

UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2022

THESE POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN
MEDECINE

**Améliorer le lien entre médecine générale et psychiatrie ?
Enquête auprès des médecins généralistes des Hauts-de-France**

Présentée et soutenue publiquement le 06/10/2022 à 16h00

Au Pôle Formation

Par Pierre SOULA

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs :

Madame le Docteur Pascaline DEPREUX

Directeur de thèse :

Monsieur le Docteur Denis DELEPLANQUE

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs

Abréviations

CNAM Caisse nationale de l'assurance maladie

HdF Hauts-de-France

HAS Haute Autorité de Santé

CMP Centre médico-psychologique

CATTP Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CAT Conduite à tenir

Sommaire

Introduction et contexte	5
1) Une population avec une espérance de vie réduite.....	5
2) Facteurs de risque identifiés.....	5
3) La place centrale du médecin généraliste dans la prise en charge des patients présentant des troubles mentaux.....	6
4) Une nécessaire coordination entre les différents acteurs de soins.....	7
5) Travaux de recherche antérieurs réalisés sur le sujet	9
Objectifs	11
Matériel et méthode	12
Résultats	13
1) <i>Caractéristiques de la population</i>	13
2) <i>Echelle de Likert</i>	16
3) <i>Liens entre les variables</i>	20
Discussion	25
1) Limites de l'étude	25
2) Discussion des résultats.....	25
3) Perspectives.....	27
Conclusion	32
Références bibliographiques	33
Annexes	36
Questionnaire	37

Introduction et contexte

Les patients souffrant de troubles psychiatriques présentent une espérance de vie inférieure à la population générale (1) et sont souvent stigmatisés avec une moins bonne prise en charge somatique. Pour faciliter leur parcours de soins et donc optimiser leur prise en charge, il semble essentiel d'améliorer la continuité des soins entre médecins généralistes et psychiatres. Le lien entre médecine générale et psychiatrie fait régulièrement l'objet d'un état des lieux en France, mais aussi dans de nombreux autres pays (2,3), avec cependant peu d'évolution au fil des ans (4,5). Proposer des pistes a pour but d'améliorer ce lien entre deux spécialités, dans l'intérêt des patients présentant des troubles psychiatriques.

1) Une population avec une espérance de vie réduite

Les troubles mentaux sévères, incluant entre autres la schizophrénie et les troubles bipolaires, sont associés à des taux de mortalité deux à trois fois plus élevés qu'en population générale (6). Cette surmortalité serait en lien à 60% environ avec des maladies somatiques, plus prévalentes chez les patients souffrant de troubles mentaux sévères qu'en population générale et à l'origine de conséquences plus graves (6). Parmi les maladies somatiques associées aux troubles mentaux sévères, les plus fréquentes sont l'obésité (risque 2,8 à 3,5 fois plus élevé chez les patients souffrant de schizophrénie qu'en population générale), le syndrome métabolique, le diabète et les maladies cardiovasculaires (6,7).

2) Facteurs de risque identifiés

Plusieurs facteurs sont associés à cette surmortalité ainsi qu'à ce sur-risque

somatique. Les principaux reconnus sont : le mode de vie (addictions, tabagisme et consommation d'alcool, par exemple), les effets secondaires des traitements, notamment antipsychotiques, majoritairement associés à un sur-risque de maladies cardiaques (8). Une non-reconnaissance des problèmes de santé physique par les patients eux-mêmes, par leur entourage et par les professionnels de santé, à l'origine d'un moindre accès au dépistage, au diagnostic et aux traitements est décrite.

La CNAM a récemment mis en avant une fréquence plus importante de personnes prises en charge pour une maladie cardio-neurovasculaire. Une fréquence plus importante de cancer, chez les personnes identifiées comme souffrant d'une pathologie mentale, qu'au sein de la population générale (9). Un lien entre troubles somatiques et troubles mentaux fréquents était aussi identifiée, les personnes souffrant de ces troubles étant plus susceptibles de développer des problèmes somatiques. Inversement, certaines pathologies somatiques, telles que le cancer et le VIH/SIDA ou l'addiction à l'alcool (10), seraient à l'origine de troubles tels que la dépression et les troubles anxieux.

Tout cela met en évidence la nécessité de considérer la santé physique comme une composante essentielle d'une prise en charge globale des patients souffrant de troubles mentaux (11). Le rôle de coordinateur des médecins généralistes est à souligner dans la prise en charge des patients souffrant de troubles mentaux, aux côtés des autres acteurs.

3) La place centrale du médecin généraliste dans la prise en charge des patients présentant des troubles mentaux

Les médecins généralistes sont au centre de la prise en charge des patients présentant des troubles psychiatriques. Ils détectent et traitent les troubles légers et

modérés, notamment la dépression et les troubles anxieux. L'accompagnement psychiatrique et somatique des troubles graves stabilisés, font partie de la prise en charge globale. Ils seraient également les acteurs du secteur sanitaire qui assurent le plus et le mieux la détection précoce des troubles graves (12).

Le médecin généraliste est le professionnel le plus consulté en cas de problème psychologique (58 % de la population adulte). La moitié de la population déclarent qu'ils continueraient à le consulter pour le suivi d'un trouble psychologique (13). Les troubles mentaux représenteraient 15 % des consultations en médecine générale (14), et ces derniers sont à l'initiative de 90 % des traitements antidépresseurs (9).

Ce rôle que jouent les médecins généralistes est en phase avec la définition de la Société européenne de médecine générale/médecine de famille : le médecin généraliste est le premier contact des usagers avec le système de soins, il assure la coordination des soins avec les autres professionnels de santé, en développant une approche centrée sur la personne pour assurer des soins continus (15). Ce rôle de coordination et d'orientation a été officialisé en France par le dispositif du médecin traitant², qui est un médecin généraliste dans l'immense majorité des cas (16).

²Article L. 162-5-3 du Code de la sécurité sociale

4) Une nécessaire coordination entre les différents acteurs de soins

Une coordination entre le médecin généraliste et les professionnels spécialisés en psychiatrie et santé mentale, est nécessaire. Les besoins de coordination et la forme qu'elle peut prendre sont cependant différents selon le rôle qu'assure le médecin généraliste dans la prise en charge et selon le type de pathologie dont souffre le patient, et selon les professionnels assurant le suivi du patient.

Le médecin généraliste a régulièrement besoin d'un avis/conseil spécialisé ou d'un adressage. Il assure souvent seul le suivi d'un trouble mental et est confronté aux

premiers signes d'entrée dans une pathologie psychiatrique ou à des situations d'urgence (risque suicidaire par exemple (17)). Il a alors parfois recours à d'autres acteurs pour l'accompagner dans la prise en charge (psychiatres et psychologues libéraux et équipes de psychiatrie notamment)(18).

Un suivi conjoint peut être mis en place dans toutes les situations, mais il est particulièrement important pour les patients en situation complexe. Par exemple, les patients souffrant de troubles mentaux sévères et persistants, en situation de précarité sociale avec aussi des difficultés de communication sur leurs souffrances, tant psychiques que physiques.

Pour certains patients, l'hospitalisation en psychiatrie est souvent le seul moment où sont pratiqués un examen clinique et des soins somatiques (20). Le médecin généraliste devient ainsi un pilier essentiel garant des soins ambulatoires pour ces patients en assurant une prise en charge globale, aux côtés des professionnels spécialisés en psychiatrie.

Ces professionnels peuvent exercer en structures extrahospitalières et être des psychiatres libéraux et des psychologues libéraux.

L'organisation de ce suivi conjoint suppose une définition commune des rôles et un partage d'informations entre professionnels. Selon les besoins du patient, ce suivi conjoint peut également être assuré avec un infirmier libéral ou salarié exerçant en ville (hors équipe de psychiatrie) et des acteurs des secteurs médico-social et social, dans le respect du secret professionnel.

La coordination sera évolutive et pourra impliquer une prise en charge du trouble mental par différents acteurs (le médecin généraliste, une équipe de soins, un psychiatre libéral ou un psychologue libéral, etc.).

La coordination entre médecins généralistes et acteurs de la psychiatrie n'est pas

formalisée et devrait faire l'objet d'améliorations en France. Les échanges de courriers réciproques et les retours d'informations ne sont pas systématiques. Les attentes sur les rôles de chacun ne sont pas toujours claires. Les psychiatres et psychologues sont par ailleurs perçus comme étant peu accessibles : accès par téléphone pour obtenir un avis, un conseil, en amont d'un adressage ou d'une hospitalisation, délais d'attente importants et non-remboursement des psychothérapies dispensées en ville par des psychothérapeutes non médecins (21).

