



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD LYON 1

Faculté de médecine et de Maïeutique Lyon-Est

ANNEE 2014

Perception de la prise en charge
psychothérapique dans la dépression par
des internes du D.E.S de médecine
générale de Lyon Est
(Etude qualitative)

THESE DE D.E.S. DE MEDECINE GENERALE

Présentée à l'université Claude Bernard-Lyon 1

Et soutenue publiquement le 03 juin 2014

Pour obtenir le Titre de Docteur en Médecine

Par BENYOUCEF Amal

Née le 29.10.1983 à Villeurbanne

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Alain RICHET

Codirection : Madame le Docteur Marion LAMORT BOUCHE

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président de l'Université	François-Noël GILLY
Président du Comité de Coordination Des Etudes Médicales	François-Noël GILLY
Secrétaire Général	Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

UFR de Médecine Lyon Est	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR de Médecine Lyon Sud – Charles Mérieux	Doyen : Carole Burillon
Institut des Sciences Pharmaceutiques Et Biologique (ISPB)	Directrice : Christine VINCIGUERRA
UFR d'Odontologie Institut des Sciences et Techniques de Réadaptation	Directeur : Denis BOURGEOIS
Département de formation et centre De recherche en biologie humaine	Directeur : Yves MATILLON
	Directeur : Pierre FARGE

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR de sciences et technologies	Directeur : Fabien de MARCHI
UFR de sciences et techniques des Activités physiques et Sportives (STAPS) Polytech Lyon	Directeur : Claude COLLIGNON Directeur : Pascal FOURNIER
I.U.T.	Directeur : Christian COULET
Institut des Sciences Financières et Assurance (ISFA)	Directeur : Véronique MAUME-DESCHAMPS
I.U.F.M.	Directeur : Regis BERNARD
C.P.E.	Directeur : Gérard PIGNAULT

FACULTE DE MEDECINE LYON EST

LISTE DES ENSEIGNANTS 2013/2014

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 2

Chatelain	Pierre	Pédiatrie (surnombre)
Cochat	Pierre	Pédiatrie
Cordier	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Etienne	Jérôme	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Guérin	Jean-François	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Kohler	Rémy	Chirurgie infantile
Mauguière	François	Neurologie
Ninet	Jacques	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Peyramond	Dominique	Maladie infectieuses ; maladies tropicales
Philip	Thierry	Cancérologie ; radiothérapie
Raudrant	Daniel	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Rudigoz	René-Charles	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Classe exceptionnelle Echelon 1

Baverel	Gabriel	Physiologie
Blay	Jean-Yves	Cancérologie ; radiothérapie
Denis	Philippe	Ophthalmologie
Finet	Gérard	Cardiologie
Fouque	Denis	Néphrologie
Gouillat	Christian	Chirurgie digestive
Guérin	Claude	Réanimation ; médecine d'urgence
Laville	Maurice	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Lehot	Jean-Jacques	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Martin	Xavier	Urologie
Mellier	Georges	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Michallet	Mauricette	Hématologie ; transfusion
Miossec	Pierre	Immunologie
Mornex	Jean-François	Pneumologie ; addictologie
Perrin	Gilles	Neurochirurgie
Ponchon	Thierry	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Pugeat	Michel	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Revel	Didier	Radiologie et imagerie médicale
Rivoire	Michel	Cancérologie ; radiothérapie
Scoazec	Jean-Yves	Anatomie et cytologie pathologiques
Vandenesch	François	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Première classe

André-Fouet	Xavier	Cardiologie
Barth	Xavier	Chirurgie générale
Bastien	Olivier	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Berthezene	Yves	Radiologie et imagerie médicale
Bertrand	Yves	Pédiatrie
Beziat	Jean-Luc	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Boillot	Olivier	Chirurgie digestive
Borson-Chazot	Françoise	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Breton	Pierre	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Chassard	Dominique	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

Chevalier	Philippe	Cardiologie
Claris	Olivier	Pédiatrie
Colin	Cyrille	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Colombel	Marc	Urologie
D'Amato	Thierry	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Delahaye	François	Cardiologie
Descotes	Jacques	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Disant	François	Oto-rhino-laryngologie
Douek	Philippe	Radiologie et imagerie médicale
Ducerf	Christian	Chirurgie digestive
Durieu	Isabelle	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Edery	Charles	Génétique
Fauvel	Jean-Pierre	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
Gaucherand	Pascal	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Guenot	Marc	Neurochirurgie
Herzberg	Guillaume	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Honnorat	Jérôme	Neurologie
Jegaden	Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lachaux	Alain	Pédiatrie
Lermusiaux	Patrick	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina	Bruno	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lina	Gérard	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Mertens	Patrick	Anatomie
Mion	François	Physiologie
Morel	Yves	Biochimie et biologie moléculaire
Morelon	Emmanuel	Néphrologie
Moulin	Philippe	Nutrition
Négrier	Claude	Hématologie ; transfusion
Négrier	Marie-Sylvie	Cancérologie ; radiothérapie
Neyret	Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Nicolino	Marc	Pédiatrie
Nighoghossian	Norbert	Neurologie
Ninet	Jean	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia	Jean-François	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Ovize	Michel	Physiologie
Picot	Stéphane	Parasitologie et mycologie
Rode	Gilles	Médecine physique et de réadaptation
Rousson	Robert-Marc	Biochimie et biologie moléculaire
Roy	Pascal	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Ruffion	Alain	Urologie
Ryvlin	Philippe	Neurologie
Scheiber	Christian	Biophysique et médecine nucléaire
Terra	Jean-Louis	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
Thivolet-Bejui	Françoise	Anatomie et cytologie pathologiques
Tilikete	Caroline	Physiologie
Touraine	Jean-Louis	Néphrologie
Truy	Eric	Oto-rhino-laryngologie
Turjman	Francis	Radiologie et imagerie médicale
Vallée	Bernard	Anatomie
Vanhems	Philippe	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Zoulim	Fabien	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

Seconde Classe

Allouachiche	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Argaud	Laurent	Réanimation ; médecine d'urgence
Aubrun	Frédéric	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

Badet	Lionel	Urologie
Bessereau	Jean-Louis	Biologie cellulaire
Boussel	Loïc	Radiologie et imagerie médicale
Braye	Fabienne	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
Calender	Alain	Génétique
Chapet	Olivier	Cancérologie ; radiothérapie
Chapurlat	Roland	Rhumatologie
Cottin	Vincent	Pneumologie ; addictologie
Cotton	François	Anatomie
Dalle	Stéphane	Dermato-vénéréologie
Devouassoux	Mojgan	Anatomie et cytologie pathologiques
Di Fillipo	Sylvie	Cardiologie
Dubernard	Gil	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
Dumontet	Charles	Hématologie ; transfusion
Dumortier	Jérôme	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Fanton	Laurent	Médecine légale
Faure	Michel	Dermato-vénéréologie
Fourneret	Pierre	Pédopsychiatrie ; addictologie
Gillet	Yves	Pédiatrie
Girard	Nicolas	Pneumologie
Gleizal	Arnaud	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
Gueyffier	François	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Guibaud	Laurent	Radiologie et imagerie médicale
Guyen	Olivier	Chirurgie orthopédique et traumatologique
Hot	Arnaud	Médecine interne
Jacquin-Courtois	Sophie	Médecine physique et de réadaptation
Janier	Marc	Biophysique et médecine nucléaire
Javouhey	Etienne	Pédiatrie
Jullien	Denis	Dermato-vénéréologie
Kodjikian	Laurent	Ophthalmologie
Krolak	Salmon Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie
Lejeune	Hervé	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Mabrut	Jean-Yves	Chirurgie générale
Merle	Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Monneuse	Olivier	Chirurgie générale
Mure	Pierre-Yves	Chirurgie infantile
Nataf	Serge	Cytologie et histologie
Pignat	Jean-Christian	Oto-rhino-laryngologie
Poncet	Gilles	Chirurgie générale
Raverot	Gérald	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
Richard	Jean-Christophe	Réanimation ; médecine d'urgence
Rossetti	Yves	Physiologie
Rouvière	Olivier	Radiologie et imagerie médicale
Saoud	Mohamed	Psychiatrie d'adultes
Schaeffer	Laurent	Biologie cellulaire
Schott-Pethelaz	Anne-Marie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Souquet	Jean-Christophe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Vukusic	Sandra	Neurologie
Wattel	Eric	Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Letrilliart	Laurent
Moreau	Alain

Professeurs associés de Médecine Générale

Flori	Marie
Zerbib	Yves

Professeurs émérites

Bérard	Jérôme	Chirurgie infantile
Boulangier	Pierre	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Bozio	André	Cardiologie
Chayvialle	Jean-Alain	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Daligand	Liliane	Médecine légale et droit de la santé
Droz	Jean-Pierre	Cancérologie ; radiothérapie
Floret	Daniel	Pédiatrie
Gharib	Claude	Physiologie
Itti	Roland	Biophysique et médecine nucléaire
Kopp	Nicolas	Anatomie et cytologie pathologiques
Neidhardt	Jean-Pierre	Anatomie
Petit	Paul	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Rousset	Bernard	Biologie cellulaire
Sindou	Marc	Neurochirurgie
Tissot	Etienne	Chirurgie générale
Trepo	Christian	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
Trouillas	Paul	Neurologie
Trouillas	Jacqueline	Cytologie et histologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Hors classe

Benchaib	Mehdi	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
Bringuier	Pierre-Paul	Cytologie et histologie
Bui-Xuan	Bernard	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Davezies	Philippe	Médecine et santé au travail
Germain	Michèle	Physiologie
Hadj-Aissa	Aoumeur	Physiologie
Jouvet	Anne	Anatomie et cytologie pathologiques
Le Bars	Didier	Biophysique et médecine nucléaire
Lièvre	Michel	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Normand	Jean-Claude	Médecine et santé au travail
Persat	Florence	Parasitologie et mycologie
Pharaboz-Joly	Marie-Odile	Biochimie et biologie moléculaire
Piaton	Eric	Cytologie et histologie
Rigal	Dominique	Hématologie ; transfusion
Sappey-Marinier	Dominique	Biophysique et médecine nucléaire
Timour-Chah	Quadiri	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers

Première classe

Ader	Florence	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
Barnoud	Raphaëlle	Anatomie et cytologie pathologiques
Bontemps	Laurence	Biophysique et médecine nucléaire
Bricca	Giampiero	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
Cellier	Colette	Biochimie et biologie moléculaire
Chalabrysse	Lara	Anatomie et cytologie pathologiques
Charbotel-Coing-Boyat	Barbara	Médecine et santé au travail
Collardeau Frachon	Sophie	Anatomie et cytologie pathologiques
Cozon	Grégoire	Immunologie
Dubourg	Laurence	Physiologie

Escuret Poncin	Vanessa	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Franco-Gillioen	Patricia	Physiologie
Hervieu	Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
Jarraud	Sophie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Kolopp-Sarda	Marie	Nathalie Immunologie
Lasset	Christine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Laurent	Frédéric	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Lesca	Gaëtan	Génétique
Maucort Boulch	Delphine	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Meyronet	David	Anatomie et cytologie pathologiques
Pina-Jomir	Géraldine	Peretti Noel Nutrition
Plotton	Ingrid	Biophysique et médecine nucléaire
Rabilloud	Muriel	Biochimie et biologie moléculaire
Ritter	Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
Roman	Sabine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Streichenberger	Nathalie	Physiologie
Tardy Guidollet	Véronique	Anatomie et cytologie pathologiques
Tristan	Anne	Biochimie et biologie moléculaire
Vlaeminck-Guillem	Virginie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
Voiglio	Eric	Biochimie et biologie moléculaire
Wallon	Martine	Anatomie
		Parasitologie et mycologie

Maîtres de Conférences – Praticiens Hospitaliers

Seconde classe

Buzluca Dargaud	Yesim	Hématologie ; transfusion
Charrière	Sybil	Nutrition
Duclos	Antoine	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
Phan	Alice	Dermato-vénérologie
Rheims	Sylvain	Neurologie (stag.)
Rimmele	Thomas	Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
Schluth-Bolard	Caroline	Génétique
Thibault	Hélène	Physiologie
Vasiljevic	Alexandre	Anatomie et cytologie pathologiques (stag.)
Venet	Fabienne	Immunologie

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge	Thierry
Figon	Sophie
Lainé	Xavier

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences, je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque. »

JURY DE THESE

Président du jury :

Monsieur le Professeur Alain MOREAU

Professeur de médecine générale

Membres du jury :

Madame le Professeur Liliane DALIGAND

Professeur de médecine légale et droit
de la santé, Psychiatre

Madame le Professeur Sylvie ERPELDINGER

Professeur associé de médecine générale

Monsieur le Docteur Alain RICHET

Directeur de thèse
Médecin généraliste

Madame le Docteur Marion LAMORT BOUCHE

Co directrice de thèse
Médecin généraliste

REMERCIEMENTS

A Monsieur le **Professeur Alain MOREAU**,

Nous remercions de nous fait l'honneur de présider le Jury de cette Thèse. Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à ce travail, votre disponibilité et vos conseils indispensables.

A Madame le **Professeur Liliane DALIGAND**,

Nous vous remercions d'avoir accepté de juger ce travail. Je profite de cette Thèse pour vous exprimer mon admiration pour votre travail notamment auprès des victimes et des enfants.

A Madame le **Docteur Sylvie ERPELDINGER**,

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer au Jury de cette Thèse. Je vous remercie plus personnellement pour m'avoir permis de choisir la spécialité de médecine générale suite à ce stage de découverte de la médecine générale. Vous m'avez fait prendre conscience de ma vocation. Je vous remercie aussi pour votre encadrement dans le cadre du tutorat.

A Monsieur le **Docteur Alain RICHEL**,

Je vous remercie de m'avoir donné l'envie d'effectuer ce travail et de m'avoir accompagné pendant cette longue période. Je vous remercie pour votre soutien et vos remarques réflexives mais aussi pour ce stage à Miribel où vous m'avez beaucoup appris et notamment à avoir confiance en moi.

A Madame le **Docteur Marion LAMORT BOUCHE**,

Je te remercie pour tes nombreux conseils et ta disponibilité. Ton avis m'est très important et ce depuis notre rencontre en stage à Miribel. Je te remercie pour ton professionnalisme mais surtout ton amitié.

Nous remercions chacun des 13 étudiants ou médecins généralistes remplaçants qui ont pris le temps de participer à cette Thèse et de me faire part de leur ressenti.

Je remercie mes maitres de stage en médecine générale : Les Docteurs COUETTE, JOURDREN, RICHEL, DOBELLI, TADDEI et le Professeur GIRIER pour m'avoir initié à mon métier. Je les remercie surtout pour leurs supervisions formatrices et leurs soutiens en toute circonstance. Soyez assuré de mon profond respect et de ma sincère reconnaissance.

Je remercie Monsieur le Docteur Gérard Petit pour son accompagnement depuis de très nombreuses années ainsi que Madame le Docteur Marie TITECA pour le travail qu'elle m'a permis de réaliser. Je vous témoigne toute ma confiance.

Je remercie l'ensemble du Département de Médecine Générale de Lyon et les professionnels hospitaliers qui m'ont encadré pendant mon cursus.

Je remercie Monsieur SORET David pour sa disponibilité et ces conseils concernant ma bibliographie.

Je remercie mes proches.

Tout d'abord mes parents pour m'avoir inculqué le respect d'autrui et la valeur du travail. Vous êtes des êtres exceptionnels et je n'ai pas souvent l'occasion de vous remercier.

A ma fille Maïssane sans qui ma vie ne serait pas aussi belle. Tu es mon trésor, mon étoile.

A mes frères et sœurs Kamel, Fairouze et Chérazède.

Kamel, je te remercie pour ton soutien en toute situation et pour l'amour que tu portes à ta nièce, un super frère pour moi et tonton pour Maïa.

Fairouze, je te remercie de m'avoir accompagné et conseillé tout au long de mes études depuis le collège déjà. Merci pour ton aide dans ma vie personnelle et pour ce travail en particulier ; presque une deuxième maman.

Chérazède, mon assistante technique préférée mais surtout sœur amie.

A mon beau-frère Monsieur le Docteur Ibrahim Bah-Clozel.

A mes neveux adorés : Yanis, Ismaël, Kenza, Nassym, Dalil, Leila, Ihlyana et Sofia. Vous savez que vous pourrez toujours compter sur moi. Mais aussi mes cousins Nabil et Samia et leurs parents Fatema et Ameer.

A mes amies pour leur accompagnement depuis déjà un grand nombre d'année, Aïda ma plus vieille amie, Ablaa « my mirror », Lydie, un parfumeur exceptionnel avec qui j'ai eu le courage de tenter ce concours de première année de médecine (merci d'avoir été avec moi), Essia et Pascale (les amies d'aventure...).

A mes collègues devenues amis et plus particulièrement Anne Laure (travailler avec toi a été un plaisir, je te verrai bien comme associée ...), Akima (une amie pétillante), Cécile, Marlène, Rihab, Damien et Eddie.

Merci à Audrey, Elodie, Karen, Meggie et Stéphanie pour leur disponibilité et les soins que vous apportez à ma fille.

LISTE DES ABREVIATIONS

<u>Abréviation</u>	<u>Définition</u>
CIM-10 :	10 ^{ème} Classification Internationale des Maladies
DSM IV :	Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
SASPAS :	Stage Ambulatoire en Soins Primaire en Autonomie Supervisée
DU :	Diplôme universitaire
D.E.S. :	Diplôme d'Etudes Spécialisées
TCEM :	Troisième Cycle d'Etudes Médicales
ACP :	Approche Centrée Patient
DREES :	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
FUMG :	Filière Universitaire de Médecine Générale
WONCA :	World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners
CNGE :	Collège National des Généralistes Enseignants

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	15
METHODES	18
1 - Choix de l'entretien semi dirigé	18
2 - Elaboration du canevas ou guide d'entretien	19
3 – Population	19
4 - Collecte de l'information	20
5 - Méthodes d'analyse	21
6 - Méthodologie de la recherche documentaire	21
RESULTATS	22
1 – Population	22
2 - Analyse transversale	22
2.1 Prise en charge de la dépression	24
<u>2.1.1 Le diagnostic de dépression</u>	24
<u>2.1.2 Prise en charge psychothérapeutique</u>	26
2.2 Le vécu des acquisitions de compétence	27
<u>2.2.1 Formation universitaire théorique</u>	27
<u>2.2.2 Expérience vécue post universitaire</u>	29
2.3 Légitimité de la prise en charge psychothérapeutique	29
ANALYSE ET DISCUSSION	31
1 - Discussion de la méthode	31
1.1 - Validité interne et points forts	31

1.2 Limites	31
<u>1.2.1 Limites de recrutement</u>	31
<u>1.2.2 Limite d'investigation</u>	32
<u>1.2.3 Limite d'interprétation</u>	32
2 - Obstacle à la prise en charge psychothérapeutique des patients dépressifs	32
3 - Place de la formation théorique	35
4 - Maitrise de stage – expérience d'apprentissage personnalisante	37
5 - Paradigmes des compétences	38
6 - Perspectives et recommandations	40
CONCLUSIONS	41
BIBLIOGRAPHIE	43
Documents annexes	46
Annexe 1 : Critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon la CIM-10	46
Annexe 2 : Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-IV	47
Annexe 3 : Echelle Montgomery-Åsberg d'évaluation de la dépression	48
Annexe 4 : Echelle de dépression HAD de Sigmond et Snaith	51
Annexe 5 : Echelle HDRS (échelle de dépression de Hamilton)	53
Annexe 6 : Guide d'entretien	56
Annexe 7 : Comptes-rendus des entretiens	57

INTRODUCTION

La dépression est un problème de santé publique. La prise en charge est très habituellement ambulatoire puisque la population dépressive concerne 13% des patients de médecine générale. Une personne sur cinq entre 15 et 75 ans aurait souffert d'un épisode dépressif majeur au cours de leur vie (1) et sept personnes sur dix confrontées à un problème de santé s'adresse en premier recours à un médecin généraliste (2).

L'épisode dépressif est défini, selon la CIM-10 (annexe 1) (3), par la présence d'un nombre minimum de symptômes sur une durée définie. L'épisode dépressif caractérisé, selon le DSM-IV (annexe 2), répond à une définition similaire (4).

La prise en charge d'un patient dépressif est complexe puisque qu'elle intervient à plusieurs niveaux. Son traitement repose sur une prise en charge médicamenteuse et psychothérapique (5)(6). Il existe une multitude de psychothérapies. Nous nous attacherons à aborder uniquement la thérapie de soutien qui fait partie des compétences propres d'un médecin généraliste. Aussi lorsque nous parlerons de prise en charge psychothérapeutique, il s'agira de thérapie de soutien essentiellement.

De manière générale, l'efficacité de la psychothérapie de soutien a été démontrée (5)(7)(8). La psychothérapie de soutien est un traitement à part entière de la dépression qu'elle soit réalisée seule ou en association à un traitement médicamenteux adapté. Elle permet de donner du sens à ce que vit le patient et de pouvoir envisager de nouveaux projets. C'est un traitement fondé sur un échange qui s'instaure entre une personne en souffrance et un professionnel de santé formé à l'écoute active et en l'absence de jugement (9). Ce serait une « psychothérapie à large spectre mais limitée dans ses buts, centrée sur l'adaptation et la réalité, mêlant un échange verbal conversationnel et une empathie sympathique à des moyens de suggestion, ceci dans le cadre d'une relation pédagogique et directive, destinée à des sujets en crise ou fragiles » (10).

L'interprétation n'entre pas en compte dans ce type de thérapie. Pour Kernberg (2000), le psychothérapeute de soutien utilise des techniques empruntées à la psychanalyse comme la clarification et la confrontation, mais pas l'interprétation à proprement parler. La thérapie de soutien est à distinguer des autres psychothérapies du fait même de la relation médecin patient. « Elle apparaît souvent comme le parent pauvre de la psychothérapie (...) ou une psychothérapie de surface » (11). Une des différences essentielles consiste en l'absence d'analyse et d'interprétation. A cela s'ajoute la place propre du médecin généraliste, sa position de somaticien examinant le patient et touchant au corps mais aussi du fait de son inscription fréquente dans une histoire familiale. On parle souvent du médecin généraliste comme le médecin de famille. Il s'agit d'une position privilégiée s'agissant du diagnostic et de l'accompagnement mais entravant le travail psychothérapeutique pur comme on l'entendrait au cours d'une analyse. L'étude *Mental Illness in General Health Care* de l'OMS

dans 14 pays a quantifié ce phénomène en montrant qu'être le généraliste habituel d'un patient permet de doubler les scores de reconnaissance des troubles mentaux (2).

E Guisti la définit comme étant la « rencontre entre deux ou plusieurs personnes, dans laquelle l'une se définit ou est définie comme ayant besoin d'aide et demande à être soignée ou à changer, alors que l'autre possède et est reconnue pour avoir des qualités personnelles déterminées et un corps de connaissances théoriques et techniques, qu'elle utilise pour aider l'autre à produire un changement » (12). Elle est basée sur « l'abréaction », autrement dit la réduction de la tension émotionnelle du patient par la verbalisation, la compréhension, le partage, l'appui, l'éducation et l'apprentissage (13). Le praticien aide le patient à mettre des mots sur son vécu en utilisant différentes techniques : questions ouvertes, reformulation, mise en situation, silence... Ces notions sont abordées au cours du cursus de médecine générale.

L'alliance thérapeutique est la base (11) du traitement de la dépression et de la psychothérapie non structurée.

La plupart des personnes qui ont recours à la psychothérapie de soutien pour soulager les symptômes les plus variés « reçoivent une aide réelle grâce à l'expérience psychothérapique », manifestée par les preuves d'un intérêt humain authentique de la part d'un médecin. Cependant, il reste de graves questions d'évaluation à résoudre, qui tiennent entre autres à l'hétérogénéité des problèmes pour lesquels on a recours à la thérapie, à l'éventail des méthodes de traitement dit efficace et au grand nombre de thérapeutes avec chacun ses propres convictions théoriques (13)

Au cours du premier cycle des études médicales, un enseignement concernant les « sciences humaines et sociales » permet d'appréhender la dimension humaine de la médecine. Il est un enseignement essentiel car doté du plus fort coefficient aux épreuves du concours de médecine. Depuis 2010, cet enseignement revêt le nom d' « enseignement santé, société et humanité ».

Au second cycle des études de médecine, la dépression est abordée de manière très théorique au sein du module de psychiatrie. Il nous est appris à diagnostiquer la dépression et éliminer les autres pathologies psychiatriques. Sont évoqués dans les grandes lignes le traitement médicamenteux et la place de la psychothérapie.

Nous effectuons aussi au cours de ce deuxième cycle un stage en psychiatrie. Il s'agit d'un stage court de trois mois où les étudiants suivent des psychiatres dans un service de psychiatrie les matinées seulement. Une réforme a permis récemment de proposer des stages à temps pleins permettant aux étudiants de mieux s'investir dans le service en question.

Un stage de découverte et de sensibilisation à la médecine générale a été rendu obligatoire par l'arrêté du 23 novembre 2006 pris en application de l'article 8 de l'arrêté du 4 mars 1997 (15).

A partir du troisième cycle d'études de médecine générale, l'enseignement passe en majeure partie par les stages hospitaliers et ambulatoire, et de manière complémentaire par

les enseignements théoriques à la faculté. Parmi ces enseignements, un séminaire a été rendu obligatoire en premier semestre depuis 2008 au sein de la faculté de Lyon. Il s'agit du séminaire « approche centrée sur le patient ». Avec le séminaire « relation médecin malade » optionnel, ils reprennent les bases de l'attitude psychothérapique à adopter face à un patient en général et sont très utile pour la prise en charge du patient souffrant de dépression.

Une journée d'études « dépression crise suicidaire » est ensuite soutenue au cours du stage chez le praticien et précise les fondements de la psychothérapie de soutien.

Le stage chez le praticien ainsi que le stage SASPAS, proposé depuis novembre 2003, permettent entre autres d'approfondir la formation dans ce domaine par le biais des supervisions.

La question est de savoir si les internes de médecine générale et futurs médecins généralistes se sentent suffisamment compétents quant à la prise en charge du patient dépressif.

Un certain nombre de formations sont proposés au cours du second et du troisième cycle de médecine générale de Lyon. Cet enseignement est-il suffisant ? Répond-il aux attentes des internes de médecine générale de Lyon ?

Aussi l'objectif principal de cette Thèse sera d'évaluer le ressenti des internes de médecine général de la faculté de Lyon Est et les jeunes remplaçants concernant leurs compétences dans la prise en charge du patient dépressif et plus particulièrement la psychothérapie de soutien.

L'objectif secondaire sera d'identifier les éventuelles lacunes de la formation et de trouver des solutions afin d'améliorer le niveau de compétence de nos futurs médecins généralistes quant à la prise en charge psychothérapeutique de la pathologie dépressive.

METHODES

Il s'agit d'un travail de recherche qualitative faisant suite à un mémoire (16) dans lequel le canevas a pu être validé. Ce mémoire a permis de se familiariser avec la méthodologie qualitative et d'approfondir la conduite de l'entretien.

La recherche qualitative semble la technique la plus appropriée dans le cadre de cette étude. Elle permet l'exploration de questions complexes grâce à la réalisation d'entretien et l'émergence d'idées diverses par le biais de l'expression directe. Cette méthode de recueil permet d'évaluer les expériences, les besoins, les attentes et représentations des participants. Les personnes sont encouragées à discuter pour commenter leurs opinions.

Le but est d'obtenir un échantillonnage dit « en recherche de variation maximale ». La diversité des perceptions, des opinions et des comportements est recherchée. En effet, nous ne souhaitons pas évaluer les connaissances des étudiants dans le domaine de la prise en charge de la maladie dépressive mais plutôt d'évaluer leur ressenti sur leurs compétences et leur formation ainsi que les questionnements qu'ils pouvaient avoir, en vue de leur futur pratique, en tant que thérapeute et non plus en tant qu'étudiant.

La recherche qualitative est une méthode issue des sciences humaines et sociales au départ, mais elle se développe de plus en plus dans le domaine de la médecine. Elle permet d'étudier des représentations à travers la réalisation d'entretien. Nous cherchons à cerner des comportements, puis à développer des concepts qui aident à comprendre les phénomènes subjectifs observés, dans leur véritable contexte. L'enquêteur est en interrelation avec la personne interrogée. Il ne cherche pas une vérité ni à obtenir des résultats généraux mais à comprendre de manière circonscrite comment et pourquoi l'individu agit ainsi. Cette méthode « s'impose chaque fois que l'on ne souhaite pas décider a priori du système de cohérence interne des informations recherchées »(17) et se développe de façon croissante dans le domaine de la santé. Elle concourt à la compréhension du vécu des personnes. Elle vise à cerner des comportements, le caractère unique de chaque cas, l'histoire des acteurs concernés. De plus, elle permet de développer des concepts qui aident à comprendre les phénomènes autant au niveau de l'interaction des subjectivités qu'au niveau clinique (18) (19).

1 - Choix de l'entretien semi dirigé

Il s'agit d'un entretien basé sur des échanges libres entre l'enquêteur et l'interviewé, orienté par un canevas. Il permet d'aborder les sujets souhaités, et de recadrer l'entretien au besoin.

Le guide d'entretien provoque le discours dans un contexte défini en faisant parler librement l'interviewé.

L'enquêteur doit avoir une attitude empathique, afin de mettre l'interviewé en confiance et l'inviter à se livrer. Il doit savoir écouter et comprendre sans interprétation. Il ne doit pas être directif et ne pas biaiser l'entretien en donnant des pistes de réponses auxquelles le participant n'aurait pas pensé. Il doit aussi se montrer ouvert et soutenir la parole du participant (20).

2 - Elaboration du canevas ou guide d'entretien

Le guide n'est pas un questionnaire (21). Il s'agit d'une liste de thèmes à partir desquelles l'enquêteur conduit son entretien, dans un ordre ou un autre, en fonction du déroulement. L'élaboration se fait d'après des documents existants sur le sujet et les questions auxquelles nous souhaitons répondre. Une première grille préétablie de questions ouvertes a été élaborée puis testée au cours d'entretien dans le cadre d'un mémoire pré test (16). Les questions, bien qu'ouvertes, ne permettaient pas d'ouvrir le débat. Nous avons donc retravaillé ce guide d'entretien pour arriver à l'élaboration de trois thèmes principaux avec différentes questions pour chaque sujet (annexe 3 : guide d'entretien). Les questions sont variées et permettent plus de fluidité au cours de l'entretien. Les différents sujets sont abordés selon le déroulement de l'entretien, sans ordre particulier, parfois de façon spontanée par l'interviewé. Le canevas est dit semi structuré. Bien que reproductible, il peut être adapté à l'intérieur de chaque entretien.

Les sujets sont abordés sous forme de question, pas toujours formulées de la même manière pour laisser libre cours au naturel de l'entretien. Les questions sont directives mais imprécises, de préférences ouvertes pour ne pas bloquer le dialogue avec l'interviewé et laisser libre cours à ses idées. Chaque question comporte une idée, sans connotations positive ou négative afin de ne pas orienter la discussion.

Le guide d'entretien a été élaboré à partir de nos questionnements et hypothèses initiales issues de la littérature. Il s'articulait autour de différents thèmes :

- la prise en charge du patient dépressif
- la psychothérapie de soutien
- la formation des internes de médecine générale de l'université de Lyon.
- parcours et projets

3 - Population

Le recrutement s'est fait sur la population des internes du D.E.S. de médecine générale de Lyon Est ayant validé la maquette du D.E.S. et des jeunes médecins généralistes remplaçants inscrit au D.E.S. de médecine général de Lyon de TCEM1 au TCEM3. Nous

avons souhaité intégrer les internes ayant réalisé leur cinquième semestre et le stage en ambulatoire chez le praticien.

En effet, il paraît essentiel que les étudiants interviewés aient réalisé ce stage car l'étude s'intéresse à la prise en charge des patients dépressifs en cabinet. Il est donc logique d'interroger ces étudiants sur leur ressenti face des situations vécues.

