : pourcentage d'adressage à un professionnel de la santé mentale par les médecins généralistes, au sein d'une population de patients présentant troubles émotionnels ou de santé mentale (n=2970). (Etude ESEMeD, 2004). (19)

En 2011, une étude quantitative faite parmi les généralistes français a retrouvé que, paradoxalement, bien qu'ils aient une opinion globalement positive par rapport aux psychothérapies, ils les suggéraient rarement à leurs patients, et avaient tendance à traiter les dépressions légères à modérées plutôt par antidépresseurs(20)(14).

Les praticiens affirmaient par ailleurs se fier plus à leur expérience personnelle qu'aux recommandations officielles dans la prise en charge de la dépression (21).

La consommation annuelle de médicaments psychotropes en France est parmi les plus hautes en Europe occidentale, alors que le taux d'adressage vers un professionnel de la santé mentale est parmi les plus bas(2)(21)(19).

5. L'adressage en psychothérapie : un processus complexe

Comment expliquer la discordance entre la haute densité de psychiatres en France, l'opinion globalement positive qu'ont les médecins quant à la psychothérapie, et le taux d'adressage qui reste particulièrement bas ?

Le processus d'adressage met en jeu des acteurs interagissant dans un certain contexte. Nous dégageons 4 problématiques :

- Le médecin,
- Le patient,
- L'interaction médecin-patient,
- Les caractéristiques du système de santé, notamment des services de soins secondaires.

Chacun de ces niveaux comporte des obstacles potentiels à une prise en charge optimale.

5.1. Le médecin

Côté médecin, le groupe professionnel représenté par les médecins généralistes n'est pas homogène : si un socle de connaissances de base est acquis au cours des études médicales, chaque praticien a des affinités avec des domaines médicaux qui leurs sont propres. Ces intérêts orientent leur pratique médicale.(1)

Les généralistes qui identifient le plus les troubles mentaux sont ceux qui sont le plus intéressés par la question.(21)

L'expérience personnelle a un impact sur l'adressage aux professionnels de santé mentale : un médecin qui aurait lui-même effectué une psychothérapie, adresserait plus qu'un autre qui n'en a jamais fait l'expérience (et cela qu'il ait jugé la thérapie utile, ou non)(22).

5.2. Le patient

Face au médecin se trouve le patient, avec son histoire, son vécu, ses représentations et demandes.

Notons que la « crainte d'être assimilé à un fou » est le frein principal à la consultation d'un psychiatre (Enquête Sofres, « images de la psychiatre », 1998). La part financière en est un autre, les consultations chez le psychiatre étant les seules prises en charge par la sécurité sociale.(21)

5.3. L'interaction médecin-patient

La relation médecin – patient est intersubjective : chacun y est considéré du point de vue de sa subjectivité (chacun ayant ses opinions, ses croyances, ses sentiments.)(9)

Le soin s'établit au sein d'une alliance thérapeutique, d'une relation de transfert et de contre-transfert qui fluctue (termes définis paragraphe 2.).(1)

5.4. Le système de soins secondaires

Pour le système de soins secondaires, les problématiques suivantes reviennent de manière redondante dans la littérature : la difficulté d'accès aux soins, la répartition territoriale inégale, le manque de communication, le coût, et la méconnaissance du réseau de professionnels(1)(23)(24).

6. La dépression : des conséquences multiples

Les répercussions de la dépression sont importantes, tant au niveau individuel, que national et international.

6.1. Conséquences individuelles

Sur le plan individuel, la dépression entraîne une altération de la qualité de vie, avec un impact péjoratif à plusieurs niveaux : personnel, familial, social et professionnel. (3) (25)

Sur le plan personnel, baisse de l'humeur, ralentissement psychomoteur, asthénie, troubles du sommeil et alimentaires, sont des symptômes fréquemment évoqués, ayant un retentissement péjoratif sur la qualité de vie de l'individu.

L'entourage direct est également touché. La distinction entre composante génétique ou conséquence environnementale n'est pas claire, mais différentes études montrent un risque de dépression ultérieure plus élevé chez les enfants d'une personne atteinte.(25)

Professionnellement, un épisode dépressif est lié à une baisse de productivité, avec en moyenne 5 semaines d'arrêt de travail par épisode.(3)

L'évolution se fait fréquemment vers la récurrence (50% des patients expérimenteront un nouvel épisode dépressif dans les 2 ans après leur premier épisode), vers la rémission partielle (15-20% des patients présenteront une diminution des symptômes, sans disparition totale). (16)(25)

La pathologie se chronicise chez environ 20% des patients, qui présenteront des symptômes d'épisode dépressif caractérisé pendant au moins 2 ans d'affilée.(25)

Selon l'Inserm, 10 à 20% des patients dépressifs meurent par suicide (soit un risque suicidaire multiplié par 30). (26)

6.2. Conséquences pour les praticiens

Du côté des praticiens, les obstacles à la prise en charge des patients déprimés sont nombreux. Les praticiens se plaignent notamment de manque de temps, les consultations concernées étant plutôt longues, dans des journées généralement bien remplies.(2)
Par ailleurs, les généralistes rapportent fréquemment l'impression d'avoir atteint leurs limites et font part de leur difficulté d'accès et de collaboration avec les professionnels de santé mentale.(2)

6.3. Conséquences économiques

Sur le plan économique, on note :

- Des coûts directs (consultations chez les généralistes, spécialistes, médicaments, hospitalisations, analyses...), et
- Coûts indirects (baisse de productivité liée aux arrêts de travail ou aux suicides).

La dépression caractérisée est une maladie coûteuse. L'OMS envisage qu'en 2020, elle sera à la première place des dépenses de santé (directes et indirectes) au niveau mondial(25)(26).

7. Justification de l'étude

Avec une prévalence au cours de la vie d'environ 10%, des conséquences personnelles et sociétales majeures, la dépression est un enjeu de santé publique.

La prise en charge des patients déprimés par les médecins généralistes n'est pas en phase avec les données d'*Evidence Based Medicine* que nous connaissons à ce jour (2, 8, 16, 20-23). La psychothérapie est souvent négligée, bien que recommandée seule ou en association à un traitement médicamenteux dans les formes de troubles dépressifs légers à modérés.

Les répercussions sont importantes, avec une altération de la qualité de vie de l'individu, un risque suicidaire majoré, un impact sur l'entourage, et des conséquences économiques notables, liées à la perte de productivité et au coût de la prise en charge.

De nombreuses études existent sur la collaboration entre généralistes et psychiatres, ainsi que sur la prise en charge de la dépression.

Les études sur les freins à l'adressage en psychothérapie sont par contre beaucoup moins nombreuses.

Aucune étude de ce type n'a été effectuée en Alsace.

Dans ce contexte, nous choisissons de mener une étude prospective concernant l'ensemble des médecins généralistes d'Alsace, par questionnaire individuel.

8. Objectifs de l'étude

L'**objectif principal** de notre étude est de **déterminer les principaux freins relatifs à l'adressage en psychothérapie par les médecins généralistes d'Alsace.**

Nos **objectifs secondaires** sont **l'évaluation de facteurs d'influence potentiels dans le processus d'adressage :**

- **La connaissance, l'aisance et l'expérience des généralistes dans la prise en charge des patients déprimés,**
- **Leur opinion quant à la psychothérapie,**
- **Leur pratique ou non de la psychothérapie de soutien sera étudiée, ainsi que**
- **L'utilisation d'alternatives.**

Ces objectifs ont été choisis, dans la mesure où « s'intéresser à la façon dont les acteurs de soins perçoivent les difficultés et les insuffisances est un préalable à toute recherche de solution (2).»

II. Matériel & Méthodes

1. Recherche Bibliographique

Un travail préliminaire de recherche bibliographique a été effectué, entre avril 2017 et avril 2019, sur les bases de données suivantes : Pubmed, Pubmed medline, Sudoc, BDSP, Cochrane, Google Scholar, Google.

Les mots clefs utilisés étaient :

En Français : dépression, psychothérapie, prise en charge, adressage, freins, obstacles, médecine générale, psychiatrie, prise en charge psychothérapeutique, adressage santé mentale, adressage professionnel de santé mentale, recommandations dépression, recommandations psychothérapie, opinion médecins généralistes psychothérapie, réticence, stigmatisation, alternatives psychothérapies.

En Anglais : mental health referral, obstacles, psychotherapy, access psychotherapy, improving access to psychological therapies, general practitioner, depression management, mental health specialists, depression psychotherapy, stigma, stigma scale, GP's opinion, computer therapy.

2. Schéma d'étude

Nous avons choisi d'effectuer une étude d'épidémiologie descriptive, de courte durée, transversale, dont le recueil des données a eu lieu de mai à août 2019.

Les données ont été recueillies par questionnaire auto-administré de 26 questions, joint en annexe.

3. Population cible

La population étudiée était l'ensemble des médecins généralistes d'Alsace (Haut-Rhin et Bas-Rhin).

Le choix a été fait :

- Par intérêt personnel, l'Alsace étant le lieu de ma formation médicale et de mon exercice.
- Par intérêt de recherche, aucun travail de ce type n'ayant été effectué dans cette région.

4. Élaboration du questionnaire d'étude

Le but du questionnaire était de déterminer les freins relatifs à l'adressage des patients déprimés en psychothérapie par les médecins généraliste d'Alsace, ainsi que d'évaluer leurs connaissances, expériences et habitudes de prise en charge dans ce domaine.

L'élaboration du questionnaire a été basée sur une revue de la littérature, inspirée d'articles, de questionnaires préexistants(8)(2)(24), ainsi que d'outils d'aide méthodologique(27)(28).

Il comportait 26 questions (voir annexe).

Une vidéo introductive était insérée en haut de page.

Les 3 premières questions étaient démographiques (sexe, nombre d'années et milieu d'exercice). Les questions 4 et 5 autoévaluaient l'aisance et l'expérience des généralistes dans la prise en charge des patients déprimés.

Les questions 6 à 9 interrogeaient la formation des praticiens : leur participation à une éventuelle formation médicale continue sur le sujet, leur connaissance ou non d'un guide de recommandations de bonnes pratiques sur la dépression, et l'utilisation de scores (Hamilton, PHQ9) dans l'évaluation des patients.

La question 10 explorait la molécule prescrite en première intention.

Les questions 11 à 15 concernaient les psychothérapies : l'opinion des généralistes sur l'efficacité des psychothérapies, le fait de les proposer systématiquement aux patients déprimés ou non. La

pratique de la psychothérapie de soutien était questionnée, ainsi que l'existence d'une formation préalable ou non. Il était également demandé aux répondeurs s'ils avaient déjà bénéficié d'une psychothérapie à titre personnelle.

Les questions 16 à 20 évaluaient le processus d'adressage : le professionnel de santé mentale le plus sollicité, la connaissance du réseau local, la connaissance du type de thérapie pratiqué par les professionnels sollicités, ainsi que les raisons influençant l'adressage.

La question 21 était relative à la proposition d'alternatives à la psychothérapie (littérature, applications mobiles).

Les questions 22 à 26 se rapportaient aux freins à l'adressage en psychothérapies : les obstacles à l'adressage étaient questionnés, ainsi que l'aisance d'accès et la collaboration avec les professionnels de santé mentale.

Enfin le questionnaire finissait par deux questions ouvertes, les questions 25 et 26, interrogeant l'avis des répondeurs sur ce qu'ils considéraient comme le plus grand obstacle à l'adressage, et sur une éventuelle suggestion d'amélioration.

5. Critère d'évaluation primaire

Le critère d'évaluation principal était la détermination des freins relatifs à l'adressage des patients déprimés en psychothérapie.

Il était évalué par 4 questions (Q12, Q22, Q25-26.)

5.1. Les freins à l'adressage en psychothérapie.

La question 12 interrogeait les raisons pour lesquelles les généralistes ne proposaient pas systématiquement la psychothérapie à leurs patients déprimés.

La question 22 évaluait les freins à l'adressage en psychothérapie.

Les médecins répondeurs pouvaient sélectionner, parmi une liste de freins prédéfinie grâce à une revue de la littérature, ceux qu'ils considéraient comme étant les plus importants.

Ces 2 questions, proches, avaient pour but de vérifier la cohérence des résultats.

5.2. Obstacle principal et suggestion d'amélioration.

Le questionnaire se terminait par 2 questions ouvertes, Q25 et Q26, portant sur le plus grand obstacle ressenti dans le processus d'adressage, ainsi qu'une suggestion d'amélioration éventuelle possible.

Ces questions complémentaires, purement qualitatives, avaient pour intention de nuancer les résultats.

6. Critères d'évaluation secondaires

Nos critères d'évaluation secondaires étaient l'évaluation des facteurs d'influence potentiels du processus d'adressage. Ils étaient abordés par 14 questions.

Nous avons distingué d'une part les facteurs d'influence interne : la connaissance théorique, la connaissance du réseau local, l'expérience dans la prise en charge de la dépression, l'opinion quant à l'efficacité des psychothérapies, la pratique de la psychothérapie ainsi que le fait d'en avoir bénéficié personnellement. Ils étaient évalués par 11 questions détaillées ci-dessous (Q4-6, Q8, Q11, Q13-18).

D'autre part, les facteurs d'influence externe : l'accès et la collaboration avec les professionnels de santé mentale, étaient abordés par 2 questions (Q23-24).

L'utilisation d'alternatives psychothérapeutiques (livres de développement personnel, applications mobiles) était également étudiée (Q21).

