

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTE

ANNÉE : 2021

N° : 47

THESE
PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat
Mention Médecine Générale

PAR

BRAILLON Béatrice

Née le 7 août 1992 à Grenoble

Prise en charge et suivi d'un premier épisode dépressif caractérisé chez l'adulte : Evaluation
des pratiques professionnelles en médecine générale libérale en Alsace

Président de thèse : Monsieur Fabrice BERNA, Professeur

Directeur de thèse : Monsieur Philippe WERNY, Docteur

Membres du jury : Monsieur Gilles BERTSCHY, Professeur

Madame Juliette CHAMBE, Docteure



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

- **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. LULES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. BITSCH Samuel

Edition OCTOBRE 2020
Année universitaire 2020-2021

HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)

Directeur général :
M. GALY Michaël



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 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Hospitalisation des Urgences 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	RP6 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 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques / Faculté	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 Remy P0008	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	NRP6 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	RP6 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	RP6 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 Evaluation - 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 Plastique et maxillo-faciale / 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 d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / 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 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / 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

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 Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / 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 - Service d'Orthopédie-Traumatologie 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 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian P0049	RP6 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	RP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
DIEMUNSCHE Pierre P0051	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-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 d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / 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 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	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 NCS	• 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 / ICANS	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 - Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie
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	NRP6 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
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	RP6 NCS	• 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	NRP6 CS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIAL E Alessio P0194	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189	RP6 CS	• 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 JEANDIER 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 - Secteur Evaluation - 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 II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre P0175	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	RP6 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE-TONGIO Laurence P0202	NRP6 CS	• 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	RP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Haute-pierre	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 Haute-pierre	42.01 Anatomie
LESSINGER Jean-Marc P0	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Hôp. de Haute-pierre	82.00 Sciences Biologiques de Pharmacie
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-vénéréologie
LIVERNEAUX Philippe P0094	RP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel P0203	NRP6 NCS	• Pôle d'Onco-hématologie - Service d'Oncologie médicale / ICANS	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	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 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole P0101	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	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 Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	NRP6 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	RP6 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 CS	• 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 - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295 / Fac	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 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOEL Georges P0114	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	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 NCS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick P0115	RP6 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-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
PELACCIA Thierry P0205	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry P0119	CDp	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier P0206	NRP6 NCS	• ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	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 Hautepierre	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 - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	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 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérald 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)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SANANES Nicolas P0212	NRPô NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
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 - Service de Santé Publique / 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	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SCHNEIDER Francis P0144	NRPô 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 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-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 / NHC	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 / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRPô NCS	• 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	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 CS	• 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 réadaptation gériatrique / 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 - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie P0001	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité 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

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

(1) En sumombre universitaire jusqu'au 31.08.2018

(3)

(5) En sumombre universitaire jusqu'au 31.08.2019

(6)

(6) En sumombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

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

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

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

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRP6 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatodigestif Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
MIYAZAKI Toru		• Pôle de Biologie Laboratoire d'Immunologie Biologique / HC	
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur / HP	

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 Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Pôle d'Imagerie - Service de Radiothérapie / ICANS	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 Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	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 Héléne M0124		• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02	Neurochirurgie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale Intégrative / IGBMC	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - UF6237 - Imagerie Préclinique / 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-YOUCHEF 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 Vera 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 / IGBMC	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	CS	• 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 - Ophtalmologie / 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 Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
HUBLEE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / 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 - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04	Génétique (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
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 Haute-pierre	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-Vénéréologie
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 Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	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 Haute-pierre 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 Haute-pierre	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)
PENCREACH 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 Haute-pierre	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 - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie Générale et Spécialisée / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
Mme ROLLAND Delphine M0121		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Haute-pierre	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 SCHEIDECKER 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)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SOLIS Morgane M0123		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 Bactériologie-Virologie ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
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 Pédiatrique / 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'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	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 Niels		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 BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dre GROS-BERTHOU Anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dre SANSELME Anne-Elisabeth		Médecine générale
Dr SCHMITT Yannick		Médecine générale

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, 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 JUNGER 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	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr DE MARCHI Martin	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Oncologie médico-chirurgicale et d'Hématologie - Service d'Oncologie Médicale / ICANS
Mme Dre GERARD Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Mme Dre LALLEMAN Lucie	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS)
Dr LEFEBVRE Nicolas	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Mme Dre PETIT Flore	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - UCSA
Dr PIRRELLO Olivier	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle de Gynécologie et d'Obstétrique - Centre Clinico Biologique d'AMP / CMCO
Dr TCHOMAKOV Dimitar	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre WEISS Anne	<ul style="list-style-type: none"> • Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

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)**
 - BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)
 - DANION Jean-Marie (Psychiatrie)
 - 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

Pr CHARRON Dominique	(2019-2020)
Pr KINTZ Pascal	(2019-2020)
Pr LAND Walter G.	(2019-2020)
Pr MAHE Antoine	(2019-2020)
Pr MASTELLI Antoine	(2019-2020)
Pr REIS Jacques	(2019-2020)
Pre RONGIERES Catherine	(2019-2020)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.11
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.17	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOEHM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BURGHARD Guy (Pneumologie) / 01.10.86	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	MORAND Georges (Chirurgie thoracique) / 01.09.09
CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	PINGET Michel (Endocrinologie) / 01.09.19
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GRUCKER Daniel (Biophysique) / 01.09.18	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.09
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.09	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.11	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WILHM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KREMER Michel / 01.05.98	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.69.55.07.08
- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER

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 Berna Fabrice,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Bertschy Gilles et Madame la Docteure Chambe Juliette,

Vous me faites l'honneur de faire partie de mon jury. Je vous remercie de l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Philippe Werny,

Merci beaucoup d'avoir accepté de diriger cette thèse. Ta confiance et ton soutien ont été très importants pour moi. Après ces 3 années à avoir travaillé ensemble, ri et cuisiné de bons petits plats, ce travail n'est qu'une étape dans notre belle amitié. Sache toutefois que je préfère nos dégustations à nos randonnées VTT !

A Monsieur Jérôme Lamouche,

Merci d'avoir participé à ma thèse en me procurant la liste de tous les médecins généralistes d'Alsace.

A Madame Cécile Rollin,

Merci d'avoir participé à ma thèse en diffusant mon questionnaire au plus grand nombre.

Merci à Madame la Docteure Carine Zumstein, à Madame la Docteure Céline Karkilla, à Monsieur le Docteur Claude Arnold et à Monsieur le Docteur Philippe Guillou pour leurs précieux conseils quant à la rédaction de mon questionnaire.

Merci également à tous les médecins généralistes ayant accepté de répondre à mon questionnaire, sans quoi ce travail n'aurait pas été possible.

Merci à mes anciens co-internes Sarah, Erwan, Arnaud, Arthur, Aurélie, Fanny, Quentin, Emilie, Julie, Anna, Jean-Baptiste, pour leur soutien et leur bonne humeur pendant ces 3 années d'internat.

A mes amis,

Lil's, voilà déjà 25 ans que tu me supportes. Merci de toujours répondre présente dans les moments difficiles, ta bonne humeur est un bol d'air frais à chacune de nos retrouvailles.

A Al's et Manu, l'expression « loin des yeux loin du cœur » ne nous correspond absolument pas. Merci ma Al's pour tous ces rires sur les bancs de la fac (et en dehors surtout), la médecine m'aura permis de trouver une véritable amie. Peut-être que si je suis en Alsace aujourd'hui, c'est grâce à notre mémorable soirée choucroute, qui sait ?

A Garniche, je ne céderais ma place dans la team Mamène sous aucun prétexte. Merci d'être aussi relou au quotidien : c'est à ça que sert un Bro. Maintenant il ne nous reste plus qu'une chose à faire : améliorer notre ratio contre tous ces Gourcuff !

A Boulrier, autrement nommée la Boul', on n'en fait pas deux comme toi. Merci de me faire rire sans même le vouloir, et ce n'est que le début !

Merci à Ophé et Francis pour votre présence tout au long de mes études et de l'intérêt que vous y avez porté. Nos soirées repas gastro/débat m'ont été indispensables !

Je remercie également mon Fabi pour sa gentillesse et sa bienveillance à mon égard. Nos soirées Escape/Restau/Embauchoirs me manquent !

A ma sœur et mon frère Isabelle et Marc, merci pour votre soutien durant toutes ces années. Chez nous, les déclarations sont pudiques mais les liens sont solides et précieux.

A mes parents, merci de m'avoir soutenue et d'avoir toujours cru en moi. Je ne vous le dis peut-être pas assez souvent mais vous êtes des parents formidables. Je vous aime.

A mon Amour, ma Force Tranquille, tu as eu un rôle essentiel tout au long de mes études et je ne te remercierai jamais assez pour ta sagesse, ton soutien, tes conseils et pour tout le bonheur que tu m'apportes au quotidien. Merci d'être à mes côtés.

Table des matières

I. Introduction.....	18
1. Définitions.....	18
2. Facteurs de risque et de mauvais pronostic.....	20
3. Evolution.....	21
4. Complications.....	22
5. Epidémiologie.....	22
6. Traitements disponibles.....	23
<i>a. Traitement médicamenteux</i>	23
<i>b. Traitement non médicamenteux</i>	24
7. Recommandations HAS.....	25
<i>a. Diagnostic</i>	25
<i>b. Evaluation</i>	25
<i>c. Stratégie thérapeutique</i>	26
III. Etude.....	30
1. Matériels et méthodes.....	30
2. Analyse des résultats.....	39
<i>a. Caractéristiques des médecins étudiés</i>	40
<i>b. Analyse des réponses</i>	42
IV. Discussion.....	62
V. Conclusion.....	72
Annexes.....	76
Références bibliographiques.....	81
Liste des abréviations.....	84
Déclaration sur l'honneur.....	85
Résumé.....	86

I. Introduction

L'épisode dépressif caractérisé (EDC) est un trouble psychiatrique courant en pratique clinique qui doit être connu de tous les médecins et en particulier des médecins généralistes : en effet, ces derniers sont en première ligne quant au diagnostic et à la prise en charge de cette pathologie.

L'épisode dépressif caractérisé (anciennement « épisode dépressif majeur ») est source de souffrance psychique pour le patient et son entourage, avec un risque suicidaire qui peut être important. Il peut altérer sa vie professionnelle, scolaire, familiale et sociale. Par ailleurs, il s'agit d'une pathologie représentant une dépense considérable pour la société française, puisque la prise en charge des troubles névrotiques et de l'humeur a coûté 6203 millions d'euros en 2018 selon les chiffres de l'Assurance Maladie (1). Sa prise en charge est donc à la fois un enjeu de santé publique, économique et social.

Il existe des recommandations HAS datant d'octobre 2017 pour la pratique clinique concernant la conduite à tenir face à un épisode dépressif caractérisé de l'adulte (2).

Ce travail de thèse a pour principal objectif de réaliser un état des lieux des pratiques professionnelles des médecins généralistes d'Alsace par rapport à la prise en charge globale de l'épisode dépressif caractérisé de l'adulte. L'objectif secondaire est de rechercher s'il existe une différence dans le respect ou non des recommandations officielles selon les différentes caractéristiques des médecins.

II. Généralités : trouble et épisode dépressifs caractérisés

1. Définitions

La dépression est définie selon l'OMS comme étant un « trouble mental courant se caractérisant par une tristesse, une perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité

ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, une certaine fatigue et des problèmes de concentration. La dépression peut perdurer ou devenir récurrente, entravant ainsi de façon substantielle l'aptitude d'un individu à fonctionner au travail ou à l'école ou à faire face à sa vie quotidienne. À son paroxysme, elle peut conduire au suicide. » (3)

Le DSM-V propose un ensemble de signes cliniques permettant de définir l'épisode dépressif caractérisé (Annexe 1). Au moins cinq des symptômes suivants (avec au moins une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir) doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée d'au moins deux semaines et le patient doit avoir présenté un changement par rapport à l'état antérieur :

- humeur dépressive ;
- diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités ;
- perte ou gain de poids significatif (5%) en absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit ;
- insomnie ou hypersomnie ;
- agitation ou ralentissement psychomoteur ;
- fatigue ou perte d'énergie ;
- sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée ;
- diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision ;
- pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

De plus, les symptômes peuvent induire une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants. Ils ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une

affection médicale générale. A noter le diagnostic différentiel qu'est la réaction normale et attendue en réponse à un évènement impliquant une perte significative (deuil par exemple) et qui peut ressembler à un épisode dépressif.

La définition de la CIM-10, classification médicale codifiée publiée par l'OMS, propose une définition similaire (4).

Il existe des critères d'intensité de l'épisode dépressif caractérisé. Ce dernier peut être léger (symptômes juste suffisants au diagnostic avec faible impact professionnel et social), modéré (plus de symptômes que nécessaire avec impact professionnel et social modéré) ou sévère (quasiment tous les symptômes, perturbations professionnelles et sociales nettes).

L'épisode dépressif caractérisé peut s'intégrer dans différentes entités nosographiques (trouble dépressif caractérisé, trouble bipolaire) (5) et peut se présenter sous différentes formes cliniques : avec caractéristiques mélancoliques, psychotiques, mixtes, atypiques, catatoniques, anxieuses, avec début dans le péri-partum ou encore avec caractéristiques saisonnières.

Le trouble dépressif caractérisé ne doit pas être confondu avec le trouble bipolaire, dans lequel on observe la présence d'épisodes maniaques ou hypomaniaques (excitation psychique et motrice, exaltation de l'humeur, désinhibition, euphorie, mégalomanie), absents dans le trouble dépressif caractérisé.

Le trouble dépressif caractérisé bénéficie de l'ALD à 100% avec exonération du ticket modérateur.

2. Facteurs de risque et de mauvais pronostic

Le trouble dépressif est multifactoriel : les facteurs de risque sont à la fois génétiques et environnementaux. Les évènements de vie négatifs tels que le décès d'un proche, la perte

d'un emploi ou encore une séparation sont associés à un risque accru d'épisode dépressifs caractérisé selon l'Inserm (6), tout comme les traumatismes précoces survenus durant l'enfance (notamment affectifs ou sexuels). Cependant, toute personne exposée à ce type d'évènement de vie ne développe pas obligatoirement la maladie, alors que d'autres souffrent de trouble dépressif sans facteur déclenchant apparent (dépression endogène) : cela suggère une probable susceptibilité individuelle au trouble dépressif. L'hypothèse de la vulnérabilité génétique est confortée par certaines données épidémiologiques : un individu a 2 à 4 fois plus de risque de présenter un trouble dépressif caractérisé au cours de sa vie lorsque l'un de ses deux parents en a présenté un également (6).

Certaines études ont mis en évidence chez certains patients l'implication d'un dysfonctionnement des systèmes de neurotransmission monoaminergiques [dopamine (7,8), sérotonine (9)], des hormones du stress [cortisol, (10,11)], des mécanismes inflammatoires (12) ainsi que du BDNF (Brain-Derived Neurotrophic Factor) (13,14). L'impact de ces particularités génétiques reste cependant limité : plus que leur présence, c'est l'influence de l'environnement sur leur expression qui est incriminée.

Les facteurs de mauvais pronostic (prédictifs de rechute) sont le sexe féminin, un âge de début précoce, le nombre d'épisodes passés, un antécédent familial de troubles de l'humeur, la persistance de symptômes résiduels dépressifs, la présence d'une comorbidité psychiatrique ou non psychiatrique et enfin la durée plus longue et la sévérité plus importante de l'épisode en cours (5).

3. Evolution

L'évolution du trouble dépressif caractérisé est variable : dans 50% des cas, le patient ne présentera qu'un seul épisode dépressif caractérisé au cours de sa vie. Dans 35% des cas,

on observera une récurrence d'épisodes dépressifs caractérisés avec une fréquence variable. Enfin, on observe une chronicisation avec une évolution de l'épisode en cours supérieure à 2 ans dans 15% des cas (5).

4. Complications

Les complications sont surtout représentées par le risque de tentative de suicide ou de suicide, les récurrences d'épisodes dépressifs, la désinsertion socioprofessionnelle et les comorbidités psychiatriques ou non psychiatriques.

5. Epidémiologie

L'épisode dépressif caractérisé est un trouble psychiatrique courant qui touche plus de 300 millions de personnes dans le monde selon les chiffres de l'OMS (3). Cette dernière recense chaque année environ 100 millions de cas d'épisode dépressif caractérisé. Les femmes sont plus atteintes que les hommes, avec un sex ratio de $\frac{1}{2}$ (1 homme pour 2 femmes). En France, on observe une prévalence ponctuelle des épisodes dépressifs caractérisés de 5% et une prévalence vie entière de 11% chez les hommes et 22% chez les femmes.