Les étudiants ont été recrutés par mail à partir de la liste des internes en stage chez le praticien de 2011 à 2013. Il a fallu plusieurs relances car les réponses étaient timides. De même, nous avons dû stimuler des étudiants faisant parti de cette mailing liste au cours de remplacements au sein de cabinet de groupe. Ce contact direct m'a permis d'expliquer mon projet de thèse sans en dévoiler le sujet précisément et d'obtenir des entretiens avec des individus plutôt réticents au sujet de la dépression. J'ai pu obtenir ainsi des réactions d'internes à priori non sensibilisés par mon sujet.

4 - Collecte de l'information

Les entretiens ont durés entre 20 à 45 minutes.

Ils se sont déroulés à la faculté de médecine de Laennec pour l'un, au domicile de trois participants et pour le reste dans les cabinets où les participants étaient soit en SASPAS soit en remplacement.

Au début de chaque entretien, l'enquêtrice se présentait de la façon suivante : «bonjour, je suis médecin généraliste remplaçante, je fais actuellement ma thèse sur Lyon. Le but de cette thèse est de comprendre le ressenti des étudiants et médecins généralistes remplaçants quant à la prise en charge du sujet dépressif. Avec votre autorisation, je vais enregistrer l'entretien, qui sera bien sûr anonyme. » L'accord des participants était recueilli oralement avant de débiter chaque entretien. Les entretiens étaient enregistrés intégralement à l'aide d'un dictaphone. Il était demandé en fin d'entretien à l'interviewé s'il avait des remarques à faire sur le déroulement de l'entretien. La transcription en verbatim était réalisée à la suite de l'entretien sans utilisation de logiciel de reconnaissance vocale. Elle était fidèle à l'enregistrement, mot pour mot sans reformulation ni correction des erreurs éventuelles de langage. Les entretiens ont été intégralement transcrits dans des fichiers individuels de façon confidentielle et anonyme.

Le nombre de participants n'était pas défini au départ. L'inclusion de nouveaux participants s'est interrompue à la saturation des données, tout nouvel entretien n'apportant pas de concept supplémentaire à ceux qui ont été recueillis lors d'analyses précédentes.

5 - Méthodes d'analyse

Chacun des entretiens est unique tout comme le sont les différentes personnes ayant accepté d'être interrogée. Le but de cette analyse n'est donc pas de répertorier exhaustivement le point de vue de chaque participant vis-à-vis de la prise en charge du patient dépressif. Le but est de réunir des représentations communes, de les analyser dans leur contexte afin de mieux les comprendre.

L'analyse s'est basée sur les verbatims retranscrit et les enregistrements audio des entretiens.

Une analyse thématique transversale par théorisation (grounded theory) a été réalisée à partir de cette base de données. Chaque entretien ayant été analysé individuellement une première fois. Les mots et expressions porteurs de sens ont été identifiés puis regroupés en thématiques manuellement. Les entretiens ont ensuite été analysés une seconde fois avec cette liste de thématiques afin d'étoffer les résultats.

Les thèmes communs et les plus pertinents ont été développés dans la partie résultats.

6 - Méthodologie de la recherche documentaire

Bases de données : Pub Med, Banque de Données de Santé Publique, CAIRN, revue.org, Pascal, Eric et Francis

Autres sources : Google scholar, ouvrages spécialisés, SUDOC, thèses,

Mots clefs :

- Anglais : dépression, therapy, primary care, relationship patient doctor
- Français : dépression, médecine générale, psychothérapie, psychothérapie de soutien, relation médecin patient, formation, approche centrée sur le patient, relation médecin patient, étude qualitative

Logiciel de gestion de bibliographie : ZOTERO

RESULTATS

1 - Population

L'inclusion des participants et la réalisation des entretiens ont eu lieu de mars 2011 à mars 2014.

Les entretiens ont été menés auprès de 13 internes de médecine générale ou jeunes remplaçants de moins de trois ans. Trois hommes ont accepté de participer soit 20%. Ce chiffre se rapproche du pourcentage d'hommes dans les promotions de médecine générale (en 2005 60 % des internes de médecine générale étaient des femmes (22) et à ce jour on dénombre 72 % de femmes médecins généralistes de moins de 30 ans selon le DREES (23).

Les interviewés avaient entre 28 et 34 ans. Le niveau d'avancement des participants allaient du 5ème semestre à 3 années de remplacement. Les projets sont assez variés (projets d'installation, poursuite des remplacements, recherche de collaboration).

2 - Analyse transversale

Les opinions et représentations des différents interviewés sont présentés en chapitre reprenant les grandes lignes du canevas d'entretien soit la prise en charge du patient dépressif, la psychothérapie de soutien et la formation.

Caractéristiques de la population étudiée

	ressenti vis-à-vis du patient dépressif	ressenti de la compétence en psychothérapie de soutien	SASPAS	ressenti de la supervision	ressenti de la formation	remplacements	projet de formation/amélioration
Mme 1	difficulté à rester dans l'empathie	"psychothérapeute des patients qui ont confiance en moi"	oui	positif	insuffisante, difficulté à s'identifier	début	expérience
Mme 2	"j'aime beaucoup à l'aise, sauf en cas de trouble de la personnalité à l'aise"	compétent "j'en fait (...) mais on a toujours des doutes"	oui	"super maître de stage"	bases	non	DU de psychothérapie
Mme 3	à l'aise, sauf en cas de trouble de la personnalité à l'aise"	"médecin généraliste utilisant la psychothérapie de soutien"	oui	essentielle à l'acquisition de compétences	insuffisante seule, nécessité de confronter à la pratique	oui	pas pour l'instant
Mme 4	peu à l'aise	incompétent, "dès que ça va trop loin, je passe la main"	non	absence	insuffisante, exhaustive et très théorique	oui	envisagé
Mme 5	peu à l'aise	"je ne me sens pas psychothérapeute au sens technique du terme"	oui	1 MSU sur les 3	insuffisante, beaucoup de théorie, avis favorable des séminaires relation médecin patient et ACP	oui	non souhaité "peur d'aller trop loin", mais a participé à une formation sur la gestion de l'anxiété
Mme 6	peur de ne pas "faire avancer les gens dans leur réflexion"	"pas aussi compétente qu'un psychologue ou psychiatre"	oui	non	bases	oui	envisagé sans projet concret actuellement
Mme 7	à l'aise, surtout pour initier la PEC	assez compétent	non	Absence	satisfaisante, apprentissage à repérer ces limites, importance de l'expérience	début	non, pas intéressée, chronophage
Mme 8	"ingérable"	"je ne pense pas en faire et j'ai pas envie, je maîtrise pas"	non	stage chez le praticien: "enrichissante"	succinct, théorique	oui	"on peut toujours s'améliorer", pas de projet concret
Mme 9	intérêt	"psychothérapeute", évoque l'ACP	non	2 MSU sur 3	"aucune formation spécifique", mais suffisante pour faire du débrouillage	non	aucun
Mme 10	à l'aise	compétent selon le concept ACP	oui	aide à l'acquisition de compétence	bases avec la théorie, pratique avec les supervisions	oui	SASPAS Groupe de pairs ou balint
Mme 11	pas toujours à l'aise"écoute"	"semi-compétent"	non	oui en stage chez le praticien, voit sa pratique s'améliorer	importance de l'expérience et de la supervision	oui	travail sur soi, prise de conscience de ces limites
Mme 12	pas à l'aise du tout	se sent incompétent	non	oui en stage chez le praticien, voit sa pratique s'améliorer	"vision globale à acquérir avec l'expérience"	oui	n'en ressent pas le besoin actuellement
Mme 13			non				.Envisagé dans un second temps

2.1 Prise en charge de la dépression

2.1.1 Le diagnostic de dépression

Les interviewés définissaient la dépression par les symptômes suivants : « la tristesse de l'humeur », « l'aboulie », « l'anhédonie », « les troubles de l'appétit et du sommeil ». Il semblait que le ressenti soit important pour le diagnostic, « le feeling » comme le décrivaient deux interviewés. Mme 10 disait « évoquer le diagnostic devant le comportement du patient et le motif de sa consultation ». Ils s'intéressaient aux causes de ce syndrome. Les échelles thérapeutiques telle que l'échelle Hamilton (annexe 4) ou les critères du DSM IV ou V étaient évoquées pour évaluer le niveau de dépression. Mme 1 nous expliquait avoir déjà utilisé des questionnaires. Mme 10 quant à elle trouvait ces questionnaires « impersonnels » bien que le fait de « coter » peut-être « intéressant pour le suivi » disait-elle.

Mme 1, 11 et Mr 9 recherchaient des personnes ressources dans l'entourage du patient.

Pour finir, les intervenants ne considéraient pas le diagnostic comme urgent (le risque suicidaire étant éliminé). Ils préféraient revoir les patients.

Tous les intervenants s'attachaient à éliminer un risque suicidaire. Mme 10 nous parlait d'un cours à la faculté dans lequel quatre questions étaient posées. « Je demande frontalement s'ils ont déjà pensé à se suicider. Parce que je vois qu'en posant des questions détournées ça ne sert à rien (...) Je demande s'ils ont un projet particulier. (...) S'ils ont pensé à une alternative et s'ils ont l'arme ou les médicaments à proximité » Mme 13 trouvait quant à elle très délicat de poser frontalement la question.

Les pratiques de prise en charge médicamenteuse

Aucun intervenant n'instaurait de traitement antidépresseur d'emblée bien que certains en parlent souvent dès la première consultation.

Mme 4 : « Il n'y a pas d'urgence à débiter un traitement anti dépresseur », « je préfère revoir le patient au bout de quelques jours ».

Mme 11 expliquait le principe du traitement anti dépresseur comme « une canne qui soutient mais qui ne fait pas tout », Mr 6 : « béquilles ».

Mr 12 le proposait au patient assez facilement et en discutait avec lui sans pour autant le prescrire à la première consultation : « je leur demande s'ils pensent qu'ils ont besoin d'une aide chimique »

Mme 11 précisait que le traitement médicamenteux seul n'est pas suffisant. « Il est important de parler de ce qui ne va pas, de faire un travail sur soi »

Mme 3 nous indiquait « je pense qu'il n'y a pas forcément besoin d'un traitement anti dépresseur quand on arrive à instaurer une relation de confiance avec un suivi »

Si les symptômes « persistent, j’instaure un traitement anti dépresseurs mais je dis bien que ça ne remplace pas une psychothérapie de soutien »

Mme 5 préconisait la phytothérapie « si au bout de 15 jours / un mois de phytothérapie, ça ne passe pas, là j’attaque les antidépresseurs » ; Mme 11, l’homéopathie en attendant de voir l’évolution des symptômes.

Si l’angoisse est importante, un traitement anxiolytique est prescrit pour 9 participants.

Mme 5 « je mets souvent des benzo au début pour calmer l’angoisse »

Le suivi régulier semblait aussi important à une fréquence plus ou moins courte selon les participants. Tous proposaient à leur patient de revenir pour suivre l’évolution du syndrome dépressif dans un délai plus ou moins court. « Je revois tous les jours », « au bout d’une semaine », « au bout de 15 jours », « je revois dans un mois, ou avant si besoin ».

Au cours du suivi, la plupart des intervenants recherche à favoriser l’entourage ou encourage les patients à avoir une activité de loisirs.

Mme 13 insistait aussi sur l’hygiène de vie « avoir une bonne alimentation, faire du sport ».

Arrêt de travail

Un arrêt de travail était proposé assez facilement pour permettre au patient de faire le point.

Mme 5 « fais un arrêt de travail pour 15 jours (...). Je les revois au bout de ces 15 jours et je refais le point ».

Mr 6 : « un arrêt de travail » pour permettre au patient de réfléchir, de faire une « auto introspection »

Avis spécialisé

Les intervenants proposaient d’adresser aux spécialistes psychologues ou psychiatre pour plusieurs raisons :

- pour les syndromes dépressifs sévère (Mme 1, 2, 4, 5, 11, Mr 12 et Mme 13)
- pour laisser le choix au patient de venir les voir eux ou un psychologue/psychiatre (Mr 6, Mme 7 et 10)

- pour ne pas gérer le suivi. Mr 9 prend en charge les patients dépressifs le temps d’organiser un suivi par un autre thérapeute.

Pour la crise suicidaire, ils adressaient directement à l'hôpital bien que la situation ne se soit présentée que pour Mme 13.

Frein potentiel :

Un élément ressort chez certains participants. La prise en charge du patient dépressif était perçue par Mme 2, 7, 10 et Mr 9 « chronophage » et non valorisée. Ils évoquaient un besoin de revalorisation de la rémunération.

2.1.2 Prise en charge psychothérapeutique

La question de sa définition semblait difficile pourtant les mots clefs revenaient facilement.

Mme 5 « ben je ne sais pas (définir la psychothérapie de soutien). Le patient rentre. Je dis comment ça va ? Et Là ça part. Effectivement, j'écoute, je pose deux, trois questions, je reformule, mais finalement je ne fais pas grand-chose » « leur dire je comprends, on est là pour vous écouter ».

La psychothérapie de soutien semblait être une prise en charge assez instinctive pour de nombreux intervenants. « Ma sensibilité » selon Mme 3.

Elle était définie assez facilement par des mots clefs : « écoute active » revenait chez presque tous les participants (sauf Mme 7) « renforcement positif », « reformulation », « traitement par la verbalisation et l'expression des problèmes », « soigner par une approche psychologique, par la relation » « expression des émotions, ressenti, vécu actuel », « aide à la réflexion », « empathie », « bienveillance », « ne pas donner de conseil », « présence, disponibilité »

La psychothérapie est un traitement à part entière.

Mme 1 définissait la psychothérapie de soutien comme une « mesure thérapeutique qui passe par une écoute active ».

Mme 4 dira : « l'écoute active est un traitement ». Mme 11 et Mme 4 précisait qu'il est même plus important que l'anti dépresseur.

Tous les intervenants considéraient faire de la psychothérapie de soutien dans la prise en charge de la dépression mais aussi pour d'autres symptômes sans pour autant la nommer. Ils insistaient sur l'étayage apporté au patient et distinguaient leur thérapie dite de soutien par rapport aux différentes psychothérapies. Mme 4 nous parlerait de thérapie « d'ici et maintenant », il n'existe pas d'interprétation ni d'analyse.

Mr 9 était plus mitigé. Il considérait ne pas pratiquer de psychothérapie de soutien dans le cadre de la prise en charge de la maladie dépressive. En revanche, il effectuait le suivi

de ces patients en attendant d'obtenir un suivi par un psychologue ou psychiatre. Il insistait sur sa peur de ne pas savoir gérer ces patients car selon ces propos la dépression « s'inscrit dans un trouble de la personnalité » et nécessite une prise en charge spécialisée. Le suivi psychothérapeutique « est de l'ordre du médecin généraliste » s'agissant « des petits mots maux de la vie ».

2.2 Le vécu des acquisitions de compétence

2.2.1 Formation universitaire théorique

Dans l'ensemble la formation était ressentie comme n'étant pas suffisante mais donnant « les bases » nécessaires.

Mme 10 pensait la formation «suffisante quand on veut faire du débrouillage, qu'on veut répondre à des attentes simples».

Mme 8 était satisfaite de sa formation qui lui a appris aussi à repérer ses limites. «Je suis contente de ma formation dans le sens où ça m'a appris à repérer mes limites (...) et si je vois qu'une situation me dépasse (...) je vais adresser à quelqu'un d'autres».

Les cours pendant l'externat étaient décrits comme plutôt théoriques et peu approfondis.

Les séminaires relation médecin-patient et approche centrée sur le patient étaient évoqués comme une initiation à la démarche psychothérapeutique.

Mme 4 trouvait ces séminaires « très bien mais pas suffisant quand on aime ». Mme 11 les trouvait surtout « intuitifs ».

Mr 12 : « ça m'a pas appris bien plus sur la psychothérapie de soutien. C'était plus la dépression, savoir la diagnostiquer », « on faisait des jeux de rôle mais pour le suivi et la psychothérapie de soutien, on s'étalait pas ».

Mme 1 a bénéficié de cours sur l'écoute active accompagnés d'une mise en pratique supervisée au cours d'un stage en soins palliatifs en collaboration avec les médecins du service, assistante sociale et psychologues. Les séminaires organisés à la faculté ont été ressentis par cette étudiante comme l'explication de la prise en charge personnelle des médecins sans que cette étudiante ait pu s'identifier.

Mme 2 pensait ne « pas être suffisamment formée parce qu'on peut toujours l'être plus ». Cependant, elle considérait que « la journée dépression, journée écoute active et atelier médecin patient (...) donnent les bases ».

Mme 3 expliquait que ces journées l'ont « confortée » dans sa prise en charge.

Il semblerait que l'intérêt de ces journées études ne soient pas perçu au premier abord. Mme 3 : «on n'en retient pas les bénéfices immédiatement mais c'est après en pratiquant».

Dans le même esprit Mr 6 expliquait avoir participé aux « séminaires relation médecin-patient, approche centrée sur le patient, prise en charge du patient dépressif pendant le stage chez le prat » et les percevait comme une concrétisation «des trucs que tu commençais à sentir avec les patients». Il expliquait s'être rendu compte de l'intérêt de ces formations au cours de son stage chez le praticien. « C'est après le prat que tu te dis, mince ce n'était pas bête ce dont ils nous parlaient en formation ».

Mme 11 éprouvait le même sentiment. « En stage prat, j'ai pris conscience que ce qu'on nous avait appris avait peut-être germé dans ma tête »

La pratique universitaire de la supervision

Mme 2 insistait sur la mise en pratique et reconnaissait avoir « appris à se connaître en SASPAS ». Son stage en soins palliatif lui a aussi permis cette mise en pratique avec une supervision en fin de consultation avec ses médecins référents et aussi des psychologues.

La formation passe par une supervision avec ses maîtres de stage. Mme 3 parlait de « discussions avec ses maîtres de stage ».

Mme 10 a été « enrichie de voir l'un de ses maîtres de stage » faire de la psychothérapie de soutien ; « l'apprentissage sur le terrain m'a bien aidé en complément de ce que j'ai appris en formation à la fac ».

Mme 4 considérait avoir été formé par son maître de stage au cours du stage chez le praticien. « Un de mes prat faisait beaucoup de psychothérapie de soutien. C'est ce qui m'a formé »

Bien que parfois longues, les supervisions sont dans un second temps reconnues comme nécessaires.

Mr 6 trouvait ces temps « longs mais bien » comme Mme 11. Cependant elles lui ont permis de travailler son « ressenti des consultations » et appris à « gérer les situations difficiles » ainsi qu'à « prendre du recul et rester plus objectif ».

Mr 9 a bénéficié d'un stage chez le praticien sans avoir eu de réelle supervision. Il n'a pas choisi de SASPAS. Ce participant ne souhaitait pas suivre les patients en psychothérapie de soutien et exprime cela par une peur de maîtrise insuffisante. La supervision aurait-elle pu améliorer sa vision de la psychothérapie ?

Mr 12 n'a pas fait de SASPAS et admettait regretter après coup de ne pas avoir choisi ce stage. Il aurait finalement « préféré faire un an en ambulatoire ». Il a tout de même pu bénéficier d'une supervision au cours de son stage chez le praticien car étant en dernier semestre ses maîtres de stage lui permettaient plus d'autonomie. Il expliquait que l'un deux était particulièrement sensible à la psychothérapie de soutien et à l'enseignement de cette discipline. Il lui aura appris « le rapport au patient » et la « gestion de consultations ». Il concluait en expliquant que ne pas avoir fait de SASPAS « ne l'handicape pas mais aurait été mieux ».

Mme 13 était le jour de son entretien en stage chez le praticien et son expérience de la médecine ambulatoire l'a conforté dans son choix d'effectuer en dernier semestre un SASPAS. Elle se rendait compte de l'apport de la pratique dans sa formation. Elle disait même que « depuis le début du stage à maintenant mon interrogatoire, je le fais différemment ». Elle souhaitait « faire sa propre expérience » parce que « c'est difficile d'avoir un cours théorique sur les thérapies, c'est impossible même ».

2.2.2 Expérience vécue post universitaire

L'expérience ressort comme étant un élément essentiel de la formation que ce soit au cours des stages en autonomie ou en remplacement.

A la question « qu'est ce qui t'a le plus aidé pour ta formation ? », Mme 8 répondra « l'expérience en elle-même. (...) On apprend à se connaître (...) c'est comme ça qu'on apprend à aider les autres. ».

Lorsque nous demandons « quel est ton ressenti concernant la formation », Mr 12 nous disait « l'expérience c'est peut être mieux que les séminaires et la théorie ».

2.3 Légitimité de la prise en charge psychothérapique

Certains répondaient très clairement à la question « te sens-tu à l'aise avec les patients dépressifs ? » : « non », « c'est difficile », « j'ai peur de rentrer dans un cercle vicieux ». Pour d'autre le sentiment était mitigé. A la question « es-tu à l'aise ? », Mr 12 me répondait « oui et non » et expliquait ne pas « avoir de formation spécifique en psychothérapie donc y a forcément des trucs sur lesquels je ne suis pas encore au point », « je suis semi compétent ».

Finalement nous pouvons définir 2 groupes.

Dans un premier groupe la compétence psychothérapique n'est pas remise en cause mais le terme psychothérapie n'est pas reconnu par les étudiants par crainte de non compréhension du patient.

Mme 1 ne se « sent pas spécialement psychothérapeute » mais « considère « être le psychothérapeute des patients qui ont spécialement confiance en elle ». Elle ne se définissait pas devant le patient comme étant psychothérapeute car considère « en faire un peu avec tous les patients » (...) de manière « instinctive et naturelle » tout comme Mme 5.

De plus, elle craignait comme Mme 2 que le patient ne comprenne pas le terme de psychothérapie.

Mme 3 se sentait capable de réaliser une psychothérapie de soutien. « J'ai l'impression d'en faire dans mon stage en ambulatoire », « je me sens assez à l'aise (...) mais on a toujours des doutes à savoir si on leur (au patient) apporte quelque chose ou pas ».

Mme 10 se sent « légitime » mais « préfère parler de soutien, d'aide et de parole »

D'autres se sentaient suffisamment compétents pour pratiquer cette prise en charge sans pour autant se sentir réellement légitimes. Mr 12 se définissait « semi-compétent » Mme 4 et 11 considéraient pratiquer la psychothérapie de soutien sans pour autant la nommer. Elle se considérait comme étant « un médecin généraliste qui utilise la psychothérapie » Il existait à cet endroit une peur de la non-légitimité comme le décrit aussi Mr 6. Suite à sa définition de la psychothérapie il se définissait comme étant un psychothérapeute « du moins un peu » nous précise-t-il. Cependant il considérait ne pas avoir eu de formation spécifique « avec un diplôme au bout » de psychothérapeute, « je n'ai pas les compétences ». « Je ne me sens pas psychothérapeute au sens technique du terme », « je leur dis qu'on va parler (...) poser les problèmes » « je ne me sens pas avoir les techniques de psychothérapie qui me permettent de bien cadrer la consultation ». « Quand je leur parle de ce mot-là, je leur parle déjà de psychologues ou psychiatres ».

Mme 8 se comparait aussi aux psychologues et psychiatres. Elle expliquait « je ne sais pas ce que font les psychologues et psychothérapeutes donc je ne sais pas si c'est une psychothérapie que je fais ».

De la même manière Mme 7 : « je ne considère pas que je fais une vraie psychothérapie. Je n'aurai pas cette prétention », « les gens trouvent que je les écoute et que je leur apporte du bien (...) moi je ne me sens pas hyper compétente ». De ce fait elle ne nommait pas la psychothérapie devant ces patients tout en continuant de les suivre en psychothérapie.

Dans le deuxième groupe, le participant 9, quant à lui, ne se sentait pas compétent et ne s'intéressait pas à la prise en charge du patient dépressif car « chronophage » et « ingérable ».

Mr 9 ne « pense pas en faire (de psychothérapie) et bien sincèrement, je n'en ai pas envie », « ça a tendance à m'angoisser » « je ne me sens pas les épaules de faire du suivi », « je pense la dépression ingérable ». Il considérait que le suivi psychothérapeutique appartient au médecin mais en ramenant ce traitement aux « petits mots maux de la vie ». Il définissait la psychothérapie de soutien comme les autres participants avec les mots clefs sans se sentir légitime. « Je ne suis pas sûr que tel que je la pratique ça a une valeur thérapeutique ».

Mme 13 rejoignait l'avis de Mr 9 sur ses compétences actuelles mais aspirait à un approfondissement de celles-ci avec l'élaboration d'un SASPAS. Elle était plus optimiste sur le devenir du patient dépressif et croyait en la psychothérapie de soutien comme traitement. « Juste avec la parole, une bonne hygiène de vie, pas besoin de Prozac® ou Deroxat® ».

ANALYSE ET DISCUSSION

1 - Discussion de la méthode

1.1 - Validité interne et points forts

Cette enquête possède certains atouts.

Les critères retenus pour l'échantillonnage ont permis d'obtenir une grande diversité dans la population.

La saturation des données a été obtenue assez rapidement. A partir de dix entretiens nous étions arrivés à saturation de données. Cependant pour être sûr de ne pas obtenir de nouvelles occurrences, trois autres entretiens ont été menés.

« Le principe de saturation est évidemment plus qu'un signal de fin : c'est une garantie méthodologique de première importance, complémentaire de la triangulation. En différant la fin de la recherche sur un thème ou un sous-thème jusqu'au jour où on ne recueille plus de données nouvelles sur ce thème ou ce sous-thème, on s'oblige à ne pas se contenter de données insuffisantes ou occasionnelles, on se soumet à une procédure de validation relative des données, on s'ouvre à la possibilité d'être confronté à des données divergentes ou contradictoires ». « On se donne des contraintes qui obligent à différer l'induction ». (24)

Une étude pré thèse a permis de réduire les biais en retravaillant le canevas et la manière de se présenter. Le guide d'entretien se compose finalement de trois thèmes principaux abordés par des questions ouvertes. Les différents sujets sont abordés selon le déroulement de l'entretien sans ordre particulier, parfois de façon spontanée par l'interviewé. Les questions sont ouvertes, directives mais suffisamment imprécises pour laisser libre cours au naturel de l'entretien et permettre à l'interviewé d'exprimer ces idées.

1.2 Limites

1.2.1 Limites de recrutement

La population choisie concerne les étudiants du DES de médecine générale de Lyon Est ayant validé leur maquette. Lorsque les étudiants ont été contactés par mail, nombreux sont ceux qui n'ont pas voulu participer. Les motifs avancés étaient : un désintérêt pour le sujet, un manque de disponibilité, le sentiment de ne pas avoir d'informations pertinentes à apporter.

Une des difficultés de cette recherche a été de recruter en nombre suffisant d'internes de médecine général de deuxième ou troisième cycle. En effet, il a fallu redoubler d'effort et solliciter à plusieurs reprises les participants potentiels (courriers électroniques, discussion au

cours des stages et remplacements). Les raisons des refus étaient principalement le manque de temps ou le manque d'intérêt concernant le sujet.

Certains étudiants ont été recrutés au cours de mes propres remplacements. Ce mode d'accès présente l'inconvénient d'ajouter à la demande de l'enquêtrice une demande amicale pouvant brouiller le cadre contractuel de la communication. L'intérêt cependant réside dans le recrutement de personnes n'étant pas sensibilisé sur le sujet et a permis d'obtenir un échantillon varié.

1.2.2 Limite d'investigation

Lors du recueil des données, l'enquêtrice interrogeait l'enquêté de manière pouvant influencer son discours. En effet, l'enquêtrice était de la même profession que l'enquêté. Ceci a pu faciliter le dialogue, la connivence mais aussi provoquer une réticence à se confier de peur d'être jugé.

Enfin, la technique d'entretien utilisant un magnétophone peut être source de blocage et pose la question sur la validité de l'entretien puisque l'enquêté peut être moins libre de propos.

1.2.3 Limite d'interprétation

L'analyse a été principalement effectuée par une seule et même personne mais a bénéficié de la supervision du directeur de thèse et d'une expertise de la codirectrice dans un souci de la triangulation des données.

En revanche, on peut se poser la question d'un biais lors de l'analyse des données. Dans ce cas précis, le fait que l'enquêteur ait bénéficié de la même formation que les interviewés peut être un inconvénient. Bien que tentant de conserver une part de neutralité, le ressenti de l'enquêteur ne risque-t-il pas de modifier notre jugement par rapport aux réponses des étudiants interrogés ?

2 - Obstacle à la prise en charge psychothérapeutique des patients dépressifs

Il existe un certains nombres de peur :

- ne pas suffisamment se protéger et prendre de recul, tomber dans la sympathie voir l'antipathie.

- d'aller trop loin dans l'expression des problèmes et ne pas savoir gérer ensuite, perdre le contrôle.

L'alliance thérapeutique est la base du traitement de la dépression et de la psychothérapie non structurée (11). Le concept d'alliance thérapeutique a une longue histoire qui remonte à certaines observations de Freud sur le transfert. Il y distinguait deux formes d'attachement : une qui favorise la coopération et une autre qui au contraire, y fait obstacle. La première vient des bons sentiments, « conscients » et « irréprochables » du patient à l'égard de son thérapeute. Elle est le fondement de l'alliance thérapeutique et s'apparente au premier type d'alliance décrite par Luborsky (1976) : le type 1, dans lequel le patient voit le thérapeute comme susceptible de lui fournir une aide nécessaire, et le type 2, dans lequel le patient voit le traitement comme un processus de travail conjoint avec le thérapeute en vue d'atteindre les objectifs (14).

Le thérapeute contribue à l'alliance thérapeutique par le biais de trois facteurs fondamentaux (25) :

- les conditions du traitement (...) sont en soi un facteur de soutien, par exemple la régularité des rendez-vous et l'engagement tacite ou explicite de la part du thérapeute à aider le patient dans l'atteinte de ces objectifs.

- l'attitude de compréhension bienveillante du thérapeute accentue ces effets en permettant au patient de former une alliance thérapeutique.

- il peut arriver que le thérapeute corresponde tout à fait à l'image que le patient se fait d'une personne secourable, aimable, en qui on peut avoir confiance et sur qui on peut compter.

Replacées dans le contexte très particulier des soins psychiatriques, les exigences de compétence, d'efficacité, de formation, et tout ce que recouvre la « qualité du soin », prennent une connotation bien particulière dans ce domaine spécifique où la dimension relationnelle du soin psychologique requiert un niveau d'implication personnel plus important (26).

C'est ainsi que, confrontées aux aléas des difficultés de patients, ces exigences de compétence et d'efficacité, peuvent conduire par défaut à une remise en question. Si la remise en question est nécessaire et indispensable, elle ouvre par la même occasion la porte au risque de se vivre non seulement comme incompetent et inefficace, mais finalement incapable de s'inscrire réellement dans une démarche thérapeutique auprès d'un patient.

Le terme de *burn out* a été décrit dans les années 1970 par le psychiatre psychanalyste Herbert Freudenberger, qui décrivait l'état d'épuisement des personnes travaillant dans les *free clinics* accueillant les toxicomanes dans le Lower East Side de New York. L'acteur du soin reste toujours plus ou moins pris dans le paradigme de son fonctionnement psychique ; plus ou moins éclairé, entraîné, rôdé, il ne saurait cependant totalement y échapper.

Si, effectivement, le pragmatisme des études souligne le caractère protecteur, face au risque d'apparition du « burn-out », des échanges et des temps formels de réflexion sur les

pratiques, on peut aussi facilement concevoir l'importance de la supervision et des groupes de pairs dans la pratique du soin.

Le médecin reste doublement impliqué : d'une part par le vécu de l'Autre souffrant et d'autre part, par identification projective, il est impliqué dans son propre vécu d'être humain (27). Le médecin se retrouve confronté à une souffrance émotionnelle pouvant retentir sur lui et dont il doit se protéger afin de ne pas sombrer en « burn out ». A ce titre, les supervisions et groupes de parole sont essentiels.

Bien que soit parfaitement reconnue l'importance des aspects relationnels du soin somatique, on ne propose guère d'accompagnement psychologique aux soignants. On évoque volontiers l'opportunité de « groupes de parole », mais ils sont rarement mis en œuvre, car la démarche médicale s'accorde mal avec la dimension subjective. Le groupe de parole vise en effet à favoriser l'expression et l'échange des vécus en dehors de tout ordre hiérarchique. Il s'agit d'aider à comprendre les modes de défense des patients et des soignants, pour parvenir à une meilleure distance dans la relation de soin, afin de mieux travailler et d'en souffrir le moins possible.