Améliorer la coordination pour améliorer la qualité des prises en charge : une coordination interprofessionnelle suboptimale a des conséquences sur la prise en charge et la santé des patients. Cela impacte chez eux la qualité de vie et le fonctionnement social. A l'inverse, l'accès parfois difficile au médecin généraliste pour les professionnels spécialisés peut également être à l'origine d'une prise en charge inadéquate des troubles somatiques. Un partage d'informations et une communication insuffisante entre professionnels peuvent également entraîner des erreurs de prescriptions et la transmission d'informations contradictoires au patient. Cela peut être à l'origine d'une perte de confiance du patient, d'une faible adhésion aux traitements, voire d'une rupture dans la continuité des soins (19, 20). Des difficultés sont exprimées tant par les médecins généralistes que par les professionnels spécialisés en santé mentale. Améliorer la communication et la coordination interprofessionnelles, sont des leviers pour améliorer la qualité des prises en charge et en assurer la continuité, d'après un document de la HAS (18,22).

5) Travaux de recherche antérieurs réalisés sur le sujet

Plusieurs travaux de recherches dans plusieurs pays ont mis en avant la nécessité d'optimiser ce lien psychiatre-médecin généraliste.

En Angleterre et au pays de Galles, une étude démontrait l'urgence de la situation et le fossé qui séparait toujours patients avec troubles mentaux/handicap des autres (8). Dans trois pays scandinaves (Danemark, Finlande, Suède) et au Québec, deux autres études tiraient les mêmes conclusions (23,24). En France, ce constat est fait régulièrement par plusieurs études successives (25) avec des tentatives itératives localisées de faire changer les choses (22,26).

Mais dans la pratique, peu de choses ont avancé comme le montre cette étude réalisée à la fin des années 1990, qui prévoit de nombreuses avancées (notamment grâce à l'informatisation) (27), pourtant toujours à mettre en place dans les plus récents compte-rendu de la HAS (22). Ces problèmes de lien médecine générale-psychiatrie ont déjà été identifiés depuis les années 50 (28,29).

La question de recherche suivante se pose alors : comment améliorer le lien entre médecins généralistes et psychiatres, et quelles options paraîtraient les plus pertinentes pour les médecins généralistes des Hauts-de-France en particulier ?

Objectifs

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer les meilleures solutions à mettre en œuvre pour optimiser le lien entre médecine générale et psychiatrie dans les Hauts-de-France.

L'objectif secondaire de l'étude est de mettre en avant les solutions dont la mise en œuvre semble plus facilement réalisable.

Matériel et méthode

Nous avons décidé de réaliser une étude descriptive transversale prospective.

Tout d'abord, plusieurs médecins généralistes des Hauts-de-France ont pris part à des entretiens semi-dirigés, afin d'évaluer leurs attentes et les options potentielles à mettre en œuvre pour améliorer le lien entre médecine de ville et psychiatrie. Les médecins interviewés étaient en majorité des maîtres de stage universitaire, choisis en fonction de leurs lieux d'exercice variés à la fois urbain, semi-rural et rural. A partir de ces entretiens et des données de la littérature, a été élaboré un questionnaire détaillant les 6 solutions mises en avant par les généralistes interviewés. Ensuite, le questionnaire réalisé sous google form a été adressé aux médecins généralistes des Hauts-de-France via plusieurs plateformes en ligne. Ceux-ci évaluaient les propositions formulées par leurs pairs à l'aide d'une échelle de Likert. Des critères précis ont été retenus pour définir le caractère rural, semi-rural ou urbain des médecins (30). Le questionnaire a été modifié plusieurs fois pour arriver à sa forme finale.

Après analyse de la dernière question, rédigée sous forme de réponse ouverte, la proposition qui revenait le plus souvent a été sélectionnée et reformulée sous forme d'une nouvelle solution potentielle.

L'analyse anonymisée des réponses reçues a été réalisée à l'aide du logiciel Sphinx® pour mettre en avant des solutions potentielles.

Le recueil des données a été réalisé dans le respect de la loi RGPD : la déclaration auprès de la CNIL numéro 2224565 a été réalisée en amont.

Résultats

1) Caractéristiques de la population

Sur les 52 médecins généralistes interrogés, 86.8% étaient des femmes et 13.2% étaient des hommes.

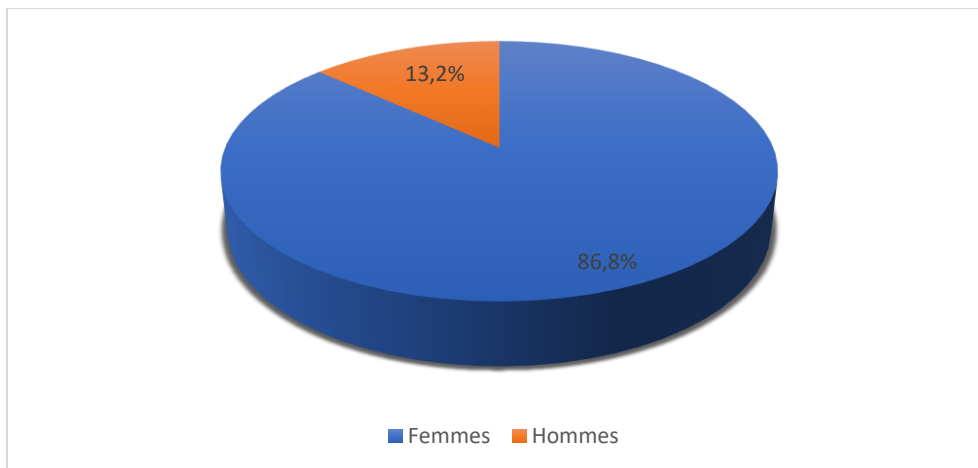


Figure 1 : sexe des médecins généralistes interrogés.

Les MSU représentaient quant à eux 17% des répondants.

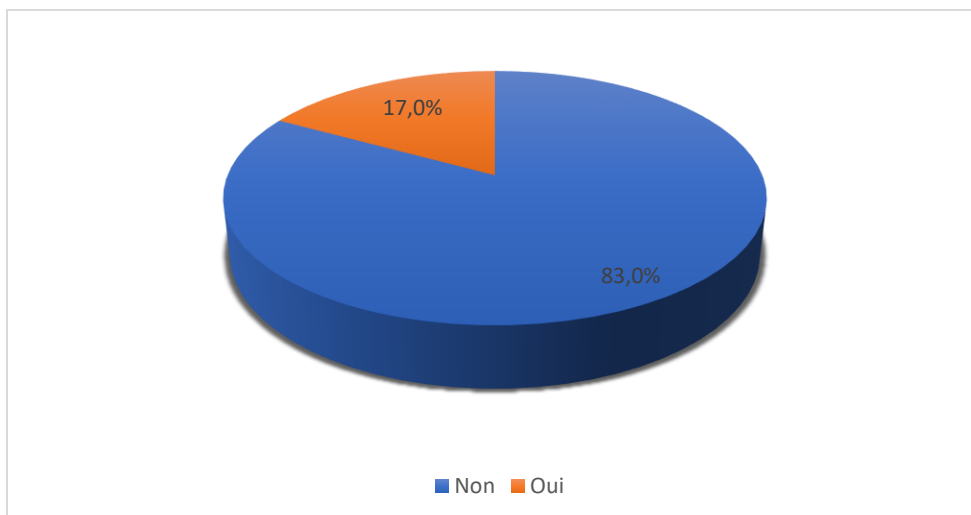


Figure 2 : médecins généralistes étant maître de stage universitaire

En termes de milieux d'exercice, 67.9% des médecins généralistes interrogés exerçaient en milieu semi-rural, 22.6% en milieu urbain et 9.4% en zone rurale.

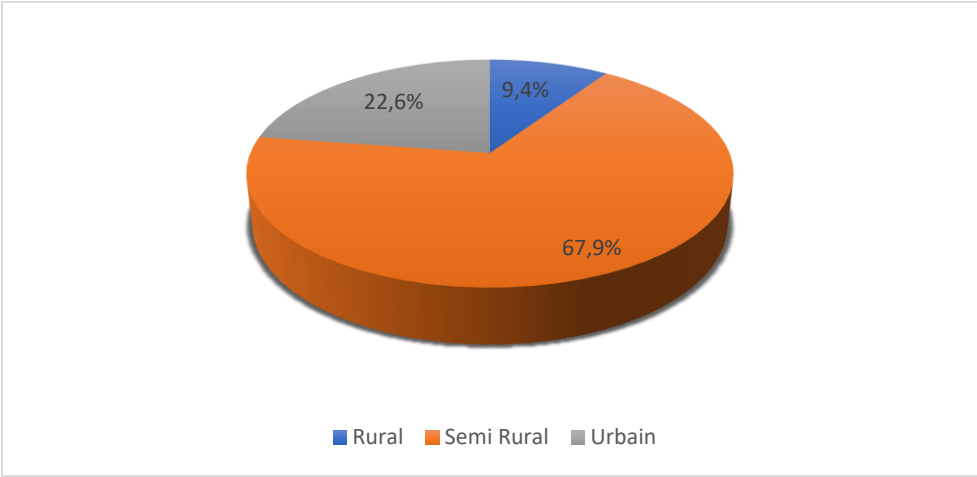


Figure 3 : milieux d'exercice des médecins généralistes.