Le risque suicidaire est important puisqu'en France, 30 à 50% des tentatives de suicide sont secondaires à un épisode dépressif caractérisé et que plus de 80% des suicidés présentaient un épisode dépressif caractérisé au moment du passage à l'acte. De plus, le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans (après les accidents de la voie publique).

La survenue de l'épisode dépressif caractérisé est indépendante de l'âge, de l'ethnie, du niveau socioéconomique et du niveau d'éducation.

Ainsi, le trouble dépressif caractérisé est une pathologie pour laquelle les risques de rechute, de récurrence et de chronicité sont élevés : la qualité de la prise en charge thérapeutique est un élément déterminant sur le pronostic à long terme.

6. Traitements disponibles

a. Traitement médicamenteux

Plusieurs classes de médicaments antidépresseurs sont décrites : les ISRS (Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine), les ISRSNA (Inhibiteurs Sélectifs de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline) tels que la venlafaxine (Effexor®), les imipraminiques (ou tricycliques) comme l'amitriptyline (Laroxyl®) ou la clomipramine (Anafranil®), les IMAO (Inhibiteurs de la MonoAmine Oxydase) tel que le moclobémide (Moclamine®) ainsi que les « autres antidépresseurs », qui ont un mécanisme pharmacologique différent comme la mirtazapine (Norset®).

Les traitements antidépresseurs à utiliser en première intention sont la classe des ISRS avec par exemple la fluoxétine (Prozac®), la paroxétine (Deroxat®) ou encore l'escitalopram (Seroplex®), la classe des ISRSNA et la classe des « autres antidépresseurs » en dehors de la tianeptine et de l'agomélatine. Les autres antidépresseurs tels que les tricycliques sont utilisés en seconde intention si besoin après échec des traitements de première intention.

Le patient doit être informé du délai d'action du traitement médicamenteux qui est de plusieurs semaines. Si nécessaire et en fonction des symptômes, un traitement anxiolytique et/ou hypnotique peut être instauré en début de traitement.

b. Traitement non médicamenteux

Plusieurs traitements non pharmacologiques sont à disposition pour traiter l'épisode dépressif caractérisé.

Psychothérapie

D'une part, la psychothérapie de soutien est toujours indiquée et peut être effectuée par le médecin généraliste à chaque consultation. Elle est nécessaire en complément du traitement médicamenteux, mais ne s'y substitue pas notamment dans le cadre d'EDC d'intensité modérée/sévère.

D'autre part, différents types de psychothérapies peuvent être utiles dans le traitement de l'EDC. Celles dont les niveaux de preuve sont les plus élevés sont les thérapies cognitivo-comportementales (TCC) et les thérapies interpersonnelles (15–17). Cela explique l'importance d'un travail pluridisciplinaire, en lien notamment avec les psychologues.

Electroconvulsivothérapie (ECT)

Egalement nommée « sismothérapie », cette technique est réalisée sous anesthésie générale de courte durée et consiste en l'administration d'un courant électrique transcrânien de très faible intensité provoquant dans un second temps une crise tonico-clonique généralisée.

L'ECT est proposée en présence de symptômes sévères après échec des autres options thérapeutiques. Il s'agit d'un traitement curatif permettant une amélioration rapide et à court terme des symptômes, lorsque ces derniers risquent d'engager le pronostic vital (risque vital ou risque de dénutrition/déshydratation) dans le cadre par exemple d'un syndrome catatonique, de cycles rapides ou encore d'un EDC d'intensité sévère avec caractéristiques

mélancoliques. La contre-indication absolue à cette technique est l'hypertension intracrânienne.

Stimulation magnétique transcrânienne répétée (rTMS)

La rTMS consiste à stimuler de façon non invasive les neurones du cortex cérébral par induction magnétique. L'efficacité de cette méthode dans le traitement de l'EDC est en cours d'évaluation (18–21).

7. Recommandations HAS

La HAS a élaboré en octobre 2017 un texte de recommandations de bonne pratique concernant la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé en soins de premiers recours (2).

a. Diagnostic

Ces recommandations utilisent les critères du CIM-10 pour le diagnostic d'EDC. S'agissant d'un diagnostic clinique, elles évoquent également la possibilité de réaliser un questionnaire d'aide au diagnostic [PHQ-2, HADS, HDRS ou test de Hamilton (Annexe 2)]. L'utilisation de ces outils d'aide au diagnostic est soumise au jugement du clinicien et n'est pas obligatoire.

b. Evaluation

Une fois le diagnostic posé, il est recommandé de réaliser dans un premier temps une évaluation de l'EDC actuel grâce à différents éléments :

- **L'entretien clinique** : il évalue le risque suicidaire, recherche un trouble psychiatrique associé, une diminution des fonctions sensorielles, psychiques ou cognitives, des expressions somatiques des états dépressifs (algies et plaintes fonctionnelles diverses et répétées), des

troubles de la sexualité ainsi que des facteurs de risques psycho-sociaux. Il est également recommandé de récupérer le traitement du patient et de rechercher des antécédents au cours du bilan initial : antécédents médico-chirurgicaux et psychiatriques (antécédents de trouble anxieux, d'EDC antérieurs, de tentative de suicide), recherche d'addiction (alcool, tabac, hypnotiques, anxiolytiques, substances psychoactives), antécédents de maltraitance (physique, sexuelle, psychique, verbale). Si nécessaire, il est recommandé de recueillir les informations complémentaires auprès de la famille ou des proches du patient, après avoir eu son accord. Il est également indispensable à cette étape de caractériser l'intensité de l'EDC (comme décrit précédemment) et d'évaluer le risque suicidaire : ce dernier doit être réévalué régulièrement tout au long de la prise en charge de l'EDC.

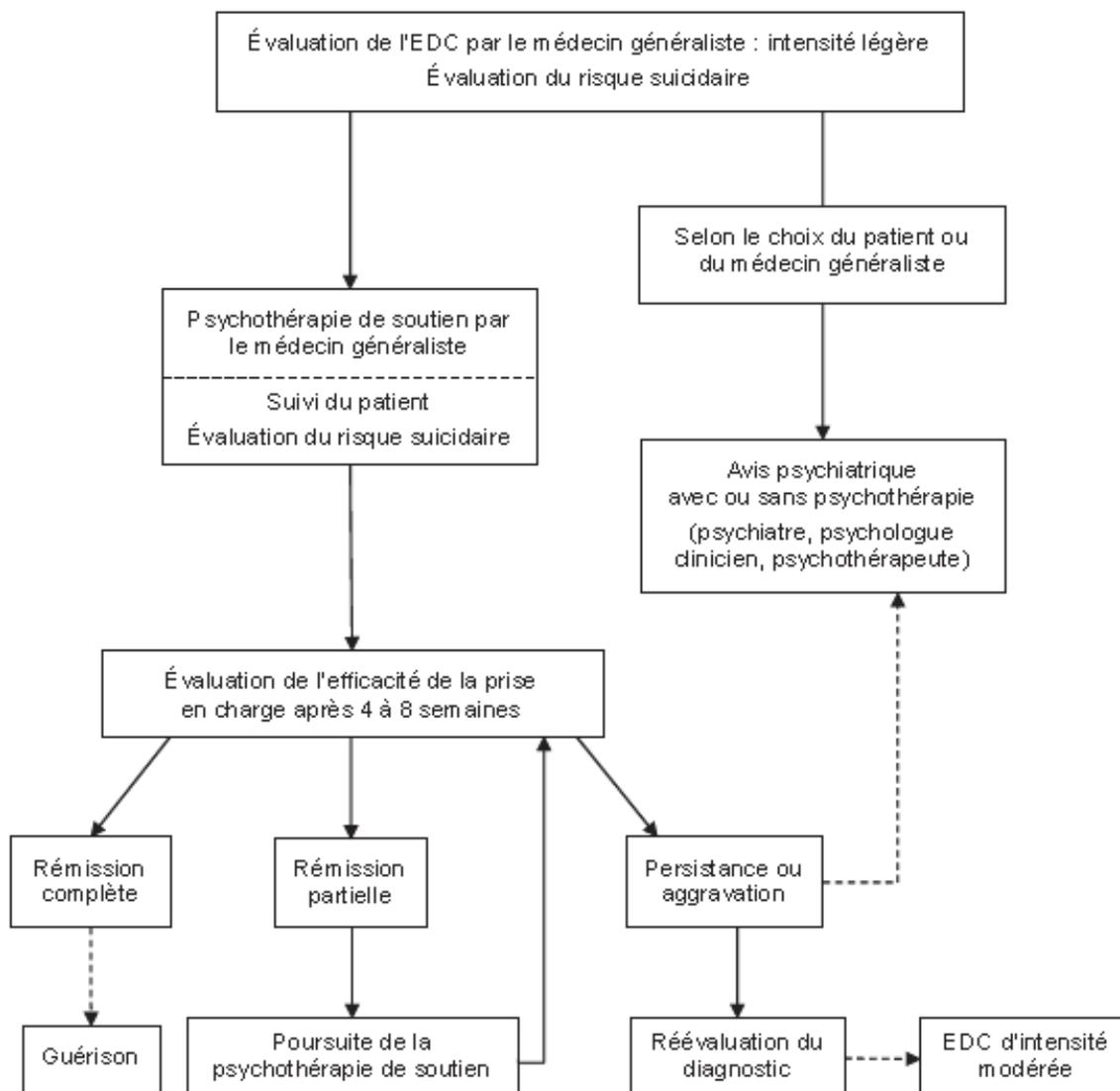
- **L'examen clinique** : il vise à rechercher une pathologie associée à l'EDC.

c. Stratégie thérapeutique

Le choix du traitement doit se faire en concertation avec le patient, selon ses préférences et l'accessibilité à une psychothérapie. Il doit également tenir compte de l'intensité de l'EDC.

Dans le cas d'un EDC d'intensité légère, la prise en charge en première intention est la psychothérapie de soutien. L'efficacité de la prise en charge sera à réévaluer après 4 à 8 semaines : en cas de rémission partielle, la psychothérapie de soutien est à poursuivre. En cas de persistance ou d'aggravation des symptômes, il est recommandé de réévaluer le diagnostic et d'envisager un EDC modéré. La stratégie thérapeutique globale de l'EDC d'intensité légère est résumée ci-dessous (Figure 1).

Figure 1. Stratégie thérapeutique globale de l'EDC d'intensité légère (2)

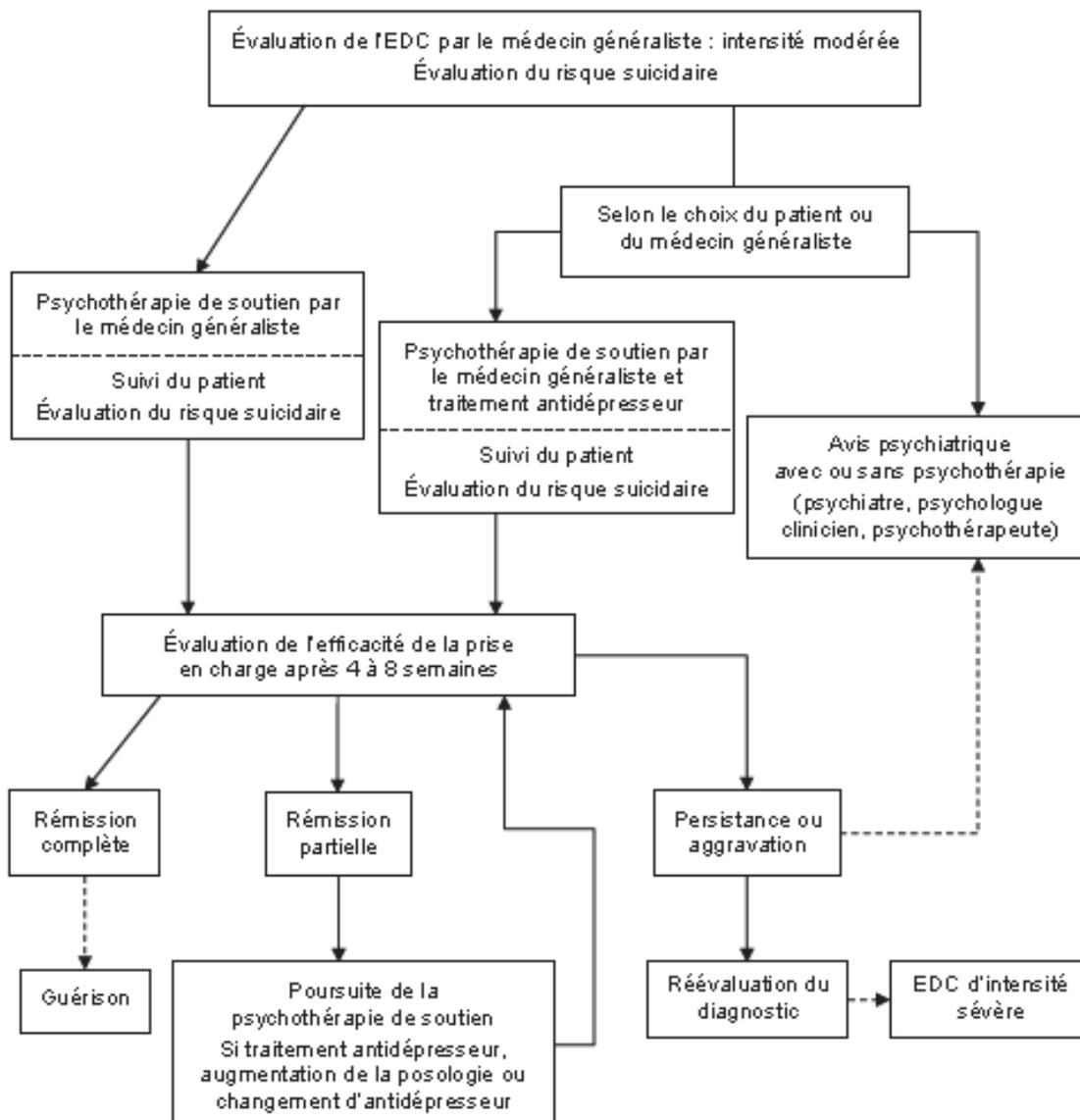


Dans le cas d'un EDC d'intensité modérée, une psychothérapie de soutien voire une psychothérapie structurée est à envisager en priorité. Selon le choix du patient ou de médecin généraliste, un traitement antidépresseur médicamenteux peut être associé à la psychothérapie. En fonction des préférences du patient et des compétences du clinicien, ce dernier peut orienter le patient vers un psychiatre ou un psychologue clinicien, pour avis et/ou traitement. L'efficacité du traitement est dans ce cas également à réévaluer après 4 à 8 semaines : en cas de rémission complète, le traitement antidépresseur médicamenteux (si

instauré) est à poursuivre pendant 6 mois à 1 an après la rémission et la psychothérapie doit être poursuivie dans le même temps. En cas de rémission partielle, le traitement antidépresseur doit être majoré ou modifié et la psychothérapie poursuivie. En cas de persistance ou d'aggravation des symptômes, il est recommandé de réévaluer le diagnostic et d'envisager un EDC d'intensité sévère.