Deux modèles nous guident dans la conduite de ces réunions : la méthode Balint et la pratique de l'analyse de groupe. On peut ainsi observer et entendre beaucoup, ce qui ne signifie pas qu'il faille tout relever et encore moins interpréter (28).

A plusieurs reprises, il a été noté une contrainte de temps et l'absence de revalorisation de ce type de consultation.

Dans ce contexte de maladie difficile à diagnostiquer, suivre et traiter, il existe depuis quelques années la notion de consultation dédiée soumise à une nomenclature particulière. L'évaluation d'un épisode dépressif par échelle psychiatriques ; MADRS (annexe 3), HAD (annexes 4), HDRS (annexe 5) répond à cette appellation. Il s'agit d'un acte rémunéré à 69.12 euros (dont 20.74 euros restent à charge en tiers payant) selon la cotation ALQP0031 (29).

Le prix de la consultation avec l'utilisation d'échelle psychiatrique tel qu'il est aujourd'hui est un frein pour le patient. Demander un tel prix pour une échelle semble insensé pour certains médecins (d'autant qu'il arrive que le patient dépressif se retrouve dans une situation de précarité) alors qu'il légitimerait un temps de consultation plus long.

Pour d'autres, il s'inscrit à la fin d'une consultation nécessitant une écoute minutieuse ainsi qu'une évaluation de cette maladie, requérant un professionnalisme et un temps de consultation justifiant ce niveau d'honoraire.

Pauline BOURLET a élaboré dans son travail de thèse une liste des situations favorables à l'utilisation d'une échelle de dépression sans en favoriser une en particulier (30).

3 - Place de la formation théorique

Dans l'ensemble, la formation dispensée à la faculté de médecine Lyon-Est est considérée comme insuffisante au premier abord. Il semble exister des lacunes concernant la pharmacologie sans que les participants ne se sentent lésés ou incompetents. Ils manient certains antidépresseurs et anxiolytiques mais ne s'épanchent pas sur cet aspect qu'ils considèrent comme étant secondaire.

Lorsque les participants précisent leur ressenti, on retient dans l'ensemble une formation jugée suffisante pour les bases de la prise en charge du patient dépressif.

L'enseignement peut se définir comme étant une accumulation de connaissances théoriques. Notre étude ne perçoit pas de déficience à ce niveau. Les étudiants ont acquis un certains nombres d'habiletés intégrant des connaissances déclaratives. Ces habiletés doivent évoluer en compétences : « un savoir-agir complexe, en lien avec le contexte d'apprentissage ou d'exercice, qui intègre plusieurs types de ressources et qui permet, à travers une famille de situations, non seulement l'identification de problèmes, mais également leur résolution par une action efficace et adaptée à un moment donné » (31). Pour ce faire, le paradigme de transfert de connaissance prend son sens comme nous le décrirons plus bas.

La conférence de consensus de Toronto affirme dans sa conclusion, la nécessité de la formation des médecins à une communication de qualité (32).

La psychothérapie de soutien est un acte technique qui implique une formation spécifique du thérapeute (psychiatre, médecin généraliste ou psychologue) en référence à un modèle théorique.

Mais, les formations sont peu nombreuses s'agissant de l'attitude psychothérapique à avoir alors que, personne ne conteste le rôle d'accompagnement du médecin généraliste dans la prise en charge de la dépression (33) et qu'il s'agit d'une compétence que doit acquérir l'étudiant au terme de son D.E.S. de médecine générale.

Une étude concernant l'alliance thérapeutique au début de la prise en charge du patient dépressif conclut aussi à un ressenti plutôt négatif de l'information et de la formation théorique quant à la prise en charge psychothérapique du patient dépressif (34).

Cette enquête-miroir a été menée concernant la perception et le vécu de la pathologie, la relation médecin-malade, l'histoire et la perception des consultations initiales, en recueillant en parallèle le point de vue du médecin et le point de vue du patient. Elle regroupait 110 médecins et 598 patients.

Concernant le niveau d'information sur la dépression, 39 % des médecins généralistes participant à cette enquête se disent très bien ou plutôt bien informés, 56 % se disent plutôt mal ou très mal informés. Les médecins conseillent à 30 % de leurs patients déprimés d'entreprendre une psychothérapie. Les médecins sont 63 % à s'estimer mal informés sur les psychothérapies, mais 71 % à trouver ce sujet intéressant : l'analyse conjointe des réponses à

ces deux questions montre qu'ils sont ainsi 42 % à trouver le sujet intéressant mais à être mal informé. Ils sont 78 % à estimer que le suivi d'une psychothérapie est un élément efficace de rémission du patient déprimé.

La dépression représente pour les médecins généralistes une pathologie fréquente, qu'il leur incombe le plus souvent de prendre en charge. Quoique regrettant un manque de temps pour ces patients et un manque de formation pour les soigner au mieux, ils se disent dans leur grande majorité intéressés par la pathologie dépressive et sa prise en charge. Ainsi, le maniement des antidépresseurs, mais aussi la connaissance des différentes psychothérapies, représentent l'une des demandes fortes de formation.

D'une façon générale, le niveau de connaissance des généralistes dans le domaine de la dépression est sans doute satisfaisant, puisque, dans le cadre de cette enquête, médecins et patients sont, dans la grande majorité des cas, satisfaits de la prise en charge.

Une enquête concernant le ressenti des médecins généralistes (35) confirme cette impression. « Les participants ne se considèrent pas détenir le savoir-faire spécifique de psychothérapeute notamment du fait de l'absence de diplôme de psychothérapie (...) Il semblerait que cette prise en charge soit essentiellement innée intuitive, basée sur le ressenti émotionnel du médecin plus ou moins modulable par l'expérience ou la formation professionnelle »

Cependant, bien que les médecins n'aient pas le sentiment d'avoir eu de formations spécifiques, « cela ne les empêche pas d'avoir une pratique psychothérapique »

Il en ressort que les formations théoriques ne font pas écho à la prise en charge de la personne dépressive car arrivant peut être trop tôt au cours de la formation. En même temps, cette formation permet une approche de cette mesure thérapeutique. Il semblerait intéressant de réitérer ce même type de formation au cours d'un stage en ambulatoire. Le lien entre formation théorique et pratique devant être mis en avant. Les ateliers dispensés au cours du SASPAS pourraient être le lieu de ce transfert de connaissances et d'approfondissement de mise en pratique.

L'interprofessionnalisme est aussi une proposition évoquée par les intervenants. En effet s'agissant de psychothérapie, la formation pourrait être complétée par des psychothérapeutes (psychiatres ou psychologues) afin d'élargir le champ de vision des étudiants de médecine générale. Le concept de compétences partagées prend tout son sens si nous partons du principe de la pluridisciplinarité de la médecine générale. La mise en place de tronc commun pourrait être envisagée afin de favoriser la prise en charge pluridisciplinaire de ces patients.

4 - Maîtrise de stage – expérience d'apprentissage personnalisante

De nombreuses études ont pu démontrer l'importance de l'expérience professionnelle des médecins généralistes pour la prise en charge non médicamenteuse (13) (36) de leur patient.

Pour la personne en formation, la possibilité de se référencer et de partager avec une personne dont ils peuvent apprendre, représente une possibilité de réfléchir à son expérience en y incluant son vécu émotionnel. Comme le suggèrent J.L. Rouy et D. Pouchain dans un article sur la relation médecin-malade (37), il paraît prioritaire de « proposer une réflexion-formation » à tous les soignants.

Le premier auteur qui proposa une supervision à partir des comportements professionnels observables des thérapeutes fut Carl Rogers (1968), le fondateur de la thérapie non directive et centrée sur « le client ». Rogers a souligné que l'apprentissage de la thérapie centrée sur le client ne pouvait pas se faire par la voie du cours magistral (38). Dans l'apprentissage professionnel, le dispositif doit présenter des situations d'apprentissage cohérentes avec le contexte de pratique professionnelle et doit permettre à l'étudiant d'activer ses connaissances antérieures sur le sujet. Il s'agit du concept de transfert des apprentissages à savoir la transformation d'informations en connaissances viables et transférables et en l'intégration des connaissances dans des schémas cognitifs. Ce travail demande un investissement de la part des professeurs mais aussi de l'étudiant. Ce dernier détient une part active dans sa formation et doit s'investir et effectuer un travail d'introspection afin d'évoluer. Cependant la motivation de l'apprenant est en partie déterminée par sa perception de la valeur de la tâche.

« C'est à la manière d'un apprenti qu'on est le mieux à même de se former à la psychothérapie de soutien et d'expression ». C'est la condition sans équivoque de ceux qui ont fait l'expérience d'une telle formation et c'est le jugement après coup qu'ont donné plusieurs internes de psychiatrie formés à la fondation Menninger de 1946 à 1954 (14). Dans un questionnaire, on leur a demandé quelle avait été l'expérience de formation la plus marquante pour l'élaboration de leur style personnel de traitement. Presque tous ont classé la supervision loin devant les séminaires, conférences et lectures habituelles (25).

Cecile Marie TURRET a effectué en 2004 une enquête nationale sur le vécu des internes lors du premier semestre de SASPAS. La grande majorité des étudiants qu'elle a interrogés notait une acquisition de compétences, en général associée à la qualité de la supervision, beaucoup plus qu'au nombre d'actes effectués par jour. Ces derniers déclarent que leurs remplacements post SASPAS ont été plus agréables car ils avaient acquis une meilleure maîtrise de leur pratique et une confiance en eux (39).

Le Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée (SASPAS) a été instauré en 2004 ainsi que le D.E.S. de médecine générale. Le SASPAS permet l'acquisition

de compétences propres à la médecine générale. De nombreuses thèses s'interrogent sur l'apport du SASPAS en termes de compétences.

MANJARES Cecile, BMMERT Thomas et RENAUDIER-GILIBERT Carol ont démontré dans leur travail de thèse que la majorité des jeunes médecins généralistes estimaient que leurs stages pratiqués en médecine générale ambulatoire avaient été une formation utile lors de leur D.E.S. concernant l'acquisition de compétences (40)(41)(18).

Agathe CAILLAUD au cours de son travail de thèse, concluait après avoir recueillis les propos de différents médecins généralistes que « l'expérience professionnelle permettrait d'acquérir un certain savoir-faire personnalisé ».

La frontière entre se sentir compétent et l'être n'est pas toujours clairement établie. Nous avons pu voir Mr 9 ne pas se sentir compétent tout en suivant des patients dépressifs au cours de ces remplacements réguliers. Mr 9 n'a pas profité de supervision en stage chez le praticien ni réalisé de SASPAS. Cela aurait-il changé sa perception des compétences en termes de psychothérapie de soutien ?

Il en ressort donc que les stages professionnalisant font partie intégrante de la formation du médecin généraliste en devenir. Si le stage en autonomie de niveau 1 fait partie de la maquette du D.E.S. de médecine générale, il faut se poser la question de rendre obligatoire le SASPAS qui complète l'acquisition des compétences nécessaire à la pratique d'une médecine générale de qualité.

5 - Paradigmes des compétences

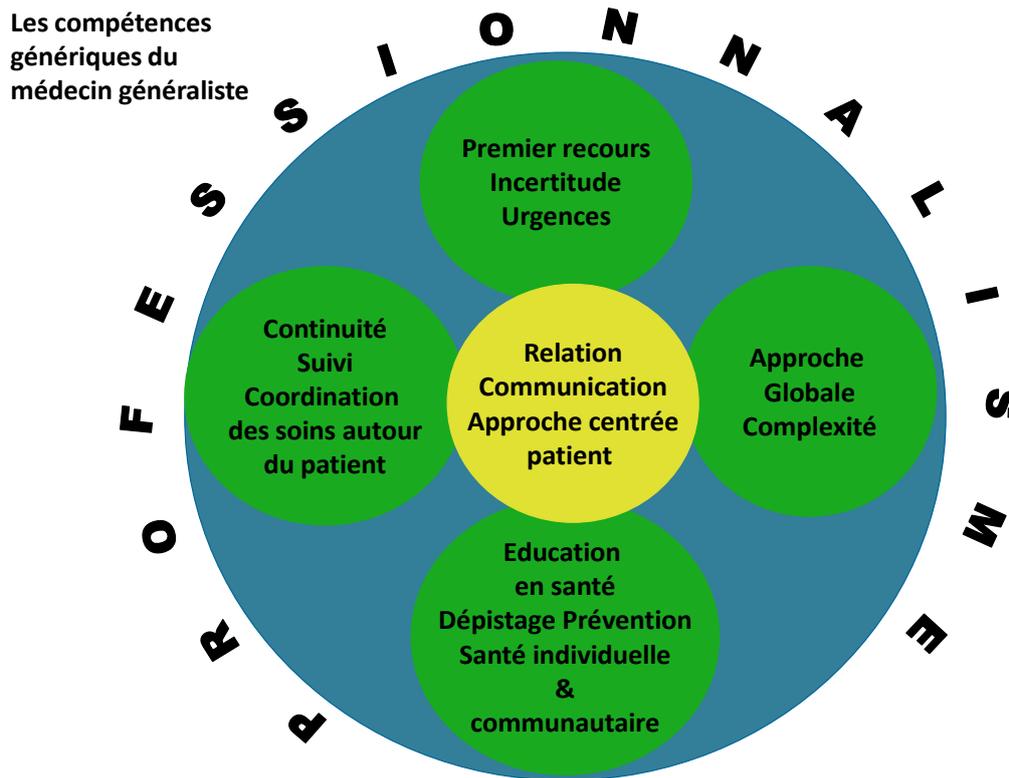
La formation de 3e cycle à la médecine générale se doit d'être professionnalisante. Pour cette raison, a été fait le choix d'une option pédagogique privilégiant l'approche par compétences.

Dans la profession médicale, nous devons pouvoir adapter nos connaissances théoriques et leurs applications pratiques au contexte de la relation patient-médecin. En effet, chaque situation de soin est unique, il n'y a donc pas de protocole universel. Le principe des compétences est de pouvoir adapter le savoir, savoir-faire, savoir-être à chaque consultation.

La Filière Universitaire de Médecine Générale a pris de l'ampleur avec la création du D.E.S. de Médecine générale en 2004. Le concept d'apprentissage par compétences a fait son apparition dans les orientations pédagogiques des facultés de médecine et se développe aujourd'hui encore dans l'objectif de former des professionnels compétents capables de dispenser des soins de qualité.

L'enseignement du D.E.S. de médecine générale a évolué et s'articule autour d'une approche par compétences selon la définition de la WONCA.

Le CNGE a rédigé en 2009 un référentiel des compétences organisé autour de huit axes : les soins primaires, le raisonnement spécifique, la prise en charge globale, la structure et les outils d'exercices, l'aspect relationnel, le rôle de santé publique, la compétence clinique et l'axe professionnel (42). Elles sont représentées sous la forme d'une « marguerite des compétences », avec en son centre l'approche centrée sur le patient, autour de laquelle s'articulent quatre compétences. Cette marguerite est intégrée dans un cercle correspondant au professionnalisme.



L'exigence croissante de la société pour une meilleure qualité de soins entraîne une reconsidération des compétences médicales en particulier celle de la prise en charge globale du patient avec une part essentielle de l'approche centrée sur le patient. L'empathie cognitive et émotionnelle doit être transmise au cours des études de médecine et plus particulièrement en médecine de soins primaire (43). Elle est d'ailleurs aujourd'hui explicitement inscrite dans les programmes du deuxième cycle des facultés (15)(44).

Ces compétences regroupent l'approche centrée sur le patient ; concept international développé à partir des travaux de Balint d'inspiration psychanalytique (qualité de l'écoute psychothérapique et compréhensive, notion de transfert) et de Rogers (psychologie humaniste, respect inconditionnel de l'autre, valeur de la personne et de son expérience, empathie, non directivité, non évaluateur, non diagnostic, relation d'aide et de soutien).

Ce concept regroupe six dimensions :

- Explorer la maladie et l'expérience de la maladie vécue par le patient.
- Comprendre la personne dans sa globalité biopsychosociale, la dimension contextuelle.
- S'entendre et négocier avec le patient sur le problème, les solutions et le partage des responsabilités et décisions.
- Valoriser la prévention et la promotion de la santé.
- Etablir et maintenir une relation médecin patient, une alliance thérapeutique, une attitude compréhensive vis-à-vis des défenses, résistances.
- Faire preuve de réalisme, s'adapter à chaque situation et tenir compte de ses limites.

Il n'y a pas de consensus établi pour définir la psychothérapie réalisée par le médecin généraliste. Le décret de loi publié au Journal Officiel de la République Française 22 mai 2010 réserve le terme de psychothérapeute aux personnes « titulaires soit d'un doctorat en médecine soit d'un master ayant pour mention ou spécialité la psychologie ou la psychanalyse ET ayant validé une formation en psychopathologie clinique complémentaire à ce diplôme ».

Les médecins généralistes ne sont donc pas considérés légalement comme des psychothérapeutes s'ils n'ont suivi de formation spécialisée. Les participants ne considèrent pas détenir le savoir-faire spécifique de psychothérapeute notamment du fait de l'absence de diplôme de psychothérapie ce qui correspond à la législation (45).

6 - Perspectives et recommandations

La formation des étudiants concernant l'approche centrée sur le patient et l'attitude psychothérapeutique est indispensable. Nous pouvons au terme de ce travail proposer certaines recommandations :

- Valoriser ces consultations longues et psychologiques éprouvantes pour le patient et le médecin.
- Poursuivre l'enseignement théorique axé sur la dimension bio-psycho-sociale de la médecine générale au cours de l'internat et en formation continue.
- Favoriser la mise en pratique de ces connaissances théoriques sur le terrain par le biais de stages en cabinet (stage chez le praticien et SASPAS).
- Discuter l'obligation de réaliser un SASPAS pour les étudiants de médecine générale.
- Insister sur la supervision avec une implication plus importante des maîtres de stage universitaire formés à cette compétence et des étudiants.
- Favoriser le lien avec des psychothérapeutes (faciliter la communication inter professionnelle, cours communs).



Nom, prénom du candidat : BENYOUCEF Amal

CONCLUSIONS

La prise en charge d'un patient dépressif nécessite une compétence psychothérapique qui fait partie du référentiel des métiers et des compétences des médecins généralistes. La formation des futurs médecins est souvent axée sur des acquisitions de connaissances scientifiques utiles dans sa dimension biomédicale mais pas suffisantes pour devenir un médecin généraliste psychothérapeute. Nous avons cherché dans cette étude à comprendre le vécu et les attentes des étudiants vis-à-vis de leur acquisition de compétences dans la prise en charge psychothérapeutique du patient dépressif.

Au cours de notre étude, les participants n'ont pas eu de difficulté à définir la dépression. Son diagnostic semblait aisé. Sa prise en charge psychothérapeutique était vécue comme difficile à mettre en pratique, bien que tous les participants évoquaient les principes de la psychothérapie de soutien comme un travail d'« écoute active » (silence, reformulation, renforcement positif, expression des émotions...) qui s'intègre dans une approche centrée sur le patient. Les participants ne se définissaient pas comme psychothérapeutes en soi mais comme des soignants dans une relation d'aide et de soutien étayant la personnalité du patient.

Il existait une demande réelle de la part de la plupart des étudiants d'une prise en charge plus humaine et globale du patient. Le ressenti de la compétence par les participants de cette étude semblait finalement adapté au référentiel métier dans une approche thérapeutique à la fois bio médicale axée sur le corps du patient et à la fois psycho-sociale dans le cadre d'un suivi au long cours et transgénérationnel (médecin de famille).

L'apprentissage de la compétence relation médecin patient passait pour beaucoup dans la transmission d'un savoir être. Elle devait être enseignée aux étudiants au même titre que les autres compétences techniques et connaissances théoriques.

La mise en pratique des connaissances théoriques se révélait essentielle à la lumière des différents entretiens. La supervision paraissait être indissociable de la formation des étudiants de médecine générale dans une optique réflexive ouverte sur le savoir être. Nous avons pu observer au cours de notre étude que les étudiants ayant bénéficié d'une supervision se sentaient plus compétents dans l'approche centrée sur le patient. Les internes et jeunes remplaçants témoignaient du fait que les maîtres de stages étaient plus ou moins formés à cet apprentissage des compétences. La complémentarité des maîtres de stage universitaire dans cette approche centrée patient est essentielle à l'obtention d'une formation de qualité et variée.

Il existait également une demande d'approfondissement des connaissances et compétences dans ce domaine dans le cadre d'un partage interprofessionnel avec des psychothérapeutes.

Les consultations de suivi d'un patient dépressif sont souvent plus longues et chargées émotionnellement. Une revalorisation de la consultation de suivi du patient dépressif permettrait une reconnaissance de ce travail particulier.

La formation médicale tant initiale que continue semblait pouvoir être améliorée dans le domaine de la prise en charge psychothérapeutique de la dépression.



Au cours de notre étude, la notion de limite de compétence semblait bien intégrée. Dans une approche centrée, il est important de repérer les limites liées à la personnalité propre de chaque médecin et à son niveau d'expérience. Les interviewés ont tous admis avoir recours à un spécialiste psychiatre ou psychologue à plus ou moins long terme en fonction de leur ressenti et de l'avancement de l'état clinique de leur patient.

L'étudiant en fin de D.E.S. est encore un médecin en devenir. Il doit devenir un acteur actif de sa formation et acquérir de nouvelles compétences au fil de sa pratique en fonction de ces besoins et de sa sensibilité.

Le Président de la thèse,
Nom et Prénom du Président
Signature HOREAU A

Vu et permis d'imprimer
Lyon, le 14 MAI 2014

VU :
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Lyon-Est



VU :
Pour Le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales



BIBLIOGRAPHIE

1. INPES. La dépression en France. enquête Anadep. 2005;
2. Gallais J, Alby M. psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale [Internet]. [cité 24 avr 2014]. Disponible sur:
http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/735/fichier_psychiatrie_souffrance_psychique_et_medecine_generale2c092.pdf
3. OMS. Classification Internationale des maladies. 1992.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder, 4th edition revisited. 2000.
5. Association AP. American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders: Compendium 2006. American Psychiatric Pub; 2006. 1625 p.
6. Cottraux J. Place des psychothérapies contemporaines dans le traitement de la dépression. Wolters Kluwer France; 2006. 116 p.
7. Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. ~La œdépression: en savoir plus pour en sortir. Paris, France: INPES; 2007. 88 p.
8. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville - er810.pdf [Internet]. [cité 6 févr 2014]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er810.pdf>
9. Brusset B. Conclusions. Que Sais-Je. 27 sept 2005;2^e éd.(480):117-124.
10. Weyeneth M, Ambresin G, Carballeira Y, Contesse V, Crivii C, Glauser F, et al. La psychothérapie de soutien : un pas vers l'éclectisme. Psychothérapies. 1 juin 2004;Vol. 24(2):73-86.
11. Weyeneth M., Ambresin G., Carballeira Y., Contesse V., Crivii C., Glauser F., et al. La psychothérapie de soutien: un pas vers l'eclectisme. Psychothérapie. 2004.
12. Chambon O, Marie-Cardine M. Les bases de la psychothérapie - 3ème édition - Approche intégrative et éclectique: Approche intégrative et éclectique. Dunod; 2010. 380 p.
13. Gourmet E. Place et utilisation des psychothérapie dans la prise en charge du sujet dépressif par le médecin généraliste. Lyon; 1998.
14. Luborsky L. Principes de psychothérapie analytique: manuel de psychothérapie de soutien et d'expression. Paris, France: Presses universitaires de France; 1996. 247 p.
15. Arrêté du 8 avril 2013 relatif au régime des études en vue du premier et du deuxième cycle des études médicales.
16. Benyoucef A. Perception de la prise en charge psychothérapique de la dépression en médecine générale par des étudiants du D.E.S. de médecine générale de Lyon (Mémoire de D.E.S. de médecine générale): Université Claude Bernard - Lyon 1 U.F.R de Médecine Lyon Est. 2011.
17. Observation participante - Wikipédia [Internet]. [cité 23 janv 2014]. Disponible sur:
http://fr.wikipedia.org/wiki/Observation_participante
18. Colin A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines. 2009.

19. Arborio A.M., Fournier P. L'enquête et ses méthodes: observation directe. Armand Colin. 2005.
20. Étude qualitative [Internet]. Wikipédia. 2014 [cité 20 janv 2014]. Disponible sur: http://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=%C3%89tude_qualitative&oldid=98901675
21. Lamort-Bouché M. Critères et déterminants du choix de spécialité en médecine: place de la médecine générale : étude qualitative des représentations des étudiants en DCEM 4 de Lyon-Est en 2009-2010 [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2010.
22. Loiselet-Doulcet B. La féminisation de la médecine générale, étude du devenir de 6 promotions de PCEM2 de la Faculté de Brest de 1990 à 1995 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2008.
23. La démographie médicale à l'horizon 2025 : une actualisation des projections au niveau national - er352.pdf [Internet]. [cité 23 janv 2014]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er352.pdf>
24. Olivier De Sardan J p. La rigueur du qualitatif. Les contraintes empiriques de l'interprétation socio-anthropologique (French). Bruylant-Academia, Louvain la Neuve; 2006.
25. Lester Luborsky. principe de psychothérapie analytique [Internet]. 1996. Disponible sur: http://zotero.org/support/quick_start_guide
26. Marie P, Mazeran-Lumley V, Faruch C, Pinel C, Fernandez P. « Burn-out » : éléments sur les logiques de l'effondrement professionnel. *Empan*. 1 sept 2004;n°55(3):27-33.
27. Delbrouck M. Burn-out et médecine. *Cah Psychol Clin*. 1 avr 2007;n° 28(1):121-132.
28. Deneux A. Une pratique des groupes de parole de soignants à l'hôpital général. *Rev Psychothérapie Psychanal Groupe*. 7 juill 2008;n° 50(1):123-132.
29. Toute la nomenclature en Médecine Générale - CCAM - NGAP - forfaits - Parcours de soins - Gardes - SNJMG [Internet]. [cité 21 janv 2014]. Disponible sur: http://www.snjmg.org/infos/page_nomenclature/nomenclature_des_actes_medicaux_snjmg.html
30. Bourlet P. Dans quelles situations particulières est-il pertinent d'utiliser les échelles de dépression en médecine générale? [Internet]. Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines; 2013 [cité 18 avr 2014]. Disponible sur: <http://theseimg.fr/1/sites/default/files/Pauline%20Bourlet.pdf>
31. ISNAR IMG. guide de l'apprentissage dans une logique par compétences ou comment mieux appréhender les évaluations du D.E.S. de médecine générale [Internet]. 2013 [cité 18 avr 2014]. Disponible sur: http://www.isnar-img.com/sites/default/files/publications/130411_isnarimg_guide_apprentissageparcompetences.pdf
32. Simpson M, Buckman R, Stewart M, Maguire P, Lipkin M, Novack D, et al. Doctor-patient communication: the Toronto consensus statement. *BMJ*. 30 nov 1991;303(6814):1385-1387.
33. Moreau A, Le Goaziou MF. Place de la psychothérapie dans la prise en charge de la dépression en médecine générale. *Fev* 2003;66(11).
34. Frémont P, Gérard A, Sechter D, Vanelle JM, Vidal M. L'alliance thérapeutique au début d'une prise en charge pour dépression par le généraliste. *L'Encéphale*. avr 2008;34(2):205-210.

35. Caillaud A. La psychothérapie du médecin généraliste: quelles représentations s'en font les médecins généralistes ? [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2013.
36. Lott M. Critères de choix d'un traitement antidépresseur dans le cadre d'un épisode dépressif majeur d'intensité modérée à sévère: enquête qualitative réalisée par quatre focus groupes auprès de médecin généraliste du département du Rhône en 2009. [Rhône]; 2009.
37. Grimaldi A, Cosserat J. La relation médecin-malade. Paris, France: Elsevier; 2004. 202 p.
38. Cottraux J. Formation et supervision dans les thérapies comportementales et cognitives (TCC). *Psychothérapies*. 1 sept 2004;Vol. 24(3):151-159.
39. Mari-Turret C. SASPAS: enquête nationale sur le vécu des internes de médecine générale en stage de novembre 2003 à avril 2004 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bretagne occidentale; 2004.
40. Manjarrès C, Renard V. Influence du stage ambulatoire en soins primaire en autonomie supervisée (SASPAS) sur la formation et sur les compétences des jeunes médecins généralistes: étude comparative. Créteil, France: Université Paris-Est Créteil; 2012.
41. Bammert T. Evolution des compétences après un stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée: étude des perceptions des étudiants en médecine générale par la méthode du focus group [Thèse d'exercice]. [France]: Université d'Angers; 2008.
42. exercer, La Revue Française de Médecine Générale [Internet]. exercer, La Revue Française de Médecine Générale. [cité 26 mars 2014]. Disponible sur: <http://www.exercer.fr>
43. Dehning S, Gasperi S, Krause D, Meyer S, Reiß E, Burger M, et al. Emotional and cognitive empathy in first-year medical students. *ISRN Psychiatry*. 2013;2013:801530.
44. Even G. Former les étudiants en médecine à la relation. *Champ Psy*. 1 mai 2001;n° 22(2):133-142.
45. Décret n° 2010-534 du 20 mai 2010 relatif à l'usage du titre de psychothérapeute. 2010-534 mai 20, 2010.

Documents annexes

Annexe 1 : Critères diagnostiques d'un épisode dépressif selon la CIM-10

A – Critères généraux (obligatoires) :

- L'épisode dépressif doit persister au moins 2 semaines.
- Absence de symptômes hypomaniaques ou maniaques répondant aux critères d'un épisode maniaque ou hypomaniaque à un moment quelconque de la vie du sujet.
- Critères d'exclusion les plus couramment utilisés : l'épisode n'est pas imputable à l'utilisation d'une substance psycho active ou à un trouble mental organique.

B- Présence d'au moins deux des trois symptômes suivants :

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

C – Présence d'au moins un des sept symptômes suivants, pour atteindre un total d'au moins quatre symptômes :

- Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi.
- Sentiments injustifiés de culpabilité excessive ou inappropriée.
- Pensées de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type.
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observée par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations.
- Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés).
- Perturbations du sommeil de n'importe quel type.
- Modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

Annexe 2 : Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-IV

A - Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex. pleure). NB. Eventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

- Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

- Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel en 1 mois excédant 5%), 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.

- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

- Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

- 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).

- 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).

- 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 ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

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

D – Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex. une substance donnant lieu à abus, un médicament), ou d'une affection médicale générale (p. ex. hypothyroïdie).

E – Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire qu'après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

Annexe 3 : Echelle Montgomery-Åsberg d'évaluation de la dépression

(MADRS: Montgomery-Åsberg depression rating scale),

Cette échelle est très utilisée pour mesurer les changements apportés par le traitement de la dépression. Elle évalue la gravité des symptômes dans des domaines très variés tels que l'humeur, le sommeil et l'appétit, la fatigue physique et psychique et les idées de suicide.

1. Tristesse apparente:

Représente l'abattement, la morosité, et le désespoir (plus que lors d'une phase passagère d'humeur maussade), reflétés dans le discours, l'expression du visage, et la posture. Cotez selon la profondeur et l'incapacité de s'égayer.

- 0 = Pas de tristesse.
- 2 = A l'air absent mais s'illumine sans difficulté.
- 4 = Paraît triste et malheureux (malheureuse) la plupart du temps.
- 6 = A constamment l'air misérable. Extrêmement abattu(e).

2. Tristesse décrite:

Représente les descriptions d'humeurs dépressives, sans prendre en compte le fait qu'elles se reflètent ou non sur l'apparence. Cela comprend l'humeur maussade, l'abattement et le sentiment d'être au-delà d'une aide possible et sans espoir.

- 0 = Tristesse occasionnelle dans la gestion des circonstances.
- 2 = Triste ou morose mais la personne s'égaie sans difficultés.
- 4 = Sensations insidieuses de tristesse et de morosité. L'humeur est toujours influencée par des circonstances extérieures.
- 6 = Tristesse continue ou invariante, sensation de misère ou de découragement.

3. Tension intérieure:

Représente des sensations d'inconfort mal défini, irascibilité, bouillonnement intérieur, tension mentale qui monte en panique, en effroi, ou en angoisse. Cotez selon l'intensité, la fréquence, la durée et le besoin d'être rassuré(e).

