

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

### **THESE**

*POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE*  
**(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 13 mars 2013 à Poitiers  
par **Madame Marion ROUET-NAILANI**

**Prise en charge des patients anxiodépressifs en soins  
primaires : une étude qualitative auprès de 14 médecins  
généralistes de la Vienne**

#### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur le Professeur Jean Louis SENON

**Membres** : Monsieur le Professeur José GOMES  
Madame le Docteur Virginie MIGEOT

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Bernard FRECHE

# Université de Poitiers

## Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

### **THESE**

*POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MEDECINE*  
**(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement  
le 13 mars 2013 à Poitiers  
par **Madame Marion ROUET-NAILANI**

**Prise en charge des patients anxiodépressifs en soins  
primaires : une étude qualitative auprès de 14 médecins  
généralistes de la Vienne.**

#### COMPOSITION DU JURY

**Président** : Monsieur le Professeur Jean Louis SENON

**Membres** : Monsieur le Professeur José GOMES  
Madame le Docteur Virginie MIGEOT

**Directeur de thèse** : Monsieur le Docteur Bernard FRECHE



*Le Doyen,*

Année universitaire 2012 - 2013

## LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

### *Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers*

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie
15. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
16. EUGENE Michel, physiologie
17. FAURE Jean-Pierre, anatomie
18. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Sammy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HANKARD Régis, pédiatrie
30. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
31. HERPIN Daniel, cardiologie
32. HOUETO Jean-Luc, neurologie
33. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
34. IRANI Jacques, urologie
35. JABER Mohamed, cytologie et histologie
36. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation  
(détachement)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
44. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (surnombre)
45. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (surnombre)
46. MARECHAUD Richard, médecine interne
47. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
48. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
49. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
52. NEAU Jean-Philippe, neurologie
53. ORIOT Denis, pédiatrie
54. PACCALIN Marc, gériatrie
55. PAQUEREAU Joël, physiologie
56. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
57. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
58. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
59. POURRAT Olivier, médecine interne
60. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
61. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
62. RICHER Jean-Pierre, anatomie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, oncologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

**Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers**

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
13. HURET Jean-Loup, génétique
14. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
17. MIGEOT Virginie, santé publique
18. ROY Lydia, hématologie
19. SAPANET Michel, médecine légale
20. THILLE Arnaud, réanimation
21. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

**Professeur des universités de médecine générale**

GOMES DA CUNHA José

**Professeur associé des disciplines médicales**

SCEPI Michel, thérapeutique et médecine d'urgence

**Maîtres de Conférences associés de Médecine générale**

BINDER Philippe  
BIRAULT François  
FRECHE Bernard  
GIRARDEAU Stéphane  
GRANDCOLIN Stéphanie  
PARTHENAY Pascal  
VALETTE Thierry

**Professeur certifié d'Anglais**

DEBAIL Didier

**Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine**

MAGNET Sophie, bactériologie - virologie

**Professeurs émérites**

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
3. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
4. GIL Roger, neurologie
5. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie

**Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires**

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
7. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
8. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
9. BURIN Pierre, histologie
10. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
11. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
12. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
13. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
14. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
15. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
16. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
17. GOMBERT Jacques, biochimie
18. GRIGNON Bernadette, bactériologie
19. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
20. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
21. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
22. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
23. MARILLAUD Albert, physiologie
24. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
25. PATTE Dominique, médecine interne
26. PATTE Françoise, pneumologie
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

## REMERCIEMENTS

A Monsieur le Docteur FRECHE :

*Je vous remercie de m'avoir accompagnée et encouragée durant les longs mois de réalisation de cette thèse. Vos conseils et votre expertise m'ont aidée dans la réalisation de mon travail.*

A Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON :

*Vous nous faites l'honneur de présider cette thèse et de juger notre travail. Soyez assuré de notre sincère gratitude et de notre profond respect.*

A monsieur le Professeur José GOMES :

*Vous nous faites l'honneur de juger notre travail.  
Veuillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre profond respect.*

A Madame le Docteur Virginie MIGEOT :

*Nous vous remercions de l'intérêt que vous avez porté à notre travail et de votre présence dans le jury.*

Aux internes du groupe de recherche du DMG :

*Merci à vous tous pour vos conseils et votre soutien*

Un remerciement particulier à Ophélie Matuchet et Gaëlle Penin pour leur aide précieuse dans l'analyse des résultats.

A mon mari qui m'a soutenue et rassurée durant la réalisation de ce travail. Merci aussi pour ton aide dans la mise en forme de ce travail.

A mon fils Yanis que j'aime de tout mon cœur.

A mes parents qui sont toujours présents pour moi et me soutiennent dans les moments de doutes. Je vous dois beaucoup dans la réussite de mon parcours professionnel.

Merci à ma mère pour sa contribution à la relecture de la thèse.

A ma sœur qui crois toujours en moi. Merci de ton aide pour la relecture de la thèse.

A toute ma famille. J'espère que ce travail vous rendra fier de moi.

A mes futurs associés Michel Faure, Hélène Sol et Grégory:

*Merci à vous pour votre accueil au sein du cabinet, votre confiance et votre gentillesse. Je suis impatiente de commencer cette nouvelle page de ma vie avec vous.*

A mon médecin traitant, le Dr Renelier et au Dr Potiron pour leur soutien tout au long de mes études.

Aux médecins rencontrés durant mon parcours qui m'ont fait bénéficier de leurs expériences et de leurs connaissances. Vous m'avez confortée dans mon choix pour la médecine générale.

Merci aux médecins généralistes qui ont participé à cette étude.

# Sommaire

I.	INTRODUCTION .....	10
II.	PARTIE THEORIQUE.....	13
1.	La dépression.....	13
1.1.	Épidémiologie .....	13
1.1.1.	Prévalence .....	13
1.1.2.	Population à risque.....	13
1.2.	Evolution de la maladie .....	15
1.3.	Conséquences de la maladie.....	16
1.4.	Dépression et comorbidité .....	17
1.5.	Classifications .....	18
1.5.1.	La CIM 10.....	18
1.5.1.1.	Situation dans la CIM .....	18
1.5.1.2.	Critères de dépression.....	19
1.5.2.	Le DSM IV.....	20
1.5.2.1.	Situation dans le DSM IV.....	20
1.5.2.2.	Critères de dépression.....	20
1.5.3.	Critères de gravité.....	21
1.6.	Dépression et médecine générale.....	22
2.	Le trouble anxieux généralisé.....	23
2.1.	Epidémiologie .....	23
2.1.1.	Prévalence .....	23
2.1.2.	Population à risque.....	23
2.2.	Evolution de la maladie .....	24
2.3.	Conséquence de la maladie.....	25
2.4.	Anxiété et comorbidité .....	26
2.5.	Classifications .....	27
2.5.1.	Apparition du TAG dans les classifications.....	27
2.5.2.	La CIM 10.....	27
2.5.2.1.	Situation dans la CIM 10.....	27
2.5.2.2.	Critères de dépression.....	28
2.5.3.	Le DSM IV.....	30
2.5.3.1.	Situation dans le DSM.....	30
2.5.3.2.	Critères de l'anxiété.....	30
2.6.	Anxiété en médecine générale.....	31
3.	Le syndrome anxiodépressif .....	32
3.1.	Généralité .....	32
3.2.	Prévalence.....	33
3.2.1.	Dans la population .....	33
3.2.2.	En soins primaires .....	33
3.3.	Définition de la CIM 10.....	33
3.4.	Définition du DSM IV .....	33
4.	Comorbidité entre dépression et anxiété.....	34
4.1.	Généralités .....	34
4.2.	Prévalence.....	36
4.2.1.	Dans la population générale .....	36
4.2.2.	En soins primaire .....	37
4.2.3.	Population à risque.....	37

4.3.	Liens entre deux pathologies .....	37
4.3.1.	Anxiété : facteur de risque de dépression .....	38
4.3.2.	Continuum entre anxiété et dépression .....	39
4.4.	Aspects biologiques .....	40
4.4.1.	Aspects anatomiques .....	40
4.4.2.	Aspects génétiques .....	41
4.4.3.	Aspects neurobiologiques .....	41
4.5.	Conséquences .....	42
4.5.1.	Sur le trouble anxieux.....	42
4.5.2.	Sur la dépression .....	43
4.5.3.	Sur la morbi-mortalité .....	43
4.6.	Prise en charge.....	46
4.6.1.	Les antidépresseurs .....	46
4.6.1.1.	Généralités.....	46
4.6.1.2.	Les Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine.....	47
4.6.1.3.	La Venlafaxine.....	48
4.6.1.4.	L'Imipramine .....	49
4.6.2.	Les anxiolytiques.....	50
4.6.2.1.	Généralités.....	50
4.6.2.2.	Les benzodiazépines.....	50
4.6.2.3.	La Buspirone.....	52
4.6.2.4.	L'hydroxyzine .....	53
4.6.2.5.	L'étifoxine .....	53
4.6.3.	L'homéopathie / Phytothérapie .....	53
4.6.4.	Les règles hygiéno diététiques .....	54
4.6.5.	La thérapie cognitivo comportementale .....	54
4.6.6.	La thérapie non structuré.....	56
III.	PARTIE RECHERCHE .....	58
1.	Intérêt de l'étude .....	58
2.	Objectifs de l'étude.....	59
3.	Matériel et Méthode.....	59
3.1.	Type d'étude .....	59
3.2.	Echantillonnage .....	59
3.2.1.	Population étudiée .....	59
3.2.1.1.	Critères d'inclusion .....	60
3.2.1.2.	Critères d'exclusion .....	60
3.2.2.	Variables de sélection .....	60
3.2.3.	Recrutement des participants .....	60
3.3.	Collectes des données .....	61
3.3.1.	Recueil des données.....	61
3.3.1.1.	Type d'entretien.....	61
3.3.1.2.	Lieu des entretiens .....	61
3.3.1.3.	Moyens de recueil des données.....	62
3.3.2.	Guide d'entretien.....	62
3.3.2.1.	Construction du guide .....	62
3.3.2.2.	Modification du guide d'entretien au cours de l'étude.....	63
3.4.	Codage.....	63
3.4.1.	Retranscription des données .....	63
3.4.2.	Codage .....	64
3.4.3.	Triangulation .....	64
3.5.	Analyse des données .....	65
3.5.1.	Analyse des données issues des verbatims .....	65

3.5.2.	Discussion.....	65
4.	Résultats.....	66
4.1.	Caractéristiques de la population étudiée.....	66
4.2.	Habitudes de prise en charge des médecins généralistes.....	67
4.2.1.	Prise en charge médicamenteuse.....	67
4.2.1.1.	Rapidité d'instauration d'un traitement médicamenteux.....	67
4.2.1.2.	Attitude vis-à-vis des anxiolytiques/ benzodiazépines.....	68
4.2.1.3.	Attitude vis-à-vis des antidépresseurs.....	71
4.2.1.4.	Attitude vis-à-vis de l'homéopathie.....	73
4.2.2.	Prise en charge non médicamenteuse.....	74
4.2.2.1.	Suivi régulier du patient.....	74
4.2.2.2.	Attitude thérapeutique du médecin généraliste.....	76
4.2.2.3.	Thérapie structurée.....	78
4.2.2.4.	Orientation vers spécialistes de santé mentale.....	78
4.2.2.5.	Arrêts de travail.....	80
4.2.3.	Bases de la prise en charge.....	81
4.2.3.1.	Les recommandations.....	81
4.2.3.2.	En fonction des échelles psychométriques.....	82
4.2.3.3.	Par rapport à l'expérience.....	82
4.2.3.4.	En fonction du patient.....	83
4.2.3.5.	Par rapport au ressenti de la consultation.....	84
4.2.3.6.	Par rapport à la presse médical /formation continue.....	84
4.2.3.7.	Par rapport à la présence d'une comorbidité anxieuse.....	84
4.3.	Améliorations possibles évoquées.....	85
4.3.1.	Système de soin adapté.....	85
4.3.2.	Par rapport à la formation des médecins.....	86
4.3.2.1.	Par rapport aux types et aux nombres de formations.....	86
4.3.2.2.	Par rapport à la pratique de la psychothérapie par les médecins généralistes.....	86
4.3.3.	Par rapport à la prise en charge psychiatrique.....	88
4.3.3.1.	Par rapport à l'accès aux consultations.....	88
4.3.3.2.	Par rapport à la communication avec les psychiatres.....	88
4.3.4.	Par rapport à l'accès aux psychologues.....	89
4.3.5.	Par rapport à l'engagement des patients dans la thérapie.....	90
4.3.6.	Par rapport aux recommandations / protocoles.....	90
4.4.	Difficultés de prise en charge.....	90
4.4.1.	Par rapport à la durée de la consultation.....	90
4.4.2.	Prise en charge difficile, peu valorisante.....	91
4.4.3.	Par rapport à leur formation.....	91
4.4.4.	Par rapport à l'accès aux consultations spécialisées.....	92
4.4.4.1.	Avec les psychiatres.....	92
4.4.4.2.	Avec les psychologues.....	93
5.	Discussion.....	93
5.3.	Résultats principaux et confrontation aux données de la littérature.....	96
5.3.1.	Habitudes de prise en charge des médecins généralistes.....	96
5.3.1.1.	Prise en charge.....	96
5.3.1.2.	Prise en charge non médicamenteux.....	98
5.3.1.3.	Base de la prise en charge.....	101
5.3.2.	Suggestion d'amélioration.....	102
5.3.2.1.	Des Formations.....	102
5.3.2.2.	Les recommandations.....	103
5.3.2.3.	L'amélioration de la collaboration avec les psychiatres.....	103

5.3.2.4. Le remboursement des psychologues.....	104
5.4. Implication clinique de l'étude .....	105
5.5. Forces et faiblesses de l'étude.....	107
5.5.1. Points forts de l'étude.....	107
5.5.2. Biais et faiblesse de l'étude.....	108
5.6. Perspectives.....	109
IV. CONCLUSION .....	111
ANNEXES.....	113
Annexe N°1 : Formulaire de consentement aux entrevues individuelles .....	114
Annexe N°2 : Le guide d'entretien .....	115
Annexe N°3 : ECHELLE D'HAMILTON D'EVALUATION DE L'ANXIETE .....	116
Annexe N°4 : ECHELLE DE DEPRESSION DE HAMILTON .....	121
Annexes N°5 : Entretiens .....	129
BIBLIOGRAPHIE .....	178
SERMENT .....	189

## I. INTRODUCTION

La dépression et l'anxiété généralisée sont deux troubles psychiatriques fréquemment rencontrés en soins primaires. [1,2]

L'enquête ANADEP menée en 2005, retrouvait une prévalence des épisodes dépressifs majeurs de 17,8% sur une vie entière et de 5,2% pour le trouble anxieux généralisé. [3]

La plupart du temps, les patients atteints de ces pathologies ne sont pris en charge que par leur médecin généraliste. En effet, 60% à 67% des dépressifs consultent leur médecin généraliste et dans la moitié des cas le consultent exclusivement. [3, 4] De même, seulement 10% des patients atteints d'un trouble anxieux consultent un spécialiste. [5]

De nombreuses études ont montré une comorbidité importante entre la dépression et le trouble anxieux généralisé. [3, 6, 7]

Dans l'enquête ANADEP, 2,8% des sujets de l'étude présentaient une comorbidité anxiodépressive.<sup>3</sup>

Dans les études menées par Kessler en 1999, sur 12 mois, 59% et 70% des patients avec un trouble anxieux généralisé avaient un épisode dépressif majeur. Parallèlement, 17,5% et 16,3% des sujets dépressifs avaient une anxiété généralisée. [8]

Cette comorbidité entre le trouble anxieux généralisé et la dépression a des conséquences sur la morbidité et sur la mortalité des deux pathologies.

L'association des deux troubles est liée à une plus grande sévérité des pathologies et de leur symptomatologie.

Ainsi dans l'étude ANADEP, la comorbidité anxieuse était plus fréquente chez les patients atteints d'un épisode dépressif majeur sévère. [3]

Cela entraîne aussi une plus grande récurrence du trouble anxieux [9] et le traitement de la dépression est souvent plus long avec une rémission plus difficile à obtenir. [2]

Le taux de suicide est également majoré chez les patients souffrant d'une comorbidité anxio dépressive. [10]

De plus, l'association des deux pathologies entraîne une augmentation de la consommation de soins. Le recours à des services médicaux est plus important et les hospitalisations sont plus fréquentes dans cette population. [2] Ces patients consultent aussi plus de spécialistes de santé mentale que les autres. [10]

L'HAS a publié en 2007 des recommandations pour la prise en charge des troubles anxieux graves dont le trouble anxieux généralisé. [11] Des recommandations sur la prise en charge de la dépression en ambulatoire et du trouble anxieux généralisé avaient également été établies par l'ANAES en 2002 et 2001. [12, 13]

Dans ces rapports, les experts conseillent de rechercher et de prendre en compte les comorbidités dans le choix du traitement.

Certains antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine ont l'autorisation de mise sur le marché pour les deux pathologies et seraient donc à privilégier en cas de comorbidité anxiodépressive. De même, la prise en charge psychothérapeutique à l'aide d'une thérapie cognitivo comportementale a montré son efficacité dans les deux pathologies et serait une bonne alternative au traitement médicamenteux dans certains cas. [11, 12]

Selon certaines études, le traitement devrait être plus long en cas de comorbidité mais il n'existe pas de recommandations spécifiques à la prise en charge de la comorbidité.

Devant l'absence de recommandation spécifique sur la prise en charge de la comorbidité, j'ai choisi d'interroger les médecins généralistes sur leurs pratiques dans ce domaine et leurs propositions pour les améliorer.

Ce travail a été réalisé en collaboration avec le pôle recherche du département de médecine générale.

Ce travail comporte deux parties: une partie théorique sur la dépression et l'anxiété et une partie consacrée à notre travail de recherche.

Dans la première partie, nous ferons des rappels théoriques sur la dépression et le trouble anxieux généralisé. Nous aborderons également la comorbidité entre ces deux pathologies sous différents aspects ainsi que les traitements possibles.

La seconde partie sera consacrée à notre recherche clinique. Nous exposerons les objectifs de notre étude et la méthode utilisée. Puis, nous exposerons nos résultats qui seront divisés en trois parties : les habitudes de prise en charge des médecins généralistes, les améliorations proposées et les difficultés rencontrées. Pour finir, nous confronterons nos résultats principaux avec les données d'autres études et les recommandations.

## **II. PARTIE THEORIQUE**

### **1. La dépression**

#### **1.1. *Épidémiologie***

##### **1.1.1. Prévalence**

La dépression est une des pathologies psychiatriques les plus fréquentes en France. [1] En 2005, l'étude ANADEP menée auprès des français de 15 à 75 ans par l'INPES retrouvait une prévalence des épisodes dépressifs majeurs (EDM) de 5% sur un an et de 17.8% sur une vie entière. [3] Ces chiffres sont similaires à ceux retrouvés dans l'étude ESEMed menée entre 2001 et 2003 en Europe qui montrait une prévalence de 6% sur une année et 21.4% sur une vie entière. [14]

Ces chiffres sont stables depuis plusieurs années puisque l'étude du CREDES en 1996/1997 retrouvait déjà une prévalence sur un an de 5.2% en France. [15]

Au niveau international, notamment aux Etats Unis la prévalence est équivalente à celle de la France. Les deux grandes études américaines ECA (Epidemiological Catchment Area) et NCS (National Comorbidity Survey) retrouvaient respectivement des prévalences de 4.9% et 17.1%.

##### **1.1.2. Population à risque**

La prévalence de la dépression est plus fréquente dans certaines tranches de la population. Plusieurs facteurs ont été identifiés comme augmentant la probabilité de développer un épisode dépressif majeur.

La prévalence de l'épisode dépressif majeur varie selon des critères d'âge, de sexe et certains facteurs socio économiques.

### ➤ Le sexe

La maladie dépressive est plus fréquente dans la population féminine avec un sex-ratio de un homme pour deux femmes atteintes.

Dans l'étude ANADEP, la prévalence sur une vie de 23,5% pour les femmes versus 12% pour les hommes. [3]

### ➤ L'âge

La maladie dépressive débute souvent chez les patients jeunes puisque la moitié des premiers épisodes se situent entre 19 et 38 ans [3] avec une moyenne autour de 30 ans. La prévalence est la plus faible (3.1%) chez les 20-24ans puis augmente progressivement avec un taux important entre 50 et 64 ans (11,7%). [3] La prévalence diminue après 65 ans, elle est de 4.8% chez les 65-75 ans. [3, 16]

### ➤ La catégorie socio économique

La survenue d'un EDM est souvent liée à la catégorie socioéconomique des patients. Elle touche particulièrement les patients avec un faible niveau d'étude, divorcés ou seuls, vivants seuls ou ne travaillant pas. [3, 16]

La proportion de dépressifs est plus importante chez les personnes avec un faible taux de revenu (12.4% lorsque le revenu mensuel est inférieur à 450 euros). [3, 15] On note de grandes disparités selon la catégorie socioprofessionnelle avec une prévalence de 12,3% chez les chômeurs, de 10% chez les femmes cadres, alors qu'elle n'est que de 1% chez les agriculteurs par exemple. [3] Chez les hommes au chômage, la prévalence de la dépression serait doublée par rapport à celle de la population générale. [15]

A l'inverse, la fréquence de la maladie diminue dans les populations à hauts revenus et avec un niveau d'éducation supérieur. [15] Par exemple chez les hommes n'ayant pas été scolarisés, la prévalence était de 17% contre 7,5% chez ceux ayant un niveau supérieur au baccalauréat. [15]

Les personnes en inactivité ou en invalidité pour cause de maladie sont également plus touchées par la dépression. Ainsi, un tiers des hommes et 44% des femmes dans cette situation présentaient cette maladie dans l'étude du CREDES en 1996.<sup>[15]</sup>

Le fait de vivre seul fait également partie des facteurs prédisposant à la dépression, il multiplierait le risque par 1,4. [15]

Chez les hommes de 55-75 ans célibataires ou vivant seuls, le risque d'EDM est 3 à 4 fois plus important. [3] Dans l'étude du CREDES, la prévalence de la dépression était de 9,5% chez les hommes divorcés. [15] Chez les femmes, le taux était multiplié par 1,8 chez les divorcées. [15] Le risque augmente chez les veuves et les divorcées.

## 1.2. Evolution de la maladie

Dans 60% des cas l'épisode dépressif majeur reste isolé ; le patient ne refait pas d'autre épisode au cours de sa vie. [3]

La dépression devient chronique dans 15% des cas. [1] Ainsi, un patient dépressif sur 6 présente pendant au moins 2 ans des symptômes dépressifs altérant sa vie socioprofessionnelle

Enfin 7% des patients ont une dépression récurrente, c'est-à-dire font au moins deux épisodes dépressifs bien distincts dans le temps au cours de leur vie. [3]

Les hommes font généralement un seul épisode dépressif majeur alors que les femmes font plus de dépressions récurrentes. [3]

Trouble	Au cours de la vie	Au cours des douze derniers mois
<b>Épisode dépressif majeur</b>	<b>17,8 %</b>	<b>5,0 %</b>
- Léger / Modéré	9,1 %	2,4 %
- Sévère	8,7 %	2,6 %
<b>Trouble dépressif récurrent</b>	<b>7,1 %</b>	<b>2,2 %</b>
<b>Trouble dépressif chronique</b>		<b>1,7 %</b>

**Tableau 1 :** Prévalence des troubles dépressifs au cours de la vie et dans les 12 derniers mois (Source *Enquête Anadep 2005*) [3]

### **1.3. Conséquences de la maladie**

#### ➤ Le suicide

Le principal risque de la dépression est le suicide. Quinze pour cent des patients dépressifs décèderaient par suicide. [17] avec une prévalence sur une année de 1%. [12]

L'étude du CREDES en 1996 montrait que 2.2% des décès étaient dus à un suicide, soit 11300 morts par an en France. [15] La plupart des tentatives de suicides surviennent chez des patients atteints de troubles psychiatriques et environ 70% des décès par suicide seraient secondaires à une dépression. [1, 18] Le risque de tentative de suicide est multiplié par 30 en cas d'épisode dépressif majeur. [12]

Le risque de suicide est plus élevé chez les hommes dépressifs que chez les femmes. En 2006, sur 10400 décès par suicide, les 3/4 étaient des hommes. Les tentatives de suicide étaient au contraire plus fréquentes chez les femmes jeunes. [18]

#### ➤ La morbi mortalité

Chez la personne âgée, le fait d'être déprimée augmente la mortalité par rapport à une personne non déprimée. [19] Le taux de mortalité est trois fois supérieur chez les hommes et deux fois chez les femmes. [20]

Une étude a également montré que l'EDM augmente la mortalité chez les patients cardiovasculaires. [21]

#### ➤ Les conséquences sur le travail

La dépression est une des principales causes d'invalidité. Un tiers des patients atteints d'un épisode dépressif majeur sont en arrêt maladie. [16] En cas d'EDM sévère, ce taux augmente à 50%. [16]

La durée des arrêts de travail est liée à la sévérité et la chronicité de la dépression. Ainsi, l'arrêt de travail est supérieur à 90 jours dans 24,8% des EDM sévères et dans 32,5% des dépressions chroniques. [16]

➤ Augmentation de la consommation de soins :

Environ les deux tiers des patients atteints de dépression auraient recours à des professionnels médicaux. Cela est fortement lié à la sévérité du trouble puisque 72,2% des patients ayant un EDM sévère ont eu recours à des soins versus 32,4% pour les EDM légers. [16] En général, les femmes ont plus recours aux soins médicaux que les hommes dans cette pathologie. [16]

L'étude DEPRES montrait que les patients dépressifs consultent plus que les sujets non atteints. Sur six mois, le nombre moyen de visites chez le médecin généraliste était de 4,4 pour les dépressifs versus 1,5 pour les non dépressifs. [4]

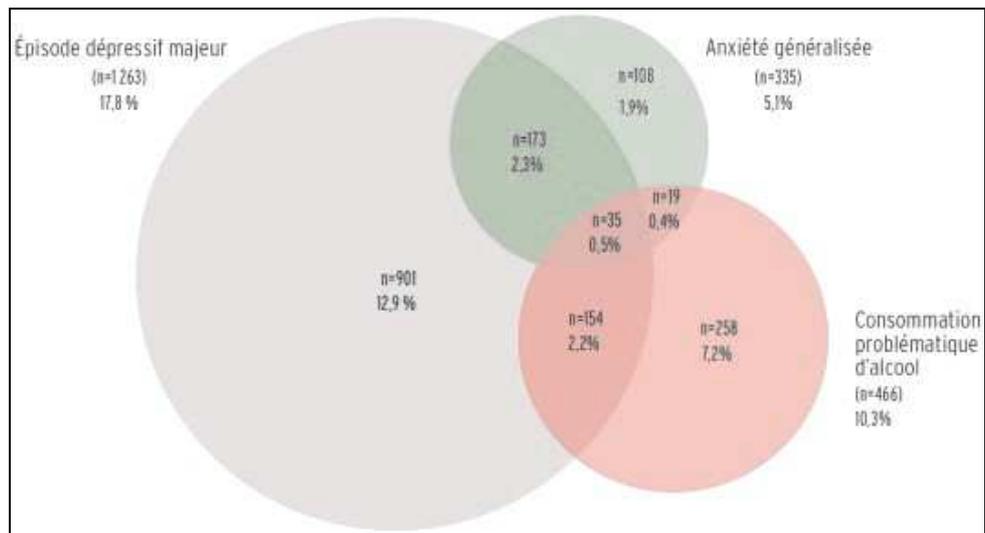
Les dépressifs souffrent également d'un plus grand nombre de maladies (7 versus 3 pour les non dépressifs) et leur consommation médicale est trois fois plus importante. [15]

#### **1.4. Dépression et comorbidité**

La prévalence de la dépression est plus fréquente chez les personnes souffrant de maladies chroniques (11,1% versus 6,9%). [16] Les pathologies somatiques les plus fréquemment associées à la dépression sont les infections sexuellement transmissibles (19,1%), les cancers (16,6%), les problèmes rhumatismaux (13,2%) et les maladies respiratoires (12,8%). [16]

L'étude européenne ESEMed montrait que les épisodes dépressifs majeurs ont un taux de comorbidité de 37,6%, soit avec les troubles anxieux, soit avec les addictions. [14]

Dans l'étude ANADEP, la prévalence de la comorbidité entre dépression et troubles anxieux était de 2,8%. L'association avec la dépendance à l'alcool était de 2,8%. Dans l'échantillon, 0,5% des sujets présentaient les trois troubles. [3]



**Figure 1** : Comorbidité entre dépression, anxiété généralisée et addiction à l'alcool selon l'étude ANADEP [3]

## 1.5. Classifications

### 1.5.1. La CIM 10

#### 1.5.1.1. Situation dans la CIM

L'épisode dépressif majeur est défini dans le chapitre V de la CIM 10 : les troubles de l'humeur (affectifs). Les troubles de l'humeur répertoriés sont :

- L'épisode maniaque
- Le trouble affectif bipolaire
- Les épisodes dépressifs
- Les troubles dépressifs récurrents
- Les troubles de l'humeur persistants
- Les autres troubles de l'humeur
- Le trouble de l'humeur sans précision

Les épisodes dépressifs peuvent être réactionnels ou psychogènes.

### 1.5.1.2. Critères de dépression

**A** : Critères obligatoires, généraux :

- L'épisode doit persister au moins 2 semaines
- Le patient ne doit jamais avoir eu de symptômes maniaques ou hypomaniaques.
- L'épisode n'est pas imputable à une prise de substance psycho active ou à un trouble mental organique

**B** : Présence de deux des ces trois symptômes :

- Humeur dépressive pratiquement toute la journée, et presque tous les jours, non influencée par les circonstances pendant deux semaines.
- Diminution 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 de ces sept symptômes :

- Perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi
- Sentiment injustifié de culpabilité excessive.
- 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.
- Modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement
- Perturbations du sommeil de n'importe quel type
- Modification de l'appétit (augmentation ou diminution) avec variation du poids.

## **1.5.2. Le DSM IV**

### **1.5.2.1. Situation dans le DSM IV**

Les critères de dépression (symptômes) sont décrits dans l'axe I du DSM IV.

Pour rappel, celui-ci est défini en 5 axes :

- L'axe I qui décrit les symptômes des différentes pathologies psychiatriques
- L'axe II qui décrit les différents types de personnalité
- L'axe III qui décrit les pathologies organiques associées
- L'axe IV qui décrit les facteurs socio économiques
- L'axe V qui décrit les modes de fonctionnement psychosocial des patients

Dans la classification du DSM IV, la dépression est classée parmi les troubles de l'humeur avec :

- Les troubles bipolaires
- Les troubles de l'humeur dus à une affection organique ou à une substance.

Parmi les troubles dépressifs sont classés :

- L'épisode isolé
- L'épisode récurrent
- Le trouble dépressif majeur
- Le trouble dysthymique

### **1.5.2.2. Critères de dépression**

**A :** Au moins 5 des symptômes doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée d'au moins deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur.

Au moins un des symptômes est :

- Soit une humeur dépressive. L'humeur dépressive est présente pratiquement toutes la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet
- Soit une perte d'intérêt ou de plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

Les autres symptômes sont :

- La perte ou le gain de poids significatif, en l'absence de régime ou une diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.
- L'insomnie ou l'hypersomnie presque tous les jours.
- L'agitation ou le ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
- Une fatigue ou une perte d'énergie presque chaque jour.
- Le sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée presque tous les jours.
- La diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou une indécision presque tous les jours
- Les pensées de mort récurrentes, des idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou bien un plan précis pour se suicider.

**B** : Les symptômes ne remplissent pas les critères de l'épisode mixte

**C** : Les symptômes entraînent une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatifs sur les plans social et professionnel ou dans d'autres secteurs importants de la vie.

**D** : Les symptômes ne sont pas liés aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale.

**E** : Les symptômes ne sont pas explicables uniquement par un deuil. Ils doivent persister plus de 2 mois et s'accompagner d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou de ralentissement psychomoteur.

### **1.5.3. Critères de gravité**

Le DSM IV et la CIM 10 utilisent la même classification pour décrire la sévérité des épisodes dépressifs.

L'épisode dépressif majeur (c'est-à-dire caractérisé) est qualifié de :

- Léger lorsque que le patient présente juste le nombre nécessaire de symptômes pour répondre au diagnostic. L'altération des activités professionnelles, sociales ou des relations avec les autres est seulement mineure.
- Sévère lorsque le patient présente une symptomatologie importante. Les symptômes altèrent de façon importante les activités professionnelles, sociales et les relations avec autrui.
- Modéré lorsque la symptomatologie est intermédiaire entre les critères de la dépression légère et sévère.
- Sévère avec caractéristiques psychotiques lorsque l'épisode dépressif majeur sévère est associé à des idées délirantes ou des hallucinations.

## **1.6. *Dépression et médecine générale***

La dépression est une des pathologies psychiatriques les plus fréquemment rencontrée en soins primaires. Une étude menée en Grande Bretagne estimait que la dépression était le principal motif de consultation dans 10 à 15% des cas en soins primaires. Un tiers de ces dépressions, soit 5% des consultations seraient des épisodes dépressifs majeurs. [22] En France, la prévalence de la dépression serait de 9 à 14% dans les consultations de médecine générale. [23]

La plupart du temps le patient dépressif est pris en charge essentiellement par son médecin traitant. En France, 60% des dépressifs consultent leur médecin traitant alors que seulement 11% consultent un psychiatre et 7% un psychologue. [4, 23]

La difficulté pour le médecin généraliste est souvent d'identifier la maladie dépressive chez le patient car elle peut être masquée par des symptômes et des plaintes physiques. [1]

En effet, les patients dépressifs consultant leur médecin traitant se présentent généralement avec des symptômes somatiques. [24] La maladie psychique est alors considérée souvent comme un diagnostic d'élimination par les patients et les

médecins. [23] Cela induit notamment un sous diagnostic de la dépression qui ne serait diagnostiquée à la première consultation que dans 50% des cas.