96.2% des répondants avaient entre 25 et 49 ans et 3.8% d'entre eux avaient entre 50 et 65 ans.

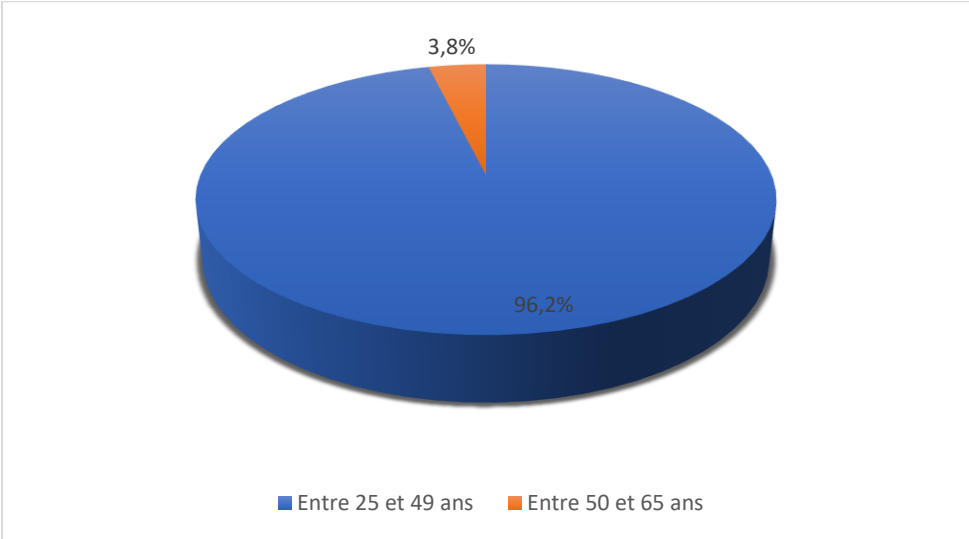


Figure 4 : tranches d'âge des médecins généralistes.

Seuls 3.8% des questionnés avaient eu une formation approfondie en psychiatrie ; parmi eux, 50% s'étaient formés au cours d'un stage d'internat et l'autre moitié par des FMC.

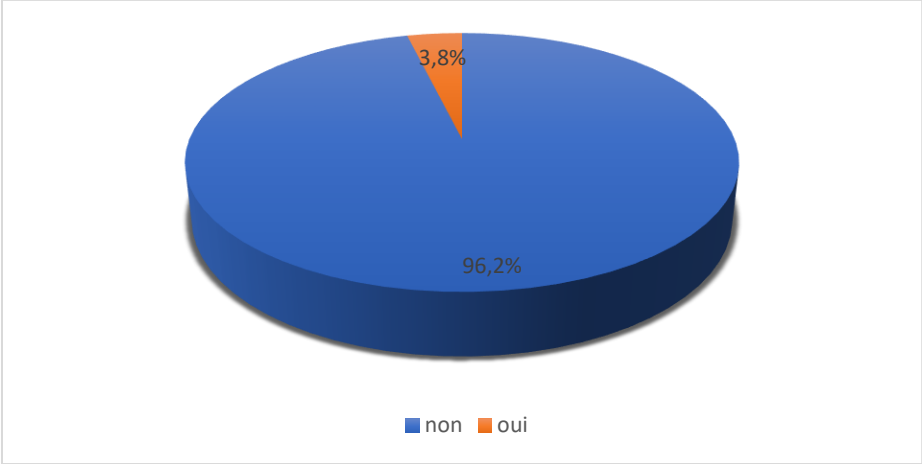


Figure 5 : *médecins généralistes ayant une formation en psychiatrie.*

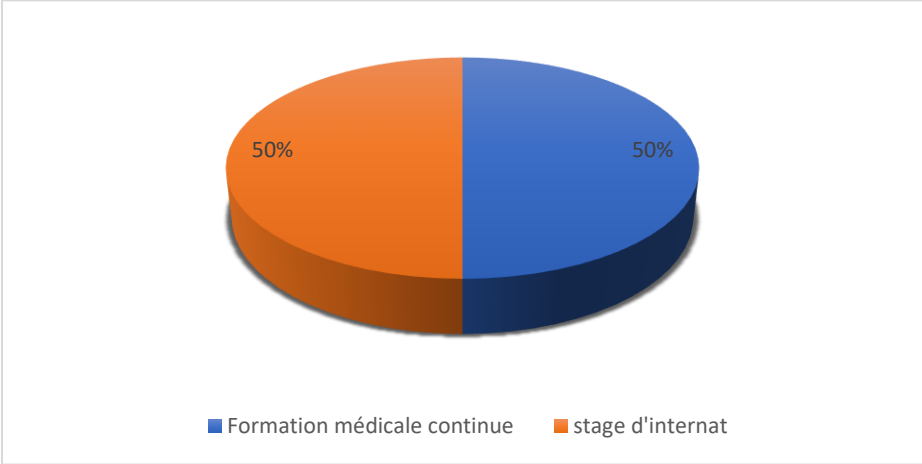


Figure 6 : *type de formations psychiatriques.*

2) Echelle de Likert

65,5% des questionnés étaient d'accord avec la proposition visant à mettre au point une conduite à tenir d'adressage aux urgences psychiatriques.

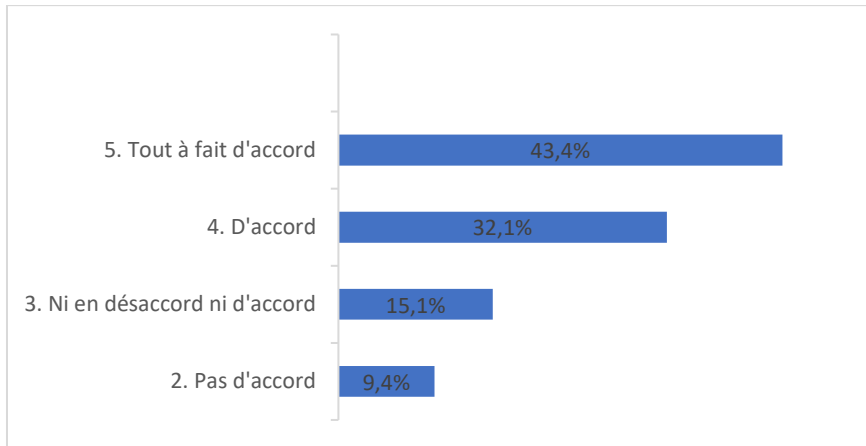


Figure 7 : avis pour établir une conduite à tenir pour adressage aux urgences psychiatriques.

Concernant l'élaboration d'une CAT pour l'orientation rapide vers un psychiatre, 73,6% des questionnés étaient d'accord et seuls 11,3% n'étaient pas d'accord avec la proposition visant à mettre au point une conduite à tenir d'adressage rapide à un psychiatre.

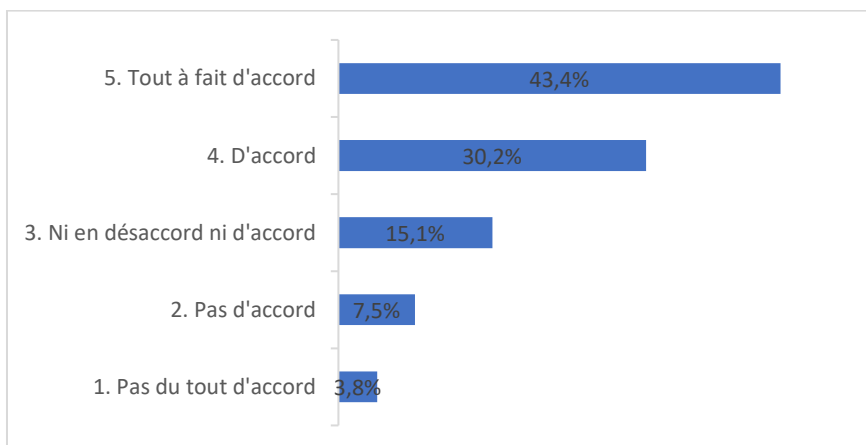


Figure 8 : avis pour l'élaboration d'une conduite à tenir pour orientation vers un psychiatre.