- 0 = Placide. Seulement quelques tensions passagères.
- 2 = Sentiments occasionnels d'irascibilité et d'inconfort mal défini.
- 4 = Sensation continue de tension intérieure ou panique intermittente que le/la patient(e) ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
- 6 = Effroi ou angoisse incessants. Panique irrésistible.

4. Sommeil réduit:

Représente un vécu de durée ou de profondeur du sommeil réduits en comparaison avec le rythme habituel du/de la patient(e) quand il/elle se sent bien.

- 0 = Dort comme d'habitude.
- 2 = Petite difficulté à l'endormissement ou quantité du sommeil légèrement réduite, sommeil un peu allégé, quelque peu moins réparateur.
- 4 = Rigidité ou résistance au sommeil modérées.
- 6 = Sommeil réduit ou interrompu pendant au moins 2 heures.

5. Appétit réduit:

Représente la sensation d'une perte d'appétit comparé à celui de la personne quand elle va bien. Cotez par perte d'envie pour les aliments ou par le besoin de se forcer pour manger.

- 0 = Appétit normal ou augmenté.
 - 2 = Appétit légèrement réduit.
 - 4 = Pas d'appétit. Les aliments n'ont pas de goût.
 - 6 = Doit être persuadé(e) de seulement manger.
- <http://www.sommeil-mg.net> (copyleft)

6. Difficultés de concentration:

Représente la difficulté de rassembler ses pensées jusqu'à un manque de concentration incapacitant. Cotez selon l'intensité, la fréquence, et le degré d'incapacité produit.

- 0 = Pas de difficultés à se concentrer.
- 2 = Difficultés occasionnelles à rassembler ses idées.
- 4 = Difficultés pour se concentrer avec capacité réduite à lire ou à tenir une conversation.
- 6 = Incapable de lire ou de converser sans grande difficulté.

7. Lassitude:

Représente la difficulté à démarrer, ou la lenteur à initier et à effectuer des activités de la vie quotidienne.

- 0 = Presque pas de difficultés à démarrer. Pas de mollesse.
- 2 = Difficultés à commencer des activités.
- 4 = Difficultés à commencer de simples activités de routine qui se font avec effort.
- 6 = Lassitude complète. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8. Incapacité à ressentir:

Représente le vécu subjectif d'un intérêt réduit pour l'environnement, ou pour des activités qui, normalement, procurent du plaisir. La capacité à réagir avec les émotions adéquates aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 = Intérêt normal pour son environnement et les gens.
- 2 = Capacité réduite à prendre du plaisir à ses centres d'intérêt habituels.
- 4 = Perte d'intérêt pour son environnement. Perte de sentiments pour ses amis et connaissances.
- 6 = Sensation d'être émotionnellement paralysé, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et échec total ou même douloureux à ressentir quoi que ce soit pour des parents proches et amis.

9. Pensées pessimistes:

Représente des sentiments de culpabilité, d'infériorité, d'autocritique, sensation d'être immoral, de remords et de ruine.

- 0 = Pas de pensées pessimistes.
- 2 = Sensations d'échec fluctuantes, autocritique ou dépréciation de soi.
- 4 = Auto-accusations persistantes, ou idées de culpabilité ou de faute encore rationnelles. De plus en plus pessimiste vis-à-vis du futur.
- 6 = Illusions de ruine, de remords, de faute irréparable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10. Pensées suicidaires:

Représente le sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, des pensées suicidaires et la préparation de l'acte de suicide. (Les tentatives de suicide ne devraient pas influencer la cotation par elles-mêmes).

0 = Aime la vie ou la prend comme elle vient.

2 = Las de la vie. Pensées suicidaires seulement passagères.

4 = Pense qu'il vaudrait mieux qu'il/elle soit mort(e). Les pensées suicidaires sont habituelles, et le suicide considéré comme une solution éventuelle, mais sans plan ou intention particulière.

6 = Plans explicites de suicide pour la prochaine occasion. Préparation active pour le suicide.

Total:

Le diagnostic de dépression ne peut se faire à partir d'un simple questionnaire mais un total supérieur à 20/60 est généralement considéré comme anormal.

Un niveau de 30 points est considéré comme une définition de la dépression grave (Montgomery & Åsberg 1979).

Annexe 4 : Echelle de dépression HAD (HAD : Hospital Anxiety and Depression Scale) de Sigmond et Snaith

1) Anxiété

Je me sens tendu ou énervé.

- 0 = Jamais.
- 1 = De temps en temps.
- 2 = Souvent.
- 3 = La plupart du temps.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.

- 0 = Pas du tout.
- 1 = Un peu mais cela ne m'inquiète pas.
- 2 = Oui, mais ce n'est pas trop grave.
- 3 = Oui, très nettement.

Je me fais du souci.

- 0 = Très occasionnellement.
- 1 = Occasionnellement.
- 2 = Assez souvent.
- 3 = Très souvent.

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.

- 0 = Oui, quoi qu'il arrive.
- 1 = Oui, en général.
- 2 = Rarement.
- 3 = Jamais.

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.

- 0 = Jamais.
- 1 = Parfois.
- 2 = Assez souvent.
- 3 = Très souvent.

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.

- 0 = Pas du tout.
- 1 = Pas tellement.
- 2 = Un peu.
- 3 = Oui, c'est tout à fait le cas.

J'éprouve des sensations soudaines de panique.

- 0 = Jamais.
- 1 = Pas très souvent.
- 2 = Assez souvent.
- 3 = Vraiment très souvent.

2) Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

- 0 = Oui, tout autant.
- 1 = Pas autant.
- 2 = Un peu seulement.
- 3 = Presque plus.

Je ris facilement et vois le bon côté des choses.

- 0 = Autant que par le passé.
- 1 = Plus autant qu'avant.
- 2 = Vraiment moins qu'avant.
- 3 = Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.

- 0 = La plupart du temps.
- 1 = Assez souvent.
- 2 = Rarement.
- 3 = Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

- 0 = Jamais.
- 1 = Parfois.
- 2 = Très souvent.
- 3 = Presque toujours.

Je me m'intéresse plus à mon apparence.

- 0 = J'y prête autant d'attention que par le passé.
- 1 = Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.
- 2 = Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.
- 3 = Plus du tout.

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.

- 0 = Autant qu'avant.
- 1 = Un peu moins qu'avant.
- 2 = Bien moins qu'avant.
- 3 = Presque jamais.

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.

- 0 = Souvent.
- 1 = Parfois.
- 2 = Rarement.
- 3 = Très rarement.

Résultats :

Cette échelle explore les symptômes anxieux et dépressifs. Faire le total du versant anxiété et dépression : 21 points maximum pour chacun.

Entre 8 et 10 : état anxieux ou dépressif douteux.

Au-delà de 10 : état anxieux ou dépressif certain.

Références : Dépression et syndromes anxio-dépressifs, J.D.Guelfi et Coll, *Ardix Médical*.

Annexe 5 : Echelle HDRS (échelle de dépression de Hamilton)

- 1) Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)
 - 0 = Absent
 - 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 facile, 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 = Absent
 - 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 = Absent.
 - 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, ou 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 = Stupeur.

9) Agitation

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

10) Anxiété psychique

- 0 = Aucun trouble.
- 1 = Tension subjective et irritabilité.
- 2 = Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.
- 3 = Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.
- 4 = Peurs exprimées 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 = Graves.

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 : 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 : 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.

Résultats : Cette échelle doit surtout être utilisée non pas pour faire le diagnostic de dépression mais pour apprécier les composantes de celle-ci. Elle est significative pour un score > 15 et permet le suivi de l'évolution.

Références : Dépression et syndromes anxio-dépressifs, *J.D.Guelfi, S.Criquillon-Doulet, Laboratoires Ardix, 1993*

Annexe 6 : Guide d'entretien

Prise en charge du patient dépressif :

Comment prendrais-tu en charge un patient dépressif ?

Si la pathologie dépressive n'est pas définie, relance avec « comment définirais-tu la dépression ? »

Te sens-tu à l'aise avec le patient dépressif ? Avec la pathologie et sa prise en charge ?

Psychothérapie :

Comment te représentes-tu la psychothérapie de soutien ? Comment la définirais-tu ?

As-tu déjà assisté ou pratiqué une psychothérapie ? Comment l'as-tu vécu ?

Quelles difficultés as-tu rencontré ?

Comment te positionnes-tu en tant que psychothérapeute ? La nommes-tu devant les patients ?

Formation universitaire à la prise en charge du patient dépressif ?

La formation dispensée à la faculté te paraît-elle adaptée ?

Que t'ont apporté les séminaires et journées études consacrés à la relation médecin-patient et la prise en charge du patient dépressif ?

Quelles sont tes besoins à ce jour ?

Comment penses-tu acquérir de meilleures compétences dans ce domaine ?

Parcours et projets

Annexe 7 : Comptes-rendus des entretiens

Entretien : Madame 1

Comment prendrais-tu en charge un patient dépressif ?

A la 1^{ère} consultation, je chercherais à savoir s'il veut venir avec une personne qui voudrait ensuite le soutenir dans son parcours ou pas. En général, les gens aiment bien être seuls en consultation quand c'est une grosse déprime. Donc, je chercherais à évaluer la gravité de la dépression et déjà savoir si c'est vraiment une dépression ou pas. Parce que les gens se disent souvent dépressif mais ils ne le sont pas forcément. C'est souvent des coups de moins mais pas forcément un syndrome dépressif.

Comment tu préciserais pour savoir s'il est vraiment dépressif ?

Je crois qu'il existe, enfin, j'ai déjà utilisé des échelles, des questionnaires. J'avais fait ça en stage de soins palliatifs. J'avais récupéré les questionnaires. Mais pour l'instant je n'ai pas eu le temps de beaucoup mettre en application parce que je ne suis passée que chez le Prat ; je n'ai pas encore fait de remplacement seul. Pour l'instant, les gens venaient voir le Prat, très rarement ils venaient me voir toute seule. Ils venaient nous voir nous quand j'étais avec lui mais pas individuellement.

Tu ne les as pas encore utilisés les questionnaires ?

Je sais que mon Prat les avait. On les utilisait ensemble mais toute seule au cabinet. En soin palliatif oui, je les utilisais seule. Donc voilà, c'est questionnaire puis, je n'ai jamais par contre introduit d'antidépresseur seule. Je crois que pour le moment j'en référerais à un psychiatre dans un premier temps. Et puis voilà, donc j'essaierai de faire une psychothérapie de soutien avec une évaluation du risque suicidaire.

Tu l'enverrais donc vers un psychiatre pour le traitement médicamenteux, mais pour le suivi, tu préfères continuer toi ou le psychiatre ?

Le suivi, moi, si je vois que le patient arrive bien à se confier, si je vois que j'arrive à bien l'aider un peu, et s'il a confiance. Oui, j'aimerais bien le suivre.

Tu as parlé de psychothérapie de soutien, tu te la représentes comment ? Pour toi c'est quoi en pratique ?

C'est une écoute active déjà du patient. En fait, chercher à mettre des mots sur une souffrance psychologique et les causes. Et puis, essayer avec le patient de trouver des moyens psychologiques pour s'en sortir. Peut-être trouvé des ressources humaines dans la famille et l'entourage pour essayer de l'aider.

Si tu devais définir la psychothérapie de soutien, tu la définirais comment ?

Je crois que c'est une mesure thérapeutique qui passe par une écoute active. Et une discussion avec le patient qui se déroule en toute confiance, qui concerne cette souffrance psychologique. Tout ça dans le but d'aider à identifier les causes de cette dépression, si c'est une dépression réactionnelle. Et puis peut-être pour aller mieux. Enfin, je ne connais pas la définition exacte.

Est-ce que tu parlerais de psychothérapie à ton patient, directement ?

En la nommant tel quel ?

Oui.

Non, je ne crois pas que je le ferai. On en fait avec un peu tous les patients finalement sans forcément que ce soit un syndrome dépressif. Je crois qu'on en fait un peu tous les jours. C'est instinctif et naturel, quand on voit une personne qui va mal de lui demander « qu'est ce qui ne va pas ? », « racontez-moi. Non je ne nommerai pas au patient « je vais vous faire une séance de psychothérapie de soutien ». Il risquerait de se braquer si ce n'est pas quelqu'un de très moderne.

Tu étais chez le Prat, est ce que tu as déjà fait ou assisté à la psychothérapie de soutien ?

Oui, j'en ai pratiqué aux soins palliatifs. Donc là on avait en début de stage un cours sur l'écoute active. Ça m'a vraiment changé la vie de savoir ça. Ça a complètement révolutionné ma vision des rapports, ça m'a ouvert une voie. C'était comme un moyen d'aller vers les gens, alors qu'avant je me sentais un peu impuissante et désarmée. Ça m'a vraiment servi. Je m'en suis servi ensuite chez le Prat. Un peu au quotidien, pas forcément avec les syndromes dépressifs, justement parce que les gens déprimés allaient voir mon Prat qu'il connaissait depuis longtemps et en qui ils avaient plus confiance. Mais oui, j'ai assisté aux psychothérapies de soutien avec un de mes Prat. C'est surtout un qui en faisait. Pas très souvent, c'était surtout des gens qu'il connaissait bien et qui se mettaient à aller mal.

Tu me parle d'une formation que tu as eue en stage de soins palliatifs, tu peux préciser ?

Justement avant cette formation, j'évitais un peu les questions embarrassantes avec les gens au seuil de la mort. Je ne savais pas bien comment aborder les questions douloureuses, j'avais peur qu'ils se mettent à me raconter des choses puisque je ne savais pas comment y répondre. J'étais mal à l'aise avec la douleur psychologique qu'ils pouvaient avoir. Et puis avoir ce cours sur l'écoute active et puis voir pratiquer l'écoute active au quotidien parce qu'il y avait des psychologues dans le service, puis l'assistante, la PH, la PUPH. Voilà. Du coup, j'ai pu en tirer des bénéfices. J'avais vraiment l'impression que ça m'a ouvert un chemin. En fait c'est un moyen aussi de me protéger moi de ce que la personne peut me dire mais justement pour mieux aider cette personne à mettre des mots sur ce qui ne va pas. Et puis lui faire dire parfois les choses qu'il ne pensait pas pouvoir dire sans trop influencer ces réponses. Mais je pense que pour affronter une souffrance psychologique, pour ne pas se projeter et s'effondrer face à une trop grande souffrance il faut quand même avoir une formation. C'est peut-être pour ça

que les médecins généralistes fuient les dépressifs. C'est parce que comme ils disent à la fin de la journée, y a plus qu'à se tirer une balle.

A la fac, est ce qu'il y a eu des formations qui t'ont apporté des réponses par rapport à la prise en charge des patients dépressifs ?

2^{ème} ou 3^{ème} cycle ?

Les deux.

Alors en 2^{ème} cycle, on avait un tout mini cours justement de la prof de soins palliatifs qui nous a fait un petit cours de rien du tout. C'était une introduction du module 6.

En 3^{ème} cycle, pas du tout. Y avait un cours sur l'adolescent mais non. Je suis même allée à un séminaire fin de vie, bon je ne vais pas citer trop précisément.

De toute façon, c'est anonyme. Tu peux dire ce que tu penses et comment tu l'as vécu.

Je trouve que non... Ça manquait de ... On nous a fait jouer des jeux de rôle mais voilà. Je n'en ai pas tiré des bénéfices énormes. J'ai eu un peu de mal avec l'enseignement du 3^{ème} cycle effectivement.

Qu'est-ce qu'il te manquait dans ces enseignements ?

J'avais l'impression que les gens ne sont pas vraiment formés avant d'y aller. J'avais l'impression en fait qu'ils nous racontaient comment eux ils font mais ce n'est pas forcément ce qu'il fallait faire ou les références. C'est-à-dire que moi après quand j'ai fait des recherches sur l'écoute active, sur la psychothérapie de soutien sur internet et vraiment dans des sources fiables, je me suis rendu compte que l'enseignement qu'on nous faisait c'était un peu les profs qui nous disaient comment eux ils pratiquent la psychothérapie de soutien mais, tu comprends, ça me gêne un peu.

Y a une journée sur la dépression, ça a été pareil ?

Je dois bien avouer que cette journée-là, je l'ai loupé. Mais j'ai eu la journée adolescent, on parle de suicide, mais là ça m'a vraiment déprimé. C'était vraiment beaucoup trop long, très théorique. Les jeux de rôles, personne n'y croit. Je ne sais pas ce qui manquait mais... C'est comme le sevrage du tabac, on parle du côté psychothérapie, on cite plein d'échelles, que de choses qu'on n'applique pas ou qu'on sait déjà. Je ne sais pas, j'ai du mal. Je n'en ai pas tiré un bénéfice énorme.

Tu arriverais à préciser un peu les manques que tu as eus ?

J'ai l'impression en fait que les profs viennent nous raconter leur expérience mais moi j'ai du mal à m'identifier à leur problème. Je ne dois pas avoir les mêmes, je ne sais pas. Je ne dois pas avoir les mêmes patients. Et puis, on a pas du tout le même charisme. Par exemple, eux quand ils racontent avec des patients qu'ils suivent depuis plus de 30 ans, ils ont rencontré ça ou ça comme problème ; moi je ne peux pas avoir les mêmes puisque je commence. Et moi,

plutôt mes problèmes, est ce que je serai crédible face à une personne de 60 ou 80 ans qui se sent déprimé et qui vient me voir alors que je suis la petite jeunette et que je n'ai pas de carrière, pas d'expérience... Moi j'ai des problèmes de jeunes, eux ils ont des problèmes de ... voilà... 30 ans de carrière.

Dans ces cas-là, la formation que tu as eue en soins palliatif, est ce que tu m'expliquer comment ça se passait ?

C'était un peu pareil finalement mais y a un vrai cours sur l'écoute active. C'est-à-dire en quoi consiste, qu'est-ce que c'est etc. Donc on a eu ce cours qui a dû durer 2 heures mais c'est toujours ça. Ensuite, on a fait des jeux de rôle ensuite on a eu l'application en pratique. C'est-à-dire que j'avais ma prof qui était derrière moi et qui me laissait entrer dans la chambre, elle me laissait discuter avec le malade. Ensuite on sortait de la chambre, elle me disait voilà, là je n'aurai pas fait ça, ça c'était bien etc. Et on recommençait la chambre d'après.

Après j'allais en consultation avec la psychologue. C'est-à-dire qu'on avait des entretiens familles. L'interne y est fortement convié. Les PH n'ont pas le temps de discuter toutes les après-midi avec les familles. Du coup, je voyais la psychologue à l'œuvre puis j'essayais de calquer mon comportement sur le sien pour l'entretien d'après. Je trouve que ça m'a vraiment aidé. De voir différentes personnes, et puis les infirmières, tous les gens qui étaient formés dans ce domaine. Les psychologues, je trouvais vraiment génial de pouvoir assister à leur consultation.

Est-ce que tu as trouvé des difficultés personnelles au cours de psychothérapie de soutien ?

Oui, de toute façon, on n'est jamais parfait et on finit toujours par trouver la situation qui nous dépasse. Surtout avec des patients auxquels on peut s'identifier. Je me suis souvent beaucoup impliquée et à tort. Je croyais que les patients allaient être touché par justement ma fragilité, et qu'ils se confieraient davantage, puisque moi aussi j'avais les larmes aux yeux quand ils me racontaient leur malheur. Peut-être qu'avant ce stage, j'ai beaucoup fait ça. Beaucoup main dans la main. Finalement ce stage de soins palliatifs m'a permis de voir que le patient ne cherche pas les larmes du médecin. Il recherche la force en fait. Il recherche quelqu'un de suffisamment fort pour déposer cette charge émotionnelle. Il nous demande d'être fort en fait, sinon on ne peut pas recevoir cette souffrance. Et j'ai arrêté. Je me suis forcée à être plus forte même quand je finis en pleur à la fin de la consultation, plus jamais je ne montre une telle fragilité devant le patient. Voilà ce que ça m'a appris.

Mais on finit toujours par craquer un jour ou l'autre. Je veux dire, on finit toujours par tomber sur le patient qui nous touche extrêmement. Soit trop ne s'identifier au patient et être en difficulté pendant la consultation, soit pas du tout s'identifier. Moi par exemple, j'ai du mal à m'identifier au patient dépressif alcoolique qui vient me voir. Tout ce qui est addiction, j'ai énormément de mal. J'ai du mal à aider parce que j'ai du mal à m'identifier à ces problèmes et j'ai du mal avec l'empathie.

Je crois que c'est ça aussi le mot clef. Le patient cherche l'empathie. Moi trop souvent je tombais soit dans la sympathie soit dans l'antipathie.

Là maintenant avec tes formations et tes expériences, tu te positionnerais comment devant ton patient ? Le mot psychothérapeute te convient ?

Je ne me sens pas spécialement psychothérapeute. Je crois qu'on a tous une place définie dans le système de santé. Les psychologues et les psychiatres font leur travail et on ne pourra jamais remplacer ce travail. Moi j'en fais à mon échelle, avec mes patients. Je crois que je suis le psychothérapeute des patients qui ont spécialement confiance en moi. Et si je me sens dépassée, je crois que j'en référerai à ceux qui le sont vraiment.

Aujourd'hui, comment penses-tu pouvoir acquérir de meilleures compétences ?

Avec l'expérience, je pense que l'expérience me manque terriblement. Et puis c'est vrai dans le monde parfait, si on pouvait avoir un enseignement par exemple avec une psychologue qui vient nous faire un cours. Enfin, qui prend une personne au hasard dans la salle et on joue un jeu de rôle où elle nous montre sa technique. Je pense que de cette façon-là je peux peaufiner. Enfin, j'imagine que c'est trop compliqué pour nous organiser des demi-journées dans toute sorte de spécialités. Mais même si un médecin généraliste passe 60% de son temps, même pour une rhinopharyngite, il fait de la psychothérapie de soutien. Donc oui, c'est important. Je trouve qu'il y a des techniques que je ne connais sûrement pas. Je ne les connais sûrement pas toutes. Et si un professionnel dans ce domaine pouvait nous expliquer, je ne parle même pas de dépressifs, si on pouvait nous expliquer des techniques pour aborder un patient, des choses à faire, à ne pas faire, oui une psychologue qui viendrait nous parler. Moi je trouverais ça génial.

Donc pas forcément ce que les médecins généralistes ont pu faire ?

Pour moi entendre, « moi j'ai eu tel patient il y a 30 ans, il s'est passé ça », ça ne m'intéresse pas.

Les exemples ne t'ont pas permis de te reconnaître ?

Disons oui, sur le coup ça m'a aidé. Moi, j'ai besoin du cadre un peu plus carré en fait. De poser des règles théoriques d'abord, parce que autant y a des cours qu'on nous fait sur, je ne sais pas, les antibiotiques, où on a déjà des bases théoriques, là on en a pas. Je crois qu'il faudrait déjà commencer par là.

Qu'est-ce que t'a apporté ton stage chez le Prat ?

Plus une application concrète au cabinet de ce qu'on peut faire en tant que généraliste. Et puis au-delà même du syndrome dépressif, ça m'a apporté pour la consultation au quotidien. Comment faire de la psychothérapie de soutien mêlé aux parents d'un petit qui a sa bronchiolite.

Est-ce qu'il y a d'autres choses que tu voudrais ajouter sur la prise en charge du patient dépressif ou la psychothérapie de soutien ?

Oui. Je sais qu'il y a des médecins généralistes qui ne pratiquent pas de psychothérapie de soutien parce que ça prend trop de temps et parce que ce n'est pas un acte coté. Je trouve que c'est dommage. On peut comprendre ces généralistes parce que c'est vrai que ça prend du temps. Quand on reçoit un patient dépressif à 19h le vendredi et qu'on a envie de partir en week-end, je comprends que ça puisse embêter. Mais c'est peut être au gouvernement de penser comment rendre cet acte attractif. Dans la réforme du système de santé, quand on parle de cotation, il faudrait peut-être penser à coter une psychothérapie de soutien pour rendre attractif cet acte aux généralistes qui ne veulent pas s'embêter et en réfèrent tout de suite à un autre spécialiste. Alors que ce n'est qu'un prétexte pour ne pas perdre de temps. Parce que passer une demi-heure avec un patient qui n'arrête pas de dire « je vais mal, je vais me suicider », psychologiquement ça ne les intéresse pas, ça les embête clairement. D'autant qu'une demi-heure passée, ça a le même prix que renouveler une ordonnance de pilule.

Pour finir, peux-tu me décrire ton parcours et tes projets ?

J'étais externe à Lyon Sud. Le 3^{ème} cycle, je l'ai fait à Lyon aussi. Dans mes stages, j'ai commencé par les urgences de Villefranche. Je suis passée en gynéco pédiatrie à Vienne. Ensuite, endoc en CHU. Après j'ai fait cardio en périph et soins palliatifs à Lyon sud. Le stage Prat que je viens de finir et me voilà grande. Je ne suis pas encore Thésée.

Mon projet. Pendant longtemps je voulais faire du soin palliatif et finalement ça a changé en cours de route. Disons que le stage chez le praticien m'a emballé. J'ai adoré aller chez le Prat. Donc j'ai bien envie de m'installer en cabinet. Je ne le ferai pas tout de suite pour des raisons pratiques. Mon mari est assistant et c'est son poste n'est pas définitif. Pour l'instant je ferai des remplacements. Moi j'aimerais bien me trouver un cabinet avec des remplacements fixes sous forme de collaboration. J'aimerais avoir un semblant de suivi.

A l'origine tu as fait médecine en passant à une spécialité en particulier ?

Non. Je crois que ce sont les stages qui ont orientés mes choix. Toutes les spécialités que j'ai vues m'ont plu à part la chirurgie. C'est la raison pour laquelle la médecine générale me paraissait le mieux. C'est ce qu'il y a de plus large. Ça ne m'intéressait pas d'être sur spécialiste. Au contraire, la sur-spécialisation paraissait m'enfermer dans des gestes trop monotones et toujours les mêmes. Et puis, j'ai toujours aimé les maladies chroniques, voir les mêmes têtes. En médecine générale, on a cette chance, le suivi sur le long terme. Là par exemple, je vais remplacer chez mon Prat. Ça me fait super plaisir. Y a des gens qui ont pris RDV en sachant que c'était moi. Ça m'a fait plaisir.

Merci

Entretien : Madame 2

Comment prendrais-tu en charge un patient dépressif ?

Et ben, ça dépend de la présentation, de sa demande, de ce qu'il va dire. Ça dépend s'il vient parce qu'il est dépressif ou parce que je le trouve dépressif. Ça dépend de ces antécédents. Je vais toujours essayer de ne pas mettre de traitement en 1^{ère} intention. Je vais essayer de revoir le patient assez rapidement. Je vais toujours essayer de voir s'il y a une solution psychothérapique à laquelle il serait d'accord. J'essaie de voir s'il n'a pas d'idées suicidaires. Forcément, à chaque fois. Donc du coup, pas d'instauration d'antidépresseur au début. Eventuellement un anxiolytique s'il est très anxieux. Et puis toujours essayer de partir sur la voie psychothérapeutique.

Est-ce que tu peux m'expliquer pour toi ce qu'est la psychothérapie ? Comment tu la définis ?

Alors la psychothérapie. Déjà, il y en a différentes. Y a la psychothérapie de soutien, ça c'est le médecin généraliste qui est habilité à faire. Donc c'est de l'écoute active. Ecouter le patient, avoir de l'empathie, essayer de comprendre un peu ce qu'il vit. Après tu as toutes les psychothérapies comportementales et donc c'est souvent pour des personnes qui ont de grosses angoisses, soit des névroses soit des phobies et des tics avec une dépression engendrée par ça. Et donc après, qu'elle est l'origine de la dépression. Est-ce qu'elle est endogène, exogène, réactionnelle ? Est-ce qu'il a dessus de l'angoisse, des névroses, des phobies ? Si c'est ça, je vais l'envoyer vers un psychothérapeute comportemental. Après, si je vois que c'est plutôt environnemental, réactionnel, on va plutôt faire une psychothérapie de soutien.

Est-ce que tu parlerais de psychothérapie de soutien au patient ?

(Hésitations). Pas forcément non. C'est vrai que je crois que je ne l'ai jamais dit. Ici en psychothérapie. Non je ne l'ai jamais dit.

Qu'est ce qui te gêne dans le fait de la nommer ?

Ça ne me gêne pas de la nommer mais c'est vrai que j'ai l'impression que pour le patient, dire psychothérapie, ça veut dire quelque'un d'autre. Or je ne le pense pas. Donc c'est vrai que je pourrai l'expliquer au patient en disant revenez la semaine prochaine parce qu'on fera juste parler et c'est une psychothérapie, mais je ne le fais pas parce que je pense qu'il ne comprendrait pas. Il dirait peut être, « mince, c'est mon généraliste, pas mon psychothérapeute ».

Est-ce que tu en pratiques ?

Ben oui. J'aime bien les troubles psychologiques en générale, donc j'ai pas mal de patients qui ont des dépressions que je suis régulièrement. Et même la psychothérapie de soutien, on en fait même pour des patients qui ne sont pas dépressifs. Donc j'en fais un peu tous les jours.

Est-ce que tu peux me raconter ton vécu, des expériences qui ont pu te marquer ?

Alors, disons que j'aime bien faire parler les gens en général. Donc je vais leur demander par exemples s'ils ont des troubles du sommeil, s'ils mangent bien, comment va le moral ? Surtout chez des patients que je ne connais pas. Donc assez régulièrement, des patients disent, « ben non ça va pas fort en ce moment ». Du coup, je les fais parler mais c'est comme ça qu'on fait une psychothérapie. Je leur dis assez facilement de revenir la semaine d'après pour en parler. Voilà. Après dans le vécu, est ce que j'ai des choses en particulier ? J'en ai vu pas mal. Pas dans ce cabinet-là. Y a un autre cabinet où je suis en SASPAS où j'ai eu pas mal de patients dépressifs que j'ai suivi, qui sont venus 4 ou 5 fois.

Pas de difficultés particulières ?

Ben je n'ai pas eu de grosses crises suicidaires. Je n'ai pas eu d'hospitalisations. Je n'ai pas eu de gros trucs psy qui m'ont embêté. Ce qui m'embête le plus c'est combien de temps j'arrête. Est-ce que c'est bénéfique d'arrêter longtemps ?

Si, j'ai eu un truc difficile. Une fois j'ai eu une patiente qui était hypno thérapeute. Psychothérapeute hypno thérapeute qui arrivait en disant, « j'en peux plus, j'ai des idées suicidaires, je suis dépressive » Et en fait, c'était un cas compliqué parce que je trouvais qu'elle en savait plus que moi. J'avais l'impression qu'elle me testait. Elle venait me voir moi, la remplaçante plutôt que son médecin. Je pense que c'était fait exprès. Parce que du coup elle me testait un peu. Donc ça m'a paru compliqué. Heureusement j'ai un super maitre de stage qui a fait une maîtrise de philo et une psychanalyse, donc il est très fort dans les troubles psychologiques. Et il m'a dit, « t'inquiète pas, elle a un tableau un peu hystérique ». Ce qui était vrai. Alors pas la pathologie hystérique complète mais des traits hystérimorphes. Donc il m'a dit, « t'inquiète pas, elle ne va pas vraiment se suicider, ça va toujours mal mais en fait ça ne va pas si mal que ça ». Du coup, c'est peut-être la situation qui m'a mise mal à l'aise. C'est vrai que quand je l'entendais parler, je me disais mince, ça ne va pas bien du tout. Il faudrait limite qu'elle revienne dans 2 ou 3 jours. Et en fait, je l'ai vu quatre fois et après je me suis dit ça un peu mieux que ça.

Par rapport à la formation qu'on a pu avoir à la fac en tant qu'interne, est ce que tu as l'impression d'être bien formée ?

J'ai l'impression qu'on n'est pas assez formé. Parce qu'on peut toujours l'être plus. Ceci dit, j'ai beaucoup aimé, j'ai rencontré un médecin psychothérapeute ? Il est à la fac ? Du coup, j'ai fait une demi-journée en SASPAS, en projet professionnel ; il fait des TCC et donc j'ai fait une demi-journée par semaine avec lui. <J'ai appris un peu tout ce qui est TCC. J'ai fait la journée dépression, écoute active et l'atelier relation médecin patient avec lui donc j'ai trouvé que c'était bien. Parce qu'il est calé sur le sujet et moi je trouve qu'il m'a donné de bonnes bases. Maintenant c'est vrai qu'on peut toujours avoir des cours en plus et c'est vrai que les troubles psychologiques, c'est je ne sais pas moi, 25 à 30% des consultations. Du moins j'ai l'impression.