## **2. Le trouble anxieux généralisé**

### **2.1. *Epidémiologie***

#### **2.1.1. Prévalence**

Le trouble anxieux généralisé fait partie des troubles anxieux qui ont une prévalence de 15% sur 12 mois et de 21% sur une vie entière.<sup>11</sup> Le trouble anxieux généralisé fait partie des troubles psychiques les plus fréquents après les phobies et la dépression. [25]

Le taux de prévalence de l'anxiété généralisée dans la population générale varie selon que les auteurs utilisent les critères du DSM III R, du DSM IV ou de la CIM 10. Il se situe entre 2 et 6 % selon les études. [26]

Aux Etat Unis, l'étude NCS retrouvait une prévalence du trouble anxieux généralisé sur une vie de 5.1%. [27]

Au niveau européen, l'étude ESEMed menée dans 6 pays, retrouvait une prévalence de l'anxiété généralisée de 2.1% sur une année et 6% sur une vie entière en France. [14] Ces chiffres sont cohérents avec ceux de l'étude ANADEP et d'autres études qui retrouvaient des prévalences de 5.2% et 4,5%. [3, 28]

#### **2.1.2. Population à risque**

##### **➤ Le sexe**

L'anxiété généralisée est deux fois plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. [27, 29, 30]

Dans l'étude ANADEP, la prévalence de l'anxiété généralisée était de 6,8% chez les femmes et de 3,2% chez les hommes. [3] Une autre étude française réalisée dans les années 90 retrouvait une prévalence de 3,77% sur une année et 6,6% sur une vie pour un homme et 6,6% et 12,2% chez une femme. [25]

Ce sont les femmes entre 25 et 45 ans qui sont le plus souvent touchées. [31] La prévalence de cette pathologie atteint 10% chez les femmes de 35 ans. [32]

### ➤ L'âge

Contrairement aux autres troubles anxieux, la prévalence du trouble anxieux généralisé est basse chez les sujets jeunes et augmente avec l'âge. [33] L'incidence augmente chez les femmes après 35 ans et chez les hommes après 45 ans. [33, 29] Une étude réalisée en 2001, retrouvait une prévalence de 1,6% du trouble anxieux chez les hommes de plus de 45 ans et 2,6% chez les femmes de plus de 45 ans. [33]

Le taux de prévalence le plus important se situe entre 35 et 55 ans et les taux les plus faibles se situent chez les hommes de 18 à 24 ans et les sujets de plus de 65 ans. [34]

La prévalence des patients atteints d'anxiété généralisé selon l'âge est la même en consultation de médecine générale que dans la population générale. [27]

### ➤ La catégorie socio économique

Comme pour la dépression, les personnes sans emploi, veuves, séparées ou divorcées ont aussi plus de risques d'avoir un trouble anxieux généralisé. [27, 35] La vie urbaine, des revenus bas et une éducation plus basse sont aussi associés au trouble anxieux généralisé. [27]

Les évènements de vie stressants sont souvent associés au TAG. Ainsi, dans l'étude NCS, le divorce, l'inactivité due à une retraite anticipée ou une invalidité et le chômage étaient souvent associés au trouble anxieux généralisé. [27]

Les personnes souffrant d'une pathologie physique auraient également plus de risque de développer un trouble anxieux. [31]

## **2.2. Evolution de la maladie**

Après son apparition, le trouble anxieux généralisé évolue en moyenne sur une vingtaine d'années. [36] Il est caractérisé par des périodes de plusieurs semaines où

la symptomatologie est stable et contrôlée, ponctuée par des épisodes plus aigus de quelques jours où la symptomatologie est majorée. [26]

L'anxiété généralisée peut rester chronique si elle n'est pas traitée correctement. [31]

Ainsi, environ 20% des patients souffriraient d'un trouble anxieux chronique. [31]

Le taux de rémission est relativement bas avec un taux de 5% à 15% à un an et de 25% à deux ans et de 18% à 38% à 5 ans selon les études. [37, 38]

Les chances de rétablissement complet sont rares et ne surviennent pas avant 4 à 6 mois de traitement. [32] Une étude prospective sur 2 ans, a montré que le taux de rémission du trouble anxieux généralisé était seulement de 25%. [36]

La récurrence est majorée par la comorbidité avec la dépression, l'alcool et la consommation de toxiques. [39]

### **2.3. Conséquence de la maladie**

La présence d'une anxiété généralisée augmente la morbi mortalité surtout si elle est associée à d'autres troubles anxieux. [5]

Elle diminue de façon importante la qualité de vie. [40] Ainsi dans une étude de Wittchen, 28% des personnes souffrant de TAG estimaient que leur trouble avait un impact négatif dans leur vie quotidienne et interférait avec leur activité. [27]

Dans une autre étude, 66,7% des personnes atteintes d'un TAG pur signalaient avoir été handicapées dans leurs activités dans au moins une journée dans le mois. [41]

La présence d'un TAG augmente aussi le risque d'addiction, de consommation de drogue ou d'alcool. [29, 30]

La demande et la consommation de soins des patients atteints de TAG est importante. Ainsi, dans une étude australienne, 57% des personnes souffrant de ce trouble avaient consulté un professionnel de santé pour un problème psychologique dans l'année. [35]

Les patients souffrant de TAG auraient également plus d'idées suicidaires que les autres patients consultants en médecine générale. Ainsi, dans une étude, 25,4% des personnes souffrant de TAG rapportaient des idées suicidaires dans le mois soit 5 fois plus que les autres patients consultant en médecine générale. [41]

## **2.4. Anxiété et comorbidité**

L'anxiété généralisée est très souvent associée à d'autres troubles psychiatriques. Selon les études, 60% à 90% des patients avec une anxiété généralisée ont une comorbidité. [27, 31, 42] Les pathologies les plus souvent associées sont la dépression, les douleurs chroniques, les troubles du sommeil et les troubles somatiques inexplicables. [31]

Le trouble anxieux généralisé est souvent associé à d'autres pathologies psychiatriques puisque 79% des patients ont également un trouble de l'axe I. [29] Le plus souvent, il s'agit d'un autre trouble anxieux ou d'un trouble de l'humeur. Ainsi, un tiers des patients avec une anxiété généralisée présente un autre trouble anxieux et 30 % ont eu ou auront un épisode dépressif majeur dans leur vie. [30, 43]

Dans l'étude National Comorbidity Survey, 90% des patients avec un TAG avaient souffert dans leur vie d'un autre trouble psychiatrique et 66% d'entre eux présentaient ce trouble au même moment que le TAG. [27] Dans cette même étude, 80% des personnes souffrant d'un trouble anxieux généralisé, ont présenté un trouble de l'humeur à un moment de leur vie. [44]

Des études chez les personnes âgées ont également montré que le trouble anxieux généralisé est associé à un taux élevé de comorbidité dont la plus fréquente est la dépression. [45]

Des études plus récentes réalisées avec les critères DSM IV retrouvent des taux de comorbidité moins importants que les dans les études réalisées avec les critères du DSM III. Dans l'étude datant de 2000, 25% des patients atteints de TAG n'avaient pas d'autres troubles associés. [46]

## **2.5. Classifications**

### **2.5.1. Apparition du TAG dans les classifications**

En 1895, Freud définissait le concept de névrose d'angoisse, caractérisée par une anxiété flottante. Dans les premières versions du DSM, ce concept est resté englobant le trouble panique et le trouble anxieux généralisé.

En 1980, lors de la parution du DSM-III, la névrose d'angoisse a disparu de la classification pour faire apparaître deux nouvelles entités : le trouble panique et le trouble anxieux généralisé (TAG). Le TAG est alors plus un diagnostic d'élimination posé quand la dépression, le trouble panique et les phobies étaient exclus. Les critères diagnostiques étaient définis par une anxiété intense pendant au moins un mois. Cette anxiété se manifestait par des symptômes liés à une tension motrice, une hyperactivité neurovégétative, une hypervigilance et une appréhension.

En 1987, dans le DSM III révisé, la durée des symptômes caractérisant le TAG a été allongée à six mois et les manifestations en relation avec l'appréhension ont été supprimées. De plus, l'anxiété devait se manifester dans au moins deux domaines de la vie du patient.

La dernière version du trouble anxieux généralisé date de 1994 avec la 4<sup>ème</sup> version du DSM.

### **2.5.2. La CIM 10**

#### **2.5.2.1. Situation dans la CIM 10**

Le trouble anxieux généralisé (TAG) est défini dans le chapitre V du CIM 10 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes. Dans ce chapitre sont décrits les troubles anxieux phobiques, les autres troubles anxieux (dont fait partie le TAG), le trouble obsessionnel-compulsif, les réactions à des facteurs de stress et troubles de l'adaptation, les troubles dissociatifs, les troubles somatoformes et les autres troubles névrotiques.

Les autres troubles anxieux (F 41) regroupent les troubles anxieux caractérisés qui ne sont pas déclenchés par l'exposition à des situations déterminées. Il s'agit :

- Du trouble panique
- De l'anxiété généralisée
- Du trouble anxieux et dépressif mixte
- Des autres troubles anxieux mixtes
- Des autres troubles anxieux précisés

### **2.5.2.2. Critères de dépression**

**A** : Elle est caractérisée par la présence d'une inquiétude et d'une appréhension marquées pendant au moins 6 mois, concernant des événements de la vie quotidienne.

**B** : Le patient présente au moins 4 des symptômes suivant. Au moins un des symptômes est lié à une hyperactivité neurovégétative.

- Symptômes liés à une hyperactivité neurovégétative :
  - Palpitations
  - Transpiration
  - Tremblements ou secousses musculaires
  - Bouche sèche
- Symptômes concernant les systèmes respiratoires et gastro-intestinaux :
  - Respiration difficile
  - Sensation d'étranglement
  - Gêne ou douleur thoracique
  - Nausées ou gêne abdominale
- Symptômes concernant l'état mental :

- Sensation d'étourdissement, de « tête vide »
- Déréalisation ou dépersonnalisation
- Peur de perdre le contrôle, de s'évanouir
- Peur de mourir
  
- Symptômes généraux
  - Sensations d'engourdissement
  - Bouffées de chaleur ou frissons
  
- Symptômes de tension :
  - Tension musculaire ou douleurs des membres
  - Fébrilité et incapacité de se détendre
  - Sensation d'être survolté, à bout ou tendu
  - Sensation de boule dans la gorge ou difficultés de déglutition.
  
- Autres symptômes non spécifiques :
  - Réaction de sursaut exagérée
  - Difficultés de concentration ou sensation de « tête vide »
  - Irritabilité persistante
  - Difficultés d'endormissement en rapport avec l'inquiétude.

**C** : Le trouble ne répond pas aux critères d'un trouble panique, d'un trouble anxieux phobique, d'un trouble obsessionnel-compulsif ou d'un trouble hypochondriaque.

**D** : l'anxiété n'est pas due à un trouble organique, à un trouble mental organique ou à l'utilisation d'une substance psychoactive.

## **2.5.3. Le DSM IV**

### **2.5.3.1. Situation dans le DSM**

La notion d'anxiété généralisée est parue en 1980 dans le DSM III et était définie par des symptômes liés à une tension motrice, une hyperactivité neurovégétative et une hypervigilance pendant une période d'au moins un mois.

Dans le DSM IV, édité en 1994, l'anxiété généralisée fait partie du chapitre des troubles anxieux avec :

- Le trouble panique avec ou sans agoraphobie
- L'agoraphobie sans trouble panique
- Les phobies spécifiques
- La phobie sociale
- Le trouble obsessionnel compulsif
- L'état de stress post traumatique
- L'état de stress aigu

Les troubles anxieux dus à une pathologie organique et à une substance

### **2.5.3.2. Critères de l'anxiété**

**A :** l'anxiété généralisée est caractérisée par une période d'anxiété et de soucis excessifs présents la plupart du temps au moins six mois, en rapport avec plusieurs activités de la vie courante.

**B :** Le sujet éprouve de la difficulté à contrôler ses soucis.

**C :** Le sujet présente au moins 3 des 6 symptômes suivant :

- Une tension musculaire
- Agitation ou sensation d'être survolté ou à bout
- Difficulté de concentration ou sensation de « tête vide »
- Irritabilité
- Perturbation du sommeil
- Fatigabilité.

**D** : L'objet de l'anxiété et des soucis n'est pas limité à :

- La peur d'avoir une attaque de panique
- La peur d'être embarrassé en public
- La peur d'être contaminé
- La peur d'être loin de la maison ou des proches
- La peur de prendre du poids
- La peur d'avoir plusieurs plaintes physiques
- La peur d'avoir une maladie grave

**E** : L'anxiété cause une détresse cliniquement significative ou des difficultés de fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants

**F** : L'anxiété n'est pas liée :

- A une affection médicale
- Aux effets d'une substance psycho active
- A un trouble de l'humeur
- A un trouble psychotique
- A un trouble envahissant du développement.

## **2.6.     *Anxiété en médecine générale***

L'anxiété généralisée est une pathologie psychiatrique fréquente en médecine générale. Sa prévalence dans les consultations de soins primaires est de 5.3% à 8% selon les études. [5, 31, 47]

Selon une étude menée par L'OMS dans 15 pays du monde, le trouble anxieux généralisée est la maladie anxieuse la plus fréquente en soins primaires avec une prévalence d'environ 7,9%. [48] L'étude allemande de Wittchen et al menée sur 2000 patients de médecine générale retrouvait une prévalence du TAG de 5,4%. [49] Une étude française a montré sur un échantillon de patients consultant en soins primaires que 25% d'entre eux avaient présenté un trouble anxieux dans l'année ; pour 5,4% il s'agissait d'un trouble anxieux généralisé. [50]

Cette pathologie augmenterait le nombre de consultations en médecine générale. [30]

La plupart de ces patients sont pris en charge exclusivement par leur médecin généraliste et seulement 10 % d'entre eux consultent un spécialiste. [5]

Bien que ce soit une pathologie fréquente en soins primaires, elle n'est pas toujours diagnostiquée et traitée correctement. Seulement 50 à 64% des patients anxieux sont identifiés par leur médecin comme ayant un problème psychologique et 23 à 34% comme ayant une anxiété généralisée. [31, 51] Ce faible taux de reconnaissance est lié au fait que les patients se présentent la plupart du temps sans plainte psychique. [31] En effet, un tiers des patients anxieux consultent pour des symptômes physiques. [51]

Selon certaines études, le TAG serait sous traité et seulement un tiers des patients recevraient un traitement approprié. [5] A l'inverse, la moitié des patients qui reçoivent un traitement répondent aux critères diagnostiques de l'anxiété. [52]

### **3. Le syndrome anxiodépressif**

#### **3.1. Généralité**

Ce syndrome évoqué par certains auteurs est souvent controversé. Pour certains auteurs, les symptômes définis dans le trouble anxio dépressif mixte ne seraient que des symptômes résiduels d'épisode dépressif ou anxieux ou en rapport avec des troubles de la personnalité. [7, 53]

Les symptômes de ces patients ne sont pas suffisants pour répondre aux critères DSM IV ou de la CIM 10 caractérisant l'épisode dépressif ou le trouble anxieux généralisé. Le trouble mixte ne doit pas être confondu avec le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive ou avec anxiété qui est secondaire à un évènement stressant.

Ce trouble est surtout décrit en consultation de médecine générale où certains patients présentent à la fois des symptômes anxieux et dépressifs

## **3.2. Prévalence**

### **3.2.1. Dans la population**

Sa prévalence serait de 0.8% à 1% dans la population générale et de 1.3% à 2% en soins primaires. [54] Cependant cette prévalence est difficile à évaluer en raison des critères diagnostiques mal définis.

### **3.2.2. En soins primaires**

La prévalence de ce syndrome serait de 10% en soins primaires aux Etats Unis. Les patients atteints de ce trouble consulteraient fréquemment leurs médecins traitant pour des symptômes somatiques inexplicables physiquement. [55]

## **3.3. Définition de la CIM 10**

- Le trouble anxieux et dépressif mixte est défini par la présence de symptômes anxieux et dépressifs, sans prédominance nette des uns par rapport aux autres.
- L'intensité des symptômes et leurs nombres ne permettent pas de justifier d'un diagnostic séparé d'épisode dépressif ou de trouble anxieux.
- Le trouble anxieux et dépressif mixte ne doit pas être confondu avec :
  - Une simple inquiétude
  - Le trouble de l'adaptation si les symptômes fluctuent selon des changements existentiels ou des facteurs de stress.

## **3.4. Définition du DSM IV**

Le trouble mixte anxiété-dépression est défini dans l'annexe B du DSM IV.

**A :** Il est caractérisé par une humeur dysphorique persistante ou récurrente durant au moins un mois.

**B** : L'humeur dysphorique s'accompagne d'au moins 4 des symptômes suivant :

- Des difficultés de concentration ou de mémoire
- Une perturbation du sommeil
- Une fatigue ou une baisse d'énergie
- Une irritabilité
- Des soucis excessifs
- Une tendance à pleurer facilement
- Une hypervigilance
- Une tendance à anticiper le pire
- Du désespoir ou du pessimisme par rapport à l'avenir.
- Une faible estime de soi ou un sentiment d' « être sans valeur ».

Les symptômes doivent persister au moins un mois.

**C** : Les symptômes doivent entraîner une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

**D** : Les symptômes ne doivent pas être dus à la prise d'une substance ou une affection médicale.

**E** : Le diagnostic de trouble mixte anxiété dépression ne peut être posé que si le patient :

- n'a jamais présenté de critère de troubles dépressifs, d'anxiété généralisée ou de trouble panique.
- ne présente pas actuellement de symptômes d'autres troubles anxieux ou dépressifs.
- N'est pas atteint d'un autre trouble mental expliquant les symptômes

## **4. Comorbidité entre dépression et anxiété**

### **4.1. Généralités**

La comorbidité est définie par la cooccurrence de plusieurs troubles ou maladies différents survenant chez un même patient. Les patients présentant une comorbidité

entre trouble anxieux généralisé et dépression répondent aux critères diagnostiques de la CIM 10 ou du DSM IV pour les deux pathologies.

La première définition de la comorbidité fut donnée par Feinstein en 1970 pour désigner « *l'existence ou la survenue d'une autre entité morbide au cours de l'évolution clinique d'un patient présentant la pathologie index étudiée* ». [56]

Plusieurs types de comorbidité existent [57]:

- La comorbidité pathogénique.

Dans ce cas, la seconde pathologie peut être considérée comme une complication de la première. La deuxième maladie est liée à la première maladie par un lien de causalité.

- La comorbidité diagnostique.

Elle comprend la notion de co-occurrence symptomatique. Dans ce cas, le patient présente une symptomatologie dont les éléments ne sont pas individuellement spécifiques d'une pathologie.

- La comorbidité pronostique

Dans ce type de comorbidité, un syndrome favorise l'apparition d'autres troubles différents du premier.

En psychiatrie, il est difficile de distinguer ces trois types de comorbidité en raison du manque de connaissance sur l'étiopathogénie des pathologies. Six hypothèses ont donc été proposées sur la comorbidité en psychiatrie :

- Soit la pathologie A favorise la pathologie B
- Soit la pathologie B favorise la pathologie A
- Soit un facteur de vulnérabilité commun favorise l'apparition des deux pathologies
- Soit un biais nosographique permet l'association de A et de B en raison de symptômes communs.
- Soit la comorbidité entre A et B est un artéfact statistique en raison d'une association fréquente des pathologies dans les études statistiques
- Soit les pathologies A et B font partie d'un même syndrome sous-jacent plus large.

La notion de comorbidité et son intérêt sont actuellement remis en cause par certains auteurs.

Pour M.Maj, la multiplication des comorbidités en psychiatrie viendrait des règles de classification du DSM III dans lequel un symptôme ne peut pas faire partie de deux pathologies différentes. [58] Le concept de comorbidité, souvent confondu avec un facteur de risque n'apporterait rien à la pratique clinique et à la thérapeutique. Il permettrait seulement de prédire l'évolution et le pronostic des pathologies. [59]

## **4.2. Prévalence**

### **4.2.1. Dans la population générale**

La prévalence de la comorbidité anxiodépressive est variable selon les études et les critères utilisés (DSM III ou DSM IV) pour définir le trouble anxieux généralisé.

L'étude National Comorbidity Survey (NCS) menée aux Etats Unis, retrouvait un taux de comorbidité de 17.2% entre les deux pathologies dans la population générale. Parmi les patients atteints d'un trouble anxieux généralisé, la prévalence de la dépression était de 40% sur une vie. [6] De même, 58% des patients déprimés avaient souffert d'un trouble anxieux. [60] Une autre étude américaine plus ancienne, l'étude ECA montrait que 43 à 50 % des dépressifs présentaient un trouble anxieux et que 25% des anxieux avaient un trouble dépressif.

Dans les études menées par Kessler en 1999, sur 12 mois, 59% et 70% des patients avec un trouble anxieux généralisé avaient un EDM. Parallèlement, 17,5% et 16,3% des sujets dépressifs avec une anxiété généralisée [8]

En Europe, dans l'étude GADiS réalisée au Luxembourg et en Belgique, 8.3% des patients avaient une anxiété généralisée, 6.3% une dépression et 4.2% avaient une comorbidité anxiodépressive. [61]

Trois études Françaises, une menée par Lépine à Savigny [62], une en région parisienne en 1991 [63] et une en basse Normandie en 1997 [10], ont étudié la comorbidité des troubles dépressifs. Elles retrouvaient également une comorbidité importante entre EDM et trouble anxieux généralisé.

Plus récemment, l'étude ANADEP retrouvait une comorbidité de 2,8% entre les TAG et la dépression. [3]

#### **4.2.2. En soins primaire**

La comorbidité entre anxiété et dépression est fréquente en soins primaires. [2] Pour certains auteurs, la majorité des patients atteints de maladies psychiatriques en médecine générale ont, soit une dépression isolée, soit une dépression avec anxiété. [64]

Dans une étude allemande réalisée par Wittchen en soins primaires, 5,6% des patients avaient une anxiété généralisée, 6% un épisode dépressif majeur et 1,6% les deux pathologies. [65]

#### **4.2.3. Population à risque**

La comorbidité anxio dépressive est plus importante chez les femmes que chez les hommes. [3] Chez les hommes, la dépression est plus souvent associée aux problèmes avec l'alcool (abus ou dépendance). [3] Ceci s'explique probablement par une prévalence plus importante de la dépression et de l'anxiété isolées chez les femmes également.

Plusieurs facteurs socio économiques sont communs à la fois à la dépression et à l'anxiété comme le fait d'être célibataire, divorcé ou veuf ainsi que le faible niveau d'étude ou de vie. [66]

Nous n'avons cependant trouvé d'étude montrant des facteurs spécifiques prédisposant à la comorbidité.

### **4.3. *Liens entre deux pathologies***

La forte comorbidité entre TAG et dépression dans les différentes études a fait émerger deux hypothèses sur leur relation :

- Pour certains auteurs, le trouble anxieux généralisé est considéré comme un diagnostic à part entière et serait un facteur de risque de dépression
- Pour d'autres, il existe un continuum entre les deux pathologies

### 4.3.1. Anxiété : facteur de risque de dépression

Pour certains auteurs, le TAG est un diagnostic à part entière qui peut être considéré comme un facteur de risque de dépression.

Ainsi, certaines études montrent que les troubles anxieux précèdent la plupart du temps l'épisode dépressif. [67, 68]

Dans l'étude NCS (figure 2), les auteurs ont montré que les troubles anxieux débutent plus précocement que la dépression. [69]

Par exemple, à 20 ans, la probabilité d'avoir un trouble anxieux est deux fois plus importante que celle d'avoir une dépression.

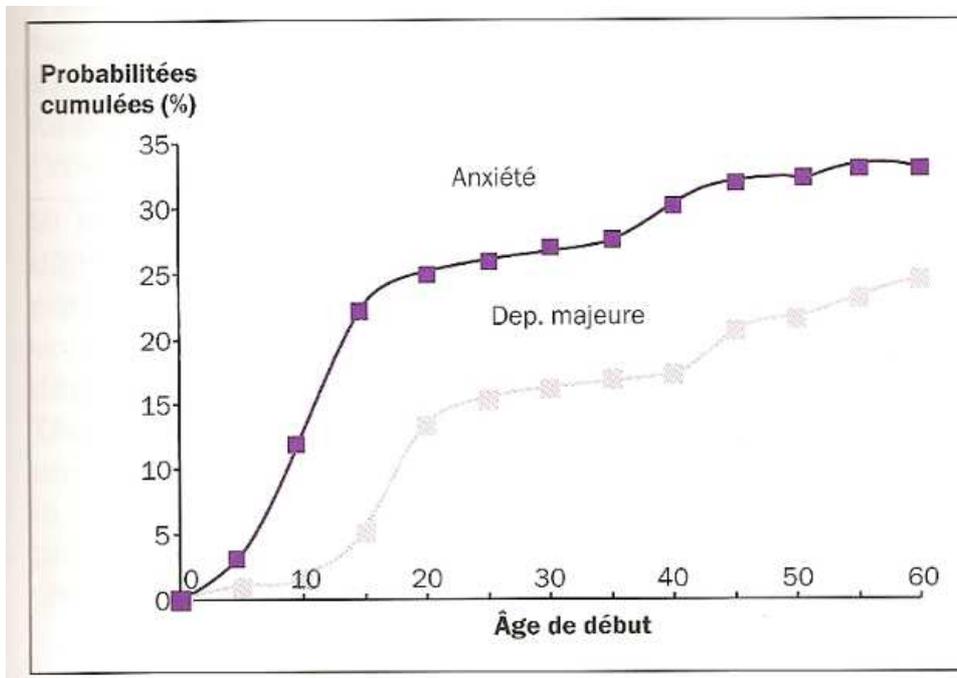


Figure 2 : Âge de début des troubles anxieux et dépressifs dans l'étude NCS. [69]

Il existerait un risque significatif d'apparition d'un épisode dépressif majeur quelques années après l'apparition du trouble anxieux généralisée. Ce risque diminue quand le trouble anxieux est en rémission. [70]

Dans une étude de 1998, le risque de développer une dépression 2 ans après la survenue d'un trouble anxieux était augmenté avec un Odd Ratio de 3,72. [71]

En 2003, l'étude menée par Wittchen sur des adolescents a montré que l'existence d'un trouble anxieux à l'adolescence multiplie le risque de dépression. Le risque est le plus élevé avec le TAG (odd ratio de 4,5 ; 95%, CI= 1,9-10,3). L'incidence des

épisodes dépressifs est de 50 à 55% chez les sujets souffrant de troubles anxieux généralisés dans l'adolescence contre 10% chez les patients sans anxiété. [72]

Le risque de faire une dépression augmenterait aussi avec le nombre de troubles anxieux présentés par le patient. Une étude japonaise a montré que le risque de faire une dépression était d'autant plus important que le patient était atteint de plusieurs troubles anxieux. Ainsi un épisode dépressif majeur était diagnostiqué chez 20,1% des patients ayant un seul trouble anxieux, 45,3% des patients avec 2 troubles anxieux et 87% des patients avec 3 troubles anxieux. [73]

Les mécanismes provoquant une dépression chez les patients anxieux ne sont pas encore totalement connus. Un impact de l'anxiété chronique sur les structures responsable de la dépression, notamment l'hippocampe a été évoqué. [74]

#### **4.3.2. Continuum entre anxiété et dépression**

Certains supposent qu'il existe une continuité entre les deux troubles et que l'anxiété est « un prodrome, un marqueur de gravité ou une entité résiduelle de la dépression ». Cela suppose que le TAG n'est pas un trouble à part entière. Cette hypothèse se base sur le fait que dépression et anxiété généralisée ont des facteurs génétiques communs.

De plus, le trouble anxieux ne précède pas systématiquement la dépression dans certaines études

Une étude Néo Zélandaise [75] menée sur une cohorte de patients de 32 ans a étudié les liens entre trouble anxieux généralisé et dépression. Dans l'étude, 72% des patients anxieux faisaient un EDM alors que seulement 48% des dépressifs était anxieux. 37% des dépressifs avaient une anxiété avant ou concomitante à l'EDM et 32% des anxieux avaient une dépression avant ou concomitante à la maladie anxieuse. Cette étude montre que l'anxiété ne survient pas forcément avant la dépression puisque dans 1/3 des cas, la dépression survient en même temps que le trouble anxieux et dans 1/3 des cas elle survient avant.

D'après l'étude NCS, l'anxiété peut être une prédisposition, un marqueur de sévérité ou un reliquat de la dépression. [6]

## 4.4. Aspects biologiques

### 4.4.1. Aspects anatomiques

Des explorations à l'aide de l'imagerie fonctionnelle ont permis d'identifier les zones cérébrales impliquées dans la genèse de la dépression et des troubles anxieux. Différentes structures du système limbique semblent impliquées dans les troubles dépressifs et anxieux.

Dans la dépression, le cortex préfrontal ventro-médian, le cortex cingulaire antérieur et des régions du système limbique comme l'insula et l'amygdale présenteraient une activité augmentée ou réduite.

Dans certains troubles anxieux, il a été remarqué une activité excessive au niveau de l'amygdale. [76]

L'axe hypothalamo- hypophysio-surrénalien serait également impliqué dans les mécanismes biologiques liant anxiété et dépression. [77]

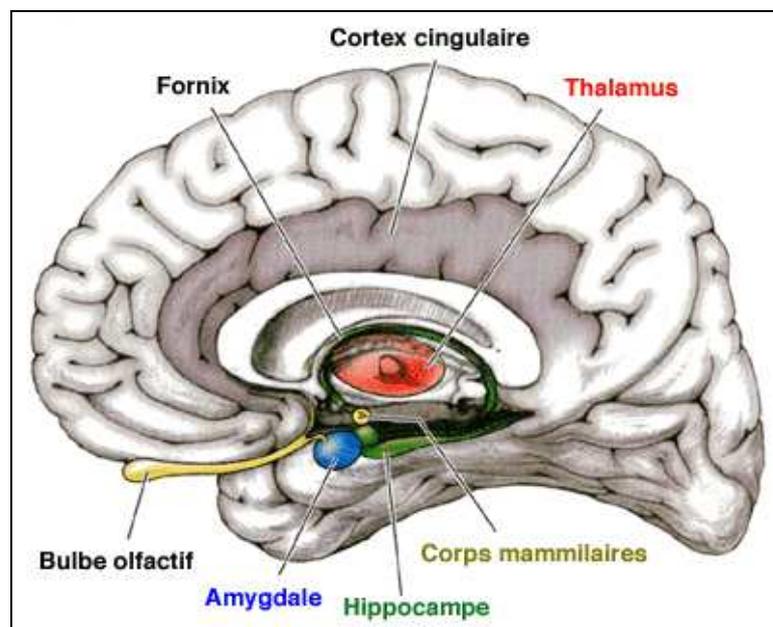


Figure 3 : système limbique

#### **4.4.2. Aspects génétiques**

Le trouble anxieux généralisé et la dépression auraient des prédispositions génétiques communes. [78] Ces similitudes génétiques pourraient expliquer la comorbidité. [79] Pour certains auteurs cette forte comorbidité entre troubles anxieux et troubles de l'humeur suggère que ce sont deux formes différentes d'un même trouble lié à une vulnérabilité génétique commune. [80]

Les sujets atteints de dépression ou de trouble anxieux généralisé ont une incidence familiale plus élevée pour ces deux pathologies faisant évoquer une prédisposition partagée.[81] Les personnes issues de familles de patients souffrant d'anxiété généralisée, de dépression ou des deux pathologies, ont plus fréquemment une comorbidité anxiodépressive. [82] Par contre, la fréquence de la dépression ne serait pas plus importante chez les patients comorbides que les patients ayant une anxiété pure ou une dépression isolée. [78]

Une étude de Kendler en 1996 sur des jumelles a retrouvé 57% de facteurs génétiques communs pour le TAG et la dépression. [83] Une autre étude auprès de jumeaux a montré que la vulnérabilité génétique des troubles anxieux généralisés et de la dépression est la même mais que les patients développent l'un ou l'autre selon les facteurs environnementaux. [79] Certains facteurs seraient spécifiques à l'anxiété et d'autres à la dépression. [84]

#### **4.4.3. Aspects neurobiologiques**

Les troubles anxieux et dépressifs auraient en commun de nombreux facteurs de vulnérabilité.

Il y a une trentaine d'années, certains chercheurs ont émis l'hypothèse que les patients atteints d'anxiété et de dépression avaient en commun une sécrétion accrue de liquide céphalo rachidien. [85]

- L'axe hypothalamo-cortico-surrénalien [86]

Un dysfonctionnement de l'axe hypothalamo- cortico surrénalien est décrit dans la dépression et l'anxiété. Il est exploré par le test de freination à la dexaméthasone. Si

50% des patients dépressifs ont un échappement à la freination, 25% des patients atteints de trouble anxieux généralisé présentent également un échappement. [87]

Au cours des états dépressifs et anxieux, une élévation du CRF (Corticotropin Releasing Factor) est retrouvée dans le liquide céphalorachidien. Le CRF est produit par l'hypothalamus stimulé par le locus ceruleus via des mécanismes adrénergiques lors d'un stress. Cela entraîne une production de glucocorticoïdes qui eux même exercent un feedback négatif sur l'hypothalamus. La production régulière de glucocorticoïdes lors d'épisodes anxieux ou de stress répétés entraînent une désensibilisation des récepteurs aux glucocorticoïdes notamment au niveau de l'hippocampe et des aires limbiques.

Cette désensibilisation des récepteurs aux glucocorticoïdes diminuerait le feedback exercé sur la production de CRF et par conséquent la production de cortisol ne serait plus régulée.

L'hypercortisolémie chronique aurait un effet neurotoxique sur les espaces corticaux et sous corticaux, retrouvé dans les états dépressifs.

#### ➤ Le système sérotoninergique

Un seul neuromédiateur, la sérotonine, serait impliqué dans les deux pathologies. Cela peut expliquer l'efficacité des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) dans les deux pathologies. La sérotonine se fixe sur les récepteurs 5-HT1A. La variation du taux du récepteur 5-HT1A est associée à une fréquence plus élevée d'anxiété et de dépression. [79] Dans la dépression, la neurotransmission sérotoninergique est déficitaire alors qu'elle est excessive dans l'anxiété.

## **4.5. Conséquences**

### **4.5.1. Sur le trouble anxieux**

Les personnes atteintes à la fois de troubles d'humeur et de troubles anxieux ont un moins bon pronostic que celui des patients n'ayant qu'un des deux troubles. [72]

La comorbidité avec d'autres pathologies est associée à une plus grande sévérité des symptômes de l'anxiété.[88]

De plus la présence d'une comorbidité dépressive favorise la récurrence du trouble anxieux. [9]

#### **4.5.2. Sur la dépression**

Les résultats de l'étude ANADEP montrent que la présence d'une comorbidité anxieuse est plus fréquente en cas d'EDM sévère ; elle a une prévalence de 10.8% chez les patients avec un EDM léger ou modéré et de 20.6% chez les patients ayant un EDM sévère. [3]

Le traitement de la dépression en cas de comorbidité anxieuse est souvent plus long et les patients moins compliants. [2] Il existerait également un risque plus important de récurrence de la dépression ou de développement d'une dépression chronique. [2]

Si la maladie dépressive est plus sévère et plus difficile à traiter en cas de comorbidité [2], des études ont montré que symptômes des patients dépressifs ayant un trouble anxieux généralisé n'étaient pas ou peu différents de ceux des patients non anxieux. [89, 90]

#### **4.5.3. Sur la morbi-mortalité**

Selon l'Organisation Mondiale de la santé, 1/5 des causes de handicap sont dues aux maladies psychiatriques, surtout à la dépression et à l'anxiété. [91]

La plupart des études sur la comorbidité anxiodépressive indiquent que le pronostic à long terme est moins bon que dans les deux troubles isolés.

- Majoration de la symptomatologie :

L'association du TAG et de la dépression entrainerait une sévérité plus importante au niveau symptomatique, professionnel et familial. [8]

En cas de comorbidité, plus de patients perçoivent leur état psychologique moyen ou mauvais. Ainsi, 20% des dépressifs, 30% des dépressifs et 35% des patients comorbides percevaient leur état psychologique comme mauvais ou moyen (figure 4). [8]

Une étude réalisée auprès de sujets de plus de 75 ans montrait qu'une comorbidité entre troubles anxieux et dépression était associée à une diminution de la qualité de vie, un mauvais pronostic de la maladie dépressive et une augmentation de la mortalité. [92]

La comorbidité augmenterait également la présence du symptôme « douleur » chez les patients ainsi que celle de symptômes physiques inexpliqués. [93, 94]

Certains auteurs notent également une majoration des difficultés cognitives en cas de comorbidité anxio dépressive. [95, 96]

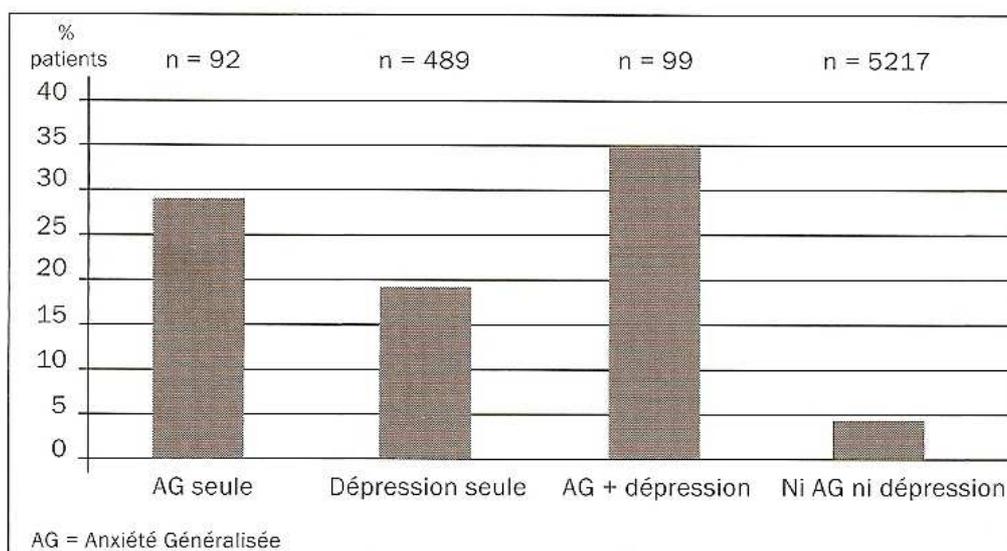


Figure 4 : Pourcentage de sujets percevant leur état de santé psychologique comme moyen ou mauvais au cours des 12 derniers mois d'après l'étude NCS. [8]

➤ Augmentation du risque suicidaire

La comorbidité entre dépression et anxiété généralisée augmenterait le risque de suicide. [2] Lorsque le trouble anxieux généralisé est associé à d'autres troubles psychiatriques, le taux de suicide augmente. Une étude a montré que 25,4% des patients anxieux sans comorbidité avaient des idées suicidaires, 59,7% des dépressifs sans comorbidité et 64 % des patients atteints des deux pathologies. [47]

➤ Majoration du handicap, notamment par rapport au travail

La présence d'une comorbidité entraîne également un retentissement professionnel plus important que les troubles dépressifs et anxieux purs (figure 5). [8]

Soixante six pour cent des personnes atteints d'un trouble anxieux généralisée et 68,4% des dépressifs se plaignent d'une incapacité à travailler. Ce trouble se majore lorsque les deux pathologies sont comorbides avec un taux de 81,1%. [97]

Dans une étude réalisée en 2000, le nombre de jours d'incapacité était de 6, 9 jours sur 6 mois en cas de comorbidité alors qu'il était de 4,2 jours en cas de dépression ou de TAG isolés (Cf. Tableau 2). [98]

Des études réalisées en soins primaires ont également montré que les sujets comorbides étaient handicapés plus longtemps que les patients ayant un trouble pur dans leur vie quotidienne. [47]

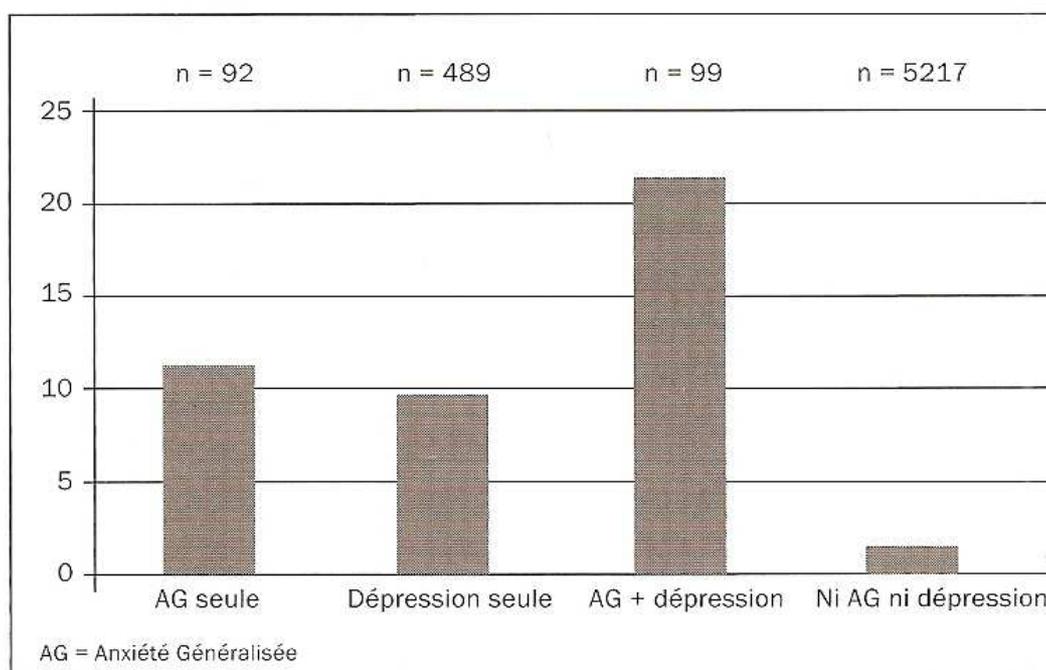


Figure 5 : Pourcentage de sujets ayant présenté de plus de 5 jours de retentissement professionnel au cours du dernier mois dans l'étude NCS. [8]

➤ Augmentation de la consommation de soins :

Une revue de la littérature faite en 2001, montrait que la comorbidité augmente le nombre d'hospitalisations en psychiatrie et l'utilisation des services médicaux. [2] Ainsi, le nombre de consultations chez le médecin traitant est plus important que pour les patients ayant un trouble dépressif ou anxieux pur (cf. tableau 2). [98]

Les patients consulteraient plus les spécialistes de santé mentale (psychiatres ou psychologues) en cas de comorbidité. [10]

La présence d'une comorbidité augmente également la demande de traitement médicamenteux. [48]

	nombre de visites chez MG	examens complémentaires	nombre de jours d'incapacité	incapacité à 6 mois
pas de trouble psychiatrique	1,6	25%	2,7	1,7
TAG pur	1,8	47%	4,2	1,9
Dépression pure	2,1	35%	4,2	1,5
TAG + dépression	2,4	39%	6,9	3,9

Tableau 2 : Influence de la comorbidité sur la consommation de soins et l'incapacité après 6 mois selon l'étude de Lecrubier et Weiller. [98]

#### **4.6. *Prise en charge***

Il n'existe pas de recommandation spécifique à la prise en charge des patients dépressifs ayant une comorbidité anxieuse. Cependant, quelques notions apparaissent dans les recommandations de l'HAS et de l'AFSSAPS concernant la prise en charge des dépressions et des troubles anxieux.