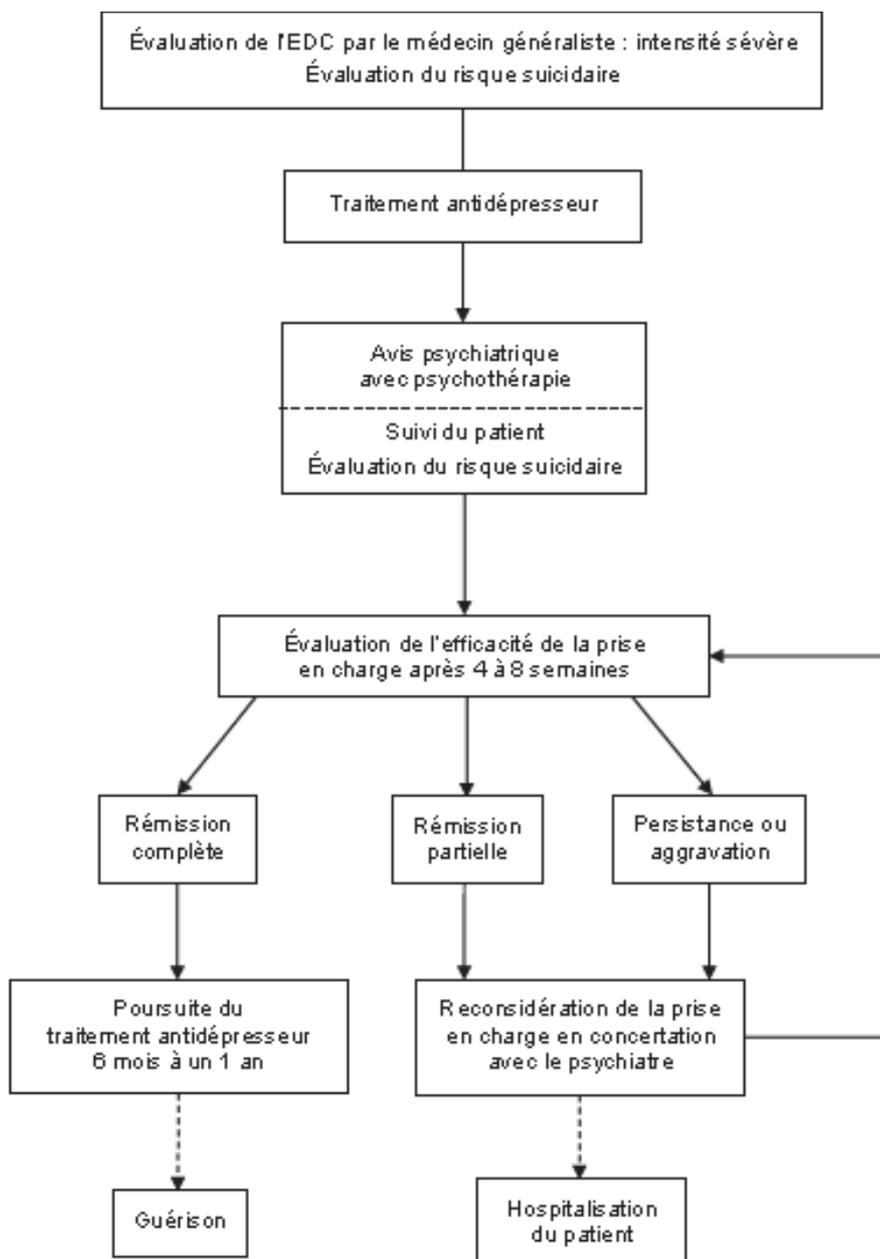
La stratégie thérapeutique globale de l'EDC d'intensité modérée est résumée ci-dessous (Figure 2).

Figure 2. Stratégie thérapeutique globale de l'EDC d'intensité modérée (2)



Dans le cas d'un EDC d'intensité sévère, le traitement antidépresseur doit être instauré d'emblée. Le patient doit être orienté rapidement vers un confrère psychiatre pour une prise en charge médicamenteuse et psychothérapeutique. La prise en charge est réévaluée après 4 à 8 semaines : si la rémission est complète, le traitement antidépresseur et la psychothérapie doivent être poursuivis pendant 6 mois à 1 an. En cas de rémission partielle ou de persistance ou d'aggravation des symptômes, il est recommandé de reconsidérer la prise en charge du patient en concertation avec le psychiatre, voire d'envisager l'hospitalisation du patient. La stratégie thérapeutique globale de l'EDC d'intensité sévère est résumée ci-dessous (Figure 3).

Figure 3. Stratégie thérapeutique globale de l'EDC d'intensité sévère (2)



Concernant le traitement médicamenteux, la HAS recommande en première intention les ISRS, les ISRSNA et la classe des « autres antidépresseurs » (à l'exception de la tianeptine et de l'agomélatine) en raison de leur meilleure tolérance clinique. Les antidépresseurs tricycliques sont recommandés en deuxième intention en raison de leur risque de toxicité cardiovasculaire. La tianeptine et l'agomélatine, médicaments de la classe des « autres antidépresseurs », sont recommandés en 3^{ème} intention en raison du risque de dépendance et d'abus de la tianeptine et de la toxicité hépatique de l'agomélatine. Les IMAO ne sont recommandés qu'en dernier recours en raison de leurs nombreux effets indésirables et interactions médicamenteuses, en prescription spécialisée et après échec des autres alternatives thérapeutiques.

Un traitement anxiolytique par benzodiazépine ou apparenté concomitant peut être justifié en début de traitement, les premiers effets des antidépresseurs n'apparaissant pas avant 2 à 4 semaines.

III. Etude

1. Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude transversale et observationnelle de type enquête de pratiques menée entre début mars et fin octobre 2020 auprès des médecins généralistes thésés et installés des départements du Bas-Rhin et du Haut-Rhin. L'objectif principal de cette étude est de décrire la prise en charge et le suivi d'un premier épisode dépressif caractérisé en cabinet de médecine générale en Alsace. L'objectif secondaire est de rechercher s'il existe une différence dans le respect ou non des recommandations officielles selon les différentes caractéristiques des médecins.

La liste exhaustive de tous les médecins généralistes d'Alsace exerçant en libéral a été recueillie auprès du Chargé d'études et d'analyses de l'ARS Grand Est, M. Lamouche.

L'article R 1121-1 2° du code de santé publique précise que les recherches "visant à évaluer des modalités d'exercice des professionnels de santé ou des pratiques d'enseignement dans le domaine de la santé" ne sont pas des recherches impliquant la personne humaine. Le parcours d'autorisation auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP) et de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL) n'a pas été nécessaire pour cette étude.

Toutefois les exigences du Règlement Général sur la Protection des Données et de la Loi Informatique et Libertés s'appliquent ici selon les recommandations de l'INDS (Institut National des Données de Santé), puisqu'il y a traitement des données personnelles des participants à la recherche (nom, prénom, coordonnées, profession, formation, parcours professionnel). Cette recherche a donc été inscrite dans le registre des traitements de l'Université de Strasbourg par la Déléguée à la Protection des Données, Mme Sarah Piquette-Muramatsu. Un questionnaire composé de 24 questions reprenant les principaux éléments des recommandations officielles de la HAS a été réalisé via Google Forms et envoyé par mail aux médecins généralistes nous ayant fait parvenir leur adresse mail. La voie postale n'a pas été utilisée. Un lien direct vers les recommandations d'octobre 2017 de la HAS était disponible à la fin du questionnaire. Voici ci-dessous le questionnaire envoyé :

Questionnaire d'étude pour une thèse de médecine générale

Dans le cadre de la réalisation de ma thèse concernant la prise en charge d'un premier épisode dépressif caractérisé (EDC) en ambulatoire, je vous adresse ce questionnaire qui ne vous prendra que 10 minutes. Il est totalement anonyme et doit être rempli de manière honnête et pragmatique sur votre propre expérience.

Il existe des recommandations HAS à ce sujet, mais ne tenant pas forcément compte de la pratique clinique en ambulatoire. L'objectif de cette thèse est de comparer ces recommandations avec les réponses de ce questionnaire, la problématique étant : la pratique clinique des médecins généralistes est-elle en adéquation avec les recommandations officielles ?

Directeur de thèse : Dr Philippe WERNY

Thésarde : Béatrice BRAILLON

Université de rattachement : Université de Strasbourg

***Obligatoire**

Nom (3 premières lettres, ne figurera pas dans les réponses) *

Votre réponse _____

Prénom (3 premières lettres, ne figurera pas dans les réponses) *

Votre réponse _____

Ville d'exercice (ne figurera pas dans les réponses) *

Votre réponse _____

1. Vous êtes : *

- Un homme
- Une femme

2. Depuis combien de temps êtes-vous installé en cabinet libéral ? *

- Moins de 10 ans
- Plus de 10 ans

3. Dans quel département exercez-vous ? *

- Bas-Rhin
- Haut-Rhin

4. Quel type d'activité exercez-vous ? *

- Rurale
- Semi-rurale
- Urbaine

5. Etes-vous Maître de Stage des Universités (MSU) ? *

- Oui
- Non

6. Avez-vous participé à une Formation Médicale Continue à ce sujet dans les 5 dernières années ? *

- Oui
- Non

7. Quel(s) test(s) diagnostique(s) avez-vous utilisé au cours des dernières rencontres avec un patient lorsque vous suspectiez un EDC ? *

Votre réponse _____

8. Réalisez-vous un examen somatique avant d'établir le diagnostic d'EDC ? *

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

9. Que recherchez-vous lors de votre examen somatique ?

Votre réponse _____

10. Réalisez-vous un examen biologique avant d'établir le diagnostic d'EDC ? *

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

11. Quel(s) examen(s) biologique(s) réalisez-vous avant d'établir le diagnostic d'EDC ?

Votre réponse _____

12. Devant un(e) patient(e) dépressif(-ve), pensez-vous à évaluer le risque suicidaire ? *

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

13. Les consultations peuvent être chronophages. Prévoyez-vous des consultations dédiées pour les patients dépressifs ? *

- Toujours
- Souvent
- Parfois
- Jamais

14. Devant un EDC d'intensité légère avec un risque suicidaire faible, quelle est votre prise en charge en première intention (plusieurs options possibles) ? *

- Psychothérapie de soutien par le médecin généraliste avec réévaluation ultérieure
- Traitement antidépresseur médicamenteux
- Avis psychiatrique avec ou sans psychothérapie (psychiatre, psychologue clinicien)
- Traitement anxiolytique (type benzodiazépines)
- Traitement hypnotique si troubles du sommeil
- Arrêt de Travail
- Autre : _____

15. Devant un EDC d'intensité modérée avec un risque suicidaire faible, quelle est votre prise en charge en première intention (plusieurs options possibles) ? *

- Psychothérapie de soutien par le médecin généraliste avec réévaluation ultérieure
- Traitement antidépresseur médicamenteux
- Avis psychiatrique avec ou sans psychothérapie (psychiatre, psychologue clinicien)
- Traitement anxiolytique (type benzodiazépines)
- Traitement hypnotique si troubles du sommeil
- Arrêt de Travail
- Autre : _____

16. Devant un EDC d'intensité sévère avec un risque suicidaire faible, quelle est votre prise en charge en première intention (plusieurs options possibles) ? *

- Psychothérapie de soutien par le médecin généraliste avec réévaluation ultérieure
- Traitement antidépresseur médicamenteux
- Avis psychiatrique avec ou sans psychothérapie (psychiatre, psychologue clinicien)
- Traitement anxiolytique (type benzodiazépines)
- Traitement hypnotique si troubles du sommeil
- Arrêt de Travail
- Autre : _____

17. Si un traitement anxiolytique a été prescrit à l'instauration d'un traitement antidépresseur, combien de temps le laissez-vous en place en général ? *

- Moins de 12 semaines
- Entre 12 semaines et 6 mois
- Entre 6 mois et un an
- Plus d'un an
- Je ne prescris jamais d'anxiolytique dans cette situation

18. Si le patient dépressif se présente en consultation avec l'un de ses proches (conjoint-e, parent, personne de confiance) : *

- Je demande au proche d'attendre la fin de la consultation en salle d'attente
- J'accueille le proche en même temps que le patient sans demander son accord
- Après accord du patient, je propose au proche de participer à la consultation
- Autre : _____

19. Quel(s) est(sont) le(s) médicament(s) antidépresseur(s) que vous instaurez en première intention dans les EDC d'intensité modérée à forte ? *

Votre réponse _____

20. Sur quel(s) critère(s) vous basez-vous pour diminuer le traitement antidépresseur ? *

Votre réponse _____

21. Comment organisez-vous le suivi du patient présentant un EDC ? *

- Je laisse le patient libre de me recontacter
- Je l'informe de la nécessité de se revoir, sans pour autant fixer de rendez-vous
- Je fixe directement avec lui la date du prochain rendez-vous

22. Si une prise en charge régulière est organisée, à quelle fréquence revoyez-vous le patient en consultation ? *

- 1 fois par semaine
- 1 fois tous les 15 jours
- 1 fois par mois
- Autre : _____

23. Vous sentez-vous compétent(e) dans la prise en charge d'un EDC ? *

- Oui, très
- Oui, plutôt
- Non, pas vraiment
- Non, pas du tout

24. Selon vous, quel serait le principal élément qui permettrait une meilleure prise en charge de l'EDC pour le patient ? *

- Mise en place d'un dépistage systématique ciblé (si facteurs de risque) à chaque consultation
- Meilleure rémunération de l'acte (consultation dédiée, psychothérapie de soutien)
- Meilleure organisation de la collaboration entre les différents professionnels de santé
- Autre : _____

Deux méthodes ont été utilisées pour l'envoi du questionnaire dans le but d'avoir un maximum de réponses possibles. La principale d'entre elles fut l'appel téléphonique : à l'aide

de la liste de tous les médecins généralistes recensés installés en date du 1^{er} janvier 2020 donnée par M. Jérôme Lamouche, chargé d'études et analyses de l'ARS, nous avons pu appeler directement au cabinet des médecins en se basant sur cette liste et de façon totalement aléatoire. Cette liste compte 1845 médecins généralistes installés en Alsace. Les appels ont été passés de début mars à fin octobre 2020. Ces appels nous ont permis de discuter de notre projet de thèse directement avec le médecin, qui acceptait ou refusait alors de nous communiquer son adresse mail. Dans les cabinets d'association et les maisons de santé, un seul médecin était contacté aléatoirement et diffusait le questionnaire par la suite à ses confrères ou bien nous donnait leur adresse mail.

Nous avons également diffusé notre questionnaire à l'aide d'un mail généralisé. L'envoi du questionnaire a été réalisé par Mme Cécile Rollin, chargée de communication de l'URPSML (Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux) Grand Est. Ce mail généralisé a été diffusé le 5 juin 2020.

Une analyse statistique a été réalisée à partir des données des questionnaires ; ces dernières ont été analysées par le test du Chi² via BiostaTGV.

2. Analyse des résultats

Au total, 415 appels ont été passés entre mars et octobre 2020, ayant permis l'envoi de 734 questionnaires.

Nous avons reçu 146 réponses à ces 734 questionnaires envoyés, soit un pourcentage de 19.9% de réponse. En plus de ces 146 réponses s'ajoutent 9 réponses reçues via l'envoi du mail généralisé du 5 juin 2020.

Ainsi, nous avons donc reçu entre mars et octobre 2020 un total de 155 réponses au questionnaire, correspondant à 8,4% des médecins généralistes installés en Alsace (pour rappel : 1845 médecins généralistes installés en Alsace en date du 1^{er} janvier 2020).

Parmi ces 415 appels, 53 médecins ont refusé de nous communiquer leur adresse mail, soit 12,8% des appels. Plusieurs raisons ont motivé ces refus :

- Manque de temps pour 27 d'entre eux,
- Pas d'intérêt pour la psychiatrie pour 11 d'entre eux,
- Non concerné : pas de psychiatrie dans leur activité quotidienne pour 6 d'entre eux,
- Pas de raison particulière pour 4 d'entre eux,
- Réponse uniquement par voie postale car pas d'adresse mail pour 3 d'entre eux,
- Arrêt maladie longue durée pour 2 d'entre eux.

a. Caractéristiques des médecins étudiés

Parmi les 155 réponses, 93 sont des hommes (60%) et 62 sont des femmes (40%) soit un sex ratio à 1.5. Cela correspond aux taux de féminisation retrouvés par l'ARS Grand Est en 2017 dans son projet régional de santé 2018-2027, qui sont respectivement de 40% pour le Bas-Rhin et 44% pour le Haut-Rhin.

On compte 98 médecins (63.2%) exerçant en cabinet libéral depuis plus de 10 ans, contre 57 (36.8%) depuis moins de 10 ans. Toujours selon le projet régional de l'ARS Grand Est, l'âge moyen des médecins généralistes dans le Bas-Rhin et dans le Haut-Rhin est respectivement de 51,6 ans et 52,3 ans. Cela peut expliquer que la majeure partie des répondants ait une activité en cabinet de plus de 10 ans.

108 réponses proviennent de médecins exerçant dans le Bas-Rhin (69.7%), contre 47 provenant du Haut-Rhin (30.3%). Sachant que 1213 médecins exercent dans le Bas-Rhin et 632 dans le Haut-Rhin, on observe donc un pourcentage de réponse par département respectivement de 8.9% et de 7.4%.

Parmi les médecins répondeurs, 79 médecins ont une activité semi-rurale (51%), 47 ont une activité rurale (30.3%) et 29 ont une activité urbaine (18.7%).

On dénombre 33 Maîtres de Stage des Universités (MSU), soit 21.3% des répondeurs.

De plus, 54 médecins ont assisté à une Formation Médicale Continue (FMC) au sujet de l'épisode dépressif ces cinq dernières années, soit 34.8% des répondeurs.

Ainsi, le Tableau I recense l'ensemble des caractéristiques des médecins étudiés.

Tableau I. Caractéristiques des médecins étudiés

Sexe :		
	Homme	60% (93)
	Femme	40% (62)
Département :		
	Bas-Rhin	69.7% (108)
	Haut-Rhin	30.3% (47)
Durée d'installation :		
	Plus de 10 ans	63.2% (98)
	Moins de 10 ans	36.8% (57)
Type d'activité :		
	Rurale	30.3% (47)
	Semi-rurale	51% (79)
	Urbaine	18.7% (29)
Maître de Stage des Universités :		
	Oui	21.3% (33)
	Non	78.7% (122)
Participation à une Formation Médicale Continue :		
	Oui	34.8% (54)
	Non	65.2% (101)

Le Tableau II compare ci-dessous les principales caractéristiques des médecins répondeurs avec celles de la population étudiée (médecins généralistes d'Alsace installés en

libéral). A noter que les chiffres concernant la population étudiée correspondent aux chiffres transmis par l'ARS et par la Faculté de Médecine de Strasbourg.