6.1. Facteurs internes

6.1.1. Connaissances théoriques

La question 6 interrogeait sur la présence ou non d'une formation médicale continue dans ce domaine au cours des 5 dernières années dans la prise en charge des patients déprimés.

La question 8 évaluait la connaissance d'un guide de recommandations de bonnes pratiques sur la prise en charge de la dépression.

6.1.2. Connaissance du réseau, et du type de thérapie pratiquée

Les questions 16 à 18 portaient sur l'adressage à un professionnel de santé mentale : le professionnel le plus sollicité, la connaissance du réseau local, la connaissance du type de thérapie pratiquée (d'inspiration analytique, TCC, EMDR).

6.1.3. Opinion quant à l'efficacité de la psychothérapie

La question 11 interrogeait les généralistes sur leur opinion quant à l'efficacité du traitement psychothérapeutique dans la prise en charge de la dépression.

6.1.4. Expérience professionnelle

Les questions 4 et 5 comportaient une auto évaluation de l'aisance des généralistes dans la prise en charge des patients déprimés, ainsi que leur satisfaction quant à leur niveau d'expérience dans ce domaine.

6.1.5. Pratique de la psychothérapie de soutien

La question 13 rapportait la pratique ou non de psychothérapie de soutien par le généraliste, ainsi que sur l'existence d'une formation personnelle psychothérapeutique.

6.1.6. Question subsidiaire

La question 20 interrogeait sur les éléments pris en compte par les médecins lors de l'adressage. Ils pouvaient sélectionner sur une liste prédéfinie par la revue de la littérature, les éléments intervenant dans leur processus d'adressage. Cette question avait pour but de nuancer les résultats et de vérifier la cohérence des réponses.

6.2. Facteurs externes : Collaboration avec les professionnels de santé mentale

La question 23 évaluait l'aisance d'accès aux professionnels de santé mentale, et la question 24 la collaboration avec le système de soin secondaire.

6.3. Alternatives

La question 21 explorait l'utilisation d'alternatives psychothérapeutiques de la part des médecins (applications mobiles, livres de développement personnel).

7. Mise en œuvre de l'enquête et recueil des données

Les questionnaires ont été envoyés par emails à l'ensemble des médecins généralistes libéraux exerçant en Alsace, de mai à juillet 2019, à l'aide d'un formulaire de saisie en ligne.

Les emails ont été diffusés via l'URPS ML (l'Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux) qui dispose d'une mailing liste de l'ensemble des médecins généralistes libéraux d'Alsace.

Trois relances globales ont été effectuées, ainsi que plusieurs relances individuelles.

Les réponses aux questionnaires ont été réceptionnées par email, de mai à août 2019.

8. Méthode d'analyse des données

Les variables quantitatives ont été décrites à l'aide des statistiques usuelles de position et de dispersion, à savoir la moyenne, la médiane, la variance, le minimum, le maximum et les quantiles. Les variables qualitatives ont été quant à elles décrites avec les effectifs et les proportions de chaque modalité. Des proportions cumulées ont également été calculées pour les variables à plus de deux modalités.

Le caractère Gaussien des variables quantitatives a été évalué à l'aide du test de Shapiro-Wilk. Si les conditions d'application étaient respectées, le lien entre deux variables quantitatives a été évalué à l'aide du test de corrélation linéaire de Pearson. Dans le cas contraire, un test de corrélation de Spearman a été réalisé. Pour la comparaison d'une variable quantitative entre

plusieurs sous-groupes, une analyse de la variance ou le test de Kruskal et Wallis ont été utilisés, toujours en fonction des hypothèses d'utilisation de chacun de ces tests. Enfin, pour le croisement entre plusieurs variables qualitatives, le test paramétrique du Chi2 a été utilisé si les conditions d'application le permettaient. Si ce n'était pas le cas, le test exact de Fisher a été réalisé.

Le risque de première espèce alpha a été fixé à 5% pour toutes les analyses. L'ensemble des analyses a été réalisé sur le logiciel R dans sa version 3.1, R Development Core Team (2008). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria, via l'application GMRC Shiny Stat du CHU de Strasbourg (2017).

III. RESULTATS

1. Échantillon de l'étude et nombre de réponses

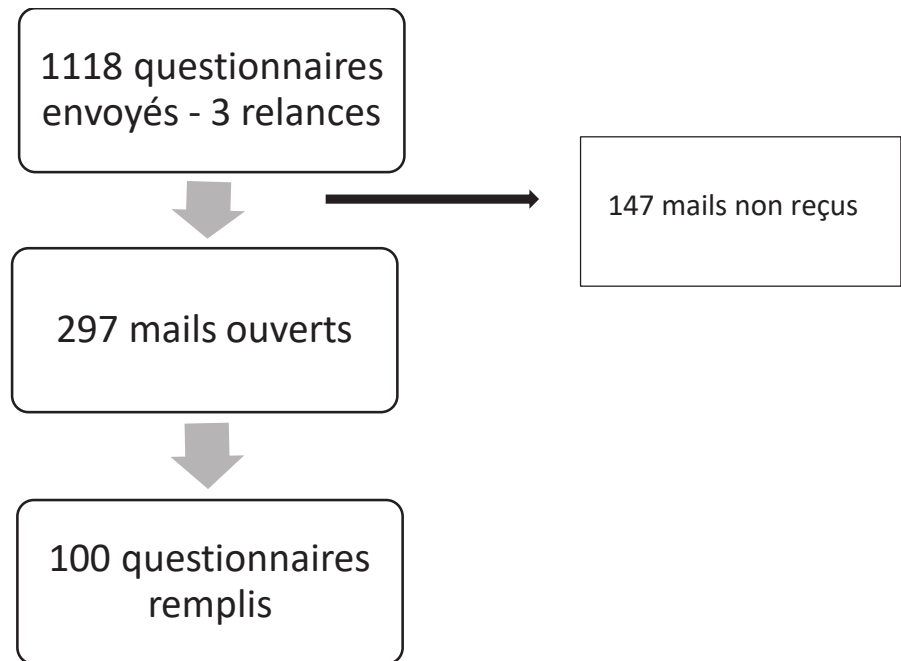


Figure 2 : Flow Chart

La population de l'étude était représentée par les médecins généralistes libéraux exerçant en Alsace, et possédant une adresse mail, soit 1118 médecins.

Le questionnaire a pu être envoyé via l'union des représentants des médecins libéraux d'Alsace.

147 mails n'ont pas été ouverts, par défaut d'adresse email invalide ou obsolète.

297 mails ont été ouverts, parmi lesquels 100 questionnaires ont été remplis et exploitables, soit un taux de réponse de 9 %.

2. Analyse descriptive des réponses

2.1. Données démographiques : Sexe, âge, lieu et nombre d'années d'exercice

Les généralistes inclus dans l'étude étaient majoritairement des hommes (56%), exerçant principalement en milieu semi-rural (39%) et urbain (35%).

La majorité d'entre eux (63%) exerçaient la médecine depuis 30 ans ou plus.

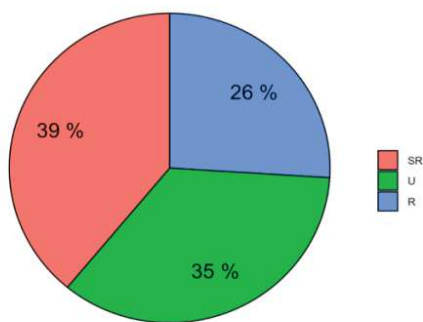


Figure 3 : Lieu d'exercice des participants à l'étude (urbain, semi-rural, rural).

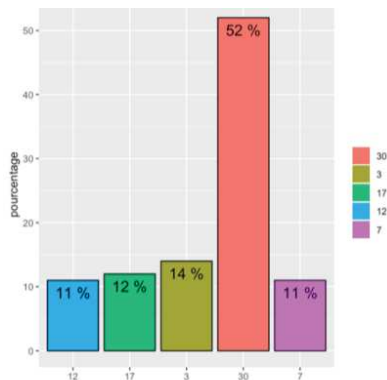


Figure 4 : nombre d'années moyennes d'exercice de la médecine.

2.2. Critère d'évaluation primaire

2.2.1. Les principaux freins à l'adressage en psychothérapie

Les principaux obstacles à l'adressage en psychothérapie répertoriés étaient (Q22) :

- Le non remboursement de la prise en charge (75%),
- La (non) disponibilité des spécialistes (65%),
- La réticence des patients (62%).

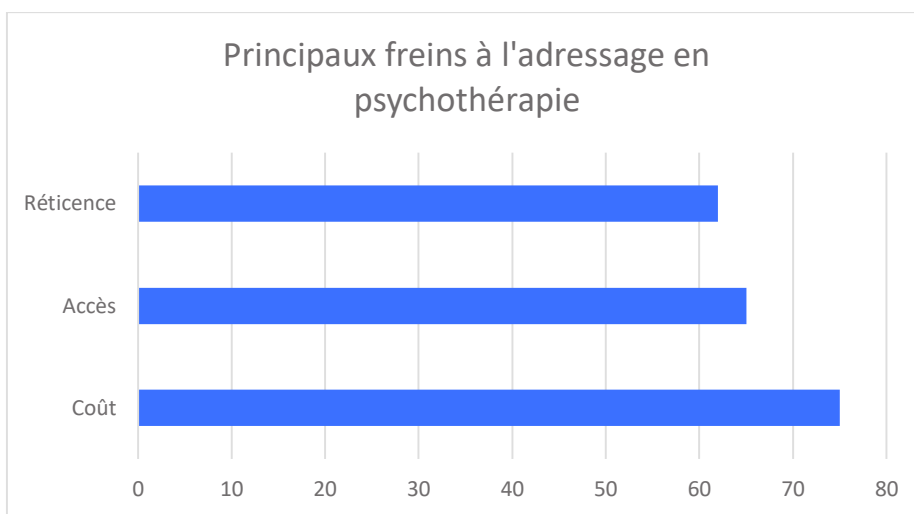


Figure 5 : principaux freins à l'adressage en psychothérapie.

2.2.2. Le plus grand obstacle à l'adressage en psychothérapie.

En question libre (Q25), les répondeurs ont pu noter ce qu'ils considéraient comme être le plus grand obstacle à l'adressage en psychothérapie.

Les 3 obstacles majoritaires étaient, par ordre décroissant :

- Le non-remboursement des psychothérapies (36%),
- La réticence du patient (22%), et
- La disponibilité des spécialistes (délais d'obtention de RDV) (15%).

D'autres obstacles étaient évoqués à effectif moindre, comme :

- Le manque de spécialistes (2%),
- La méconnaissance du réseau (3%), où
- L'absence de retour de la part des psychiatres (2%).

2.2.3. Suggestion d'amélioration

Enfin, interrogés sur une éventuelle suggestion d'amélioration dans le domaine (Q26), c'est le remboursement de la psychothérapie qui était proposé le plus souvent (40%).

Suivait l'amélioration de la connaissance du réseau (8%) avec par exemple, la réalisation d'un annuaire de spécialistes donnant une meilleure visibilité du type de psychothérapie pratiqué.

7% des praticiens suggéraient l'augmentation du nombre de spécialistes,

5% l'amélioration de la communication et collaboration inter-réseau,

10% n'avaient pas de commentaires.

2.3. Critères d'évaluation secondaires

2.3.1. Facteurs d'influence potentiels du processus d'adressage

a. Auto-évaluation de l'expérience et de l'aisance dans la prise en charge des patients déprimés

A la question « Vous considérez-vous à l'aise dans la prise en charge des patients déprimés ? » (Q4), 44% des répondants étaient d'accord, 21% tout à fait d'accord, 25% ni en accord, ni en désaccord, et 10% en désaccord.

La majorité des participants (65%) se considèrent donc à l'aise ou tout à fait à l'aise dans la prise en charge des patients déprimés.

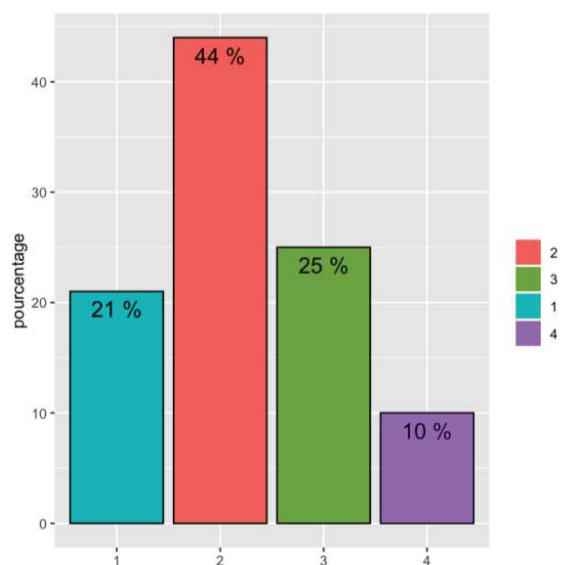


Figure 6 : Aisance des généralistes dans la prise en charge des patients déprimés.

« Vous considérez-vous à l'aise dans la prise en charge des troubles dépressifs ?»

1 : Tout à fait d'accord, 2 d'accord, 3 : ni en accord, ni en désaccord, 4 : pas d'accord.

Interrogés quant à la suffisance de leur expérience dans ce domaine (Q5), 17% des généralistes la considéraient tout à fait suffisante, 49% la trouvaient suffisante, 22% ni suffisante ni insuffisante, 11% insuffisante et 5% tout à fait insuffisante.