Selon certaines études, la prise en charge de ces patients dépressifs et anxieux pourrait nécessiter un traitement associant antidépresseur et benzodiazépine. [99]

La psychothérapie cognitivo comportementale est également indiquée dans les deux pathologies. [11, 12, 13]

##### **4.6.1. Les antidépresseurs**

###### **4.6.1.1. Généralités**

Les recommandations de 2002 sur la prise en charge de la dépression en ambulatoire indiquent que toutes les classes d'antidépresseurs sont efficaces pour traiter ce trouble. [12]

Cependant, la haute autorité de santé et l'AFSSAPS préconisent de choisir un antidépresseur ayant l'AMM pour les deux pathologies en cas de comorbidité avec un autre trouble psychiatrique. [12, 100]

Seuls trois antidépresseurs ont l'AMM dans le trouble anxieux généralisé. Ils appartiennent essentiellement à la classe des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) et un à la classe des inhibiteurs de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA). [11, 100, 101]

#### **4.6.1.2. Les Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine**

➤ Généralités et posologies: [101]

Actuellement, deux IRS ont l'indication dans la dépression et le trouble anxieux généralisé :

- la Paroxétine (DEROXAT\*)

La posologie de la Paroxétine dans le TAG et la dépression est de 20 mg.

- l'Escitalopram (SEROPLEX\*)

La posologie indiquée de l'Escitalopram dans le TAG et la dépression est de 10 mg. Elle peut être augmentée à 20 mg si nécessaire.

Le délai d'action de ces deux molécules est de une à deux semaines.

➤ Contre-indications :

- Hypersensibilité aux molécules
- Prise d'inhibiteur de la monoamine oxydase
- Allongement de l'intervalle QT

➤ Effets secondaires :

Les principaux effets secondaires sont liés aux effets sérotoninergiques. Il s'agit de :

- Nausées et vomissements

- Diarrhée
- Hypersudation
- Céphalées
- Asthénie, somnolence
- Vertiges

Ils peuvent également provoquer des allongements du QT

A l'arrêt du traitement : les patients peuvent présenter des sensations vertigineuses, des céphalées, des nausées et des troubles sensoriels. Il est donc recommandé d'arrêter le traitement progressivement en diminuant les posologies sur plusieurs semaines.

#### **4.6.1.3. La Venlafaxine**

- Indication et généralités : [101]

La venlafaxine LP (EFFEXOR\*) est un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline. C'est le seul antidépresseur de cette catégorie ayant l'AMM pour la dépression et le trouble anxieux généralisé.

- Posologie :

La posologie de la Venlafaxine est :

- Pour la dépression entre 75 mg à 375mg
- Pour l'anxiété généralisée entre 75 et 225mg

Le traitement est efficace au bout de 1 à 3 semaines selon les patients.

Les augmentations posologiques doivent être faites toutes les deux semaines si nécessaire.

- Contre-indications :

Les deux contre-indications absolues sont :

- l'hypersensibilité à la molécule
- l'association à un IMAO.

Il existe cependant d'autres contre- indications relatives :

- L'hypertension artérielle non contrôlée en raison du risque d'hypertension maligne
- Les pathologies cardiaques en raison du risque d'accélération du rythme cardiaque
- Le glaucome à angle fermé

➤ Effets indésirables :

Les principaux effets secondaires sont liés aux effets sérotoninergiques. Il s'agit de :

- Nausées et vomissements
- Diarrhée
- Hypersudation
- Céphalées
- Asthénie, somnolence
- Vertiges

La venlafaxine peut également provoquer des hausses de tension et des palpitations

#### **4.6.1.4. L'Imipramine**

Les premiers antidépresseurs étudiés dans les troubles anxieux ont été les imipraminiques par Klein en 1962 qui a montré leur efficacité sur l'anxiété.

Cette molécule, administrée pendant 8 semaines améliore les signes psychiques d'anxiété. Actuellement, la Clomipramine n'a pas l'autorisation de mise sur le marché dans le TAG mais le reste dans d'autres troubles anxieux et dans la dépression. [11,12]

Les tricycliques restent indiqués dans la dépression [12] mais sont moins utilisés en raison de leurs effets indésirables.

## **4.6.2. Les anxiolytiques**

### **4.6.2.1. Généralités**

Les anxiolytiques sont indiqués pour traiter les manifestations anxieuses. Actuellement, seuls les benzodiazépines et la Buspirone ont l'AMM pour le trouble anxieux généralisé. [11]

### **4.6.2.2. Les benzodiazépines**

- Indication et généralités : [101]

Les benzodiazépines ne doivent pas être utilisées en traitement de fond de l'anxiété généralisé ou des troubles dépressifs. La haute autorité de santé préconise de les utiliser pendant de courtes durées. Dans le TAG, elles doivent intervenir après les antidépresseurs IRS surtout s'il y a une comorbidité anxieuse. [11]

Les BZD ont une efficacité au bout d'une à deux semaines. [102] Cette efficacité sur l'anxiété diminuerait ou même disparaîtrait après 4 semaines de traitement. [102, 103]

- Posologie et délai d'action : [101, 13]

Toutes les benzodiazépines sont efficaces dans le trouble anxieux généralisé quelque soit leur demi-vie [104, 13]. La posologie est différente selon les différentes molécules.

L'intérêt de ces molécules dans le traitement du TAG est l'action rapide sur les signes physiques de l'anxiété.

La durée maximale de traitement préconisée par l'HAS est de 12 semaines en incluant le sevrage. Selon l'AFSAPSS [104], elles doivent être arrêtées dès que les troubles anxieux ou du sommeil sont amendés et que l'antidépresseur a permis une amélioration thymique suffisante.

substance active	nom commerciaux	demi-vie
Clotiazépam	VERATRAN	4 h
Oxazépam	SERESTA et génériques	8h
Alprazolam	XANAX et génériques	10-20h
Lorazépam	TEMESTA et génériques	10-20h
Bromazépam	LEXOMIL et génériques	20h
Clobazam	URBANYL	20h
Diazépam	VALIUM	32-47h
Ethyl Loflazépate	VICTAN	77 h
Prazépam	LYSANXIA et génériques	30-150h
Clorazépate	TRANXENE	30-150h
Nordazépam	NORDAZ	30-150 h

Tableau 3 : Benzodiazépines à effet anxiolytique selon l'AFSSAPS [104]

➤ Effets secondaires

Les principaux effets secondaires des benzodiazépines sont :

- La somnolence et la baisse de la vigilance. Cet effet apparait au début du traitement puis diminue progressivement. [105]
- Les troubles de la mémoire
- Des troubles du comportement à type d'irritabilité, d'agressivité, d'agitation
- Les céphalées et des sensations d'ivresse

Les BZD entraînent également une dépendance et un syndrome de sevrage peut survenir à leur arrêt.

Le syndrome de sevrage se manifeste par un rebond des manifestations anxieuses, des douleurs musculaires, une irritabilité, une agitation et des céphalées.

Le rebond d'anxiété serait plus fréquent avec les BZD à demi-vie courte qu'avec les BZD à demi-vie intermédiaires. [106]

➤ Contre-indications

Les contres indications des benzodiazépines sont

- L'insuffisance respiratoire grave
- Le syndrome d'apnée du sommeil
- L'insuffisance hépatique grave

- La myasthénie
- L'allergie à la molécule

#### **4.6.2.3. La Buspirone**

- Indication et généralités : [101, 11, 13]

La Buspirone a l'autorisation de mise sur le marché pour le trouble anxieux généralisé. Par contre, cette molécule n'a pas d'action sur la dépression hormis sur la part d'anxiété ressentie par les patients.

Cependant une méta analyse de 1992 avait montré une amélioration des patients atteints de TAG associé à des symptômes anxieux avec un traitement par Buspirone versus placebo. [107]

Son mécanisme d'action est différent de celui des benzodiazépines. Il s'agit d'un agoniste de la neurotransmission sérotoninergique au récepteur 5-HT1a appartenant à la classe des azapirones. La seule molécule de cette classe commercialisée en France est la Buspirone.

La buspirone a surtout un effet sur les symptômes psychiques du TAG.

Elle est actuellement peu utilisée en France notamment en raison de son délai d'action et de son action variable selon les patients. [98]

- Posologie et délai d'action : [101]

La posologie indiquée est de 15 à 20 mg par jour répartie en trois fois. La posologie maximale est de 60 mg.

Contrairement aux benzodiazépines, elle ne permet pas de soulager rapidement les symptômes anxieux. Son délai d'action peut atteindre trois semaines.

- Effets indésirables :

La buspirone présente peu d'effets secondaires. Les principaux sont :

- des troubles gastro-intestinaux à type de nausées, de gastralgies
- des sensations vertigineuses

- des céphalées

Contrairement aux benzodiazépines, elle n'entraîne ni dépendance ni syndrome de sevrage.

Elle présente aussi un léger effet sédatif mais moins important que les benzodiazépines.

➤ Contre-indications :

Les principales contre-indications sont :

- L'hypersensibilité à la molécule
- Les insuffisances rénale ou hépatique
- La grossesse

#### **4.6.2.4. L'hydroxyzine**

L'hydroxyzine n'a pas l'AMM dans le traitement des troubles anxieux. [101] Cependant, elle peut être efficace dans les troubles anxieux à une dose de 50mg par jour pendant des traitements de 4 semaines. [108] Contrairement aux BZD, elle n'entraîne pas de dépendance.

#### **4.6.2.5. L'étifoxine**

L'Étifoxine (STRESAM\*) n'a pas d'AMM dans le trouble anxieux généralisé actuellement. [11, 101]

Elle aurait un effet sur les manifestations somatiques de l'anxiété.

La posologie recommandée de 3 à 4 gélules réparties en 2 à 3 prises par jour.

#### **4.6.3. L'homéopathie / Phytothérapie**

Ces traitements ne font pas partie des traitements recommandés dans le traitement des EDM et des troubles anxieux. [11, 12]

Par ailleurs, l'AFSSAPS rappelle que le Millepertuis ne doit pas être considéré comme un antidépresseur. [100] Il interagit avec de nombreux médicaments et peut en annuler l'effet.

#### **4.6.4. Les règles hygiéno diététiques**

Des règles hygiéno diététiques sont conseillées par l'HAS pour aider à lutter contre l'anxiété. [11, 13]

Il s'agit d'abord de diminuer les substances anxiogènes ou excitantes comme le café.

La diminution ou même l'arrêt de l'alcool et du tabac sont aussi conseillés.

La pratique régulière de l'exercice physique doit également être proposée au patient en tenant compte de ses possibilités

#### **4.6.5. Les thérapies cognitivo comportementales**

##### ➤ Généralités

Les psychothérapies dont les thérapies cognitivo comportementales font partie des traitements recommandés aussi bien pour le trouble anxieux généralisé que pour la dépression. [12, 13]

Elles sont recommandées en première intention dans l'épisode dépressif systématisé léger [12] et ont montré une efficacité aussi importante que les thérapeutiques médicamenteuses dans l'anxiété généralisée [13]

Les thérapies cognitivo comportementales ont un gain thérapeutique jusqu'à 6 mois après le traitement. [11,13]

##### ➤ Principes généraux :

Les thérapies cognitivo comportementales ont pour but de modifier un comportement inadéquat dans le but d'améliorer rapidement les patients.

Elles visent à remplacer les idées négatives et les comportements inadaptés par des pensées et des réactions en adéquation avec la réalité.

Elle utilise des techniques cognitives, comportementales, émotionnelles et interpersonnelles pour modifier les schémas cognitifs et les pensées automatiques préconscientes

Les objectifs des psychothérapies sont :

- Aider le sujet à identifier ses problèmes pour voir ceux qui peuvent être résolus ou améliorer
- Identifier les schémas de pensée négatifs ou dysfonctionnels

- Explorer d'autres pensées et d'autres comportements acquis à l'origine des problèmes
- Permettre au sujet de recouvrer ses sensations de contrôle et de plaisir dans la vie courante

Les TCC incluent [13]:

- La restructuration cognitive qui apprend au patient à identifier et à modifier ses pensées négatives
- Des techniques de relaxation
- Des méthodes d'exposition qui associent des expositions in vivo et des expositions par l'imagerie. Les expositions aux situations anxiogènes sont graduelles et répétées.
- La résolution des problèmes dont le but est de fournir au patient des techniques pour surmonter ses problèmes.

➤ Déroulement des thérapies cognitivo comportementales.

En général, 25 à 45 séances sont nécessaires dans le traitement du TAG.

La thérapie se déroule en plusieurs étapes :

- L'analyse motivationnelle où le thérapeute fixe avec le patient les objectifs du traitement
- L'établissement d'une relation thérapeutique de collaboration
- L'analyse fonctionnelle où le thérapeute définit les comportements qui posent problème et leurs liens avec les pensées et les émotions
- L'explication du problème psychopathologique et des techniques qui vont être mises en place pour assurer le changement des comportements et des pensées qui posent problème.
- Le développement des capacités d'auto guérison et d'autogestion
- L'évaluation des résultats
- Un programme de suivi et de maintenance pendant un an après la phase active du traitement

➤ Efficacité de la thérapie cognitivo comportementale sur la comorbidité.

La psychothérapie utilisée dans le traitement du trouble anxieux généralisé réduirait le taux de comorbidité notamment de dépression. [88]

Une étude auprès de 90 patients a été réalisée par une équipe de l'université de Laval pour évaluer l'influence des troubles comorbides au TAG sur le traitement par TCC. [109] Les patients inclus dans l'étude ont reçu entre 12 et 16 séances de TCC. Dans cette étude, le diagnostic de trouble de l'humeur n'était pas retrouvé après le traitement et très diminué 6 mois après le traitement par TCC. Les auteurs de l'étude ont donc conclu que le traitement du TAG par TCC diminuait également la symptomatologie et la présence des troubles associés, notamment de la dépression.

#### **4.6.6. Les thérapies non structurées**

Outre les psychothérapies structurées comme la TCC, les recommandations sur la prise en charge de la dépression évoquent l'importance d'une « démarche psychothérapeutique médicalisée » pratiquée par le médecin de soins primaires. [12]

Dans les recommandations 2001, l'ANAES préconisait également pour le trouble anxieux généralisée une psychothérapie non structurée ou d'accompagnement. Elle était définie par une écoute empathique et des conseils adaptés aux situations anxiogènes de la vie. [13]

Les dernières recommandations de l'HAS sur les troubles anxieux rappellent également que l'écoute attentive, le soutien psychologique, les conseils et la psychothérapie non structurée doivent être systématique dans la prise en charge des troubles anxieux. [11]

Il s'agit d'une forme de thérapie qui ne nécessite pas de formation à des techniques particulières et qui peut être qualifiée de psychothérapie de soutien.

Cette thérapie est fondée sur l'empathie et l'établissement d'une relation de confiance entre le patient et le médecin. [12]

Des recommandations néo-zélandaises faites en 1996 ont décrit les modalités du soutien psychologique en soins primaires. [113]

Ces interventions sont divisées en trois axes :

- Des interventions éducatives concernant le patient pour l'aider à combattre les idées reçues
  - La dépression ne traduit pas une faiblesse ou un manque de caractère

- La guérison est la règle et non l'exception
- Le traitement est efficace
- L'objectif du traitement est de se sentir bien et à même de régler ses problèmes à venir
- Le taux de rechute est relativement élevé

Il est important que le patient et sa famille puissent reconnaître les premiers signes d'un nouvel épisode

- Des conseils d'hygiène de vie
  - Management du stress
  - Réduction de l'utilisation d'alcool et de drogues
  - Régularisation des habitudes de sommeil
  - Equilibre du régime alimentaire
  - Exercice physique
- La résolution des problèmes de vie courante
  - Identifier et clarifier les problèmes existants
  - Fixer des objectifs clairs et réalistes
  - Choisir la meilleure solution parmi toutes celles envisageables
  - Evaluer les progrès accomplis

### **III. PARTIE RECHERCHE**

#### **1. Intérêt de l'étude**

La dépression et les troubles anxieux sont les deux pathologies psychiatriques les plus souvent rencontrées en soins primaires. La plupart du temps, les patients atteints de ces troubles ne sont pris en charge que par leur médecin traitant et peu d'entre eux voient un spécialiste de santé mentale.

De nombreuses études ont montré qu'il existait un taux de comorbidité assez important entre la dépression et les troubles anxieux (surtout le trouble panique et l'anxiété généralisée). Cette comorbidité a des conséquences cliniques puisqu'elle augmente la morbi mortalité des patients. De plus, le taux de suicide est majoré et les deux troubles ont plus tendance à se chroniciser.

Des recommandations sur la prise en charge des patients en soins primaires ont été publiées par la Haute Autorité de Santé en 2002 pour l'épisode dépressif majeur et en 2007 pour les troubles anxieux graves. Le guide sur la prise en charge de la dépression recommande de rechercher les pathologies psychiatriques associées afin de les prendre en compte dans le choix du traitement. De même, le bilan initial d'un trouble anxieux doit rechercher des comorbidités notamment une dépression.

Si quelques pistes sur la prise en charge des patients comorbides sont données dans ces deux guides, par exemple l'orientation vers un psychiatre ou l'utilisation d'antidépresseur ayant l'AMM pour les deux pathologies, il n'existe pas de recommandation spécifique sur la prise en charge des patients anxio dépressifs.

Les médecins généralistes étant en première ligne dans la prise en charge de ces patients. Il nous a paru intéressant de leur demander comment ils les prenaient en charge dans leur pratique courante et s'ils pensaient pouvoir améliorer cette prise en charge.

La question de recherche de cette étude est :

« Comment les médecins généralistes prennent-ils en charge les patients anxio dépressifs en pratique courante et que proposent-ils pour l'améliorer? »

## **2. Objectifs de l'étude**

L'objectif principal de l'étude est de lister les habitudes des médecins généralistes en pratique courante pour prendre en charge les patients dépressifs avec comorbidité anxieuse et leurs propositions pour les améliorer.

L'objectif secondaire est de recueillir les difficultés auxquelles sont confrontés les médecins généralistes pour la prise en charge des patients anxiodépressifs.

## **3. Matériel et Méthode**

### **3.1. *Type d'étude***

Nous avons réalisé une étude qualitative, par entretiens semi dirigés, menée auprès de médecins généralistes de la Vienne. Ces entretiens se sont déroulés de juin à novembre 2012.

Cette étude n'a pas fait l'objet d'une demande d'autorisation au comité d'éthique du Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers.

Cette étude a été réalisée dans le cadre des travaux du pôle recherche du Département de médecine générale de la faculté de Poitiers et plus particulièrement avec le groupe travaillant sur la thématique anxiété, dépression et troubles du sommeil en soins primaires.

### **3.2. *Echantillonnage***

#### **3.2.1. Population étudiée**

Notre étude a été menée auprès des médecins généralistes exerçant en milieu libéral dans le département de la Vienne.

Ce département a été choisi pour des questions pratiques, car j'habite ce département.

Les critères d'inclusion et d'exclusion ont été définis après synthèse des données de la littérature et après discussion au sein du groupe de recherche.

### **3.2.1.1. Critères d'inclusion**

- Médecins généralistes thésés inscrits au conseil de l'ordre des médecins
- Médecins exerçant en cabinet libéral : seul ou en groupe, rural, semi rural ou urbain.

### **3.2.1.2. Critères d'exclusion**

- Remplaçants thésés ou non thésés.
- Interne en médecine générale
- Médecins généralistes exerçant exclusivement en milieu salarié.

### **3.2.2. Variables de sélection**

Afin d'obtenir un échantillon raisonné de médecins généralistes, nous avons utilisé une approche de variation maximale. Le but était de recueillir un éventail d'opinions le plus large possible avec des réponses diverses voire extrêmes de la part des médecins généralistes interrogés.

Mon directeur de thèse et moi-même faisons partie du pôle recherche du département de médecine générale de Poitiers. Les critères de sélection ont donc été argumentés et choisis par un groupe de travail de ce pôle.

Les variables démographiques retenues pour le choix des médecins généralistes étaient :

- Le sexe
- L'âge
- Le lieu d'exercice (rural, semi rural, urbain)
- Le type d'exercice (cabinet de groupe ou seul)
- La pratique de médecine à exercice particulier.

### **3.2.3. Recrutement des participants**

Une présélection a été faite à partir de la liste des généralistes exerçant dans la Vienne sur l'annuaire téléphonique de France télécom.

La liste de médecins généralistes à contacter a été établie en tenant compte des variables de sélection. L'échantillonnage n'a pas été probabiliste mais orienté et ciblé. J'ai sélectionné ces médecins afin de faire émerger les divergences de représentation de la maladie mentale, de comportement, et de pratique médicale.

Le recrutement des médecins généralistes s'est effectué jusqu'à saturation des données.

Après avoir répertorié un certain nombre de médecins dans chaque catégorie définie par les différentes variables, je les ai contacté par téléphone afin de présenter notre travail et de solliciter un entretien individuel avec eux. Une brève présentation de mon travail a été faite auprès de secrétaire ou du médecin lui-même avant de solliciter une participation à l'étude (cf. ci-dessous)

*« Bonjour, je suis interne en médecine générale et je fais actuellement une thèse sur la prise en charge des patients dépressifs et anxieux en médecine générale. Dans le cadre de cette recherche en collaboration avec le département de médecine générale, je fais des entretiens d'une trentaine de minutes auprès de médecins généralistes. Si vous êtes d'accord, je souhaiterais vous rencontrer afin d'avoir votre opinion sur ce sujet. L'entretien sera de 30 minutes environ et se déroulera dans le lieu de votre choix et selon vos disponibilités. »*

### **3.3. Collectes des données**

#### **3.3.1. Recueil des données**

##### **3.3.1.1. Type d'entretien**

J'ai choisi, en accord avec mon directeur de thèse, les entretiens semi-dirigés.

J'ai décidé d'effectuer des entretiens individuels afin d'aborder des thématiques pouvant paraître délicates pour les praticiens (par exemple, les difficultés rencontrées par les médecins à identifier les patients dépressifs et anxieux).

Ce type d'entretien m'a également semblé plus facile à organiser que des focus group.

##### **3.3.1.2. Lieu des entretiens**

Les entretiens ont été réalisés aux cabinets des médecins interviewés, cela étant plus pratique pour eux. Il n'a pas été réalisé d'entretiens téléphoniques (proposé par un médecin contacté) car cela ne permettait pas de retranscription mot pour mot de

l'entretien. Ce mode de recueil n'a pas été utilisé afin de ne pas perdre ou déformer les propos de l'interviewé.

### **3.3.1.3. Moyens de recueil des données**

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone après accord écrit et éclairé des participants sur un formulaire de consentement (Annexe 1). Les médecins étaient informés du caractère anonyme des entretiens ainsi que de la possibilité de se retirer de l'étude à tout moment.

Les entrevues ont été menées à l'aide d'un guide d'entretien.

## **3.3.2. Guide d'entretien**

### **3.3.2.1. Construction du guide**

Un premier guide d'entretien a été réalisé à partir d'une revue de la littérature et de l'hypothèse émise.

Ce guide a été construit avec des questions ouvertes, neutres, en veillant à ne pas laisser transparaître mon propre avis dans leur construction. Le guide comportait trois parties :

- Les premières questions ont permis de connaître au mieux le profil du médecin et sa représentation des patients anxiodépressifs.
- Les questions suivantes ont exploré les habitudes de prise en charge des médecins.
- Les dernières questions de l'étude concernaient les possibilités d'amélioration de la prise en charge.

Ce premier guide comportant 21 questions a été soumis à l'avis du groupe de recherche « dépression et anxiété » du département de médecine générale de Poitiers. Il a été jugé trop long et certaines questions étaient trop fermées. 15 questions ont été retenues et modifiées. (Annexe 2)

Le questionnaire a ensuite été testé auprès de deux médecins généralistes. Une des premières questions jugée inutile a été supprimée et 3 questions ont été reformulées pour être plus compréhensibles.

Le questionnaire était précédé d'une introduction explicative lors des entretiens avec les médecins interviewés.

*« Bonjour, je suis interne en médecine générale et je fait un travail de recherche sur la dépression et l'anxiété avec le pôle recherche du département de médecine générale. Le but de mon travail est de comprendre comment les médecins généralistes, dans leur pratique quotidienne, prennent en charge les patients dépressifs anxieux. »*

### **3.3.2.2. Modification du guide d'entretien au cours de l'étude**

Suite aux cinq premiers entretiens, nous avons constaté que les médecins abordaient spontanément le thème du syndrome anxiodépressif chez les adolescents. La thématique de la comorbidité anxio dépressive chez les adolescents étant très spécifique, j'ai décidé de signaler aux médecins interviewés par la suite que l'étude se limitait aux patients adultes. J'ai donc ajouté une phrase introductive en début d'entretien.

*« Dans cet entretien, nous abordons la prise en charge de la comorbidité anxieuse uniquement chez les dépressifs adultes. Nous n'aborderons pas ce thème chez les adolescents et les enfants ».*

Lors des entretiens, les questions ont parfois été précisées ou reformulées en fonction des réactions et des réponses des interviewés. Le guide servait uniquement de trame au déroulement des entretiens.

## **3.4. Codage**

### **3.4.1. Retranscription des données**

La totalité des entretiens a été enregistrée et retranscrits mot pour mot sans interprétation pour composer les verbatims de l'étude. Lors de la retranscription, les noms de médecins ou d'autres professionnels de santé cités ont été supprimés et remplacés par la lettre X.

L'identité des médecins interviewés a été supprimée afin de respecter l'anonymat.

### **3.4.2. Codage**

L'analyse était basée sur les principes de la « Grounded theory » ou théorisation ancrée [111], avec un premier codage ouvert centré sur la question de recherche, réorganisé par la suite pour faire émerger différents thèmes. La démarche était inductive sans code défini avant l'analyse des verbatims.

Dans un premier temps, plusieurs lectures des entretiens étaient effectuées afin d'appréhender le contenu général des verbatims.

Les entretiens étaient analysés au fur et à mesure des entretiens. Une lecture ligne par ligne des verbatims m'a permis de réaliser un premier codage ouvert des entretiens. Les codes et les verbatims correspondant ont été transcrits dans le logiciel EXCEL.

A l'issue du codage ouvert, un codage thématique ou axial a été réalisé. Pour cela, les codes ouverts ont été réarrangés, permettant de définir plusieurs thèmes et sous thèmes répondant à la problématique.

### **3.4.3. Triangulation**

Parallèlement à mon analyse, et en aveugle, une autre interne de médecine générale faisant partie du groupe de recherche, a réalisé un codage thématique des verbatims.

La confrontation de nos codes ouverts et axiaux a permis d'obtenir une nouvelle grille de codage. Celui-ci a été soumis à une autre interne du groupe de recherche et à mon directeur de thèse. Après discussion, un codage définitif a été établi.

J'ai ensuite réorganisé les différents codes axiaux en trois thèmes principaux, centrés sur la question de recherche et les objectifs :

- Les habitudes de prise en charge des médecins
- Les améliorations possibles
- Les difficultés de prise en charge

Le troisième thème répond à un objectif secondaire de l'étude. Néanmoins, j'ai choisi de le conserver car il permet d'apporter certaines réponses à la problématique.

### **3.5. Analyse des données**

#### **3.5.1. Analyse des données issues des verbatims**

Les différentes idées issues du codage ont été classées en fonction de leur fréquence dans les verbatims et du nombre de médecins les ayant évoquées. Les codes ont été illustrés par les extraits de verbatims correspondants.

#### **3.5.2. Discussion**

Nous avons comparé les résultats de l'étude notamment sur la prise en charge des patients aux recommandations et aux données actuelles de la science. Les concepts et les opinions issus des entretiens des médecins ont été comparés aux résultats d'autres études sur le même thème

## 4. Résultats

### 4.1. Caractéristiques de la population étudiée

Entre juin et novembre 2012, nous avons réalisé 14 entretiens individuels semi dirigés auprès de médecins généralistes du département de la Vienne.

Parmi les médecins, 71.4% (n= 10) étaient des femmes et 28.6% (n=4) étaient des hommes.

L'âge des médecins s'étendait de 29 ans à 62 ans. 28.6% (n=4) avaient moins de 35ans, 21.4% (n=3) avaient entre 35 et 45 ans, 28.6% (n=3) avaient entre 45 et 55 ans et 21.4% (n=3) avaient plus de 55 ans.

Médecins	sexe	tranches d'age			
		< 35 ans	35- 45 ans	45- 55 ans	> 55 ans
médecin 1	homme				oui
médecin 2	femme			oui	
médecin 3	femme		oui		
médecin 4	femme	oui			
médecin 5	homme	oui			
médecin 6	femme			oui	
médecin 7	femme				oui
médecin 8	femme		oui		
médecin 9	femme			oui	
médecin 10	homme			oui	
médecin 11	femme		oui		
médecin 12	homme				oui
médecin 13	femme	oui			
médecin 14	femme	oui			

Tableau 4 : Caractéristiques démographiques des médecins

Concernant le lieu d'exercice des médecins interrogés, 28.5% (n= 4) exerçaient en milieu urbain, 28.5% (n =4) en milieu semi rural et 43% (n= 6) en milieu rural.

La majorité, 64.3% (n=9) exerçait en cabinet de groupe et 35.7% (n = 5) étaient installés seuls.

Parmi les médecins, deux médecins avaient un DU d'homéopathie (14.2%, n=2) et un seul pratiquait exclusivement l'homéopathie (7.1%). Trois médecins (21.4%, n= 3) avaient un DU de gynécologie.

médecins	mode d'exercice	zone d'exercice	exercice particulier
médecin 1	seul	rural	DU homéopathie et gynécologie
médecin 2	seul	semi rural	
médecin 3	groupe	urbain	DU gynécologie
médecin 4	groupe	rural	
médecin 5	groupe	rural	
médecin 6	seul	urbain	
médecin 7	seul	urbain	homéopathie exclusive
médecin 8	groupe	semi rural	
médecin 9	groupe	rural	
médecin 10	groupe	rural	capacité gériatrie
médecin 11	groupe	rural	DU gynécologie
médecin 12	seul	semi rural	DU médecine du sport
médecin 13	groupe	urbain	
médecin 14	groupe	semi rural	

Tableau 5 : Spécificités d'exercice des médecins

## 4.2. **Habitudes de prise en charge des médecins généralistes**

### 4.2.1. **Prise en charge médicamenteuse**

#### 4.2.1.1. **Rapidité d'instauration d'un traitement médicamenteux**

- Pas de traitement médicamenteux en première intention

Pour le médecin 11, le traitement doit être mis en deuxième intention après une prise en charge psychothérapique : « *Moi, j'essaie toujours de ne pas mettre de traitement en première intention. J'essaie de faire comprendre aux gens qu'il y a une nécessité de comprendre pourquoi ils fonctionnent comme ça et plutôt de les orienter vers un soutien en première intention* ».

Le médecin 2 préfère aussi attendre plusieurs consultations avant de prescrire : « *En général, tu prends le temps de discuter un petit peu, tu ne te décides pas sur les traitements antidépresseurs forcément à la première consultation* »

- Prescription rapide d'un traitement médicamenteux

Au contraire, le médecin 9 prescrit toujours un traitement aux patients anxiodépresseurs, même lors de la première consultation. Elle estime que lorsque le

patient se décide à venir en consultation, sa pathologie est déjà évoluée et donc qu'il faut traiter.

*« Ils ressortent avec une ordonnance quasiment systématiquement...ils sortent tous avec un traitement de toute façon, que ce soit un anxiolytique ou un antidépresseur... Quand on voit les gens les trois quart du temps, ils ne sont déjà pas bien. Quand ils viennent pour une consultation que pour ça, c'est qu'ils traînent déjà ça depuis plusieurs semaines pour la plupart. »*

- Prescription rapide d'un traitement médicamenteux, si signe de gravité

Un des facteurs influençant une prescription rapide de psychotropes était la sévérité des troubles pour 3 des médecins de l'étude.

Les médecins 5 et 13 instaurent un traitement rapidement en fonction de la sévérité de l'épisode dépressif : *« un dépressif sévère peut être que j'aurais tendance à lui mettre plus facilement un traitement »* (13), *« ça peut être première consultation, médicament si on sent la personne très mal »* (5)

Le médecin 8 traite devant la présence de certains symptômes tels que l'insomnie et l'anorexie : *« Je traite d'emblée quand je vois que vraiment il y a une insomnie, une anorexie »*.

- Prescription rapide si anxiété envahissante

Pour le médecin 2, la prescription rapide d'anxiolytique avait pour but de détendre le patient : *« les anxiolytiques pour essayer de relâcher un peu »*

Le médecin 12 évoque l'intérêt de prescrire rapidement un traitement pour obtenir une amélioration rapide des patients *« j'aime bien les médicaments quand même, ça décoince bien les gens »*

#### **4.2.1.2. Attitude vis-à-vis des anxiolytiques/ benzodiazépines**

- Prescription pour soulager rapidement le patient si symptomatologie marquée:

Les anxiolytiques sont pour 5 des médecins de l'étude (5, 2, 6 et 8,9) le traitement médicamenteux de première intention, permettant de soulager rapidement les patients.