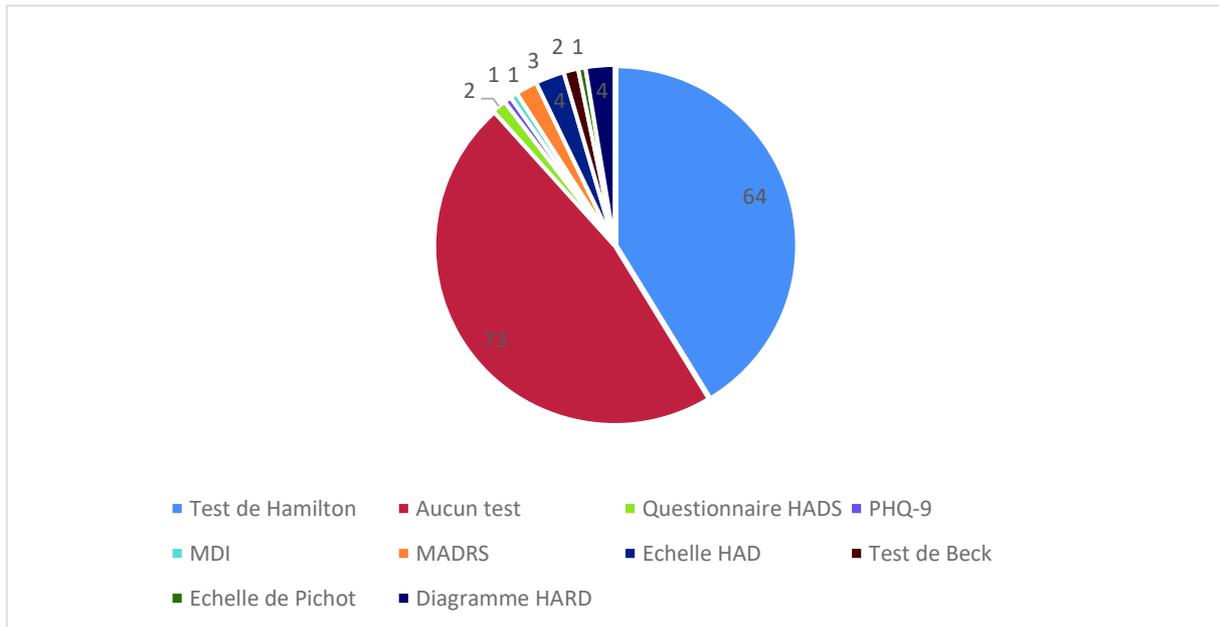
Tableau II. Comparaison des caractéristiques des médecins réponders et de la population étudiée

	Médecins réponders	Population étudiée
Sexe :		
Homme	60% (93)	58% (1070)
Femme	40% (62)	42% (775)
Département :		
Bas-Rhin	69.7% (108)	65.7% (1213)
Haut-Rhin	30.3% (47)	34.3% (632)
Durée d'installation :		
Plus de 10 ans	63.2% (98)	50.1% (924)
Moins de 10 ans	36.8% (57)	49.9% (921)
Maître de Stage des Universités :		
Oui	21.3% (33)	14.6% (270)
Non	78.7% (122)	85.4% (1575)

b. Analyse des réponses

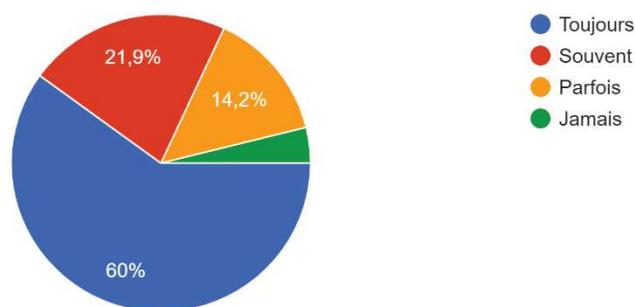
A la question 7, « Quel(s) test(s) diagnostique(s) avez-vous utilisé au cours des dernières rencontres avec un patient lorsque vous suspectiez un EDC ? », 73 médecins ont déclaré ne pas effectuer de test diagnostique (soit 47,1% des répondants), 64 d'entre eux utilisent le test de Hamilton (41.3%), 4 utilisent le diagramme HARD (2.6%). 4 d'entre eux utilisent l'échelle HAD (2.6%) et 3 d'entre eux utilisent l'échelle MADRS (1.9%). 2 médecins ont répondu avoir utilisé le test de Beck (1.3%), 2 médecins ont également déclaré avoir utilisé le questionnaire HADS (1.3%). Enfin, un médecin utilise le test PHQ-9 (0.7%), un médecin également utilise le questionnaire MDI (0.7%) et un médecin déclare préférer l'échelle de fatigue de Pichot (0.7%). Pour rappel, l'utilisation d'un test diagnostique n'est pas obligatoire selon les recommandations. Les résultats sont synthétisés dans le diagramme I ci-dessous.

Diagramme I. Utilisation des tests d'aide au diagnostic



A la question 8 « Réalisez-vous un examen somatique avant d'établir le diagnostic d'EDC ? », 93 médecins ont répondu « toujours » (60%), 34 ont répondu « souvent » (21.9%), 22 ont répondu « parfois » (14.2%) et enfin 6 d'entre eux ont répondu « jamais » (3.9%) (Diagramme II).

Diagramme II. Réalisation d'un examen somatique



Pour rappel selon les recommandations de la HAS de 2017, « il est recommandé de réaliser un examen clinique pour rechercher l'existence d'une maladie associée ». Voici dans le tableau III ci-dessous un récapitulatif des réponses, après les avoir séparées en deux

groupes : le premier respectant les recommandations (ont répondu « toujours » ou « souvent »), le second ne les respectant pas (ont répondu « parfois » ou « jamais »).

Tableau III. Réponses à la question 8

	Toujours, souvent	Parfois, jamais	Valeur <i>p</i>
Homme	83.9% (78)	16.1% (15)	0,443
Femme	79% (49)	21% (13)	
Durée d'installation :			
Plus de 10 ans	87.8% (86)	12.2% (12)	0,014
Moins de 10 ans	71.9% (41)	28.1% (16)	
MSU : Oui	84.8% (28)	15.2% (5)	0,624
Non	81.1% (99)	18.9% (23)	
FMC : Oui	78.4% (40)	21.6% (11)	0,427
Non	83.7% (87)	16.3% (17)	
TOTAL	82% (127)	18% (28)	

Cent vingt-sept médecins soit 82% des médecins répondants respectent les recommandations, contre 18% ne les respectant pas. A noter que l'on retrouve une différence statistiquement significative entre les réponses des médecins et leur durée d'installation : les médecins exerçant depuis plus de 10 ans semblent mieux respecter les recommandations que les médecins exerçant depuis moins de 10 ans ($p = 0.014$). En revanche, il n'existe pas de différence significative des réponses selon le sexe, l'activité de MSU ou encore la participation récente à une FMC.

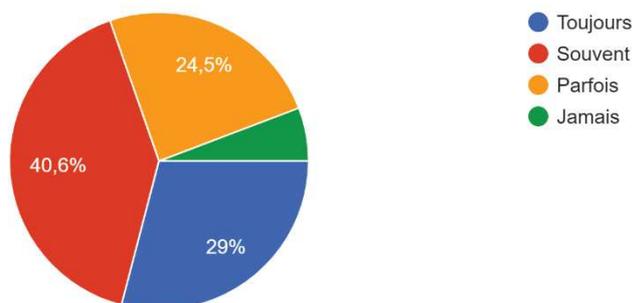
A la question 9 « Que recherchez-vous lors de votre examen somatique ? », voici dans le tableau IV ci-dessous les différentes réponses données ainsi que leur nombre (pour rappel, les réponses étaient libres) :

Tableau IV. Réponses à la question 9

Dysthyroïdie	67
Examen global sans précision	35
Troubles neurologiques	34
Altération de l'état général	27
Hypo/HyperTA	13
Pas de réponse	12
Signes de consommation d'alcool ou de prise de toxique	11
Troubles métaboliques	9
Signe de néoplasie	7
Signes d'infection	6
Signes d'automutilation	6
Signes de violences	4
Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil	4
Adénopathies	2
Pas d'examen clinique	2

Les médecins interrogés recherchent le plus souvent des signes de dysthyroïdie (43.2% des répondants). Un examen clinique global est souvent réalisé (22.6%), tout comme la recherche d'une altération de l'état général (17.4%).

A la question 10 « Réalisez-vous un examen biologique avant d'établir le diagnostic d'EDC ? », 45 médecins ont répondu toujours le faire (29%), 63 le faire souvent (40.6%), 38 le faire parfois (24.5%) et 9 ne jamais le faire (5.8%) (Diagramme III).

Diagramme III. Réalisation d'un bilan biologique

Pour rappel selon les recommandations de 2017 de la HAS, « il est recommandé [...] d'effectuer les tests de laboratoire éventuels selon les indications de cet examen. »

Voici dans le tableau V ci-dessous un récapitulatif des réponses, après les avoir séparées en deux groupes : le premier respectant les recommandations (ont répondu « toujours » ou « souvent »), le second ne les respectant pas (ont répondu « parfois » ou « jamais »).

Tableau V. Réponses à la question 10

	Toujours, souvent	Parfois, jamais	Valeur <i>p</i>
Homme	64.5% (60)	35.5% (33)	0,087
Femme	77.4% (48)	22.6% (14)	
Durée d'installation :			0,795
Plus de 10 ans	70.4% (69)	29.6% (29)	
Moins de 10 ans	68.4% (39)	31.6% (18)	
MSU : Oui	66.7% (22)	33.3% (11)	0,671
Non	70.5% (86)	29.5% (36)	
FMC : Oui	74.1% (40)	25.9% (14)	0,384
Non	67.3% (68)	32.7% (33)	
TOTAL	69.7% (108)	30.3% (47)	

Cent huit médecins répondent respectent les recommandations soit 69.7%, contre 30.3% ne les respectant pas. Aucun lien statistiquement significatif n'a été retrouvé entre le respect des recommandations et la durée d'installation, le sexe, l'activité en tant que MSU ou encore la participation récente à une FMC.

A la question 11 « Quel(s) examen(s) biologique(s) réalisez-vous avant d'établir le diagnostic d'EDC ? », voici dans le tableau VI ci-dessous les réponses données ainsi que leur nombre :

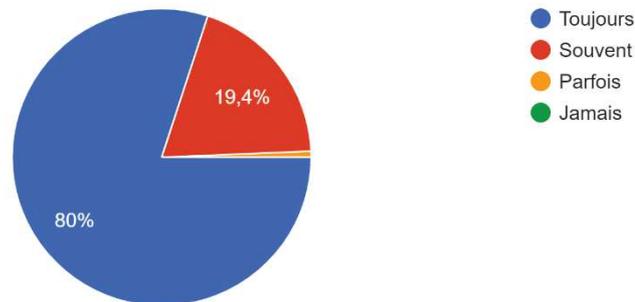
Tableau VI. Réponses à la question 11

TSH	129
NFS	111
Urée, Créatinine, électrolytes	69
Bilan hépatique	56
Glycémie a jeun	47
CRP	44
Ferritinémie	25
Pas de bilan biologique systématique	20
Vitesse de Sédimentation	17
Calcémie	8
Bilan lipidique	6
Electrophorèse des Protéines Sériques	6
Recherche toxicologique (OH, cannabis)	5
Albuminémie	4
Vitamine B12	3
T4L	3
Vitamine D	3
Vitamine B9	2
Sérologie Lyme	2
TPHA-VDRL	2
Sérologie VIH	2
Cortisol	1

Une grande majorité des médecins interrogés dosent la TSH (83.2%) ainsi que la NFS (71.6%). Un trouble de la fonction rénale et des électrolytes ou encore du bilan hépatique est également recherché (respectivement 44.5% et 36.1%).

A la question 12 « Devant un(e) patient(e) dépressif(-ve), pensez-vous à évaluer le risque suicidaire ? », 124 médecins disent toujours le faire soit 80% des répondus, 30 médecins le font souvent (soit 19.4%) et un le fait parfois (0.6%). Aucun médecin n'a répondu « jamais » à cette question (Diagramme IV).

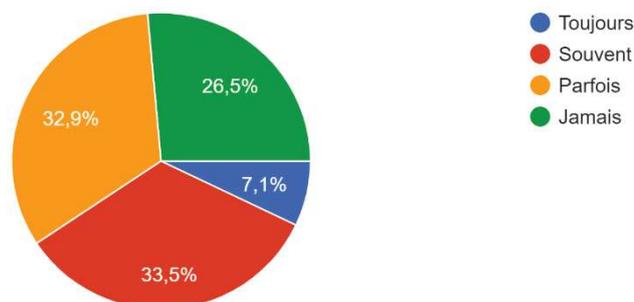
Diagramme IV. Evaluation du risque suicidaire



La grande majorité des médecins respectent donc les recommandations puisque 99.4% d'entre eux évaluent souvent ou toujours le risque suicidaire.

A la question 13 « Les consultations peuvent être chronophages. Prévoyez-vous des consultations dédiées pour les patients dépressifs ? », 11 d'entre eux ont répondu « toujours » (7.1%), 52 ont répondu « souvent » (33.5%), 51 ont répondu « parfois » (32.9%) et 41 ont répondu « jamais » (26.5%) (Diagramme V).

Diagramme V. Organisation de consultations dédiées



Pour rappel, selon les recommandations de 2017 de la HAS, « il est recommandé de développer une attitude de compréhension, d'empathie, de confiance, de soutien, d'écoute et d'information et de rassurer le patient sur le fait que tout problème qui surviendra au cours du traitement sera pris en compte de façon appropriée. Ceci implique de disposer d'un temps suffisant et d'un cadre adapté, d'où l'intérêt de prévoir des consultations dédiées. »

Voici dans le tableau VII ci-dessous un récapitulatif des réponses, après les avoir séparées en deux groupes : le premier respectant les recommandations (ont répondu « toujours » ou « souvent »), le second ne les respectant pas (ont répondu « parfois » ou « jamais »).

Tableau VII. Réponses à la question 13 en fonction des caractéristiques des médecins

	Toujours, souvent	Parfois, jamais	Valeur <i>p</i>
Homme	36.6% (34)	63.4% (59)	0,205
Femme	46.8% (29)	53.2% (33)	
Durée d'installation :			0,462
Plus de 10 ans	42.9% (42)	57.1% (56)	
Moins de 10 ans	36.8% (21)	63.2% (36)	
MSU : Oui	50% (17)	50% (17)	0,209
Non	38% (46)	62% (75)	
FMC : Oui	45.3% (24)	54.7% (29)	0,397
Non	38.2% (39)	61.8% (63)	
TOTAL	40.6% (63)	59.4% (92)	

Soixante-trois médecins respectent les recommandations soit 40.6%, contre 59.4% ne les respectant pas. Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre le respect des recommandations et les différentes caractéristiques des médecins.

A la question 14 « Devant un EDC d'intensité légère avec un risque suicidaire faible, quelle est votre prise en charge en première intention (plusieurs options possibles) ? », voici dans le tableau VIII ci-dessous les différentes réponses données ainsi que leur nombre :

Tableau VIII. Réponses à la question 14

Psychothérapie de soutien par le médecin généraliste avec réévaluation ultérieure	139
Traitement antidépresseur médicamenteux	23
Avis psychiatrique avec ou sans psychothérapie (psychiatre, psychologue clinicien)	17
Traitement anxiolytique (type benzodiazépines)	71
Traitement hypnotique si troubles du sommeil	49
Arrêt de Travail	77
Phytothérapie	11
Psychothérapie par un psychologue	8
Homéopathie	5
Activité sportive	1

Selon les recommandations de 2017 de la HAS pour un EDC d'intensité légère, « il est recommandé de réaliser en première intention une psychothérapie de soutien. En fonction des préférences du patient ou des compétences du médecin généraliste, ce dernier peut également orienter le patient vers un psychiatre, psychologue clinicien ou psychothérapeute pour avis thérapeutique ou suivi. ». Ainsi, les réponses ont été réorganisées et classées comme suit : les médecins ayant répondu « psychothérapie de soutien par le médecin généraliste » et/ou « avis psychiatrique » et/ou « psychothérapie par un psychologue » étaient considérés comme ayant respecté les recommandations officielles. Les médecins mettant en place un traitement médicamenteux quel qu'il soit étaient considérés comme n'ayant pas respecté les recommandations. Les réponses « arrêt de travail », « phytothérapie », « homéopathie » et « activité sportive » n'ont pas été prises en compte, sauf s'il s'agissait de l'unique prise en charge, auquel cas ces réponses étaient considérées comme ne respectant pas les recommandations. Il en résulte le tableau IX ci-dessous :

Tableau IX. Réponses à la question 14 en fonction des caractéristiques des médecins

	Respect des recommandations	Non respect des recommandations	Valeur <i>p</i>
Homme	40.9% (38)	59.1% (55)	0,596
Femme	45.2% (28)	54.8% (34)	
Durée d'installation :			0,560
Plus de 10 ans	40.8% (40)	59.2% (58)	
Moins de 10 ans	45.6% (26)	54.4% (31)	
MSU : Oui	42.4% (14)	57.6% (19)	0,984
Non	42.6% (52)	57.4% (70)	
FMC : Oui	50% (27)	50% (27)	0,172
Non	38.6% (39)	61.4% (62)	
TOTAL	42.6% (66)	57.4% (89)	

Au total, 42.6% des médecins respectent les recommandations concernant la prise en charge d'un EDC d'intensité légère, contre 57.4% ne les respectant pas. Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre le respect des recommandations et les différentes caractéristiques des médecins.