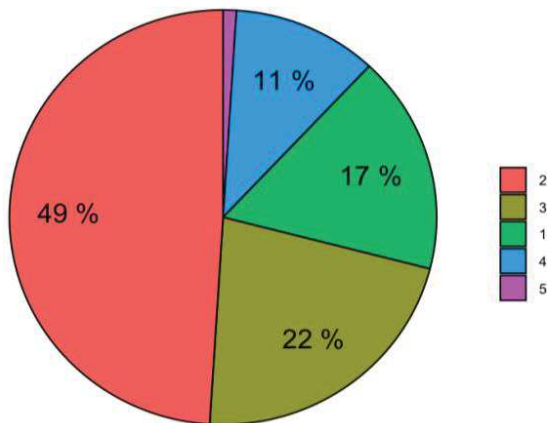


Figure 7 : Auto-évaluation de l'aisance du médecin généraliste en fonction de l'échelle de Lickert.

Echelle de Lickert :

1 : Tout à fait d'accord, 2 : d'accord, 3 : ni en accord ni en désaccord, 4 : pas d'accord, 5 : pas du tout d'accord.

b. Opinion quant à l'efficacité thérapeutique de la psychothérapie

Interrogés sur leur opinion quant à l'efficacité de la psychothérapie comme traitement des dépressions légères à modérées (Q11), 56% des praticiens étaient tout à fait d'accord, 32% étaient d'accord, 11% neutres, et 1% en désaccord.

La majorité des médecins ont une opinion positive sur l'efficacité de la psychothérapie.

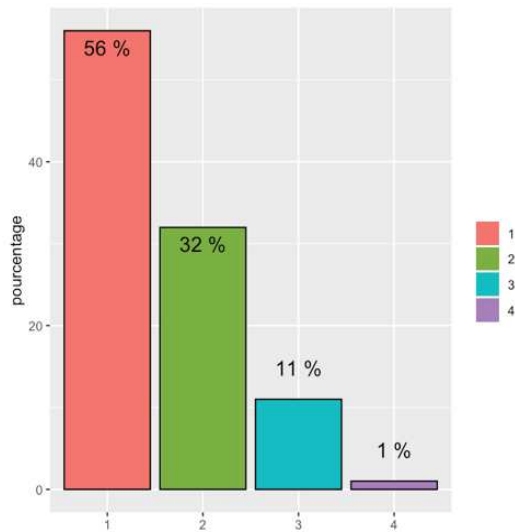


Figure 8 : Opinion sur l'efficacité de la psychothérapie comme traitement des dépressions légères à modérées.

1 : Tout à fait d'accord, 2 : d'accord, 3 : ni en accord ni en désaccord, 4 : pas d'accord.

c. Expérience personnelle de psychothérapie

A Titre personnel, 32% des généralistes avaient déjà bénéficié d'une psychothérapie, 68% n'y avaient jamais eu recours (Q15).

d. Connaissances

i. Connaissances théoriques : Participation à une formation médicale continue (FMC) sur la prise en charge de la dépression au cours des 5 dernières années

33% des participants avaient participé à une FMC sur la prise en charge de la dépression dans les 5 dernières années (Q6).

A parts égales, la moitié des généralistes affirmaient vouloir participer à une FMC, l'autre moitié non (Q7).

ii. Connaissance d'un guide de recommandations de bonnes pratiques

La majorité des répondants (60 %) affirmaient ne pas connaître de guide de recommandations de bonnes pratiques dans la prise en charge de la dépression, 40% affirmaient en connaître un (Q8).

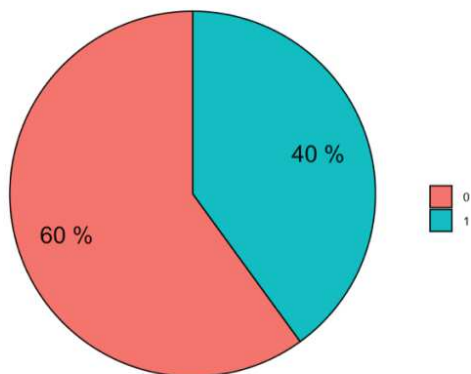


Figure 9 : Connaissance d'un guide recommandations de bonnes pratiques.

0 : non, 1 : oui.

iii. Connaissance du réseau de professionnels de santé mentale, et du type de psychothérapie pratiquée.

Lorsque l'on demandait s'ils estimaient avoir une bonne connaissance du réseau de professionnels de santé mentale de leur secteur (Q17), 45% des répondants étaient d'accord, 16% tout à fait d'accord, 21% ni en accord ni en désaccords, et 18% en désaccord ou tout à fait en désaccord.

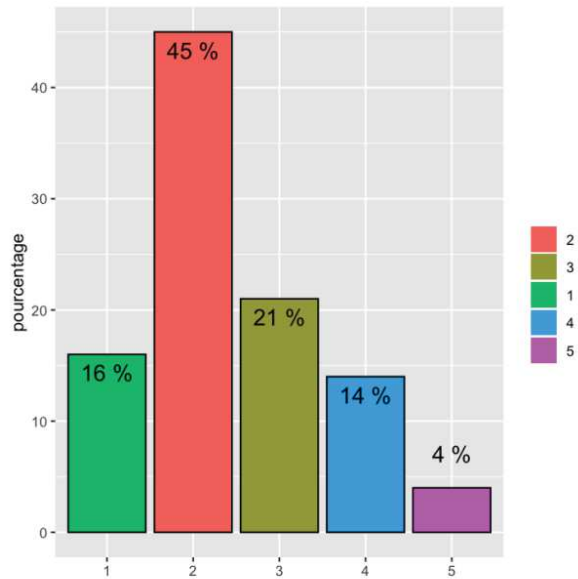


Figure 10 : Réponse à l'affirmation « Je connais le réseau de professionnels de santé mentale de mon secteur. »

1 : tout à fait d'accord, 2 : d'accord, 3 : ni en accord ni en désaccord, 4 : pas d'accord, 5 : pas du tout d'accord.

Quant au type de thérapie pratiquée par les professionnels de la santé mentale, près de la moitié des généralistes affirmaient le connaître, l'autre moitié non (Q18).

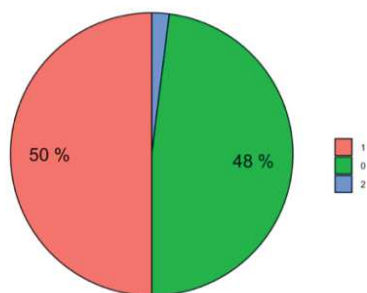


Figure 11 : Connaissance du type de psychothérapie pratiquée par leurs collègues (TCC, EMDR, Psychodynamique...)

0 : oui, 1 : non, 2 : ne sait pas.

e. Accessibilité des professionnels de santé mentale

Interrogés sur l'accessibilité des professionnels de santé mentale (Q23), 45% des répondants ne considéraient pas ou pas du tout avoir aisément accès au professionnel de leur choix. 29% avaient un avis neutre, et 26% se considéraient satisfaits.

f. Facteurs influençant l'adressage

Les praticiens pouvaient sélectionner un ou plusieurs facteurs influençant l'adressage de leurs patients à un professionnel de la santé mentale (Q20).

Par ordre décroissant, les praticiens prenaient le plus en compte :

- le remboursement ou non remboursement (62%),
- le choix du patient (52%),
- le fait de collaborer régulièrement avec un professionnel en particulier (47%),
- le type de thérapie pratiquée (42%).

22% répondaient avoir du mal à savoir vers qui adresser leurs patients.

2.3.2. Proposition systématique de psychothérapie

Face à un patient déprimé, 55% des participants ont répondu proposer la psychothérapie de manière systématique, et 27% déclaraient attendre de revoir le patient, et proposer la psychothérapie en fonction de l'évolution (Q12).

18% des répondants ont dit ne pas la proposer de manière systématique, pour différentes raisons, notamment (Q12):

- Difficultés d'accès aux professionnels de santé mentale (7%),
- Non remboursement de la prise en charge (7%),
- Réticence du patient (4%),

2.3.3. Pratique de la psychothérapie de soutien et formation

Par rapport à la psychothérapie de soutien auprès de leurs patients déprimés (Q13), 33% des généralistes affirmaient la pratiquer régulièrement, 38% occasionnellement, et 29% jamais.

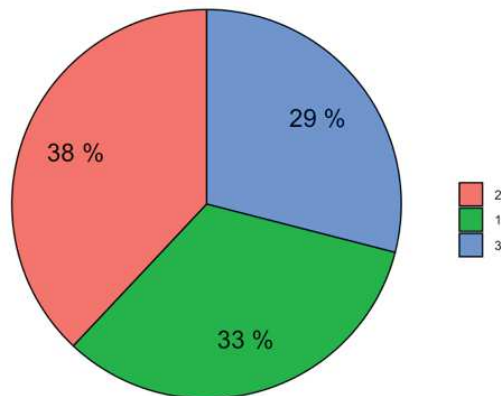


Figure 12 : Pratique de psychothérapie de soutien auprès des patients déprimés.

1 : régulièrement, 2 : Occasionnellement, 3 : jamais.

29% des répondants avaient bénéficié d'une formation préalable à la psychothérapie de soutien, 71% n'en avait pas eu (Q13bis).

Par rapport à la psychothérapie de soutien en médecine générale (Q14), les remarques qui revenaient le plus souvent étaient, par ordre décroissantes, les suivantes :

- 56% des praticiens affirmaient préférer adresser à un professionnel de la santé mentale,
- 43% la pratiquent sans dépassement d'honoraires,
- 40% considèrent ne pas avoir la formation adéquate,
- 30% relèvent ne pas avoir assez de temps pour cela,
- 7% trouvent que ce n'est pas assez rentable.

2.3.4. Alternatives

Concernant l'utilisation d'alternatives ou compléments à la psychothérapie (Q21), 15% des répondeurs suggéraient l'utilisation d'applications mobiles à leurs patients (type méditation pleine conscience, respiration profonde ou autres), et 16% de la littérature (livres de développement personnel).

Les 69% restant ne suggéraient pas d'alternatives.

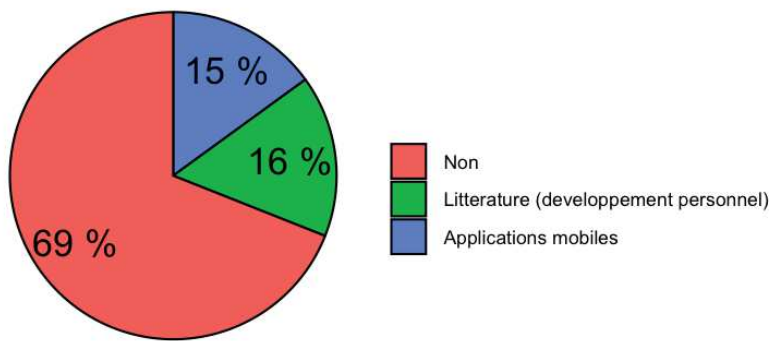


Figure 13 : Suggestion d'alternatives ou compléments à la psychothérapie.

2.3.5. Autres résultats

i. Professionnel de santé mentale le plus sollicité

Face à un patient avec syndrome dépressif (Q16), un peu plus de la moitié des généralistes (54%) répondaient adresser à un psychiatre libéral, 19% à un Centre médico-psychologique (CMP), 15% vers un psychologue libéral, 9% à un psychothérapeute, et 3 % décidaient selon le patient.

Le psychiatre libéral est le professionnel de santé mentale le plus sollicité.

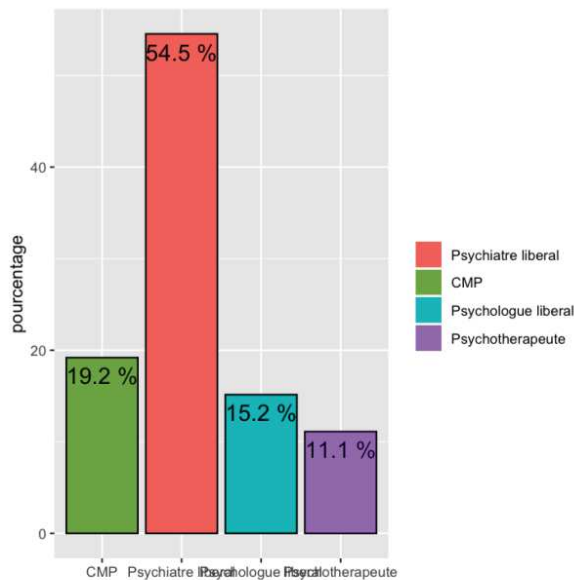


Figure 14 : Adressage des patients déprimés à un professionnel de la santé mentale par les généralistes.

ii. Motif d'adressage

Les 3 raisons les plus fréquentes motivant l'adressage d'un patient à un professionnel de la santé mentale étaient (Q19) :

- La prise en charge psychothérapeutique (75%),
- Le besoin d'un avis thérapeutique (50%),
- Et suite à la demande du patient (40%).

iii. Utilisation de scores dans l'évaluation des patients

Concernant l'utilisation de scores dans l'évaluation clinique des patients (Q9), près de la moitié des participants (48%) affirmaient utiliser l'échelle de Hamilton, et près de l'autre moitié (47%) déclaraient ne pas utiliser de scores de manière courante.

Le questionnaire PHQ9 était utilisé par 4% des répondants, le GAD7, spécifique à l'anxiété, par 1%.