Aujourd'hui est ce que tu as des attentes particulières concernant ta formation ?

Peut-être plus de mise en pratique. Ce serait plus des ateliers jeux de rôles avec des patients dépressifs à différents stades. Qu'est-ce que je fais, quel traitement je mets ? Et puis aussi les médicaments. A la fac, on nous dit beaucoup ne prescrivez pas de médicaments, ça masque puis après on n'arrive pas à traiter le fond. Souvent les patients sont en demande de traitement. Quel traitement on met ? Le patient qui va être complètement apathique, on va plutôt mettre un IRS + NA. Le patient qui est juste dépressif mais qui a un élan vital, on va plutôt lui mettre un IRS seul. Et ça on ne l'apprend pas à la fac. Donc éventuellement peut être dans la pharmaco. Pharmaco et arsenal thérapeutique.

Tu parlais de jeux de rôle, ce serait plutôt à la fac ou avec des patient ?

Non à la fac. Pas du tout avec les patients. Plutôt entre collègue, internes, un médecin, un patient, une situation clinique. Que fait le médecin ? Comment réagit le patient ? Et puis ce qu'en pense tout le monde.

Tu penses quand même que d'autres séminaires ou journées études seraient intéressantes ?

Oui bien sûr.

En gros quelle perception as-tu de la formation que la prise en charge psychothérapeutique ?

Et ben, je trouve que c'est enseignant dépendant. Moi, j'ai trouvé qu'avec le médecin en question tout à l'heure on a mis un bon pied dedans et qu'on avait de bonnes bases. Ce n'était pas assez pour s'installer et e faire tout le temps mais après, y a aussi peu de pratique. En stage Prat, tu commences à être seul avec les patients et après il y a le SASPAS. Je trouve que c'est là qu'on apprend à se connaître, à savoir comment on réagit face aux patients. La psychothérapie, je pense qu'on en fait tous. Qu'on est été formé ou non. Tous les internes font de la psychothérapie. Je trouve qu'on a de bonnes bases. Si ça nous plait, il faut aller se former ailleurs parce qu'on n'a pas assez de formations. Mais si on n'est pas attiré, pour quelqu'un qui dit « ben moi les troubles psychologiques ça m'emmerde », je trouve qu'on a de bonnes bases.

Où tu irais te former ?

Moi, je pense faire le DU proposé par la fac.

Il consiste en quoi ?

Alors, c'est une année. Je crois que c'est 200 heures. Tu as un stage, des cours et une épreuve pratique. Pour l'instant, je n'en suis pas là. Ca me plait pas mal, j'en fais beaucoup. Je trouve que ça m'intéresse de plus en plus et que je suis un peu limitée, en particulier tout ce qui va être TCC. Parce que dans la psychothérapie de soutien, je n'ai pas l'impression qu'on ait besoin d'un DU ou d'une formation en plus. C'est plutôt notre ressenti, notre sensibilité. Donc ça va être plutôt ça la psychothérapie de soutien. Je pense qu'à la fac, les trois ateliers

médecin patient reprennent bien ça. C'est les techniques d'écoute active, qu'est-ce que l'empathie. Après, si ça m'intéresse un peu plus, je ferai le DU pour connaître un peu plus les TCC.

Est-ce que tu as autres choses à ajouter sur la prise en charge du patient dépressif ou la formation ?

A part tout ce qui est pharmaco, je trouve qu'on nous a bien appris le cadre, l'entretien du patient dépressif, toujours regarder dans quel cadre il est. Etablir le risque suicidaire. Oui/non. Est-ce que c'est une dépression ou une déprime ? On l'a bien appris à la journée dépression. Moi c'est plutôt l'arsenal thérapeutique.

Juste pour préciser, peux-tu me décrire ton parcours et tes projets ?

J'étais externe à Paris. Je suis arrivée ici pour l'internat. Je suis en 6^{ème} semestre. J'ai fait de la gastro en 1^{er} semestre avec pas mal d'addicto. Après, les urgences pédiatriques. J'ai fait les urgences adultes à St Jo. Après j'étais enceinte donc j'ai fait un semestre cool, j'ai fait de la psy. C'était à St Cyr au mont d'Or en médecine somatique en milieu psy. Ça m'a beaucoup plu. C'était quasiment que des psychotiques, il y avait peu de dépression mais l'équipe était super. Après j'étais en dispo puis mon stage Prat. C'était super. Trois super médecins. Un faisait beaucoup de psychothérapie. Trois médecins très humains qui faisaient finalement pas mal de psychothérapie. Je me suis rendu compte qu'effectivement tous les jours on voyait des gens déprimés ou dépressifs et qu'on avait beaucoup de psychothérapie à faire. Et puis là je suis en SASPAS. Je fais une thèse sur les violences conjugales. Une thèse qualitative aussi. Je fais des entretiens avec des femmes victimes de violences conjugales. J'examine avec elle le lien avec le médecin traitant. En gros, est ce qu'elles sont venues en parler ? Je me suis rendue compte qu'il y avait très peu de femmes qui viennent consulter pour des violences conjugales. 10% des femmes souffrent de violence conjugale et une femme meurt tous les deux jours et demi. Je me suis dit « comment ça se fait qu'elle ne consulte pas leur médecin ? ». Du coup je fais une thèse dessus. J'en suis au recueil des données.

Puis je devrai avoir un poste d'assistante à St Cyr au mont d'Or pour deux ans. Ça me laisse le temps de finir ma thèse et d'avoir mon 2^{ème} bébé. Après j'aimerais bien m'installer et pourquoi pas faire une demi-journée par semaine de psychothérapie. Ca me plait bien.

Qu'est ce qui t'a fait choisir médecine générale ?

J'ai toujours eu envie de faire ça. J'i hésité entre psy, pédia et médecine générale. Je voulais travailler en ville, pas à l'hôpital, donc je me suis dit, pédia c'est un peu limité et puis faire que de la pédia, je trouvais ça restrictif. Psychiatre, j'ai eu peur de devenir timbrée. J'avais fait des stages d'externe en psy et je trouvais que les psychiatres étaient un peu timbrés. On sûrement pas tous, c'était mon vécu. Je me suis dit que là où je ferai un peu de tout c'est la médecine générale et je suis ravie. Je fais beaucoup de pédia, j'ai pratiquement 40%

d'enfants. J'ai beaucoup de femmes jeunes, enceinte et de la psy. Je pense que les personnes âgées restent avec leur médecin pour leur renouvellement. Du coup, ça me plait bien.

Je suis venue à Lyon pour la formation. En fait à Paris elle semblait moins bonne en médecine générale. Les services sont très pointus et on arrive moins à faire de stages de médecine générale. Ici tu ne vas pas loin, Bourgoin, Villefranche, t'as des services généraux. Enfin, voilà, je suis venue à Lyon pour la formation.

Merci

Entretien : Madame 3

Comment est-ce que tu prendrais un patient dépressif en charge ?

Déjà, j'essaie d'évaluer le degré de sévérité de son syndrome dépressif. Je l'interroge, j'évalue le risque suicidaire. C'est très important, je pose bien la question. J'explore un peu ces antécédents. S'il a déjà eu un syndrome dépressif, si y a déjà eu un traitement pour ça, une hospitalisation.

J'essaie d'instaurer un climat de confiance, qu'il accepte un suivi. Et ensuite en général, je propose de le revoir et après 2 3 consults, j'évalue avec lui s'il est nécessaire de mettre un traitement anti dépresseur ou pas. En général, c'est en accord avec lui.

Est-ce que tu parlerais de psychothérapie de soutien ?

Je ne sais pas si la définition que je me fais de la psychothérapie de soutien est la définition exacte

Tu la définirais comment ?

Pour moi, la psychothérapie de soutien, c'est surtout basé sur l'écoute, l'empathie. Voilà, c'est des bases mais j'ai pas de définition exacte de la psychothérapie de soutien

Tu penses qu'au niveau du traitement de la dépression, la psychothérapie de soutien a une place ?

Oui, je pense que c'est fondamental parce que des fois c'est suffisant. On n'a pas forcément d'instaurer un traitement médicamenteux. Des fois ça peut suffire pour des syndromes légers ou modérés à aider les gens et les amener à une amélioration. Donc oui, pour moi ça a une place importante.

Est-ce que tu te sentirais capable de faire une psychothérapie de soutien avec un patient dépressif ?

Oui parce que j'ai déjà l'impression de la faire dans mon stage en ambulatoire. J'ai déjà eu l'occasion d'en prendre en charge et de les suivre un petit peu sur plusieurs mois. Donc je me sens assez à l'aise avec ça. Après c'est vrai qu'on a toujours des doutes à savoir si on leur apporte quelque chose ou pas.

Tu as des exemples de prise en charge ?

Oui, là en ce moment, j'ai deux patients que je suis assez régulièrement. J'ai une jeune étudiante que je suis depuis trois mois. J'ai mis un traitement anti dépresseur parce que c'était sa demande et que ça s'améliorait pas simplement avec la psychothérapie. Y en a une autre que je ne vois plus depuis un petit moment mais que je voyais tous les 15 jours et qui avait un syndrome dépressif réactionnel à un accident du travail et à une

inactivité.

Tu veux que je développe ?

Tu te sens à l'aise avec ces patients ?

Avec elles oui. Quand c'est un peu plus compliqué, que j'ai l'impression qu'il y a des troubles de la personnalité associés, c'est vrai que je me sens pas toujours à l'aise avec la personnalité du patient. C'est pas toujours évident. Après avec les femmes jeunes ou, en fait finalement quand le patient est à l'aise avec moi, ça se passe plutôt bien et j'arrive à les suivre assez facilement. Donc ça dépend assez du patient, si il adhère ou pas à ce que je lui propose.

Est-ce que tu as l'impression d' avoir eu une formation sur la psychothérapie ?

Pas vraiment. J'ai l'impression plutôt, au fil des expériences que je me suis faite, des discussions avec mes maitres de stage, des lectures et puis de ma sensibilité. De faire ça un petit peu au feeling. J'ai pas l'impression d'avoir été vraiment formé à ça pendant mon cursus. On a une journée à la fac je crois le dessus dans le cadre du DES de médecine générale. Mais c'est vrai que quand j'ai fait cette formation, j'étais déjà, enfin, ça m'a permis de conforter ce que je faisais moi en consultation. Mais j'ai pas l'impression que ce soit vraiment la formation à la fac qui m'ait donné des bases très solides.

C'était quoi la formation qui avait eu lieu à la fac ?

On n'a pas une journée patient médecin ?

Quand on est chez le prat ?

Oui.

Tu y as participé ?

Je crois, ça me dit vaguement quelque chose

Tu crois qu'avoir une formation un peu plus précise à la fac serait intéressant ?

Ben oui, je pense. C'est vrai qu'on parle beaucoup de psychothérapie de soutien mais savoir vraiment si ce qu'on fait c'est de la psychothérapie de soutien, est ce qu'on va au-delà, est ce qu'on en fait assez. . Et puis je pense aussi qu'il y a des internes qui peuvent ne pas être forcément à l'aise avec ça et ça pourrait leur apporter.

Et puis surtout, je pense qu'il n'y a pas forcément besoin d'un traitement médicamenteux quand on arrive à instaurer une relation de confiance avec un suivi. Ce serait bien de faire passer ce message, de s'exercer un peu. Quand on commence, on écoute les gens mais on ne sait pas si c'est la bonne technique. Donc c'est vrai qu'avoir une formation un peu plus poussée, une mise en situation concrète ça pourrait certainement être bénéfique surtout que c'est une situation que l'on vit fréquemment en médecine générale.

Est-ce que tu te rappelles d'un séminaire qu'on a eu : c'était la relation médecin patient en début d'internat et approche centrée sur le patient?

Les séminaires obligatoires du premier semestre ? C'est ça ? Ca me dit quelque chose mais j'avoue que c'est loin. Je trouve que c'est difficile sur une journée. On en retient des bénéfices immédiats mais après c'est vraiment en pratiquant. Je me rappelle qu'on a eu cette journée mais après le contenu... Je me rappelle plus vraiment des objectifs.

L'expérience pour toi c'est plus important ?

L'expérience est toujours importante mais c'est quand même bien d'avoir une formation initiale assez solide avec quelques bases pour porter sa pratique.

Aurais-tu quelque chose à rajouter sur la prise en charge du patient dépressif ? Sur ta capacité à toi de prendre en charge ces patients ?

Je pense que la relation qu'on arrive à instaurer avec le patient est importante dans cette situation. Il faut arriver à se faire confiance même si on n'a pas beaucoup d'expérience. Ce qui n'est pas évident quand on commence le stage en ambulatoire. Et après je pense que plus on a de l'expérience plus on se sent à l'aise dans ces situations.

Tu te vois prendre en charge un patient dépressif ?

Ben oui. Je pense que ça fait partie du quotidien d'un médecin généraliste. Des fois, il y a des demandes somatiques qui finalement aboutissent sur des prises en charges plus de psychothérapies de soutien. Je pense qu'on est obligé de répondre à cette demande et de faire de telle prise en charge.

Peux-tu me rappeler ton parcours ? Tes objectifs et projets

Mon parcours. Et bien j'ai fait mes études sur Lyon. Mon stage d'urgence à Givors. Ensuite je suis passée en gériatrie, en médecine polyvalente à Tarare et après, j'ai eu la chance de faire 3 stages en ambulatoire. Un stage en pôle mère enfant, le stage prat et actuellement je suis en SASPAS.

Au niveau de mon avenir professionnel, je compte m'installer en libéral en cabinet de groupe. Pas tout de suite à l'issue de mon internat mais assez rapidement.

Merci

Entretien : Madame 4

Comment est-ce que tu prendrais en charge un patient dépressif ?

Alors d'abord, ce n'est pas sur une seule consultation. Première consultation, c'est vraiment écoute active et je le laisse un peu tout déballer. En même temps je recherche les signes en faveur d'un syndrome dépressif ou pas. Tristesse de l'humeur, trouble du sommeil et de l'appétit, dévalorisation, enfin les critères du DSM IV en gros. En général à la fin de la consultation, je dis au patient, je pense qu'il y a un syndrome dépressif. Bon là en l'occurrence il faut qu'il y en ait. Donc la par exemple je dirai je pense que vous avez des symptômes de dépressif. Par contre le diagnostic, j'ai pas besoin de le faire en urgence. Je vous propose de revenir dans quelques jours pour voir où vous en êtes des symptômes. De toute façon, on ne mettra pas de traitement tout de suite. Si on met un traitement il met au moins 15 jours à faire effet donc on n'est pas à quelques jours près. Voilà en général je fais comme ça.

S'il y a une grosse grosse angoisse je mets un anxiolytique en précisant qu'il ne le prendra pas de manière prolongée. Ce sera transitoire.

Est-ce que tu te sens à l'aise avec les patients dépressifs ?

Oui assez. La pathologie ça va. Et puis je pense que ça me plait donc je m'y suis intéressée. Je pense que globalement je me sens à l'aise pour gérer le patient dépressif quand on n'est pas dans la crise suicidaire. Là c'est autre chose.

Effectivement. Sinon, tu me parlais d'écoute active, peux-tu développer ? Pour toi est ce que c'est une thérapie ? Qu'en penses-tu ?

Oui pour moi c'est une thérapie.

Ah oui, aussi ce que j'explique au patient, ça me fais penser. Je lui explique qu'il y a deux traitements parallèles. Les médicaments et la psychothérapie. Alors je leur dis qu'au cabinet on peut faire de la psychothérapie de soutien donc c'est ici et maintenant et que si il y a besoin, on les enverrait voir un psychologue ou un psychiatre. Donc oui, je pense que l'écoute active est un traitement et fais partie du traitement autant que le médicament et si ce n'est pas plus.

Comment tu définis la psychothérapie de soutien ?

Alors la psychothérapie de soutien c'est dur à définir. C'est permettre au patient d'exprimer ces émotions actuelles, son ressenti actuel, son vécu actuel et d'essayer de l'aiguiller un petit peu à y voir clair et à trouver par lui-même ce qui ne va pas. On ne fouille pas dans le passé comme une thérapie analytique. Ce n'est pas une analyse. C'est un soutien sur le vécu actuel du patient.

Alors est ce que tu en pratiques ?

Oui.

Régulièrement ?

Ce n'est pas évident en tant que remplaçant mais oui. J'ai une patiente qui ne vient pas tout le temps mais que j'ai en psychothérapie de soutien alors que je remplace qu'un jour par semaine. Elle vient me voir moi.

Comment tu le vis ?

Bien mais je trouve que ça serait bien. Parce que par exemple, les psychologues peuvent parler de leur thérapie. Ils ont des groupes où ils peuvent parler. Ils peuvent échanger sur des patients. Moi je trouve qu'au bout d'un moment on ne sait plus où aller. Au début ça va et puis quand il n'y a pas d'évolution, on ne sait pas trop quoi faire. Après on est obligé de passer la main. Donc je le vis plutôt bien mais je sens que j'ai une limite à un moment.

Et donc tu te positionne comment ? En tant que psychothérapeute ?

Non, vraiment plutôt comme un médecin généraliste qui utilise la psychothérapie comme j'utiliserai un soin. C'est difficile. Non je ne sais pas comment expliquer la nuance. Parce que quand je fais la psychothérapie de soutien je garde mon rôle de médecin généraliste, la recherche de signe de gravité. Donc je pense que je suis plutôt un médecin généraliste qui utilise la psychothérapie mais pas vraiment un psychothérapeute.

Est-ce que tu penses qu'il y a d'autres domaines dans lesquels tu utilises la psychothérapie ? Autre que dépression.

Oui mais en fait je me rends compte que je ne le fais pas. Pas mal avec les adolescents, les enfants. J'y pense parce qu'en ce moment j'ai une patiente un peu anxieuse avec l'école, anxiété de performance. Ce n'est pas du tout une dépression. Ou bien dans des situations difficiles que vivent les patients comme un deuil ou autre chose comme ça. On fait une psychothérapie de soutien qui va durer deux trois consultations pas plus et ça ne débouchera pas sur une dépression. Donc oui, on peut l'utiliser dans d'autres domaines.

Penses-tu que ta formation a été adaptée pour la prise en charge de la dépression ?

Pas assez. Je pense pas assez. Après j'ai eu un stage prat, avec un prat qui faisait beaucoup de psychothérapie de soutien. Et c'est ce qui m'a formé. Après en SASPAS, je suis allée en CMP parce que je voulais justement me former à la psychothérapie de soutien. J'i fait l'atelier aussi mais je pense que ce n'est pas suffisant.

Tu parles d'atelier. Il s'agit desquels ?

C'était approche centrée sur le patient. Ah non, celui-ci c'est celui que tout le monde fait. J'en ai fait un autre qui était dans la lignée d'approche centrée sur le patient. Je ne me rappelle plus du nom. C'était trois séances. Y avait pas que de la psychothérapie de soutien. Il y avait aussi

l'annonce de maladie grave. Je ne me rappelle plus. C'était un séminaire au cours du cursus d'interne mais pas pendant le stage prat. C'était un en plus des séminaires obligatoires. Ah je crois que c'était relation médecin patient. Donc c'était très bien mais pas suffisant quand on aime. En tout cas pour moi.

Aujourd'hui, quelles seraient tes demandes pour la formation ?

Moi j'aimerais bien une formation de plusieurs jours pour avoir des clefs. Pour évoluer. Etre plus performante en psychothérapie de soutien. Un truc à long terme. Parce que finalement une formation tu y vas et puis c'est fini. Je trouve que si on pouvait une fois par trimestre ou tous les six mois, je sais pas moi, avoir une sorte de formation où on puisse parler des patient avec qui on n'arrive plus à avancer pour avoir l'avis d'autre médecin ou psychologue.

Un peu comme des groupes de paires ?

Oui mais accès sur ça.

As-tu des projets aujourd'hui pour améliorer ta formation, tes compétences ?

Pas de projet précis mais j'aimerais bien une formation. En fait, je voudrais mais je ne sais pas comment.

Pour terminer, peux-tu me préciser ton parcours et tes projets ?

Alors, j'ai fait mon premier semestre en gériatrie, deuxième semestre en gynéco maternité. Troisième semestre en stage prat et j'ai eu la révélation pour la psychothérapie de soutien. Après quatrième semestre, attend je m'embrouille. Non quatrième stage prat et troisième urgences. Cinquième semestre je suis retournée à l'hôpital en médecine polyvalente. Et sixième semestre je suis retournée en saspas et en même temps je suis allée un jour par semaine en CMP parce que justement je voulais être formé à la fois sur la psychothérapie de soutien et la logistique. Parce que je trouve qu'on en a beaucoup et je me trouve parfois démunie.

Et mes projets. Là je suis remplaçante et mes projets d'installation pour dans quatre mois.

Merci pour tout.

Entretien : Madame 5

Comment prends-tu en charge un patient dépressif ?

Qui est déjà étiqueté dépressif ou c'est toi qui fais le diagnostic ?

C'est toi qui fais le diagnostic.

Déjà je fais le diagnostic sur les critères cliniques, tristesse, anhédonie, pleurs, sur l'histoire etc.... Une fois que j'ai posé le diagnostic, en générale je fais un arrêt de travail pour ceux qui travaillent de 15 jours. S'ils travaillent pas je les laisse 15 jours et je les revois au bout de 15 jours pour refaire le point, voir où ça en est. Et là en fonction, soit j'introduis un traitement. Souvent je commence par de la phytothérapie. Soit j'attaque un traitement. Je mets souvent des benzo au début pour déjà calmer l'angoisse qui est souvent associée au syndrome dépressif. Et puis après pareil, en fonction, soit c'est une dépression sévère et j'adresse à l'hôpital si y a un risque suicidaire soit au psychiatre d'emblée. Soit c'est un syndrome dépressif réactionnel, j'essaie de gérer moi et je revois tous les 15 jours. Si au bout de 15 jours un mois de traitement phytothérapie, ça passe pas, là j'attaque les antidépresseurs et je revois tous les 15 jours pour voir les effets. En général, je mets un traitement pour 6 mois. 3 mois à pleine dose puis je diminue progressivement et on voit.

Donc tu dis les revoir tous les 15 jours, pourquoi est-ce que tu les revois ?

Pour voir comment ils vont. Voir si ça s'améliore, s'ils ont pris du recul.

Est-ce que tu te sens à l'aise avec les patients dépressifs ?

Non. Je trouve que c'est difficile d'évaluer le degré de la dépression. Et je trouve que c'est difficile de ne pas les classer dans un truc où ils ne peuvent pas s'en sortir après. Y en a je trouve, quand on part trop fort dans les traitements et dans la psychothérapie. Après ils rentrent dans un cercle où ils ne sortent plus. Et ça je trouve que c'est difficile de faire la part des choses entre le patient qui aurait juste besoin d'un soutien et son syndrome dépressif qui va durer 6 mois et on en parle plus et celui avec un syndrome dépressif profond qui peut durer des années et on rentre dans un cercle. Et j'ai pas envie de classer des patients qui pourraient s'en sortir vite dans la catégorie où c'est catastrophique, où en s'en sort plus et où on pédale. Voilà.

Tu as parlé de psychothérapie. Pour toi c'est quoi une psychothérapie ?

C'est une bonne question. C'est un traitement. Du psy quoi. Ça peut être une psychothérapie de soutien, une psychothérapie comportementale. Je pense une psychothérapie à la pathologie du patient. Pour moi c'est un traitement psy où tu fais que parler et tu écoutes.

Est-ce que tu penses en faire ?

Oui. A minima je pense. Je pense qu'il y a certaines fois on aide les patients pour de petites choses. Des psychothérapies de soutien surtout. Je pense surtout dans les syndromes anxio dépressifs qui sont réactionnel à des problèmes au boulot ou familiaux. Y a des patients qui s'en sortent en me voyant moi sans que j'ai fait quelque chose de particulier. J'avoue malgré moi parce que je ne m'y connais pas vraiment. Je connais pas toutes les subtilités de la psychothérapie de soutien. C'est plus de l'écoute active, du bon sens je dirais.

Quand tu les vois pour parler comme tu dis, est ce que tu leur dis que tu fais une psychothérapie de soutien ?

Ah non pas du tout. En fait j'y pense pas. Ça se fait naturellement.

Alors comment tu définirais une psychothérapie de soutien ?

Ben je sais pas. Les patients rentrent. Je dis comment ça va ? Et là ça part. Effectivement j'écoute le patient, je pose deux trois questions, je reformule mais finalement je fais pas grand-chose. J'ai l'impression, à part leur dire que je comprends et qu'on est là pour les écouter, je ne vois pas. C'est juste une présence, de la disponibilité. De l'écoute en fait.

Comment tu considères ta formation de la fac sur la dépression ?

Alors avant la sixième année, on a de la psy mais c'est toutes les pathologies psy et là je me suis noyée. Enfin clairement j'ai trouvé ça compliqué. Y a pleins de diagnostic que je sais pas poser. Après quand on était interne en médecine générale, à part en cabinet, j'ai jamais de psy, j'ai jamais vu de psychothérapie. Non je pense qu'on est pas hyper bien formé. Moi j'ai juste fait une formation en plus. C'était sur les thérapies comportementales et cognitives. C'était plus sur l'angoisse. Mais à part ça... Je trouve que par rapport à ce qu'on fait comme psy au cabinet, enfin là en tout cas au cabinet, et par rapport à ce à quoi on a été formé, je trouve que la formation est pas suffisante. En tout cas moi j'ai pas été formé à ce que je vois tous les jours en cabinet.

Tu as parlé d'une formation. Tu y es allé de manière volontaire ou c'était avec la fac ?

Non, toute seule. C'était un séminaire avec MG forme je crois.

Et à la fac, pendant ton stage prat, est-ce que tu as eu des séminaires ou autres sur le sujet ?

Si on a eu une journée mais c'était l'adolescent. Prise en charge de l'adolescent. Je ne pense pas qu'on ait eu de journées sur la dépression et tout ça.

Aujourd'hui, si tu voulais améliorer ta formation, qu'est-ce que tu ferais ?

Non je veux pas. Enfin, je veux pas... Dès que je vois que ça va trop loin, je passe la main. Si je vois que je m'en sors et qu'ils vont mieux, je reste comme ça mais après j'ai peur de rentrer dans une situation que je ne pourrai pas gérer. J'ai pas les compétences. Donc dès que c'est

trop compliqué ou qu'ils vont pas bien je passe la main. Donc j'ai pas envie de me former plus parce que j'ai peur d'aller trop loin et de ne pas pouvoir gérer après.

Finalement, tu dis avoir fait ton expérience en travaillant ?

Oui, sur le tas. En voyant les patients, en voyant comment ils réagissent. Je trouve au contact des gens. Après je sais pas si c'est bien. Après la seule chose que je pourrai vois c'est si je fais bien ou pas. En fait c'est en voyant les gens, on se rend compte que ça vient assez naturellement comme prise en charge. Quelqu'un qui est un peu dépressif, quand c'est une petite dépression, on arrive à s'en sortir par l'écoute active. Ca l'écoute active, on nous l'avait appris. Et ça marche bien. Par contre le reste, tous les traitements psychotropes et tout ça...

Tu trouves qu'il y a un manque aussi dans la formation aux traitements ?

Oui. Lesquels instaurer en premier. Vraiment ça je sais pas très bien faire. Donc j'en ai un ou deux que je prescris tout le temps. Après les autres je connais pas. Et ce qui me pose comme problème c'est quand je reçois les patients avec un traitement psy, antidépresseurs, la question de les arrêter de changer, je sais pas. Quand ils n'ont plus de suivi psychiatrique c'est compliqué.

Donc je passe assez facilement la main au psy.

Pour finir, peux-tu me décrire ton parcours ?

J'étais à Lyon Nord, j'ai fait mes trois d'internat à Lyon et maintenant je bosse ici. J'ai fait un stage prat et après j'ai remplacé le médecin chez qui j'étais en stage.

Pas de stage SASPAS ?

Non. Je suis restée dans le cabinet où j'ai fait mon stage prat. Je fais des remplacements réguliers depuis quelques temps.

Merci

Entretien : Monsieur 6

D'emblée, comment prendrais tu en charge un patient dépressif ?

Quelqu'un qui viendrait et je verrai qu'il est dépressif ?

Déjà comment tu ferais le diagnostic ?

Déjà ça se voit à son visage et puis le motif de sa consultation. Soit il me dit que ça va pas, ça va pas dans la vie. Donc à ce moment-là je vais gratter dans ce sens. Qu'est ce qui ne va pas ? Son degré de souffrance, voir un peu si ça influe sur sa vie professionnelle, sur sa vie familiale. C'est comme ça que je vais pouvoir aborder la question. Après moi je peux aussi le sentir. Y en a qui vont venir pour un autre motif qui n'a rien à voir. Ils n'arrivent pas à dormir ou ils ont mal... Puis finalement ce n'est pas ça. Tu te rends compte qu'ils ont une souffrance. J'essaierai de gratter sur la dépression ou l'anxiété. Généralement c'est un peu lié. Mais ce que j'utiliserai.. Ça m'est déjà arrivé d'utiliser les échelles genre Hamilton, ces trucs-là, pour essayer de coter la dépression. Après je ne suis pas toujours à l'aise avec ces outils-là. Je le fais un peu au feeling en fait. En voyant son degré de souffrance dans sa vie au quotidien. Je recherche les critères de la dépression. L'envie de rien, les troubles du sommeil, les troubles d'appétit, la tristesse, s'il pleure tout seul la journée, ces choses-là.

Donc maintenant que tu l'as dépisté qu'est-ce que tu fais ?

Je vais lui dire déjà que je le trouve déprimé et voir si ça lui parle. S'il le ressent aussi. En général, il te dise, c'est vrai je me sens pas bien, je suis déprimé. Et puis qu'est-ce que je fais ? Déjà je vais chercher qu'est ce qui le rend triste. Si y a eu un évènement de vie, depuis combien de temps.

Là à ce moment je le laisse parler. S'il sait c'est bien, sinon, c'est un peu galère. Souvent ils savent quand même, y a un problème au travail ou dans la famille. Voilà des problèmes personnels.

Pour la plupart ils parlent assez facilement. Je les laisse parler. A ce moment-là, s'ils sont vraiment au fond du trou, ils sont parfois demandeurs d'un arrêt de travail. Soit ils me le demandent spontanément, par exemple parce qu'ils ont un problème au travail, soit je leur propose. Si je vois qu'ils sont vraiment très mal, je leur demande si ça pourrait leur être utile.

Et puis après, je le trouve déprimé, je le trouve pas suicidaire. Je lui ai demandé quand même s'il n'était pas suicidaire. Je vais essayer de le gérer. Je me dis soit il va se reposer un peu, on va laisser un peu le temps passé puis je le revois par exemple dans une semaine pour refaire le point. Soit je lui propose une aide psychologique plus spécialisée, psychologue ou voir psychiatre.

Je lui parle de médicaments aussi. Je lui dis que ça existe. Je lui demande s'il en attendait de ma part. Alors s'il en attendait, on peut en discuter mais s'il en attend pas, je lui explique à quoi ça peut servir, voir s'il est réticent ou pas. Là on peut se laisser une semaine pour en reparler. Je lui explique que ça peut lui servir de béquilles par exemple pour les

antidépresseurs, l'apaiser s'il a des angoisses avec les anxiolytiques. C'est comme ça que je commence en général.

Ensuite, tu suis ces patients ? Tu dis les revoir au bout d'une semaine.

Oui, après ça dépend à quel point je les sens mal. Et puis je leur demande s'ils veulent me revoir aussi.

Après on est remplaçant donc soit c'est moi qui vais pouvoir le revoir soit c'est le médecin que je remplace. Des fois ils préfèrent me voir moi plutôt le médecin que je remplace. Je leur laisse le choix. Mais oui, je me demande. C'est bien beau, oui vous êtes déprimé, merci en revoir. Non, je leur demande s'ils veulent un sujet. Souvent ils sont contents qu'on aborde ce sujet alors qu'ils n'en ont parlé à personne.