A la question 15 « Devant un EDC d'intensité modérée avec un risque suicidaire faible, quelle est votre prise en charge en première intention (plusieurs options possibles) ? », voici dans le tableau X ci-dessous les différentes réponses données ainsi que leur nombre :

Tableau X. Réponses à la question 15

Psychothérapie de soutien par le médecin généraliste avec réévaluation ultérieure	128
Traitement antidépresseur médicamenteux	68
Avis psychiatrique avec ou sans psychothérapie (psychiatre, psychologue clinicien)	52
Traitement anxiolytique (type benzodiazépines)	102
Traitement hypnotique si troubles du sommeil	77
Arrêt de Travail	102
Homéopathie	2
Phytothérapie	4
Sophrologie	2
Chronothérapie nutritionnelle	1

Selon les recommandations de 2017 de la HAS pour un EDC d'intensité modérée, « une psychothérapie de soutien ou structurée doit être envisagée en priorité. [...] En fonction des préférences du patient ou des compétences du médecin généraliste, ce dernier peut également orienter le patient vers un psychiatre, psychologue clinicien ou psychothérapeute pour avis thérapeutique ou suivi. Selon l'impression clinique du praticien ou le choix du patient, un antidépresseur peut être associé à la psychothérapie ». Ainsi, les réponses ont été réorganisées et classées comme suit : les médecins ayant répondu « psychothérapie de soutien par le médecin généraliste » et/ou « avis psychiatrique » et/ou « psychothérapie par un psychologue » associé ou non à un « traitement antidépresseur médicamenteux » étaient considérés comme ayant respecté les recommandations officielles. Les réponses ne contenant pas au minimum une psychothérapie étaient considérées comme ne respectant pas les recommandations. Les réponses « arrêt de travail », « phytothérapie », « homéopathie », « sophrologie » et « chronothérapie nutritionnelle » n'ont pas été prises en compte, sauf s'il s'agissait de l'unique prise en charge, auquel cas ces réponses étaient considérées comme ne respectant pas les recommandations. Il en résulte le tableau XI ci-dessous :

Tableau XI. Réponses à la question 15 en fonction des caractéristiques des médecins

	Respect des recommandations	Non respect des recommandations	Valeur <i>p</i>
Homme	87.1% (81)	12.9% (12)	0,764
Femme	88.7% (55)	11.3% (7)	
Durée d'installation :			0,011
Plus de 10 ans	82.7% (81)	17.3% (17)	
Moins de 10 ans	96.5% (55)	3.5% (2)	
MSU : Oui	100% (33)	0% (0)	0,014
Non	84.4% (103)	15.6% (19)	
FMC : Oui	87% (47)	13% (7)	0,845
Non	88.1% (89)	11.9% (12)	
TOTAL	87.7% (136)	12.3% (19)	

Une large majorité des médecins a répondu en adéquation avec les recommandations (87.7% contre 12.3%). A noter que parmi les 136 médecins respectant les recommandations,

98 médecins affirment utiliser un traitement anxiolytique et/ou un traitement hypnotique si besoin, soit 72.1% d'entre eux. On retrouve une différence significative entre la durée d'installation et le respect ou non des recommandations ($p = 0.011$) ainsi qu'entre l'activité de MSU et le respect ou non des recommandations ($p = 0.014$) : les médecins installés depuis moins de 10 ans et les médecins MSU ont tendance à mieux respecter les recommandations en ce qui concerne la prise en charge de l'EDC d'intensité modérée.

A la question 16 « Devant un EDC d'intensité sévère avec un risque suicidaire faible, quelle est votre prise en charge en première intention (plusieurs options possibles) ? », voici dans le tableau XII ci-dessous les différentes réponses données ainsi que leur nombre :

Tableau XII. Réponses à la question 16

Psychothérapie de soutien par le médecin généraliste avec réévaluation ultérieure	109
Traitement antidépresseur médicamenteux	128
Avis psychiatrique avec ou sans psychothérapie (psychiatre, psychologue clinicien)	112
Traitement anxiolytique (type benzodiazépines)	113
Traitement hypnotique si troubles du sommeil	84
Arrêt de Travail	117
Traitement neuroleptique si mélancolie	1
Phytothérapie	3
Hospitalisation si nécessaire	4
Homéopathie	1
Psychothérapie par un psychologue	4
Micronutrition	1

Selon les recommandations de 2017 de la HAS pour un EDC d'intensité sévère, « il est recommandé d'instaurer le traitement antidépresseur d'emblée et d'orienter rapidement le patient vers un psychiatre pour une prise en charge associant une psychothérapie et un antidépresseur ». Ainsi, les réponses ont été réorganisées et classées comme suit : les médecins ayant répondu « traitement antidépresseur médicamenteux » et « avis psychiatrique » étaient considérés comme ayant respecté les recommandations officielles. Les

réponses ne contenant pas ces deux items étaient considérées comme ne respectant pas les recommandations. Il en résulte le tableau XIII ci-dessous :

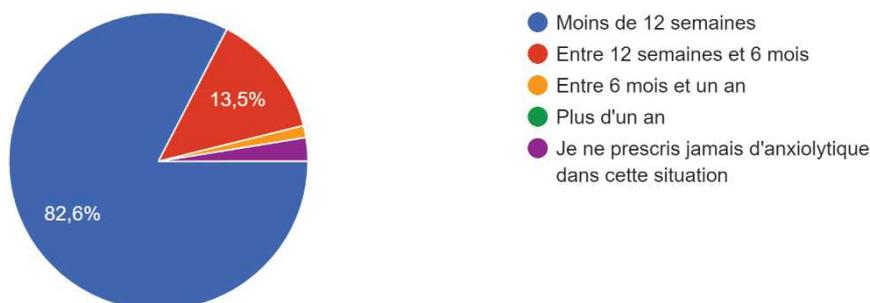
Tableau XIII. Réponses à la question 16 en fonction des caractéristiques des médecins

	Respect des recommandations	Non respect des recommandations	Valeur <i>p</i>
Homme	55.9% (52)	44.1% (41)	0,895
Femme	54.8% (34)	45.2% (28)	
Durée d'installation :			0,186
Plus de 10 ans	51.5% (51)	48.5% (48)	
Moins de 10 ans	62.5% (35)	37.5% (21)	
MSU : Oui	58.8% (20)	41.2% (14)	0,657
Non	54.5% (66)	45.5% (55)	
FMC : Oui	55.6% (30)	44.4% (24)	0,990
Non	55.4% (56)	44.6% (45)	
TOTAL	55.5% (86)	44.5% (69)	

Au total, 55.5% des médecins respectent les recommandations concernant la prise en charge d'un EDC d'intensité sévère, contre 44.5% ne les respectant pas. Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre le respect des recommandations et les différentes caractéristiques des médecins.

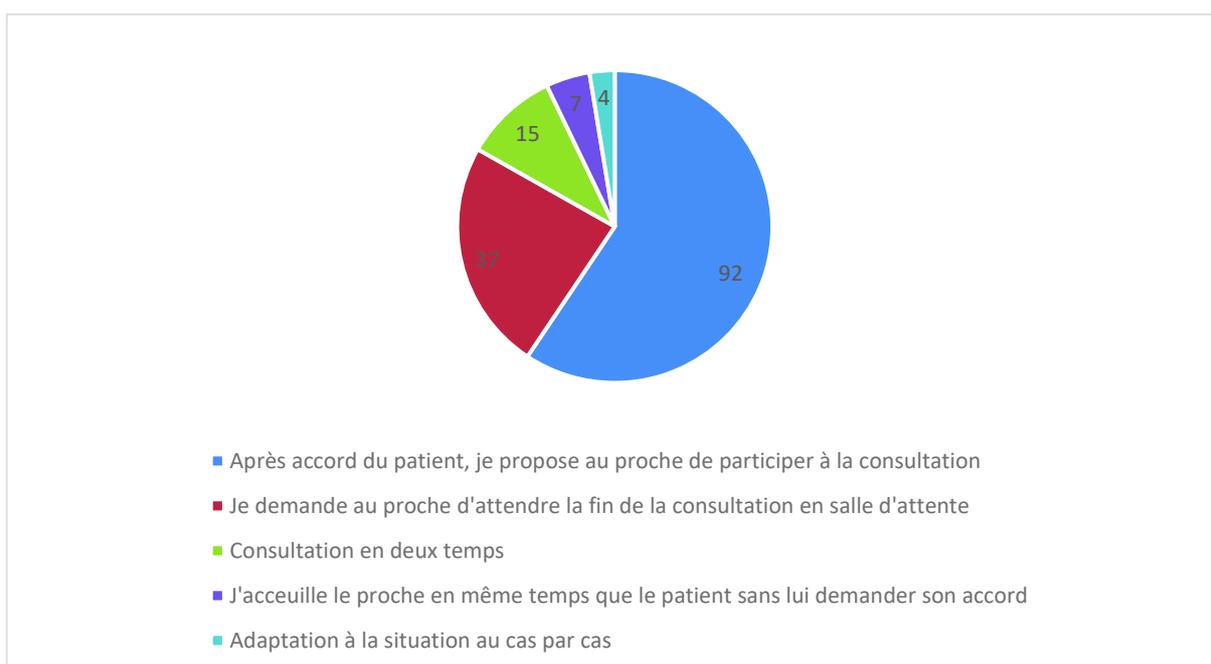
A la question 17 « Si un traitement anxiolytique a été prescrit à l'instauration d'un traitement antidépresseur, combien de temps le laissez-vous en place en général ? », 128 médecins ont répondu le laisser en place pendant moins de 12 semaines (82.6%), 21 le maintiennent entre 12 semaines et 6 mois (13.5%), 2 d'entre eux le poursuivent entre 6 mois et un an (1.3%) et 4 ne prescrivent jamais d'anxiolytiques dans cette situation (2.6%). Aucun médecin n'a répondu « plus d'un an » à cette question (Diagramme VI).

Diagramme VI. Durée du traitement anxiolytique



A la question 18 « Si le patient dépressif se présente en consultation avec l'un de ses proches (conjoint-e, parent, personne de confiance) », 92 personnes ont répondu proposer au proche de participer à la consultation après accord du patient (soit 59.4% des réponses) ; 37 demandent au proche d'attendre la fin de la consultation en salle d'attente (23.9%) ; 15 réalisent la consultation en deux temps (9.7%) : un temps seul avec le patient et un temps avec le proche et le patient ; 7 médecins accueillent le proche en même temps que le patient sans lui demander son accord (4.5%) et enfin 4 médecins s'adaptent à la situation au cas par cas (2.6%) (Diagramme VII).

Diagramme VII. Conduite du médecin en présence d'un proche du patient



Pour rappel selon les recommandations de 2017 de la HAS, « si le patient est d'accord, il est recommandé d'informer l'entourage du patient sur les symptômes de la dépression, l'évolution de la maladie et le traitement de la dépression. Lorsque les membres de l'entourage sont impliqués, ils peuvent être également encouragés pour améliorer l'adhérence du traitement et soutenir l'alliance thérapeutique. » Ainsi, les réponses ont été réorganisées et classées comme suit : les médecins ayant répondu « après accord du patient, je propose au proche de participer à la consultation » et « consultation en deux temps » étaient considérés comme ayant respecté les recommandations officielles. Les réponses « je demande au proche d'attendre la fin de la consultation en salle d'attente », « j'accueille le proche en même temps que le patient sans lui demander son accord » et « adaptation au cas par cas » étaient considérées comme ne respectant pas les recommandations. Il en résulte le tableau XIV ci-dessous :

Tableau XIV. Réponses à la question 18 en fonction des caractéristiques des médecins

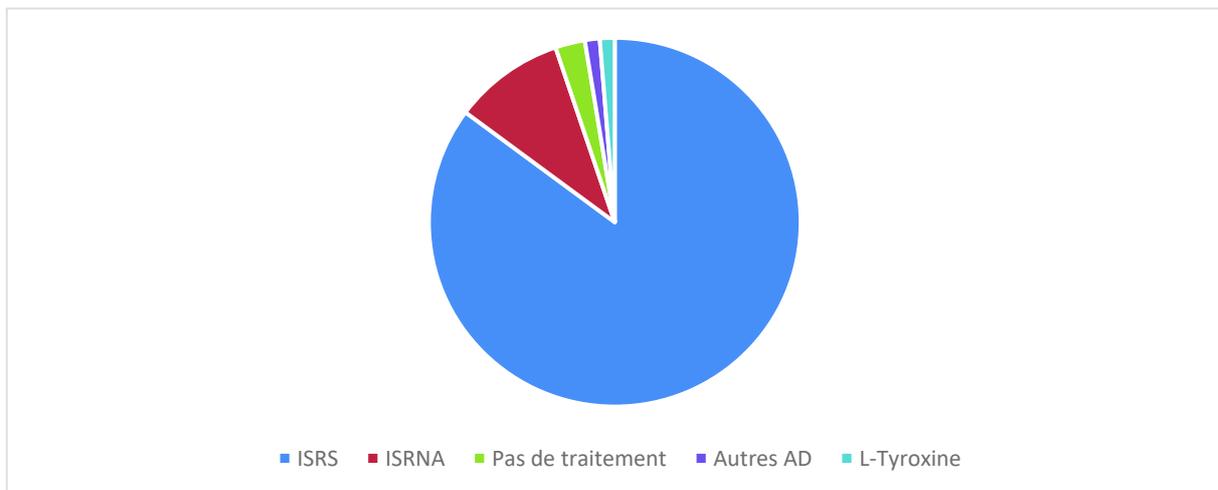
	Respect des recommandations	Non respect des recommandations	Valeur <i>p</i>
Homme	65.2% (60)	34.8% (32)	0,214
Femme	74.6% (47)	25.4% (16)	
Durée d'installation :			0,814
Plus de 10 ans	68.4% (67)	31.6% (31)	
Moins de 10 ans	70.2% (40)	29.8% (17)	
MSU : Oui	75% (24)	25% (8)	0,412
Non	67.5% (83)	32.5% (40)	
FMC : Oui	68.5% (37)	31.5% (17)	0,920
Non	69.3% (70)	30.7% (31)	
TOTAL	69% (107)	31% (48)	

Au total, 69% des médecins respectent les recommandations, contre 31% ne les respectant pas. Aucune différence statistiquement significative n'a été retrouvée entre le respect des recommandations et les différentes caractéristiques des médecins.

A la question 19 « Quel(s) est(sont) le(s) médicament(s) antidépresseur(s) que vous instaurez en première intention dans les EDC d'intensité modérée à forte ? », 132 médecins ont répondu instaurer un ISRS en première intention soit 85.2% des réponses. Vingt-huit d'entre eux précisent utiliser la paroxétine, 27 de l'escitalopram, 8 de la fluoxétine, 8 de la sertraline et 2 du citalopram. Quinze médecins préfèrent utiliser les ISRSNA (9.7%), 4 médecins (2.6%) ne mettent jamais de traitement spécifique en place, deux médecins (1.3%) instaurent de la vortioxétine (faisant partie de la classe des « autres antidépresseurs ») et enfin 2 médecins traitent par L-Tyroxine (1.3%).

Nous observons donc 149 médecins sur 155 (soit 96.1% des réponses) respectant les recommandations officielles (utilisation d'un ISRS, ISRSNA ou « autre antidépresseur » en première intention) (Diagramme VIII).