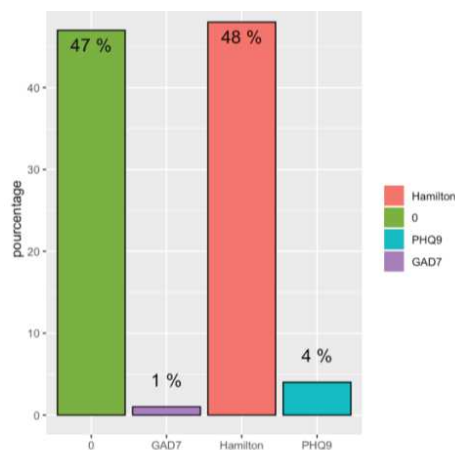


Figure 15 : Questionnaires standardisés utilisés dans l'évaluation des patients.

iv. Collaboration avec les professionnels de santé mentale

Nous avons demandé aux médecins de noter leur collaboration avec les professionnels de santé mentale, entre 0 et 10 (Q24).

50% des participants ont donné une note entre 1-5/10, et 50% entre 6-10/10.

Cela dit, la répartition des effectifs n'était pas homogène.

40% des participants avaient attribué une note entre 7-8/10, et 47% des participants attribué une note entre 2-5/10,

Note : /10	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Effectif	3	9	12	10	16	7	21	19	2	1
Proportion	3	9	12	10	16	7	21	19	2	1

Figure 16 : Évaluation par les généralistes de leur collaboration avec les professionnels de santé mentale (note entre 0 – 10).

1 Analyse comparative des réponses

a. Proposition systématique d'un traitement psychothérapeutique (Q12)

Les figures suivantes résument l'analyse des corrélations entre la proposition de psychothérapie, et différentes variables sélectionnées.

Plusieurs liens statistiquement significatifs ont été retrouvés.

i. Proposition de la psychothérapie et sexe

Dans notre étude, les femmes proposaient plus systématiquement la psychothérapie que les hommes. Le test de Fisher était à 0,8, approchant la significativité statistique.

ii. Proposition de la psychothérapie en fonction de l'aisance

Les généralistes qui se considéraient à l'aise dans la prise en charge de la dépression proposaient plus systématiquement la psychothérapie (test de Fisher à 0,00), de manière statistiquement significative.

iii. Proposition systématique de la psychothérapie en fonction de l'opinion

Les généralistes ayant une opinion positive quant à la psychothérapie, la proposaient plus systématiquement (Test de Fisher=0,02), résultat statistiquement significatif.

iv. Proposition systématique de la psychothérapie et psychothérapie personnelle

De la même manière, les répondeurs ayant déjà bénéficié personnellement d'une psychothérapie, proposaient plus systématiquement cette prise en charge aux patients déprimés (Test de Fisher = 0,02), résultat également statistiquement significatif.

v. Proposition systématique de la psychothérapie en fonction de la connaissance d'un guide de recommandation

Par contre, aucune corrélation statistiquement significative n'a été retrouvée entre le fait de proposer systématiquement la psychothérapie, et la connaissance d'un guide de recommandations de prises en charge de la dépression (Test de Fisher à 0,96).

b. Accessibilité des professionnels de santé mentale et connaissance du réseau

Les résultats ne permettaient pas de conclure sur le lien possible entre le fait d'avoir une bonne connaissance du réseau de professionnels de santé mentale, et le fait de considérer l'accès à ces professionnels aisé. Cela dit, les résultats allaient dans le sens de la significativité.

IV. DISCUSSION

1. Critère d'évaluation principal : Freins à l'adressage en psychothérapie

Trois questions abordaient la problématique des freins à l'adressage de manière différente (Q12, Q22, Q25) :

Selon les généralistes, les freins à l'adressage en psychothérapie étaient principalement (Q22) :

- Le non remboursement des séances de psychothérapie (75%),
- La (non) disponibilité des spécialités (65%), et
- La réticence des patients (62%).

Interrogés sur les raisons pour lesquelles ils ne proposaient pas systématiquement la psychothérapie aux patients déprimés (Q12), les raisons avancées étaient :

- Le non remboursement de la prise en charge (7%), ainsi que
- La difficulté d'accès aux professionnels de santé mentale (7%),
- La réticence du patient (4%),

Enfin, lorsqu'on leur demandait, par une question libre, quel était le plus grand obstacle à l'adressage,

- 36% évoquaient le non-remboursement des psychothérapies,
- 22% la réticence du patient, et
- 15% la (non) disponibilité des spécialistes (délais d'obtention de RDV).

Ces questions abordaient la problématique des freins de plusieurs manières, afin de nuancer les résultats et de vérifier leur cohérence.

Nous voyons que les 3 mêmes freins étaient évoqués, à des pourcentages différents mais de manière redondante.

En suggestion d'amélioration de l'accès aux psychothérapies (Q26), c'est le remboursement des séances qui revenait majoritairement (40%), suivi par l'amélioration de la connaissance du réseau (8%), et l'augmentation du nombre de spécialistes (7%).

Ces résultats vont dans le sens de multiples travaux (2)(14)(22)(29)(30).

Une étude française menée par Dusmenil et al. (2014), sur la prise en charge de la dépression en médecine générale de ville, retrouvait les 3 mêmes freins, par même ordre d'apparition (14).

Une étude effectuée à Chypre par Constantinou et al. (2017), explorant les attitudes et croyances des étudiants en médecine par rapport à la psychothérapie, retrouvait la réticence des patients, ou stigma, comme frein principal à son accès, devant le coût financier(29).

1.1. Non remboursement des psychothérapies : un frein pour le patient

Nos résultats vont dans le sens de plusieurs travaux, qui présentent le coût des psychothérapies comme un obstacle à leur mise en œuvre (21)(14)(29). Une étude de la DRESS publiée en 2012, montre que 91% des médecins généralistes répondants affirment que le non-remboursement est un frein à l'accès aux psychothérapies.

Une étude menée par Dusmenil et al. sur l'ensemble du territoire Français (2012), a révélé que les généralistes considèrent la thérapie comme convenant davantage aux patients ayant un niveau socio-économique élevé, et les adressent globalement plus en psychothérapie que les autres(20). Ces résultats peuvent être expliqués, en partie, par l'aspect financier de la prise en charge(20)(21).

La sécurité sociale prend en charge les psychothérapies effectuées en CMP, et les consultations chez le psychiatre libéral (31).

Cependant, les délais de RDV en CMP sont souvent longs, et les horaires d'ouverture (9h-17h) difficilement accessibles en dehors du travail.

Quant aux psychiatres, tous ne sont pas formés à la psychothérapie (30).

Il est probable qu'une part des médecins ne proposent pas, ou n'adressent pas leurs patients en psychothérapie, car ils jugent la prise en charge trop chère pour eux (21).

Il est également possible qu'une proportion de patients refusent ce traitement devant l'impossibilité d'y subvenir.

1.2. Non-disponibilité des spécialistes : les généralistes devant la difficulté d'accès aux services spécialisés

La non-disponibilité des spécialistes revenait en 2^{ème} position des freins à l'accès aux psychothérapies, évoquée par 65% des répondants (Q20).

Nos résultats vont donc dans le sens de divers travaux (2)(1)(14)(23).

Selon l'étude de Dusmenil et al. sur la prise en charge de la dépression en médecine de ville, citée auparavant, 79% des généralistes avancent le délai trop long d'obtention de RDV comme frein à la psychothérapie (21).

Une étude Norvégienne de 2010 a demandé à 100 généralistes comment la prise en charge des troubles mentaux en soin primaire (32). 59% d'entre eux suggéraient en premier l'augmentation de la capacité de soin des services secondaires, par une augmentation du nombre de professionnels.

Une étude française de 2009, a comparé la satisfaction dans la prise en charge des patients déprimés, de 2 populations de médecins généralistes : l'une en Grande-Bretagne, l'autre en France (2).

L'épidémiologie de la dépression et les recommandations de prise en charge sont relativement similaires dans ces 2 pays, rendant les 2 groupes comparables.

L'organisation des soins en revanche, n'est pas la même. Au Royaume-Uni, le système de santé est basé sur le droit universel aux soins. Contrairement à la France, le médecin traitant est attribué par le *National Health Service* (équivalent de notre sécurité sociale), et non libre de choix. L'ensemble du territoire est sectorisé, et des « Clinical Commissioning Groups » (CCG), composés de professionnels médicaux et paramédicaux, organisent et gèrent les soins des populations locales. Ces CCGs gèrent 2/3 du budget de la NHS, et font l'état des lieux des besoins, décident des priorités, établissent des stratégies, collaborent avec les structures de soins locales(2)(15).

Le but de l'étude était de voir si les différences de satisfaction pouvaient trouver leur origine dans des différences d'organisation des soins entre les 2 pays.

Chez les médecins français, les obstacles les plus souvent évoqués dans la prise en charge de la dépression étaient le manque de services spécialisés (49% contre 20% chez les Britanniques), et la difficulté d'accès (49,2% chez les Français contre 21% chez les Britanniques).

Alors que pour leurs voisins britanniques, c'était le manque de temps (33% contre 18% chez les Français) et l'excès de travail (25% contre 13% chez les Français) qui revenaient le plus(2).

Nous pouvons nous poser la question de l'impact de l'organisation des soins sur la satisfaction et la qualité de prise en charge des patients déprimés.

1.3. Réticence des patients (62%)

La réticence des patients au recours à la psychothérapie peut avoir plusieurs origines, comme la volonté d'éviter une expérience émotionnelle potentiellement désagréable, ou de ne pas aborder de sujets douloureux(33). Mais le facteur qui apparaît comme prépondérant est la stigmatisation liée aux troubles mentaux, dans notre cas particulier lié à la dépression(29).

1.3.1. Dépression et stigmatisation

Il y a toujours eu une stigmatisation particulière autour des troubles psychiques, dépression y compris(34).

Le fait de stigmatiser peut être défini par le fait « d'imprimer une marque » sur le corps de quelqu'un en guise de châtiment, comme une mise à l'écart de quelqu'un, du fait de ses différences (35).

Un patient déprimé peut faire face à une stigmatisation externe, ou perçue (de la part de sa famille, son entourage, ses collègues, la société)(36), et/ou à une auto-stigmatisation, ou stigmatisation dite interne, qui renvoie à la vision et au jugement qu'il porte sur lui-même.

Dans tous les cas, les émotions qui y sont associées sont généralement la honte, l'embarras, le sentiment d'infériorité, et contribuent à une isolation du patient(34). Or, un patient qui a honte, qui se sent embarrassé, ou qui a peur de l'être, va avoir plus de mal à chercher de l'aide que quelqu'un ne ressentant pas ces émotions. La stigmatisation freine considérablement la prise en charge optimale de la dépression(37)(38).

L'étude SOFRES « images de la psychiatrie » menée en 1998 rapporte « la crainte d'être assimilé à un fou » comme premier frein à la consultation d'un psychiatre(1).

Une étude menée parmi les étudiants en médecine de Chypre en 2017 par Constantinou et al., s'est penchée sur leurs attitudes et croyances par rapport à la psychothérapie.

La stigmatisation était un frein principal au recours à la psychothérapie chez les étudiants, et à leur volonté d'adresser leurs futurs patients (29).

Ils rapportaient tous la peur d'être « traités de fou » comme un obstacle important à l'usage de la psychothérapie, à la fois pour eux-mêmes, et dans l'adressage de leurs futurs patients.

Le rôle du praticien est de prendre en considération la perspective du patient, son contexte culturel, et de lui expliquer la pathologie et les principes de traitement de manière à ne pas exacerber la stigmatisation(38).

1.3.2. Échelles d'évaluation de la stigmatisation

Plusieurs échelles d'évaluation de la stigmatisation perçue par le patient présentant des troubles psychiques ont été développées(39).

Parmi elles, la « *Stigma scale*», a été introduite par des chercheurs de l'université de Cambridge en 2007. Le questionnaire comporte 28 points, pour lesquels le format de réponse est échelle allant de 0 (« tout à fait d'accord ») à 4 (« pas du tout d'accord »).

La « *Stigma scale* » permet d'évaluer la discrimination ressentie, la divulgation (la réticence des patients à évoquer leurs difficultés psychiques par peur d'être discriminés), mais également les aspects positifs potentiels liés à la pathologie psychique (comme l'empathie envers les personnes présentant des situations similaires) (voir annexe 2) (40). C'est un outil de recherche, qui peut contribuer à la compréhension du vécu du patient, et du processus de prise en charge de sa pathologie.

Cette échelle a été adaptée et traduite en français en 2013 par une équipe du CHU de Lausanne, Suisse (voir annexe 3) (39). Elle a été réduite de 28 à 9 items, dans le but d'optimiser son utilisation. Cette échelle ne mesure que la stigmatisation perçue, et ne prend pas en compte l'auto-stigmatisation.

Trois principaux questionnaires spécifiques à la stigmatisation liée au recours à la psychothérapie ont été élaborés :

- L'échelle « *Attitudes towards seeking professional psychological help scale*» (ASPHS, 1970) s'intéresse à la disposition individuelle par rapport à la recherche d'aide psychologique(29).
- L'échelle « *Stigma Scale for Receiving Psychological help* » (SSRPH, 2000), elle, évalue la perception individuelle de la stigmatisation potentielle liée au fait de recevoir une aide psychologique(41).
- L'échelle « *Self-Stigma of Seeking Help Scale* » (SSOSH, 2006), évalue l'impact de la recherche d'aide psychologique de la part du patient sur son estime, sa confiance en lui, sa vision de lui-même(33). Le but étant d'étudier les facteurs qui distinguent les patients

qui recherchent de l'aide de ceux qui n'en recherchent pas, et le rôle de l'auto-stigmatisation dans le processus de recherche d'aide psychologique.