Deux des médecins (6 et 9) débutent leur traitement par un traitement anxiolytique sans prescription conjointe d'antidépresseur. Pour le médecin 6, la prescription d'anxiolytique seule au début est systématique : « *Jamais d'antidépresseur au départ, on met un anxiolytique* ». Pour le médecin 9, la prescription d'anxiolytique se fait au cas par cas : *Après mes prescriptions c'est très variable. Parfois, je commence uniquement par un anxiolytique ou un somnifère. Enfin, ça dépend du tableau.* »

Un des critères d'une prescription rapide d'anxiolytique est la présence d'une insomnie ou d'une anorexie : « *... j'associe à une benzodiazépine parce qu'ils pleurent tout le temps, ils ne dorment pas bien* » (médecin 9) « *Et je traite d'emblée, quand je vois que vraiment il ya une insomnie, une anorexie. Déjà, ils ont des troubles du sommeil, donc ça va arranger leur trouble du sommeil. Et si dans la journée, ils ont une bouffée d'angoisse, ils ne se sentent pas bien, il vaut mieux leur donner quelque chose pour calmer tout ça.* » (médecin 8)

La présence d'une tension importante chez le patient est aussi un facteur qui incite les médecins à prescrire. Par exemple, le médecin 2 prescrit une benzodiazépine pour détendre le patient dans un premier temps : « *éventuellement les anxiolytiques pour essayer de relâcher un petit peu ce qui accompagne* ».

Pour le médecin 3, les benzodiazépines doivent être prescrites uniquement si le patient a atteint un niveau de tension très important, pouvant faire craindre un passage à l'acte : « *Les benzodiazépines vraiment quand ils vont péter un câble* »

#### ➤ Choix des benzodiazépines

Les anxiolytiques privilégiés par les médecins de l'étude sont les benzodiazépines à demi vie courte. La prescription de benzodiazépine à demi-vie longue est de plus en plus limitée par les médecins.

Par exemple, le médecin 2 prescrit des 3 molécules à demi vie plus courtes et essaye de sevrer les patients qui prenaient des demi-vies longues : « *..., alors moi je suis plutôt, soit du XANAX quand je sens qu'il y a besoin d'imprégnation un peu toute*

*la journée, soit sur une prise plus courte avec des demi vies plus courtes. Le LEXOMIL j'en utilise de moins en moins. C'est vrai que je vais plutôt sur les demi-vies plus courtes... Les rares cas de LYSANXIA que j'ai, c'est pas moi qui ai introduit le traitement. Et en général, j'essaie de les sevrer assez rapidement. J'ai revu des vieilles ordonnances avec du VALIUM, des choses comme ça, moi je ne prescris jamais. Tous ceux que j'ai, on les a arrêtés. Moi, dans ma trousse, ce sera plutôt XANAX, VERATRAN, TEMESTA, SERESTA un petit peu. »*

On retrouve cette notion chez plusieurs médecins : « *J'essaie surtout de mettre des courtes durées d'action* » (médecin 4), « *on donne de moins en moins de LEXOMIL* » (médecin 6), « *J'aime beaucoup l'alprazolam. L'alprazolam, c'est assez puissant, ça a une durée de vie assez courte* » (médecin 12)

➤ **Durée de prescription des benzodiazépines :**

Il ressort des entretiens, une limitation dans la durée de prescription des anxiolytiques et un sevrage rapide.

Les durée de prescriptions ressortant de l'étude vont de 8 jours à 1 mois : « *l'anxiolytique je leur dis c'est 8 jours* » (médecin 12), « *en leur disant que c'est deux semaines* » (médecin 4).

Le médecin 2 prévoit des traitements de un mois avec un sevrage rapide : « *Pendant le premier mois, puis après on essaie de sevrer assez rapidement* »

Le médecin 11 prévoit le sevrage en benzodiazépine dès la première prescription : « *En sachant que quand je prescris l'anxiolytique, je prescris toujours l'arrêt en même temps que la prescription. Dès le départ, je leur dis, ça c'est pour aller mieux, mais dans trois mois on l'a arrêté.* »

Le délai d'action de l'antidépresseur conditionne également la durée de prescription de l'anxiolytique : « *je les garde jusqu'à ce que l'antidépresseur soit efficace* » (médecin 2), « *15 jours, 3 semaines, le temps de l'efficacité de l'antidépresseur* » (médecin 8)

#### 4.2.1.3. Attitude vis-à-vis des antidépresseurs

➤ Délai de prescription de l'anti dépresseur

Pour 5 des médecins de l'étude, le traitement antidépresseur n'est pas un traitement de première intention : « ça ne sera pas ma première prescription, c'est sûr » (médecin 2)

Le médecin 4 préfère réévaluer les patients et notamment les critères d'épisode dépressif majeur avant de prescrire un anti dépresseur : « *J'essaie de ne pas mettre d'emblé d'anti dépresseur. Si tous les critères n'y sont pas, ou si je ne connais pas trop bien les gens et bien j'essaie de les faire revenir et de réévaluer* »

Pour les médecins 6 et 7, le traitement anti dépresseur est un traitement de deuxième intention « *ce n'est pas les médicaments que je vais prescrire en première intention* ». Le médecin 6 prescrit en première intention un anxiolytique: « *Je ne mets jamais d'antidépresseur au départ, on met un anxiolytique.* »

Pour le médecin 1, le traitement antidépresseur ne doit pas être prescrit de façon systématique : « *c'est quelque chose qui n'est pas systématique, les antidépresseurs* »

Au contraire, la prescription d'antidépresseur était assez rapide pour 4 des médecins (10, 12, 5, 8) surtout si le patient présente :

- Une dépression systématisée
- Des signes de gravité.
- Des antécédents psychiatriques

Par exemple le médecin 10 dit : « *En règle générale, on essaie le traitement antidépresseur assez rapidement.* »

Le médecin 12 apprécie l'efficacité rapide des antidépresseurs. Il les voit également comme une alternative à la psychothérapie : « *Moi je suis assez médicament parce que la psychothérapie de discussion, j'en ai fait quand j'étais interne en psy...il faut avoir le temps et là je n'ai pas le temps...Mais j'aime bien les médicaments quand*

*même car ça décoince bien les gens. Les gens, ils se sentent pris en charge quand même. Je fais le traitement, je mets un anti dépresseur et un anxiolytique pendant 8 jours en expliquant aux gens que l'antidépresseur n'agit pas au début. »*

Un diagnostic de certitude est un élément incitant le médecin 8 à prescrire rapidement l'antidépresseur : *« Quand je suis vraiment sûre, très vite. Parfois dès la première consultation et après j'augmente les doses »*

Le médecin 5 peut prescrire un traitement antidépresseur dès la première consultation si le patient présente des signes de gravité ou si le patient a déjà des antécédents psychiatriques : *« Ça peut être première consultation, médicament si on sent la personne très mal avec une demande aussi importante de médication parce qu'elle sent qu'elle ne va pas pouvoir s'en sortir. Voilà, sur les antécédents, ça peut quand même amener une plus grande réactivité en termes de traitement médicamenteux aussi. Ça peut donc être première consultation et on prescrit un traitement antidépresseur si on sent la personne vraiment très mal avec des antécédents déjà psychiatriques. »*

#### ➤ Choix des antidépresseurs

Les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) sont les principaux antidépresseurs utilisés par les médecins de l'étude (cités par les médecins 1, 2, 3, 12, 8, 9, 6)

Par exemple, le médecin 1 dit : *« j'utilise les IRS. Un IRS à petite dose pour gérer les émotions »*

Un des plus cités est le CITALOPRAM : *« j'utilise plutôt le SEROPRAM »* (médecin 2), *« je vais essayer un IRS, je pars toujours sur le CITALOPRAM »* (médecin 3), *« Le CITALOPRAM par exemple, c'est quand même assez rapide »* (médecin 12)

Les autres IRS cités sont le SEROPLEX, le ZOLOFT et le DEROXAT : *« j'utilise le SEROPLEX, le ZOLOFT »* (médecin 6), *« je mets SEROPLEX ou DEROXAT. Récemment, j'ai fait pas mal de SEROPLEX »* (médecin 9), *« Celui que j'ai sous la plume en ce moment c'est le SEROPLEX »* (médecin 8).

Les médecins 8 et 9 prescrivent également des inhibiteurs des récepteurs de la sérotonine et de la noradrénaline : *« J'utilise beaucoup les IRS et les IRSNA »*

(médecin 9). Par exemple le médecin 9 prescrit de l'EFFEXOR : « *J'ai quelques patients sous EFFEXOR.* »

Le médecin 1 choisi l'ATHYMIL ou le NORSET pour ses patients âgés : « *Et chez les personnes âgées, des molécules qui n'ont pas trop d'effets secondaires, le NORSET, l'ATHYMIL* »

#### **4.2.1.4. Attitude vis-à-vis de l'homéopathie**

- Prescription de plantes en première intention en alternative à l'allopathie

Les traitements homéopathiques ou phytothérapiques sont pour cinq des médecins de l'étude, un traitement de première intention (médecins 4, 5, 6,7 et 11)

Ainsi le médecin 6 prescrit toujours un traitement homéopathique en première intention : « *Je ne mets jamais d'antidépresseur au départ, on met un anxiolytique. On commence par des plantes d'abord, aubépine, passiflore, c'est mes grands trucs.* »

Pour le médecin 5, l'homéopathie présente un intérêt surtout chez les patients jeunes en évitant une prescription de benzodiazépine : « *Plutôt soit phytothérapie dans un premier temps, notamment chez le patient jeune par exemple chez qui on n'a pas trop envie de médiquer avec des anxiolytiques ou autre...* »

Parmi ces 5 médecins, un des médecins, le médecin 7 pratique exclusivement l'homéopathie : « *Alors médicamenteux, moi j'utilise l'homéopathie et j'utilise pas mal des oligoéléments aussi et puis des plantes... ce qu'on appelle la gémothérapie, je ne sais pas si vous connaissez, c'est les bourgeons* ».

Pour elle, il s'agit d'une alternative ou d'un complément aux traitements allopathiques classiques : « *C'est-à-dire que moi je vois des patients qui sont effectivement, qui ont un traitement chimique. Mais j'en ai aussi qui viennent me voir parce qu'ils ne veulent pas prendre de produit chimique...de toute façon c'est toujours complémentaire donc il n'y a aucun problème à associer les deux aussi, donc ça c'est pas un souci... Quand les patients viennent me voir et qu'ils ont un traitement chimique, je leur dit bien, d'associer les deux, surtout ne pas les arrêter.* »

- Homéopathie si patients réticents à l'allopathie

Le médecin 9 considère que le traitement homéopathique est inutile « *pour moi, ça ne sert à rien* ». Elle prescrit un traitement homéopathique uniquement aux patients

réticents aux traitements allopathiques sans conviction personnelle : « *De moi-même en première intention, je ne mets jamais de plantes...A certains, j'en mets sachant pertinemment que ça ne marchera pas... des plantes quand certains sont réticents* »

- Homéopathie considérée comme inutile en cas de dépression

Le médecin 1, qui pourtant a un DU d'homéopathie trouve qu'il s'agit d'un traitement inefficace dans la prise en charge de la dépression. Pour lui, elle ne peut être utilisée que pour traiter un stress sans gravité : « *Non, l'homéopathie dans la déprime je ne suis pas sûr que ça soit une bonne indication. Ce n'est pas une bonne indication, c'est pas là que ça marche le mieux...Faut dire ça dépend de ce que vous avez, si vous êtes stressé,..., on peut mettre de l'homéopathie...Mais si vous avez, je ne sais pas un truc sérieux, il ne faut pas. Il faut utiliser l'allopathie classique. Moi je pense qu'il ne faut pas, si vous avez une dépression majeure mettre d'homéopathie. La chimie quand même a quelques actions que l'homéopathie n'a pas.* »

## **4.2.2. Prise en charge non médicamenteuse**

### **4.2.2.1. Suivi régulier du patient**

- Programmation de rendez-vous pour lutter contre l'anxiété

3 médecins de l'étude ont souligné que le fait de prévoir un rendez vous et d'être disponible pour le patient soulageait en parti leur anxiété.

Ainsi, le médecin 5 pense que la planification d'un suivi fait partie de la prise en charge de l'anxiété au même titre que les médicaments : « *Le fait de programmer un rendez vous pour moi, c'est déjà une prise en charge de l'anxiété... Je me dis le fait de leur proposer un suivi déjà en soi, de leur permettre de s'exprimer, de verbaliser leurs angoisses, c'est déjà une prise en charge en dehors du traitement* ».

Pour les médecins 2 et 12, la disponibilité du médecin et la possibilité de rendez-vous soulage l'anxiété des patients : « *je leur dis, je suis là ... rien que le fait de savoir qu'ils peuvent venir* » (médecin 12), « *qu'ils sachent qu'ils vont venir* », « *qui savent que tu es là, qu'ils vont venir* » (médecin 2)

➤ Revoir régulièrement le patient

Sur les 14 médecins de l'étude, 11 ont dit revoir régulièrement les patients pour le suivi.

Le médecin 2 nous explique « *faire des consultations rapprochées* » et le médecin 1 « *reçoit les gens plusieurs fois* »

Les médecins 3 et 5 leur proposent de revenir : « *je dis : il faudrait qu'on se revoit* » (3) ; « *je vais peut être proposé s'ils acceptent un rendez vous* » (5)

Les patients sont revus dans les 15 premiers jours par 6 des médecins : « *on les fait revenir au bout de huit, dix jours* » (médecin 6), « *on refait le point à 10-15 jours* » (médecin 11), « *on revoit systématiquement à 8 ou 15 jours* » (médecin 8).

➤ Programmation de rendez-vous par le médecin

5 des médecins (médecins 2, 5, 13, 10, 8, 9) prennent l'initiative et fixent eux même le date du prochain rendez-vous avec le patient : « *je préfère reconvoquer assez rapidement en fait. C'est-à-dire que je les reconvoque. Je leur fixe un rendez vous* » (médecin 2), « *je les reconvoque systématiquement. Je leur dis de repasser 15 jours après* » (médecin 10)

Le médecin 5 décide de fixer lui-même ou non les rendez-vous en fonction de la personnalité et de l'attitude du patient : « *Si je trouve que c'est un patient assez fuyant, qu'il va peut-être pas faire la démarche parce qu'il a déjà pris beaucoup sur lui de venir la première fois. Qu'on sent que ça lui prend beaucoup d'énergie, je vais peut-être lui proposer s'il accepte un rendez vous et si je sens qu'il adhère à la démarche, je fixe carrément le rendez vous. Je lui dis voila, je vous donne rendez-vous à telle date dans dix jours* ».

Les médecins 3 et 12 ne veulent pas imposer de rendez-vous aux patients. Le médecin 12 ne programme pas de rendez-vous, mais indique au patient qu'il est disponible en cas de besoin : « *Programmer les rendez- vous, c'est tout un système. Je leur dis, je suis là, téléphonez s'il le faut.* »

Le médecin 3 qui travaille sur l'autonomisation des patients, préfère ne pas fixer de rendez- vous pour laisser la possibilité aux patients de voir un autre praticien si la relation thérapeutique n'est pas satisfaisante : « *Mais comme je ne suis pas dans le maternage, je fais la proposition au cours de la consultation si moi je pense que c'est*

*bien qu'on se revoit. Je le laisse reprendre un rendez vous. S'il ne me le demande pas derrière, ..., s'il ne le fait pas c'est que notre relation n'a pas fonctionné. »*

#### **4.2.2.2. Attitude thérapeutique du médecin généraliste**

##### ➤ Ecoute du patient

Une notion qui revient souvent, dans 7 entretiens sur 14, est l'importance d'écouter le patient.

Pour les médecins 1 et 2, l'écoute est même une des fonctions essentielles du médecin pour la prise en charge : *« Tu as une fonction d'écoute essentielle »* (médecin 2), *« c'est ça qui est fondamental, c'est l'écoute. On prend le temps d'écouter. Je crois qu'il faut bien écouter le patient »* (médecin 1)

Pour le médecin 5, l'écoute est la première étape de la prise en charge pour permettre au patient d'exprimer ses angoisses : *« écoute déjà dans un premier temps...entendre ce qu'il a à me dire. Leur permettre de s'exprimer, de verbaliser leurs angoisses. »*

Le médecin 14 pense qu'elle n'a pas les compétences pour la psychothérapie mais peut néanmoins écouter son patient : *« Moi je suis là pour l'écoute après je n'ai aucune connaissance en matière de psychothérapie. Je ne peux pas faire remonter des choses, je ne sais pas faire. »*. Le médecin 13 évoque cette même compétence : *« Non, j'écoute mais je pense que je ne suis pas qualifiée pour aider à réfléchir, à mûrir ces réflexions. Je pense que je peux les aider entre deux consultations. Je leur demande beaucoup de décrire leur angoisses, d'essayer de ne pas en avoir peur, de les rassurer »*

##### ➤ Echange avec le patient /entretiens

Le temps de discussion et l'échange avec les patients est une notion abordé par plusieurs médecins généralistes. Toutefois, ils ne définissent pas ce temps de discussion comme de la psychothérapie : *« On essaie de discuter au maximum avec eux... Personnellement, je discute un peu mais c'est de la psychothérapie de bas étage.»* (médecin 10)

Le médecin 14 propose la discussion en première ligne pour prendre en charge l'anxiété : *« J'essaie la discussion en première ligne parce que moi les benzo , ça ne me parait pas être forcément la solution »*

Pour le médecin 12, l'entretien avec le patient sert aussi à identifier les éléments dépressifs et anxieux et à distinguer les deux : « oui et puis en discutant avec eux, t'arrives à savoir un petit peu »

Médecin 10 : « »

Le médecin 4 décrit une discussion un peu plus approfondie où elle essaie d'obtenir des informations plus importantes : « j'essaie de tirer un peu les ficelles »

➤ Prendre du temps, consultations plus longues

Le fait de prendre du temps fait partie des notions de prise en charge évoquées par les médecins : « *Ne pas faire 3 minutes puis dehors* » (médecin 1).

Pour le médecin 12, il est impossible de faire une bonne prise en charge des patients dépressifs sur une durée de consultation classique de 15 minutes: « *Si vous avez un dépressif, vous allez passer une demi-heure plus qu'un quart d'heure. Si vous arrivez à dépiâter une dépression même si vous bossez bien en un quart d'heure c'est pas de la médecine, c'est de l'arnaque. Dès fois, ça peut durer une heure* »

Le médecin 9 souligne que la première consultation est particulièrement longue : « *La première consultation dure toujours très longtemps* »

➤ Soutien du patient, rôle de tuteur

Pour le médecin 2, le médecin est un tuteur pour le patient anxio dépressif et son rôle est de le guider dans sa prise en charge : « *Je le guide... Tu leur sers de tuteur aussi en grande partie. Alors y faut pas tomber dans le piège où ils 'y voient que par toi, en fait t'es pas là pour ça. T'es là pour les aider un petit peu à remonter la pente, à prendre de l'assurance et ensuite à faire une psychothérapie ou une psychanalyse. Mais ça après, moi, je ne suis pas compétente. Elle les accompagne jusqu'à une prise en charge spécialisée si nécessaire : « Quand ils sont prêts à aller voir le spécialiste, tu les enverras voir le spécialiste. »*

#### 4.2.2.3. Thérapie structurée

➤ Psychothérapie cognitive-comportementale

Seul le médecin 7 spécialisé en homéopathie a été formée et pratique la thérapie cognitivo comportementale : « *je fais beaucoup de TCC... Moi j'ai fait des formations et je trouve ça pas mal.* »

➤ Psychothérapie de soutien :

Le médecin 12, après avoir dit ne pas faire de psychothérapie, admet quand même faire de la psychothérapie de soutien : « *on fait de la psychothérapie de soutien* »

Pour le médecin 2, la thérapie pratiquée au cabinet est peu structurée en comparaison à celle des professionnels de santé mentale : « *Moi, je fais de la psychothérapie de base pour essayer de comprendre un peu. Après je pense qu'ils ont une formation qui fait qu'ils tirent les ficelles d'une autre façon.* »

#### 4.2.2.4. Orientation vers spécialistes de santé mentale

➤ Orientation vers une psychothérapie

6 des médecins de l'étude (médecins 2, 3, 4, 5,6) orientent leurs patients vers un suivi psychologique.

Pour le médecin 11, la psychothérapie est fondamentale dans la prise en charge : « *J'essaie de faire comprendre aux gens qu'il y a une nécessité de comprendre pourquoi ils fonctionnent comme ça et plutôt de les orienter vers un soutien en première intention. La première chose que je conseille aux patients c'est le soutien psychologique. Je le propose quasiment systématiquement à mes patients.* »

Le médecin 3 oriente plutôt la thérapie cognitivo comportementale : « *J'ai un confrère que j'ai repéré, j'aime bien lui envoyer mes patients qui peuvent et qui adhèrent à la thérapie cognitivo comportementale* »

Le médecin 2 pense que le médecin traitant doit accompagner ses patients pour les conduire à débiter une psychothérapie plus élaborée : « *T'es là pour les aider un petit peu à remonter la pente, à prendre de l'assurance et ensuite à faire une psychothérapie ou une psychanalyse.* »

➤ Orientation vers un psychologue

Le médecin 11 a l'habitude d'orienter ses patients vers 2 ou 3 psychologues avec qui elle a l'habitude de travailler pour la prise en charge psychothérapique : « *On a une psychologue pour essayer de verbaliser... J'ai deux- trois noms de psychologues à qui j'envoie les patients.* »

Le médecin 12 souligne l'accessibilité des psychologues en lien avec le coût de la consultation : « *Les psychologues, je m'entends très bien avec eux. Ils sont très accessibles. Par contre eux, ils ne sont pas remboursés donc ils sont très accessibles. Un psychothérapeute, c'est pas remboursé donc il y a toujours de la place.* »

Le médecin 9 ne rencontre pas trop de réticence des patients pour aller chez le psychologue : « *les gens sont plutôt d'accord pour aller chez le psychologue. On a une psychologue à côté qui n'est pas mal apparemment* ».

➤ Travail avec son réseau de psychiatres de ville :

Deux des médecins de l'étude travaillent avec leur réseau personnel de psychiatres de ville.

Ainsi le médecin 1 dit : « *Et puis si on a besoin d'un avis spécialisé, et bien on appelle nos correspondants. On travaille dans un réseau aussi. On a un réseau de spécialistes, on les appelle, on leur envoie le patient. Et puis ils nous aident.* »

Le médecin 10 appelle un psychiatre qu'il connaît bien et avec qui il travaille « *... je téléphone à mon ami, confrère psychiatre. J'en ai un en ville, à qui je peux adresser mes patients.* »

➤ Travail avec les centres médico-psychologiques :

Les centres médico psychologiques (CMP) sont des interlocuteurs privilégiés pour 8 des médecins de l'étude (médecins 4, 5, 6, 3, 8, 9, 11, 13 : « *Je bosse plus facilement avec le CPM en fait* » (médecin 5), « *on adresse au CMP* » (médecin 6)

Ils apprécient notamment la rapidité de prise en charge dans ces structures : « *moi je les envoie soit au centre d'écoute, le CPM...on arrive à avoir un rendez vous rapide* » (médecin 9), « *Je travaille beaucoup avec le centre médico psychologique,*

*le CMP... en urgence, ils me prennent quand même assez rapidement » (médecin 8), « on adresse au CMP parce qu'en 8 jours les infirmières peuvent les recevoir » (médecin 6)*

Le médecin 3 évoque la prise en charge pluridisciplinaire pratiquée au CMP : *« Le CMP où l'approche va être multidisciplinaire »*

Le médecin 5 suit certains de ses patients en collaboration avec le CMP : *« Alors, je ne les lâche pas complètement, je garde aussi un suivi auprès du patient mais c'est un suivi un peu double. C'est-à-dire que je vois le patient moi aussi, je les vois pour le suivi, les renouvellements de prescription. Et entre temps, en partenariat, ils ont un suivi par l'équipe du CPM. »*

➤ **Orientation vers la psychiatrie hospitalière :**

La psychiatrie hospitalière est un recours pour les médecins généralistes uniquement pour la prise en charge des patients suicidaires. Par exemple, le médecin 9 adresse directement à l'hôpital en cas de risque suicidaire : *« s'ils ont des idées suicidaires c'est directement l'hôpital. »*

*Le médecin 4 envoie ses patients avec risque suicidaire à l'unité d'accueil médico psychologique des urgences : « j'essaie toujours de voir, d'évaluer aussi s'il y a un risque suicidaire... Et c'est là que je vois s'il faut que je demande de l'aide, alors si c'est vraiment chaud à l'UAMP aux urgences de l'hôpital »*

Pour le médecin 1, l'intérêt de la prise en charge hospitalière est la rapidité de prise en charge : *« On fait comme on peut puis si c'est vraiment très chaud, qu'il y a un risque de suicide par exemple, alors on l'hospitalise pour prise en charge immédiate. Les indications de l'hospitalisation c'est la prise en charge rapide. L'hôpital vous prend rapidement, pas le psy de ville. »*

#### **4.2.2.5. Arrêts de travail**

Quatre des médecins de l'étude (médecins 5, 12, 8, 11), ont parlé de la prescription d'arrêts de travail si celui-ci était la cause ou un facteur aggravant de la pathologie anxiodépressive.

Par exemple médecin 5 prescrit « *éventuellement aussi un arrêt de travail s'il n'est pas bien au travail* ». Il en est de même pour le médecin 12 : « *si c'est le travail, on met un arrêt de travail* »

### **4.2.3. Bases de la prise en charge**

Lors des entretiens, nous avons demandé aux médecins sur quelles bases ils prenaient en charge leurs patients anxiodépressifs.

Les réponses des médecins ont permis de définir 6 thématiques sur les ressources aidant à la prise en charge des patients :

- Les recommandations
- Les échelles psychométriques
- L'expérience acquise au cours des années
- Le patient lui-même
- Le ressenti du médecin
- La presse médicale et la formation médicale continue

Les entretiens ont permis de voir que la présence d'une comorbidité anxieuse chez leurs patients dépressifs n'influence pas la prise en charge des dépressifs.

#### **4.2.3.1. Les recommandations**

- Prise en charge non basée sur les recommandations :

3 médecins de l'étude (2, 5, 4) nous ont expliqué ne pas se référer aux recommandations pour décider de leur prise en charge.

Le médecin 2 a eu connaissance de ces recommandations mais ne les utilise pas en pratique courante : « *Alors les recommandations, je les ai lues. Euh après, est-ce que je m'en sers vraiment, je ne crois pas.*

Le médecin 4, elle, ne se réfère pas à des recommandations par méconnaissance de celles-ci : « *Alors les recommandations, je les connais pas, je ne sais pas s'il y en a.* »

- Prise en charge en adéquation avec les recommandations existantes ou par rapport aux échelles psychométriques :

Seuls les médecins 11 et 13 se réfèrent aux recommandations pour leur prise en charge : « *j'essaie de suivre les recommandations aux mieux* » (11).

Concernant, le médecin 13, elle se base surtout sur les règles de prescription des anxiolytiques : « *les recommandations bien sûr, les RMO des anxiolytiques* » (13).

#### **4.2.3.2. En fonction des échelles psychométriques**

Le médecin 8 décide de sa prise en charge en fonction du score de ses patients sur les échelles psychométriques d'évaluation de l'anxiété et de la dépression (type Hamilton, annexes 3 et 4): « *Les échelles sont aussi bien, je m'en sers pour mettre les patients sous antidépresseur et pour oser monter les doses.* »

#### **4.2.3.3. Par rapport à l'expérience**

- Prise en charge en fonction de l'expérience personnelle du médecin :

L'expérience acquise au fil des années par le médecin est une notion importante car 10 des médecins de l'étude (2, 4, 8, 9, 10, 12, 13, 6, 14) se basent sur celle-ci pour leur prise en charge.

Par exemple, le médecin 2 explique qu'elle se base surtout sur l'expérience acquise au fil des consultations pour décider de sa prise en charge: *C'est plutôt la pratique... Sur la pratique puis sur l'expérience qu'on peut acquérir en consultation* ». Les médecins 6 et 12 expliquent qu'ils se sont formés sur le terrain après leur installation.

Pour le médecin 12, la formation du médecin généraliste sur le terrain apparaît comme une évidence : « *ça un médecin généraliste, on est obligé de se former sur l'expérience* ».

Le médecin 6 évoque également cette notion due à l'absence de formation initiale : « *Nous à notre époque on n'a pas eu de formation, on s'est formé sur le terrain* »

Pour le médecin 14, jeune installée depuis quelques mois, ce sont ses propres expériences de vie qui lui permettent d'aider les patients : « *Tu travailles avec ta*

*propre expérience, tes propres émotions et tu répond en fonction à ton patient mais c'est pas quelque chose que j'ai acquis ou j'ai vu en médecine générale »*

- Prise en charge en fonction de l'expérience et avis des collègues :

Le médecin 10, qui travaille dans un cabinet de groupe avec deux autres médecins, demande l'avis de ses confrères pour la prise en charge de patients difficiles : *« on discute avec les confrères pour voir ce qu'ils auraient fait ou ce qu'ils pensent »*.

Pour le médecin 13, jeune médecin installée depuis 3 ans, l'avis des médecins plus âgés est une ressource, car ils peuvent lui faire bénéficier de leur expérience : *« L'expérience des anciens, je demande facilement pour savoir ce qu'ils feraient, des pistes »*

#### **4.2.3.4. En fonction du patient**

- En fonction de la demande du patient

Deux des médecins de l'étude modifient leur prise en charge en fonction de la demande des patients.

Le médecin 1 pense qu'il faut répondre à la demande du patient et bien écouter ce qu'il compte faire : *« Le patient, c'est lui qui fait la demande, oui absolument. Je crois qu'il faut bien écouter le patient. C'est pour lui, ce n'est pas pour moi...Essayer un peu de savoir ce vers quoi il veut s'orienter parce qu'il y a des gens qui ne veulent pas aller voir des psy. »*

Le médecin 3 qui travaille avec une autonomisation du patient, élabore le plan d'action de sa prise en charge avec le patient. : *« Et puis après, je vais voir le patient comment il comptait..., qu'est ce qu'il comptait faire par rapport à cette pathologie là quoi. Est-ce qu'il comptait avoir un suivi psychiatrique, est ce qu'il comptait avoir un traitement.»*

- En fonction de la connaissance du patient

Pour le médecin 11, il est impossible d'établir des règles de prise en charge, celle-ci se fait au cas par cas en fonction du patient : *« C'est essentiellement basé sur les gens. Le besoin des gens parce que les patients n'ont pas tous le même besoin au même moment »*.

Le médecin 2 utilise les connaissances qu'elle a acquises sur le patient au cours des années de suivi en tant que médecin généraliste pour le cerner et décider d'une prise en charge : « *Sur le profil de chaque patient parce que notre avantage à nous, c'est qu'on les connaît en fait. Donc sur ce qu'on acquière en médecine générale sur l'ensemble du patient* »

#### **4.2.3.5. Par rapport au ressenti de la consultation**

Les médecins 4 et 5 décident de leur prise en charge au moment de la consultation en fonction du ressenti par rapport à la problématique du patient : « *...au ressenti de la consultation, si les gens ont vraiment mal ou que je sens que ça peut aller loin. C'est vraiment sur le moment de la consultation que je vois la prise en charge* » (médecin 4), « *C'est plus effectivement sur un ressenti par rapport à la problématique du patient. Je sens si moi je suis capable de l'aider ou si ça dépasse mes compétences* » (médecin 5)

#### **4.2.3.6. Par rapport à la presse médical /formation continue**

Trois des médecins (les médecins 3, 9 et 10) adaptent et améliorent leurs prises en charge en fonction de leurs lectures dans la presse médicale ou de leur formation médicale continue.

Le médecin 3, par exemple prescrit surtout du CITALOPRAM à ses patients en se basant sur les mises au point de la revue PRESCRIRE : « *je pars toujours sur le CITALOPRAM par rapport à la revue PRESCRIRE qui m'aide et c'est le meilleur IRS d'après ce que j'ai compris, ce que j'ai lu.*».

Le médecin 10 se réfère également à la presse médicale : « *alors j'essaie de lire* » Outre la lecture de la presse médicale, le médecin 9 a également évoqué la formation au cours de congrès médicaux : « *Les formations, il n'y en a pas beaucoup et on n'y va pas forcément. Il y a deux ans, on avait été à Preuves et Pratique et il y avait des sujets de psychiatrie intéressants. Sinon, on lit les journaux.*»

#### **4.2.3.7. Par rapport à la présence d'une comorbidité anxieuse**

- Association fréquente anxiété et dépression

Pour plusieurs médecins de l'étude dépression et anxiété sont liées et souvent les dépressifs sont également anxieux. Ainsi pour le médecin 1 : « *les deux diagnostics*

*existent, ils sont souvent associés »* et pour le médecin 4, il y a *« rarement de dépression sans anxiété »*

Pour le médecin 2, l'association d'une anxiété à la dépression est même systématique : *« Ce qui sont dépressifs, en général, ils sont anxieux aussi...Des dépressifs purs sans anxiété, je ne crois pas que j'en ai fait »*

Le médecin 5 parle même d'une continuité entre les deux maladies : *« c'est pas évident je trouve de distinguer ce qui tient plus de la part anxieuse et ce qui tient plus de la part dépressive...souvent il y a un continuum entre les deux »*

Les médecins 6 et 7 parlent même d'un amalgame entre pathologie anxieuse et dépressive : *« c'est deux choses différentes mais c'est vrai qu'on amalgame, c'est croisé quoi »* (médecin 6) ; *« on a tendance à mettre l'étiquette dépressif à un problème qui est certainement de l'anxiété »* (médecin 7)

- Pas d'influence de la comorbidité sur le choix du traitement.

Certain médecins de notre étude ne cherchent pas à distinguer la dépression de l'anxiété car il traite de toute façon les deux troubles.

Pour le médecin 7, la présence d'une anxiété ne change pas sa prise en charge : *« ça change pas ma prise en charge »*

Les médecins 8 et 9 ne cherchent pas à identifier les deux pathologies et prennent en charge les deux : *« j'ai du mal à faire la différence...je ne cherche pas vraiment à la faire »* (médecin 9), *« je ne cherche pas trop, je traite les deux »* (médecin 8)

### **4.3. Améliorations possibles évoquées**

#### **4.3.1. Système de soin adapté**

Le médecin 11 pense qu'il n'y a pas forcément de changement à apporter pour la prise en charge des patients anxiodépressifs et est satisfaite du système de soins actuel : *« le système tel qu'il est me convient tout à fait »*

## 4.3.2. Par rapport à la formation des médecins

### 4.3.2.1. Par rapport aux types et aux nombres de formations

- Besoin de plus de formations

Pour le médecin 5, le meilleur moyen d'améliorer la prise en charge est la formation des médecins généralistes : « *besoin de formation avant tout* »

Les médecins 2 et 9 ont indiqué que peu de formation étaient proposées pour la prise en charge de ces patients : « *Les formations, il n'y en a pas beaucoup* » (médecin 9), « *il n'y en a pas des tonnes en fait* » (médecin 2)

- Besoin de formations pratiques

Le médecin 2 souligne le fait que les formations proposées doivent être pratiques et applicables en médecine générale : « *Plus de formation, je pense, plus de formations pratiques. C'est des formations et vraiment un côté pratique pour la médecine générale* »

### 4.3.2.2. Par rapport à la pratique de la psychothérapie par les médecins généralistes

- Formation à la psychothérapie rapide

Les médecins 5, et 14 qui sont des médecins de moins de 35 ans, récemment installés seraient prêts à se former pour proposer à leurs patients une psychothérapie : « *je pense que j'aurais besoin de billes et de formation pour dire oui je vais faire une psychothérapie* » (médecin 5)

Le médecin 14 pense qu'une formation à la psychothérapie éviterait aux médecins de se baser sur leur ressenti pour la prise en charge. Elle suggère aussi une formation à la communication : « *Une formation à la fois sur la communication parce que ça c'est un truc qu'on ne nous apprend pas en médecine générale. Et puis une formation sur la psychothérapie justement, essayer de leur faire un discours autrement parce que là c'est que du sensitif.* »

La formation à des techniques de thérapie rapide est évoquée par le médecin 4: « *des formations pour avoir des petites aides pour la psychothérapie rapide* »

- Pas envie de pratiquer de psychothérapie

Plusieurs médecins ne souhaitent pas s'investir dans la psychothérapie.