Diagramme VIII. Choix du traitement antidépresseur

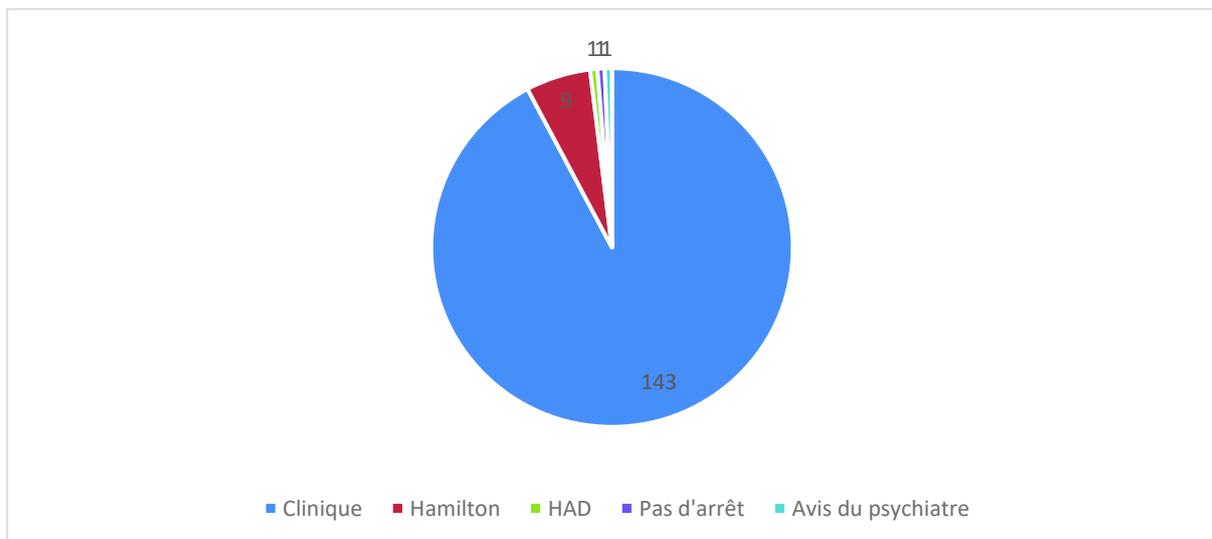


A la question 20 « Sur quel(s) critère(s) vous basez-vous pour diminuer le traitement antidépresseur ? », 143 médecins (soit 92,3% des réponses) ont répondu se baser sur le contexte clinique (notamment l'amélioration de la thymie et du sommeil, la reprise des activités et la motivation à l'arrêt du traitement). Parmi eux, 28 répondants ont insisté sur la

nécessité d'une durée minimale de traitement antidépresseur de 6 mois, un médecin a noté la nécessité d'une durée minimale de traitement antidépresseur de 9 mois et 4 personnes ont indiqué la nécessité d'une durée minimale de traitement antidépresseur de 3 mois. On observe également que 2 médecins se basent sur une rémission clinique depuis au moins 6 mois, 3 médecins parlent de 3 mois de rémission clinique et 4 médecins attendent 2 mois minimum avant de diminuer le traitement antidépresseur.

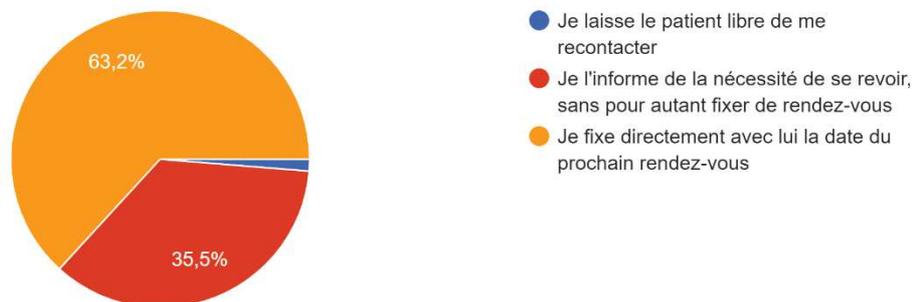
Par ailleurs, 9 médecins répondeurs (soit 5.8% des réponses) préfèrent se baser sur la réalisation d'un test de Hamilton, un médecin réalise une échelle HAD (0.6%), un médecin demande l'avis du psychiatre avant l'arrêt du traitement (0.6%) et enfin un médecin n'arrête pas le traitement et le maintien à une posologie minimale efficace (0.6%) (Diagramme IX).

Diagramme IX. Critères de diminution du traitement antidépresseur



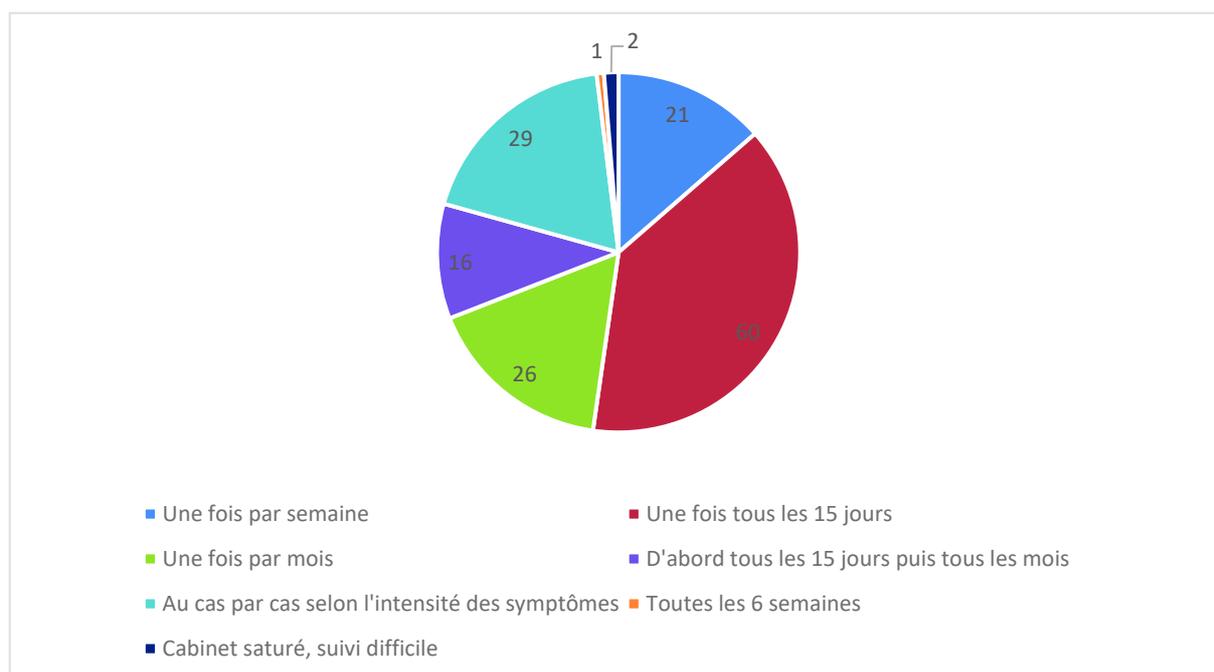
A la question 21 « Comment organisez-vous le suivi du patient présentant un EDC ? », 98 médecins fixent directement la date du prochain rendez-vous avec le patient (63.2%), 55 répondeurs informent le patient de la nécessité de se revoir, sans pour autant fixer de rendez-vous (35.5%) et 2 d'entre eux laissent le patient libre de les recontacter (1.3%) (Diagramme X).

Diagramme X. Organisation du suivi du patient



A la question 22 « Si une prise en charge régulière est organisée, à quelle fréquence revoyez-vous le patient en consultation ? », 60 médecins (soit 38.7% des réponses) ont déclaré revoir le patient tous les 15 jours, 26 (16.8%) le revoient une fois par mois, 21 (13.5%) le revoient une fois par semaine, 16 (10.3%) médecins le revoient d'abord tous les 15 jours puis tous les mois, 2 (1.3%) médecins déclarent avoir un cabinet saturé et donc un suivi difficile et un médecin (0.6%) revoit le patient toutes les 6 semaines. Enfin, 29 médecins (18.7%) organisent la fréquence de prise en charge au cas par cas, selon l'intensité des symptômes (Diagramme XI).

Diagramme XI. Fréquence des consultations



A la question 23 « Vous sentez-vous compétent(e) dans la prise en charge d'un EDC ? », 6 médecins ont répondu « oui, très » (3.9%), 120 ont répondu « oui, plutôt » (77.4%) et 29 ont répondu « non, pas vraiment » (18.7%). Aucun médecin n'a répondu « Non, pas du tout » à cette question (Diagramme XII).

Diagramme XII. Sentiment de compétence dans la prise en charge d'un EDC

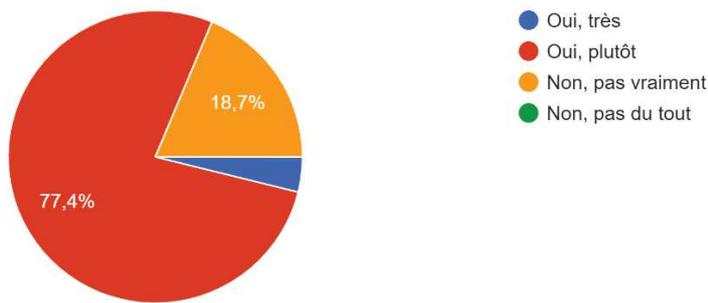


Tableau XV. Réponses à la question 23 en fonction des caractéristiques des médecins

	Très / Plutôt	Pas vraiment / Pas du tout	Valeur <i>p</i>
Homme	6 / 78 = 84	9 / 0 = 9	0,0004
Femme	0 / 42 = 42	20 / 0 = 20	
Durée d'installation :			0,0004
Plus de 10 ans	5 / 83 = 88	10 / 0 = 10	
Moins de 10 ans	1 / 37 = 38	19 / 0 = 19	
MSU : Oui	3 / 27 = 30	3 / 0 = 3	0,110
Non	3 / 93 = 96	26 / 0 = 26	
FMC : Oui	2 / 49 = 51	3 / 0 = 3	0,002
Non	4 / 71 = 75	26 / 0 = 26	
TOTAL	81.3% (126)	18.7% (29)	

Ainsi dans le tableau XV, on observe une différence significative entre la réponse des hommes et des femmes ; les hommes semblent se sentir plus compétents que les femmes dans ce domaine ($p = 0.0004$). Nous retrouvons également une différence significative des réponses par rapport à la durée d'installation des médecins : les médecins installés depuis plus de 10 ans paraissent se sentir plus compétents que les médecins d'installation récente, c'est-à-

dire de moins de 10 ans ($p = 0.0004$). Enfin, il existe aussi une différence significative des réponses entre la participation récente ou non à une FMC à ce sujet ($p = 0.002$).

A la question 24 « Selon vous, quel serait le principal élément qui permettrait une meilleure prise en charge de l'EDC pour le patient ? », 72 médecins (soit 46.5% des réponses) pensent qu'une meilleure organisation de la collaboration entre les différents professionnels de santé est le principal élément qui pourrait permettre une meilleure prise en charge de l'EDC. 35 médecins (22.6%) pensent qu'une meilleure rémunération de l'acte est nécessaire. 17 médecins (11%) proposent le remboursement des consultations chez le/la psychologue ; 13 médecins (8.4%) pensent que la meilleure solution est la mise en place d'un dépistage systématique ciblé à chaque consultation. 7 médecins (4.5%) demandent une meilleure disponibilité des psychiatres, tandis que 4 médecins (2.6%) souhaiteraient plus de temps à accorder au patient. 2 médecins (1.3%) préconisent une meilleure formation des médecins généralistes à ce sujet, 2 médecins (1.3%) également sont sans avis sur cette question. Enfin un médecin (0.6%) ne recense aucun problème quant à la prise en charge de l'EDC donc pas d'amélioration nécessaire, un médecin également (0.6%) préconise un meilleur accès aux autres psychothérapies (TTC, analytique, etc.) et un médecin (0.6%) souhaiterait une meilleure information des patients pour faciliter l'acceptation du suivi spécialisé auquel ils restent souvent réticents (Diagramme XIII).

Diagramme XIII. Eléments pouvant permettre une meilleure prise en charge de l'EDC

IV. Discussion

L'objectif principal de cette étude était de décrire la prise en charge et le suivi d'un premier épisode dépressif caractérisé en cabinet de médecine générale en Alsace. L'objectif secondaire était de rechercher s'il existait une différence dans le respect ou non des recommandations officielles selon les différentes caractéristiques des médecins.

Le Tableau II nous donne des informations sur la représentativité de notre échantillon : 40% de femmes ont répondu au questionnaire contre 60% d'hommes, ce qui est représentatif

de la population de médecins généralistes en Alsace puisque le taux de féminisation est de 42%. 69.7% des médecins de notre échantillon exercent dans le Bas-Rhin contre 30.3% dans le Haut-Rhin, ce qui correspond aux chiffres de la population étudiée (65.7% contre 34.3%). Il n'y a pas de différence franche du taux de réponse entre le Bas-Rhin et le Haut-Rhin, puisqu'il est respectivement de 8.9% et de 7.4%. Toutefois, notre échantillon n'est pas représentatif des médecins généralistes exerçant en libéral en Alsace concernant la durée d'installation et les MSU : en effet, 63.2% des médecins répondants exercent depuis plus de 10 ans (50.1% dans la population étudiée) et 21.3% des médecins répondants sont MSU (14.6% dans la population étudiée), ce qui pourrait représenter un biais de sélection.

Plusieurs limites peuvent être trouvées dans cette étude. Tout d'abord, notre étude était limitée par le nombre de non répondants puisque nous n'avons reçu que 19.9% de réponse sur les 734 questionnaires envoyés. De plus, il pourrait y avoir un risque de biais d'information dans le fait que le nombre de réponse au questionnaire par médecin n'était pas limité. Pour limiter ce biais, il aurait fallu collecter le nom de chaque répondant, ce qui aurait nui à leur anonymat. Enfin, le questionnaire a été envoyé aux médecins généralistes de façon totalement aléatoire, dans le but de limiter au maximum le biais de sélection. Cependant, nous pouvons imaginer que les personnes ayant choisi de répondre au questionnaire étaient celles étant les plus intéressées par le sujet.

La majorité des médecins questionnés n'utilisent pas de test d'aide au diagnostic. L'échelle de dépression de Hamilton (Annexe 2) semble être préférée lorsqu'un test est utilisé. Elle regroupe en effet des caractéristiques psychométriques acceptables ainsi qu'une rapidité de réalisation nécessaire et recherchée lors d'une pratique libérale. L'échelle de dépression de Hamilton (HDRS) est un hétéro-questionnaire publié en 1960. Selon la HAS,

« cette échelle remplit l'objectif de procurer un outil simple pour évaluer la sévérité quantitativement et pour montrer les changements de la maladie. Elle ne doit pas être utilisée dans un but de diagnostic » (22,23) En effet, son auteur mentionne explicitement que ce test doit être réalisé chez des patients dont le diagnostic d'épisode dépressif a déjà été posé (23). Cependant, une recommandation nord-américaine datant de 2016 de l'ICSI (Institute for Clinical Systems Improvement) reconnaît le HDRS comme étant un outil reconnu et validé pour l'aide au dépistage et au diagnostic d'épisode dépressif pour le praticien (24). On observe donc une évolution dans l'utilisation de ce test, démontrée dans notre étude.

Un examen somatique est souvent voire toujours réalisé avant d'établir le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé (82% des médecins répondants). Toutefois, on observe que les médecins exerçant depuis plus de 10 ans semblent mieux respecter les recommandations que les médecins exerçant depuis moins de 10 ans en réalisant plus souvent un examen somatique. Cela pourrait peut-être s'expliquer par une plus grande expérience de ces médecins. Lorsqu'un examen somatique était réalisé, presque la moitié des médecins (43.2%) recherchaient des signes de dysthyroïdie. Les recommandations sont le plus souvent respectées vis-à-vis de la réalisation d'un bilan biologique avant d'établir le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé (69.7%). Lorsqu'un bilan biologique était réalisé, les anomalies de la TSH ainsi que de la NFS semblaient être les plus recherchées. La recherche d'une hypothyroïdie pouvant expliquer les symptômes dépressifs paraît donc être la principale pathologie recherchée au cours du bilan.

L'évaluation du risque suicidaire est quasi systématique puisque 99.4% des médecins interrogés l'évaluent souvent voire toujours.

Moins de la moitié des médecins (40.6%) prévoient une consultation dédiée pour le suivi de l'épisode dépressif caractérisé : cela pourrait s'expliquer par un manque de temps

chez les médecins généralistes. En effet en 2019, les médecins généralistes libéraux français déclarent travailler en moyenne 54 heures lors d'une semaine ordinaire de travail (25), ce qui laisse peu de place pour l'organisation de consultations dédiées.