Ces outils ont retrouvé notamment, que l'auto stigmatisation était liée à une intensité plus grande des symptômes psychiques, à une estime de soi diminuée et à un moindre recours aux soins(33)(40). Il ressortait également que la stigmatisation externe et interne était moins importante chez les femmes que chez les hommes, et qu'elles étaient plus disposées à rechercher une aide psychologique(41).

2. Critères d'évaluation secondaires

Dans notre étude, le fait de proposer plus systématiquement la psychothérapie aux patients déprimés était lié de manière statistiquement significative au fait :

- D'avoir une opinion positive quant à l'efficacité de la psychothérapie (Q11),
- De se considérer à l'aise dans la prise en charge de la dépression (Q4), et
- D'avoir bénéficié d'une psychothérapie à titre personnel (Q15).

Les femmes proposaient plus systématiquement la psychothérapie que les hommes, mais sans significativité statistique.

2.1. Opinion

Encore une fois nos résultats étaient en phase avec la littérature, qui retrouve que, majoritairement, les généralistes ont une opinion positive quant à la psychothérapie (14)(20)(22)(29). 89% de nos répondeurs étaient d'accord ou tout à fait d'accord quant à l'efficacité de la psychothérapie comme traitement des dépressions légères à modérées (Q11).

Selon Kraviz et al. (2006), Dusmenil et al. (2012, 2014, 2017) et Constantinou et al.(2017), avoir une opinion positive de la psychothérapie influence positivement l'adressage des soins primaires vers un professionnel de santé mentale (21)(22)(29).

De la même manière, une étude française sur l'opinion des généralistes sur les psychothérapies retrouve le fait d'avoir une opinion positive comme étant lié de manière significative à un adressage plus important (14).

Selon Dusmenil et al., la majorité des généralistes ont une opinion positive par rapport aux psychothérapies. Pourtant, le taux d'adressage est bas, et ils la proposent rarement seule, même pour les dépressions d'intensité légères à modérées (21).

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce décalage entre opinion et adressage :

Il est envisageable que les généralistes n'adressent pas certains patients, considérant la psychothérapie comme trop chère, trop difficile d'accès, ou ne sachant pas vers qui se référer.

On peut également penser qu'une partie des praticiens ne voient pas la psychothérapie comme traitement en soit, mais plus comme une prise en charge complémentaire à la médication (21).

Selon Constantinou et al., les croyances des étudiants étaient influencées principalement par 2 domaines : les institutions sociales dans lesquelles les étudiants évoluaient (éducation et média) d'une part, et leurs expériences personnelles d'autre part (29).

L'opinion des étudiants en médecine quant à la psychothérapie était renforcée positivement après le module de cours sur le sujet, et par le fait d'avoir bénéficié d'une psychothérapie à titre personnel.

Améliorer l'attitude des étudiants en médecine par rapport à la psychothérapie, est une manière de former leur opinion, et de potentiellement augmenter l'adressage de leurs futurs patients en psychothérapie.

2.2. Expérience et Aisance

Dans notre étude comme dans la littérature, la majorité des généralistes s'estiment efficaces dans la prise en charge de la dépression (Q4-5).

L'étude de Dusmenil et al. rapportait que 90% des généralistes s'estimaient efficaces dans la prise en charge de la dépression, et 84% estimaient leur formation suffisante quant au diagnostic et au traitement de la dépression (21).

Selon Kravitz et al., et Dusmenil et al., les praticiens qui se considèrent à l'aise dans la prise en charge de la dépression ont tendance à moins adresser aux professionnels de santé mentale, et à prendre en charge eux-mêmes leurs patients déprimés (14)(21)(22).

Cette étude retrouvait également que les généralistes ayant eu une expérience personnelle de psychothérapie adressaient plus leurs patients, cela indépendamment du fait qu'ils aient considéré la prise en charge efficace, ou pas (22). Nos résultats allaient dans le même sens.

Selon Constantinou et al., les étudiants en médecine qui avaient bénéficié personnellement de psychothérapie avaient plus de connaissance sur le sujet, en parlaient plus précisément, et exprimaient plus de volonté à y référer leurs futurs patients (29).

Dans ce sens, l'étude suggère la mise en place éventuelle de services de psychothérapie gratuite pour les étudiants, dans le but de les familiariser, de renforcer leur opinion et potentiellement l'adressage de leurs futurs patients.

Cela mériterait plus d'exploration. Mais il est probable que le fait d'être familiarisé avec les psychothérapies, permet de les proposer plus naturellement par la suite.

2.3. Connaissances

2.3.1. Connaissance des recommandations

Globalement, la majorité des généralistes français ne connaissent pas de guide de recommandation dans la prise en charge de la dépression (2). Cela questionne la qualité de la formation médicale continue. Cela est confirmé par notre étude.

Les généralistes britanniques, eux, déclarent en connaître un environ 2 fois plus souvent que les français(2), et sont plus nombreux à participer à la FMC. Ils sont plus nombreux à prendre part à la formation continue, et à affirmer connaître un guide de recommandation.

Au Royaume-Uni, les généralistes sont soumis à un contrôle des connaissances obligatoire tous les 5 ans, sans lequel leur contrat avec le *National Health System* n'est pas renouvelé.

Nous restons prudents dans l'interprétation des résultats, mais il est possible que ce contrôle entraîne une plus grande assiduité à la FMC, et une meilleure connaissance des recommandations.

Cela dit, différents travaux montrent que les médecins se fient plus à leurs expériences personnelles qu'aux recommandations officielles (14)(21)(22).

Comme nous avons pu le voir, l'opinion, le fait de se considérer à l'aise dans la prise en charge de la dépression, et/ou d'avoir bénéficié d'une psychothérapie personnelle, sont des facteurs subjectifs qui ont une réelle influence sur l'adressage des patients.

2.3.2. Connaissance du réseau et des types de psychothérapies

Un manque de connaissances sur les différents types de psychothérapies est retrouvé (Q18), chez les généralistes, comme chez les étudiants en médecine (14)(20)(21). Globalement ils en parlent de manière assez vague et non spécifique (14).

Dans l'étude de Dusmenil et al., la majorité admettaient avoir du mal à les différencier, et que la variété de thérapies représentait une difficulté dans l'adressage (21).

Le manque de connaissance du réseau de professionnels de santé est un frein à l'adressage.

Il est difficile d'adresser un patient quand on ne sait pas où ni à qui le référer(32).

Sans faire de raccourci, nous pouvons émettre l'hypothèse qu'une bonne connaissance du réseau de professionnels augmente les chances de considérer l'adressage comme aisé.

2.4. Les généralistes : influencés par des facteurs subjectifs

L'adressage en psychothérapie des patients déprimés par les généralistes est influencé de manière considérable par des facteurs subjectifs, comme leur opinion, expérience personnelle et leur sentiment d'efficacité.

Les caractères stables des praticiens (âge, sexe, origine ethnique), ne semblent pas intervenir de manière significative.

La connaissance d'un guide de recommandation ne semble pas influencer la prise en charge.

2.5. Pratique de la psychothérapie de soutien (PS)

Parmi les répondeurs, 33% affirmaient pratiquer la psychothérapie de soutien régulièrement, 38% occasionnellement, et 29% jamais (Q13).

71% d'entre eux la pratiquent donc occasionnellement ou régulièrement.

En 2014, une étude effectuée dans le département du Nord, sur la pratique de la psychothérapie de soutien par les généralistes auprès des patients dépressifs, retrouvait des résultats proches des nôtres(8).

60% des généralistes affirmaient pratiquer la psychothérapie de soutien pour soigner les patients dépressifs (contre 71% dans notre étude).

La prescription immédiate d'un antidépresseur était associée significativement à l'absence de recours à la psychothérapie de soutien(8).

Dans l'étude de Dusmenil et al., 2/3 des généralistes proposaient la psychothérapie de soutien à leurs patients déprimés (21).

Dans l'étude de 2014 comme dans la nôtre :

- La proportion de médecins formés était faible (11% d'entre eux seulement déclaraient être formés à cette technique, contre 29% dans notre étude), et
- Aucune définition de la psychothérapie de soutien n'était transmise dans le questionnaire.

Nous pouvons penser que des généralistes qui pratiquent la psychothérapie de soutien adressent moins leurs patients en psychothérapie.

Mais, la pratique de la psychothérapie de soutien telle que les généralistes la considère, correspond-elle réellement à sa définition théorique ?

2.5.1. Obstacles à la psychothérapie de soutien

On retrouve différents obstacles à la réalisation de la PS par les MG (2)(24) :

- Le manque d'intérêt : les médecins généralistes forment un socle hétérogène, et n'ont pas tous les mêmes intérêts ; intérêts qui influencent leurs apprentissages et pratiques.
(Un généraliste intéressé par la psychologie aura plus tendance à s'y former, participer aux FMC, et mettre en pratique, qu'un collègue ne trouvant pas d'affinité avec ce domaine, par rapport à un autre présentant un intérêt moindre dans le domaine.)
- Le manque de temps : Les consultations dédiées à la PS sont chronophages.
- Le manque de rentabilité : Une consultation standard dure environ 15 minutes, alors qu'une consultation pour PS durera en moyenne 30 minutes, la rémunération restant la même pour les deux.
- La sensation d'avoir atteint ses limites.

Voilà autant d'obstacles qui peuvent décourager le praticien à la mise en œuvre de la PS.

2.5.2. Un « soutien psychologique non formalisé »

Selon l'ANAES, 70% des patients déprimés sont pris en charge exclusivement par le médecin généraliste. Dans l'étude de Dusmenil et al., 9 généralistes sur 10 affirmaient prendre en charge entièrement leurs patients déprimés (21).

La psychothérapie de soutien effectuée par le généraliste est donc, dans la plupart des cas, la seule que recevra le patient, et la psychothérapie réalisée par des professionnels de santé mentale encore réservée à une minorité(8)(32).

Le plus souvent, le cadre thérapeutique n'est pas posé, le patient ne vient pas spécifiquement pour soutien psychothérapique, et le rythme des séances est aléatoire.

Plusieurs études, dont celle de 2014 concluent que, dans la majorité des cas, le médecin apporte « un soutien psychologique non formalisé », qui n'est pas une véritable psychothérapie de soutien(8)(14).

2.6. Collaboration avec les professionnels de santé mentale

2.6.1. Les généralistes, majoritairement insatisfaits de leur collaboration avec les psychiatres

Les critiques sur la collaboration avec les professionnels de santé mentale sont récurrentes de la part des généralistes(1)(23)(24). Parmi lesquelles, on retrouve principalement la rareté des échanges, et le non-retour d'information.

Parmi nos résultats (Q24), 40% des participants avaient attribué une note de 7-8/10 sur leur collaboration avec les professionnels de santé mentale, et 47% des participants une note entre 2-5/10.

Selon Dusmenil et al, dans un article étudiant les relations des généralistes avec les professionnels de santé mentale, ceux-ci considéraient leurs relations avec les spécialistes insatisfaisantes, et étaient en demande d'une collaboration de meilleure qualité (14).

2.6.2. Une identité commune marquée

Les MG ont une identité commune marquée, des valeurs et principes forts sur lesquels ils basent leur prise en charge, et la façon dont ils distinguent leur prise en charge de celle des psychiatres(14)(42).

Dans une étude belge sur MG et Psychiatres (42), plus de la moitié des psychiatres pensaient qu'il était préférable que les patients sous antidépresseurs aient une prise en charge spécialisée, quand seulement 3% des MG étaient du même avis.

74% des psychiatres, mais seulement 47% des MG pensaient qu'il était préférable qu'un spécialiste prenne en charge la psychothérapie d'un patient dépressif.

Les résultats montraient que généralistes et psychiatres ont des visions différentes de leurs rôles respectifs dans la prise en charge de la dépression.

Cette identité commune peut être un obstacle à la collaboration, en entraînant une vision clanique, où généralistes et psychiatres seraient dans 2 équipes opposées, plutôt que d'œuvrer ensemble au bien-être du patient.

2.6.3. La collaboration avec les psychologues

Hors circuit médical, et libre d'accès, la communication entre généralistes et psychologues n'est pas exigée, dans un sens comme dans l'autre.

Une thèse sur le sujet retrouvait que cette collaboration est mal perçue par la majorité des psychologues (43). Sur 10 patients, seulement 2 leur étaient adressés par un généraliste, et les échanges, par courrier ou téléphone, se faisaient rares.

C'est un domaine où il semble que l'enrichissement des interactions est laissé au bon vouloir de chacun.

2.7. Alternatives

La littérature (développement personnel ou « self help therapy »), et aujourd'hui les applications mobiles, ou la thérapie en ligne, sont d'autres moyens pouvant être proposés aux patients déprimés (2)(4).

Dans notre étude, une minorité de répondeurs affirmaient les proposer à leurs patients déprimés (15% littérature, 16% applications mobiles) (Q21).

Les généralistes de Grande-Bretagne déclarent utiliser plus fréquemment la littérature grand public que les Français (89% vs 11%) (2), et au Royaume-Uni comme en Allemagne, il est possible de prescrire une thérapie assistée par ordinateur et remboursée (respectivement « Beating The Blues » et « Deprexis »)(4).