Par exemple, le médecin 9 en fait lorsqu'elle ne peut pas faire autrement: « *ce n'est pas mon truc. Je le fais quand je n'ai pas le choix.* »

La psychothérapie est considérée comme une charge trop lourde pour le médecin 6 : « *je n'ai pas envie de faire de psychothérapie...je trouve que c'est lourd. Je n'ai pas forcément envie de les prendre en charge en psychothérapie* »

- Hors du champ de compétence du médecin généraliste

Pour les médecins 3, 11 et 9, la psychothérapie ne fait pas partie du champ de compétence du médecin généraliste : « *Je ne mène pas de psychothérapie, c'est pas mon boulot* » (médecin 3), « *Ce n'est pas mon job, je dirais que je ne veux pas en faire* » (médecin 9), « *Ne fait pas partie du champs de compétence du médecin généraliste. A chacun son métier, ça c'est clair, je ne suis pas ça du tout.* » (médecin 11)

Le médecin 8 pense que le médecin généraliste n'a pas le temps nécessaire pour pratiquer de bonne psychothérapie : « *Il faut qu'on soit réceptifs nous aussi, on ne l'est pas toujours. On se dépêche, il y a l'urgence. Le psychiatre en ville, l'urgence il n'en a pas* »

- Trop grande connaissance du patient pour mener une psychothérapie

La trop grande connaissance du patient par le médecin généraliste est un frein à la pratique d'une psychothérapie pour deux des médecins de l'étude.

Ainsi le médecin 1 pense que le médecin n'est pas à même de mener une psychothérapie, car il connaît trop son patient : « *psychothérapie, j'en fais pas parce que je pense que le médecin traitant connaît tellement son patient, on n'est pas à même de mener une psychothérapie* »

Le médecin 9 pense même que cela peut perturber la relation médecin/ malade par la suite : « *je ne suis pas sûre que dans la relation après ça soit valorisant. Je ne suis pas sûre que ça soit judicieux. Je ne sais pas si en tant que médecin généraliste connaître plein de choses et tout* »

### **4.3.3. Par rapport à la prise en charge psychiatrique**

#### **4.3.3.1. Par rapport à l'accès aux consultations**

- Délais de consultations moins longs :

Le médecin 2 souhaite que les délais de consultation avec les médecins psychiatres soient moins longs à obtenir : « *si on peut les avoir plus rapidement ça serait mieux* ». Par ailleurs plusieurs médecins de l'étude ont évoqué le problème des délais de consultation trop long avec les psychiatres (cf : difficultés de prise en charge)

- Avoir plus de créneaux de consultations à l'hôpital :

La possibilité d'avoir plus de rendez- vous de consultations avec les psychiatres de l'hôpital a été proposée par le médecin 8 : « *avoir plus de consultations de psychiatrie au CHU et avoir plus de psychiatres disponibles. Avoir plus de consultations de psychiatrie au CHU* »

- Facilité d'accès à la psychiatrie

Trois des médecins de l'étude suggèrent également une nécessité de simplifier l'accès aux consultations de psychiatrie : « *améliorer l'accès aux consultations spécialisées* » (médecin 4), « *L'accès, ce n'est pas facile. Enfin, je crois qu'ils sont débordés* » (médecin 13), « *un parcours plus facile* » (médecin 9)

#### **4.3.3.2. Par rapport à la communication avec les psychiatres**

Une facilitation de la communication avec les psychiatres, pour avoir des avis ou pour le suivi du patient a été évoquée par le médecin 13 : « *améliorer le contact avec les psychiatres du CHL ; c'est extrêmement dur de les avoir au téléphone, c'est dur* »

*d'avoir un avis. Je pense qu'ils ne savent pas ce qu'on fait, ils ne savent pas ce qu'on peut faire et on ne sait pas ce qu'ils font ».*

Le médecin pense que la prise en charge serait efficace plus vite si les patients bénéficiaient rapidement d'un avis psychiatrique : *« on aurait l'avis du psychiatre avant, sûrement que ça ferait avancer les choses plus vite. »*

Elle évoque aussi l'importance d'avoir un réseau de psychiatres à qui pouvoir adresser les patients : *« Je pense que je pourrais améliorer mon réseau psychologues et psychiatres sur Poitiers. Je pense qu'il faudrait que je le fasse pour pouvoir mieux orienter les patients parfois vers TCC, psychanalyse...Je ne les connais pas du tout donc je pense que ça pourrait être un apport pour eux ».*

#### **4.3.4. Par rapport à l'accès aux psychologues**

Le remboursement des consultations avec un psychologue faciliterait l'accès à la thérapie pour 4 des médecins de l'étude.

Pour le médecin 12, le coût de la consultation est un frein pour les patients *« Si les psychothérapeutes étaient remboursés. ... quand c'est un psychothérapeute correct, il prend, il peut les prendre jusqu'à deux heures, ça va coûter 50 euros la séance et c'est remboursé 0. Les gens ça leur fait 50 euros non remboursés. »*

Le médecin 4 évoque surtout le problème du non remboursement pour les patients qui sont d'un milieu socio économique modeste: *« Et pour ça il faudrait qu'on ait accès, que ça soit remboursé, aux psychologues, comme on a du mal à avoir des psychiatres. Mais il faut que ça soit remboursé parce qu'il y a des gens dans des petits milieux qui n'ont pas les moyens de se payer les consultations de psychologues surtout que c'est répété. Donc une fois, ils peuvent mais plusieurs fois, ils ne peuvent pas. »*

La nécessité d'une prise en charge des consultations est également évoquée par les médecins 6 *« après il faudrait pour les psychologues une prise en charge »* et 8 *« une prise en charge des psychologues »*

### **4.3.5. Par rapport à l'engagement des patients dans la thérapie**

Trois des médecins de l'étude ont souligné le problème de la réticence des patients à s'engager dans une psychothérapie.

Ainsi le médecin 12 regrette que les patients n'aient pas une meilleure vision de la psychothérapie qui faciliterait la prise en charge : « *si l'analyse était mieux vécue. Pour beaucoup de gens, c'est un problème d'aller voir un analyste* ».

Pour le médecin 4, un des freins à la psychothérapie est l'investissement du patient et du médecin dans le traitement médicamenteux « *Je pense qu'on est un peu trop avec l'idée, peut être moi et les patients, que le médicament va tout résoudre. Je pense qu'il faudrait qu'ils soient plus engagés sur la prise en charge par la psychothérapie.* »

Le médecin 11 évoque la nécessité de laisser du temps aux patients pour débiter une psychothérapie : « *Les gens ont besoin d'un peu de temps pour accepter l'aide* »

### **4.3.6. Par rapport aux recommandations / protocoles**

Le médecin 4 pense qu'il serait intéressant de créer des recommandations pratiques sur la prise en charge de ces patients : « *créer un cadre de recommandations, savoir à quel moment on met l'antidépresseur, à quel moment on l'arrête* »

## **4.4. Difficultés de prise en charge**

### **4.4.1. Par rapport à la durée de la consultation**

Les consultations avec des patients anxiodépressifs sont considérées comme des consultations longues et chronophages par 8 des médecins interrogés : « *c'est chronophage* » (médecin 3), « *ça prend du temps* » (médecin 10)

La durée et l'organisation des consultations de médecine générale ne sont pas adaptées à la prise en charge de ces patients. Ainsi le médecin 12 parle du manque de temps : « *la psychothérapie de discussion, j'en ai fait quand j'étais interne en psy...il faut avoir le temps, et là je n'ai pas le temps. Si vous avez un dépressif vous allez passer une demi-heure plus qu'un quart d'heure.*»

Pour le médecin 9, la longueur de ces consultations, surtout les premières, est un réel problème : *« ça prend du temps, déjà c'est un gros problème en soi...de toutes façons les premières consultations c'est toujours très long. »*

Le médecin pense ne pas être toujours assez réceptive, à cause notamment du nombre de consultations : *« Il faut qu'on soit réceptifs nous aussi, on ne l'est pas toujours. On se dépêche, il y a l'urgence. »*

#### **4.4.2. Prise en charge difficile, peu valorisante**

La prise en charge des patients anxiodépressifs apparaît comme difficile et peu valorisante pour le médecin 3 : *« Je crois qu'individuellement, on a pas trop envie parce que c'est chronophage, c'est pas valorisant, c'est dur, c'est long, il y a beaucoup d'échec. »*

Les médecins 6 et 8 trouvent que la prise en charge de ces patients est lourde pour un médecin généraliste : *« je trouve que c'est trop lourd. Il y a déjà tout un tas de trucs à porter, c'est trop. Non, non, c'est trop, ça charge la barque, on a déjà pas mal de choses à porter. »* (médecin 6), *« D'abord parce que c'est envahissant et c'est long. C'est envahissant, en ce moment j'ai une dame, ça me prend beaucoup de temps et beaucoup d'énergie. C'est un peu usant. »* (médecin 8)

#### **4.4.3. Par rapport à leur formation**

Le manque de formation est un frein évoqué par les médecins pour la prise en charge des patients anxiodépressifs

Pour le médecin 4, 14 et 5 par exemple, les généralistes ne sont pas à même de mener une psychothérapie car ils ne sont pas formés : *« je ne suis pas formé à la psychothérapie »* (médecin 5), *« alors ça, j'ai pas les armes »* (médecin 4), *« je n'y connais rien à la psychothérapie »* (médecin 14)

Pour le médecin 11, la psychothérapie doit être réalisée par des spécialistes formés : *« Je ne suis absolument pas psychologue... A chacun son métier, ça c'est clair, je ne suis pas du tout ça »*

#### 4.4.4. Par rapport à l'accès aux consultations spécialisées

##### 4.4.4.1. Avec les psychiatres

- Délai de consultation très long

Un problème souvent évoqué par les médecins de l'étude (médecin 1, 2,3, 13, 12, 10 et 6) est le délai d'attente très long avant d'obtenir un rendez vous avec un psychiatre.

Les médecins 2 et 6 évoquent des délais de rendez-vous de 2-3 mois : « *oui, c'est à 2 à 3 mois ...gros problème de délai de rendez vous* » (médecin 2), « *c'est 2-3 mois* » (médecin 6)

Pour le médecin 12 qui évoque des rendez vous à plusieurs mois, les délais ne sont pas acceptables : « *Le psychiatre, c'est pas avant 6 mois...Ils ont des délais de rendez vous qui ne sont pas acceptables* ».

Le médecin 4 (travaillant en milieu rural) évoque aussi le problème du manque de psychiatre de proximité : « *les gens ont pas forcément envie d'aller à Poitiers. C'est loin, c'est compliqué comme on est à 40 kms* »

- Problème d'accès à la psychiatrie :

Pour le médecin 1, il existe un problème dans l'organisation de l'accès à la psychiatrie : « *réel problème dans l'organisation de l'accès à la psychiatrie* »

- Manque de communication en psychiatres et médecins généralistes.

Pour le médecin 13, il est difficile d'avoir un avis psychiatrique et de communiquer sur les prises en charge des patients pour savoir la conduite à tenir. Pour elle, les psychiatres de l'hôpital ne se rendent pas compte de ce qu'il est possible de faire ou pas en ambulatoire : « *c'est extrêmement dur de les avoir au téléphone, c'est dur d'avoir un avis. Je pense qu'ils ne savent pas ce qu'on fait, ils ne savent pas ce qu'on peut faire et on ne sait pas ce qu'ils font* ».

Le médecin 1 décrit une incompréhension totale entre médecins généralistes et les psychiatres de l'hôpital : « *La communication est difficile avec la psychiatrie alors*

*qu'elle ne l'est pas avec d'autres spécialités. Je vous dirais qu'il y a une frontière infranchissable entre la médecine de ville et eux. »*

#### **4.4.4.2. Avec les psychologues**

Le problème de l'accès aux psychologues est le coût des consultations et leur absence de prise en charge par l'assurance maladie : *« Le problème c'est que ça n'est pas remboursé »* (médecin 5), *« ça va coûter 50 euros la séance et c'est remboursé 0 »* (médecin 12).

Pour le médecin 1, le problème financier est un obstacle absolu à l'accès aux psychologues : *« Bah le psychologue le problème c'est que c'est pas remboursé... Alors aller payer 50 euros la consultation. Ça c'est malheureusement un obstacle absolu à l'accès du psychologue qui est surement utile dans l'enfance dans l'adolescence, surement... peut être même à l'âge adulte mais 50 euros, ils y vont une fois mais n'y retourne pas. Donc ça c'est un problème économique après. C'est pas possible quand vous gagnez le smic de voir le psychologue toutes les semaines. Voilà ça c'est un problème financier. »*

## **5. Discussion**

### **5.1. Synthèse des principaux résultats**

L'objectif principal de cette étude qualitative était d'identifier les habitudes de prise en charge des anxiodépressifs par les médecins généralistes et de recueillir leurs suggestions pour les améliorer. Les quatorze entretiens menés auprès de médecins généralistes de la Vienne ont permis de lister un certain nombre de moyens mis en œuvre par les médecins pour soigner ces patients et leurs propositions pour optimiser la prise en charge.

Concernant les habitudes de prescription médicamenteuse des médecins généralistes, les grands points qui ressortent de cette étude sont :

- Des prescriptions de psychotropes raisonnées (en fonction notamment des signes de gravité des troubles dépressifs et anxieux) et souvent associées à une prise en charge psychothérapeutique

- Une limitation de la prescription des benzodiazépines sur des durées courtes, en favorisant les molécules à demi-vie courte
- L'utilisation préférentielle des antidépresseurs de la classe des IRS et IRSNA mais sans prise en compte de la comorbidité anxieuse.

Concernant les habitudes de prise en charge non médicamenteuse, les points essentiels sont :

- Le suivi régulier des patients
- La pratique d'une forme de thérapie par les médecins généralistes mais non nommée comme telle par ceux-ci
- Une orientation des patients vers des prises en charge psychothérapeutiques
- Une collaboration préférentielle avec les CMP

Concernant les choix pour la prise en charge, les médecins se basent surtout :

- Sur leurs expériences professionnelles et personnelles
- Sur leur ressenti par rapport au patient et à la situation donnée
- Sur les choix du patient
- Les recommandations sont rarement utilisées.

Les dernières questions de l'étude portaient sur les améliorations possibles de prise en charge des patients anxiodépressifs. Pour certains médecins, ces questions ont parfois été difficiles car ils se sentent un peu dépourvus face au système actuel et ne voient pas comment cela pourrait changer.

Malgré cela, les médecins ont fait des propositions qui permettraient selon eux d'améliorer la prise en charge. Les propositions essentielles portent sur :

- La formation des médecins généralistes
- La prise en charge des psychothérapies faites par les psychologues
- Une amélioration de la collaboration entre psychiatres et médecins généralistes

Lors des entretiens, les médecins nous ont fait part de leurs difficultés concernant la prise en charge des anxiodépressifs. Bien que cela ne réponde pas exactement à la question de recherche, il nous a semblé important d'analyser ces données qui peuvent apporter des pistes supplémentaires pour l'amélioration de la prise en

charge. Dans la discussion, nous aborderons ces difficultés lors de l'analyse des propositions d'amélioration.

## **5.2. *Autres études sur la prise en charge des anxiodépressifs en soins primaires***

Au cours de notre recherche bibliographique, nous n'avons pas trouvé peu d'étude française explorant la prise en charge des patients dépressifs avec une comorbidité anxieuse en médecine générale en France. Nous avons néanmoins choisi trois études qualitatives abordant la prise en charge des dépressifs et la pratique de la psychothérapie en médecine générale pour comparer nos résultats.

- La première étude menée par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS) auprès de 2114 médecins généralistes de Bourgogne, Pays de Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur pendant trois ans a exploré les stratégies de prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. [112]
- Nous avons également comparé nos résultats à une étude de 2009 sur les améliorations possible dans la prise en charge des patients dépressifs. Cette étude qualitative réalisée auprès de 521 médecins généralistes aborde essentiellement la dépression et non les troubles anxieux. Cependant, certains résultats sont comparables à ceux de notre étude. [113]
- La dernière étude qui nous a semblé intéressante abordait la place de la psychothérapie en médecine générale. Il s'agissait également d'une étude qualitative menée auprès de 16 médecins généralistes en 2003. [114]

Une partie des résultats sera également analysée en nous référant aux recommandations de l'HAS et de l'AFSSAPS.

### **5.3. Résultats principaux et confrontation aux données de la littérature**

#### **5.3.1. Habitudes de prise en charge des médecins généralistes**

##### **5.3.1.1. Prise en charge**

###### ➤ Délai d'instauration du traitement médicamenteux

Les avis des médecins de l'étude sont partagés sur la rapidité de prescription de psychotropes. Il en est de même dans l'étude de Cogneau. [113]

La majorité d'entre eux attendent et réévaluent le patient pour débiter un traitement. Cette stratégie appelée « Watchful Waiting » qui consiste à observé le patient avant de débiter un traitement est partagée par la plupart des médecins de l'étude de la Dress [112]

Dans notre étude, le traitement médicamenteux n'est plus perçu comme l'essentiel du traitement mais comme un complément à associer à la psychothérapie. La prescription rapide d'un traitement est surtout corrélée aux signes de gravité de la dépression et parfois de l'anxiété. La gravité de la maladie est évaluée par le médecin en fonction de son ressenti et très rarement à l'aide d'échelles psychométriques. Certains médecins de l'étude de Cogneau [113] estimaient qu'il n'y avait pas d'urgence à traiter en dehors du risque. Au contraire, un des médecins de notre étude pense qu'il faut traiter rapidement car les patients attendent généralement d'avoir des symptômes envahissants avant de faire la démarche de consulter.

###### ➤ Utilisation des benzodiazépines

Les benzodiazépines restent pour la majorité des médecins de l'étude, le traitement de première intention et sont généralement prescrites avant d'envisager un traitement antidépresseur. L'intérêt de leur prescription, retrouvé dans d'autres études [113], est un amendement rapide des symptômes, notamment anxieux.

Conformément aux recommandations [11, 104], les médecins de l'étude limitent leur utilisation, surtout les jeunes médecins. Le choix des molécules se porte essentiellement sur les BZD à demi-vie courte et la durée de prescription est limitée.

La majorité des médecins de l'étude débutait un sevrage rapide et arrêtaient les BZD dès que l'antidépresseur était efficace. Il n'a jamais été évoqué la possibilité de reprendre un anxiolytique lors d'exacerbations anxieuses.

La bupropionne indiquée dans le TAG [11,13] n'est jamais utilisée par les médecins de notre étude, ni même citée.

#### ➤ L'homéopathie et la phytothérapie

Dans notre étude, les traitements homéopathiques et phytothérapeutiques sont surtout prescrits en première intention par les jeunes médecins et par le médecin homéopathe. Le choix de ces molécules est fait notamment pour les patients jeunes afin d'éviter le recours au traitement allopathique et ainsi le risque de dépendance.

D'autres médecins, en général plus expérimentés, (dont un médecin ayant un DU d'homéopathie) estiment que ces traitements sont inefficaces sur la dépression systématisée et l'anxiété. En effet, ces molécules n'ont pas d'AMM dans le trouble anxieux généralisé et dans la dépression. [11, 12]

Certains médecins de l'étude de Cogneau [113] prescrivaient des traitements homéopathiques en première intention pour se donner le temps d'évaluer le patient et de le laisser réfléchir à ses symptômes.

#### ➤ Prescription des antidépresseurs

Dans cette étude, on sent une réticence de certains médecins généralistes à prescrire un antidépresseur trop rapidement et ils interviennent souvent en seconde intention après les anxiolytiques. La prescription est souvent faite après plusieurs consultations et réévaluations du patient. Pour la majorité des médecins, la décision de traiter par antidépresseur est prise si l'épisode dépressif est jugé sévère et ils privilégient la psychothérapie dans les autres cas.

Dans l'étude de la Dress [112], les avis sont partagés sur la prescription des antidépresseurs : certains les privilégient et d'autres préfèrent avoir recours à la psychothérapie

Selon les recommandations, le traitement antidépresseur n'est pas forcément indispensable en cas d'épisode dépressif léger ou modéré [12] et une psychothérapie peut être proposée en première intention dans ces cas là. Cependant, l'accès aux psychothérapies étant limité par le coût, les délais de rendez vous avec les

psychiatres ou la manque de formation des médecins généralistes dans ce domaines, il semble difficile de faire l'impasse sur le traitement médicamenteux. Ainsi pour un médecin de l'étude, le traitement médicamenteux et notamment l'antidépresseur est une alternative à la psychothérapie qui lui semble difficile à mettre en œuvre en consultation de médecine générale.

La majorité des médecins de l'étude prescrivent des IRS et seulement deux ont recours aux IRSNA. Le choix de l'antidépresseur ne semble pas influencé par la comorbidité anxieuse puisque l'antidépresseur le plus souvent cité, le Citalopram, n'a pas l'indication dans le trouble anxieux généralisé. [100] Certains médecins ont d'ailleurs dit que la présence d'une anxiété ne modifiait pas leur prise en charge et leur traitement.

### **5.3.1.2. Prise en charge non médicamenteux**

#### ➤ Le suivi régulier des patients

Le suivi régulier des patients est une notion retrouvée dans presque tous les entretiens de l'étude. Six des médecins de notre étude et la majorité des patients de l'étude de Moreau [114] revoient les patients dans les 8 à 15 jours après la première consultation et les autres les revoient au bout d'un mois, ce qui correspond généralement à la fin du traitement prescrit en première intention. Les recommandations de l'HAS préconisent plutôt un suivi hebdomadaire dans les premières semaines de prise en charge en cas d'EDM et du TAG [12, 13]

Le suivi régulier des patients est prévu par les médecins pour des motifs un peu différents. Pour certains, la programmation de rendez-vous permet de rassurer le patient et ainsi de lutter contre l'anxiété. On peut considérer que cette attitude fait partie de la psychothérapie de soutien évoquée par V. Tranchée-Vergé [115] dans son travail de thèse sur la psychothérapie des médecins généralistes. En effet, elle rappelait que le lieu fixe et la programmation de rendez-vous constituaient un cadre rassurant pour le patient.

Pour la majorité des médecins, le suivi régulier permet surtout de surveiller l'efficacité du traitement et de réévaluer le patient régulièrement, par crainte du risque suicidaire notamment.

➤ Attitude thérapeutique du médecin généraliste :

Dans notre étude, la plupart des médecins se refusent à dire qu'ils pratiquent de la psychothérapie. Ils parlent très souvent d'écoute, de dialogue ou de discussion avec le patient sans les associer à une forme de thérapie. Les médecins de l'étude de Moreau emploient ces mêmes termes et y ajoutent les notions d'empathie et de bienveillance. [114] Un seul des médecins de l'étude nous a dit que d'une certaine façon cette attitude vis-à-vis du patient pouvait être considérée comme de la psychothérapie de soutien.

Dans l'étude de Moreau [114], les médecins avaient aussi des difficultés à parler de psychothérapie. Comme dans notre étude, c'est leur absence de formation dans ce domaine qui est mise en avant et qui souvent les amènent à dévaloriser leur pratique en parlant de « *psychothérapie de bas étage* » par exemple.

Au contraire, dans l'étude de Cogneau [113], presque tous les médecins de l'étude considéraient faire de la psychothérapie de soutien. Ils considèrent que le temps de consultation plus long, l'écoute, les conseils prodigués et les rendez-vous rapprochés définissent la psychothérapie de soutien.

Dans notre étude comme dans celle de Cogneau [113], la pratique de la psychothérapie est généralement imposée au médecin généraliste. En effet, cette pratique est pour la plupart des médecins interrogés chronophage mais aussi peu valorisante.

Le dernier point soulevé par notre étude est l'absence de formation des médecins sur les psychothérapies et de surcroît les psychothérapies structurées. En effet, un seul médecin de l'étude, homéopathe exclusif, est formé et pratique la thérapie cognitivo comportementale. Seulement deux autres médecins disent orienter leur patients anxiodépressifs vers la TCC Dans l'étude de Cogneau [113], 81% des praticiens n'étaient pas formés à une psychothérapie spécifique. Les médecins interrogés dans l'étude de Moreau [114], avaient pour la plupart des difficultés à définir les différents types de psychothérapies.

➤ Orientation vers une psychothérapie :

Pour la moitié des médecins de l'étude, la psychothérapie a une place centrale dans la prise en charge des patients et est aussi importante que le traitement médicamenteux. Ceci est conforme aux recommandations de l'HAS qui conseille la psychothérapie, que ce soit pour la dépression ou pour le TAG. [12, 11]

Dans l'étude de la Dress, les médecins conseillaient fréquemment la psychothérapie mais elle était presque toujours associée à un traitement médicamenteux. [112]

Quelques médecins ont tout de même exprimé des difficultés à orienter leurs patients vers une psychothérapie en raison des réticences et du manque d'engagement de ceux-ci dans cette démarche. Ce problème avait déjà été évoqué dans plusieurs études. [112, 113, 114] et font penser que des campagnes d'information sur l'importance de la prise en charge psychologique seraient peut-être nécessaires.

La majorité des médecins de notre étude orientent leurs patients anxio dépressifs vers les centres médico-psychologiques (CMP) lorsqu'ils nécessitent une aide spécialisée. Contrairement aux médecins de l'étude de Cogneau [113] qui jugent les relations avec certains CPM catastrophiques, les médecins de notre étude et de l'étude de Côtes d'Or [116] émettent un avis positif sur les CMP. Ils soulignent la rapidité d'obtention des rendez-vous contrairement à la psychiatrie de ville ainsi que la proximité de ces centres.

Ce constat n'est pas le même dans l'enquête des médecins de Meurthe et Moselle qui trouvent les délais de consultations trop longs. [116]

Dans l'étude de la Dress, peu de médecins adressent les patients aux CMP en raison des délais d'attente trop longs, d'une absence de retour d'information ou d'une réticence des patients. [112]

Si dans d'autres études, les médecins se sentaient dépossédés de leurs patients [113], des participants à notre étude indiquent travailler en collaboration avec le CMP et conservent un suivi en alternance des patients. Un seul médecin de notre étude regrette de ne pas avoir plus de retour, notamment de courrier sur la prise en charge faite par le CMP.

D'autres études ont aussi montré que les médecins généralistes souhaiteraient développer la collaboration et le partenariat avec les CMP [116]

L'avantage des centres médico-psychologiques est l'approche pluridisciplinaire pour un des médecins de notre étude et les médecins de Côtes d'or n'étaient pas opposés à la prise en charge première des patients par un infirmier psychiatrique. [116]

Dans notre étude, peu de médecins, surtout âgés de plus de 55 ans, orientent leurs patients vers des psychiatres libéraux connus. Au contraire dans d'autres études réalisées en ville (Lyon et Dress) [112, 114], les médecins orientent préférentiellement vers des psychiatres libéraux connus. Cette orientation vers des psychiatres est plus fréquente lorsque les médecins exercent en milieu urbain [112] Les délais de consultations très longs pour obtenir un rendez vous sont un frein à l'orientation des patients retrouvés dans une autre étude. [113]

Les médecins de notre étude comme ceux des autres études travaillent très peu avec les psychiatres hospitaliers. Pour eux, la seule orientation vers la psychiatrie hospitalière est le risque suicidaire.

Dans notre étude, les médecins généralistes ne sont pas opposés à la collaboration avec les psychologues mais un seul médecin conseille des psychologues à ses patients. Le principal frein à l'orientation des patients vers les psychologues est le problème financier. [112] Dans l'étude de Cogneau, les médecins soulignent en plus du problème financier, la méconnaissance de la qualification des différents psychologues. [113]

### **5.3.1.3. Base de la prise en charge**

Tous les médecins de notre étude se servent de leurs expériences pour prendre en charge les patients. Cette attitude, partagée avec les médecins de l'étude marseillaise, peut être imputée au manque de formation initiale sur la prise en charge des troubles anxiodépressifs. [112]

Deux types d'expériences sont utilisés : l'expérience personnelle par rapport aux expériences de vie du médecin et l'expérience professionnelle acquise au fil des années.

Le ressenti et l'expérience de vie personnelle sont surtout utilisés par les jeunes médecins de l'étude. Les médecins plus expérimentés se servent plus de leur connaissance du patient et de l'expérience acquise au cours de leur exercice.

Les échelles psychométriques sont rarement utilisées par les médecins de notre étude et l'étude de Cogneau. [113] Leur réalisation peut, pour certains médecins, rompre la communication avec le patient en raison de leurs caractères impersonnels. [113] La seule échelle citée dans notre étude est celle d'Hamilton (annexes 3 et 4), mais elle n'est pas réalisée de façon systématique par les médecins et parfois de mémoire sans support papier. Un des médecins les utilise uniquement comme un support pour faire prendre conscience à certains patients de leur problème psychologique.

Le choix et les préférences du patient sont aussi un facteur important intervenant dans le choix du traitement. [112]

### **5.3.2. Suggestion d'amélioration**

#### **5.3.2.1. Des Formations**

La formation des médecins généralistes semble être un des points essentiels à améliorer. Le problème du manque de formation sur la prise en charge des troubles psychiques soulevé par les médecins de notre étude est évoqué dans plusieurs autres études. [112, 113,114]

Tout comme les médecins de l'étude Dress [112], ils suggèrent de renforcer la formation initiale des médecins généralistes sur la prise en charge des patients anxieux et dépressifs. En effet, dans les deux études, les médecins se servent surtout de leurs expériences personnelles et professionnelles pour décider de leur thérapeutique.

Dans notre étude, la majorité des médecins ne souhaitent pas se former à la psychothérapie. Ils estiment que cela ne fait pas partie de leurs compétences, qu'ils n'ont pas le temps et que la relation médecin/malade avec leurs patients pourrait en être altérée par la suite. Le problème de la trop grande connaissance du patient et souvent de sa famille et le manque de temps avait également été noté dans l'étude Lyonnaise [114]

Les médecins qui sont favorables à une formation à la psychothérapie veulent avant tout des formations courtes et pratiques. Ils attendent de ces formations des « outils » et des techniques psychothérapeutiques simples, faciles à mettre en œuvre en consultation. Un médecin de l'étude regrette que les formations proposées pour

les psychothérapies structurées soient longues et donc incompatibles avec l'activité de médecin généraliste.

Dans les études de Côtes d'or [116], de la Dress [112] et l'étude de Cogneau [113], les médecins étaient aussi demandeurs d'informations sur les différentes psychothérapies et leurs indications. Dans notre étude, un seul des médecins a évoqué ce manque de connaissance des différentes psychothérapies et donc sa difficulté à orienter le patient vers tel ou tel thérapeute.

### **5.3.2.2. Les recommandations**

Un seul des médecins de l'étude a évoqué la nécessité d'améliorer les recommandations. Sa demande concernait surtout le traitement médicamenteux et ses modalités d'arrêt. En effet, même si l'HAS [12] recommande d'arrêter le traitement antidépresseur 6 mois à un an après la disparition des symptômes, cette notion de guérison n'est pas toujours si facile à évaluer pour les médecins généralistes. On peut penser que cet aspect n'est pas abordé par les autres médecins étant donné leur faible utilisation des recommandations déjà existantes dans la prise en charge de leurs patients.

### **5.3.2.3. L'amélioration de la collaboration avec les psychiatres**

La coopération avec les psychiatres pour la prise en charge des patients anxiodépressifs apparaît comme un réel problème dans notre étude. La France serait le pays européen où la collaboration entre psychiatres et médecins généralistes est le moins développée. [116] Des améliorations dans ce domaine sont donc envisageables sur plusieurs plans.

Le manque de communication avec les psychiatres, surtout hospitaliers a été évoqué à plusieurs reprises dans notre étude. Cette absence de coordination entre médecins généralistes et psychiatres semble être un problème récurrent. [113, 116] Un médecin de notre étude évoquait l'ignorance des pratiques en médecine générale et en psychiatrie : « *On ne sait pas ce qu'ils font et ils ne savent pas se qu'on fait* ».

Pourtant des recommandations sur les échanges entre médecins généralistes et psychiatres ont été proposées par le collège national de la qualité des soins en psychiatrie [117] en 2010 et approuvées par l'HAS. Ce texte suggère que le médecin généraliste pose des questions précises au psychiatre sur ses attentes concernant la prise en charge du patient. Le psychiatre devrait exposer au médecin traitant le projet de soin établi et de l'inclure dans l'organisation et le suivi de ce projet de soins. En pratique courante, ces recommandations semblent peu appliquées puisque les médecins généralistes de notre étude comme dans l'étude de Cogneau [113] et une étude auprès des généralistes de Côtes d'Or [116] se plaignent d'une absence de retour d'information de la part du psychiatre. Certains médecins se sentent même dépossédés de leurs patients lorsqu'ils sont pris en charge en psychiatrie [113, 116]. Un des médecins de notre étude, installée depuis 3 ans, évoquait la nécessité pour elle de créer un réseau avec des psychiatres et des psychothérapeutes locaux. Le manque de connaissance des pratiques des différents spécialistes de santé mentale apparaît en effet comme un frein à l'orientation des patients. Dans cette même optique, les médecins de l'étude de Cogneau [113] proposaient la création d'un annuaire des psychothérapeutes et des psychiatres locaux. La communication et les avis téléphoniques semblent aussi être un point à améliorer dans la prise en charge. [116] Dans notre étude, les médecins ont exprimé leurs difficultés à joindre les psychiatres pour avoir un avis ou adresser un patient. Lors d'une enquête réalisée auprès de médecins généralistes de Meurthe et Moselle, la création d'un numéro de téléphone réservé aux médecins généralistes pour avoir un avis psychiatrique rapide a été proposée. [116]

#### **5.3.2.4. Le remboursement des psychologues**

La prise en charge psychothérapeutique est recommandée par la haute autorité de santé que ce soit pour la dépression ou pour le trouble anxieux généralisé. [11, 12,13] Actuellement, les thérapies structurées sont pratiquées essentiellement par des psychiatres ou des psychologues. Dans le système de soin français, les psychothérapies ne sont remboursées que lorsqu'elles sont réalisées par des médecins ou des psychologues cliniciens exerçant à l'hôpital. Cependant, il n'y a pas suffisamment de psychiatres pour répondre aux besoins des patients

anxiodépresseurs. Le recours aux psychologues libéraux semble donc être une solution.

Le problème soulevé dans notre étude est le coût de la psychothérapie qui est souvent un frein [112] à la consultation d'un psychologue.

Le remboursement des psychothérapies faites par des psychologues est une des solutions proposées pour faciliter l'accès des patients à la prise en charge aux thérapies par les médecins de notre étude et de l'étude de Cogneau. [113]

Si cette proposition semble effectivement une solution pour faciliter l'accès des patients aux psychothérapies, il reste encore à définir quels psychothérapeutes et quelles types de psychothérapies l'assurance maladie pourrait rembourser étant donné la diversité des thérapeutes et thérapies proposées.

#### **5.4. Implication clinique de l'étude**

Le faible effectif de notre étude ne nous permet d'être représentatifs de l'avis de l'ensemble des médecins généralistes. Néanmoins, certains constats sur leurs pratiques et les suggestions d'amélioration faites par les médecins de l'étude, nous permet d'émettre un certain nombre de propositions.

Notre étude montre que la comorbidité anxieuse chez les dépressifs n'influence pas la prise en charge des patients et le choix de traitement des médecins. Je pense qu'il faudrait développer l'information donnée aux médecins sur le choix des antidépresseurs ayant l'AMM dans les deux indications et le choix des différentes thérapeutiques. A priori l'information donnée par l'intermédiaire des recommandations de l'HAS est peu consultée par les médecins et des plaquettes d'information ou des visites médicales pourraient peut-être aider les médecins dans leur choix thérapeutique.

- La formation apparaît également comme un point essentiel à développer.

Tout d'abord, au niveau de la formation initiale des médecins généralistes, il semblerait intéressant de proposer des modules sur l'attitude thérapeutique du médecin et les bases théoriques des différentes psychothérapies pour pouvoir mieux conseiller les patients.

Dans la formation médicale continue, des formations sur la psychiatrie pourraient également aider les médecins. Des formations courtes sur les psychothérapies brèves ou la psychothérapie de soutien semblent aussi être une solution pour améliorer la prise en charge des patients par les médecins généralistes en attendant une prise en charge plus spécialisée et spécifique si nécessaire.

- La collaboration entre médecins généralistes et spécialistes de santé mentale nécessite aussi des améliorations.

L'accès aux consultations et aux avis psychiatriques sont deux points qui pourraient être améliorés pour aider les médecins généralistes dans leur prise en charge.

La mise en place d'un numéro réservé aux médecins pour obtenir un avis psychiatrique rapide, proposée dans d'autres études [116], semble être une piste pour améliorer les échanges entre hôpital psychiatrique et médecins généralistes. Ce dispositif a déjà été mis en place dans d'autres spécialités, par exemple au niveau du pôle de cancérologie du CHU de Poitiers. Cela pourrait limiter l'orientation de certains patients vers l'UAMP des urgences en apportant de réponses rapides aux médecins généralistes en difficulté face à certaines situations.

La réduction des délais de rendez vous en psychiatrie semble plus difficile à réaliser en raison du manque actuel de spécialistes.

La collaboration avec les CMP pourrait également être développée par des rencontres entre le médecin traitant et les soignants (psychiatre, infirmiers, psychologue) prenant en charge le patient pour discuter du projet de soins.

Les courriers entre psychiatres et médecins généralistes pourraient être plus systématiques et indiquer les raisons du choix de tel ou tel prise en charge.