Moins de la moitié des médecins répondants prennent en charge l'épisode dépressif caractérisé d'intensité légère en respectant les recommandations officielles (42.6%). Nous n'avons pas retrouvé de différence significative entre le respect des recommandations et les caractéristiques des médecins. Les médecins répondants ont tendance à instaurer rapidement un traitement médicamenteux alors que ce n'est pas nécessaire dans ces circonstances. L'EDC est qualifiée de légère lorsque le nombre de symptômes est juste suffisant au diagnostic avec un faible impact professionnel et social. Le diagnostic ainsi que la prise en charge semblent donc plus difficiles, moins claires pour les médecins. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer cette lacune dans la prise en charge : nous pouvons supposer tout d'abord que les médecins ont des difficultés à statuer sur l'intensité de l'épisode. De plus, les recommandations officielles manquent peut-être de clarté sur ce point. En outre, nous pouvons imaginer que les traitements médicamenteux sont instaurés pour inciter le patient à initier un suivi médical. Une hypothèse également plausible serait de penser qu'il est difficile en tant que médecin de laisser un patient dépressif quitter son cabinet sans traitement médicamenteux.

La prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé d'intensité modérée par les médecins répondants est en adéquation avec les recommandations pour 87.7% d'entre eux. Toutefois, on observe que les médecins installés depuis moins de 10 ans ainsi que les MSU ont tendance à mieux respecter les recommandations. Cette différence pourrait éventuellement s'expliquer par le fait que les MSU et les médecins plus « jeunes » aient des contacts plus

récents ou réguliers avec le monde universitaire et soient donc plus facilement à jour dans les recommandations.

Concernant la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère, les recommandations sont respectées pour un peu plus de la moitié des médecins interrogés (55.5%).

On observe un respect des recommandations pour 69% des médecins interrogés quant à la nécessité de l'implication d'un proche dans la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé. En plus de permettre au praticien d'obtenir des informations complémentaires sur le patient et ainsi lui offrir une meilleure qualité de soins, il est nécessaire d'appuyer sur l'importance de l'entourage familial et social, qui est un facteur protecteur de la pathologie dépressive pour le patient : en effet, il a déjà été démontré qu'un faible niveau de soutien social est associé au développement d'un épisode dépressif (26) et que la présence d'un soutien familial de qualité permet d'aider le patient à se remettre d'un épisode dépressif plus rapidement (27). Il paraît donc important d'encourager l'entourage proche du patient à jouer un rôle dans le soutien de ce dernier.

Les médecins interrogés sont pour la quasi-totalité d'entre eux (96.1%) en accord avec les recommandations en ce qui concerne les classes d'antidépresseur à utiliser. La majorité des médecins interrogés (92.3%) se basent sur le contexte clinique pour diminuer le traitement antidépresseur. Il n'est pas recommandé d'associer systématiquement des anxiolytiques aux antidépresseurs. Toutefois, on observe dans notre étude que les anxiolytiques sont très souvent utilisés : 71 médecins en instaurent lorsque l'EDC est d'intensité légère (soit 45.8% des médecins), 102 en instaurent lorsqu'elle est d'intensité modérée (soit 65.8%), 113 en instaurent lorsqu'elle est d'intensité sévère (soit 72.9%). Lorsqu'ils sont utilisés, la grande majorité des médecins de notre étude (82.6%) le maintiennent pour une durée maximum de 3

mois. Une étude parue en 2006 (28) explique cette association souvent nécessaire par la présence fréquente de troubles anxieux en plus des symptômes dépressifs. De plus, un traitement anxiolytique peut être nécessaire en début de traitement car les médicaments antidépresseurs ne sont efficaces qu'environ 3 à 4 semaines après leur instauration. L'utilisation d'un traitement anxiolytique a également un second effet recherché : l'effet sédatif. En effet, l'introduction d'un traitement antidépresseur peut avoir comme effet la levée du ralentissement psychomoteur avant la levée de l'humeur dépressive, pouvant avoir comme principal effet une majoration du risque du passage à l'acte suicidaire. Ceci est contrebalancé par le risque de dépendance physique et psychique, ainsi que par le risque de troubles des fonctions cognitives s'ils sont utilisés sur le long terme (29).

La majorité des médecins interrogés (63.2%) fixe directement avec le patient la date du prochain rendez-vous, tandis qu'environ un tiers des médecins (35.5%) informe de la nécessité de se revoir, sans pour autant fixer de rendez-vous.

La majorité des médecins interrogés se sentent compétents concernant la prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé : 81.3% d'entre eux se sentent plutôt voire très compétents. Toutefois les médecins hommes, les médecins installés depuis plus de 10 ans ainsi que les médecins ayant participé récemment à une FMC se sentent plus compétents que les médecins femmes, les médecins installés depuis moins de 10 ans et les médecins n'ayant pas participé récemment à une FMC. Il semblerait donc que le sexe, l'expérience sur le terrain ainsi que la participation récente à une formation jouent un rôle prépondérant dans la confiance que les médecins ont dans leur prise en charge.

A noter que la participation récente à une FMC au sujet de l'épisode dépressif caractérisé ne modifie jamais significativement la prise en charge et le respect des recommandations. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer cela, la première étant peut-être

un manque de rigueur ou de motivation des médecins au cours des formations, ces dernières souvent réalisées à distance. Peut se poser également la question de la qualité de ces formations. Il semblerait intéressant de rechercher les raisons de cette absence d'influence dans une étude future.

Concernant les éléments pouvant améliorer la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé, près de la moitié des médecins interrogés insistent sur la nécessité d'une meilleure organisation de la collaboration entre les différents professionnels de santé (46.5%). Les médecins généralistes ayant répondu cela éprouvent certainement des difficultés à trouver un médecin psychiatre disponible rapidement pour prendre en charge l'EDC, tout comme 4.5% des médecins répondants demandant une meilleure disponibilité des psychiatres. Les psychiatres (hospitaliers et libéraux confondus) travaillent en moyenne 44 heures par semaine pour 53 consultations (30), avec seulement 29% des psychiatres exerçant en libéral en 2019 et une densité de 20.95 psychiatres pour 100000 habitants en Alsace (31), ce qui peut expliquer la difficulté des médecins généralistes à trouver un psychiatre disponible pour prendre en charge un nouveau patient. Une étude de 2008 (32) corrobore cet écueil dans la relation entre les médecins généralistes et les psychiatres. Dans cette étude, ils expliquent que la relation est « rendue compliquée par la difficulté et la pauvreté des échanges d'informations. Les psychiatres sont décrits comme difficiles d'accès et peu enclins à partager les informations. Les médecins généralistes se sentent isolés et dépourvus des informations qui leur semblent pourtant nécessaires pour prendre en charge et suivre les patients. » De leur côté, les psychiatres pointent du doigt la non-complétude des courriers d'adressage écrits par le médecin généraliste, ce qui est à l'origine d'une perte d'information, pouvant entraîner un retard au diagnostic et des délais dans la prise en charge. L'accès difficile aux médecins généralistes par les psychiatres rend également la prise en charge des pathologies somatiques

non optimale (33). Ainsi, les écueils exprimés par les médecins généralistes comme les médecins psychiatres montrent bien la nécessité d'une meilleure communication et d'une meilleure coordination entre les différents professionnels de santé, nécessaires à une prise en charge optimale de la santé du patient.

Une autre piste permettant d'améliorer la prise en charge selon les médecins interrogés est une majoration de la rémunération de l'acte. La consultation d'un patient dépressif étant chronophage et dépassant souvent la moyenne de 18 minutes par consultation (selon le panel DREES de mai 2019) (25), il semblerait légitime de créer un codage particulier pour ce type de consultation afin de motiver les médecins à passer le temps nécessaire à l'écoute et à la psychothérapie de soutien avec le patient.

Le remboursement de la consultation chez le/la psychologue est proposé par 11% des médecins. Une étude de la DREES publiée en 2012 montre que 91% des médecins interrogés considèrent le non remboursement des consultations chez le/la psychologue comme un frein à l'accès à la psychothérapie (34). En effet, cela permettrait de faciliter la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé en désengorgeant à la fois les cabinets des médecins généralistes ainsi que des psychiatres et permettre ainsi une plus grande fluidité et une plus grande rapidité dans la prise en charge. Cela permettrait également d'aider à réduire la consommation médicamenteuse, la France étant le deuxième pays le plus consommateur de benzodiazépines en Europe selon l'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) (35). Cette solution est également retrouvée dans une étude de 2010, dans laquelle les médecins interrogés souhaitaient à la fois une réponse alternative par les psychologues et un recours amélioré aux soins spécialisés en psychiatrie (36). Une étude française parue en 2015 (37) a montré l'efficacité de la prise en charge psychologique sur les troubles dépressifs et son moindre coût pour le système de soin. Le remboursement est une

option en cours de réflexion en France : en effet, une expérimentation de remboursement de la consultation chez le psychologue par la Sécurité Sociale est en cours depuis 2018 dans 4 départements français (Morbihan, Bouches-Du-Rhône, Haute-Garonne et Landes) (38). L'objectif de cette expérimentation est d'élargir les possibilités de prise en charge, possiblement à un niveau national si l'expérimentation est concluante. Les patients inclus dans cette expérimentation sont les adultes de 18 à 60 ans présentant un épisode dépressif d'intensité légère à modérée sans risque suicidaire. Le dispositif prévoit une prise en charge financière au titre du tiers-payant : aucune charge n'est laissée au patient. Le médecin généraliste adresse le patient au psychologue qui réalise une consultation d'évaluation : le médecin peut ensuite réadresser le patient au psychologue avec une prescription de séances de thérapie de soutien (10 séances maximum sont remboursées par la Sécurité Sociale). A la suite de ces séances, le psychologue fait un retour au médecin traitant. En cas d'évolution favorable, la prise en charge se termine. En l'absence d'amélioration, une concertation entre le médecin généraliste, le médecin psychiatre et le psychologue est réalisée pour discuter de la conduite à tenir : la prescription d'un traitement antidépresseur est discutée et le patient peut être orienté vers une psychothérapie structurée (TCC, familiale, systémique etc.). Un maximum de 10 séances de thérapie structurée est remboursé par la Sécurité Sociale. A la fin des séances et si l'on observe une amélioration de l'état clinique du patient, la prise en charge est terminée. Si l'amélioration n'est pas significative, une réévaluation de la prise en charge par le psychiatre est nécessaire. L'entretien d'évaluation d'une durée de 45 minutes est coté à 32 euros, les séances de psychothérapie de soutien de 30 minutes sont cotées à 22 euros et les séances de psychothérapie structurée de 45 minutes sont cotées à 32 euros. Plusieurs freins sont d'ores et déjà retrouvés par les psychologues dans cette expérimentation selon un communiqué de 2018 de la FFPP (Fédération Française des Psychologues et de Psychologie)

(39) : le nombre de passages nécessaires chez le médecin généraliste à chaque étape de la prise en charge, le plaçant en position hiérarchique dominante et traduisant selon eux une méconnaissance de « la compétence professionnelle du psychologue à repérer les signes de dépression ou d'anxiété et à arrêter une prise en charge lors d'une amélioration ». De plus, les tarifs pratiqués par la Sécurité Sociale sont jugés trop bas pour les psychologues, étant donné l'importance des charges lors d'une pratique en libéral. A ce jour, les résultats de cette expérimentation sont en attente.

Un dépistage ciblé a également été proposé par 8.4% des médecins répondants ; cela impliquerait d'augmenter le temps de consultation par patient, alors que le manque de temps est cité par 2.6% des médecins. Le dépistage systématique n'est pas recommandé en France, il n'existe d'ailleurs pas encore à ce jour de preuve attestant d'une amélioration de la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé par le dépistage systématique (40).

Une meilleure formation des médecins généralistes a également été citée. En effet, les étudiants en médecine générale n'ont l'occasion de prendre en charge que rarement des patients dépressifs au cours de leur internat, en particulier pendant leur stage praticien de niveau 1 ainsi que dans leur semestre SASPAS. Une idée d'amélioration serait éventuellement de mettre en place un stage obligatoire en psychiatrie au cours de l'internat, les pathologies psychiques ayant une place prépondérante dans l'activité quotidienne en médecine générale.

Globalement, les médecins interrogés respectent donc les recommandations dans la majorité des cas (si l'on considère que la prise en charge est respectée lorsque plus de la moitié des médecins suivent les recommandations), sauf concernant la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé d'intensité légère et la mise en place d'une consultation dédiée.

V. Conclusion

La prise en charge de la dépression est un enjeu de santé publique puisqu'elle est une pathologie fréquente dans la population générale et invalidante pour le patient, tant sur le plan social que professionnel. Le médecin généraliste joue un rôle primordial dans cette prise en charge aussi bien sur le plan diagnostique que thérapeutique. L'objectif principal de ce travail était de décrire la prise en charge d'un premier épisode dépressif caractérisé chez l'adulte en cabinet de médecine générale en Alsace. L'objectif secondaire était de rechercher s'il existait une différence dans le respect ou non des recommandations officielles selon les différentes caractéristiques des médecins.

Plusieurs points positifs sont retrouvés dans cette étude, le plus important d'entre eux étant le taux de recrutement puisque nous avons reçu au total 155 réponses, ce qui est un nombre relativement élevé par rapport à d'autres études du même type. Cela a sûrement été permis grâce aux appels téléphoniques passés, les médecins ayant plus tendance à répondre lorsque l'on discute du projet directement avec eux au lieu de n'envoyer que le questionnaire par mail, mail qui n'est souvent pas ouvert dans ce cas de figure. De plus, notre étude est représentative de la population étudiée en ce qui concerne le sex ratio et la localisation géographique des médecins. Cela nous permet de pouvoir généraliser avec plus de précision les réponses à l'ensemble des médecins généralistes d'Alsace. Toutefois, il faut noter que les médecins ayant accepté de répondre à notre questionnaire sont plus souvent MSU que dans la population générale, ce qui peut représenter un biais de sélection. Ces derniers se sentent-ils plus concernés dans la participation à la réalisation de travaux scientifiques ? Les médecins ayant une activité depuis plus de 10 ans sont également surreprésentés dans notre étude par rapport à la population étudiée. Cela peut éventuellement s'expliquer par la difficulté de

l'installation en cabinet libéral, très chronophage surtout dans les premières années lorsque l'on se crée sa patientèle et empêchant ainsi les médecins plus « jeunes » de répondre au questionnaire par manque de temps.

Globalement, les recommandations officielles de la HAS concernant la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé sont bien respectées par les médecins généralistes libéraux d'Alsace et ce à plusieurs niveaux : le bilan diagnostique, l'évaluation du risque suicidaire, la prise en charge thérapeutique des épisodes dépressifs d'intensité modérée et sévère et le traitement médicamenteux instauré sont en adéquation avec les recommandations. Toutefois, quelques écueils persistent : l'organisation de consultations dédiées ainsi que la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé d'intensité légère ne semblent pas encore totalement acquises. L'absence de consultations dédiées peut s'expliquer par un manque de temps observé en cabinet libéral : les consultations qui s'enchaînent ne laissent que peu de temps libre pour organiser de telles consultations. L'épisode dépressif caractérisé d'intensité légère n'est la plupart du temps pas correctement pris en charge, les médecins mettant souvent en place un traitement médicamenteux alors que ce dernier n'est pas nécessaire. Se pose alors la question de la cause : est-ce dû à la difficulté de statuer sur l'intensité de l'épisode dépressif ? Ou bien existe-t-il un biais dans les réponses dans le sens où les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère, dont le nombre de symptômes est juste suffisant au diagnostic, ne sont que rarement vus en cabinet, les patients ne consultant pas ou peu lorsqu'il n'existe qu'un faible impact professionnel et social ? Il serait alors peut-être nécessaire de réaliser un dépistage systématique des symptômes dépressifs au cabinet même si l'objet de la consultation n'est pas celui-là. Cela permettrait de traiter les symptômes avant que ceux-ci ne s'aggravent. Cependant, le problème du manque de temps se pose encore ici.

Les médecins généralistes se sentent plutôt compétents dans la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé. Le sexe masculin, la participation à une formation médicale continue et la durée d'activité de plus de 10 ans jouent un rôle positif dans ce sentiment de compétence.

Plusieurs axes d'amélioration de la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé ont été recensés dans cette étude. Une meilleure organisation de la collaboration et de la coordination entre les différents professionnels de santé semble nécessaire, avec notamment un accès facilité aux psychiatres libéraux. Le remboursement des consultations chez le psychologue est également une piste d'amélioration pour les médecins de cette étude, ce qui pourrait permettre une amélioration de la fluidité du parcours de soin. Au cours de la rédaction de cette thèse, plusieurs projets allant dans ce sens ont vu le jour en plus de l'expérimentation de remboursement de la consultation chez le psychologue depuis 2018 dans 4 départements français. Les problèmes actuels rencontrés par la société française notamment liés à la crise de la Covid-19 poussent le gouvernement à annoncer le 15 janvier 2021 la création d'un « chèque-psy » qui permettrait aux étudiants en détresse psychologique de consulter le psychologue sans avance de frais. Par ailleurs, suite à la déclaration du Président de la République le 23 janvier 2021, des discussions sont en cours concernant le remboursement des soins psychologiques pour les enfants victimes de violences sexuelles. Ces différents projets seront peut-être la porte d'entrée vers la généralisation du remboursement des soins psychologiques dans les années à venir.