Après je ne suis pas toujours à l'aise avec le suivi des patients déprimé mais j'essaie de leur proposer des solutions. Alors soit oui, on se revoit si vous voulez.

Alors quand tu les revois, c'est pour quoi ?

Pour voir comment ils vont depuis la dernière fois. Si je leur ai donné un arrêt de travail, ce qui n'est pas rare, voir si ça leur a fait du bien, si ça leur a permis de régler des problèmes. Puis de réfléchir aussi, de réfléchir sur la consultation qu'on a eue. Parce qu'on a quand même mis des mots sur la table. On a parlé dépression, pour tel ou tel problème. Ça leur permet de réfléchir de faire une sorte d'auto introspection. Et quand on se revoit on en reparle. Si ça a changé dans leur tête. Et puis comment ils sont. Là on peut repartir à zéro. Ils sont toujours aussi mal. Je peux proposer des antidépresseurs à ce moment là pour aider. J'essaie de les faire parler quand même. Je suis plus dans l'écoute active en reformulant. Je ne suis pas un psychothérapeute.

Quand je les revois, je vais les écouter beaucoup, je vais poser des questions sur ce qu'ils me disent. Et puis voilà, on va essayer d'avancer comme ça. J'en ai quelque uns, que j'ai vu trois quatre fois déjà. Et puis je voyais que ça allait mieux sans que je fasse grand-chose.

Tu me dis ne pas être psychothérapeute mais en même temps tu me parles d'écoute active, de reformulation. Pour toi c'est quoi la psychothérapie ?

La psychothérapie c'est pouvoir soigner par une approche psychologique. C'est pouvoir soigner par une approche psychologique. Par la relation, sans médicament.

Tu ne considères pas comme psychothérapeute ?

Si on prend la définition comme ça, si, je le suis un peu. Après je ne suis pas formé à ça. Je n'ai pas suivi une formation spécifique avec un diplôme au bout. Je n'ai pas les compétences de psychothérapeute. Après c'est sûr que pendant nos études on apprend des choses. Pendant l'internat, on a des cours la dessus. Mais c'est une introduction, une sensibilisation. Mais je ne crois pas être psychothérapeute. On va dire je joue à la psychothérapie.

Donc tu ne parles pas de psychothérapie à tes patients ?

Non, c'est vrai. Je leur dis... Comment je leur dis ça. Si peut-être.. Non en fait je l'emploi pas trop parce que je ne me sens pas psychothérapeute dans le sens technique du terme. Moi ce que je leur dis qu'on va en parler. Que c'est bien de poser des mots, de parler si ça ne va pas. Que ça va leur faire du bien probablement, du moins qu'ils me diront. Je leur laisse la balle dans leurs camps. Je ne leur dis pas je leur faire une psychothérapie de soutien. Quand je leur parle de ce mot là, je leur parle déjà de psychologue ou de psychiatre. En fait je ne l'emploi pas vraiment.

Donc le patient verbalise avec toi, mais ça n'est pas une psychothérapie ?

Ouais.

Est-ce que tu te sens à l'aise avec les patients dépressifs ?

Ce qui me met mal à l'aise, c'est déjà, je ne me sens pas avoir les techniques justement de psychothérapie, qui me permettent de bien cadrer la consultation. Déjà ça me rendrait plus à l'aise ; Parce que je ne maîtrise pas et quand je ne maîtrise pas je me sens mal à l'aise. C'est comme quand tu prescrites un médicament que tu ne connais, t'as toujours un peu peur. Après ce qui me met mal à l'aise c'est qu'au bout d'un moment je ne sais plus quoi leur dire. Ok, tu vois que ça ne va pas, tu as définis avec des critères genre Hamilton ou non. Mais bon y a des patients tu le vois. Et soit ils ont des problèmes tels que pouf... Ils ont des problèmes tellement colossaux que je me dis, je ne vois pas ce que je vais pouvoir leur apporter. Je me sens parfois un peu ridicule par rapport à leur problème. Ça me met mal à l'aise. Ou après, ce qui me met mal à l'aise, c'est quand ça avance pas. La consultation n'avance pas. Par exemple. Quelqu'un est venu parce qu'il avait mal au ventre. Il a déjà consulté trois ou quatre médecins parce qu'il avait mal au ventre. Et puis en discutant un moment, on finit par se rendre compte qu'en fait il est mal dans sa vie mal dans sa peau. Et là j'ai peur que la personne reste fixée sur ces symptômes. Que ça reste symptomatique. Moi je vois bien qu'il y a un problème psychologique, j'essaie de l'aborder, après l'avoir examiné, avoir éliminé quelque chose de somatique. Mais lui il reste fixé la dessus. Là ça me met mal à l'aise parce que lui il attend quelque chose pour soulager son ventre et moi j'ai l'impression qu'il a mal à son âme, enfin je ne sais pas si on peut appeler ça comme ça, son psyché. Ça me met mal à l'aise.

C'est la perte de contrôle qui met mal à l'aise finalement. J'ai l'impression de ne pas contrôler la consultation.

Et donc c'est plus facile de soigner une hypertension avec des antihypertenseurs. C'est concret quoi. Alors que la dépression, ou tous les problèmes psychologiques, ce n'est pas très palpable.

Alors voilà, le manque de contrôle et puis moi, le manque de compétences aussi.

Tu parles de compétences et de la fac. As-tu l'impression d'avoir eu une formation adaptée à la prise en charge du patient dépressif, la psychothérapie en sachant qu'en médecine générale on en voit pas mal ?

Non, carrément pas. Bien sûr que non. Pendant l'externat, c'est de la théorie pure avec tous les modules de psychiatrie. Ça t'apprend des choses, on en parle d'écoute active. Mais ce n'était pas concret. Ça ne te parle pas en plus quand t'es externe. Moi en tout cas ça ne me parlait pas du tout. C'est plutôt à l'internat que tu te rends compte de la relation avec les gens. Et c'est vrai que ce qui est bien en médecine générale c'est qu'ils nous font des trucs comme ça. On a le séminaire sur la relation médecin patient, approche centrée sur le patient. On en parlait un peu donc on commençait à concrétiser des trucs que tu commençais à sentir avec les patients. Et puis après tu t'en rends plus compte en stage prat, où t'es confronté aux patients dépressifs, avec des troubles de la personnalité mineure. Là tu te rends compte que c'est utile parce que c'est fréquent. T'es pas à l'aise avec ça et justement tu te dis que tu n'es pas suffisamment formé. On avait encore un autre truc sur la prise en charge du patient dépressif pendant le stage prat. C'était pas mal ça. En tout cas ça donnait envie de creuser. Mais ce n'est pas suffisant pour la médecine G.

Tu as fait le stage SASPAS ?

Oui.

Est-ce que tu as eu l'impression que ça t'avait apporté autre chose ?

Oui. L'autonomie. Déjà ce que tu avais commencé en stage prat, que tu commençais à gérer un cabinet. En fait ça confirme bien ça.

Et pour ce qui est de la relation avec le patient ? Tu t'es senti plus à l'aise

Pas à cause du SASPAS mais plutôt du fait de continuer à voir des patients. Sur le tas. De voir différentes situations, différentes personnalités. J'ai progressé parce que j'ai vu plus de patient.

Tu avais une super vision avec tes maitres de stage, du moins qui s'intéressaient à ça ?

Sur les trois y en avait un qui aimait bien ça. C'était long d'ailleurs ces debrief mais c'était bien mais c'était long. Il aimait bien tout ce qui était psychothérapie, relation avec le patient. Il cherchait à trouver la cause cachée de la consultation que tu ne comprends pas. Oui c'était bien et puis ça montrait qu'il faut s'y intéresser. Il l'a rendu intéressant. Moi quand j'ai fait médecine G ce n'était pas pour ça.

Et t'en penses quoi ? Du fait de voir pas mal de patients dépressifs ?

Je joue le jeu. En fait ça dépend des patients. Y en a avec qui t'es pas à l'aise ou même qui vont te souler. Quand t'en as beaucoup dans la journée, tu te dis ben mince, y a des psy pour ça. Y a des psy pour ça. Enfin non, ça fait partie de la médecine générale, je suis un peu cruel là. Mais ce n'est pas la partie de la médecine que je préfère. C'est vrai qu'il y en a beaucoup en médecine G mais je m'y suis fait. Ça m'intéresse plus maintenant aussi. Mais la grosse

psychiatrie, les grosses dépressions je vais plutôt passé la main. Mais j'y suis sensible quand même. Je ne vais pas rejeter les gens quand même. J'ai remplacé un médecin qui était sensible, il a plusieurs patients dépressifs. Enfin, je ne sais pas pourquoi, y a une sélection qui s'est fait. Je ne les rejette pas. Je passe la main si ça me dépasse mais je ne trouve pas toujours l'aide qu'il faut.

Aujourd'hui est ce que tu te sens compétent pour la prise en charge d'un patient dépressif ?

Je pense, j'ai l'impression en tout cas que j'arrive à les dépister, à les écouter, à les faire parler. Mais finalement je n'ai pas eu beaucoup de patient que j'ai suivi au long cours. Je me sens plus à l'aise qu'au début. Ça fait finalement pas tant de temps que ça qu'on remplace mais ça ne me fais plus peur. Je me demandais qu'est-ce que je vais pouvoir faire, leur dire ? Je ne me sens pas non plus complètement formé mais j'y y pense quand même. Faudrait que, si un jour j'ai le temps, de lire un truc, de faire une formation pour être plus fin dans la psychothérapie. Mais je ne me sens pas si mal mais c'est dur de juger. C'est un sujet difficile. Ce n'est pas facile de s'évaluer. Par contre j'ai de bons retours des gens, les gens sont contents. Donc ça me rassure aussi. Moi je ne me sens pas à l'aise mais les patients sont contents. Je me dis que je leur apporte quelque chose. Je me dis aussi, le temps passant, je me sens plus à l'aise aussi. Sans me sentir clairement professionnel de la dépression mais voilà, ça me fait moins peur.

Tu parlais de formations ; est ce que tu en envisages une en particulier ?

Dans ma tête j'y pense mais pour l'instant je n'ai rien de concret. Je sais ce qui existe. J'ai déjà regardé mais voilà quoi. J'ai rien de prévu, rien en cours pour ça.

Qu'est-ce que tu penses de la formation de la fac ? SI il y a avait quelques choses à faire qu'est-ce que tu proposerais ?

Je pense que des journées comme ils ont fait là. C'était bien en introduction, l'approche centrée sur le patient ou ce qu'on a vu sur la dépression. Qu'il y ait peut être plusieurs séances du même type, un peu plus approfondies. Peut être allé plus loin. Honnêtement je ne sais pas comment se passe les formations. Y a des formations qui durent un an pour obtenir le DU de psychothérapie ou deux ans. Alors doit y avoir plein de trucs dedans. Donc nous je veux dire, on a eu une après-midi. C'était intéressant mais ç doit être assez court puisque y a des mecs qui font ça pendant un an. Alors peut être trouvé un juste milieu. Deux trois séminaires en plus avec des jeux de rôle. Ça marchait bien pour ça. Un peu plus se serait bien. Et puis pas forcément au début de l'internat. Ou alors décalé. Mettre approche centrée sur le patient au début, le truc sur la dépression et après quand on a un peu avancé dans l'internat genre un niveau deux de psychothérapie. Après être passé chez le prat quand t'as vraiment vu les patients. C'est après le prat que tu te dis mince ce n'était pas bête ce dont ils nous parlaient, ça sert finalement. Mais bon en même temps l'internat passe vite. Sur le coup t'as pas envie d'y aller mais finalement tu te rends compte que ça te sert mais c'est après que tu t'e rend compte.

Tu m'as parlé des traitements. Tu gères comment ?

En fait, j'utilise toujours les mêmes, des IRS parce que j'ai lu que c'était bien. Je les introduis, je sais qu'il faut se laisser trois quatre semaines pour qu'il fasse effet. Je connais un peu les effets secondaires, l'intérêt que ça a. Donc oui je pense que ça va. Mais après je ne suis pas comme un psychiatre qui va pouvoir switcher entre molécules d'une autre classe. Ça je ne maîtrise pas. Dès qu'ils ne supportent plus mes IRS ou que ça ne marche pas, je n'ai pas trop de solutions. J'ai du mal à essayer d'autres molécules. Là je passe la main. J'essaie d'avoir l'avis d'un psychiatre. J'utilise quelques molécules mais pas plus. Ça limite un peu quand même.

Est-ce que tu peux me préciser un peu ton parcours ?

J'étais externe à Lyon. J'ai fait les urgences, ma gastro. Après j'ai fait de la gériatrie. J'ai fait la pédiatrie et puis le prat et SASPAS. Et là je fais des remplacements depuis un an et demi. Ça se passe bien

Merci

Entretien : Madame 7

Un patient vient te voir, tu lui suspectes un syndrome dépressif. Comment tu le repères, définis la dépression et comment est-ce que tu le prends en charge ?

J'essaie déjà de voir les symptômes de la dépression que je retrouve. Voir si il y a une tristesse de l'humeur, des insomnies, au niveau alimentaire, si il a des troubles de l'appétit. Voir s'il a le goût à faire des choses ou pas. Je recherche aussi s'il y a des causes. Sur le plan familial ou professionnel, s'il a des soucis. J'essaie d'identifier les causes. Après j'essaie de voir depuis quand les symptômes dépressifs ont commencé. Voir si c'est juste récent ou si c'est déjà ancien ou si il y a déjà un suivi par un psychiatre ou un psychologue. Si il a déjà eu des épisodes dépressif antérieur, des traitements ou pas. Si il a déjà pris des anxiolytiques ou pas.

Après je vois un peu l'intensité du tableau dépressif. Soit je peux proposer éventuellement un arrêt de travail et qu'il revienne dans les semaines qui suivent voir comment ça évolue spontanément sans forcément mettre de traitement d'emblée. Si c'est un gros tableau dépressif ou que le patient est dans la demande, il m'arrive de mettre en place un traitement anti dépresseur. En général, c'est pas pour une dépression qui vient de commencer depuis quelques jours. C'est plus pour des dépressions qui traînent, qui évoluent depuis un petit moment où le patient n'arrive pas à s'en sortir. Des fois il peut m'arriver de leur proposer une prise en charge par un psychologue ou un psychiatre si ils sont dans la demande. S'ils ne sont pas demandeurs, je n'insiste pas plus. Quand je mets un traitement anti dépresseur, je leur dis dès le début qu'on est parti pour plusieurs mois de traitement. Qu'il faut faire minimum 9 mois de traitement et c'est que quand on a plus de symptômes de la dépression qu'on arrête le traitement au bout de 6 mois. Parce que souvent ils arrêtent dès que ça va mieux et donc je leur explique que si on fait ça, la dépression récidive plus fréquemment.

A quelle fréquence est ce que tu les suis ?

En générale je leur mets un traitement pour un mois. Je leur explique bien que le traitement n'est pas efficace de suite et qu'il faut bien semaines avant de voir les effets. Donc en général, je les revois au bout d'un mois et je leur dis de venir si ça va pas d'ici là. Si vraiment ils ne se sentent pas bien ou ne supporte pas le traitement, je leur dis de revenir. Donc je les revois au bout d'un mois pour voir si ça va mieux, s'il supporte bien, si on augmente la dose ou si on reste comme ça.

Tu as parlé rapidement de psychologue, psychiatre. A quel moment est ce que tu t'orientes vers ces spécialistes ?

Si je vois que c'est très compliqué, que la personne a pleins de soucis, je crois que c'est pas mal de leur proposer un suivi par psychiatre. En général, c'est plutôt bénéfique donc j'hésite pas à leur proposer. Après y en a qui ont vraiment pas envie d'en entendre parler. Dans ces cas-là j'insiste pas.

Est-ce que toi tu te vois faire de la psychothérapie ? Est-ce que tu t'en sens les compétences ?

Un petit peu mais ce sera pas comme un psychiatre ou un psychologue. On en fait toujours un petit peu mais après je ne crois pas être aussi compétente qu'un psychiatre.

Donc toi dans ta prise en charge de la dépression, est ce que tu penses faire de la psychothérapie ?

Ça peut m'arriver après je leur propose mais après je ne considérerai pas que je fais une vraie psychothérapie. Je n'aurai pas cette prétention.

Comment est-ce que tu définirais la psychothérapie de soutien ?

Globalement, c'est essayer d'aider les gens dans leur réflexion, voir pourquoi ils se sentent mal, comment ils en sont arrivés là et puis les aider à voir les choses de manière différentes et de repartir sur un pied plus positif. Plus un travail sur eux même pour voir les choses différemment et cerner un peu d'où vient les problèmes.

Tu penses en avoir déjà fait ou pas trop ?

Je pense un petit peu mais pas trop ?

Est-ce que c'est un domaine dans lequel tu aimerais te perfectionner ?

Je me sens pas trop compétente. Je sais pas. Les gens trouvent que je les écoute et que je leur apporte du bien. C'est le retour que j'ai mais moi je ne me sens pas hyper compétente pour faire ça. Je pense qu'il y a des gens beaucoup plus compétents que moi clairement. C'est pas que je me sens pas à l'aise mais plutôt que j'ai peur de pas poser les bonnes questions et de faire avancer les gens dans leur réflexion. J'essaie mais je ne me sens pas efficace. C'est le sentiment que moi j'ai, c'est pas forcément celui des patients.

Tu te considères donc pas psychothérapeute et tu ne dirais pas au patient que vous allez faire une psychothérapie ?

Non clairement non.

Et pour le suivi ? Tu as dit d'abord à un mois et après, tu fais quoi ?

Oui je les revois tous les mois plutôt au début puis après ça m'arrive de leur mettre 3 mois de traitement quand c'est bien stable, qu'il y a plus de symptômes dépressifs.

Tu surveille quoi quand tu les revois ?

Je leur demande comment il supporte le traitement, si ça leur convient ou pas.

Au niveau de ta formation, Où en es-tu ?

Eh bien, je remplace actuellement. J'ai fini, Thésée depuis fin 2011. J'ai fait mes études à Lyon.

Est-ce que tu considères que ta formation est suffisante dans ce domaine ?

Ben, on a quelques cours sur la psychothérapie de soutien à la fac avec le DMG. C'est léger. On a quelques notions.

Tu considères que ça te permet d'avoir des bases ?

Ça me donne déjà les bases que je n'avais pas avant cette formation. Après je pense pas que ce soit suffisant pour faire de la psychothérapie de soutien. Je pense qu'il y a besoin de creuser. Après est ce que j'ai envie de creuser plus que ça ? Je suis pas sûr. Je suis pas sûr que ça m'intéresse plus que ça dans la médecine. Aider un peu les gens oui, les écouter, si je peux les aider c'est bien. Si ça suffit pas je préfère déléguer à quelqu'un qui est plus compétent et à qui ça plait en fait.

Donc la formation te paraît suffisante pour ta pratique ?

Plus de notion se serait plus pratique. Peut-être que ça m'intéresserait plus si je me sentais plus compétente aussi. Plus de pratique et de formation seraient peut être bienvenues.

Si tu devais proposer quelque chose, comment tu aimerais améliorer la formation ?

Ben je ne sais pas. Vu que je ne suis pas très compétentes... On avait fait des cas pratiques. On se mettait entre nous. Donc ça, plus de pratique. Qu'ils nous donnent plus de solutions, de clefs pour savoir comment faire en pratique. Quelques jours de formation, c'est pas non plus énorme.

La formation dont tu parles, c'est quand tu étais en stage chez le praticien ?

Oui. J'ai fait un saspas mais je crois pas avoir eu de formation. C'était les journées d'études chez le prat.

En saspas est ce que tes prat. Faisaient un peu de psychothérapie, est ce que tu faisais une supervision approfondie avec eux ?

Non pas trop.

Envisages-tu de te former dans le domaine ?

Non, je pense pas. Ça ne m'intéresse pas trop et c'est très chronophage. Là où je pense m'installer, il y a une patientèle plutôt volumineuse donc je pense pas avoir le temps de faire ça. Donc ça m'intéresse pas plus que ça. J'ai pas la motivation pour faire une formation complémentaire.

En tout cas, dans ta pratique actuelle, ça ne te manque pas ?

Non. Je fais sans. Enfin avec ce que j'ai acquis.

Tu peux me préciser ton cursus ?

En tant qu'interne, j'ai fait les urgences à Romans, la gériatrie à Allix. Après j'ai fait pédiatrie à Villefranche puis le stage prat dans le beaujolais. Après j'ai fait neuro rhumato à Villefranche puis le saspas sur Valence. Je prévois de m'installer vers Valence fin 2014 début 2015.

Aurais-tu des choses à ajouter ? Sur ton ressenti de ta prise en charge du patient dépressif, sur ta formation ? Est-ce que tu te sens à l'aise ?

Je ne me sens pas mal à l'aise, après au niveau de la prise en charge, y a mieux. Je me sens pas mal à l'aise. Ça ne me gêne pas de voir des patients dépressifs. Après quand il y a une psychothérapie à faire. Je ne me dis pas je vais faire une psychothérapie. Là c'est sûr je suis pas à l'aise. Je ne me considère pas compétente pour ça. Même si je considère que ça fait partie du traitement, avec des médicaments ou seul. Le médicament n'est pas forcément la réponse à tout. Donc si le patient est pas demandeur une prise en charge sans médicament est envisageable. C'est ce que je dis au patient. Le médicament c'est bien mais une psychothérapie c'est mieux parce qu'on règle les soucis et ça aide à guérir mieux que le traitement seul parce qu'on traite pas le problème de fond. Ça me semble quand même indispensable. Le traitement médicamenteux ne fait pas tout. Donc principalement, je propose aux gens de voir quelqu'un. Mais il y a des personnes qui sont pas dans la demande ou qui refuse. Régler les sources de la dépression est pour moi mieux que le traitement médicamenteux en lui-même.

Je viens de me rappeler d'une chose. On a parlé des journées d'études du stage prat. Y a-t-il d'autres formations qui t'ont marquées ?

Y a eu des séminaires mais je me souviens plus.

Approche centrée sur le patient, relation médecin.

Ah, oui. Ça m'a sûrement apporté deux trois choses. Après c'est peut-être pas suffisamment poussé. Ça pourrait être mieux.

Merci

Entretien : Madame 8

Je voulais t'interroger sur ta prise en charge du patient dépressif. Comment est-ce que tu dépistes la dépression ?

Alors, pour dépister la dépression. Je m'attends à un patient qui a une humeur triste, qui a des symptômes de type anhédonie et aboulie ou voir des idées suicidaires depuis au moins deux semaines.

Ok, donc ce patient est face à toi, qu'est-ce que tu fais ?

Déjà je lui pose des questions pour connaître un peu son parcours, ce qui s'est passé, comment il en est arrivé là. Je m'intéresse un peu à son histoire dans un premier temps. J'essaie de voir s'il y a eu un facteur déclenchant qui a pu entraîner cette dépression, si c'est réactionnel. Voir si il y a pas de facteur déclenchant rationnel, comment lui il prend les choses.

Au niveau de ta prise en charge, comment tu t'organises ?

Moi j'aime bien me baser sur la confiance du patient et être dans l'empathie bien sûr. J'aime bien les connaître un peu, savoir avant de passer à des interventions thérapeutiques, savoir si le patient a des ressources, savoir s'il est capable de s'en passer. Je ne mets pas forcément d'antidépresseurs d'emblée surtout quand c'est pas quelque chose de chronique, que c'est depuis peu de temps et que c'est un premier épisode.

Donc pas d'antidépresseur d'emblée, tu le traites comment ?

Alors j'essaie de savoir s'il a des ressources et en fonction de savoir s'il est intéressé par une aide psychologique. Je lui propose mon aide psychologique. En fonction, si vraiment ça dure, à ce moment-là je peux envisager des antidépresseurs si la persiste dans cet état sans aucune ressource et sans aucune amélioration.

Tu me parles d'aide psychologique, qu'est-ce que tu fais pour l'aider ?

Ben, c'est un peu le même travail. J'essaie de comprendre le patient et de savoir un peu comment il a pu en arriver là. Et puis, j'essaie de trouver des moyens en lui qu'il puisse utiliser comme ressources. Je ne sais pas c'est un travail au fur et à mesure. Ce n'est pas un cas particulier. Des fois ce n'est pas évident. Y a des personnes pour qui les ressources sont évidentes, savoir un peu ce qu'ils aiment faire, savoir ce qui leur fait plaisir à ce moment-là. Savoir aussi au niveau du travail comment ça se passe, s'il n'y a pas beaucoup de pression. C'est essayer de trouver qu'est ce qui pêche, ce qui pourrait être amélioré.

Qu'est-ce que tu dis au patient ? Parce que tu me parles d'aide psychologique, de discussion. Est-ce que tu parles de psychothérapie ?

Je ne sais pas ce que font les psychologues et psychothérapeute. Donc je ne sais pas si c'est une psychothérapie que je fais. J'essaie d'aider avec mon ressenti, mon expérience mais est-ce que c'est de la psychothérapie je ne pourrais pas te dire.

Comment est-ce que tu définirais la psychothérapie de soutien ?

Ce que je fais, c'est plus de la psychothérapie de soutien du coup. C'est du soutien, c'est un moment où le patient peut se poser et verbaliser ces soucis. Il trouve au médecin, cette canne qui lui permet de déverser, de s'exprimer. Ça correspond à un soutien déjà. Savoir qu'il y a quelqu'un qui peut l'écouter et qui est là pour le soutenir. Pour moi c'est ça de la psychothérapie de soutien.

Est-ce que tu considères en faire ?

Oui.

Donc l'aide psychologique dont tu parlais pour toi c'est une psychothérapie de soutien ? Qu'est-ce que tu entendais par psychothérapie quand je te l'ai demandé tout à l'heure ?

Psychanalyse. Ça ce n'est pas mon domaine.

As-tu des expériences avec des patients que tu aimerais partager ? Des trucs qui t'ont touché ou perturbé, ou gêné ?

Ben je trouve que toutes les consultations de psychologie et dépression sont touchantes. C'est vrai que personnellement j'aime bien discuter avec ces patients pour les soutenir. Je pense aussi qu'il faut être bien équilibré pour justement ne pas être perturbé, ne pas se mettre à la place du patient, rester dans l'empathie, l'écoute et le soutien.

Est-ce que tu te sens à l'aise avec la formation que tu as reçue dans ta pratique ? Que penses-tu de la formation que tu as eue ?

Moi je suis contente de la formation que j'ai eu dans le sens où ça m'a appris à repérer mes limites. C'est-à-dire que dans une consultation en particulier, je vais aborder les choses comme bon me semble, au fur et à mesure. Et si je vois que c'est une situation qui me dépasse, qui dépasse mes limites, je sais que je vais adresser à quelqu'un d'autre. Ça m'apprend à connaître mes limites et ne pas les dépasser.

Où as-tu fais ta formation ?

Lyon est.

Sur ce sujet, qu'est ce qui t'as le plus aidé pour ta formation ? Les cours, séminaires... ?

Non, l'expérience en elle-même. L'expérience de l'internat qui est elle-même riche en émotion et oscillations émotives !! Avec l'expérience en soi, on apprend à se connaître et on se connaissant finalement, c'est comme ça qu'on apprend à aider les autres.

On a eu des séminaires sur la dépression, la crise suicidaire, l'approche centrée sur le patient..., est ce que tu penses que ça t'a apporté quelque chose ?

Et ben par exemple, les séminaires où on utilisait des outils tels la reformulation, c'est quelque chose que j'utilise peu. J'ai l'impression que ça fait plus partie de la psychanalyse. Après c'est une impression personnelle. Dans ma façon de voir les choses et de faire, j'ai plus tendance à être dans l'écoute et à orienter le patient vers lui-même. Et si vraiment je ne trouve pas de ressources, j'oriente vers une autre personne.

Peux-tu me décrire rapidement ton parcours depuis l'internat ?

Alors je viens de Toulouse. J'ai fait gynéco et urgences à Tarare, puis neuro rhumato à Villefranche, puis gériatrie à Valence, puis le stage prat et en ce moment je suis en soin palliatif.

Tu m'as parlé d'expérience, où est que tu penses avoir le plus appris sur la psychothérapie, l'attitude à avoir avec le patient ?

C'est le prat et en ce moment en soin palliatif.

Si tu avais des suggestions pour améliorer la formation des internes ?

Je sais pas, c'est difficile. Je sais pas parce que les séminaires y en a, les cours y en a. L'expérience c'est chacun qui se la fait au fur et à mesure. Je dirai la pratique, la confrontation.

Aujourd'hui, tu te sens à l'aise pour prendre en charge un patient dépressif ?

Du moins je me sens à l'aise pour initier. Et si je vois que ça dépasse mes limites, j'oriente.

C'est quelque chose que tu aimes bien ?

Oui assez.

Est-ce que tu penses que tu as besoin d'améliorer ta formation aujourd'hui ?

Ben, je pense qu'on a toujours besoin d'améliorer sa formation. On n'est jamais parfait. Qu'est-ce que je ferai ? Dans le cadre de la dépression... Ben non, ça va.

Merci

Entretien : Monsieur 9

Comment prends-tu en charge un patient dépressif ? Comment tu vas d'abord le diagnostiquer et que fais-tu ensuite ?

Par rapport aux critères et symptômes du DSMIV. L'anhédonie, trouble du sommeil, de l'appétit, tristesse, anxiété. Ensuite, que dire...

Est-ce que tu recherches des choses en particuliers ?

Alors, quand il me signale qu'il est triste, que je lui diagnostic une dépression ou un trouble de l'humeur, on va dire. Je recherche des idées suicidaires. Si c'est le cas, je cherche à savoir s'il a pensé à quelques choses de précis, s'il a des projets ou si c'est juste des pensées fugaces.

Alors, il n'a pas d'idées suicidaires, qu'est-ce que tu fais ensuite ?

J'essaie déjà d'avoir une conversation avec lui, un entretien direct. J'essaie de lui faire formuler les choses ou du moins reformuler en adoptant la technique de l'écoute active.

Donc pour une première consultation, tu fais plutôt un entretien.

Plutôt, j'essaie déjà d'éliminer les critères de gravité. La personne qui se laisse vraiment aller, qui ne sort plus de chez elle. Puis après si on a tout ça on peut parler. Essayer de lui faire reformuler. Essayer de situer un peu la personne dans son entourage, qui elle voit, quel soutien elle a auprès de sa famille, ses amis. Comment ça se passe au travail ? Si elle a envie d'aller travailler ?

Comment tu organises ton suivi ensuite ?

J'essaie d'établir des dates de rdv ultérieur au bout d'une semaine ou plus en fonction de ce que j'ai introduit comme traitement ou pas. Mais dans ma pratique, j'avoue que j'essaie de les orienter directement auprès d'un spécialiste. Je ne me sens pas les épaules de faire du suivi. Moi ce serait plutôt du dépistage. Essayer de maintenir la situation le temps qu'on trouve un spécialiste. Je m'engage rarement dans un suivi. Ou alors c'est du renouvellement de traitement mais pour la partie psychothérapeutique je la laisse aux psys.

Est-ce qu'il t'arrive d'instaurer un traitement ?

Pas toujours au premier rdv. Souvent dans les dépressions ou les syndromes anxio dépressif comme son nom l'indique c'est surtout l'anxiété qui est au premier plan (quand on a éliminé tous les facteurs de gravité comme je disais). Y a des fois j'essaie déjà d'instaurer un anxiolytique en premier mais je n'aime pas instaurer un anti dépresseur après une seule consultation. Je trouve que c'est prématuré. Et puis j'ai toujours peur de ce que les patients

peuvent faire avec la levée d'inhibition. Et puis si le patient m'inquiète beaucoup, je l'adresse rapidement à un service d'urgence mais je ne prescris pas de traitement anti dépresseur en première intention. En plus des fois je me demande si les antis dépresseurs sont vraiment efficaces. Peut-être que la psychothérapie seul faite par un médecin formé et le temps ça marche...

Donc effectivement je les reverrai volontiers dans les jours qui suivent.

Donc pour la part psychothérapique tu envoies au psy mais pour toi qu'est-ce que la psychothérapie et penses-tu en faire un peu quand même ? Est-ce que tu aimerais en faire ?

Je ne pense pas en faire et bien sincèrement, je n'ai pas envie d'en faire. Je pense que c'est chronophage. Ça prend beaucoup de temps en consultation. Et ça a tendance à m'angoisser plus que le patient des fois. Je suis assez réticent.