Une méta analyse comparant 22 études, montrait que les TCC effectuées en ligne ou administrées par ordinateur avaient une efficacité supérieure au groupes contrôles (patients sur liste d'attentes), et une efficacité équivalente par rapport aux groupes de patients qui bénéficiaient de TCC réalisée avec un clinicien (44).

Les patients concernés étaient atteints de troubles anxieux ou dépressifs légers à modérés.

L'adhésion était satisfaisante, puisqu'en moyenne 80% des patients qui commençaient le programme le terminaient.

Ces résultats étaient maintenus à 26 semaines post traitement(44).

En France, une application mobile, « Bloom Up » a été développée en 2016, à destination des patients atteints de dépression légère à modérée (4).

Il s'agit d'un dispositif comportant d'une part, un site internet destiné au médecin, avec guide de recommandations, échelles d'évaluation, arbres décisionnels.

D'autre part, une application mobile à destination du patient.

Seul le médecin peut prescrire l'application via le site internet.

Via l'application mobile, le patient a accès à une partie informative sur sa pathologie, il peut autoévaluer son sommeil, son anxiété, son humeur. Il bénéficie également d'outils psychothérapeutiques (TCC) ainsi que d'exercices de méditation en pleine conscience.

Le projet « Bloom-up » est en train d'être finalisé, avec un site internet déjà actif (45).

Selon le CNOM (Conseil National de L'Ordre des médecins), « la santé connectée est un phénomène inéluctable et positif », avec des avantages non négligeables (4)(46,47):

- Le faible coût (l'application Bloom-up est prescrite par le médecin, gratuite pour le patient),
- La disponibilité, l'absence d'inégalité territoriale,
- L'accessibilité immédiate,
- Le gain de temps (transport, organisation du temps de travail),
- La diminution de la stigmatisation.

Se posent les questions (47)(46) :

- D'appellation (sont-ils des « dispositifs médicaux ? quels sont les critères d'appellation d'un dispositif médical ?),
- De la fiabilité de ces outils, leurs fonctionnements ou dysfonctionnement,
- De responsabilité (quelle est la responsabilité d'un médecin recommandant un outil de santé connectée défaillant ?), et
- De l'utilisation des données (comment gérer la confidentialité et la sécurité des données ?).

Ces questions entraînent certainement un frein à l'utilisation de ces dispositifs.

3. LIMITES de l'étude

3.1. Biais de sélection et de motivation

Parmi notre population d'étude, le taux de réponse a été de 9%. Une des explications pourrait être la charge de travail qui rend potentiellement secondaire le remplissage de questionnaires.

Il est possible que les médecins intéressés par le sujet de l'étude aient probablement été plus enclins à y participer, rendant de ce fait l'échantillon inhomogène. L'intérêt pour un domaine particulier influençant probablement connaissances et pratique.

3.2. Biais d'attrition

Adresses email obsolètes ou invalides, sur les 1118 mails envoyés, 147 ne sont jamais arrivés. Par ailleurs, les médecins remplaçants non installés n'ont pas toujours d'adresse enregistrée à l'Union représentant les professionnels de santé libéraux (URPSL), organisation par laquelle le questionnaire a été diffusé. La population des généralistes d'Alsace n'a donc pas pu être prise en compte en totalité, entraînant un biais d'attrition.

3.3. Biais de subjectivité

L'étude comportait plusieurs questions d'auto-évaluation, ou le répondeur rapportait son avis sur lui-même, sa vision à propos de certaines compétences, et difficultés rencontrées.

3.4. Absence d'étude de facteurs liés au patient

Dans notre étude, hormis la réticence du patient, les freins à l'adressage ou facteurs d'influence liés au patient n'étaient pas évalués. Cette approche était notre parti pris dès le départ, ayant choisi de se focaliser sur le médecin généraliste.

La littérature rapporte notamment que les praticiens adressent plus fréquemment en psychothérapie les patients en demande de traitement antidépresseur, que ceux qui présentent simplement des symptômes de dépression (22).

Certaines études montrent un adressage plus fréquent des femmes, et une médication plus rapide des patients hommes (20)(21). (Mais les études ne sont pas unanimes).

C'est tout un pendant du processus d'adressage qui est à prendre en compte, et qui n'a pas été vu dans notre travail.

V. Conclusion et perspectives

La dépression est un enjeu de santé publique, dont la prise en charge dépend de l'intensité des symptômes présentés : selon les recommandations de bonnes pratiques, la prise en charge de la dépression légère ou modérée se fait par la psychothérapie, tandis qu'une forme sévère nécessite l'association d'un traitement antidépresseur et d'une prise en charge psychothérapique(1)(3)(22)(48).

Si ces recommandations sont relativement respectées dans le cas des formes sévères, on constate que les patients avec dépressions légères ou modérées sont rarement traités par psychothérapie seule(21). De manière générale, une proportion limitée de patients bénéficie d'une prise en charge psychothérapique(1)(15)(19).

Parmi les pays d'Europe, la France est connue pour avoir un taux d'adressage aux professionnels de santé mentale particulièrement bas (19).

L'adressage en psychothérapie est un processus complexe, influencé par le médecin généraliste, le patient, l'interaction entre les deux, et par les caractéristiques du système de santé dans lequel ils se trouvent(1).

Notre étude, transversale s'intéresse aux freins à l'adressage des patients déprimés en psychothérapie par les généralistes d'Alsace.

Nous avons retrouvé 3 freins principaux évoqués par les généralistes : le coût des thérapies, la difficulté d'accès, et la réticence du patient.

Par ailleurs, l'adressage ou non par le généraliste était clairement lié à son opinion et ses expériences personnelles, plus qu'aux recommandations fondées sur les preuves(14)(21)(22).

Dans notre étude, l'absence de paramètres relatifs au patient ne permet pas une conclusion recouvrant l'ensemble de la problématique.

Néanmoins, nos résultats vont dans le même sens que la revue de la littérature, et nous permettent de dire que l'accès à la psychothérapie est largement perfectible en France (1-2)(9)(15)(21-23).

« En matière de santé mentale, tout a déjà été débattu »(1). Cependant, la littérature laisse entrevoir des pistes d'amélioration pour un meilleur accès à la prise en charge psychothérapique.

Du côté des médecins, il s'agit de veiller à la qualité de leur formation, au cours du parcours universitaire, et en formation médicale continue. Il semble important de les familiariser à la psychothérapie afin qu'il puisse y avoir une appropriation de l'enseignement, cela étant lié à un adressage en psychothérapie plus fréquent (29).

La réalisation de la psychothérapie de soutien est très aléatoire de leur part, et il semble qu'un renforcement de la formation dans ce domaine (lors du parcours universitaire et en FMC) pourrait améliorer la prise en charge des patients déprimés qui, rappelons-le, sont suivis entièrement par leur généraliste dans la majorité des cas(8).

La mise en place de rémunérations particulières, comme la ROSP (rémunération sur objectif de santé publique), ou d'une cotation spéciale PS pourrait encourager les généralistes à la pratique de la PS(1).

Du côté du patient, la dé-stigmatisation, qui est un des objectifs principaux de l'OMS depuis 1998, est à poursuivre(40)(34).

Parmi les différentes initiatives en France, nous pouvons citer par exemple la campagne « *accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques* », lancée en 2005 (49). Des messages de tolérance étaient diffusés de différentes manières (médias, brochures, affiches, site internet).

Dans ce contexte, il nous a semblé intéressant de considérer la part que jouent potentiellement les réseaux sociaux, utilisés par une grande partie de la population.

L'utilisation des réseaux sociaux a des effets néfastes : elle est addictive, elle est reliée à des taux d'anxiété et de dépression plus élevés, comporte un risque de harcèlement en ligne ou « Cyberbullying », et développe la peur de constamment passer à côté de quelque chose (FOMO, de l'anglais *Fear of missing out*)(50).

Ils permettent néanmoins un meilleur accès aux expériences personnelles ou professionnelles dans le champ de la santé, et de la santé mentale (50)(53).

Les utilisateurs évoquent un aspect de soutien émotionnel à leur travers (53).

Parmi les plateformes, Youtube apparaît comme la moins néfaste comparée à Instagram, Facebook, Snapchat et Twitter (50).

Youtube offre un accès colossal à du contenu, publié tant par des professionnels que des particuliers. Psychiatres, psychologues, psychothérapeutes (51), proposent des vidéos à visée informative et éducative. Des patients partagent leur vécu de la dépression, ainsi que les stratégies thérapeutiques expérimentées(52).

Les stratégies anti-discrimination sont généralement basées sur « la protestation, l'éducation et le contact » : dénoncer la discrimination, éduquer la population, et la mise en contact, afin de favoriser les interactions interindividuelles positives(34).

Dans ce sens, les chaînes Youtube possèdent un aspect éducatif et mettent au contact des individus partageant leurs expériences. Bien que difficilement mesurable, cela peut potentiellement participer à une meilleure acceptation en santé mentale(53).

Nous pouvons émettre l'hypothèse que Youtube a pour effet collatéral, une diminution de la stigmatisation en santé mentale (53).

Quant au système de santé, plusieurs axes d'amélioration sont possibles : continuer de «décloisonner les pratiques »(1), favoriser le développement d'une culture commune entre généraliste et professionnels de la santé mentale(14), envisager le remboursement de tout ou partie des séances de psychothérapies(54).

L'Assurance Maladie a démarré une expérimentation permettant aux patients d'être entièrement remboursés de leurs séances chez le psychologue(54)(55). L'essai a débuté en 2018 et se prolongera jusque 2020, dans 3 départements (Bouches-du-Rhône, Haute Garonne et Morbihan). Cette initiative est à petite échelle et critiquée (la séance de psychothérapie étant remboursée à hauteur de 22 euros, pour un tarif de base situé entre 45-60 euros).

Néanmoins, elle montre la prise en compte du frein financier dans l'accès aux psychothérapies.

Elle est inspirée du projet britannique « IAPT » : *Improving Access to psychological Therapies*.

C'est un projet de grande envergure, dont le but est d'améliorer l'accès des patients anxiodépressifs à la psychothérapie.

De 2008 à 2015, le *National Health Service* a investi 400 millions de livres, formé des professionnels dédiés et mis en place des services de prise en charge psychothérapique dans l'ensemble du pays (56)(57).

Ce projet a plusieurs spécificités : une prise en charge gratuite pour le patient, un accès soit libre, soit via adressage médical, un circuit standardisé, des résultats cliniques rendus publics et utilisés en recherche(56).

Hormis l'amélioration du bien-être des patients, les objectifs visés sont la diminution de l'absentéisme et du nombre d'arrêt de travail liés à ces troubles, ainsi qu'une augmentation de la productivité professionnelle (15)(56).

Un gain économique direct et indirect est attendu sur le long terme (56).

Si les preuves d'une telle efficacité n'ont pas encore été démontrées (58)(59), cela reste un modèle unique, dont il vaut la peine de suivre l'évolution.

Ces initiatives, ainsi que le recours à des nouvelles technologies peuvent nous faire espérer à une certaine ouverture des pratiques dans les années à venir.

VU
Strasbourg, le 27.08.2020
Le président du Jury de Thèse
Professeur Fabrice BERNA



VU et approuvé
Strasbourg, le 02 OCT 2020
Administrateur provisoire de la Faculté de
Médecine, Maieutique et Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILIA



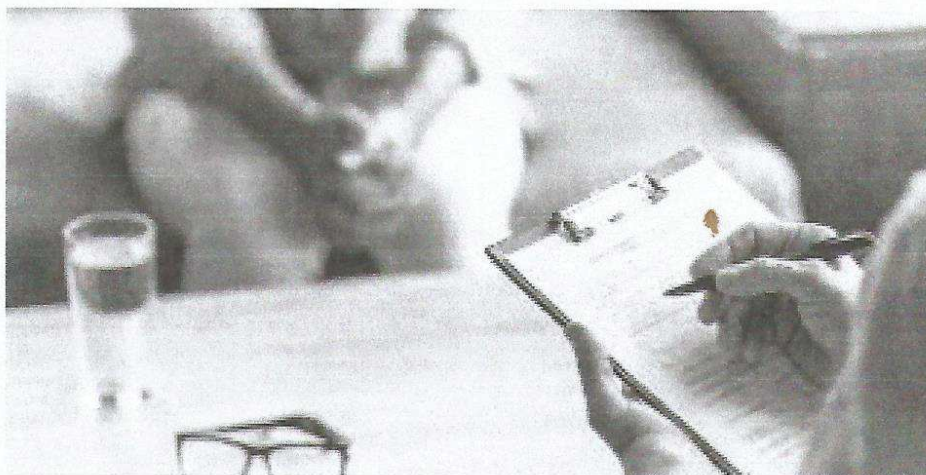
Annexes

Annexe 1 : questionnaire de l'étude

Freins à l'adressage des patients déprimés en psychothérapie en Médecine Générale, en Alsace.

*Obligatoire

Questionnaire anonyme - Merci de votre participation.



1. 1. Vous êtes :

Plusieurs réponses possibles.

- Un homme
- Une femme

2. 2. Vous exercez la Médecine Générale depuis :

Plusieurs réponses possibles.

- 1-5 ans
- 5-10 ans
- 10-15 ans
- 15-20 ans
- Plus de 20 ans

3. 3. Vous exercez en milieu :

Plusieurs réponses possibles.