Pour avoir un courrier systématique du psychiatre, 92,4% des questionnés étaient d'accord avec la proposition visant à instaurer un courrier systématique du psychiatre au médecin traitant.

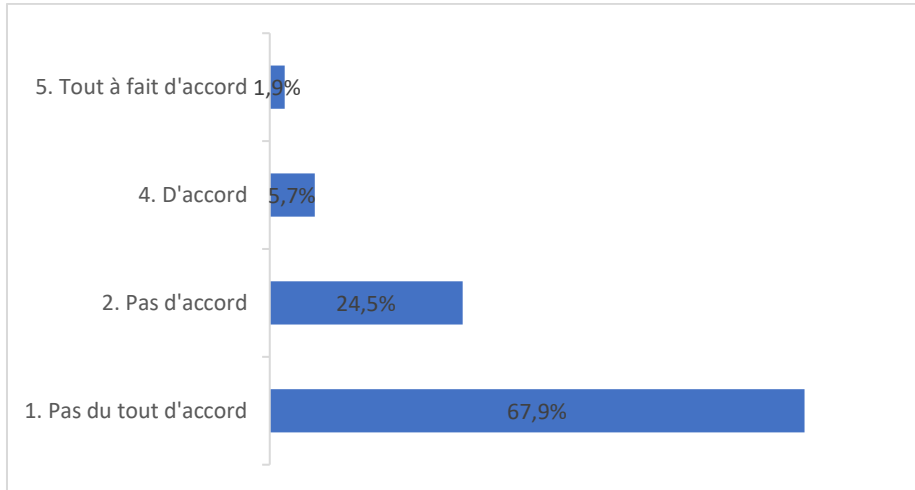


Figure 9 : avis sur la mise en place systématique d'un courrier du psychiatre.

Pour la mise en place d'un interlocuteur privilégié hospitalier à joindre (pour hospitaliser un patient par exemple), 75,5% des questionnés étaient d'accord avec la proposition de mettre en place un interlocuteur privilégié du médecin généraliste en hospitalier pour avis spécialisé.

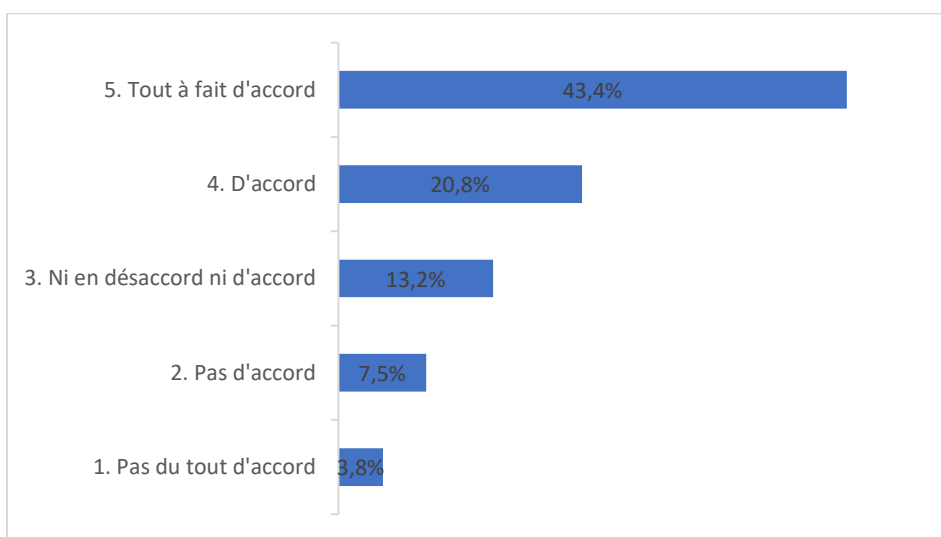


Figure 10 : avis sur la mise en place d'un interlocuteur privilégié hospitalier.

Concernant l'organisation de rencontres entre acteurs du système de soins, 39,4% des questionnés étaient avec la proposition d'organiser des rencontres entre les différents acteurs du système de santé.

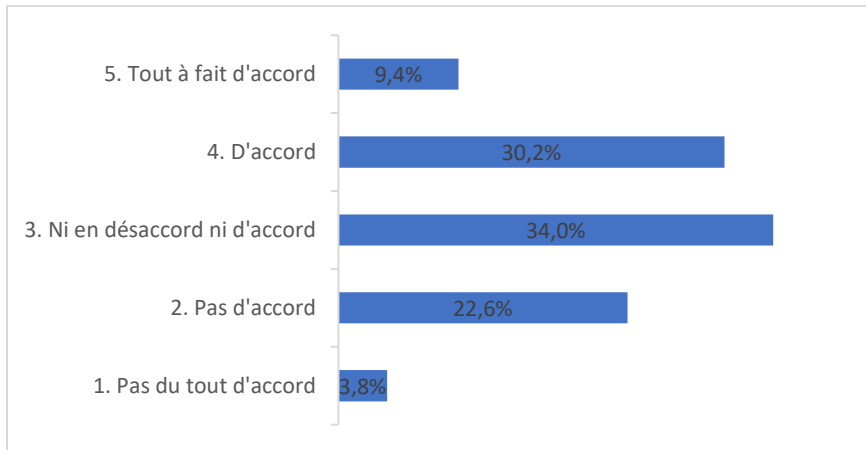


Figure 11 : avis pour organiser des rencontres entre les acteurs du système de santé.

Pour la mise en place d'un stage obligatoire en psychiatrie durant l'internat, 43,4% des questionnés étaient d'accord avec la proposition d'instaurer un stage obligatoire de psychiatrie pour les médecins généralistes.

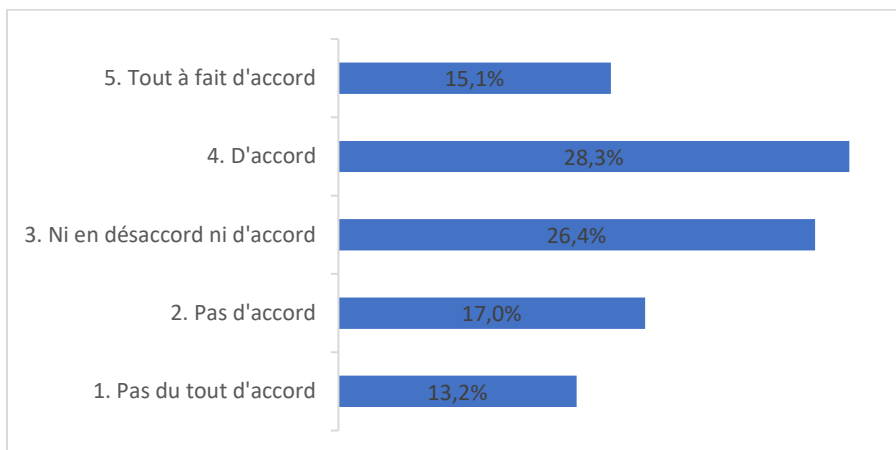


Figure 12 : avis sur la mise en place d'un stage obligatoire en psychiatrie.

Concernant l'optimisation du lien entre psychologues et médecins généralistes par manque de psychiatre de secteur, 45,3% des questionnés étaient d'accord avec la proposition d'optimiser le lien entre psychologues et médecins généralistes par manque de psychiatres dans certains territoires.

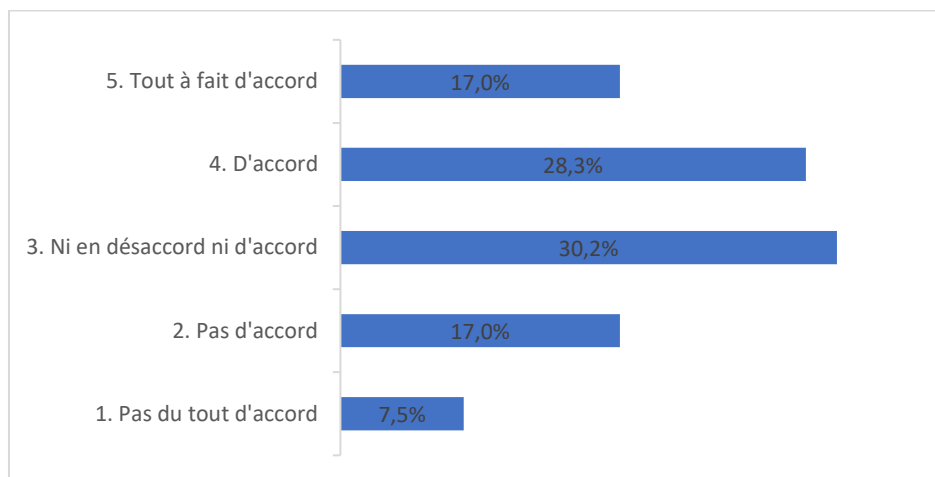


Figure 13 : avis pour optimiser le lien entre psychologues et médecins généralistes.