Le manque de connaissance des pratiques de psychiatres et des psychothérapeutes en général était aussi un point rapporté. La création d'un annuaire répertoriant les spécialistes de santé mentale et les types de thérapie qu'ils pratiquent, suggéré dans une autre étude [116], permettrait aux médecins de mieux orienter leurs patients vers le spécialiste proposant des thérapies adaptées à leur problème.

- La facilitation de l'accès aux psychologues.

La favorisation de l'accès aux psychologues par le remboursement de leur thérapie semble être utopique pour le moment. Un travail préalable serait nécessaire pour définir quel type de thérapie et de thérapeutes remboursés étant donné leurs diversités.

## **5.5. Forces et faiblesses de l'étude**

### **5.5.1. Points forts de l'étude**

Le principal point fort de l'étude est de s'intéresser à la prise en charge des patients anxio dépressif en soins primaires car peu d'études ont exploré le sujet et il n'existe ni référentiel ni de recommandation spécifiques à la prise en charge de la comorbidité. De plus, les études existantes sur la comorbidité entre dépression et troubles anxieux sont principalement des études épidémiologiques étudiant la prévalence et les conséquences de la comorbidité.

Cette étude qualitative permet d'appréhender les attitudes de prise en charge des médecins généralistes en pratique courante ainsi que leurs propositions pour les améliorer. Ce point de vue est intéressant étant donné que la plupart de ces patients sont pris en charge en soins primaires.

Sur le plan méthodologique, notre étude respecte les étapes et les critères de qualité de la recherche qualitative. [118] Les entretiens ont été retranscrits mot à mot sans interprétation avec le consentement éclairé des participants.

Pour l'analyse des résultats, une triangulation a été réalisée avec deux autres internes du groupe de recherche. Un codage ouvert a été fait en double aveugle avec une deux interne. Puis une triangulation avec une deuxième interne a permis de faire le codage axial. La rigueur d'analyse des données permet d'assurer la validité interne de l'étude.

### 5.5.2. Biais et faiblesse de l'étude

#### ➤ Puissance de l'étude

Le nombre de participants à une recherche qualitative n'est pas défini avant le début de l'étude. Il s'effectue jusqu'à saturation des données.

Cette étude n'analyse que 14 entretiens et peut paraître peu puissante. Cependant la saturation des données semble avoir été obtenue à l'issue de ces entretiens.

#### ➤ Biais d'échantillonnage :

Les données issues de cette étude ne peuvent pas être extrapolées car les médecins interrogés ne sont pas représentatifs des médecins généralistes français.

Les médecins interrogés étaient en majorité des femmes (71.4%). Cela n'est pas représentatif de la population des médecins généralistes puisque les données de l'INPES en 2009 trouvaient que les médecins généralistes femmes étaient 30,2%.

Les médecins de l'étude exerçaient soit à Poitiers soit dans le Sud Vienne. Ceci a pu constituer un biais car ces médecins participent pour certains aux mêmes formations continues et peuvent donc rencontrer les mêmes difficultés de formations, les réseaux peuvent également être identique. Un élargissement de la zone de recrutement des médecins aurait peut être permis de recueillir des expériences et idées plus diversifiées.

#### ➤ Biais lié au guide d'entretien

Comme nous avons trouvé peu de référence bibliographique sur la prise en charge des patients anxio dépressifs en soins primaires, le guide d'entretien est surtout basé sur nos hypothèses donc avec une part de subjectivité non négligeable. Cependant, la relecture du guide d'entretien par d'autres membres du groupe de recherche et le test sur deux médecins généralistes ont permis de limiter cette subjectivité.

Au fur et à mesure des entretiens, la trame du guide d'entretien a évolué et les questions trop fermées ou subjectives ont été modifiées ou supprimées.

➤ Biais lié au déroulement des entretiens

Lors des entrevues, le guide d'entretien n'a pas toujours été respecté scrupuleusement notamment en raison des réponses données par les participants. Certaines questions de précision, plus fermées, ont pu induire des réponses chez le médecin interviewé.

Il est également possible que, par les interventions fréquentes au cours des entretiens, nous ayons limité l'émergence de certaines idées ou concepts. Une plus grande aisance pour mener les entretiens, nous a permis de limiter ces interventions dans les derniers entretiens.

➤ Biais d'interprétation lié à l'analyse des données

La première analyse des verbatims et le codage ouvert ont été réalisés en aveugle par une autre interne du groupe de recherche et moi-même. Puis, une triangulation a été réalisée avec deux membres du groupe de recherche pour le codage thématique. Par contre, la réorganisation des thèmes et sous thèmes entre eux n'a pas fait l'objet d'une triangulation.

## **5.6. Perspectives**

Cette étude faite auprès d'un petit échantillon de médecins généralistes de la Vienne nous a permis de lister les habitudes de prise en charge des patients anxio dépressifs et un certain nombre de propositions pour l'améliorer.

L'effectif de notre étude étant relativement faible. D'autres études qualitatives sur des zones géographiques plus importantes pourraient apporter d'autres éléments de réponses.

De plus, des études quantitatives auprès d'échantillons représentatifs des médecins généralistes permettraient de confirmer si les suggestions d'améliorations identifiées dans notre étude sont représentatives de l'opinion des médecins français.

Au vu de notre étude, la présence d'une comorbidité anxieuse chez les dépressifs ne semble pas modifier les moyens de prise en charge des patients et certains médecins pensent que les patients dépressifs sont toujours anxieux. Une enquête

sur les connaissances des médecins sur les troubles dépressifs et anxieux et leurs comorbidités pourraient permettre de mieux comprendre leurs visions de ces pathologies.

Le manque de formation pratique, applicable en médecine générale, pour la prise en charge des patients anxio dépressifs a souvent été évoqué. Une étude interventionnelle évaluant la prise en charge des patients après une formation rapide des médecins à des techniques de psychothérapie rapide pourrait être envisagée.

Lors des premiers entretiens, les médecins nous ont rapporté des difficultés encore plus grandes pour la prise en charge des adolescents ayant des troubles anxiodépressifs. Une étude spécifique sur cette population permettrait d'identifier ces difficultés et les attentes des médecins dans ces cas là.

## IV. CONCLUSION

Les médecins généralistes sont fréquemment confrontés aux patients anxieux ou dépressifs dans leurs consultations. Ces patients les consultent en premier recours et bien souvent ne sont pas suivis par d'autres professionnels spécialisés en santé mentale. Par conséquent, c'est très souvent le médecin généraliste, en accord avec le patient, qui établit la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse.

Notre étude avait pour objet la comorbidité anxiodépressive en médecine générale et les pratiques des médecins généralistes vis-à-vis de celle-ci. Au cours des entretiens, nous avons constaté que la présence d'une comorbidité anxieuse chez les dépressifs ne change pas la prise en charge effectuée par les médecins. En effet, le patient est pris en charge dans sa globalité et les médecins ne cherchent pas forcément à différencier les deux pathologies.

La prise en charge des patients s'articule en deux parties : le traitement médicamenteux et la prise en charge non médicamenteuse.

Le traitement médicamenteux est prescrit de manière raisonnée et souvent en deuxième intention en l'absence de signes de gravité. Les benzodiazépines restent souvent le traitement de première intention bien que leur prescription soit limitée et que le choix se porte sur des demi-vies courtes pour éviter la dépendance des patients. Concernant les antidépresseurs, les médecins choisissent préférentiellement les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine en raison de leur bonne tolérance et efficacité, mais sans tenir compte de leur indication dans le trouble anxieux généralisé.

L'écoute, le suivi et le soutien du patient font partie intégrante de la prise en charge pour tous les médecins de l'étude et peuvent être considérés comme des attitudes thérapeutiques voire de la psychothérapie de soutien dans certains cas. Cependant, les médecins ne souhaitent pas plus s'investir dans des psychothérapies structurées en raison de leurs caractères chronophages et de leur manque de formation dans ce domaine.

De façon globale, les médecins orientent les patients vers des professionnels formés à la psychothérapie assez régulièrement et cette prise en charge leur semblent aussi importante que les traitements médicamenteux. L'orientation des patients se fait souvent vers les centres médico psychologiques en raison des délais de rendez-vous rapides et de leur facilité d'accès.

Dans notre étude, les médecins ont évoqué les difficultés auxquelles ils sont confrontés lors de la prise en charge pour ces patients et ont suggéré des améliorations.

En accord avec d'autres études, les facteurs améliorables cités portent sur la formation des généralistes, un meilleur accès à la psychiatrie avec une amélioration de la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres, une facilitation de l'accès aux psychothérapies favorisées par le remboursement et une meilleure information des patients sur la prise en charge en psychothérapeutique.

D'autres études portant sur ces différents éléments pourraient permettre de définir plus précisément les attentes des médecins en matière de formation et de collaboration avec les psychiatres.

Une enquête auprès de patients pourrait également être envisagée pour voir si leurs attentes en terme de prise en charge, notamment le remboursement des psychologues, sont similaires à celles des médecins.

# **ANNEXES**

# **Annexe N°1 : Formulaire de consentement aux entretiens individuelles**

## **1. Présentation du cadre de la recherche :**

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de thèse de Marion ROUET-NAILANI, dirigée par le Dr FRECHE dans le cadre du pôle recherche du département de médecine générale de l'université de Poitiers.

## **2. Nature de l'étude**

La recherche a pour but d'étudier la prise en charge des patients dépressifs avec une comorbidité anxieuse.

## **3. Déroulement de la participation**

L'entretien, de type individuel, se déroulera dans un lieu de votre choix. Elle aura une durée de 30 minutes et elle sera enregistrée sur audio, avec votre consentement. L'entretien concerne votre expérience personnelle et vos pratiques concernant la prise en charge des patients dépressifs et anxieux.

## **4. Participation volontaire et droit de retrait**

Vous êtes libre de participer à ce projet. Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions ou encore de mettre fin à l'entretien à tout moment, sans avoir à fournir de raisons et sans aucun préjudice. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, tous les renseignements personnels vous concernant, incluant les enregistrements, seront alors détruits.

## **5. Confidentialité et gestion des données**

Dans les travaux produits à partir de cette recherche (thèse, articles, communications, etc.), les données vous concernant seront anonymisées. L'entretien et sa transcription seront détruites au terme de la rédaction de la thèse.

## **6. Remerciements**

Votre collaboration est très précieuse pour cette recherche et je vous remercie vivement d'y participer.

Les résultats de la recherche seront disponibles fin 2012. Si vous souhaitez recevoir un résumé des résultats, vous êtes invité à préciser ci-après l'adresse postale ou courriel à laquelle vous le faire parvenir.

## **7. Signatures et consentements spécifiques**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ consens librement à participer à la recherche intitulée : « Quelles suggestions d'amélioration de la prise en charge d'une comorbidité anxieuse chez un patient dépressif, en pratique courante, les médecins de soins primaires proposent-ils ? ». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but et la nature. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que le chercheur m'a fournies, le cas échéant, quant à ma participation à ce projet.

Date: \_\_\_\_\_

Signature du participant, de la participante

Signature du chercheur

## Annexe N°2 : Le guide d'entretien

### Le guide d'entretien

Enquêteur : « *Cet entretien sera enregistré à condition que vous soyez d'accord. Il s'agit d'un entretien anonyme et confidentiel. Votre nom n'apparaîtra pas dans les résultats de l'étude. Cet entretien durera environ 30 minutes.* »

- Question 1 : Si vous aviez à vous présenter en tant que médecin généraliste que diriez vous ?
  - *comment décririez-vous votre pratique ?*
- Question 2 : Pourquoi avez-vous choisi la médecine générale ?
- Question 3 : Qu'est-ce que vous aimez dans votre travail ?
- Question 4 : Quel est votre ressenti vis-à-vis des patients dépressifs ?
- Question 5 : Et vis à vis des patients anxieux ?
- Question 6 : Comment abordez-vous ces patients déprimés qui sont anxieux ?
  - *Avez-vous plus de difficulté à les dépister, à les prendre en charge ?*
- Question 7 : Quels moyens utilisez-vous pour faire la différence entre ces deux pathologies ?
  - *Précision : « Nous allons aborder la thématique de l'anxiété chez les patients déjà diagnostiqués dépressifs. »*
- Question 8 : Comment recherchez-vous une comorbidité anxieuse chez vos patients dépressifs ?
  - *Que pensez-vous des tests psychométriques ?*
- Question 9 : Comment traitez-vous les patients dépressifs avec une comorbidité anxieuse ?
- Question 10 : Que faites vous de différent par rapport à la prise en charge des dépressifs non anxieux ?
- Question 11 : Quels moyens utilisez vous pour prendre en charge spécifiquement l'anxiété chez ces patients ?
- Question 12 : Quelle est pour vous dans ces cas là la position des soignants spécialistes en santé mentale ?
- Question 13 : Sur quoi vous basez vos prises en charges, sur vos lectures, votre expérience ?
- Question 14 : Comment, si cela vous semble nécessaire, pourriez vous améliorer la prise en charge de ces patients ?
- Question 15 : Quelles sont pour vous les mesures qui pourraient vous aider ?

## Annexe N°3 : ECHELLE D'HAMILTON D'EVALUATION DE L'ANXIETE

<b>1. Humeur anxieuse</b> Cet item couvre la condition émotionnelle d'incertitude devant le futur, allant de l'inquiétude, l'irritabilité, ainsi que de l'appréhension à un effroi irrésistible.
0 – Le/la patient(e) ne se sent ni plus ni moins sûr(e) de lui/d'elle et n'est ni plus ni moins irritable que d'habitude.
1 – Que le/la patient(e) soit plus irritable ou se sente moins sûr(e) de lui/d'elle que d'habitude est peu clair.
2 – Le/la patient (e) exprime plus clairement qu'il/elle est dans un état d'anxiété, d'appréhension ou d'irritabilité, qui peut lui sembler difficile à contrôler. Néanmoins, l'inquiétude touche des préoccupations mineures et ceci reste sans influence sur la vie quotidienne du/de la patient(e).
3 – Quelques fois, l'anxiété ou le sentiment d'insécurité sont plus difficiles à contrôler car l'inquiétude porte sur des blessures graves ou des menaces qui pourraient arriver dans le futur. Il est arrivé que cela interfère avec la vie quotidienne du/de la patient(e).
4 – Le sentiment d'effroi est présent si souvent qu'il interfère de manière marquée avec la vie quotidienne du/de la patient(e) .

<b>2. Tension nerveuse</b> Cet item inclut l'incapacité à se détendre, la nervosité, la tension physique, les tremblements et la fatigue agitée.
0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins tendu(e) que d'habitude
1 – Le/la patient (e) semble quelque peu plus nerveux(nerveuse) et tendu(e) que d'habitude.
2 – Le/la patient(e) dit clairement être incapable de se détendre et est empli(e) d'agitation intérieure, qu'il/elle trouve difficile à contrôler, mais c'est toujours sans influence sur sa vie quotidienne.
3 – L'agitation intérieure et la nervosité sont si intenses ou fréquentes qu'elles interfèrent occasionnellement avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).
4 – Les tensions et l'agitation interfèrent constamment avec la vie et le travail du/de la patient(e).

<b>3. Craintes</b> Cet item inclut la crainte d'être dans une foule, des animaux, d'être dans des lieux publics, d'être seul(e), de la circulation, des inconnus, du noir etc. Il est important de noter s'il y a eu davantage d'anxiété phobique que d'habitude pendant cet épisode.
0 – Absentes
1 – Il n'est pas clair si ces craintes sont présentes ou pas.
2 – Le/la patient(e) vit de l'anxiété phobique mais est capable de lutter contre.
3 – Surmonter ou combattre l'anxiété phobique est difficile, ce qui fait qu'elle interfère avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e) d'une certaine manière.
4 – L'anxiété phobique interfère clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

#### **4. Insomnie**

Cet item couvre l'expérience subjective du/de la patient(e) concernant la durée et la profondeur de son sommeil pendant les trois nuits précédentes. A noter que l'administration de calmants ou de sédatifs n'est pas prise en considération.

**0** – Durée et profondeur du sommeil habituelles

**1** – La durée est peu ou pas réduite (par exemple par de légères difficultés d'endormissement), mais il n'y a pas d'altération de la profondeur du sommeil.

**2** – La profondeur du sommeil est également diminuée, le sommeil étant plus superficiel. L'entièreté du sommeil est quelque peu perturbée.

**3** – La durée du sommeil et sa profondeur sont altérées de manière marquée. Le total des épisodes de sommeil n'est que de quelques heures sur 24.

**4** – Le sommeil est si peu profond que le patient parle de courtes périodes de somnolence mais sans vrai sommeil.

#### **5. Troubles de la concentration et de la mémoire**

Cet item couvre les difficultés de concentration, ainsi que celles à prendre des décisions dans des domaines quotidiens, et les problèmes de mémoire.

**0** – Le/la patient(e) n'a ni plus ni moins de difficultés à se concentrer que d'habitude.

**1** – Il n'est pas clair si le/la patient(e) a des difficultés de concentration et/ou de mémoire.

**2** – Même en faisant un gros effort, le/la patient(e) éprouve des difficultés à se concentrer sur son travail quotidien de routine.

**3** – Le/la patient(e) éprouve des difficultés prononcées de concentration, de mémoire, de prise de décisions; par exemple, pour lire un article dans le journal ou regarder une émission télévisée jusqu'à sa fin.

**4** – Pendant l'entretien, le/la patient(e) montre des difficultés de concentration, de mémoire, ou à la prise de décisions.

#### **6. Humeur dépressive**

Cet item couvre à la fois la communication non-verbale de la tristesse, de la déprime, de l'abattement, de la sensation d'impuissance, et de la perte d'espoir.

**0** – Absente

**1** – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est plus abattue ou triste que d'habitude, ou seulement vaguement.

**2** – Le/la patient(e) est plus clairement concerné(e) par des vécus déplaisants, bien qu'il/elle ne se sente ni impuissant(e) ni sans espoir.

**3** – Le/la patient(e) montre des signes non-verbaux clairs de dépression ou de perte d'espoir.

**4** – Le/la patient(e) fait des observations sur son abattement ou son sentiment d'impuissance ou les signes non-verbaux sont prépondérants pendant l'entretien, de plus, le/la patient(e) ne peut pas être distrait(e) de son état

**7. Symptômes somatiques généraux : musculaires** Faiblesse, raideur, allodynie ou douleurs, situées de manière plus ou moins diffuse dans les muscles, comme de la douleur à la mâchoire ou à la nuque.

0 – Le/la patient(e) n'est ni plus ni moins douloureux(se) ni n'éprouve plus de raideurs dans les muscles que d'habitude.

1 – Le/la patient(e) semble éprouver un peu plus de douleurs ou de raideurs musculaires qu'habituellement.

2 – Les symptômes sont caractéristiques de la douleur.

3 – Les douleurs musculaires interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie et le travail quotidiens du/de la patient(e).

4 – Les douleurs musculaires sont présentes la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

**8. Symptômes somatiques généraux : sensoriels**

Cet item inclut une fatigabilité accrue ainsi que de la faiblesse ou des perturbations réelles des sens, incluant l'acouphène, la vision floue, des bouffées de chaleur ou de froid, et des sensations de fourmillements.

0 – Absent

1 – Il n'est pas clair si les indications du/de la patient(e) indiquent des symptômes plus prononcés qu'habituellement.

2 – Les sensations de pression sont fortes au point que les oreilles bourdonnent, la vision est perturbée et il existe des sensations de démangeaisons ou de fourmillements de la peau.

3 – Les symptômes sensoriels en général interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes sensoriels en général sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

**9. Symptômes cardio-vasculaires**

Cet item inclut la tachycardie, les palpitations, l'oppression, la douleur dans la poitrine, la sensation de pulsations, de « cognement » dans les vaisseaux sanguins, ainsi que la sensation de devoir s'évanouir.

0 – Absents

1 – Leur présence n'est pas claire

2 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents, mais le/la patient(e) peut les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes cardio-vasculaires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes cardio-vasculaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

**10. Symptômes respiratoires**

Sensations de constriction ou de contraction dans la gorge ou la poitrine et respiration soupirante

0 – Absents

1 – Présence peu claire

2 – Les symptômes respiratoires sont présents, mais le/la patient(e) est toujours capable de les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles pour contrôler les symptômes respiratoires, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes respiratoires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

**11. Symptômes gastro-intestinaux**

Cet item couvre les difficultés à avaler, la sensation de « descente » brusque de l'estomac, la dyspepsie (sensation de brûlant dans l'oesophage ou l'estomac), les douleurs abdominales mises en relation avec les repas, la sensation d'être « rempli », la nausée, les vomissements, les gargouillements abdominaux et la diarrhée.

0 – Absents

1 – Il n'est pas clair s'il existe une différence avec le vécu habituel.

2 – Un ou plusieurs symptômes gastro-intestinaux sont présents mais le/la patient(e) peut encore les contrôler.

3 – Le/la patient(e) a des difficultés occasionnelles à contrôler les symptômes gastro-intestinaux, qui interfèrent donc jusqu'à un certain point avec sa vie quotidienne et son travail.

4 – Les symptômes gastro-intestinaux sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

**12. Symptômes urinaires et génitaux**

Cet item inclut des symptômes non lésionnels ou psychiques comme un besoin d'uriner plus fréquent ou plus urgent, des irrégularités du rythme menstruel, l'anorgasmie, douleurs pendant les rapports (dyspareunie), éjaculation précoce, perte de l'érection.

0 – Absents

1 – Il n'est pas clair si présents ou non (ou s'il existe une différence avec le vécu habituel).

2 – Un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents mais n'interfèrent pas avec le travail et la vie quotidienne du/de la patient(e).

3 – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes urinaires ou génitaux sont présents au point d'interférer à un certain degré avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

4 – Les symptômes génitaux ou urinaires sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

**13. Autres symptômes du SNA** Cet item inclut la sécheresse buccale, les rougeurs ou la pâleur, les bouffées de transpiration et les vertiges

**0** – Absents

**1** – Présence peu claire.

**2** – Un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents, mais n'interfèrent pas avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

**3** – Occasionnellement, un ou plusieurs symptômes autonomes sont présents à un degré tel qu'ils interfèrent jusqu'à un certain point avec la vie quotidienne et le travail du/de la patient(e).

**4** – Les symptômes sont présents la plupart du temps et interfèrent clairement avec la vie quotidienne et le travail du/de la patiente.

**14. Comportement pendant l'entretien**

Le/la patient(e) peut paraître tendu(e), nerveux(se), agité(e), inquiète, tremblant(e), pâle, en hyperventilation ou en sueur, pendant l'entretien. Une estimation globale est faite sur base de ces observations.

**0** – Le/la patient(e) n'apparaît pas anxieux(se).

**1** – Il n'est pas clair si le/la patient(e) est anxieux(se).

**2** – Le/la patiente est modérément anxieux(se).

**3** – Le/la patient(e) est anxieux(se) de façon marquée.

**4** – Le/la patient(e) est submergé(e) par l'anxiété; par exemple : il/elle tremble de tout son corps

**<17: légère**

**18 – 24: légère à modérée**

**25 – 30: modérée à grave**

**Remarque;**

L'échelle d'hamilton est souvent suévaluée dans les maladies qui s'accompagnent de nombreux troubles fonctionnel comme la fatigue chronique ou la fibromyalgie.

De notre point de vue, elle est mise au pint à une époque où les pathologies « somno-somatiques » n'étaient pas comprises et où les troubles fonctionnels étaient globalement considérés comme des « somatisation » de troubles psychiatriques,

L'éclairage de la médecine du sommeil permet d'avancer des hypothèses chronobiologiques à l'apparition de nombreux troubles fonctionnels

## Annexe N°4 : ECHELLE DE DEPRESSION DE HAMILTON

### HAMD-21

Traduction française révisée par J.D. GUELFY



NOM: \_\_\_\_\_

PRENOM: \_\_\_\_\_

SEXE:                       AGE:                        DATE:

EXAMINATEUR: \_\_\_\_\_

### INSTRUCTIONS

**Pour chacun des 21 items choisir la définition qui caractérise le mieux le malade et écrire dans la case la note correspondante**

---

**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 ; par ex. par son expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer.

4. Le sujet ne communique PRATIQUEMENT QUE ces 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 sur 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 geste de suicide.

4. Tentatives de suicide (coter 4 toute tentative sérieuse).

---

### 4 Insomnie du début de la nuit :



0. Pas de difficulté à s'endormir.

1. Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir ; par ex. de mettre plus d'une demi-heure.

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

---

### 5 Insomnie du milieu de la nuit :



0. Pas de difficulté.

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

2. Il se réveille pendant la nuit (coter 2 toutes les fois où le malade se lève du lit sauf si c'est pour uriner).

---

## 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 bien décrite directement par le malade, ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations (il a l'impression qu'il doit se forcer pour travailler ou pour avoir une activité quelconque).
3. Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité. A l'hôpital : coter 3 si le malade ne passe pas au moins 3 heures par jour à des activités - aides aux infirmières ou thérapie occupationnelle (à l'exclusion des tâches de routine de la salle).
4. A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle. A l'hôpital, coter 4 si le malade n'a aucune autre activité que les tâches de routine de salle, ou s'il est incapable d'exécuter ces tâches de routine sans être aidé.

---

## 8 Ralentissement :



(lenteur de la pensée et du langage ; baisse de la faculté de concentration ; baisse de l'activité motrice).

0. Langage et pensée 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 qu'on pose de questions.

---

**11 Anxiété somatique :**



Concomitants physiques de l'anxiété tels que :

**Gastro-intestinaux** (bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations),

**Cardiovasculaires** (palpitations, céphalées),

**Respiratoires** (hyperventilation, soupirs),

**Pollakiurie**

**Transpiration**

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 par les infirmières. Sentiment de lourdeur abdominale.
2. A des difficultés à manger en l'absence d'incitations du personnel. Demande ou a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques.

---

**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. Coter 2 au cas où n'importe quel symptôme est net.

---

**14 Symptômes génitaux :** symptômes tels que : perte de libido, troubles menstruels.



0. Absents.
1. Légers.
2. Graves.

---

**15 Hypocondrie :**



0. Absente.

1. Attention concentrée sur son propre corps.
2. Préoccupations sur sa santé.
3. Plaintes fréquentes, demandes d'aide, etc.
4. Idées délirantes hypochondriques.

---

**16 Perte de poids** : (coter soit A, soit B)

**A. (D'après 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 (suivant ce que dit le sujet).

**B. (Appréciation par pesées hebdomadaires par le personnel soignant lorsque des modifications actuelles de poids sont évaluées).**

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, ect.
2. Nie qu'il est malade.

---

**Total des 17 premiers items**

---

### 18 Variations dans la journée :



**A. Noter si les symptômes sont plus marqués dans la matinée ou la soirée.** S'il N'Y A PAS de variations diurnes, indiquer : aucune.

Aucune ; Plus marqués le matin ; Plus marqués l'après-midi.

**B. Quand il y a variation diurne, indiquer la sévérité de la variation.**  
Indiquer "Aucune" s'il n'y a pas de variation.

0. Aucune.

1. Légère.

2. Importante.

Inscrire dans la case la note de l'item 18 B.

---

### 19 Dépersonnalisation et déréalisation :



(par ex. sentiment que le monde n'est pas réel ; idées de négation).

0. Absente.

1. Légère.

2. Moyenne.

3. Grave.

4. Entraînant une incapacité fonctionnelle.

---

### 20 Symptômes délirants : (persécutifs)



0. Aucun.

1. Soupçonneux.

2. Idées de référence.

3. Idées délirantes de référence et de persécution.

---

**21 Symptômes obsessionnels et compulsifs :**



0. Absents.

1. Légers.

2. Graves.

## Annexes N°5 : Entretien

### Entretien Médecin 1

Enquêteur : Alors est-ce que vous pouvez vous présenter en tant que médecin ?

Médecin 1 : Par rapport à l'anxiété ?

Enquêteur : Non en général.

Médecin 1 : Je suis médecin généraliste. Ma pratique c'est de faire des consultations et des visites toute la journée.

Enquêteur : J'ai vu que vous faisiez de l'homéopathie.

Médecin 1 : J'ai un DU d'homéopathie et un DU de gynécologie obstétrique.

Enquêteur : Qu'est-ce qui vous plaît dans la médecine générale ?

Médecin 1 : C'est de toucher à tout et d'aller dans tous les milieux. C'est ça qui m'intéresse, c'est cet aspect pas spécialisé. C'est d'aller voir les gens. On n'est pas spécialisé, c'est-à-dire qu'on voit un peu de tout. Et puis, moi j'aime bien la médecine de village. Je ne fais pas de la médecine de groupe, J'aime bien ma solitude. Au départ, on était individualiste et j'y suis resté fidèle.

J'aime ma solitude, voilà. C'est un peu anachronique par rapport au désir des jeunes médecins qui veulent se regrouper. J'ai pas envie...Qu'on fasse des systèmes de garde, on s'entend bien entre confrères et on se prête la main. Mais chacun à sa petite maison, son petit cabinet et il arrange comme il veut son espace pour travailler. C'est pas forcer d'aller se regrouper.

Alors je ne vois pas trop l'intérêt, sinon de faire des frais en plus.

Enquêteur : D'accord.

Médecin 1 : Voilà, moi, j'aime la liberté. On fait comme on veut. On fait le business mais comme on veut. Donc moi c'est cet aspect de la médecine rurale. Pour moi, c'était la liberté.

On n'a de conduite à tenir fixée par personne, c'est ça que j'aime bien.

Enquêteur : Donc là, on va rentrer un peu plus dans le vif du sujet.

Quel est votre ressenti par rapport aux patients dépressifs ? Comment est ce que vous les abordez ?

Médecin 1 : Hum. Comment est ce que je les aborde ? Bah, j'ai pas de technique particulière. Je ne sais pas, on parle un peu de leur problématique et puis on oriente au fur et à mesure. Ce matin, j'ai fait une consultation par exemple. Elle était dépressive la dame, suite au décès de sa maman. On a parlé de sa mère, on a parlé que ça l'inquiétait. J'ai discuté avec elle et puis c'est tout. On a fait un entretien à bâton rompu. Il n'y a pas eu de prescription particulière.

Enquêteur : C'est quelque chose qui vous plaît, la prise en charge des dépressifs ?

Médecin 1 : Bah on est médecin de famille, donc ça fait partie des pathologies de nos patients. Ils viennent nous voir pour de la bobologie et aussi pour des choses plus différentes. A nous de répondre un peu à la demande. Et puis, si on a besoin d'un avis spécialisé, et bien on appelle nos correspondants. On travaille dans un réseau aussi. On a un réseau de spécialiste, on l'appelle, on lui envoie le patient. Et puis il nous aide. C'est un peu comme ça que je vois la chose. Voilà. La prise en charge de l'anxiété et de la dépression quand on la passe par l'hôpital est plus difficile parce que l'hôpital et les médecins hospitaliers vivent dans leur tour d'ivoire et après ils envoient les jeunes internes faire des suivis à domicile. Le médecin traitant est souvent bien oublié. On revoit le patient parce que souvent ils ne veulent pas parler. La communication avec les jeunes internes a été difficile. Et puis elle est souvent rapide. Ça leur convient pas et puis ils reviennent nous voir. Je pense

qu'il y a un problème dans l'anxiété, si votre thèse est faite avec des patrons hospitaliers du CHSV. Je vous dirais qu'il y a une frontière infranchissable entre la médecine de ville et eux. Hum (silence). Je sais qu'est-ce qu'on peut en faire, ça fait trente ans que je la vois. Je me souviens que X avait essayé à une époque de travailler ensemble. On avait amélioré un peu la chose. Mais X est parti. Maintenant, bah ils sont dans leur tour d'ivoire inaccessible donc pouf. On laisse aussi, on se fatigue, donc on leur envoie les cas qu'on ne peut pas gérer à domicile et on sait que c'est une question difficile.

Enquêteur : D'accord. Donc vous avez des difficultés pour adresser vos patients en psychiatrie à l'hôpital ?

Médecin 1 : La communication est difficile avec la psychiatrie alors qu'elle ne l'est pas avec d'autres spécialités. On n'a pas cette difficulté avec les autres spécialités.

Enquêteur : Votre rapport avec les autres professionnels de santé mentale ?

Médecin 1 : Bah, soit on va en ville. Pour l'anxiété ?

Enquêteur : L'Anxiété et la dépression. Plutôt psychologues, plutôt psychiatres ?

Médecin 1 : Bah on essaie de voir. Bah le psychologue, le problème c'est que c'est pas remboursé. Donc comme notre sud-ouest est d'une grande pauvreté, alors aller payer 50 euros la consultation ! Ça c'est malheureusement un obstacle absolu à l'accès du psychologue qui est sûrement utile dans l'enfance dans l'adolescence, sûrement. Euh peut être même à l'âge adulte mais 50 euros, ils y vont une fois mais n'y retournent pas. Donc ça c'est un problème économique après. C'est pas possible quand vous gagnez le smic de voir le psychologue toutes les semaines. Voilà, ça c'est un problème financier. Alors le problème des psychiatres, c'est la difficulté d'accès. Puisqu'ils sont tous surbookés c'est des rendez-vous à des mois et des mois. Donc, si vous voulez, quand il y a un problème le psy de ville veut bien recevoir mais c'est à 3-4 mois. Donc le problème faut qu'on le prenne en

charge avant. On fait comme on peut, puis si c'est vraiment très chaud, qu'il y a un risque de suicide par exemple, alors on l'hospitalise pour prise en charge immédiate. Les indications de l'hospitalisation c'est la prise en charge rapide. L'hôpital vous prend rapidement, pas le psy de ville. Alors ça tout le monde vous le dira, je suppose que le problème est le même pour tout le monde. Alors on essaie de parler. Moi, j'ai une technique, on reçoit les gens plusieurs fois. Comme on a la chance de les connaître depuis trente ans. Ça fait 31 ans que j'exerce la médecine donc je connais bien mes clients, il y en a certains, je les connais depuis 31 ans donc on parle bien avec eux, c'est plus facile. Voilà.

Puis il y a des fois ça dépend un peu des volontés de chacun. La femme dont j'ai parlé ce matin, je la connais bien, on a parlé sans problème. Quelquefois ça ne se passe pas comme ça. Y a pas de règles, y a pas de protocole établi, c'est au cas par cas. Je crois que c'est comme ça qu'il faut faire.

Enquêteur : Donc, on a fait un travail sur ce sujet avec le groupe de travail anxiété-dépression du département de médecine générale et on a soulevé le problème des patients dépressifs avec une comorbidité anxieuse.

Est-ce que pour vous, c'est compliqué entre les deux diagnostics ?

Médecin 1 : Non, moi ça ne me pose pas de problème. Disons que les deux diagnostics existent, ils sont souvent associés. On a tendance à mettre l'étiquette « dépressif », à un problème qui est certainement de l'anxiété. Voilà... silence.

On essaie de discerner alors on essaie de s'aider avec tout un tas d'échelle, de tests.

Enquêteur : Vous en utilisez dans votre pratique ?

Médecin 1 : J'en utilise des fois pour faire un diagnostic de dépression.

Enquêteur : D'accord.

Médecin 1 : Mais c'est pas systématique, c'est pas randomisé. C'est un peu... ça dépend des gens. Vous savez le stress il

est là tous les jours et il y a toutes sortes de causes. Y en a plus, peut être qu'il y a eu. Je pense que la société est plus inquiète. C'est global, les médias font beaucoup de stress.

Enquêteur : Vous en pratique comment vous prenez en charge ces patients, vous êtes plutôt médicaments, plutôt psychothérapie ?

Médecin 1 : Psychothérapie, j'en fais pas parce que je pense que le médecin traitant connaît tellement les patients, on n'est pas à même de mener une psychothérapie. On n'a pas la formation. Bah ça, quand il y a besoin on fait appel à un psy de ville. Si c'est la petite anxiété, légère, moyenne, on essaie de parler. On les reçoit plusieurs fois. On met éventuellement un petit traitement. Ça dépend du patient.

Enquêteur : D'accord, vous faite selon la demande du patient ?

Médecin 1 : Le patient c'est lui qui fait la demande, oui absolument. Je crois qu'il faut bien écouter le patient. C'est pour lui, ce n'est pas pour moi. Je crois qu'il faut écouter son patient, ça c'est fondamental. Puis essayer d'analyser la situation et essayer d'anticiper. Essayer un peu de savoir ce vers quoi il veut s'orienter parce qu'il y a des gens qui ne veulent pas aller voir des psy. Y a des gens qui veulent, y a de tout, ce n'est pas unique. Il y a une multiplicité de choses.

Enquêteur : Vous trouvez que c'est compliqué à prendre en charge en médecine générale ?