- Rural
- Semi-rural
- Urbain

4. 4. Vous vous considérez à l'aise dans la prise en charge des troubles anxio-dépressifs. *

Plusieurs réponses possibles.

- Tout à fait d'accord 🍌
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord.

5. 5. Par rapport à cette assertion : "Mon expérience dans ce domaine est satisfaisante", êtes-vous :

Plusieurs réponses possibles.

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en accord ni en désaccord
- En désaccord
- Pas du tout d'accord

6. 6. J'ai bénéficié d'une formation médicale continue dans la prise en charge de la dépression au cours des 5 dernières années.

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
 Non

7. 7. J'aimerais participer à une formation dans ce domaine

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non
 Indifférent

8. 8. Je connais un guide de recommandation de bonne pratique sur la prise en charge de la dépression.

Une seule réponse possible.

- Oui
 Non

9. 9. J'utilise les scores suivants dans l'évaluation des patients :

Une seule réponse possible.

- Echelle de Hamilton
 Questionnaire PHQ 9 pour la dépression
 Questionnaire GAD 7 pour l'anxiété
 Pas de manière courante

10. 10. Dans le cadre d'une prescription initiale, quelle molécule utilisez-vous préférentiellement ?

Une seule réponse possible.

- Antidépresseurs tricycliques & apparentés (ex : laroxyl, anafranil)
- IMAO Inhibiteurs de la monoamine oxydase (ex : moclamine)
- IRS Inhibiteurs de la recapture de la serotonine (ex : seropram, prozac, effexor)
- Antidépresseur ni tricycliques, ni IMAO ni IRS (ex : Norset, Stablon)
- Pas de préférence particulière
- Autre : _____

11. 11. Par rapport à cette assertion : "La psychothérapie constitue un traitement efficace des dépressions légères à modérées", êtes-vous :

Plusieurs réponses possibles.

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

12. 12. Proposez-vous systématiquement la psychothérapie comme traitement à vos patients déprimés, et pourquoi ?

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON, j'attends de revoir le patient et propose en fonction de son évolution.
- NON, car le patient est souvent réticent.
- NON, j'ai du mal à accéder aux professionnels de santé mentale.
- NON, car cette prise en charge n'est pas remboursée.
- Autre : _____

13. 13. Effectuez-vous des psychothérapies de soutien auprès de vos patients déprimés ?

Plusieurs réponses possibles.

- Oui, régulièrement
 Occasionnellement
 Non, jamais.

14. Si oui avez-vous eu une formation préalable ?

Plusieurs réponses possibles.

- OUI
 NON

15. 14. Par rapport à la psychothérapie de soutien en médecine générale :
(plusieurs réponses possibles)

Plusieurs réponses possibles.

- Je n'ai pas assez de temps, c'est chronophage.
 Je n'ai pas la formation adéquate
 Ce n'est pas assez rentable.
 Je la pratique avec un cadre posé (consultation + longue et dépassement d'honoraire.)
 Je la pratique sans dépassement d'honoraires.
 Je préfère adresser à un professionnel de santé mentale.

Autre : _____

16. 15. A titre personnel, j'ai déjà bénéficié d'une psychothérapie.

Plusieurs réponses possibles.

- Oui
 Non

17. 16. Vers quel professionnel de santé mentale adressez-vous le plus vos patients avec syndrome dépressif (si besoin)?

Une seule réponse possible.

- Psychiatre libéral
- Centre Médico Psychologique (CMP)
- Psychologue libéral
- Psychothérapeute
- Autre : _____

18. 17. J'ai une bonne connaissance du réseau de professionnels de santé mentale de mon secteur.

Plusieurs réponses possibles.

- Tout à fait d'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

19. 18. Je connais le type de thérapies pratiquée par mes collègues (Cognitivo-Comportementale, analytique, systémique, etc...)

Une seule réponse possible.

- OUI
- NON

20. 19. Pour quelles raisons adressez-vous vos patients vers un professionnel de santé mentale ?

Plusieurs réponses possibles.

- AVIS THERAPEUTIQUE
- AIDE AU DIAGNOSTIQUE
- EVALUATION DU RISQUE SUICIDAIRE
- A LA DEMANDE DU PATIENT
- POUR UNE PSYCHOTHERAPIE
- QUAND J'AI LE SENTIMENT D'AVOIR ATTEINT MES LIMITES

21. 20. Quand j'adresse à un professionnel de santé mentale, je le fais en fonction :

Plusieurs réponses possibles.

- Du choix du patient
- Du remboursement ou non,
- Du type de psychothérapie pratiqué (TCC, analytique, MEDR...)
- J'ai du mal à savoir à qui adresser mes patients
- J'adresse à un collègue avec qui je collabore régulièrement.

22. 21. Il m'arrive de proposer aux patients d'utiliser :

Une seule réponse possible.

- Des applications mobiles (de méditation pleine conscience, ou de développement personnelle)
- De la littérature (livres de développement personnel)
- des services de coaching en ligne, ou psychothérapie en ligne.
- Non

23. 22. Les obstacle à l'adressage en psychothérapie sont :

Plusieurs réponses possibles.

- La disponibilité des spécialistes
- Le non remboursement des psychothérapies
- La réticence des patients
- La communication entre professionnels
- Autre

24. 23. J'ai aisément accès au professionnel de mon choix.

Plusieurs réponses possibles.

- Tout à fait D'accord
- D'accord
- Ni en désaccord ni d'accord
- Pas d'accord
- Pas du tout d'accord

25. 24. Sur une échelle entre 0-10, quelle note donneriez-vous à votre collaboration avec les professionnels de santé mentale ?

Une seule réponse possible.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

26. 25. Quel est, selon vous le plus grand obstacle à l'adressage en psychothérapie ?

27. 26. Auriez-vous une suggestion d'amélioration possible dans ce domaine ?

En vous souhaitant une bonne journée,

Merci !

Ce contenu n'est ni rédigé, ni cautionné par Google.

Google Forms



Annexe 2 : Les recommandations du Conseil national de l'Ordre des médecins en matière de santé connectée (47).

Les recommandations du CNOM

1 – Définir le bon usage de la santé mobile au service de la relation patients-médecins

- Définir un cadre de bon usage des outils de m-santé intégrés dans le champ des soins. Le CNOM contribuera par ses publications à cette définition du bon usage et s'associerait naturellement à la HAS, puisque ce cadre de recommandations fait partie de ses attributions et compétences.

2. Promouvoir une régulation adaptée, graduée et européenne

- Etablir une déclaration de conformité à un certain nombre de standards des outils de m-santé. Cette déclaration devrait comporter trois volets : la confidentialité et la protection des données recueillies, la sécurité informatique, logicielle et matérielle, la sûreté sanitaire. Un dispositif de vigilance devrait être mis en œuvre afin de faciliter les déclarations de dysfonctionnements. La régulation doit prendre une dimension européenne.

3. Poursuivre l'évaluation scientifique

- Développer, au-delà de la seule déclaration de conformité, une évaluation scientifique des solutions qui s'inscrivent dans le parcours de soins et dans l'exercice de la télémédecine, évaluation neutre et menée par des experts sans lien d'intérêt avec les fournisseurs.

- Envisager une prise en charge par la collectivité dès lors que l'évaluation des applications et objets connectés aurait effectivement reconnu leurs bénéfices sur la santé individuelle et/ou collective.

4. Veiller à un usage éthique des technologies de santé connectée

- Traiter les questions éthiques dans le cadre de débats publics ouverts. Les usages naissants de la m-santé ont déjà fait apparaître les premières menaces sur la solidarité et l'intégration sociale, la surveillance et la dépendance des personnes. Le CNOM met en garde sur les conséquences du modèle économique qui sous-tend la santé connectée et repose sur la valorisation des données.

5. Développer la littératie numérique
- Promouvoir l'éducation au numérique pour tous les citoyens et les entrepreneurs.

6. Engager une stratégie nationale de e-santé

Partager avec l'ensemble des acteurs la stratégie de déploiement de la e-santé et de la m-santé. Un conseil national stratégique placé sous l'autorité ministérielle permettrait de clarifier la gouvernance de la e-santé et de soutenir les principes fondamentaux attachés à ce déploiement, notamment les impératifs éthiques d'information du patient, de son consentement au partage de ses données personnelles et du respect de la confidentialité.

Annexe 3 : échelle de stigmatisation “The Stigma Scale” (Cambridge, 2007) (40) :

Items	Dc	D	P	Moyenne (ET)
1 J'ai été victime de discrimination dans ma formation en raison de mes problèmes de santé psychique	D	.66		1.63 (1.36)
2 Parfois, j'ai l'impression qu'on me traite comme un(e) gamine(e) en raison de mes problèmes de santé psychique	D	.55		1.83 (1.34)
3 D'avoir eu un problème de santé psychique m'a rendu plus compréhensif	P		.69	1.12 (1.12)
4 Je ne m'en vends pas d'avoir eu des problèmes de santé psychique	Dc		.39	1.51 (1.31)
5 Je crains de dire aux gens que je bénéficie d'un traitement psychologique	Dc	.77		2.02 (1.36)
6 Certaines personnes ayant des problèmes de santé psychique sont dangereuses	P			2.48 (1.68)
7 Les gens ont été compréhensifs vis-à-vis de mes problèmes de santé psychique	P	.49		1.33 (1.06)
8 J'ai été victime de discrimination par la police en raison de mes problèmes de santé psychique	D	.56		.91 (1.19)
9 J'ai été victime de discrimination par des employeurs en raison de mes problèmes de santé psychique	D	.65		1.58 (1.39)
10 Mes problèmes de santé psychique m'ont rendu plus tolérant(e) vis-à-vis des autres gens	P		.57	1.18 (1.04)
11 Je me sens très souvent seul(e) en raison de mes problèmes de santé psychique.	D	.40	.33	2.25 (1.36)
12 J'ai peur de la réaction des gens s'ils découvrent mes problèmes de santé psychique	Dc	.83		1.94 (1.33)
13 J'aurais eu de meilleures possibilités dans la vie si je n'avais pas eu de problèmes de santé psychique	D	.33	.41	2.77 (1.23)
14 Cela ne me dérange pas que des personnes dans mon voisinage sachent que j'ai eu des problèmes de santé psychique.	Dc	.41	.43	1.68 (1.28)
15 Je dirais que j'ai eu des problèmes de santé psychique si je me présentais pour un travail	Dc	.43		2.10 (1.41)
16 Je crains de dire aux gens que je prends des médicaments pour des problèmes de santé psychique.	Dc	.70		1.78 (1.35)
17 Les réactions des gens à mes problèmes de santé psychique me conduisent à me renfermer sur moi-même.	D	.40	.47	1.83 (1.36)
18 Je suis fâché(e) de la manière dont les gens ont réagi à mes problèmes de santé psychique	D	.68		1.68 (1.25)
19 Les gens ne m'ont jamais causé d'ennuis en raison de mes problèmes de santé psychique	D	.58		1.66 (1.27)
20 J'ai été victime de discrimination par des professionnels de santé en raison de mes problèmes de santé psychique.	D	.45		1.15 (1.21)
21 Des gens m'ont évité en raison de mes problèmes de santé psychique.	D	.66		1.95 (1.35)
22 Des gens m'ont insulté en raison de mes problèmes de santé psychique	D	.70		1.27 (1.27)
23 Avoir eu des problèmes de santé psychique m'a rendu(e) plus solide	P		.76	1.79 (1.31)
24 Je ne me sens pas embarrassé(e) en raison de mes problèmes de santé psychique	Dc	.30	.35	1.73 (1.23)
25 J'évite de parler aux gens de mes problèmes de santé psychique.	Dc	.70		2.39 (1.22)
26 Avoir eu des problèmes de santé psychique me donne le sentiment que la vie est injuste.	D	.34	.35	1.97 (1.29)
27 Je ressens le besoin de cacher mes problèmes de santé psychique à mes amis.	Dc	.70		1.60 (1.29)
28 Je trouve difficile de dire aux gens que j'ai des problèmes de santé psychique	Dc	.82		2.39 (1.37)

Note. Dc= disclosure (divulgaration); D= discrimination (discrimination); P= positive aspects (aspects positifs). Les saturations < |,30| ne sont pas reportées et celles ≥ |,40| sont en caractère gras. La trame de fond grise indique les items qui ont été choisis pour la forme abrégée de l'échelle.