84.9% des médecins interrogés n'étaient pas pour ou ne se prononçaient pas pour avoir un courrier de suivi des psychiatres, notamment en cas de modification posologique.

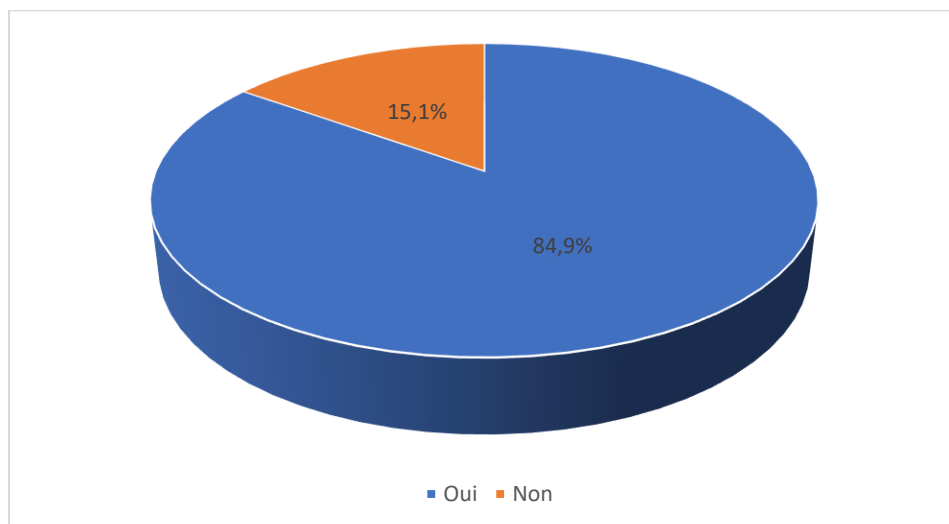


Figure 14 : mise en place d'un courrier de suivi surtout en cas de modification posologique.

3) Liens entre les variables

Une relation très significative ($p=0,005$) a été retrouvée entre la mise en œuvre de rencontre entre acteurs du système de soins et la mise en place d'un courrier systématique surtout en cas de modification thérapeutique.

Organiser_rencontres_entre_acteurs_syste, Avoir_un_courrier_de_suivi_surtout_en_ca

	1 Pas du tout d'accord	2 Pas d'accord	3 Ni en désaccord ni d'accord	4 D'accord	5 Tout à fait d'accord
1 Oui	1	3	1	0	3
2 Non	1	9	17	16	2

$p = 0,005$; $\text{Khi}^2 = 14,81$; $\text{ddl} = 4$ (TS)

La relation est très significative.

Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

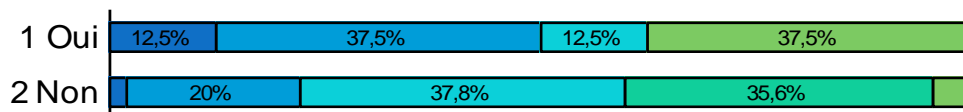


Tableau 1 : relation entre 2 variables « organiser des rencontres entre acteurs du système de santé » et « avoir un courrier de suivi surtout en cas de modification posologique »

Une relation très significative ($p=0,003$) a été retrouvée entre la mise en place d'une conduite à tenir d'orientation rapide en psychiatrie et l'instauration d'un courrier systématique du psychiatre.

CAT_orientation_rapide_psychiatre, Courrier_systematique_du_psy

	1 Pas du tout d'accord	2 Pas d'accord	3 Ni en désaccord ni d'accord	4 D'accord	5 Tout à fait d'accord
1 Pas du tout d'accord	0	<u>1</u>	0	0	0
2 Pas d'accord	0	1	<u>2</u>	0	0
4 D'accord	0	1	2	<u>7</u>	3
5 Tout à fait d'accord	2	1	4	9	<u>20</u>

$p = 0,003$; $\text{Khi}^2 = 29,95$; $\text{ddl} = 12$ (TS)

La relation est très significative.

Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

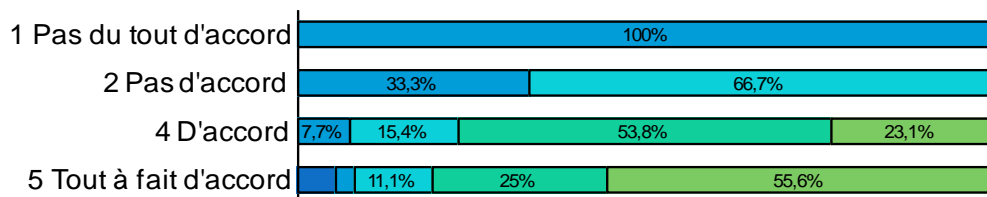


Tableau 2 : relation entre deux variables « CAT pour orientation rapide vers un psychiatre » et « courrier systématique du psychiatre »

La relation entre les deux variables établir une CAT d'orientation rapide en psychiatrie et organiser des rencontres entre acteurs du système de santé est significative ($p < 0,01$).

CAT_orientation_rapide_psychiatre, Organiser_rencontres_entre_acteurs_syste

	1 Pas du tout d'accord	2 Pas d'accord	3 Ni en désaccord ni d'accord	4 D'accord	5 Tout à fait d'accord
CAT_orientation_rapide_psychiatre	2	4	8	16	23
Organiser_rencontres_entre_acteurs_syste	2	12	18	16	5

$p = < 0,01$; $\text{Khi}^2 = 19,42$; $\text{ddl} = 4$ (TS)

CAT_orientation_rapide_psychiatre	7,5%	15,1%	30,2%	43,4%
Organiser_rencontres_entre_acteurs_syste	22,6%	34,0%	30,2%	9,4%

Tableau 3 : relation entre deux variables « CAT pour orientation rapide vers un psychiatre » et « Organiser des rencontres entre les acteurs du système de santé »

Une relation significative a été retrouvée entre la mise en place de rencontres entre les acteurs du système de santé et l'instauration d'un interlocuteur privilégié hospitalier.

Interlocuteur_privilegie_hospitalier, Organiser_rencontres_entre_acteurs_syste

	1 Pas du tout d'accord	2 Pas d'accord	3 Ni en désaccord ni d'accord	4 D'accord	5 Tout à fait d'accord
Interlocuteur privilégie hospitalier	2	4	7	11	29
Organiser_rencontres_entre_acteurs_syste	2	12	18	16	5

$p = <0,01$; $\text{Khi}^2 = 26,71$; $\text{ddl} = 4$ (TS)

Interlocuteur privilégie hospitalier	7,5%	13,2%	20,8%	54,7%
Organiser_rencontres_entre_acteurs_syste	22,6%	34,0%	30,2%	9,4%

Tableau 4 : relation entre deux variables « Mettre en place un interlocuteur privilégié hospitalier » et « organiser des rencontres les acteurs du système de santé »

Une relation très significative ($p < 0,01$) a été retrouvée entre les propositions pour mettre en place une conduite à tenir d'adressage aux urgences et instaurer un interlocuteur privilégié hospitalier.

CAT_adressage_urgences_psy, Interlocuteur_privilegie_hospitalier

	2 Pas d'accord	3 Ni en désaccord ni d'accord	4 D'accord	5 Tout à fait d'accord
1 Pas du tout d'accord	<u>1</u>	0	0	1
2 Pas d'accord	<u>3</u>	0	1	0
3 Ni en désaccord ni d'accord	0	2	4	1
4 D'accord	1	3	5	2
5 Tout à fait d'accord	<u>0</u>	3	7	<u>19</u>

$p = <0,01$; Khi2 = 39,64 ; ddl = 12 (TS)

La relation est très significative.

Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

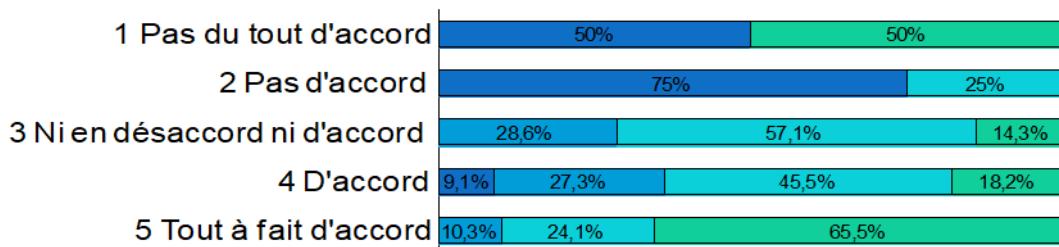


Tableau 5 : relation entre deux variables « CAT pour adressage aux urgences » et « mise en place d'un interlocuteur privilégié hospitalier »

Discussion

1) Limites de l'étude

La majorité des répondants se situent dans la tranche des 25-49 ans, une minorité dans la tranche des 50-65 ans et aucun des médecins généralistes n'ont plus de 65 ans, ce qui pourrait s'expliquer par le mode de recrutement en ligne. Il y a une grande proportion de femmes parmi les répondants, ce qui pourrait aussi s'expliquer par l'âge moyen des questionnés (31).