Médecin 1 : On prend ça comme on doit faire notre fonction de médecin généraliste, c'est-à-dire dépister et orienter si besoin. Y faut le faire tranquillement. Puis si on veut parler, je vois la dame ce matin, je ne l'ai pas orientée, j'ai parlé et puis c'est tout. Elle va revenir et puis on verra un peu comment ça évolue. Puis rien n'est figé, on est parti pour un truc, puis on changera peut être d'avis ultérieurement. Je veux dire, il faut s'adapter un peu à la demande et écouter les patients. Moi je crois que c'est surtout ça qui est fondamental, c'est l'écoute.

Prendre le temps et puis faire une consultation où on prend le temps d'écouter. Ne pas faire du 3 minutes puis dehors.

Je fais des consultations toutes les 20 minutes.

Je pense qu'on ne peut pas faire en moins.

Enquêteur : D'accord.

Médecin 1 : Voila.

Enquêteur : l'homéopathie, vous l'utilisez ?

Médecin 1 : Non. L'homéopathie dans la déprime je ne suis pas sûr que ça soit une bonne indication. Ce n'est pas une bonne indication, c'est pas là que ça marche le mieux. C'est une des grandes causes de l'échec de l'homéopathie aux Etats-Unis. Les syndromes dépressifs et anxieux, on a utilisé l'homéopathie au départ aux Etats Unis, ils se sont plantés et ça n'a pas marché. Et depuis l'homéopathie a perdu aux Etats Unis son image. Faut dire, ça dépend de ce que vous avez, si vous êtes stressé, que vous voulez arrêter de fumer, on peut mettre de l'homéopathie. Ça dépend. Mais si vous avez..., moi je ne sais pas un truc sérieux, il ne faut pas. Il faut utiliser l'allopathie classique, revoir le patient, cadrer. Ça peut partir en live et vous vous retrouvez avec un suicide. L'homéopathie c'est insuffisant à mon avis.

Moi je pense qu'il ne faut pas, si vous avez une dépression majeure mettre d'homéopathie. La chimie quand même, a quelques actions que l'homéopathie n'a pas. Mais l'homéopathie dans certains trucs, une petite angoisse ou arrêter de fumer, peut être une bonne indication.

Enquêteur : Vous utilisez quels antidépresseurs si besoin ?

Médecin 1 : Pas de tricyclique. J'utilise des IRS. Et chez les personnes âgées, des molécules qui n'ont pas trop d'effets secondaires, le NORSET, l'ATHYMIL ou un IRS à toute petite dose pour gérer les émotions.

Enquêteur : Et quand vous avez une dépression systématisée associée à une anxiété, est ce que le traitement est

différent d'une dépression réactionnelle comme la patiente de ce matin ?

Médecin 1 : Ben euh, une dépression réactionnelle comme elle parle, c'est un syndrome anxieux. On mettra un anxiolytique pur. On mettra un antidépresseur s'il y a une note dépressive. Moi je ne mets pas d'antidépresseur s'il n'y a pas de note dépressive.

Je pense qu'il faut la revoir, parler. Mais c'est quelque chose qui n'est pas systématique, les antidépresseurs.

Enquêteur : Vous parliez de l'accès aux psychiatres qui était compliqué ?

Médecin 1 : Bah, c'est pas compliqué pour les voir. Moi, j'ai mes correspondants. Mais, c'est pas immédiat. Le problème, c'est l'absence de médecins, il n'y a pas assez de psychiatres. En pédopsy, c'est encore plus sinistré. Il y en a un qui vient à Civray, pour les délais, on est en octobre-novembre, donc à 5 mois. Non, il y a un réel problème dans l'organisation de l'accès à la psychiatrie.

Enquêteur : Ça vous met en difficulté ?

Médecin 1 : En difficulté non, on fait attendre, il faut gagner du temps. Mais, on aurait l'avis du psychiatre avant, sûrement que ça ferait avancer les choses plus vite. Les suicides, on en voit pas souvent, mais quand ça arrive, on s'interroge ; on se dit, si j'avais fait autrement, peut être que ça ne serait pas arrivé. On se sent toujours un peu coupable ; On se refait le film, voir si on aurait pu faire autre chose ; Mais souvent, on n'a pas la réponse, on ne sait pas. Le patient ne nous a pas forcément tout dit et on ne doit prendre que ce qu'il nous dit. Les gens n'ont pas forcément envie de tout dire, on a une part de jardin secret. Ce n'est pas parce qu'on va voir son médecin, qu'on va divulguer tout. A part ça, ça ne me pose pas de problème. C'est une pathologie courante et de plus en plus. Les gens en parlent plus aussi. Ça a évolué depuis trente ans, la médecine n'est plus la même. C'est plus compliqué aujourd'hui.

## Entretien Médecin 2

Enquêteur : Alors si vous deviez vous présenter en tant que médecin généraliste, qu'est ce que vous pourriez dire sur votre pratique en général ?

Médecin 2 : Ma pratique en général en médecine générale ? Ola, vaste question, ça. Euh (réflexion). Bah en fait, on est généraliste de tout. De tout au niveau pédiatrie, gynéco, médecine générale, psychiatrie aussi un petit peu. On sert à la fois de médecin traitant, d'écoute, de conseiller. Moi y a une fois quand je me suis installée au bout de quelques années, j'ai eu envie de changer ma plaque en fait, en mettant, un peu comme dans les trucs africains où ils mettent tu sais marabout.

Rires

Médecin 2 : Il y a des fois où tu te dis en fait que tu fais... Tu fais de la médecine générale mais tu fais aussi un petit peu de jurisprudence, un petit peu conseiller conjugal, un peu de conseil pour les enfants, un peu d'éducation parentale, ouais... un petit peu de tout en fait. La pratique médecine générale pure, au sens traitement, n'est finalement pas la plus importante de ta pratique médicale. Mais c'est ce qui fait l'intérêt.

Enquêteur : Et vous, si vous l'avez choisie, pour avoir choisi la médecine générale ?

Médecin 2 : Parce que je me suis reconnue dans aucune spécialité. Au début, je voulais être pédiatre. En fait la pédiatrie, il y a des choses où je me suis aperçue que si je faisais que ça tout le temps... Et toute la partie cancéro à l'époque je ne me sentais pas capable de l'aborder en ayant une grosse spécialité là dedans en fait. Après, gynéco ça m'aurait vachement plu aussi. Le problème, c'est que gynéco : tu suis les femmes, tu suis leur grossesse et puis après, bah les enfants tu les vois plus. Donc ça ne m'intéressait pas non plus. C'est-à-dire que moi, ce qui m'intéresse justement dans la médecine générale c'est que tu les suives de A à Z. Tu suis la dame dans sa vie, dans ses problèmes, tu la suis pendant sa grossesse, tu suis son gamin après. C'est ça pour moi l'intérêt de la médecine générale. Et là par contre je m'y

reconnais pleinement, c'est-à-dire qu'y a aucun souci là dessus. Et puis en même temps, tu ne fais pas que traiter les gens, c'est-à-dire que tu les écoutes, tu participes un petit peu à leur vie. Tu as plein de choses qui te viennent, qui te permettent de les prendre dans une globalité. Ce que ne fait pas le spécialiste en fait, il est vraiment dans sa spécialité donc moi ce qui me plait en médecine générale, c'est ça justement. C'est pas que soigner une angine en fait, c'est tout ce qui va avec. Ouais avec le patient.

Enquêteur : Ma question suivante, était qu'est ce que vous plait dans votre métier mais du coup, vous y avez répondu dans l'autre question.

Vis-à-vis des patients dépressifs, quel est votre ressenti ?

Médecin 2 : Ça dépend en fait. C'est vrai que de toute façon avec les années t'apprends que t'obliges personne à se soigner. Pour la prise en charge t'as une fonction d'écoute essentielle. Tu leur sers quand même, en même temps de tuteur. C'est-à-dire qu'ils savent que tu es là en fait. Même si tu ne dois pas t'impliquer au sens propre du terme, tu vas quand même être leur référent et leur tuteur. Tu vas les aider tout doucement à remonter la pente et une fois que tu les sentiras prêts, tu vas les orienter. Quand y sont prêts à aller voir le spécialiste, tu les enverras voir le spécialiste.

Enquêteur : Et les patients anxieux ?

Médecin 2 : C'est pareil en fait. Tu leur sers de tuteur aussi en grande partie. Alors y faut pas tomber dans le piège où ils n'y voient que par toi, en fait t'es pas là pour ça. T'es là pour les aider un petit peu à remonter la pente, à prendre de l'assurance et ensuite à faire une psychothérapie ou une psychanalyse. Mais ça après, moi, je ne suis pas compétente.

Enquêteur : Et comment est ce que vous abordez les patients qui sont dépressifs avec une anxiété ?

Médecin 2 : Ce qui sont dépressifs, en général, ils sont anxieux aussi. Des dépressifs purs sans anxiété, je ne crois pas que j'en ai en fait. J'étais en train de réfléchir à ta question mais, autant tu peux avoir des anxieux non dépressifs, autant des dépressifs non anxieux... peut être que j'en ai, mais comme ça je n'ai pas trop d'exemple.

Enquêteur : Du coup, pour faire la différence entre les deux pathologies, c'est pour vous facile ? Est-ce vous avez des moyens particuliers pour faire la différence ? Surtout lorsque c'est une anxiété très envahissante, y a-t-il des difficultés à faire la différence ?

Médecin 2 : Non, je me sers pas des outils, ça je reconnais que... Non c'est plus l'expérience qui fait que...

Enquêteur : D'accord, donc il n'y a pas de difficulté particulière à faire la différence entre les deux. Vous sentez quand ça bascule dans la dépression.

Médecin 2 : Oui, oui et puis en discutant avec eux, t'arrives à savoir un petit peu.

Enquêteur : D'accord, chez les patients dépressifs avec une comorbidité anxieuse, quel est votre traitement en général, votre attitude, la prise en charge globale ? Qu'est ce que vous mettez en œuvre ?

Médecin 2 : Alors il y a ceux pour lesquels, ils le sentent. En général, tu prends le temps de discuter un petit peu, tu ne te décides pas sur les traitements antidépresseurs forcément à la première consultation. Je préfère les reconvoquer assez rapidement en fait. C'est-à-dire que si j'en sens un qui n'est pas bien, sur lequel j'ai un petit peu de doute, je vais faire des consultations rapprochées. C'est-à-dire que je vais le reconvoquer. Ça dépend, c'est-à-dire que si c'est lundi et qu'il n'est pas forcément bien, je vais lui dire de venir le vendredi. Et puis de repasser la semaine suivante. Donc je vais essayer, ouais, de voir tout doucement comment ils évoluent pour faire un peu la part des choses, pour les aider à se dépatouiller aussi. Et bien sûr, si je vois qu'ils n'arrivent pas à remonter la pente, qu'ils ont un peu de mal, qu'ils

restent un petit peu sur leurs positions, je mets un traitement antidépresseur. Ça sera pas ma première prescription, c'est sûr.

Enquêteur : C'est plutôt l'écoute en premier, le rôle de tuteur que vous décriviez ?

Médecin 2 : Oui l'écoute, éventuellement les anxiolytiques pour essayer de relâcher un petit peu ce qui accompagne et puis des consultations rapprochées. C'est vrai que je me suis aperçue à long terme que souvent ils y en avaient qui savent que t'es là, que tu vas les écouter. Je leur fixe un rendez vous la fois suivante, c'est à dire que je ne demande pas qu'ils me rappellent. Je leur donne un rendez-vous pour qu'ils sachent qu'ils vont venir et j'en ai aucun qui a loupé son rendez vous dans ces cas là. Ce à qui tu demandes de refixer un rendez vous, euh, en général ça ne se passe pas aussi bien.

Enquêteur : Et ça c'est vrai pour les patients anxieux qui deviennent dépressifs ou pour les dépressifs en général ?

Médecin 2 : Pour les dépressifs en général, oui.

Enquêteur : La place des spécialistes de santé mentale, psychiatres, psychologues ?

Médecin 2 : Ben, il faut que le patient soit d'accord. Et le problème, c'est que les psychiatres voient les patients d'accord. En plus sur Poitiers, y a quand même un gros problème de délai de rendez-vous. Euh prend un anxiodépresseur dans ton cabinet, avant qu'il ait rendez-vous avec un spécialiste faut compter deux trois mois donc... Bon pour les cas qui son difficiles je travaille avec certains spécialistes. Donc, c'est vrai, je ne me permettrais pas de les appeler pour un anxiodépresseur mais pour quelqu'un pour qui je sens que ça va vraiment pas bien et qu'il est capable de passer à l'acte, oui, là je l'appelle. Sinon pour les autres, oui c'est 2 à 3 mois. Donc en général, ce que je les amène à faire, c'est plus à prendre conscience qu'ils ont besoin d'une aide extérieure, ouais à leur faire accepter le

principe. Il y en a où tu va y arriver et il y en a d'autres où tu va galérer.

Enquêteur : Psychologue plutôt, ou vous mener des psychothérapies ?

Médecin 2 : Psychologues, psychiatres. Ah je ne mène pas de psychothérapie, c'est pas mon boulot et puis j'ai pas la formation pour, donc psychologue ou psychiatre.

Enquêteur : Y a beaucoup de patients qui acceptent de voir un spécialiste où ils préfèrent continuer avec vous ?

Médecin 2 : Bah du moment que c'est posé à la base, y savent qu'il y a un moment donné où je vais passer la main, où c'est plus moi qui les suivrais. Souvent ça se passe bien, je n'ai pas trop de difficultés. Autant, j'en avais au départ quand je me suis installée. Je les basculais tout de suite sur le psychiatre et ils revenaient en me disant « on m'a dit que je n'avais pas besoin de suivi ».

Enquêteur : Pour l'anxiété en particulier, vous utilisez quel type de traitement ? Si vous en utilisez bien sûr.

Médecin 2 : Ça dépend un petit peu. Si en général, plutôt des benzo mais y a certains avec du stress. Parfois, c'est que de l'anxiété pure. Disons plutôt, alors moi je suis plutôt soit du xanax quand je sens qu'il y a besoin d'imprégnation un peu toute la journée, soit sur une prise plus courte avec des demi vies plus courtes. Le Lexomil j'en utilise de moins en moins. C'est vrai que je vais plutôt sur les demi-vies plus courtes. Les demi-vies longues je ne les ai jamais utilisées de toute façon. Les rares cas de Lysanxia que j'ai, c'est pas moi qui ai introduit le traitement. Et en général, j'essaie de les sevrer assez rapidement. J'ai revu des vieilles ordonnances avec du valium, des choses comme ça, moi je ne prescris jamais. Tous ceux que j'ai, on les a arrêtés. Moi, dans ma trousse, ce sera plutôt XANAX, VERATRAN, TEMESTA, SERESTA un petit peu.

Enquêteur : Et quand ces patients tombent dans la dépression, vous conservez les benzo plus un autre traitement ?

Médecin 2 : Je les garde jusqu'à ce que l'antidépresseur soit efficace.

Enquêteur : D'accord.

Médecin 2 : Pendant le premier mois, puis après on essaie de sevrer assez rapidement.

Enquêteur : Vous pourriez utiliser le même antidépresseur pour une anxiété pure, ou vous travaillez plus avec les benzodiazépines pour l'anxiété ?

Médecin 2 : Anxiété pure, si y a des gens qui sont super anxieux, si on voit qu'on ne s'en sort pas, ça m'arrive d'utiliser de l'EFFEXOR des fois. ...J'ai un patient qui faisait des attaques de paniques et des crises d'angoisse généralisées, c'est son médecin traitant avant qui mettait l'EFFEXOR. Donc là je ne le suivais pas, il venait pour un renouvellement d'EFFEXOR. Ça marche bien visiblement. Et on a parlé de thérapie comportementale, je lui ai dit que sur ce qu'il avait, c'est encore ce qui marchait le mieux. Ça lui éviterait de prendre des médicaments.

Enquêteur : Pour la dépression, plutôt IRS, tricycliques, EFFEXOR ?

Médecin 2 : Alors tricycliques jamais. Moi j'utilise plutôt SEROPRAM que j'aime bien car il est intermédiaire. J'en ai quelques uns qui ont du PROZAC, euh j'en ai quelques uns qui sont sous NORSET et puis quelques uns sous STABLON. Oui dans ma gamme de traitement, on va se limiter à ça.

Enquêteur : Et votre prise en charge des patients anxiodépressifs est basée sur quoi ? Sur les recommandations, sur votre pratique, votre expérience ?

Médecin 2 : Alors les recommandations je les ai lues. Euh après, est ce que je m'en sers vraiment, je ne crois pas. C'est plutôt sur la pratique.

Enquêteur : Donc ça c'est modifié au fil des années ?

Médecin 2 : Sur la pratique puis sur l'expérience qu'on peut acquérir en consultation. Et puis sur le profil de chaque patient parce que notre avantage à nous, c'est qu'on les connaît en fait. Donc sur ce qu'on acquière en médecine générale sur l'ensemble du patient.

Enquêteur : Si vous jugez que c'est nécessaire, comment vous pourriez améliorer votre pratique sur la prise en charge de ces patients ?

Médecin 2 : Plus de formations je pense. Plus de formations pratiques.

Enquêteur : Par rapport au contact avec ces patients ?

Médecin 2 : Je pense aux adolescents. S'appuyer sur les ressources familiales pour aider un adolescent je trouve ça hyper intéressant quand même.

Enquêteur : D'accord.

Médecin 2 : Pas que ça ai modifié certaines choses dans ma pratique. Je dirais plus que c'est conforté. Et puis sur certains patients, j'ai l'impression de galérer puis en fait non. Notamment je me souviens d'une jeune fille qui était prise un peu dans sa crise d'ado, dans des problèmes de toxicomanie de léthargie un petit peu, un petit peu difficile. En fait, je lui donnais rendez- vous tous les 15 jours et elle venait tous les quinze jours. Elle me disais ce qu'elle avait fait pendant quinze jours, mais j'arrivais pas à accrocher quelque chose, mais bon je l'écoutais, on discutait un petit peu mais en me disant je n'arrive pas à inverser un petit peu la tendance. Je l'ai suivie pendant 6 mois pratiquement comme ça. Elle ne voulait pas aller voir de psychiatre, elle ne voulait pas de traitement mais de toute façon je ne voyais pas trop autrement. Je pensais plus à une thérapie comportementale pour l'analyser un petit peu. Mais elle n'était pas d'accord. Puis en fait, au bout de six mois, tout doucement, je la sentais quand même globalement mieux. Puis je l'ai revue parce qu'elle avait un traitement annexe autrement. Je l'ai revue trois mois après. Et en fait ce qu'ils nous ont expliqué, c'est seulement les aider à

passer un cap, que c'est eux globalement qui arrivent à se guérir tout seuls.

Enquêteur : D'accord. Formations, parce qu'ils n'y en a pas assez ou parce que vous n'avez pas le temps ?

Médecin 2 : Alors les formations pratiques, soit on rentre vraiment dans de la psychiatrie pure et ça ne m'intéresse pas, soit on rentre sur des petites formations comme ça qui sont des aides à la consultation et il y en a pas des tonnes en fait. Et avec un coté vraiment pratique plus médecine générale que formation psychiatrique, il n' y en a pas tant que ça. Ou alors si ...On va entrer dans des trucs où il va falloir faire des formations sur deux ans trois ans. Par exemple, la thérapie comportementale ça m'aurait bien intéressée, mais là faut rentrer dans des trucs où il faut s'engager longtemps.

Enquêteur : D'accord. Donc vous pensez que ça peut faire partie du rôle du généraliste de pratiquer ces thérapies ?

Médecin 2 : Ah oui tout à fait. Pas pur, en faire de façon ponctuelle, mais pour aider les patients oui.

Enquêteur : Et en dehors de vous, votre pratique, est ce que vous pensez qu'il y a des choses au niveau de l'état, au niveau national qui pourraient vous aider ?

Médecin 2 : C'est des formations.

Enquêteur : Accès aux psychiatres ?

Médecin 2 : Bah, si on peut les avoir plus rapidement ça serait mieux, ça, il n'y a pas photo. Parce qu'en tu vois aux réunions, ils te disent qu'on est nul en médecine générale pour faire de la psychiatrie pour soigner les dépressifs, pour soigner les anxieux ; mais en même temps quand tu veux en avoir un, t'attends trois mois pour l'avoir. Donc, je veux bien admettre que nous ne sommes pas formés pour la psychiatrie mais dans ces cas là il faut arrêter de nous tirer dessus à boulets rouges. Il y a un moment donné, il faut être logique, soit on est nul, on n'est pas compétent et dans ces cas là, eux, sont disponibles, soit finalement, ils admettent qu'on en traite une grande partie, qu'ils les

voient pas forcément tous et ils arrêtent de nous tirer à boulets rouges en fait.

Enquêteur : Le temps de consultation ?

Médecin 2 : Les anxio dépressifs, c'est une demi-heure, trois quart d'heure. C'est un peu chronophage...

Ça fait partie des consultations chronophages.

Enquêteur : Et du coup, une cotation spéciale ?

Médecin 2 : Ça serait agréable mais bon ce n'est pas le cas actuellement. Et puis ça, c'est complètement utopique à mon avis. Puis ça ne rentre pas dans la mentalité actuelle de la SECU

### Entretien Médecin 3

Enquêteur : Alors si vous deviez vous présenter en temps que médecin généraliste, qu'est ce que vous diriez, notamment concernant votre pratique ?

Médecin 3 : C'est une pratique d'autonomisation du patient et puis très orienté puisque je fais beaucoup de soins de la femme on va dire, de la santé sexuelle.

Enquêteur : D'accord. Vous avez un DU ?

Médecin 3 : Oui

Enquêteur : Pourquoi avoir choisi la médecine générale et pas la gynécologie par exemple ?

Médecin 3 : Parce que à mon époque, on choisissait de passer le concours ou pas et que moi, j'ai choisi de ne pas le passer. Donc du coup, je suis devenue médecin généraliste. Mais bon, médecin généraliste, il n'y avait personne de médecin chez moi, donc ça ou autre chose. Voilà, la contrainte de passer le concours pour avoir gynécologie et de voir des fesses à longueur de journée, d'avoir les mêmes questions à longueur de journée dans le fond ça me plaisait pas.

Enquêteur : Et qu'est ce que vous aimez dans votre métier ?

Médecin 3 : Qu'est ce que j'aime dans mon métier ?

Enquêteur : Pour vous, qu'est ce que vous apporte la médecine générale ?

Médecin 3 : Bah déjà c'est assez varié dans la typologie de la patientelle à laquelle on est confronté, pas forcément dans les motifs de consultation qui sont quand même...on voit beaucoup de diabétiques, d'hypertendus, de maladies chroniques on va dire. Et moi, je vois plus particulièrement des femmes et des consultations autour de la santé sexuelle. Et ce qui me plaît beaucoup, c'est la relation médecin patient et les enjeux de la consultation et la mobilisation qu'on va réussir à faire à l'autre, à l'amener à la réflexion et le guider un peu plus sur le

rail pour qu'il enclenche le processus et voilà.

Enquêteur : D'accord. Je vais rentrer plus dans le sujet.

Quel est votre ressenti vis-à-vis des patients dépressifs ? Comment vous les abordez ?

Médecin 3 : Comment je les aborde ?

Enquêteur : Est-ce que c'est difficile pour vous ?

Médecin 3 : Non ce n'est pas difficile. Bien, j'évalue quand la symptomatologie est évocatrice d'un syndrome dépressif. J'évalue l'intensité du risque morbide entre guillemets et l'intensité de la dépression. Euh... et puis je fais le point par rapport à la situation. Voilà. Est ce qu'il y a un évènement déclencheur ou pas, est ce que c'est une récurrence. Et puis après, je vais voir le patient comment il comptait..., qu'est ce qu'il comptait faire par rapport à cette pathologie là, quoi. Est-ce qu'il comptait avoir un suivi psychiatrique, est ce qu'il comptait avoir un traitement. Est-ce que si on peut le relier directement à un évènement. Par exemple au travail, une situation de harcèlement qui l'amène à un état de dépréciation et de dépression. Est ce qu'il compte changer de travail, qu'est ce qu'il compte faire.

Enquêteur : Et concernant les patients anxieux ?

Médecin 3 : C'est la même démarche. Je regarde l'impact et le niveau d'anxiété. Après je vois le patient : comment est ce qu'il interprète la situation, est-ce qu'il est capable de le relier à un phénomène extérieur, à un incident particulier ou pas et s'il faut le relier ou pas à cet incident. Et après je vois avec lui comment il voyait les choses. Après par exemple s'il voulait une benzodiazépine comme le dépressif, s'il voulait un cacheton comme ça dès sa première consultation. Après par rapport à l'analyse de la situation, je le guide et je lui dis bien non, là ce n'est vraiment pas la bonne solution. Ou alors si il y a un tel niveau anxieux, si c'est une récurrence et si c'est sur un fond de personnalité

pathologique, bien là oui, je vais peut être plus y aller. Mais si lui, il est dans une démarche active, je vais complètement le suivre. En dehors de la démarche active « je veux un médicament » qui pour moi n'est pas vraiment une démarche active.

Enquêteur : Il y a des patients à la fois dépressifs et anxieux, est ce que vous les abordez différemment ? Est ce que pour vous c'est toujours lié ?

Médecin 3 : Non. Justement s'il se présente sous une forme anxieuse, je vais quand même chercher s'il y a pas des éléments dépressifs, s'il est dépressif, je vais chercher s'il y a pas des éléments d'anxiété éventuellement qui sont plus présents mais qui sont quand même à l'origine d'un état d'épuisement et d'une dépression mais après, une fois que j'ai fais ma recherche si la réponse est non, bah c'est non quoi. Après oui y en a qui sont que dépressifs et d'autres que anxieux ou y en a où c'est un méli mélo permanent.

Enquêteur : Pour faire la différence entre les deux, vous avez des difficultés parfois ? Vous utiliser des outils particuliers ?

Médecin 3 : Bah, des fois quand y sont anxio dépressifs, pour ceux que moi je trouve autant dépressifs que anxieux, en effet pour savoir éventuellement si il y en a un qui a entraîné l'autre mais bon ça va peut-être être ça qui va être difficile à dépatouiller mais je ne cherche pas forcément un lien de causalité entre les deux. Je vais peut être chercher ce qui le gêne le plus, le patient, et ce à quoi il voudrait qu'on travaille le plus. Si c'est plus l'anxiété qui le gêne on va plus travailler sur l'anxiété si c'est plus la dépression, on va plus travailler sur la dépression.

Enquêteur : Si vous avez un patient dépressif, vous ne recherchez pas forcément la comorbidité anxieuse s'il ne l'aborde pas ?

Médecin 3 : Si moi je l'ai palpée je vais la chercher mais si jamais je l'ai pas palpée je vais pas remettre la sauce à chaque fois pour essayer de trouver absolument.

Voilà, après, sur le suivi si c'est un élément qui peut surgir à un moment ou à un autre. Et à ce moment là en effet, si ça ressort, je vais voir si vraiment ce que j'ai eu l'impression, si c'en était vraiment. Et puis à ce moment là je vais évaluer quel est l'impact et si ça vaut vraiment le coup. D'abord, je m'intéresse à ce qu'il n'y ai pas de retentissement et lui est ce que ça le gêne vraiment, est ce qu'il a envie qu'on s'en occupe.

Enquêteur : Est-ce que vous utilisez des tests psychométriques ?

Médecin 3 : Parfois, mais comme c'est un peu lourd parce qu'il faut aller le chercher...euh...Comment dire, dans le déroulé de la consultation, on va peut être aller plus là où le patient a besoin. Je trouve qu'à partir du moment où j'arrive, où je suis libre de poser mes questions et où je n'ai pas de tabou notamment par rapport au risque suicidaire, voilà l'outil... Si j'avais besoin de réévaluer mon traitement neuroleptique et tout ça. Je veux dire le patient qui est très très lourd, c'est pas moi qui vais m'en occuper. J'ai fais intervenir un confrère pour qu'on soit plusieurs et je n'ai pas besoin de cet instrument.

Enquêteur : Comment prenez vous en charge ces patients ?

Médecin 3 : Si c'est une anxio dépression légère, vu que je suis dans l'autonomie du patient, s'il arrive à gérer, s'il arrive à vivre comme ça, que ce n'est pas trop handicapant et que lui est d'accord, on se voit selon ce que dont lui, il a besoin. On fait des réajustements, du renforcement positif. Comme je lui aurais demandé ce qu'il comptait faire. S'il me dit je veux un médicament, je lui dis qu'il y a peut-être d'autres solutions et que s'il a besoin et s'il est d'accord, il ira voir un psychiatre. Nous, on a le CMP à côté. S'il y a une nécessité de thérapie cognitivo comportementaliste, moi je n'ai pas le temps de m'investir là dedans, je vais facilement les renvoyer là bas. J'ai un confrère que j'ai repéré, j'aime bien lui envoyer mes patients qui peuvent et qui adhèrent à la thérapie cognitivo comportementale, je les envoie là- bas. Et voilà, je dirais qu'il y a...c'est un peu à la

carte quoi. Je ne me prive de rien et je ne les prive de rien et on fait en fonction de la nécessité avec des injonctions, des fois des hospitalisations. Des fois, je presse un peu parce qu'on a attendu pendant plusieurs mois, on a essayé des trucs et ils ne s'en sortent pas. Je vais essayer un IRS, je pars toujours sur le CITALOPRAM par rapport à la revue PRESCRIRE qui m'aide et c'est le meilleur IRS d'après ce que j'ai compris, ce que j'ai lu. Et donc, je vais partir là-dessus soit sur une dépression ou une anxiodépression. Quelques fois sur les terrains anxieux à mode obsessionnel, à petite dose, on gère la dose et on réévalue.

Enquêteur : C'est le patient qui reprend rendez-vous ou c'est vous ?

Médecin 3 : Moi, je propose. Je dis « il faudrait qu'on se revoie ». Et puis, je me dis que quelque part, si avec ma façon de faire il adhère bien, à la fin de la consultation c'est lui qui me dit « on repose un rendez vous ». Je lui dis « oui, je vais être dispo là », on met un rendez-vous et puis après, si ça accroche, on se revoit tous les 15 jours. Mais comme je ne suis pas dans le maternage, je fais la proposition au cours de la consultation si moi je pense que c'est bien qu'on se revoie. Je le laisse reprendre un rendez vous. S'il ne me le demande pas derrière, bon, bah des fois on va faire la démarche d'aller voir la secrétaire pour reposer un rendez vous mais quelque part, s'il ne le fait pas c'est que notre relation n'a pas fonctionné.

Si jamais c'est un dépressif où il y a un risque suicidaire immédiat, je lui mets pas de rendez- vous, il n'est pas capable. Je lui dis on se revoit dans 48h et je lui propose un rendez vous immédiat. Si je pense qu'il y a un risque suicidaire, je lui dis que je le sens mal, qu'il faut peut- être qu'il soit hospitalisé. Soit il adhère, soit il n'adhère pas et je lui repose un rendez vous à 48h. Mais sur les autres où je pense qu'il faudrait un suivi, je pense que c'est à eux de reprendre rendez vous. S'ils n'ont pas repris c'est qu'on ne se correspond pas et je ne vais pas me forcer. Je ne veux pas qu'il vienne pour me faire plaisir et qu'il n'ose pas partir parce que je lui ai remis un rendez vous.

Enquêteur : Comment prenez vous en charge spécifiquement l'anxiété chez ces patients ?

Médecin 3 : Les benzodiazépines, vraiment quand ils vont péter un câble et appeler le SAMU parce qu'ils pensent qu'ils sont en train de mourir. Et puis thérapie cognitivo comportementaliste où moi aussi je vais essayer de les prendre un peu en charge sur ce terrain là ou IRS si c'est trop pourri. Quand les patients sont trop obsessionnels, trop épuisés, qu'il y a un retentissement social, familial, professionnel, là oui parce que ça permet d'alléger un peu le truc.

Enquêteur : Sur les thérapies, vous êtes formée ?

Médecin 3 : C'est sur des lectures et puis dans ma formation relation médecin patient où ça m'a permis d'avoir un certain nombre d'éléments et les lectures, les confrontations à des confrères. Et puis, voilà c'est avec certains patients avec qui je le fais. Moi j'adore les somatoformes donc j'ai une bonne approche avec eux. Le somatoforme c'est l'anxieux que j'aime bien. L'anxiodépressif, c'est plus difficile.

Enquêteur : Concernant les professionnels de santé mentale, vous parliez du CPM. Vous adressez aussi à des psychologues, des psychiatres de ville ?

Médecin 3 : ça dépend de la problématique, plus souvent aux psychiatriques. Et puis pour les patients où c'est délicat, le CMP où l'approche va être multidisciplinaire. Le CMP, c'est juste à côté, les gens peuvent y aller à pied. Et il n'y a jamais personne au CMP qui m'a dit « arrêtez de nous envoyer les gens comme ça ». Il n'y a pas de souci. Après le délai de rendez- vous, il peut être long mais eux ils évaluent bien. Après, quand c'est urgent, il y a un premier contact et ce n'est pas différé. Après, quand ce n'est pas urgent, ils diffèrent. A priori les psychiatres de ville, quand je leur adresse un patient, c'est que ce n'est pas urgent mais qu'il est dans la nécessité d'entamé une thérapie. Bon bah, on n'est pas à 2 mois près pour un trouble anxieux. En attendant, moi je vais essayer de gérer aux travers de mes rendez-vous, avant la

mise en route d'une prise en charge. De toute façon, nos anxieux quand ils vont voir le psychiatre, on est obligé de faire à deux parce que les rendez-vous ne sont pas assez proches avec le psychiatre pour que je les laisse seulement avec eux.

Enquêteur : Si vous pensez que c'est nécessaire, comment vous pourriez améliorer la prise en charge de ces patients ?

Médecin 3 : Non, parce qu'il faudrait que je me forme et que je me forme à ça, ça et ça et c'est pas la peine, c'est idiot. Si je ne l'ai pas fait avant c'est que j'en n'éprouve pas le besoin parce que je n'ai pas envie de m'orienter là-dessus. Si jamais je suis plus performante, ça va créer une spirale d'aspiration et je n'ai pas du tout envie de

passer une demi-heure avec des dépressifs, des anxieux et des anxiodépressifs.

Je n'ai pas l'impression de nuire à mes patients parce que c'est eux qui choisissent et je n'ai pas l'impression de faire de la rétention. Et puis, j'ai mon réseau pour les autres. Je ne sens pas la difficulté de ces gens là

Enquêteur : Et de façon plus générale, est ce que l'on pourrait améliorer la prise en charge de ces patients ?

Médecin 3 : Oui je pense, mais pas plus que le reste. Je crois qu'individuellement, on a pas trop envie parce que c'est chronophage, c'est pas valorisant, c'est dur, c'est long, il y a beaucoup d'échec. Je pense qu'on ne s'investit pas là dedans.

## Entretien Médecin 4

Enquêteur : Alors, si vous deviez vous présenter en tant que médecin généraliste, que diriez-vous ?

Médecin 4 : Alors déjà, je suis une jeune généraliste installée depuis trois ans en milieu rural, en association avec un ami de promo. Voilà ! Médecin de campagne.

Enquêteur : Pourquoi avez-vous choisi la médecine générale ?

Médecin 4 : C'est un choix, j'ai su que j'allais être médecin généraliste dès la fin de l'externat. Après, les remplacements à la ville et à la campagne m'ont permis de faire le choix de la médecine à la campagne. Pourquoi... parce que j'aimais tout ; toutes les spécialités et que je me voyais pas me limiter à une seule. Donc je me disais que la médecine générale était sans doute l'exercice polyvalent que je voulais.

Enquêteur : Et qu'est ce que vous aimez dans votre métier ?

Médecin 4 : En fait j'aime tout toujours. J'aime la diversité en fait. La diversité des âges, la diversité des pathologies, la diversité de l'exercice puisqu'il ya les consultations, les visites à domicile.

Enquêteur : On va rentrer un peu plus dans le sujet. Quel est votre ressenti vis-à-vis des patients dépressifs ?

Médecin 4 : Alors, c'est vrai qu'il y en a beaucoup, ça fait vraiment partie de l'exercice. Ça m'intéresse parce que quand j'étais interne, j'ai fait un stage en psychiatrie. J'avais fait ouvrir un poste pour un interne de médecine générale. Bah, ça m'intéressait déjà en fait, parce que je savais que c'était une pathologie fréquente en ville et je voulais avoir un petit peu d'armes pour les voir. Donc, non ça m'intéresse, après c'est vraiment difficile de les aider, de les prendre en charge. Mais je les reçois sans problème, c'est pas la corvée.

Enquêteur : Et concernant les patients anxieux ?

Médecin 4 : Pareil, c'est souvent mêlé. Enfin... mais c'est pareil ouais.

Enquêteur : D'accord, alors je vais vous parler des patients qui ont les deux pathologies en même temps. Comment vous abordez les patients dépressifs avec un trouble anxieux associé ?