En quoi ça t'angoisse ?

Ce que je pourrai dire au patient qui pourrait déclencher quelque chose chez lui. Je ne suis pas très à l'aise avec ça, avec les patients dépressifs en général.

La pathologie dépressive t'angoisse ? Tu penses ne pas maîtriser suffisamment ?

Je ne maîtrise pas et je la pense ingérable quoiqu'il en soit. Au fond je pense que les être garderont toujours une structure dépressive. Enfin je ne sais pas.

Pour toi la dépression est incurable ?

Les épisodes majeurs sont curables mais ça s'inscrit dans un trouble de la personnalité du coup je pense que la psychothérapie revient plus à un spécialiste que à un simple généraliste. Effectivement je eux traiter les accès de tristesse mais je pense qu'il y a besoin d'un suivi en profondeur sur le long terme.

En ce qui te concerne, le suivi psychothérapique c'est pas du tout de l'ordre du médecin généraliste ou c'est juste toi ?

Si c'est de l'ordre du médecin généraliste mais je pense que le médecin généraliste est plus là pour psychothéper les petits mots de la vie, les choses mineures on va dire.

Penses-tu avoir une formation adaptée à la prise en charge de la dépression ?

Absolument pas. Je pense que c'est très succinct. Pendant l'internat on t'apprend la psychothérapie de soutien comme un terme à mettre sur le papier mais en somme on n'a pas de formation particulière. C'est plutôt accès sur la pharmacologie, sur les critères diagnostics, le DSMIV (l'anxiété, l'anhédonie, la tristesse, la dévalorisation) Bref ce qui nous permet de poser le diagnostic. Le traitement c'est anti dépresseur et psychothérapie de soutien. Mais moi sortant de la faculté de médecine je ne sais pas ce que c'est qu'une psychothérapie de soutien. Pendant l'internat de médecine générale on avait quelques cours mais on va dire que c'était sur une demi-journée voir une journée sur 6 mois de stage. On avait des cas d'école ou des

jeux de rôle ce qui n'est pas très formateur. L'externat et la psychiatrie on est plutôt confronté à des patients psychotiques ou maniaco dépressif mais on voit peut de dépression en entretien.

Les jeux de rôles et cours à la fac ne t'ont pas permis de te sentir à l'aise ?

A l'aise, si je le suis mais j'aime pas ça.

Peux-tu me définir la psychothérapie de soutien ? (blanc et rire...) Qu'est-ce que ça représente pour toi ?

La psychothérapie de soutien... Peut-être qu'il y a plusieurs écoles en psychiatrie, plutôt psychanalytique ou comportementaliste. En somme c'est de traiter le patient par le biais de la parole dirai je. Lui faire énoncer ces problèmes. Parce que je pense que quand on dit ce qui ne va pas c'est un pas vers le mieux. Quand on rumine les choses seul dans sa petite tête on n'avance pas. Je pense que le cerveau a besoin d'entendre les problèmes par la bouche on va dire.

Et puis après c'est l'aider à réfléchir à comment il pourrait faire pour aller mieux. Mais en aucun cas c'est lui dire quoi faire. Mais ça reste une notion pour moi la psychothérapie de soutien.

En médecine générale c'est plus basé sur la bienveillance. Ecouter son patient, avoir une attitude empathique, essayé de rassurer son patient quand on peut. Voilà c'est tout ça pour moi. Je ne suis pas sûr que tel que je la pratique ça a une valeur thérapeutique.

Tu m'as parlé un peu de ta formation, peux-tu me décrire ton parcours ?

J'étais à la faculté de médecine de Lyon. Mon internat, j'ai fait mon premier stage en cardiologie puis de la gériatrie post urgences. Ensuite les urgences à l'hôpital. Puis de la gériatrie à nouveau, le stage chez le praticien et enfin un stage de pédiatrie.

Tu n'as pas fait de SASPAS ?

Non. Je n'y avais pas trop réfléchi. Et il fallait que je valide ma maquette.

En stage prat, tu avais une supervision ? Il te laissait en autonomie ?

Pas au début. Il m'est arrivé de faire des consultations seules mais par contre je n'avais pas de supervision. C'était pas trop leur truc.

Autre question sur ta formation, as-tu fais des séminaires sur le sujet de la dépression ? Il y a avait le séminaire approche centrée sur le patient et relation médecin patient.

Oui.

Est-ce que ça t'a apporté quelque chose au point de vue de ta pratique ?

Certainement. Mais c'est un peu vieux. Je ne m'en souviens plus trop. Je dirai que quand j'i eu ce cours, il n'était peut-être pas très élaboré mais j'en ne crois pas en avoir tiré grand-chose.

Tu penses qu'il faudrait améliorer la formation des internes ?

Ah oui. Je pense qu'il faudrait plus de journée de formation avec peut être des cas cliniques concret. Et puis je pense qu'il faudrait améliorer les relations entre la médecine de ville (la médecine générale) et la médecine psychiatrique et les hospitalisations. Je pense que déjà ça aiderait. En tout cas moi je me sentirai plus à l'aise. Peut-être qu'il faudrait revaloriser la médecine générale en faisant une consultation généraliste psychiatrie. On prend une demi-heure ou $\frac{3}{4}$ d'heure pour écouter son patient, qu'on soit rémunéré en conséquence. Qu'on ne soit pas toujours en retard dans ces consultations. Je pense que c'est ça. Et puis oui jouer sur la formation des internes. Plus les former aux phénomènes de l'écoute active par plus de formation théorique. Pa simplement une demi-journée, plus s'investir. Peut-être qu'il faudrait les envoyer en milieu psychiatrique. Je ne sais pas.

Autre chose à rajouter ?

Non je ne crois pas.

Merci

Entretien : Madame 10

Comment prendrais-tu en charge un patient dépressif et comment fais-tu le diagnostic ?

Alors, c'est un peu large comme question. Disons qu'en gros, j'évoque le diagnostic devant le comportement du patient et du motif de sa consultation. En général, le patient vient parce qu'il n'a pas trop le moral. J'essaie de creuser un peu, de savoir ce qui ne va pas. Alors, là souvent il explique que c'est à cause de problème ou boulot ou dans sa famille. Généralement, ils décrivent bien le problème. Je recherche des troubles du sommeil, de l'appétit. J'essaie de savoir si ça influe sur son quotidien. S'il arrive à sortir, s'il voit des amis, a des activités ou autre, depuis combien de temps ces symptômes durent. Et je recherche aussi les idées suicidaires, s'il a déjà pensé à mettre fin à ses jours, si oui de quelle manière. Pour l'instant, les patients que j'ai pu voir n'avaient jamais de projet bien établie donc je n'avais pas besoin de demander s'ils avaient l'arme ou le moyen de se suicider à disposition. J'espère que ça n'arrivera pas. Je n'utilise pas trop les échelles genre Hamilton, parce que je trouve ça impersonnel et en même temps ce que je recherche fait partie des questions. En tout cas je ne cote pas. Peut-être qu'il faudrait. C'est peut être intéressant pour le suivi. En fait je fais beaucoup au feeling.

Après il y a les consultations un peu cachées où le patient vient pour un truc anodin et en grattant un peu tu vois qu'il est en souffrance. Là c'est plus délicat mais en général quand tu leur demandes s'ils ont envie de parler, tu es assez surpris. J'ai eu le cas récemment. La patiente m'avait fait comprendre que ça n'allait pas. Je lui ai expliqué que peut être en parler lui ferai du bien mais elle ne voulait pas. Finalement au bout d'une troisième consultation, elle a tout débarrassé en fin de consultation. Alors effectivement après j'ai été en retard mais au moins elle a pu parler de son problème et m'a dit que ça lui avait fait du bien.

Donc, très bien tu penses que ton patient présente un syndrome dépressif. Que fais-tu ensuite ?

Pour une première consultation, je fais le point avec lui. Je vais lui dire que je pense qu'il fait un syndrome dépressif. Je recherche s'il est angoissé. Il est rare que je mette un traitement anti dépresseur d'emblée. A la rigueur je prescris des anxiolytiques si l'angoisse est importante et de l'homéopathie. J'explique le principe d'un traitement anti dépresseur. J'utilise beaucoup l'image de la canne qui soutient mais que le traitement médicamenteux ne fait pas tout. Je leur dit qu'il est important de parler de ce qui ne va pas, de faire peut être un travail sur soi. Je leur propose de revenir me voir au bout d'une semaine (moi ou le médecin que je remplace en fonction de ce qu'il souhaite et de si je suis encore là). J'ai fait pas mal de remplacement long donc ça aide un peu. Je leur propose donc de venir discuter et poser leur problème dans le cabinet. S'ils sont intéressés je leur conseille de voir un psychologue ou psychiatre mais c'est surtout quand je sens que le problème va me dépasser. Quand le problème est bien enkysté et qu'il faut vraiment faire une thérapie. A mon niveau ce n'est que du soutien, de l'écoute active. Et puis sinon, je propose un arrêt de travail quand le patient est

fatigué et que ça devient difficile. Enfin sauf quand le travail permet au patient de se sentir mieux. On voit ça ensemble en général.

Tu parles de soutien, écoute active. Penses-tu faire de la psychothérapie ?

De la psychothérapie de soutien à la rigueur mais rien de très poussé. J'écoute, je reformule. J'essaie d'être empathique et de laisser la personne réfléchir. Je ne conseille pas. En fait c'est beaucoup d'écoute et de revalorisation. Ces personnes souvent n'ont plus confiance en elle et voit tout négativement. J'essaie de les aider à trouver un objectif facile à atteindre et de positiver leurs actions.

C'est comme ça que tu définis la psychothérapie de soutien ?

Oui en gros c'est ça. Une sorte de relation d'aide en restant le plus objectif possible. Ne surtout pas prendre parti ou donner d'avis. Oui c'est ça une écoute active. Et puis c'est aussi rechercher les risques (suicide entre autre). Quoiqu'il en soit, ça n'est pas une thérapie analytique ou autre chose du genre. Je ne vais pas rechercher dans l'enfance du patient. J'essaie de travailler le temps présent. Comme gérer des situations difficiles, comment reprendre confiance en soi.

Dans l'ensemble, tu te sens à l'aise avec les patients dépressifs ?

Quand j'ai choisi médecine générale, je t'avoue que c'était ma hantise. Je trouvais ça ennuyeux et fatiguant. Et puis en fait en stage chez le prat, j'ai fini par trouver ça intéressant. En fait au début, je ne savais pas quoi leur dire. Tu m'aurais posé ces questions avant le stage chez le prat, je n'aurais pas répondu la même chose. La psychothérapie, tout ça ne me parlait pas. C'était un peu vague. Des mots clefs pour l'internat. Chez le prat et avec les cours qu'on a pendant ce stage, je me suis rendu compte qu'en fait il suffisait d'écouter. Ça soulage le patient et en général ça suffit. Bon après y a des cas plus difficile et là tu envoies chez le psy. Finalement, il y a une sorte de relation de confiance qui s'instaure et s'est assez intéressant. J'en ferai quand même pas toute la journée. Ça prend du temps et de l'énergie.

Fais-tu de la psychothérapie de soutien ?

J'en fais oui pour des syndromes dépressifs mineurs souvent réactionnels. Si ça me dépasse, je passe la main et j'adresse à un psychologue ou psychiatre. J'essaie de faire parler le patient, le laisser s'exprimer sur ce qui ne va pas, son ressenti, ce qu'il peut faire pour améliorer sa situation.

Tu dis au patient faire une psychothérapie ?

Je leur parle de l'importance de la psychothérapie au même titre qu'un traitement anti dépresseur voir plus important. Je leur propose de venir parler au cabinet et d'essayer d'avancer leur problème. Je leur propose de prendre contact avec un psy s'il le souhaite. Je ne crois pas leur dire que je vais faire une psychothérapie. Je ne me permets pas. Je ne suis pas psychothérapeute même si j'utilise l'écoute active. Et en même temps on fait ça pour presque tous les patients pas que dans le syndrome dépressif donc non je ne dis pas faire de

psychothérapie. C'est le principe de la médecine générale, ce contact avec les patients, la relation de confiance qui se crée. Enfin je crois.

Penses-tu que la formation à la fac soit adaptée ?

Au début je pensais que non. On avait des mots clefs qu'on a appris pour l'internat mais ça ne me parlait pas. Finalement j'ai pris conscience que ce qu'on nous avait appris, avait peut-être germé dans nos têtes. Il a fallu que je passe en stage prat. Mes prat faisaient pas mal de psychothérapie et je me suis rendu compte qu'il fallait bien écouter les patients et un peu faire au feeling. Toujours garder une certaine distance. Mais finalement ça m'a paru faisable. Et puis pendant le saspas j'ai pu en faire un peu (bon vraiment à minima mais c'était une première approche). Mes prat en saspas (enfin plus un) faisait des supervisions hyper longue. C'est vrai que des fois j'avais envie de rentrer chez moi mais au final ça m'a fait avancer sur ma pratique. Pendant ces supervisions on reprenait vraiment le ressenti des consultations, comment j'aurai pu mieux gérer les situations. Il m'a appris à prendre du recul et rester plus objectif devant les patients. C'est un peu tout ça finalement qu'on fait dans une psychothérapie.

Tu as fait les séminaires et journée d'études sur la dépression ou la relation médecin patient ?

Oui, au début de l'internat le séminaire relation médecin patient est devenu obligatoire. En fait, à ce moment-là, ça ne me parlait pas. Ça me paraissait plutôt évident. On nous disait qu'il fallait écouter le patient, rester neutre, reformuler etc. Ça me paraissait intuitif. C'est plus en stage que j'ai pris conscience de tout ça. Et y a eu le séminaire dépression risque suicidaire qui est pas mal fait. C'est sûr qu'à cette époque on prend pas mal les choses à la dérision. Les jeux de rôle, moi j'aimais pas ça mais finalement c'est instructif.

Est-ce que tu te sens suffisamment formé à la prise en charge du patient dépressif ?

Je ne sais pas. Je crois que ça va aussi avec ce que tu veux faire. Si tu aimes ça tu revois les patients régulièrement et tu t'améliore sûrement. L'expérience fait beaucoup. Peut-être que si on avait des cours avec des psy ce serait bien. Ça permettrait de se sentir plus à l'aise. Des cas plus pratique se seraient bien. Je ne sais pas un suivi en psychiatrie. Les supervisions en stage prat ou saspas sont importantes. Je pense qu'il faudrait peut-être insister dessus. J'ai des collègues qui ne faisaient pas de supervisions et je pense qu'au final ils y ont perdu. Et puis je pense qu'à un moment il faut aussi faire un travail sur soi pour arriver à garder la bonne distance, ne pas se laisser submerger.

Aurais-tu des choses à ajouter sur le sujet ?

Je sais pas. Si ce n'est que c'est finalement intéressant mais que ça prend du temps. Et puis qu'il faut être à l'aise avec les patients sinon, mieux vaut passer la main. Et là c'est parfois compliqué. Les délais sont souvent longs pour avoir un rdv psy. Alors il arrive qu'on n'ait pas le choix. Donc mieux vaut savoir un peu gérer.

Peux-tu me décrire rapidement ton parcours et tes projets ?

Alors j'ai passé mon internat sur Lyon. J'ai fait un stage aux urgences, gynéco pédiat, gériatrie. Je suis passé en psy parce que finalement je n'étais pas à l'aise et que je voulais travailler ça. Et puis le stage prat et saspas. Pour l'instant je fais des remplacements et j'aimerais m'installer en cabinet de groupe mais sans projet très clair.

Merci

Entretien : Madame 11

Je voulais t'interroger sur ta prise en charge du patient dépressif. Donc d'emblée, comment est-ce que tu évaluerais la dépression et comment prends tu en charge un patient dépressif ?

Alors c'est vrai que de ma petite expérience puisque je commence à peine à remplacer et qui sort du stage d'interne chez le prat. Il m'est arrivé de voir des patients que je suspectais dépressif et effectivement j'essaie de rentrer dans les grandes lignes du DSM IV, enfin maintenant du V. Quand j'ai vraiment des critères majeurs d'épisode dépressif, j'essaie de traiter, si ça évolue depuis longtemps, j'essaie d'instaurer un traitement. Après j'essaie toujours de ne pas prescrire à la première consultation mais de réévaluer un peu. De revoir au moins une fois que la personne puisse me raconter son histoire, de voir s'il y a de l'anxiété associée. De traiter d'abord ça. Et après si ça persiste d'instaurer un traitement anti dépresseur. Mais je dis bien que ça ne remplace pas une psychothérapie de soutien. C'est un peu comme ça que je fais

Et surtout, la grande urgence que je recherche lors de ma première consultation, je détermine le risque suicidaire. Parce que j'ai eu un cours à la fac qui était très bien là-dessus. Et donc en quatre questions je me fais une idée du risque suicidaire. J'estime que c'est ce qui est plus important avant d'instaurer un traitement en première intention.

C'est un peu comme ça que j'aborde les choses dès le départ. J'essai de savoir si c'est bien un épisode dépressif caractérisé selon le DSM IV enfin V, j'essai de voir si il y a une urgence à traiter le risque suicidaire. Après si il y a de l'anxiété j'essai de traiter ça et de proposer une psychothérapie de soutien avec soit un psychologue, psychiatre ou avec le médecin traitant si ils le veulent.

Ensuite je réévalue et si besoin j'instaure un traitement anti dépresseur mais pas systématiquement.

Tu as parlé de quatre questions pour évaluer le risque suicidaire, tu peux m'en dire plus ?

Du coup je demande frontalement s'ils ont déjà pensé à se suicider. Parce que par expérience, je vois qu'en posant des questions détournées ça ne sert à rien. Ils ne répondent pas toujours sincèrement.

Après je demande si ils ont pensé à un projet en particulier. S'ils ont un scénario. Ensuite s'ils ont imaginé une autre alternative. Et la dernière question si ils ont pensé à un scénario, si ils ont l'arme ou les médicaments à proximité. J'essaie de demander ça et je vois si la personne se livre facilement. Si elle en parle facilement. Ca c'est un critère en plus donc ça fait presque cinq questions. Si la personne en parle facilement, le risque est faible. Si elle est prostrée qu'elle répond à aucune question, là ça m'inquiète un peu. Après on a souvent

peur de se qu'on va trouver mais jusqu'à présent je n'ai jamais eu de risque suicidaire élevé. Je ne sais pas ce que je ferai si ça arrivait dans l'immédiat mais j'aviserai...

Tu as aussi parlé de psychothérapie de soutien, chez un psychologue ou psychiatre ou médecin généraliste. Toi comment est ce que tu définirais la psychothérapie de soutien et est ce que tu considère en faire ?

Alors j'essaie mais je n'ai aucune formation. Je n'ai reçu aucune formation pendant mon cursus mais j'essaie de comprendre l'histoire de vie, s'il y a des soucis dans la vie personnelle, au travail. En fonction de ça j'essaie de faire critiquer les choses par la personne. Qu'elle se rende compte de ce qui ne va pas et pourquoi ça va pas. J'essaie de faire du renforcement positif en fait. J'essaie de leur dire que tout n'est noir comme il le pense. Que c'est déjà bien qu'il ait eu la démarche de consulter pour ce problème. Je les insiste à continuer. Ce n'est pas systématique que je leur dis d'aller voir un psychiatre. J'essaie de faire en sorte qu'il trouve des solutions seules en me racontant leur histoire de vie. J'essaie que d'eux ils trouvent des solutions par un changement de vie ou par des changements dans les attitudes de vie pour qu'ils améliorent leur quotidien. Je tâtonne un peu. Je trouve que c'est beaucoup de l'écoute. Je les laisse parler. C'est vrai que dès les 1^{ere} consultations je les laisse parler, vider les choses et ça va souvent mieux. Mais je n'ai pas beaucoup de recul comme je suis remplaçante, je ne fais pas beaucoup de suivi. C'est ma conduite à tenir en 1^{ere} intention, après je les revois pas souvent pour le suivi. Je ne peux pas vraiment aller plus loin.

Est-ce que tu te sens à l'aise même malgré ça ?

En fait ce n'est pas quelque chose qui me dérange parce que c'est de l'écoute active, du renforcement positif. Ça diversifie ma pratique aussi donc je trouve ça intéressant. Mais je ne sais pas si j'ai la bonne technique. Je ne me sens pas mal à l'aise à parler de ça mais ce n'est pas non plus instinctif et parfois il y a des gens qui vont tellement mal qu'ils te mettent mal à l'aise. On n'arrive pas toujours à instaurer un climat de confiance propice au dialogue. Ils ne me mettent pas mal à l'aise mais je n'ai pas l'impression d'avoir une technique hyper élaborée. C'est un peu au feeling. J'ai acheté un livre de Balint qui s'appelle le médecin, le malade ou son patient, quelque chose comme ça pour essayer de trouver, d'améliorer mon temps de consultation. D'améliorer au mieux mes questions, ma prise en charge. Pour progresser. Mais je ne fais pas partie de groupe Balint par contre.

C'est un sujet qui t'intéresse apparemment? As-tu l'impression que la formation soit suffisante à cette pratique ?

Je pense que c'est suffisant quand on veut faire du débrouillage, qu'on veut répondre à des attentes simples. Je pense que le cours qu'on a chez le praticien est suffisant. Moi j'ai eu un intervenant qui nous a expliqué les choses de façon claire et je trouve que depuis j'ai une approche différente. Je ne me sens pas démuni. Je sais ce qu'il faut que je recherche. Je dois éliminer le risque suicidaire en premier. Après là où je ne me sens pas à l'aise, là où il y a peut-être un petit défaut dans la formation c'est au niveau de la prise en charge médicamenteuse. A la faculté, on nous apprend l'écoute active, l'approche centrée sur le patient. Mais quand je veux instaurer une thérapeutique, les molécules je les connais un peu

mais je ne me sens pas non plus hyper compétente en pharmacologie. Je pense que ce n'est pas le plus important pour s'occuper d'une personne dépressive mais ça pourrait être un complément de formation. Mais le problème est quand même abordé de façon claire. En tout cas moi ça m'a apporté en consultation. Après le fait d'être interne et de voir son maître de stage ça enrichi. Moi j'avais un maître de stage qui faisait beaucoup de psychothérapie. J'avoue que l'apprentissage sur le terrain m'a bien aidé avec en complément les formations à la fac. Donc non c'était pas mal.

Est-ce que tu envisages d'autres formations à l'avenir ?

C'est vrai que si je trouve une formation sous forme de congrès ou sous forme de journée, pourquoi pas. Un peu plus basé sur la pharmaco. Après pourquoi pas des groupes Balint. Pour nous ça peut être intéressant d'analyser nos points de vue. Ça peut être une approche intéressante en complément. Donc si j'en trouve un pourquoi pas. J'aimerais bien essayer.

As-tu une expérience en bien ou mal avec un patient qui t'a marqué ?

Attends-je réfléchi. .. En tout cas ça c'est jamais mal passé. Je n'ai pas de mauvais souvenir avec un patient dépressif. Y a une patiente qui m'a marqué quand j'étais interne en stage chez le praticien. Elle ne venait pas du tout pour un problème de moral. Elle venait pour avoir un médicament qui fait perdre du poids. Alors j'essayer d'aborder la consultation autrement en essayant de chercher avec elle pourquoi elle prenait du poids, pour lui dire que je ne lui prescrirai pas ce médicament. Qu'il lui ferait plus de mal que de bien. Le problème n'était là. Et là elle a éclaté en sanglot. Je ne m'y attendais pas du tout. Et j'avoue que j'ai été très mal. Je me suis dit que je n'avais pas été à l'écoute, que j'avais été trop brusque. C'était peut-être un début de psychothérapie, qu'elle avait besoin de parler de ce ressenti du corps. Je pense qu'elle devait être mal dans son corps et le fait d'essayer un refus, son mal être est sortie en plein milieu de consultation. Et moi ça m'a mis mal à l'aise. J'ai cherché mon maître de stage, un peu désespéré en lui disant, je suis désolé mais la patiente est en pleure dans le bureau. Je sais plus trop quoi faire. Donc il est venu avec moi. Il lui a dit a même chose, qu'il était d'accord avec ma conduite à tenir. On ne prescrira pas ce médicament. Après je l'ai revu pour un tout autre problème et ça allait. Je me demande si ce n'était pas une perche qu'elle nous tendait et nous on a pas su à ce moment-là la faire parler. C'est vrai que c'est quelque chose que je n'ai pas fait et que je regrette. En même temps elle s'est tellement braquée que je ne suis pas sûre qu'on aurait pu faire quoique que ce soit. Mais au moins lui proposer de revenir que pour ça. Il me semble que je lui ai proposé de revenir avec son enquête alimentaire mais j'en ai pas profité pour lui parler de cette souffrance peut être, de l'image qu'elle a d'elle. Donc là je m'en veux. Je ne l'ai pas vu venir. C'était une dame assez forte avec un fort caractère, sûre d'elle et elle s'est effondrée comme ça. J'aurai peut-être dû lui proposer une psychothérapie mais je ne lui aurais pas dit en ces termes-là.

Aujourd'hui, tu penses que tu aurais agis différemment ?

Avec l'expérience que j'ai, je pense que si. Si ça m'arrivait à nouveau, au lieu de penser mais qu'est ce qui se passe ?, je m'en servirai pour lui proposer d'en parler. De lui dire qu'on est là pour l'aider. Avec le recul, je me dis qu'on aurait pu faire autrement. Là j'avais pas du tout de

recul, j'étais interne, je ne connaissais pas la patiente. C'est toujours délicat de faire pleurer la patiente d'un autre, en plus il n'était pas prévu qu'elle me voit moi. Ce jour-là je n'avais pas compris.

Tu avais fait le point avec ton maitre de stage ? Tu as fait une supervision ?

Oui. Toujours avec ce maitre de stage. J'étais souvent seule avec les patients (enfin pas les 2 premiers mois avec les autres médecins). Avec ce médecin-là, j'ai été tout de suite seule avec les patients mais il venait en fin de consultation discuter avec les patients. Je lui expliquais ce que j'avais fait, je lui demandais s'il aurait fait autre chose. Il ne me contre disait jamais devant les patients donc ça c'était agréable. Il y avait toujours une discussion. Vraiment à chaque fois. Parfois on n'était pas d'accord mais il le respectait aussi. Même si il n'avait pas fait tout à fait comme moi, il respectait mes prises en charge. Il partageait souvent ces expériences.

Je rebondis sur un truc que tu as dit tout à l'heure. Je lui aurai proposé une psychothérapie mais je ne lui aurais pas dit comme ça ? Est-ce que tu poses le mot de psychothérapie de soutien avec tes patients dépressifs ?

Non, c'est vrai que je ne l'utilise pas. Je dis qu'on pourrait vous suivre pour ce problème-là. On peut vous suivre, vous encadrer mais je n'utilise pas le terme psychothérapie parce que je pense qu'ils ne savent pas de quoi il s'agit. Quand on leur parle de psychothérapie de soutien, je pense qu'il ne voit pas en quoi ça consiste. Je préfère parler de soutien, d'aide et de parole, de suivi aussi pendant cette période difficile de leur vie. Non c'est vrai que je ne leur parle pas de psychothérapie.

Tu as plus peur de l'incompréhension du patient ?

Oui

Tu te sens quand même légitime ?

Le terme apporte un peu de technicité dans ce cadre-là. J'aurai plutôt privilégié l'écoute. Ca dépend aussi des patients. Certains peuvent comprendre sans leur faire peur.

Dans l'ensemble, tu te sens capable de faire une psychothérapie ? Tu te sens à l'aise avec cette prise en charge ?

Je me sens légitime. En tout cas notre rôle est important. J'ai l'impression aussi que les patients le ressentent comme ça. Quand on leur demande s'ils veulent être suivis par un psychiatre ou un psychologue, si on leur dit qu'on est disponible pour leur suivi, souvent ils préfèrent nous voir. Ils ont cette proximité qui fait que je pense qu'ils se confient plus facilement avec nous qu'avec une personne qu'ils ne connaissent pas. Ca dépend aussi des problématiques. Des fois il y a des situations complexes qu'on ne peut pas débloquent tout seul. Où c'est bien d'avoir l'avis d'un psychologue ou d'un psychiatre. Mais oui on est légitime dans cette prise en charge. Je n'ai pas envie de mettre ça de côté dans ma pratique. C'est quelque chose que je vois tous les jours, presque tous les jours. Du fait de la fréquence

et de la proximité avec le médecin généraliste, c'est important de pratiquer. C'est aussi rentrer dans ce mode de relation médecin, approche centrée sur le patient. Ça fait partie d'une relation de confiance. Ça fait partie de notre rôle en tant que médecin généraliste. C'est pas quelque chose que j'appréhende mais comme ce n'est pas quelque chose que je pratique depuis longtemps, est ce qu'au bout d'un moment je ne serai pas coincée. En même temps, avec le faible recul que j'ai, je remarque que quand les problèmes sont pas trop encrés on arrive toujours à solutionner. Une personne qui les écoute, qui fait du renforcement positif. Avec juste ça on arrive à passer un cap et on arrive à les aider à aller mieux. Je pense qu'on est complètement légitime et que les patients le recherchent. En tout cas c'est le recul que j'ai. Y a des patients qui te disent « ben oui, je veux vous revoir pour parler de ça ». Je pense qu'on a toute notre place dans la psychothérapie de soutien. On est souvent en première ligne, la première personne à qui les gens se confient, donc il ne faut surtout pas fermer de porte. Si après on se sent pas de le faire, orienter le patient mais surtout pas fermer de porte.

Tu as l'air assez sensibilisée sur le sujet. Peux-tu me décrire grossièrement ton parcours ?

Alors j'ai fait mon premier semestre aux urgences où il y avait des urgences psychiatriques. Il y avait un infirmier avec qui on échangeait beaucoup. Nous on s'occupait que des problèmes somatiques. On éliminait les problèmes somatiques. Après l'infirmier voyait le patient et c'est plutôt lui qui faisait le travail psychologique à proprement dit. Nous, aux urgences, on avait pas le temps de faire ça. Mais il y avait quand même beaucoup de psychiatrie qui m'a permis de ne pas banaliser. Notamment les intoxications médicamenteuses volontaires. Après j'étais en gynécologie. Il y avait une psychologue mais on ne la voyait pas beaucoup, voir jamais. Y avait quasiment pas de prise en charge. Il y avait beaucoup de problème de conjugopathies donc c'était parfois compliqué. Il y avait aussi des avortements dont on s'occupait. J'ai eu aussi le cas d'une MFIU. Ça a été très difficile pour la maman et là j'étais toute seule à gérer. Ça a été très difficile pour moi parce que la personne a fait un énorme transfert. Et moi aussi j'ai dû faire un contre transfert. J'étais vraiment toute seule. C'est un service compliqué. Quand ça se passe bien, ça va mais dès ça tourne mal, le ressenti psychologique et tout de suite fort. Après j'étais en rhumatisme en CHU. Là il y avait de temps en temps un psychiatre qui venait quand on lui demandait son avis. On parlait systématiquement des patients avec lui. C'était bien mais ce n'était pas très fréquent. Après j'ai été en cardiologie où ça c'est pas du tout bien passé mais parce que ça c'est mal passé avec l'équipe. J'ai fait un burn out. Je faisais beaucoup trop d'heure et il n'y avait pas du tout de prise en charge psy. C'était un peu spécial. Ensuite j'ai fait mon stage chez le praticien en ambulatoire. Stage que j'ai adoré et qui s'est très bien passé. J'ai un peu mis le pied dans la psychothérapie de soutien avec un de mes praticiens qui suit beaucoup de patients dépressifs.

Et là je termine mon internat en gériatrie. Là il y a un psychologue qui vient voir pratiquement toutes les personnes âgées et avec qui on discute beaucoup. On a même des réunions toutes les deux semaines pour parler des situations difficiles et c'est vraiment hyper complet. Ça aide à décortiquer des situations conflictuelles avec des patients ou leur famille, à comprendre

pourquoi ça se passe pas bien et à nous donner des solutions pour que ça se passe mieux. Là j'aime beaucoup ce type de prise en charge. Parce qu'en gériatrie il y a beaucoup de souffrance, de dépression, de dépendance. Du coup il y a une grande place pour la psychologie. Mais moi en tant qu'interne, j'ai pas beaucoup le temps d'en faire. Il faut gérer les problèmes somatiques aigue mais il y a quand même cette prise en charge psy. C'est très formateur. J'en tire beaucoup de bénéfice. Là je fais un remplacement pour garder un pied au cabinet. C'est mon premier remplacement.