Il y a eu 18 réponses ouvertes sur les 52 répondants, ce qui représente un peu plus d'un tiers de l'effectif total, témoignant de l'intérêt porté par les médecins généralistes à cette étude.

Afin de se focaliser sur un aspect du problème, il a été choisi d'interroger uniquement les médecins généralistes dans un premier temps.

2) Discussion des résultats

Au total 52 médecins ont répondu au questionnaire partagé en ligne, ce qui représente un échantillon suffisant pour interpréter les données. Un quart sont maîtres de stage universitaire, ce qui représente une force pour l'étude avec une bonne représentativité de l'échantillon. Le recrutement a été fait au regard des caractéristiques sociodémographiques des sujets interrogés.

De nombreux liens significatifs entre nos variables d'intérêts ont été retrouvés au cours de l'analyse statistique, augmentant la cohérence interne de l'étude réalisée.

La formation initiale des médecins généralistes semble insuffisante dans le domaine de la psychiatrie, représentant pourtant une partie non négligeable de leur patientèle (32). Seuls 5,7% avaient une formation approfondie en psychiatrie, ceci expliquant

probablement qu'une grande partie des médecins généralistes se sentent rapidement dépassés face à des pathologies psychiatriques plus sévères (33). Ces résultats sont en accord avec une étude réalisée sur le sujet, la majorité des médecins généralistes jugeant avoir des connaissances moyennes en psychiatrie (34). En outre, l'adressage en psychiatrie est souvent peu formalisé avec des demandes de collaboration par les médecins généralistes souvent floues: 64 % ne savaient pas quelle prise en charge ils souhaiteraient, 5 % souhaitaient un avis et seulement 31 % un adressage pour un suivi (18). 43.4% des médecins généralistes étaient favorables à la mise en place d'un stage obligatoire en psychiatrie en cours d'internat. Il n'y a pas de traces de proposition en ce sens dans la littérature, mais au niveau des décideurs politiques une mise en place dans le cursus devait voir le jour en 2018 (35).

Les médecins généralistes désirent pour améliorer le lien entre médecine générale et psychiatrie la mise en place d'une plus grande transparence et facilité d'accès aux soins spécialisés. La volonté d'avoir un interlocuteur est privilégiée. La majorité des répondants étaient favorables aux propositions visant à mettre au point des conduites à tenir d'adressage plus ou moins rapide à un psychiatre (65.5% en urgences et 73.6% pour orientation rapide). On retrouve cette proposition dans la littérature dans les recommandations de la HAS, ainsi que dans l'article de la revue « L'information psychiatrique » (18,22).

Peu d'entre eux sont séduits par la mise en œuvre de rencontres entre les différents acteurs du système de santé, probablement par manque de temps. Souvent saturés, les médecins dans le secteur de Saint-Quentin rapportent dans une thèse, un manque de temps pour leurs consultations (34).

La proposition ayant fait la quasi-unanimité, avec 95.5% de répondants d'accord, portait sur la mise en place systématique d'un courrier de liaison des psychiatres.

Ce souhait a été encore appuyé par les réponses ouvertes évoquant aussi la mise en place d'un courrier de suivi, surtout si modification posologique. Ce résultat rend bien compte de la velléité des professionnels de santé d'éviter les erreurs dans le parcours de soins (iatrogénie entre autres) évoquées dans la littérature (18,22). Une autre source propose des courriers.

Une majorité de médecins étaient favorables à améliorer le lien entre psychologues et médecins généralistes (45.3% des répondants). Une piste ressortant de cette étude serait la mise en place d'un lien renforcé avec les psychologues, notamment dans les régions sous-dotées en psychiatres, afin de maintenir l'accès aux soins des patients (36). En effet, dans une étude réalisée dans les Yvelines du Sud, 85.2% des psychiatres n'arrivent pas à répondre aux nouvelles demandes, illustrant bien cette difficulté d'accès aux soins de cette population à risque. Les limites résident dans le prix des consultations en psychologie non remboursées pour la plupart, et la possibilité de retard-diagnostic, en l'absence de recours à un psychiatre (37).

3) Perspectives

Mettre en œuvre ces propositions, comme cela a déjà été fait dans plusieurs régions pilotes en France et à l'étranger, est nécessaire.

Un exemple de dispositif multidimensionnel en France est celui du secteur 59G21 de l'EPSM Lille-Métropole articulé autour de plusieurs objectifs :

- Une communication interprofessionnelle renforcée par un accès téléphonique direct 24h/24 au psychiatre sénior d'astreinte pour les médecins généralistes du réseau et les urgences.
- Un échange de courriers systématique entre le médecin généraliste et l'équipe de psychiatrie : courrier du médecin généraliste/traitant transmis par le patient à l'équipe de psychiatrie lors d'une première consultation et courrier formalisé transmis en retour

au médecin généraliste traitant reprenant les principaux éléments collectés (antécédents, facteurs de risque, éléments diagnostiques, etc.) et proposant un programme de soins adapté (orientations et rendez-vous proposés).

Ce courrier serait transmis par l'équipe de psychiatrie au médecin généraliste après chaque consultation de psychiatre. Lors de la non-venue d'un patient en consultation, le médecin généraliste serait informé.

- Des rencontres pluri-professionnelles impliquant les médecins généralistes du réseau sont organisées, le suivi somatique des patients y est abordé, ainsi que des concertations pluri-professionnelles.

- Le système d'information est mutualisé, d'abord via le développement d'un dossier patient informatisé au sein de l'EPSM Lille-Métropole, ainsi que via le déploiement du DMP.

- Le secteur 59G21 propose des lieux d'exercice partagés et des consultations d'avis et de suivi conjoints proches de celles conduites dans le cadre des dispositifs de soins partagés (DSP). Le patient peut être adressé par le médecin généraliste à l'équipe de psychiatrie. Il est reçu dans les 48h en consultation par un infirmier sur présentation d'un courrier du médecin généraliste/traitant. Hors situation d'urgence, une réunion pluri-professionnelle est organisée par l'équipe de secteur pour proposer un programme de soins adapté. Un retour est assuré au médecin généraliste qui reste en charge du suivi du patient et effectue notamment les renouvellements de prescriptions à visée psychiatrique.

- En situation d'urgence, un psychiatre est sollicité suite à la consultation infirmière et propose un rendez-vous dans les heures qui suivent. Il existe également une équipe mobile, composée de psychiatres, de psychologues et d'infirmiers, intervenant au domicile pour les nécessités de prise en charge intensive. Les actions à mener sont

définies avec le médecin traitant sollicité pour une rencontre avec l'équipe mobile au domicile du patient.

Un autre exemple est celui des psychiatres de l'Association de santé mentale du 13^e arrondissement de Paris (ASM 13) et des médecins du Pôle de santé Paris 13 qui organisent des rencontres s'adressant aux médecins généralistes des 13^e et 5^e arrondissements de Paris pour faciliter la communication et la coopération avec les psychiatres.

Deux types de réunions sont proposés :

- réunions « clinique psychiatrique en médecine générale » : animées par des psychiatres, des pédopsychiatres et des psychosomaticiens, elles intègrent un temps d'apport de connaissances suivi d'un temps d'échanges cliniques, éventuellement autour de cas concrets.

- « Staffs Psy » : les médecins généralistes y évoquent des situations rencontrées au cours de leur pratique. La clinique de ces situations et les particularités de la relation patient-médecin sont ensuite analysées et la coopération avec les psychiatres est commentée.

D'autres approches comprennent des groupes Qualité en médecine générale qui se sont développés en France à partir de 2001.

Ainsi, en région Provence-Alpes-Côte d'Azur, des groupes réunissant des médecins généralistes autour de thématiques sur la psychiatrie et la santé mentale ont par exemple été organisés une fois par mois à l'initiative de l'Union régionale des professionnels de santé - médecine libérale (URPS-ML) à partir de 2010. Les objectifs étaient pour les médecins généralistes de :

- S'approprier les recommandations de bonne pratique clinique ;
- Étudier l'évolution de leurs pratiques à partir de leur profil de prescription, élaboré

par l'Assurance maladie et mis à leur disposition deux fois par an.