De plus, une meilleure rémunération de l'acte et la mise en place d'un dépistage systématique ciblé semblent également être des idées d'amélioration pour les médecins généralistes.

Des études supplémentaires avec un plus grand nombre de médecins répondants semblent toutefois nécessaires pour mieux préciser les freins à la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé et diminuer les biais de sélection. De nouvelles études, axées cette fois sur le patient et son vécu de la pathologie et de la prise en charge par son médecin traitant sembleraient également intéressantes.

VU

Strasbourg, le 20 février 2021

Le président du Jury de Thèse

Professeur Fabrice BERNA



VU et approuvé
Strasbourg, le **10 MARS 2021**
Administrateur provisoire de la Faculté de
Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé
Professeur Jean SIBILIA



Annexes

Annexe 1 : Définition de l'épisode dépressif caractérisé selon le DSM-V

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport à l'état antérieur ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

NB : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection générale.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de détresse ou de vide) ou observée par les autres (pleurs).

NB : Éventuellement irritabilité chez l'enfant ou l'adolescent.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

(3) Perte ou gain de poids significatif (5%) en absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.

(6) Fatigue ou perte d'énergie tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

NB : Les critères A à C caractérisent l'EDC.

D. L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à un autre trouble psychotique.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

NB : La réaction normale et attendue en réponse à un évènement impliquant une perte significative (ex : deuil, ruine financière, désastre naturel) incluant un sentiment de tristesse, de la rumination, de l'insomnie, une perte d'appétit et une perte de poids, peut ressembler à un épisode dépressif. La présence de symptômes tels qu'un sentiment de dévalorisation, des idées suicidaires (autres que vouloir rejoindre un être aimé), un ralentissement psychomoteur et une altération sévère du fonctionnement général suggèrent la présence d'un épisode dépressif caractérisé en plus de la réponse normale à une perte significative.

Pour constituer un trouble dépressif unipolaire, les critères D et E doivent s'y ajouter.

Annexe 2 : Echelle de dépression de Hamilton

1- Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, autodépréciation)

0 Absente.

1 Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.

2 Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.

3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression faciale, attitude, voix, pleurs).

4 Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

2- Sentiments de culpabilité

0 Absents.

1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.

2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables.

3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.

4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

3- Suicide

0 Absent.

1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

2 Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.

3 Idées ou gestes de suicide.

4 Tentatives de suicide.

4- Insomnie du début de nuit

0 Pas de difficulté.

1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.

2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5. Insomnie du milieu de nuit

0 Pas de difficulté.

1 Le malade se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit.

2 Il se réveille pendant la nuit.

6- Insomnie du matin

0 Pas de difficulté.

1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.

2 Incapable de se rendormir s'il se lève.

7- Travail et activités

0 Pas de difficulté.

1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.

2 Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations.

3 Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.

4 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

8- Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)

0 Langage et pensées normaux.

1 Léger ralentissement à l'entretien.

- 2 Ralentissement manifeste à l'entretien.
- 3 Entretien difficile.
- 4 Entrevue impossible (la personne se trouve dans un état de stupeur).

9- Agitation

- 0 Aucune.
- 1 Crispations, secousses musculaires.
- 2 Joue avec ses mains, ses cheveux...
- 3 Bouge, ne peut rester assis tranquille.
- 4 Se tord les mains, ronges ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres...

10- Anxiété psychique

- 0 Aucun trouble.
- 1 Symptômes légers (par ex. une tension subjective, irritabilité, perte de concentration)
- 2 Symptômes modérés (par ex. la personne se soucie de problèmes mineurs)
- 3 Symptômes sévères (par ex. une appréhension apparente apparaît dans l'expression faciale et la parole)
- 4 Symptômes très invalidants (par ex. la personne exprime une peur sans que l'on pose de questions)

11- Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)

- 0 Absente.
- 1 Discrète.
- 2 Moyenne.
- 3 Grave.
- 4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

12- Symptômes somatiques gastro-intestinaux

- 0 Aucun.
- 1 Perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale.
- 2 A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux.

13- Symptômes somatiques généraux

- 0 Aucun.

1 Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité.

2 Si n'importe quel symptôme est net.

14- Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

0 Absents.

1 Légers.

2 Sévères.

15- Hypochondrie

0 Absente.

1 Attention concentrée sur son propre corps.

2 Préoccupations sur sa santé.

3 Plaintes fréquentes, demandes d'aide.

4 Idées délirantes hypochondriaques.

16- Perte de poids

A : si selon les dires du malade :

0 Pas de perte de poids.

1 Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.

2 Perte de poids certaine.

B : si appréciée par pesées :

0 Moins de 500 g de perte de poids par semaine.

1 Plus de 500 g de perte de poids par semaine.

2 Plus de 1 kg de perte de poids par semaine.

17- Prise de conscience

0 Reconnaît qu'il est déprimé et malade.

1 Reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.

2 Nie qu'il est malade.

Plus la note est élevée, plus la dépression est grave :

De 10 à 13 : symptômes dépressifs légers

De 14 à 17 : symptômes dépressifs légers à modérés

Plus de 18 : symptômes dépressifs modérés à sévères

Références bibliographiques

1. Troubles_nevrotiques_et_de_l_humeur_fiche_2018.pdf [Internet]. [cité 12 janv 2021]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Troubles_nevrotiques_et_de_l_humeur_fiche_2018.pdf
2. Sladana P. Haute Autorité de santé. 2017;45.
3. OMS | Dépression [Internet]. [cité 13 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/topics/depression/fr/>
4. CIM-10 Version:2008 [Internet]. [cité 15 janv 2020]. Disponible sur: <https://icd.who.int/browse10/2008/fr#/F32>
5. ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf [Internet]. [cité 17 janv 2020]. Disponible sur: <http://www.asso-aesp.fr/wp-content/uploads/2014/11/ECN-referentiel-de-psychiatrie.pdf>
6. Dépression [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 14 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression>
7. Belujon P, Grace AA. Dopamine System Dysregulation in Major Depressive Disorders. *Int J Neuropsychopharmacol*. 29 juin 2017;20(12):1036-46.
8. Grace AA. Dysregulation of the dopamine system in the pathophysiology of schizophrenia and depression. *Nat Rev Neurosci*. août 2016;17(8):524-32.
9. Kraus C, Castrén E, Kasper S, Lanzenberger R. Serotonin and neuroplasticity – Links between molecular, functional and structural pathophysiology in depression. *Neurosci Biobehav Rev*. 1 juin 2017;77:317-26.
10. Fischer S, Strawbridge R, Vives AH, Cleare AJ. Cortisol as a predictor of psychological therapy response in depressive disorders: Systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. févr 2017;210(2):105-9.
11. Tang AL, Thomas SJ, Larkin T. Cortisol, oxytocin, and quality of life in major depressive disorder. *Qual Life Res*. 1 nov 2019;28(11):2919-28.
12. Köhler O, Krogh J, Mors O, Benros ME. Inflammation in Depression and the Potential for Anti-Inflammatory Treatment. *Curr Neuropharmacol*. oct 2016;14(7):732.
13. Peng S, Li W, Lv L, Zhang Z, Zhan X. BDNF as a Biomarker in Diagnosis and Evaluation of Treatment for Schizophrenia and Depression. *Discov Med*. 25 oct 2018;26(143):127-36.
14. Zhang J, Yao W, Hashimoto K. Brain-derived Neurotrophic Factor (BDNF)-TrkB Signaling in Inflammation-related Depression and Potential Therapeutic Targets. *Curr Neuropharmacol*. oct 2016;14(7):721-31.

15. Nakagawa A, Mitsuda D, Sado M, Abe T, Fujisawa D, Kikuchi T, et al. Effectiveness of Supplementary Cognitive-Behavioral Therapy for Pharmacotherapy-Resistant Depression: A Randomized Controlled Trial. *J Clin Psychiatry*. 28 févr 2017;78(8):1126-35.
16. Lepping P, Whittington R, Sambhi RS, Lane S, Poole R, Leucht S, et al. Clinical relevance of findings in trials of CBT for depression. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. 2017;45:207-11.
17. Cuijpers P, Donker T, Weissman MM, Ravitz P, Cristea IA. Interpersonal Psychotherapy for Mental Health Problems: A Comprehensive Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*. 1 avr 2016;173(7):680-7.
18. Donse L, Padberg F, Sack AT, Rush AJ, Arns M. Simultaneous rTMS and psychotherapy in major depressive disorder: Clinical outcomes and predictors from a large naturalistic study. *Brain Stimul Basic Transl Clin Res Neuromodulation*. 1 mars 2018;11(2):337-45.
19. Weise K, Numssen O, Thielscher A, Hartwigsen G, Knösche TR. A novel approach to localize cortical TMS effects. *NeuroImage*. 1 avr 2020;209:116486.
20. Rachid F. Maintenance repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) for relapse prevention in with depression: A review. *Psychiatry Res*. 1 avr 2018;262:363-72.
21. Erbay MF, Zayman EP, Erbay LG, Ünal S. Evaluation of Transcranial Magnetic Stimulation Efficiency in Major Depressive Disorder Patients: A Magnetic Resonance Spectroscopy Study. *Psychiatry Investig*. oct 2019;16(10):745-50.
22. Favre-Bonté J. Haute Autorité de santé. 2017;331.
23. Hamilton M. A RATING SCALE FOR DEPRESSION. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. févr 1960;23(1):56-62.
24. Depr.pdf [Internet]. [cité 8 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.icsi.org/wp-content/uploads/2019/01/Depr.pdf>
25. 2019-DREES_tps-travail-liberaux.pdf [Internet]. [cité 3 déc 2020]. Disponible sur: https://www.ars.sante.fr/system/files/2019-05/2019-DREES_tps-travail-liberaux.pdf
26. Wade TD, Kendler KS. The relationship between social support and major depression: cross-sectional, longitudinal, and genetic perspectives. *J Nerv Ment Dis*. mai 2000;188(5):251-8.
27. Keitner GI, Ryan CE, Miller IW, Norman WH. Recovery and major depression: factors associated with twelve-month outcome. *Am J Psychiatry*. janv 1992;149(1):93-9.
28. Martin P. L'association antidépresseur et anxiolytique aujourd'hui: bilan et prospective: Coadministration benzodiazepine and antidepressant drugs: the state of art. *L'Encéphale*. 1 oct 2006;32(5, Part 1):753-66.
29. Billioti de Gage S, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *The BMJ [Internet]*. 9 sept 2014 [cité 4 déc 2020];349. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159609/>

30. Les psychiatres français au bord du burn-out [Internet]. 2018 [cité 3 déc 2020]. Disponible sur: <https://sante.lefigaro.fr/article/les-psychiatres-epuises-par-leur-environnement-de-travail/>
31. Chiffres clés : Psychiatre [Internet]. Profil Médecin. 2019 [cité 3 déc 2020]. Disponible sur: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-psychiatre/>
32. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L, Zerr P. La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale Généralistes et psychiatres : une relation compliquée. *Médecine*. 1 juin 2008;4(6):279-83.
33. [guide_coordination_mg_psy.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf) [Internet]. [cité 3 déc 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf
34. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. :8.
35. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé [Internet]. [cité 8 déc 2020]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Etat-des-lieux-de-la-consommation-des-benzodiazepines-Point-d-Information>
36. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret F, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *L'Encéphale*. 1 juin 2010;36:D73-82.
37. Dezetter A, Briffault X. Coûts et bénéfices d'un programme de financement des psychothérapies auprès des Français souffrant de troubles dépressifs ou anxieux. *Santé Ment Au Qué*. 2015;40(4):119-40.
38. [AssuranceMaladie-Guide-pour-psycho-Remboursement-actes.pdf](http://www.psychologues-psychologie.net/attachments/article/471/AssuranceMaladie-Guide-pour-psycho-Remboursement-actes.pdf) [Internet]. [cité 8 déc 2020]. Disponible sur: <http://www.psychologues-psychologie.net/attachments/article/471/AssuranceMaladie-Guide-pour-psycho-Remboursement-actes.pdf>
39. Communiqué : Les psychologues et le remboursement des actes : toute une histoire... [Internet]. [cité 8 déc 2020]. Disponible sur: http://www.psychologues-psychologie.net/index.php?option=com_content&view=article&id=471:communiquel-les-psychologues-et-le-remboursement-des-actes-toute-une-histoire&catid=15&Itemid=223
40. Mojtabai R. Universal Depression Screening to Improve Depression Outcomes in Primary Care: Sounds Good, but Where Is the Evidence? *Psychiatr Serv*. 15 mars 2017;68(7):724-6.

Liste des abréviations

- ARS : Agence Régionale de Santé
- ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé
- BDNF : Brain-Derived Neurotrophic Factor
- CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10^{ème} version
- CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
- CPP : Comité de Protection des Personnes
- DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
- DSM-V : Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux, 5^{ème} version
- ECT : Electroconvulsivothérapie
- EDC : Episode Dépressif Caractérisé
- FFPP : Fédération Française des Psychologues et de Psychologie
- FMC : Formation Médicale Continue
- HADS : Hospital and Anxiety Depression Scale
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HDRS : Hamilton Dépression Rating Scale
- ICSI : Institute for Clinical Systems Improvement
- INDS : Institut National des Données de Santé
- Inserm : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
- IMAO : Inhibiteur de la MonoAmine Oxydase
- ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine
- ISRSNA : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine et de la Noradrénaline
- MSU : Maître de Stage des Universités
- OMS : Organisation Mondiale de la santé
- PHQ-2/PHQ-9 : Patient Health Questionnaire 2-9
- rTMS : Stimulation Magnétique Transcrânienne répétée
- SASPAS : Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
- TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale
- URPSML : Union Régionale des Professionnels de Santé – Médecins Libéraux

Université

de Strasbourg

Faculté
de médecine**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 : BRAILLONPrénom : Béatrice

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 ».

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 Schiltigheim, le 25/02/2021

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

Résumé

Introduction

L'épisode dépressif caractérisé (EDC) est un trouble psychiatrique courant en pratique clinique qui doit être connu de tous les médecins et en particulier des médecins généralistes, ces derniers étant en première ligne quant à la prise en charge de cette pathologie. L'EDC est source de souffrance psychique pour le patient et son entourage. Il existe des recommandations HAS parues en octobre 2017 concernant la conduite à tenir face à un EDC de l'adulte. L'objectif principal de cette étude était de réaliser un état des lieux des pratiques professionnelles des médecins généralistes d'Alsace par rapport à la prise en charge globale de l'épisode dépressif caractérisé de l'adulte.

Matériel et Méthode

Il s'agissait d'une étude observationnelle de type enquête de pratique. Notre étude a été réalisée au moyen d'un auto-questionnaire de 24 questions envoyé par mail aux médecins généralistes libéraux d'Alsace. Deux méthodes ont été utilisées pour l'envoi du questionnaire : l'appel téléphonique ayant permis l'envoi de mails de façon aléatoire ainsi que la diffusion du questionnaire à l'aide d'un mail généralisé.

Résultats

Au total, nous avons reçu 155 réponses au questionnaire soit 8.4% des médecins généralistes installés en Alsace. Globalement, les recommandations officielles de la HAS concernant la prise en charge de l'EDC sont bien respectées par les médecins généralistes. Toutefois, quelques écueils persistent : l'organisation de consultations dédiées et la prise en charge thérapeutique de l'épisode dépressif caractérisé d'intensité légère ne semblent pas encore totalement acquises. Les médecins généralistes se sentent plutôt compétents dans la prise en charge de l'EDC. Le sexe masculin, la participation à une formation médicale continue et la durée d'activité de plus de 10 ans y jouent un rôle positif. Une meilleure organisation de la collaboration entre les différents professionnels de santé, une meilleure rémunération de l'acte, le remboursement des consultations chez le psychologue et la mise en place d'un dépistage systématique ciblé semblent être des axes d'amélioration pour les médecins généralistes.

Rubrique de classement : Médecine Générale

Mots-clés : Dépression, épisode dépressif caractérisé, Alsace, médecine générale, antidépresseur

Président : Monsieur le Professeur BERNA Fabrice
Assesseurs : Monsieur le Professeur BERTSCHY Gilles
Madame la Docteure CHAMBE Juliette
Monsieur le Docteur WERNY Philippe

Adresse de l'auteur : 23 rue de Mundolsheim, 67300 SCHILTIGHEIM