Ok donc là tu termines. Qu'est-ce que tu envisages pour la suite ?

Alors déjà passer ma thèse. Je suis bien avancée donc je devrai la passer au printemps. C'est sur la place du médecin généraliste auprès des personnes handicapées. Après faire un peu de remplacement. J'ai besoin de voir ce que font les confrères. J'ai besoin de me former encore. J'ai encore besoin d'apprendre. Et le remplacement est aussi une manière de voir comment fonctionner. Mais après j'ai envie de m'installer. Je n'ai pas envie de faire des remplacements trop longtemps pour une raison très simple. Ce ne sont pas nos patients. La relation médecin patient est plus difficile à instaurer quand on voit les patients une fois ou de temps en temps. Du coup pour la psychothérapie par exemple c'est plus compliqué. Quand on voit juste une personne comme ça, on peut faire des choses, on va éliminer un risque suicidaire, on va faire du renforcement positif mais après on ne fait de travail sur la durée. Ca je sais que ça va vite me manquer. Donc je pense m'installer rapidement, pas en ville. J'aime bien le semi rural.

Est-ce que tu envisages des formations à coté ?

Oui j'aimerais bien en faire. En ce moment je ne vois pas trop ce qui se fait. Sinon, il y a des groupes de paires pour échanger ces pratiques. Pour les formations, je pense qu'on peut s'inscrire par le biais du conseil général ou même trouver des formations sur internet. Ou même des congrès. Je l'avais fait l'année dernière. J'envisage mais je ne sais pas encore sous quelle forme. Les choses bougent tellement vite. Je ne me sens pas compétente en tout. Après c'est difficile d'être compétente dans tous les domaines mais je sens que j'ai encore des choses à apprendre et que j'en aurai toujours. Donc j'en ferai au début et j'essayerai d'en faire en continue. Je pense qu'on apprend toujours.

Et en ce qui concerne la prise en charge de la dépression, est ce que tu te sens compétente ?

Non. Je pense que je pourrai m'améliorer. Je me sens à l'aise, je pense aider les patients mais comme je suis très exigeante avec moi-même. Je pense être compétente mais pas comme j'aimerais l'être. Je pense que j'ai encore une progression à faire. Je ne dirai pas un patient je ne m'occupe pas de vous parce que je ne sais pas faire. Je vais me perfectionner un peu. Je pense qu'avec l'expérience on avance, je suis encore jeune. Je pense qu'avec l'expérience on va évoluer. On va dire que c'est un départ.

Veux-tu rajouter quelque chose ? Comment penses-tu qu'on pourrait améliorer la formation ?

Y avait ce versant sur la pharmaco qui manque. Peut-être faire une collaboration avec les psys. Je pense qu'une matinée suffirait. Quelle classe instauré en premier lieu, les effets indésirables. Faire un rappel la dessus, il y a tellement de médicaments. Et puis des fois on n'a pas envie de prescrire. On n'a pas envie de se jeter sur un IRS. J'avoue que je n'ai aucun recul sur mes prescriptions. Pourquoi pas un groupe Balint dans le cursus. En fait je pense que la formation c'est nous qui nous l'approprions. Si on veut faire un faire un groupe Balint, on s'inscrit. La fac ne peut pas nous forcer à faire ça. Par contre on peut nous donner des informations sur ces groupes. Sinon, je trouve que la formation est quand même bien. On apprend plein de chose. On a une formation correcte. J'en suis satisfaite.

Autre chose a rajouté ?

Alors peut être quand j'étais en stage prat, j'allais en PMI. Il y avait un psychiatre qui proposait autres confrères de parler. Ce n'était pas un groupe Balint mais c'est bien d'échanger nos prises en charge. Moi ce qui me fait peur c'est d'être toute seule avec le patient dépressif alors que si on travaille en réseau c'est plus simple. Si on connaît un psychologue ou un psychiatre et qu'on peut lui demander son avis de temps en temps, je me sentirai un peu plus sereine. Des fois on se sent un peu seule avec le patient. Souvent ça suffit. Je pense qu'il fait échanger avec soit ces confrères soit d'autres professionnels qui prennent en charge la dépression. Ce serait bien. Je ne sais pas si c'est possible, si des médecins font ça mais se serait bien. Avoir des interlocuteurs privilégiés. Enfin voilà.

Merci.

Entretien : Monsieur 12

Comment est-ce que tu prends en charge un patient dépressif ?

Donc. La première consultation, quand je le vois, j'essaie de détecter les critères du syndrome dépressif qui sont décrit dans le DSM IV. Après j'essaie d'évaluer le risque suicidaire. Après si je vois qu'il n'a pas de risque suicidaire énorme, je lui demande s'il ressent le besoin d'avoir une aide sur le plan médicamenteux. Donc soit le patient me dit « non ça va », dans ce cas-là, faut le suivre, lui proposer de le revoir pour son problème de syndrome dépressif. S'il sent qu'il a besoin d'une aide chimique, je lui prescris des antidépresseurs. Je prescris la classe, pas de référence mais de première intention, les ISRS. Sur un mois. Je lui dis, « faut qu'on se revoie dans un mois ou moins si besoin ». J'explique bien que le traitement ne fait pas effet tout de suite, quelques semaines. Je peux prescrire un anxiolytique s'il y a une composante anxieuse. Voilà. Je le revois au bout d'un mois. S'il va mieux, tant mieux on prolonge six mois et on suit. Après si c'est un patient... Enfin, moi je ne l'ai jamais fait. Mais si c'est un patient hyper dépressif avec un risque suicidaire, j'adresse à un psychiatre ou aux urgences psychiatriques.

Ok. Alors tu me parles de suivi. Est-ce que tu en fais ?

Comme je fais des remplacements c'est un peu difficile mais bon, ça m'est arrivé de voir des patients qui sont suivis pour une psychothérapie de soutien pour un syndrome dépressif. Après ça dépend des causes du syndrome dépressif, des facteurs sociaux qui ont amenés la personne à craquer. J'essaie de voir avec elle s'ils ont toujours l'arrière-pensée de risque suicidaire, je leur demande si le moral va mieux et comment ça se passe dans leur entourage familial. Après sur le plan professionnel, je leur demande s'il continue leur activité. Je leur demande si à côté de ça ils ont des loisirs. Après je vois avec eux par rapport au traitement, ce que ça leur a apporté, s'ils sentent du mieux. Je leur demande s'ils pensent que sans ils pensent retomber dans la dépression, s'ils sont stabilisés ou s'ils veulent commencer à l'arrêter. Je peux leur proposer de le diminuer progressivement.

Tu as parlé de psychothérapie de soutien. Est-ce que tu en fais un peu ?

Un peu.

Est-ce que tu te sens à l'aise ?

Oui et non. Bon, il y a certaines choses que tu dois vérifier à chaque fois, c'est un peu le b.a.-ba avec quelqu'un qui est dépressif. Après moi, je n'ai pas de formation spécifique en psychothérapie ou autre donc il y a forcément des trucs sur lesquels, je ne suis pas à l'aise ou pas encore au point.

Comment est-ce que tu définis la psychothérapie de soutien ?

C'est quand même un suivi chronique du patient dépressif ou d'un patient qui a un problème d'ordre psychique. C'est permettre d'évaluer comment va le patient. S'il va vers le mieux ou en sens inverse. Déjà c'est pour le patient. C'est pour qu'il puisse venir exposer ces problèmes, qu'il ait une écoute en fait. Tout en étant dans l'empathie. C'est essayer tout en écoutant ces problèmes de voir comment il peut s'en sortir. Il y en a qui font des burn out au travail, d'autres suite à un événement de vie, qui ont été agressés où je ne sais pas. Par exemple, si je reprends ceux qui ont fait un burn out, voir s'ils ne peuvent pas changer de profession, s'ils ne peuvent pas avoir une adaptation de leur poste de travail. Des choses comme ça.

Tu parlais de la formation. Comment tu la perçois ?

Ben en fait c'est à chaque médecin et là moi en particulier, de faire une formation pour être plus performant.

Est-ce que tu te rappelles des formations qui ont été donné à la fac ?

Pas trop non. Je me souviens des cours de psychiatrie. Mais on n'abordait pas trop la psychothérapie de soutien. Après j'ai eu des cours sur la psychologie médicale en 2^{ème} ou 3^{ème} année. Après pendant l'internat, pas trop. Moi je n'ai pas le souvenir d'une formation particulière dessus. En plus je n'ai pas fait, ni en interne ni en externe, de stage de psychiatrie.

En faisant des remplacements, est ce que tu as l'impression de te sentir plus à l'aise ?

Oui forcément. Plus tu en vois, plus tu t'améliores. Même sans avoir eu une formation particulière. Plus tu vois des patients dans le même cas, plus t'affine ta prise en charge, ta façon d'être avec eux, de les suivre. Tu sais ce qui va être utile ou pas. Après, c'est mieux d'avoir une formation plus cadrée. C'est mieux de savoir ce qu'il faut regarder, quelle question posée.

A la fac, tu as eu les séminaires relation médecin patient, relation médecin patient. Tu t'en rappelles un peu ?

Oui ça me dit quelque chose. Il me semble avoir fait la relation médecin patient. Je crois que c'était obligatoire, donc j'ai dû faire es deux. Mais même ces journées-là... Pour moi les journées de formation théorique pendant l'internat de médecine général, je n'ai pas trouvé ça top. Aucun des séminaires m'ont vraiment apporté grand-chose. En fait ça ne m'a pas appris bien plus sur la psychothérapie de soutien spécifiquement. C'est plus dépression, savoir la diagnostiquer. On faisait des jeux de rôle mais pour le suivi et la psychothérapie de soutien on ne s'étalait pas.

Si tu voulais améliorer la formation, qu'est-ce que tu proposerais ?

Pour être plus performant, il faudrait une formation à visée psychothérapie. Enfin, il y en a. T'as des DU de psychologie ou psychiatrie je sais plus. Tu me parles au niveau de l'internat ou après ?

Aujourd'hui est ce que tu te sens compétent ?

Semi compétent.

Est-ce que tu penses qu'il faudrait affiner la formation des internes ? Parce que les DU c'est après.

Penses-tu que tous les internes de médecine générale doivent avoir une formation plus approfondie sur le sujet ou si finalement c'est à chacun de faire une formation ensuite en fonction de ces besoins et envie ?

Moi je pense que comme on voit pas mal de patient dépressif, toute la misère de la société qui vient chez le médecin, pour une écoute, je pense que oui. Le médecin généraliste est en première ligne la plupart du temps donc oui, il faudrait qu'il ait une formation sur ça. Après le souci, oui tu peux imposer une formation pendant l'internat mais même si tu fais ça il reste des médecins qui sont à l'aise avec ça et d'autres non. Y en a pour qui la psychiatrie embête. Ça dépend des médecins. On a tous dans nos pratiques nos forts et nos points faibles. Y a certains domaines qu'on ne maîtrise pas parfaitement. Après faut connaître ces limites. En tout cas on a les bases et on sait orienter si ça ne va pas.

Au vu de ta pratique, est ce que ça te suffit ?

Non. J'aurai aimé être un peu plus formé pendant mon internat. Mon avis personnel c'est plutôt que la formation n'est pas suffisante. La journée qui était consacré sur la dépression, je ne me souviens pas qu'on ait abordé la psychothérapie de soutien en long en large et en travers.

Aujourd'hui t'es remplaçant. Depuis quand ?

Je remplace depuis novembre 2011. J'ai passé ma thèse il y a un an.

Peux-tu me décrire ton parcours en tant qu'interne ?

J'ai fait un semestre de cardiologie. Après les urgences à Romans. Ensuite la médecine interne. Après j'ai fait la pédiatrie puis la gériatrie à Lyon. Le dernier semestre en prat.

Tu n'as pas fait de SASPAS ?

Non. En fait je ne savais pas à quoi ça correspondait à l'époque. J'ai vu l'utilité quand je suis passé chez le prat. Comme je l'ai fait en dernier, ben voilà.

Tu parles d'utilité ? En quoi ça t'aurait été utile ?

Ben tu fais 5 semestres à l'hôpital alors que tu te rends compte que la prise en charge à l'hôpital et en ville c'est pas du tout la même. Tu ne fais pas du tout la même médecine. J'aurai finalement préféré faire un an de médecine ambulatoire, en soin primaire, ça aurait été plus utile. Bon ça m'a servi ce que j'ai appris à l'hôpital mais ça m'aurait été plus utile de faire un an dans le métier que tu vas faire pendant plusieurs années. C'est logique. Tu fais que 6 mois de formation dans ton domaine alors que t'as fait 2 ans à l'hôpital, c'est pas vraiment la même chose.

Au niveau de ta supervision en stage prat, tu en penses quoi ? Ça t'a aidé à être plus performant ?

Oui. C'était bien parce que les deux prat avaient des pratiques différentes. Déjà ça te montrait deux façons de faire. Qui ne sont pas antinomiques, plutôt complémentaires. D'ailleurs un était très axé psychothérapie de soutien. L'autre, la psy, c'est pas que ça le gonfle mais il n'est pas très à l'aise avec donc il en fait peu. Avec eux j'ai appris pas mal de chose, notamment sur mon rapport au patient, comment gérer les consultations de médecine générale. Parce que comme je t'ai dit, quand t'as été formé qu'à l'hôpital, tu débarques en cabinet de médecine générale, c'est un autre monde. Tu vois comment gérer le patient en soin primaire.

Tu dis qu'un tes prat était plutôt psychothérapie, l'autre beaucoup moins. Toi tu te positionnerais comment ?

Au milieu.

As-tu des expériences, des cas qui t'ont marqués, des difficultés ?

Ben non. En fait comme je fais des rempla et que j'exerce pas souvent au même endroit donc ce n'est pas facile de suivre quelqu'un. Au pire je peux revoir deux fois mais je n'ai pas fait de suivi régulier. J'ai peut-être eu des patients un peu marquant avec mon prat qui en faisait mais moi personnellement pas trop.

Aujourd'hui est ce que tu aimerais améliorer tes compétences ?

Pas pour le moment. Je fais un DU d'infectieux cette année. Après petit à petit. Et puis la prise en charge du patient dépressif ce n'est pas mon plus gros point faible. Mon plus gros point faible ce serait plus la gynéco. Si je devais faire un autre DU ce serait plus celui-là.

Y a d'autres trucs qui m'intéressent, la médecine du sport. Je pense qu'éventuellement je ferai une formation en psychothérapie de soutien mais pas tout de suite. Pour moi ce n'est pas un besoin pressant, dans le sens que ce n'est pas mon plus gros point faible dans ma pratique.

Bon et tes projets professionnels ?

En gros, pour l'instant, je me vois remplacer quelques années. Je ne me vois pas m'installer pour l'instant. Je n'en ai pas envie. Si je peux, si j'ai l'opportunité mais ce n'est pas sûr, j'aimerais bien faire un an ou deux à l'étranger, plutôt dans un pays anglo-saxon comme

l'Angleterre pour la langue. Sinon, faudrait que je m'installe mais où et quand, c'est encore en suspens.

Pour finir, est ce que tu aurais quelque chose à ajouter sur la prise en charge du patient dépressif, ton ressenti sur la formation ?

Sur la formation, sur la psychothérapie, qu'elle soit plus étoffée. C'est dommage parce qu'en plus il y a pas mal de médecin au DMG qui sont callé dessus. Après bon la dépression, ce n'est pas le diagnostic le plus compliqué à faire, la prise en charge aussi. Après c'est vraiment surtout la psychothérapie de soutien. Je ne me souviens pas trop de la formation. Après il y a toujours des améliorations à faire mais qu'en psychothérapie de soutien. L'expérience c'est peut être mieux que les séminaires et la théorie. Bon moi j'ai pas fait le SASPAS, ça m'handicap pas mais ça aurait été mieux. Quand j'ai fait le prat en dernier je me suis rendu compte. Bon après mes prat ont été bien. Comme j'étais en fin de cursus, donc ils pouvaient se permettre, ils m'ont proposé de les remplacer des journées. Donc c'était l'équivalent d'un SASPAS. On se revoyait le soir et on faisait une supervision. Bon ce n'est pas vital le SASPAS mais c'est mieux de faire un an en médecine général que six mois.

Merci.

Entretien : Madame 13

Comment prends-tu en charge un patient dépressif ?

Alors, globalement, j'essaie de le faire parler. Je lui demande pourquoi il vient et au fil de l'entretien, j'essaie de soutirer des informations, de le faire parler. C'est compliqué comme ça. Tu veux dire au niveau médicamenteux ?

C'est vraiment ta prise en charge globale. Déjà comment est-ce que tu définis la prise en charge ?

Selon les critères du DSM V qui sont sortis. C'est une humeur dépressive, manque d'envie, l'apathie tout ça. On a des critères. Avec on évalue si c'est un syndrome dépressif majeur ou pas.

Après j'essaie de définir les idées suicidaires. Pour éliminer tous ceux qui peuvent passer à l'acte. Comme ça on élimine les urgences. Une fois qu'on a éliminé les urgences et qu'on a défini le patient selon les critères du DSM V étant dépressif, on voit s'il est nécessaire ou pas de mettre en place un traitement médicamenteux. On voit si c'est nécessaire d'organiser une thérapie et avec qui, psychologue, psychiatre ou nous. Après on regarde l'hygiène de vie, le tabac, l'addiction aux toxiques. En gros.

Tu parles de traitement médicamenteux et thérapie. En pratique tu utilises quoi, dans quel ordre ?

Je n'instaure pas de traitement médicamenteux tout de suite. Je commence par une thérapie de soutien.

A part les syndromes dépressifs majeurs chez qui on va quand même beaucoup plus rapidement, sinon, je ne prescris pas d'emblée d'antidépresseurs.

Comment tu définis la thérapie de soutien ?

C'est du renforcement positif, verbalisation. On essaie de leur faire avoir une meilleure estime de soi, confiance en soi. C'est surtout du soutien. C'est compliqué comme ça.

Est-ce que tu en pratiques ?

Non. Je ne suis pas à l'aise du tout.

Qu'est ce qui te met mal à l'aise ?

Je n'ai pas les techniques adaptées. Mon prat en fait facilement mais moi je me sens incapable. Je mets trop les pieds dedans. Je pense qu'il faut avoir une relation de confiance avec son médecin et nous en tant qu'interne ou remplaçant il ne nous parle pas ou moins. Donc je trouve que c'est très compliqué d'instaurer une relation en dix minutes et qu'il puisse se libérer et aider sur une consultation d'un quart d'heure.

J'emploie parfois des petits trucs que mon prat fait mais je suis incapable de faire comme lui. Il fait des séances d'une demi-heure, il fait que ça. Il a fait de la psy avant.

Au terme de ton stage prat et en vue de ton stage SASPAS, si un patient vient te voir avec un syndrome dépressif, comment tu fais ?

J'essaierai. Je ne pense pas que je serai satisfaite de ce que je ferai mais je pense que j'essaierai de l'aider. Par contre je n'aurai pas l'impression d'avoir fait avancer les choses.

Tu vois des patients seul pour l'instant, du suivi ?

Non pas toute seule. Il ne me les laisse pas. J'en ai pris un une fois. J'ai fait le début et c'est lui qui le suit maintenant tout seul. C'était un arrêt de travail sur burn out. J'avais vu avec lui les moyens pour l'extraire de l'endroit qui était justement pathogène. On lui avait fait faire un peu de sport. Quand il est revenu c'est mon prat qui la vu pour retourner dans l'enfance. Il fait une thérapie plus approfondie. Moi j'ai quelques clefs pour de la psychothérapie de soutien mais je n'ai pas impression qu'on apprenne vraiment ça à la fac.

Qu'est-ce que tu as eu comme formation à la fac sur la prise en charge du patient dépressif ?

Nous on nous a appris thérapie de soutien. C'est le mot clef de l'internat à mettre et c'est tout. Renforcement positif. Je n'ai pas vraiment eu de cours spécifique. Je sais pas dans les autres facs comment c'est mais à Nancy on n'a pas trop approfondie. A l'internat sur Lyon, on a eu le cours sur dépression/crise suicidaire. Là ils n'ont pas beaucoup engagé le terme psychothérapie. Ils ont plutôt fait à crise suicidaire. Comment les repérer.

Tu as eu le séminaire relation médecin patient ?

J'ai fait ça il y a deux ans. Et l'approche centrée sur le patient. Celui-là est obligatoire.

Ça t'a appris des choses sur ta manière de faire avec le patient ?

Oui. Sur l'interrogatoire, sur le silence à avoir, la reformulation. Ça m'a bien aidé par contre. Mais sur la prise en charge de la dépression, je ne me sens pas très à l'aise. Faudrait peut-être que j'en vois plus. Ou que je lise des choses dessus.

Bon donc tout à l'heure tu me disais que tu invitais le patient à revenir, tu vas le suivre, tu lui dis quoi ?

Déjà ils viennent parce qu'ils savent qu'ils ont un problème. Il l'explique. Ça peut être dû au travail ou à de multiples choses. Donc on en parle. A l'issue de l'entretien, je leur propose de me revoir, pour voir si ça va mieux ou pas. Et puis c'est aussi pour l'arrêt de travail, pour voir si on reconduit ou pas l'arrêt ou si la période sans travail a été bénéfique ou pas. Donc je leur propose de les suivre pour cette pathologie-là. Après en général, ils sont bien d'accord pour revenir, c'est comme ça qu'on fait le lien.

Est-ce que tu utilises devant les patients le mot psychothérapie ?

Je mets le mot dépression. Je leur dis que je les revois pour parler. Psychothérapie ils ne comprennent pas. Ça m'est arrivé de leur dire que pour le traitement c'était bien de pouvoir parlé voir même d'écrire. Je leur donne des petits travaux. Ca il le fait beaucoup mon prat. A ce moment-là je leur dis de revenir pour parler de vos problèmes. Je dis le mot dépression, pour qu'ils se rendent compte qu'il y a un problème, que ça peut se guérir, que ce n'est pas quelque chose anodin. Au final, je fais un peu de soutien mais je ne pense pas réellement les aider. En même temps le seul patient avec qui j'ai commencé c'est mon prat qui le suit. Comme j'ai mes consultations l'après-midi je ne suis pas forcément disponible avec lui. Quand je suis là, je peux les revoir avec lui mais ce n'est pas toujours le cas.

Au niveau de la formation, le stage prat t'apporte quelque chose pour cette compétence-là ?

Avec un de mes prat oui parce qu'il en fait beaucoup mais j'ai l'impression de ne pas être capable de faire ce qu'il fait. Je ne sais pas. J'ai l'impression que c'est un interrogatoire très précis. Faut pas trop déborder sinon on risque de les braquer. Lui arrive à poser les questions de manière naturelle et ça moi je n'y arrive pas. Par contre c'est intéressant de le voir faire parce que ça te donne des clefs pour du soutien. Par exemple, pas de questions oui/non, mais plutôt « racontez-moi », des questions ouvertes quoi. Ça c'est pas mal. Par contre à mon niveau de formation là, je ne me sens pas capable. Il me reste le SASPAS pour affiner ça.

Aujourd'hui, si tu voulais améliorer ta formation qu'est-ce que tu feras ?

En fait je trouve que c'est à la pratique. Déjà je trouve que depuis le début du stage à maintenant mon interrogatoire, je le fais différemment. J'ai l'impression que si j'en fais un peu plus, je verrai peut être ce qui marche et ce qui ne marche pas. Après ça dépend aussi des patients mais je me dirai peut être commencé par une question ouverte c'est pas mal. Enfin faire ma propre expérience. Il me faut ma propre expérience avec un SASPAS pour affiner tout ça. Je pense qu'une formation théorique aussi serait intéressante. Mais quel type ? Moi je n'ai pas trop aimé la formation avec mise en situation. Je trouve que c'est à la fois bien et pas bien. On a beaucoup de formations comme ça sur Lyon. Après je pense que c'est trop compliqué d'avoir un cours théorique sur des thérapies. C'est impossible même. De dire pour un patient qui à tel symptôme faut dire ça. Je pense que c'est plus une vision globale à acquérir et c'est plus avec l'expérience qu'on l'acquière.

Peux-tu me décrire ton parcours ?

Je viens de la fac de Nancy. Je suis arrivée à Lyon pour mon internat de médecine générale. J'ai fait mon premier stage en gériatrie, mon deuxième stage aux urgences. Ensuite j'ai fait la gynéco obstétrique à Lyon, le pneumo à Vienne. Là je suis en stage Prat et le dernier SASPAS normalement.

Et tes projets ?

Faire des remplacements. Le temps de savoir ce que je veux faire après. J'aime bien la gynéco donc déjà je veux en faire. Faire un peu de PMI peut être, du planning. A voir.

Pour finir est ce que tu te sens compétente ?

Non... La dépression c'est compliqué. Dans les cours on n'a pas forcément énormément des clefs.

Si tu veux mon premier patient ici, c'était une crise suicidaire. Une patiente suivie par un collègue du cabinet. Elle est connue pour être une grosse dépressive avec une tentative de suicide. Elle est venue me voir et m'a dit « je veux me suicider ». Ma consultation à durer une heure et quart. Le temps de savoir où j'allais l'hospitaliser, d'appeler les urgences. Et là je me suis sentie naze. Pourtant on a plein de cours le dessus. Mais dès qu'il faut mettre en pratique c'est différent. Bon ok, j'appelle les urgences, je fais une lettre, comment je l'envoie ? Par une ambulance, par elle-même ? Bon là elle voulait être hospitalisée donc tant mieux. Mais comment je fais ? Je lui dis prenez vos clefs et allez à l'hôpital ? Ca on ne nous l'apprend pas. Donc là je ne me suis pas sentie très compétente. Après elle est connue pour ce genre de trucs mais moi je la connais pas, elle vient me dire ça, c'est compliqué quand même.

Tu as eu des nouvelles ?

Oui. Moi je voulais la faire transporter en VSL. J'en ai parlé à mon prat qui m'a dit « non, c'est bon, elle va y aller par ses propres moyens ». Je lui ai donc fait une lettre que je n'avais pas cacheter comme on fait normalement parce qu'ils ont droit de lire nos lettres. Dessus j'avais relevé ces antécédents dont des syndromes délirants dans l'enfance. Et arrivé aux urgences elle a lu ma lettre et elle n'était pas contente du tout parce que j'avais mis ça. Du coup elle n'y est pas allée. Elle est retournée voir le collègue une semaine après en lui disant « je voulais me suicider mais je ne suis pas allé aux urgences parce que dans la lettre c'était écrit syndrome délirant ». Donc une heure et demi pour rien.

Tu en as reparlé avec ton prat ? Tu as eu une supervision ?

Oui, après la consultation même. Mais c'est vrai que la lui connaissait et ça ne le choquait pas. Ça ne l'a pas plus inquiété que ça. On n'a pas trop parlé de mon ressenti. Par contre j'en ai parlé ensuite... C'était mon cas clinique. Ça a permis de parler du suicide. Mais je me suis sentie idiote. Et puis poser des questions du type « vous voulez mourir ? Mais de quelle façon ? Vous avez un schéma suicidaire ? Je trouve que les questions sont compliquées à poser. J'ai vraiment du mal à être direct.

Si tu devais refaire cette consultation aujourd'hui, tu t'y prendrais différemment ?

Je pense que je lui aurai lu la lettre... Non mais sinon, je l'aurai peut-être plus écouté. En fait, j'ai essayé de la faire verbaliser, pourquoi elle voulait en arriver là ? Mais j'ai vite compris qu'elle n'en avait pas envie. C'était plutôt « t'es gentille mais j'ai envie d'être hospitalisée alors tu m'hospitalise » Voilà. En fait je n'ai pas eu l'impression d'être autre chose qu'un

intermédiaire qui envoi aux urgences. Donc je l'aurai peut-être fait un peu plus parler. Mais ça n'aurait pas changé ma prise en charge parce que je l'aurai quand même envoyé aux urgences.

Le profil semble particulier. Tu as des craintes aujourd'hui ?

En fait la crise suicidaire, celui qui veut être hospitalisé, à la limite on sait ce qu'on doit faire. On va appeler les hôpitaux et voilà. C'est plus celui qui est entre les deux, qui n'a pas d'idées suicidaire mais qui va mal et qui attend quelque chose de nous. Quand on a écarté le risque suicidaire, on se dit qu'est-ce que je vais lui apporter et comment ? Ça c'est plus compliqué. Mais pour avoir reparlé de ce cas sur Lyon, eux ne l'auraient pas fait hospitaliser. Vu le profil, mais moi je ne le savais pas (tout n'était pas noté dans le dossier), ils l'auraient convoqué le lendemain. Moi je me dis qu'en tant qu'interne ou remplaçante, je ne le fais pas. On ne les connaît pas nous.

Autre chose à rajouter sur le sujet dépressif, la formation ?

Ben en fait peut être que je ferai une formation plus tard mais pas maintenant parce là y a trop de chose à faire. Mais c'est vrai que des dépressifs on en voit beaucoup en médecine générale. J'aime bien. C'est beaucoup de relationnel. En fait je vois depuis que je suis ici, il y a une différence entre les patient il y a quatre mois et maintenant. Et ça je trouve ça incroyable. Ils n'ont pas eu de traitement médicamenteux. On leur demande juste de faire du sport, de bien manger, d'avoir des activités dans le domaine du plaisir, aller chercher les enfants à l'école à pied... On essaie de ré éduquer les patients comme ça et ça marche. Y a pas mal d'études sur ça.

Juste avec la parole, une bonne hygiène de vie, pas besoin de Prozac® ou Deroxat®.

Merci.

BENYOUCEF Amal

Perception de la prise en charge psychothérapique dans la dépression par des internes du D.E.S de médecine générale de Lyon Est

(Etude qualitative)

Th. Méd : Lyon 2014

Résumé :

Contexte : La dépression est un problème de santé publique. La psychothérapie de soutien est une compétence du médecin généraliste. Les étudiants du D.E.S. de médecine générale perçoivent-ils cette compétence comme acquise ?

Méthode : Etude qualitative évaluant la perception des étudiants du D.E.S de médecine générale de Lyon quant à leurs compétences de prise en charge du sujet dépressif et notamment psychothérapeutique. 13 entretiens semi-dirigés ont été réalisés auprès des étudiants du D.E.S. de médecine générale de Lyon.

Résultats et discussion : La dépression a été aisément définie. Le risque suicidaire, reste une complication recherchée systématiquement et pour lequel la prise en charge urgente est assez claire. Le suivi devient plus délicat s'agissant de l'attitude psychothérapeutique à avoir. Les futurs médecins généralistes ne se définissent pas comme étant des psychothérapeutes ; ce titre requière un certain nombre de compétences entrant dans le cadre d'un diplôme spécifique. Le médecin généraliste est apte à réaliser une psychothérapie dite de soutien dans le cadre de l'approche globale centrée sur le patient selon le référentiel de compétences des médecins généralistes. Le terme de soutien et d'accompagnement revient comme une pratique innée et intuitive basé sur la relation médecin patient.

L'absence de revalorisation de ce type de consultations longues et émotionnellement chargées semble être un frein pour certains médecins. Les supervisions réalisées au cours de la formation semblent détenir une position privilégiée.

Conclusion : Le concept d'Approche Centrée Patient doit faire partie de la formation du futur médecin généraliste. Le SASPAS paraît indispensable dans l'acquisition d'un savoir être et mérite d'être perfectionné pour les promotions futurs. La question de rendre ce stage obligatoire paraît adaptée et discutable. Le concept de pluridisciplinarité prend son intérêt dans la formation initiale et continue du médecin généraliste.

Mots clés :

Fr. : médecine générale, dépression, psychothérapie de soutien, approche centrée sur patient.

Angl. : therapy, primary care, relation ship patient docteur.

Jury :

Président : Monsieur le Professeur Alain MOREAU

Membres : Madame le Professeur Liliane DALIGAND

Madame le Professeur Sylvie ERPELDINGER

Monsieur le Docteur Alain RICHET

Madame le Docteur Marion LAMORT BOUCHE

Date de soutenance : Mardi 03 juin 2014

Adresse de l'auteur : 14 rue Alexandre Dumas
69100 Villeurbanne