Dans le nord-est parisien, un staff de santé mentale « adolescents et jeunes adultes » (10-30 ans) est organisé quatre fois par an de façon itinérante. Il s'adresse principalement aux médecins de ville et aux médecins scolaires. Les réunions sont animées par des soignants de pédopsychiatrie et de psychiatrie et sont l'occasion de discuter de situations cliniques difficiles. Les objectifs sont notamment de développer des liens entre professionnels et de favoriser une meilleure identification des lieux de soins spécialisés pour les médecins de ville. D'après (22).

Le recours plus généralisé aux groupes de Balint pourrait permettre d'améliorer les soins en psychiatrie.

Les 2 grandes idées de Balint étaient de dire que : l'expérience de chaque soignant peut profiter aux autres ; et que la seule façon de transmettre une expérience est de donner la parole que les autres écoutent.

On réunit un groupe de 8 à 12 personnes qui se retrouvent à intervalle régulier pour réfléchir autour de la présentation d'un cas clinique dans lequel la relation soignant-soigné pose problème. Les participants sont des soignants qui ont tous des responsabilités thérapeutiques et 1 à 2 leaders de formation psychanalytique. Le déroulement d'une séance de travail se construit autour de la présentation d'une situation clinique par un membre du groupe. Les autres membres du groupe écoutent sans l'interrompre. Puis ils peuvent réagir et intervenir en questionnant, en exprimant leur avis, voire leurs émotions (4). Le narrateur cherche à répondre aux questions tout en recherchant un autre éclairage de sa relation à ce patient-là. La règle de fonctionnement est basée sur : la spontanéité avec laquelle le rapporteur du cas le raconte (pas de préparation) ; les associations libres des idées et des ressentis ; et l'absence de notes dans le respect de la parole des autres sans évaluation ni jugement

pour préserver la confidentialité. Le fonctionnement du groupe nécessite un engagement personnel par une présence régulière et matérialisé par le paiement des séances (20).

La spécificité de cette formation-recherche permet de développer l'intérêt et l'aptitude des professionnels de la santé à la prise en compte des processus inconscients mis en jeu lors de la relation soignant-soigné. Le Groupe Balint est un des rares lieux où la mise en parole des affects qui envahissent nos consultations limite l'épuisement émotionnel ou « burn out ».

Plusieurs objectifs et bénéfices observés en découlent :

- Une meilleure évaluation et une meilleure compréhension de la demande du patient.
- Une amélioration de la qualité des soins par cette écoute.
- Une capacité de retrouver son enthousiasme à rencontrer et à travailler avec ses patients et le sentiment de n'être plus isolé face aux exigences de sa profession.

D'après (38).

Conclusion

Cette étude ouvre de nombreuses pistes pour améliorer la coordination en matière de santé mentale et de médecine générale. La mise en place d'un courrier de liaison systématique par les psychiatres serait la première mesure à instaurer en ce sens, suivi d'une simplification des moyens d'adressage.

Améliorer la formation initiale des étudiants par un stage en psychiatrie plus systématique au cours de leur cursus semble être une autre solution à mettre en place.

D'autres mesures permettraient de faciliter l'accès aux soins en collaborant de façon plus étroite avec d'autres professionnels de santé comme les psychologues.

Le point de vue de nos confrères psychiatres et leurs propositions d'amélioration pourraient être intéressants à récolter en ce sens.

Références bibliographiques

1. Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry*. 2014 Jun;13(2):153–60.
2. Linder A, Widmer D, Fitoussi C, de Roten Y, Despland JN, Ambresin G. [The challenges of collaboration between general practitioners and psychiatrists.]. *Sante Publique Vandoeuvre--Nancy Fr*. 2019 Aug;Vol. 31(4):543–52.
3. Philippe P. GÉNÉRALISTES - PSYCHIATRES : *Rev Med Liège*. :10.
4. Bodkin NJ, Gaze RB, Gomez G, Howlett MJ, Leigh D. The General Practitioner and the Psychiatrist. *Br Med J*. 1953 Sep 26;2(4838):723–5.
5. Crank HH. The Psychiatrist and the General Practitioner: *South Med J*. 1965 Jan;58(1):19–20.
6. DE HERT M, CORRELL CU, BOBES J, CETKOVICH-BAKMAS M, COHEN D, ASAI I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*. 2011 Feb ;10(1):52–77.
7. Fédération française de psychiatrie, Conseil national professionnel de psychiatrie. Comment améliorer la prise en charge somatique des patients ayant une pathologie psychiatrique sévère et chronique. Recommandation de bonne pratique en psychiatrie. [Internet]. [cited 2021 Nov 27]. Available from: https://crehpsy-documentation.fr/doc_num.php?explnum_id=255
8. Merrick J, Merrick E. Equal Treatment: Closing the Gap. A Formal Investigation into Physical Health Inequalities Experienced by People with Learning Disabilities and/or Mental Health Problems. *J Policy Pract Intellect Disabil*. 2007 Mar ;4(1):73–73.
9. rapport-charges-et-produits-2019-web.pdf [Internet]. [cited 2021 Nov 27]. Available from: <https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-charges-et-produits-2019-web.pdf>
10. Addiction à l'alcool – Complications neurologiques de l'alcoolisme [Internet]. Collège des Enseignants de Neurologie. 2016 [cited 2022 Aug 15]. Available from: <https://www.cen-neurologie.fr/fr/deuxieme-cycle/addiction-lalcool-complications-neurologiques-lalcoolisme>
11. Mesidor M, Gidugu V, Rogers ES, Kash-MacDonald VM, Boardman JB. A qualitative study: barriers and facilitators to health care access for individuals with psychiatric disabilities. *Psychiatr Rehabil J*. 2011 ;34(4):285–94.
12. Admin A. Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ? – Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale [Internet]. *Psychiatrie et Santé Publique*. 2011 [cited 2022 Jan 23]. Available from: <https://planpsy2011.wordpress.com/2011/12/21/quelle-cooperation-entre-medecins-generalistes-et-secteurs-de-psychiatrie-mission-nationale-dappui-en-sante-mentale/>
13. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C, Gilbert F, Suchocka A, Arveiller N, et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. *BMC Public Health*. 2007 Dec;7(1):188.
14. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet MP, Kovess V, Falissard B, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Fam Pract*. 2005 May 2;6:18.
15. Allen DJ, Heyrman PJ. et une description des compétences fondamentales du

médecin généraliste - médecin de famille. :52.

16. Barnay T, Laurence H, Philippe U. Réforme du « médecin traitant » et nouveaux enjeux de la médecine de ville en France [Internet]. Post-Print. HAL; 2007 [cited 2022 Jan 23]. (Post-Print). Report No.: halshs-01298642. Available from: <https://ideas.repec.org/p/hal/journal/halshs-01298642.html>
17. World Health Organization. Mental and Behavioural Disorders Team. La prévention du suicide : indications pour les médecins généralistes [Internet]. Organisation mondiale de la Santé ; 2000 [cited 2022 Jan 23]. Report No.: WHO/MNH/MBD/00.1. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/67166>
18. Hardy-Baylé MC, Younès N. Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres ? *Inf Psychiatr*. 2014 ;90(5):359–71.
19. Hauteclocque D de. Collaboration entre médecins généralistes et psychiatres dans la prise en charge des patients adultes ayant des troubles psychotiques [Internet] [Thèse d'exercice]. [2020-..., France]: Université Côte d'Azur. Faculté de médecine ; 2020 [cited 2021 Nov 20]. Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02961123>
20. Masson E. Un réseau de soins somatiques en psychiatrie [Internet]. EM-Consulte. [cited 2022 Aug 15]. Available from: <https://www.em-consulte.com/article/86211/article/un-reseau-de-soins-somatiques-en-psychiatrie>
21. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt JL. États des lieux. Recherche action nationale « Place de la santé mentale en médecine générale ». *Inf Psychiatr*. 2014 ;90(5):311–7.
22. [guide_coordination_mg_psy.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf) [Internet]. [cited 2021 Nov 26]. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf
23. Fleury MJ, Imboua A, Aubé D, Farand L, Lambert Y. General practitioners' management of mental disorders: A rewarding practice with considerable obstacles. *BMC Fam Pract*. 2012 Mar 16;13(1):19.
24. Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *Br J Psychiatry*. 2011 Dec;199(6):453–8.
25. Milleret G, Benradia I, Guicherd W, Roelandt JL. National Action Research “ The Place of Mental Health in General Practice” *Inf Psychiatr*. 2014 Jun 12 ;90(5):311–7.
26. Chabanne R. Expérimentation de la charte de partenariat entre la médecine générale et la psychiatrie de secteur : étude pilote de la coopération entre médecins généralistes et psychiatres sur le secteur Civray - Gençay [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2017.
27. Gallais JL, Alby ML. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. *EMC - Psychiatr*. 2004 Jan;1(1):1–6.
28. Luetolf M. [The cooperation of the general practitioner with the psychiatric polyclinics and clinics in the treatment of psychoses]. *Schweiz Arch Neurol Neurochir Psychiatr Arch Suisses Neurol Neurochir Psychiatr*. 1961 ;87:405–9.
29. Baliotti L. [Cooperation of the general practitioner in the campaign against mental diseases]. *Accad Medica*. 1950 Nov;65(11):472–4.
30. Coutrix C. La perception d'une pratique rurale, semi-rurale ou urbaine selon les médecins généralistes d'Aquitaine. 2018 ;124.
31. Emploi selon le sexe et l'âge | Insee [Internet]. [cited 2021 Nov 26]. Available from: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2490449#figure1_radio2
32. Fovet T, Amad A, Geoffroy PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la

formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *Inf Psychiatr*. 2014;90(5):319–22.