Annexe 4 : adaptation Française de la « Stigma Scale » (39)

		tout à fait d'accord	d'accord	ni d'accord ni pas d'accord	pas d'accord	pas du tout d'accord
1	D'avoir eu un problème de santé psychique m'a rendu plus compréhensif	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Je crains de dire aux gens que je bénéficie d'un traitement psychologique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Mes problèmes de santé psychique m'ont rendu plus tolérant(e) vis-à-vis des autres gens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	J'ai peur de la réaction des gens s'ils découvrent mes problèmes de santé psychique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Je suis fâché(e) de la manière dont les gens ont réagi à mes problèmes de santé psychique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Des gens m'ont évité en raison de mes problèmes de santé psychique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Des gens m'ont insulté en raison de mes problèmes de santé psychique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Avoir eu des problèmes de santé psychique m'a rendu(e) plus solide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Je trouve difficile de dire aux gens que j'ai des problèmes de santé psychique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bibliographie :

1. Gallais J-L. Médecine générale, psychiatrie et soins primaires : regard de généraliste. L'information psychiatrique. 12 juin 2014;Volume 90(5):323-9.
2. Alain Mercier, Isabelle Aubin, Bertrand Stalnikiewitz, Sylvie Aulanier, Nolwenn Kerhuel, Catherine Boulnois, Jean-Loup Hermil, Perre Czernichow. Satisfaction des généralistes sur la prise en charge des patients déprimés. Une comparaison France/Grande-Bretagne. Exercer. 2009;88:100-5.
3. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. Epidemiol Psychiatr Soc. 2009;18(1):23-33.
4. Mekaoui L, Lombardi A-S. e-santé dans la dépression : l'application mobile Bloom-up. L'information psychiatrique. 27 oct 2017;Volume 93(8):654-9.
5. Üstün TB, Sartorius N. Mental Illness in General Health Care: An International Study. John Wiley & Sons; 1995. 430 p.
6. Chiche S. Les grandes familles de psychothérapies. Les Grands Dossiers des Sciences Humaines. 1 oct 2013;N° 31(6):13-13.
7. Psychotherapies-Psycom.pdf.
8. Mehdi BEKKOUCHE. Psychothérapie de soutien médecins généralistes et patients dépressifs: enquête transversale auprès de 140 praticiens de soins primaires du Nord. Faculté de médecine Henri WAREMBOURG - Lille; 2014.
9. Gori R, Braconnier A, Hanin B. Psychanalyse et psychothérapie : débats et enjeux. Le Carnet PSY. 2006;n° 107(3):38-41.
10. Antoine POROT, Jean SUTTER, Yves PELICIER. Manuel alphabétique de Psychiatrie. Puf. 1996. 768 p.
11. Canceil O, Cottraux J, Falissard B, Flament M, Miermont J, Swendsen J, et al. Psychothérapie: trois approches évaluées. :571.
12. Chiche S. Les grandes familles de psychothérapies. Les Grands Dossiers des Sciences Humaines. 1 oct 2013;N° 31(6):13-13.
13. Weyeneth M, Ambresin G, Carballeira Y, Contesse V, Crivii C, Glauser F, et al. La psychothérapie de soutien : un pas vers l'éclectisme. Psychotherapies. 2004;Vol. 24(2):73-86.

14. Dumesnil H, Apostolidis T, Verger P. Opinions of general practitioners about psychotherapy and their relationships with mental health professionals in the management of major depression: A qualitative survey. PLoS ONE. 2018;13(1):e0190565.
15. Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: The IAPT experience. International Review of Psychiatry. août 2011;23(4):318-27.
16. Sladana P. Haute Autorité de santé. 2017;45.
17. Sladana - 2017 - Haute Autorité de santé.pdf [Internet]. [cité 16 juin 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_recommandations_version_mel.pdf
18. Stroia Kieffer V. Thèse médecine générale - Quelle formation pour le médecin généraliste, psychothérapeute de fait ?
19. iviane Kovess-Masfety, Jordi Alonso, Traolach S. Brugha, Matthias C. Angermeyer, Josep Maria Haro, Christine Sevilla-Dedieu. Differences in Lifetime Use of Services for Mental Health Problems in Six European Countries. Psychiatric Services. févr 2007;58(2):213-219.
20. Dumesnil H, Cortaredona S, Verdoux H, Sebbah R, Paraponaris A, Verger P. General Practitioners' Choices and Their Determinants When Starting Treatment for Major Depression: A Cross Sectional, Randomized Case-Vignette Survey. PLOS ONE. 18 déc 2012;7(12):e52429.
21. 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. L'information psychiatrique. 12 juin 2014;Volume 90(5):341-52.
22. Kravitz RL, Franks P, Feldman M, Meredith LS, Hinton L, Franz C, et al. What drives referral from primary care physicians to mental health specialists? A randomized trial using actors portraying depressive symptoms. J Gen Intern Med. juin 2006;21(6):584-9.
23. Jean-Luc Gallais, Marie-Laure Alby. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. 2002;37-956-A-20.
24. Telford R, Hutchinson A, Jones R, Rix S, Howe A. Obstacles to effective treatment of depression: a general practice perspective. Fam Pract. 1 févr 2002;19(1):45-52.
25. Itinéraire des déprimés.pdf - rapport groupe expert - 2001.
26. Dépression [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 8 mars 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression>

27. générale D de médecine, cedex 4 rue Kirschleger67058 Strasbourg, 03.68.85.35.07, Anne.Langoureau@unistra.fr. Construire une enquête et un questionnaire – DMG Strasbourg [Internet]. [cité 27 févr 2019]. Disponible sur: <http://udsmed.u-strasbg.fr/dmg/recherche-2/construire-une-enquete-et-un-questionnaire/>
28. générale D de médecine, cedex 4 rue Kirschleger67058 Strasbourg, 03.68.85.35.07, Anne.Langoureau@unistra.fr. A vérifier avant de lancer son questionnaire – DMG Strasbourg [Internet]. [cité 20 mars 2019]. Disponible sur: <http://udsmed.u-strasbg.fr/dmg/recherche-2/a-verifier-avant-de-lancer-son-questionnaire/>
29. Constantinou C, Georgiou M, Perdikogianni M. Medical Students' Attitudes and Beliefs towards Psychotherapy: A Mixed Research Methods Study. *Behavioral Sciences*. 18 août 2017;7(4):55.
30. Paris J, Goldbloom D, Kurdyak P. Moving Out of the Office: Removing Barriers to Access to Psychiatrists. *Can J Psychiatry*. sept 2015;60(9):403-6.
31. Consultations en métropole : vos remboursements. [Internet]. [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations/metropole>
32. Mykletun A, Knudsen AK, Tangen T, Øverland S. General practitioners' opinions on how to improve treatment of mental disorders in primary health care. Interviews with one hundred Norwegian general practitioners. *BMC Health Services Research*. 9 févr 2010;10(1):35.
33. Vogel DL, Wade NG, Haake S. Measuring the Self-Stigma Associated With Seeking Psychological Help. In 2006.
34. Stuart H. Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution. *Santé mentale au Québec*. 5 nov 2003;28(1):54-72.
35. Larousse É. Définitions : stigmatiser - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 3 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/stigmatiser/74714>
36. Sims A. The scar that is more than skin deep: the stigma of depression. :2.
37. Stigma Scale for Receiving Psychological Help (SSRPH): An Examination Among Adolescent Girls. - Abstract - Europe PMC [Internet]. [cité 4 févr 2020]. Disponible sur: <https://europepmc.org/article/PMC/4449302>
38. Yen C-F, Chen C-C, Lee Y, Tang T-C, Yen J-Y, Ko C-H. Self-Stigma and Its Correlates Among Outpatients With Depressive Disorders. *PS*. 1 mai 2005;56(5):599-601.
39. Morandi S, S G, Zimmermann G, Favrod J, Chanachev A, Monnat M, et al. Mesurer la stigmatisation perçue : traduction française, validation et adaptation de la Stigma Scale. *L Encéphale*. 1 janv 2013;

40. King M, Dinos S, Shaw J, Watson R, Stevens S, Passeti F, et al. The Stigma Scale: development of a standardised measure of the stigma of mental illness. *The British Journal of Psychiatry*. mars 2007;190(3):248-54.
41. Efstathiou G, Kouvaraki E, Ploubidis G, Kalantzi-Azizi A. Self-Stigma, Public-Stigma and Attitudes towards Professional Psychological Help: Psychometric Properties of the Greek Version of Three Relevant Questionnaires. *International Journal for the Advancement of Counselling*. juin 2019;41(2):175-86.
42. Demyttenaere K, Anseau M, Constant E, Albert A, Van Gassen G, van Heeringen K. Do general practitioners and psychiatrists agree about defining cure from depression? The DESCRIBE™ survey. *BMC Psychiatry*. 14 oct 2011;11(1):169.
43. Vergès Y. Collaboration entre médecins généralistes et psychologues : le point de vue des psychologues. 2017.
44. Andrews G, Cuijpers P, Craske MG, McEvoy P, Titov N. Computer Therapy for the Anxiety and Depressive Disorders Is Effective, Acceptable and Practical Health Care: A Meta-Analysis. Baune BT, éditeur. *PLoS ONE*. 13 oct 2010;5(10):e13196.
45. Bloom Up – Application mobile contre la dépression – Bloom Up est une application s’adressant aux médecins généralistes ou spécialistes et à leurs patients souffrant de dépression d’intensité modérée, pour les accompagner vers la guérison. [Internet]. [cité 18 janv 2020]. Disponible sur: <https://bloom-up-app.fr/>
46. Verpeaux M. De la e-psychiatrie à la m-psychiatrie ? *L’information psychiatrique*. 26 juill 2016;Volume 92(6):435-8.
47. Delmotte H. « De la e-santé à la santé connectée » : accompagner la transformation de notre modèle de santé. *HEGEL - HEpato-GastroEntérologie Libérale* [Internet]. 2015 [cité 18 janv 2020];(2). Disponible sur: <http://hdl.handle.net/2042/56637>
48. *depression_adulte_fiche_de_synthese_pec.pdf* [Internet]. [cité 26 févr 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_pec.pdf
49. Lamboy B, Saïas T. Réduire la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques par une campagne de communication ? Une synthèse de la littérature. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. mars 2013;171(2):77-82.
50. RSPH. #StatusofMind [Internet]. [cité 6 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.rsph.org.uk/our-work/campaigns/status-of-mind.html>
51. Kati Morton - YouTube [Internet]. [cité 2 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/user/KatiMorton>

52. How I cope with Depression - YouTube [Internet]. [cité 2 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=VR1KzaRAcmA>
53. Satus of mind [Internet]. [cité 7 févr 2020]. Disponible sur: <https://www.rsph.org.uk/uploads/assets/uploaded/d125b27c-0b62-41c5-a2c0155a8887cd01.pdf>
54. L'assurance maladie expérimente le remboursement des consultations chez le psychologue [Internet]. Actusoins - infirmière, infirmier libéral actualité de la profession. 2018 [cité 7 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.actusoins.com/299114/lassurance-maladie-experimente-le-remboursement-des-consultations-chez-le-psychologue.html>
55. Psychothérapies : des séances bientôt remboursées ? [Internet]. Allo docteurs. 2018 [cité 26 févr 2019]. Disponible sur: https://www.allodocteurs.fr/bien-etre-psycho/psycho/therapies-psy/psychotherapies-des-seances-bientot-remboursees_24426.html
56. Graham Thornicroft. Improving access to psychological therapies in England. *The Lancet*. 7 déc 2017;391:679.
57. Clark DM, Canvin L, Green J, Layard R, Pilling S, Janecka M. Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *The Lancet*. 17 févr 2018;391(10121):679-86.
58. Radhakrishnan M, Hammond G, Jones PB, Watson A, McMillan-Shields F, Lafortune L. Cost of Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme: An analysis of cost of session, treatment and recovery in selected Primary Care Trusts in the East of England region. *Behaviour Research and Therapy*. 1 janv 2013;51(1):37-45.
59. McCrone P. IAPT is probably not cost-effective. *The British Journal of Psychiatry*. mai 2013;202(5):383-383.



DECLARATION SUR L'HONNEUR

Document avec signature originale devant être joint :
- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : EGLY Prénom : Rebecca

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

Signature originale :

A Mulhouse, le 02.11.2020

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S.PDF le Thèse.

Scanned with
MOBILE SCANNER

Résumé:

Introduction : La dépression est une pathologie centrale de la médecine générale. Selon les recommandations de bonne pratiques, le traitement de première intention des formes légère à modérée est la psychothérapie. La densité des professionnels de la santé mentale en France est parmi les plus hautes d'Europe. Pourtant les généralistes français adressent leurs patients dépressifs pour psychothérapie à des taux particulièrement bas
Quels sont les freins à l'adressage en psychothérapie des patients déprimés par les médecins généralistes, en Alsace ?

Matériel et méthodes : une étude transversale d'épidémiologie descriptive a été réalisée de mai à août 2019, auprès de l'ensemble des médecins généralistes d'Alsace. Les participants ont été invités, par mail, à répondre à un questionnaire auto administré, construit à partir d'une revue de la littérature.

Résultats : Nous avons retrouvé 3 freins principaux évoqués par les généralistes dans le processus d'adressage en psychothérapie : le coût des thérapies (75%), la difficulté d'accès (65%), et la réticence des patients (62%).

Des facteurs influençant le processus d'adressage ont été retrouvés.

L'aisance des généralistes dans la prise en charge de la dépression, le fait d'avoir une opinion positive quant à l'efficacité de la psychothérapie, ainsi que d'en avoir bénéficié à titre personnel, étaient reliés de manière statistiquement significative à un adressage plus élevé.

Conclusion & perspectives : L'adressage en psychothérapie est un processus complexe. Plusieurs pistes d'améliorations sont possibles : veiller à la qualité de la formation universitaire des généralistes, afin de favoriser une appropriation de l'enseignement. Du côté des patients, il s'agit de poursuivre la déstigmatisation, un des objectifs principal de l'OMS depuis 1998. Quant au système de soins secondaire, l'Assurance Maladie, inspirée par le projet britannique IAPT (*Improving Acces to Psychological Therapies*) est en cour d'expérimentation (2018-2020), permettant le remboursement de séances de psychothérapie dans 3 départements.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots clés : dépression, psychothérapie, adressage, freins

Président : Professeur Fabrice Berna

Assesseurs : Professeur Gilles Berthschy
Docteur Lorenzo Mathieu
Docteur Olivier Halleguen

Adresse de l'auteur : 14, rue du Bramont, 68100 Mulhouse.