33. document.pdf [Internet]. [cited 2022 Jun 26]. Available from: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01799436/document>

34. Hernu CH. Prise en charge psychiatrique en médecine générale et coopération entre médecins généralistes et psychiatres. Étude qualitative réalisée auprès de médecins généralistes du secteur de Saint-Quentin. :95.

35. Psychiatrie : un stage obligatoire pour tous les futurs généralistes, annonce Buzyn [Internet]. *egora.fr*. 2018 [cited 2022 Sep 10]. Available from: <https://www.egora.fr/actus-pro/etudes-de-medecine/35456-psychiatrie-un-stage-obligatoire-pour-tous-les-futurs>

36. Vergès Y, Vernhes S, Vanneste P, Braun É, Poutrain JC, Dupouy J, et al. Collaboration entre médecins généralistes et psychologues en libéral. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2021 Aug 1;179.

37. Verdoux H, Cougnard A, Grolleau S, Besson R, Delcroix F. How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals? A postal survey in South-Western France. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2005 Nov;40(11):892–8.

38. balint-plaquette-actuelle.pdf [Internet]. [cited 2022 Jul 3]. Available from: <https://www.balint-smb-france.org/wp-content/uploads/2022/03/balint-plaquette-actuelle.pdf>

Annexes

Questionnaire

1. Êtes – vous ?

- Un homme
- Une femme
- Intersexe
- Transgenre

2. Etes – vous MSU ?

- Oui
- Non

3. Exercez-vous en milieu ?

- Rural (urgences à plus de 20 minutes en voiture + inférieur à 100 habitants/km²)
- Semi rural (urgences à 10-20 minutes en voiture + entre 100 et 300 habitants/km²)
- Citadin (urgences à moins de 10 minutes en voiture + > 300 habitants/km²)

4. Quel âge avez-vous ?

- Entre 25 et 49 ans
- Entre 50 et 65 ans
- Plus de 65 ans

5. Avez-vous une formation en psychiatrie ?

- Oui
- Non

6. Si oui, par quel biais ?

- FMC
- DU
- Activités à orientation psychiatrique
- Stage d'internat
- Autre :

Propositions émises par des médecins des Hauts-de-France

Une échelle de Likert est un outil psychométrique permettant de mesurer une attitude chez des individus. Elle consiste en une ou plusieurs affirmations (énoncés ou items) pour lesquelles la personne interrogée exprime son degré d'accord ou de désaccord.

1. *Tout à fait d'accord*

2. *D'accord*

3. *Ni en désaccord ni d'accord*

4. *Pas d'accord*

5. *Pas du tout d'accord*

7. Etablir une conduite à tenir précise des situations d'orientation rapide vers un psychiatre.

D'après l'entretien semi dirigé du Dr ANDRES (médecin généraliste à Nieppe)

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

8. Etablir une conduite à tenir précise des situations d'adressage aux urgences psychiatriques.

D'après l'entretien semi dirigé du Dr ANDRES (médecin généraliste à Nieppe)

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

9. Proposer un courrier systématique formalisé transmis en retour au médecin généraliste traitant reprenant les principaux éléments collectés (antécédents, facteurs de risque, éléments diagnostiques, etc.) et proposant un programme de soins adapté (orientations et rendez-vous proposés), afin d'assurer la continuité des soins et un plan de soins précis à moyen terme.

D'après l'entretien semi dirigé du Dr NGUYEN (médecin généraliste à Bapaume)

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

10. Proposer un interlocuteur privilégié du médecin généraliste en milieu hospitalier à joindre afin de discuter l'orientation hospitalière ou ambulatoire, par exemple.

D'après l'entretien semi dirigé du Dr DELSART (médecin généraliste à Bersée)

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

11. Organiser des rencontres entre les différents acteurs du système de soins sous différentes formes telles que des groupes d'échange de pratique entre pairs, des staffs cliniques, des groupes d'analyse de pratiques, des réunions cliniques pluridisciplinaires/pluriprofessionnelles, des Groupes Qualité, ou même au cours de DPC.

D'après l'entretien semi dirigé du Dr DELSART (médecin généraliste à Bersée)

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

12. Améliorer la formation et les connaissances des médecins généralistes en psychiatrie, par un stage obligatoire au cours de leur cursus universitaire.

D'après l'entretien semi dirigé du Dr KAOUEL (médecin généraliste à Roubaix)

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

13. L'organisation actuelle de la psychiatrie ne permet pas d'envisager une collaboration avec cette spécialité, il serait plus intéressant d'optimiser les liens entre psychologues et médecins généralistes du fait de leur plus grande disponibilité.

D'après l'entretien semi dirigé du Dr MUNCH (médecin généraliste à Roubaix)

- Pas du tout d'accord
- Pas d'accord
- Ni d'accord, ni pas d'accord
- D'accord
- Tout à fait d'accord

14. Quelles autres propositions auriez-vous à faire pour optimiser le lien entre médecin générale et psychiatrie ?

Réponse libre

AUTEUR : Nom : SOULA

Prénom : Pierre

Date de soutenance : 06/10/2022

Titre de la thèse : Enquête auprès des médecins généralistes des Hauts-de-France afin d'améliorer le lien entre médecine générale et psychiatrie

Thèse - Médecine - Lille 2022

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : DES de Médecine générale

Mots-clés : Psychiatrie, médecine générale, coordination des soins ambulatoires

Contexte : Les patients souffrant de troubles psychiatriques ont une espérance de vie réduites comparés à la population générale pour des causes plurifactorielle, dont les comorbidités somatiques. Ainsi pour espérer améliorer la prise en charge de ces patients il est nécessaire d'optimiser le lien entre médecins généralistes et psychiatres.

Méthode : Il s'agit d'une étude quantitative basée sur l'exploitation d'un questionnaire diffusé par le biais d'internet aux médecins généralistes des Hauts-de-France exerçant en libéral. Les données ont été analysées grâce aux logiciels Sphinx®.

Résultats : Parmi les 52 médecins répondants 65,5% étaient d'accord et 9,4% n'étaient pas d'accord avec la proposition visant à mettre au point une conduite à tenir d'adressage aux urgences psychiatriques. 73,6% des questionnés étaient d'accord et 11,3% n'étaient pas d'accord pour mettre au point une conduite à tenir d'adressage rapide à un psychiatre. 92,4% des questionnés étaient d'accord et 7,6% n'étaient pas d'accord pour instaurer un courrier systématique du psychiatre au médecin traitant. 75,5% des questionnés étaient d'accord et seuls 11,3% n'étaient pas d'accord pour mettre en place un interlocuteur privilégié du médecin généraliste en hospitalier pour avis spécialisé. 39,4% des questionnés étaient d'accord et 26,4% n'étaient pas d'accord pour organiser des rencontres entre les différents acteurs du système de santé. 43,4% des questionnés étaient d'accord et 30,2% n'étaient pas d'accord pour instaurer un stage obligatoire de psychiatrie pour les médecins généralistes. 45,3% des questionnés étaient d'accord et 24,5% n'étaient pas d'accord avec la proposition d'optimiser le lien entre psychologues et médecins généralistes par manque de psychiatres dans certains territoires. 84,6% des médecins interrogés n'étaient pas pour ou ne se prononçaient pas pour avoir un courrier de suivi des psychiatres, notamment en cas de modification posologique.

Conclusion : L'optimisation du lien entre médecine générale et psychiatrie, devrait reposer sur les échanges plus systématiques entre psychiatres et médecins généralistes par courrier et via des interlocuteurs privilégiés hospitaliers. Il serait intéressant d'améliorer la formation initiale en psychiatrie par un stage obligatoire durant le cursus. Le point de vue de nos confrères psychiatres et leurs propositions d'amélioration pourrait être la continuité de ce travail.

Composition du Jury :

Président : Pr THOMAS Pierre

Assesseur : Dr DEPREUX Pascaline

Directeur de thèse : Dr DELEPLANQUE Denis