Médecin 4 : Alors, la dépression et l'anxiété, j'essaie toujours de faire la part des choses parce que je pense qu'il y a des gens qui sont seulement anxieux. Parfois, ils se présentent en disant ça va pas du tout...et j'essaie de les interroger pour faire la part des choses sur ce qui est du versant dépressif et ce qui est de l'anxiété pure. Et il y a des gens qui sont parfois pas du tout dépressif mais très anxieux. Après c'est plus sur les questions, du coup sur les critères de dépression. Si en les questionnant, ils répondent non à tous les critères et par contre qu'ils décrivent une anxiété, des crises d'angoisse, des troubles du sommeil.

Enquêteur : Vous utilisez des tests pour les distinguer ?

Médecin 4 : Non, c'est plutôt par habitude. Je n'utilise pas les grilles.

Enquêteur : Est-ce qu'il y a des difficultés pour différencier les deux parfois ?

Médecin 4 : Alors, là où c'est le plus difficile c'est quand c'est mêlé parce que, parfois, dans l'anxiété, on a quand même des critères de la dépression qui sont présents. Par contre le patient déprimé est souvent anxieux aussi, y a rarement une dépression sans anxiété. Non, j'arrive souvent bien à identifier les deux.

Enquêteur : Comment vous les prenez en charge ces patients dépressifs avec une anxiété ?

Médecin 4 : Souvent j'essaie d'abord de traiter le problème aigu. Enfin si c'est vraiment des gens qui vont vraiment mal, qui viennent en disant « je vais vraiment mal et ce que je ne supporte plus c'est

vraiment que je ne dors plus ». Là c'est vrai que je mets souvent une benzodiazépine. Moi, j'essaie surtout de mettre des courtes durées d'action en leur disant que c'est pour deux semaines, trois semaines, le temps de faire un peu le point sur leur dépression. Après la mise en place de l'anti dépresseur, c'est un peu différent. Ça dépend, si c'est la première fois que je les vois, si je les connais déjà. J'essaie de ne pas mettre d'emblée d'anti dépresseur. Si tous les critères n'y sont pas, ou si je ne connais pas trop bien les gens et bien j'essaie de les faire revenir et de réévaluer. Euh, voilà. Je sais après que je n'aime pas, j'hésite toujours à mettre une benzo parce que après j'ai beaucoup de mal à les arrêter, parce que ça fait tellement de bien que les gens ont du mal à les lâcher après.

Enquêteur : Et des psychothérapies, vous en faites un peu ?

Médecin 4 : Alors ça, j'ai pas les armes. Alors y'a des formations en fin d'année là, pour avoir de petites aides pour la psychothérapie rapide. Mais, moi après je n'ai pas la formation.

Enquêteur : Pour l'anxiété spécifiquement, comment la prenez-vous en charge ?

Médecin 4 : Quand c'est de l'anxiété seule, chez des gens qui vont bien, des fois j'essaie la phytothérapie, le STRESAM qui est un peu à part. Les benzo, c'est trop dur à arrêter donc j'essaie de les éviter ou de les reporter. Bon des fois, c'est vrai que ça ne marche pas, les plantes, donc on est souvent amené à mettre un peu de sédatifs à un moment donné.

Enquêteur : Vous ne donnez jamais d'antidépresseurs seuls ?

Médecin 4 : Si, ça m'est arrivé d'essayer mais le temps des 4 semaines que l'antidépresseur, se mette en action, souvent ça va pas.

Enquêteur : Et quelle est pour vous la place des psychiatres, des psychologues dans cette prise en charge ?

Médecin 4 : Alors les psychothérapies..., j'écoute quand même les gens. J'essaie de tirer un peu les ficelles, j'ai quand même un peu appris en stage de psychiatrie. S'il faut qu'ils racontent leur vie ou les événements qui font qu'ils sont dans cet état, j'essaie toujours de voir, d'évaluer aussi si il a un risque suicidaire. Et c'est là que je vois s'il faut que je demande de l'aide, alors si c'est vraiment chaud, à l'UAMP aux urgences de l'hôpital. Je travaille aussi avec le CMP de Gençay où là on a des infirmiers psychiatres qui sont très bien, facilement joignables et avec des rendez-vous assez rapides donc ça c'est vrai que c'est une aide parce que les gens n'ont pas forcément envie d'aller à Poitiers. C'est loin, c'est compliqué comme on est à 40 kms, alors qu'à Gençay, ils veulent bien y aller. Souvent il y a ce rendez-vous avec un infirmier psychiatre qui après évaluation, voit s'il faut un rendez-vous rapide avec un psychiatre. Parce que pour nous, les rendez vous avec les psychiatres c'est très compliqué à avoir.

Enquêteur : Par ce biais là, il y a moins de difficultés ?

Médecin 4 : Par ce biais là, disons qu'on arrive à accélérer un peu la prise en charge. Après, là où c'est catastrophique, c'est pour les adolescents, euh, on n'a pas de rendez-vous donc ça c'est vraiment dommage. Les fois où j'ai eu besoin sur des adolescents qui allaient vraiment pas bien, bah du coup, je les adressais aux urgences pédiatriques. Et là ils sont vus par le pédopsychiatre. Là ; j'ai plusieurs adolescents vraiment en détresse et je n'ai pas de solution donc après j'ai appelé aux urgences pédiatriques où ils m'ont dit « venez on va appeler le pédopsychiatre ». Et du coup après ça enclenche la prise en charge avec aussi des infirmières à la maison et tout ça... mais c'est dommage qu'on passe par les urgences parce qu'on nous le reproche après. Mais c'est vrai qu'on est les premiers recours, surtout à la campagne donc c'est vrai qu'on a des gens qui viennent d'abord chez le généraliste. Ça marche mieux pour l'adulte, pour l'adulte on arrive à avoir des réponses assez rapides. Pour l'adolescent, je ne mets pas

de médicament, j'ai la notion que pour les ado, il ne faut pas.

Enquêteur : Vous vous basez sur quoi pour vos prises en charge de ces patients ?

Médecin 4 : Alors les recommandations je les connais pas, je ne sais pas s'il y en a. Les critères DSM IV de la dépression, c'est vrai que ça... Comme l'indication d'un anti dépresseur c'est quand même un état dépressif caractérisé, s'il y a les critères je peux traiter. Après y a quand même le problème des patients qui refusent la prise en charge psychiatrique, psychologique, le dialogue. Ils ne veulent pas, ils veulent seulement un médicament donc là, je leur dis bien que ça va pas tout résoudre, qu'il faudra bien régler le problème mais y a ces patients là qui veulent pas du tout parler. Donc c'est vrai que c'est plus à l'habitude après, au ressenti de la consultation, si les gens ont vraiment mal ou que je sens que ça peut aller loin. C'est vraiment sur le moment de la consultation que je vois la prise en charge.

Enquêteur : Si ça vous semble nécessaire, comment vous pourriez améliorer la prise en charge de ces patients ?

Médecin 4 : Je pense qu'on est un peu trop avec l'idée, peut être moi et les patients, que le médicament va tout résoudre. Je pense qu'il faudrait qu'ils soient plus engagés sur la prise en charge par la psychothérapie. Et pour ça il faudrait qu'on ait accès, que ça soit remboursé, aux psychologues, comme on a du mal à avoir des psychiatres. Mais il

faut que ça soit remboursé parce qu'il y a des gens dans des petits milieux qui n'ont pas les moyens de se payer les consultations de psychologues surtout que c'est répété. Donc une fois ils peuvent mais plusieurs fois ils ne peuvent pas. Donc il y a ça, améliorer l'accès aux consultations spécialisées dans ce domaine là. Et puis peut être, créer un cadre de recommandations, savoir à quel moment on met l'antidépresseur, à quel moment on l'arrête. C'est vrai que si on dit, on part pour six mois, quels sont après les critères de guérison du patient ? Même si on voit bien quand ils sont mieux, parfois ils ont peur d'arrêter parce qu'ils ne veulent pas retomber dans l'état dans lequel ils étaient. Après il faudrait trouver des médicaments de l'anxiété qui ne soient pas..., qui ne donnent pas de dépendance.

Enquêteur : Est-ce que vous en tant que médecin généraliste vous pensez que vous pourriez faire des consultations de psychothérapie ?

Médecin 4 : Déjà, je n'ai pas la formation et j'ai peur qu'au niveau temps ça ne soit pas possible. J'ai eu une consultation de ce type la semaine dernière, on a bien passé trois quart d'heure. Donc après, organiser ce genre de choses, je ne sais pas, je n'ai pas envie, j'ai l'impression que c'est un autre métier. Moi, je fais de la psychothérapie de base pour essayer de comprendre un peu. Après je pense qu'ils ont une formation qui fait qu'ils tirent les ficelles d'une autre façon. Je pense que je n'ai pas la formation pour l'instant.

## Entretien Médecin 5

Enquêteur : Alors si vous deviez vous présenter comme médecin, comment décririez vous votre pratique ?

Médecin 5 : Alors je suis un médecin installé depuis trois ans en milieu rural, en cabinet de groupe. C'est-à-dire avec un autre médecin, donc deux médecins. Euh voilà...on a une activité de premier recours, de médecine générale.

Enquêteur : Pourquoi avoir choisi la médecine générale, si toutefois c'est un choix ?

Médecin 5 : Oui c'est un choix. Pourquoi médecine générale ? Parce que c'est une prise en charge globale du patient, c'est un suivi dans la durée. C'est de la médecine de famille, c'est, voilà, pour résumer.

Enquêteur : Et qu'est ce qui vous plaît dans votre métier ? Est ce qu'il y a des choses qui vous plaisent plus que d'autres ?

Médecin 5 : Si, je crois que ce qui me plaît, enfin ça fait pas longtemps que je suis installé, mais c'est ce côté suivi. Enfin, revoir les gens, de pouvoir appréhender les relations avec eux sur le long terme et puis d'avoir un retour sur ce qu'on peut faire. Et puis voilà, de tisser des relations intéressantes et puis d'avancer comme ça, ce qu'on n'a pas pu faire avant, en fait dans notre cursus. Donc c'est voilà, c'est la nouveauté pour moi depuis trois ans et je m'en lasse pas.

Enquêteur : Quel est votre ressenti vis-à-vis des patients dépressifs. Quand il y en a un qui passe la porte de votre cabinet qu'est que vous vous dite ?

Médecin 5 : Alors je me dis pas ça va être une galère, je me dis pas non plus ça va me plaire. J'essaie de faire abstraction de ça mais je me dis que s'il a déjà fait la démarche pour venir en parler c'est qu'il y a certainement réfléchi avant, que ça a pas été une démarche facile pour lui. Euh, et je me dis, je vais être à son écoute déjà dans un premier temps sans intervenir, d'essayer d'entendre ce qu'il a à dire et

puis après d'essayer de creuser un peu le problème. Je me dis aussi que c'est pas forcément simple comme prise en charge et que je vais avoir besoin d'aide certainement par d'autres intervenants à un moment donné. Tout dépend après du contexte, de la cause du problème et de la dépression. Mais bon. Voilà, ce que je ressens quand... mais c'est fréquent en fait. Ça reste un motif assez fréquent de consultation, soit au premier abord, soit un motif caché si la personne vient pour un motif X ou Y somatique et puis qui finalement aborde le problème du moral dans un second temps.

Enquêteur : Pour les patients anxieux, c'est pareil ?

Médecin 5 : Bah, pas forcément non. Enfin, on peut avoir des anxio dépressifs avec des plaintes réellement dépressives et une anxiété aussi importante. On peut aussi avoir des patients vraiment anxieux mais pas dépressifs. Moi, je fais quand même un peu le distinguo, enfin y a des patients que je perçois très anxieux mais pas forcément dépressifs.

Enquêteur : Alors je vais vous parler des patients dépressifs qui sont anxieux en même temps, qui ont les deux pathologies. Lorsqu'ils se présentent à votre cabinet, comment vous les abordez ?

Médecin 5 : Ça c'est pas évident je trouve. Enfin, quand les deux sont associés, de distinguer ce qui tient plus de la part anxieuse et ce qui tient plus de la part dépressive. Souvent, je dirais que c'est plus des patients qui font une dépression réactionnelle. Ils ont eu un problème particulier environnemental ou autre, ou ils ont été très anxieux et ça fini par créer une dépression. Enfin, j'ai l'impression que souvent y a un continuum entre les deux. Enfin, il faudrait étudier plus à fond tout ça mais c'est ce que je ressens.

Enquêteur : Est-ce que vous utilisez des moyens pour les différencier ? Des tests psychométriques par exemple ?

Médecin 5 : Alors, je me sers des classifications DSM4 mais je n'utilise pas de test, d'échelle. Effectivement, je sais que ça existe mais je ne m'en sers pas du tout.

Enquêteur : D'accord. Vous ne cherchez peut être pas à distinguer quand les deux coexistent ?

Médecin 5 : Non pas forcément. Enfin dans la pratique, non effectivement je n'essaie pas d'avancer, de creuser plus pour distinguer, de mettre en évidence quelque chose objectivement de plus à fond. Non.

Enquêteur : Concernant la prise en charge, médicamenteuse, non médicamenteuse ? Donc toujours le patient dépressif et anxieux.

Médecin 5 : Ouais. Ça peut être première consultation, médicament si on sent la personne très mal avec une demande aussi importante de médication parce qu'elle sent qu'elle ne va pas pouvoir s'en sortir. Sinon après, en fonction de ce que nous, on peut percevoir objectivement comme symptômes, on peut choisir une médication relativement légère entre guillemets. Plutôt soit phytothérapie dans un premier temps, notamment chez le patient jeune par exemple, chez qui on n'a pas trop envie de médiquer avec des anxiolytiques ou autre... Euh, après selon le terrain aussi, les antécédents, s'il y a eu des épisodes dépressifs avant par exemple, des tentatives de passage à l'acte. Voilà, sur les antécédents, ça peut quand même amener une plus grande réactivité en terme de traitement médicamenteux aussi. Ça peut donc être première consultation et on prescrit un traitement antidépresseur si on sent la personne vraiment très mal avec des antécédents déjà psychiatriques. Euh voilà. Après si c'est quelqu'un, c'est un premier épisode, plutôt réactionnel à un événement de vie, non, là j'essaie de ne pas prescrire d'antidépresseur, plutôt de me concentrer sur le suivi, éventuellement aussi un arrêt de travail s'il n'est pas bien au travail. Voilà.

Enquêteur : Un suivi qui est prévu par vous ou c'est le patient qui prend rendez vous ?

Médecin 5 : Ça dépend aussi du patient. Si je trouve que c'est un patient assez fuyant, qu'il va peut être pas faire la démarche parce qu'il a déjà pris beaucoup sur lui de venir la première fois. Qu'on sent que ça lui prend beaucoup d'énergie, je vais peut être lui proposer s'il accepte un rendez vous et si je sens qu'il adhère à la démarche, je fixe carrément le rendez vous. Je lui dis voilà, je vous donne rendez vous à telle date, dans dix jours par exemple pour en discuter. Si c'est un patient que je connais déjà, je sais qu'il va être demandeur, je le laisse actif dans sa prise de rendez vous. Je lui dis ça serait bien qu'on se revoie et je vous laisse prendre le rendez-vous comme ça vous arrange et puis ça se passe bien, ils le font. Et oui, ça dépend du profil du patient je dirais.

Enquêteur : Chez ces patients, est ce que vous avez une prise en charge spécifique de l'anxiété ?

Médecin 5 : Le fait de programmer un rendez vous pour moi, c'est déjà une prise en charge de l'anxiété. C'est-à-dire l'anxiété, souvent c'est des ruminations, ils ont du mal à prendre du recul par rapport à certaines situations qui génèrent cette anxiété là. Je me dis le fait de leur proposer un suivi déjà en soi, de leur permettre de s'exprimer, de verbaliser leurs angoisses, c'est déjà une prise en charge en dehors du traitement. Après, c'est vrai que ça peut arriver qu'on y associe un traitement anxiolytique si vraiment on sent que par exemple il y a un trouble du sommeil important associé et que les patients peuvent absolument pas se reposer et ont des ruminations permanentes y compris la nuit, oui j'associe un médicament. Au moins pour leur permettre de couper un peu ces angoisses et leur permettre de se reposer un peu.

Enquêteur : Quel est la place des psychologues, psychiatres dans la prise en charge de ces patients ?

Médecin 5 : Alors, j'adresse plus directement au CMP en fait. Je bosse plus en rapport avec le CMP, notamment le collègue de Gençay X qui est un bon interlocuteur. Donc c'est vrai que je travaille plus avec lui qu'avec les psychiatres. Déjà je ne les connais pas bien les psychiatres libéraux. Donc c'est vrai que c'est toujours difficile d'adresser quelqu'un quand on ne connaît pas la personne, qu'on n'a pas eu de contact avant. Et puis les psychologues libéraux, oui plus pour la pédiatrie, je dirais. Euh les angoisses chez les enfants tout ça, on a des référents un peu ici qui s'occupent pas mal des enfants donc ça peut m'arriver de travailler avec eux car ils ont des délais plus abordables que le CMPEA où y sont, y a un frein aussi par rapport au suivi parce qu'ils ont des délais de consultations énormes. J'ai essayé à plusieurs reprises et franchement c'est déroutant. Ouais les psychologues libéraux ça m'est arrivé quelquefois mais plus souvent pour des enfants.

Enquêteur : Et les gens y vont facilement ?

Médecin 5 : Le problème c'est que ça n'est pas remboursé. Mais comme en fait, on a essayé d'autres structures avant et qu'il n'y avait pas de délais raisonnables, ils sont prêts à y aller parce qu'ils ont besoin de cette prise en charge. Et le fait que les structures prises en charge par la sécurité sociale aient des délais très longs, ils préfèrent être pris en charge plus tôt. Mais bon moi pour les adultes, j'ai plus recours au CMP.

Enquêteur : Sur quoi vous vous basez pour vos prises en charges ?

Médecin 5 : Les recommandations assez peu, enfin je les utilise pour les diagnostics, les critères DSM IV surtout. Après, pour la prise en charge, je n'utilise pas de référentiel. C'est plus effectivement sur un ressenti par rapport à la problématique du patient. Je sens si moi je suis capable de l'aider ou si ça dépasse mes compétences. Quand je sens que je vais être limité parce que c'est un vécu, une histoire assez chargée et que je sens que je vais être un peu en difficulté. Alors, je ne les lâche pas complètement, je

garde aussi un suivi auprès du patient mais c'est un suivi un peu double. C'est-à-dire que je vois le patient moi aussi, je les vois pour le suivi, les renouvellements de prescription. Et entre temps, en partenariat, ils ont un suivi par l'équipe du CPM. Les fois où, j'ai pu l'utiliser, ça c'est plutôt bien passé. Ça a demandé du temps bien sûr mais ça c'est bien passé.

Enquêteur : Vous faite des psychothérapies ?

Médecin 5 : De mon point de vue, je ne suis pas formé à la psychothérapie. Je me considère plus comme un..., je fais de l'écoute mais dire que je fais de la psychothérapie, non. Je me sens pas formé pour ça, enfin, après je pense que j'aurais besoin de billes et de formations pour me dire oui je vais faire une psychothérapie. Là je me sens plus, je fais...si on peut appeler ça une psychothérapie d'écoute ou je ne sais pas comment on peut la qualifier, un accompagnement peut être.

Enquêteur : Et comment pourriez vous améliorer votre prise en charge si ça vous semble nécessaire ?

Médecin 5 : Besoin de formation avant tout

Enquêteur : C'est un manque de formation, de motivation ?

Médecin 5 : Non c'est pas un manque de formation, je pense qu'il y en a mais je n'ai pas forcément fait la démarche pour les faire. Mais comme c'est un sujet qui m'intéresse je pense que je vais le faire.

Enquêteur : Et d'un point de vu général, est ce qu'il y a quelque chose qui pourrait vous aider dans la prise en charge de ces patients ?

Médecin 5 : C'est vrai que le fait que les psychologues libéraux ne soient pas pris en charge, c'est un frein, le coté financier. Le CMPEA, c'est vrai que la disponibilité pour les enfants et les adolescents, c'est vrai encore une fois que c'est un frein parce qu'ils ont des délais tellement longs que quand on a une problématique là à l'instant T et qu'on nous dit rendez vous

dans 6 mois ou je rappelle le patient et qu'au bout de 3 mois les patients n'ont toujours pas eu de nouvelles. C'est vrai que ce n'est pas très satisfaisant. Surtout quand il s'agit d'enfants que l'on ne sent pas très bien en souffrance, alors on

essaie de les aider mais c'est vrai qu'on sent que... Pareil dans le domaine de la pédiatrie, je me sens encore plus en difficulté que pour les adultes. C'est plus dur, c'est spécifique et voilà.

## Entretien Médecin 6

Enquêteur: Alors déjà est-ce que vous pouvez vous présenter comme médecin, comment vous pourriez décrire votre pratique?

Médecin 6: Eh ben, je suis à Buxerolles, dans une ville, moyenne ville, dans la banlieue de Poitiers, installée seule. On travaille ensemble à neuf et on fait un samedi sur neuf, on assure une permanence des soins. Euh, on s'entend bien ici, on prévoit même de construire en face ensemble. Euh, j' fais beaucoup, enfin de tout, quoi, de la naissance jusqu'à 91 ans. Et j'ai quand même le profil d'être dans le relationnel et d'avoir une grosse clientèle d'anxiodépressifs. Et mes internes me disent que je suis un peu..., que je collectionne les psys.

Je suis connue comme ça. Ça ne me plaît pas trop, mais bon. C'est comme ça, j'ai pas choisi. C'est certainement dans l'inconscient, je ne sais pas...A l'origine, je dois avoir le don de choisir ce qui ne me plaît pas

Enquêteur: Pourquoi vous avez choisi la médecine générale?

Médecin 6: Euh, je voulais faire prof de gym et puis, j'ai pas réussi à rentrer donc je suis rentrée dans la médecine. Enfin, j'ai passé le concours avec mes copines. Puis après, médecine générale et ben j'ai pas eu ...enfin je pense que je n'avais pas les capacités, les capacités de travailler pour faire autre chose que la médecine générale puisqu'il n'y avait pas l'internat à l'époque. Donc on faisait médecin généraliste quand on ne passait pas l'internat quoi, y'avait pas le choix. Et puis ça me plaît bien. Enfin puis je ne regrette pas. Je ne regrette pas parce que c'est varié et j'ai beaucoup de plaisir à partager mes envies avec les patients et avec les externes parce que j'ai des internes et des externes donc, non, je ne regrette pas. Par moment, on râle mais on est content de faire ce qu'on fait enfin, pour ce qui est de mon cas.

Enquêteur: D'accord. Quel est votre ressenti vis-à-vis des patients dépressifs?

Médecin 6: Bien, euh, je trouve qu'on en a beaucoup. Enfin, il n'y a pas un jour sans qu'on prescrive un antidépresseur ou un renouvellement, pas forcément une initiation. Euh, on voit même des enfants pas bien, des adolescents pas bien.

Enquêteur: Vous dites que vous en avez beaucoup. C'est quelque chose qui vous plaît ?

Médecin 6: Non, bah, non, non. Enfin bon, on est là pour aider les patients et ceux qui viennent nous apporter leur fardot, on les accueille quoi. C'est bien ça mais c'est des gens demandeurs. Il y a tout un tas de formes de dépression. Il y a tous ces gens anxieux qui veulent des examens, qui veulent des examens et on est en train de leur démontrer qu'ils n'ont pas de pathologie quoi. On est sans arrêt en train de leur dire que c'est autre chose, que c'est psychosomatique, que c'est... Dans ce qu'on a comme patientèle, enfin moi ce que j'ai comme patientèle, il y a beaucoup de patients qui ont un mal être, qui ont des souffrances somatiques, qui sont demandeurs de soins et de consommation et on essaye de freiner ça.

Enquêteur: Et justement anxiété, dépression, c'est difficile de faire la part des choses entre les deux?

Médecin 6: Oui, c'est difficile. Enfin bon après on a des scores.

Enquêteur: Vous utilisez des tests ?

Médecin 6: J'utilise au pif. Je ne remplis pas ma fiche d'Hamilton mais je le fais au pif quoi..

Mais c'est vrai que c'est un peu, c'est de l'à peu près. Je suis bien consciente que c'est pas... Je ne suis pas psychorigide et je ne sais pas me coller dans le moule.

Enquêteur: D'accord. Comment vous les abordez les patients dépressifs et anxieux?

Déjà, est-ce que pour vous, certains patients peuvent être dépressifs sans comorbidité anxieuse?

Médecin 6: Sans anxiété ?

Enquêteur: Enfin, sans pathologie anxieuse.

Médecin 6: Moi, j'ai vu des gens dépressifs toute leur vie et qui n'étaient bien qu'avec un antidépresseur. Et sans vraiment d'anxiété. Ils dorment bien mais ils n'ont pas d'envie de toute leur vie. Et puis, ils sont apathiques, sans envie, sans joie de vivre. Euh, avec plus ou moins des baisses d'humeur mais je vois des cas, enfin ce n'est pas la majorité, qui ne sont pas anxieux, qui n'ont pas besoin d'anxiolytique.

Enquêteur: Est-ce que vous trouvez que chez les patients anxieux et dépressifs, la pathologie dépressive est différente?

Médecin 6: Euh, oui il y a un ado dépressif sans anxiété... enfin dépressif pur: pas d'envie de vivre, envie de se suicider, envie de se faire mal et sans anxiété. Mais quand même l'anxiété à force a fini par entraîner une dépression aussi. Alors est-ce qu'on met trop d'antidépresseurs parce qu'on nous tape sur les doigts avec les benzos. Enfin, je ne sais pas. Enfin, est-ce qu'on classe dans les anxiodépressions des anxiétés générales. Enfin tout ce qui est anxiété généralisée, on traite par antidépresseur mais c'est pas une dépression. C'est pas la même chose; enfin c'est deux choses différentes mais c'est vrai qu'on amalgame, c'est croisé quoi. Je ne sais pas trop, c'est difficile. Chaque patient est différent enfin. Les classer anxieux, souvent on est anxiodépressif dans le motif.

Enquêteur: Quelle est votre prise en charge de ces patients dépressifs avec une comorbidité anxieuse?

Médecin 6: Alors il y a des anxieux qui ne sont pas dépressifs.

Enquêteur: Oui, alors là c'est les deux.

Médecin 6: Des anxieux pour les choses de la vie, des étapes de la vie puis ça passe une fois qu'ils sont en vacances, qu'ils n'ont plus de soucis. Enfin ils redeviennent anxieux après mais c'est de l'anxiété légère. L'anxiété qui empêche de dormir, qui empêche de faire des choses,

qui, qui est prenante. C'est vrai que si on ne les aide pas, c'est vrai qu'après ils vont devenir dépressifs, je sais pas.

Enquêteur: Et comment vous prenez en charge ces patients anxiodépressifs?

Médecin 6: Je ne mets jamais d'antidépresseur au départ, on met un anxiolytique. On commence par des plantes d'abord, aubépine, passiflore, c'est mes grands trucs. On les fait revenir au bout de huit, dix jours et puis...

Enquêteur: C'est vous qui en prenez l'initiative ou vous laissez le patient prendre son rendez vous?

Médecin 6: Bien, on leur propose. Et puis, ils n'ont pas forcément envie de prendre des médicaments tous, c'est pas des accrocs aux médicaments. Pour les nouveaux qui ne sont pas bien, qui ont des troubles somatiques et qui viennent chercher une aide, bah, d'abord on enlève tout ce qui est organique et puis après on leur fait comprendre que leur mal c'est autre chose, parce que l'anxiété ce n'est pas facile à démontrer. On voit ça quand ils ont mal au bide ou qu'ils ont la boule, ... l'oppression ou la boule à la gorge. Ce n'est pas facile de leur démontrer que ce n'est pas un cancer, donc une fois qu'on les a convaincus que c'est vraiment leur anxiété, qu'ils ont perçu ça, qu'ils arrivent un peu, on essaie de leur faire prendre à gérer. Quelques fois, je leur dit de faire le test du LEXOMIL. Alors c'est pas bien je leur donne une boîte de LEXOMIL et puis je leur dis si la prochaine fois ça reprend cette douleur là, mettez ½ LEXOMIL à fondre sous la langue et regardez ce qui se passe. C'est un test, si ça passe, c'est que c'est de l'anxiété et si ça ne passe pas, il faut qu'on s'occupe de vous. Oui, enfin c'est mon truc. Mais ce n'est pas dans les clous, pas dans les protocoles.

Enquêteur: Quels sont vos rapports avec les psychiatres, psychologues pour la prise en charge de ces patients?

Médecin 6: On a du mal à avoir les psychiatres.. Alors quand c'est urgent, les gens en danger ou qui ne sont pas bien, on adresse au CMP parce qu'en 8 jours

les infirmières peuvent les recevoir. Autrement, c'est deux à trois mois, les délais pour avoir un psychiatre. Moi, j'envoie toujours les anxiodépressifs je leur dis toujours de consulter un psychiatre. Je leur donne la liste des gens avec qui je travaille. Après il faudrait pour les psychologues des prises en charge...Je n'ai pas de préférence et le problème c'est qu'ils ont besoin d'un soutien et que je n'ai pas forcément envie de les prendre en charge en psychothérapie.

Enquêteur: Vous ne faites pas de psychothérapies?

Médecin 6: C'est du soutien mais je ne prétend pas être psychothérapeute quand même. Non, non, je veux bien les aider mais pas les porter.

Enquêteur: D'accord, donc vous les voyez conjointement en général, vous les orientez rapidement ?

Médecin 6: Oui, c'est le CMP, c'est les psychiatres dès qu'ils trouvent un psychiatre qui veut bien les prendre en charge mais nos délais c'est 2-3 mois donc il faut attendre en attendant. Donc je les revois toujours au moins dans les trois premières semaines quand je mets un antidépresseur mais c'est pas la première fois mais la deuxième ou troisième fois quand ça va pas mieux avec les plantes ou un peu de XANAX. On donne de moins en moins de LEXOMIL, on essaie d'en mettre moins mais c'est vrai que comme ils connaissent, c'est plus simple pour nous d'en parler. C'est parlant pour les personnes.

Et puis après je leur dis, vous savez cette angoisse ça vous ronge il faudrait essayer un traitement de fond qui est moins dangereux que les anxiolytiques et pour lequel on peut après petit à petit se sevrer et passer ce cap en faisant une psychothérapie. Quoi, pour moi dans la démarche, c'est comme ça quoi.

Enquêteur: Vous utilisez plutôt quels antidépresseurs?

Médecin 6: Je n'utilise pas les nouveaux, CYMBALTA ça ne me plaît pas. J'utilise le

SEROPLEX, le ZOLOFT, les classiques...mais bon je trouve qu'on a trop l'occasion d'en prescrire. On arrive à faire percevoir aux gens que leurs symptômes s'améliorent donc les convaincre que c'est bien une dépression. Et petit à petit à leur dire, on va essayer, peut être au bout de 6 mois, 9 mois 1 an de leur faire diminuer. Mais quand ils ont connu quelques fois des antidépresseurs, ils veulent, ils diminuent, diminuent, ça va pas bien allez hop, on recommence. Et après on a du mal à ne pas leur laisser ce confort qu'ils ont de rester sous antidépresseur enfin notamment les jeunes. Je, enfin les jeunes adultes c'est la facilite, ça résout pas mal de leurs problèmes.

Enquêteur: Si vous le jugez nécessaire, comment pourriez vous améliorer cette prise en charge?

Médecin 6: Commencer une thérapie, oui c'est changer leur mode de vie, travailler avec le psychiatre. Mais bon c'est vrai que je n'ai pas envie de faire de la psychothérapie ou de les prendre tout le temps ; je trouve que c'est trop lourd. Il y a déjà tout un tas de trucs à porter, c'est trop. Non, non, c'est trop, ça charge la barque, on a déjà pas mal de choses à porter. Non ça suffit enfin moi je passe la main. Enfin tous, alors après ils y vont, ils n'y vont pas parce que il y en a qui,...qui veulent pas..., qui veulent pas trop se bouger.

Enquêteur: Donc vous pensez que pour améliorer leur prise en charge entre autres, il faudrait que l'accès aux spécialistes soit plus facile.

Médecin 6: Un parcours plus facile quoi. Et puis on doit tout résoudre et voilà donc on passe du temps. Enfin il y a le CMP quand même qui s'est bien ouvert avec les infirmiers psy qui, qu'accueillent les gens qui les écoutent, ça les aide quand même. C'est quand même une aide. On voit des gens en souffrance qui vont très mal, qui veulent mourir ou qui n'ont plus goût à la vie ça. De pouvoir pas tout porter et de les confier aussi à quelqu'un d'autre... car on renouvelle les arrêts de travail, on les prend en charge quand même, on a une part sociale au niveau de tout. Donc

d'avoir une aide extérieure, ça nous aide. Moi ça m'aide en tout cas.

Enquêteur: Sur quoi basez-vous vos prises en charge, les conseils que vous donnez aux patients?

Médecin 6: Je leur explique pour qu'ils se prennent en charge, enfin qu'ils sachent quel est le médicament qu'ils prennent car ils confondent tous les médicaments. Ils me disent, oui j'ai pris des antidépresseurs, car pour eux le LEXOMIL ou les benzos, pour eux c'est des antidépresseurs. Ils mettent tout ça dans le même sac donc j'essaie de leur expliquer que c'est pas la même molécule les antidépresseurs et les anxiolytiques, qu'on est quand même pas dans la même catégorie. Et bien ça, il faut leur faire comprendre. Quand je leur prescris un antidépresseur, je leur dit que c'est pour 6 à 9 mois, que c'est pas pendant 15 jours et qu'au début ça va les rendre malades. Qui vont avoir pendant 15 jours, ils vont avoir des vertiges, nausées, je leur donne vraiment le...c'est pour pas être emmerdée. Quand on leur donne des antidépresseurs de toute façon ils les arrêtent au bout de deux jours si on ne les a pas prévenus qu'ils auraient des vertiges, des nausées, la moitié arrête. Le but est que ça ne marche pas avant de 15 jours, 3 semaines, qu'il faut refaire le point dans un mois.

Enquêteur: Donc, vous voyez beaucoup des patients anxiodépressifs.

Médecin 6: Ben, je trouve que j'en voit trop.

Enquêteur: Vous pensez que c'est une charge trop lourde pour les médecins généralistes?

Médecin 6: Ben oui parce que c'est chronophage, j'aime mieux traiter une angine. Et à chaque fois c'est fatiguant. Il faut faire attention à ce qu'on dit, on essaie de les soutenir donc on ne peut pas penser à autre chose, quoi alors que quand on a une rhinopharyngite, voilà quoi..

Enquêteur: Vous vous sentez formée à cette prise en charge?

Médecin 6: Non, nous à notre époque on n'a pas eu de formation, on s'est formés sur le terrain. Et j'ai fait des séminaires pour les dépressifs, on voit des trucs et puis on traite sur le terrain quand même. Mais quand je vois les internes, ils n'aiment pas non plus ces patients « Oh encore un psy ». C'est, c'est pas ce qu'on aime, on aime mieux un bon diagnostic organique. C'est plus simple peut être. Mais pourtant c'est 80% de notre activité. Je regarde, j'en ai déjà eu ce matin, j'en aurais cet après-midi. Euh des gens qui vont mal... Quand on regarde il y en a tous les jours. Quel dommage! Je regarde mon agenda, j'ai prescrit des antidépresseurs hier, j'en prescrirai demain. C'est assez impressionnant et on est le pays qui en consomme beaucoup trop, alors il y a un problème.

Enquêteur: Et vous ne voyez pas comment on peut faire autrement que d'en prescrire?

Médecin 6: Alors je sais pas, il faudrait secouer tout le monde. Je ne sais pas, on est trop gâté.

En fait c'est sur les patients anxio-dépressifs, la prise en charge du médecin c'était ça, Moi j'ai dit mon ressenti des patients.

## Entretien Médecin 7

Enquêteur: Alors déjà, si vous deviez vous présenter vous, en tant que médecin généraliste, comment vous pourriez décrire votre activité?

Médecin 7: Alors, euh je pourrais dire que je prends en charge globalement le patient puisque moi, je m'intéresse beaucoup au patient, au terrain. Donc c'est surtout comme ça que j'envisage... donc effectivement tout patient pour moi, tout ce qu'il me raconte est important, ..., sa vie passée, ce qui lui est arrivé. Tout est pris en considération.

Enquêteur: Pourquoi vous avez choisi la médecine générale si c'était un choix à la base ?

Médecin 7: C'est-à-dire d'être médecin ou la médecine générale ?

Enquêteur: La médecine générale, et puis après, l'homéopathie puisque vous avez fait un choix.

Médecin 7: Pour moi, c'est la meilleure façon de prendre en charge globalement l'être humain. C'est pour ça que j'ai choisi la médecine générale.

Enquêteur: Qu'est-ce qui vous plaît le plus dans votre métier?

Médecin 7: Le plus, c'est le contact humain.

Enquêteur: D'accord.

Médecin 7: C'est ce qui me passionne le plus: aider l'autre. C'est vraiment ce qui me passionne dans cette façon de pratiquer et parce que c'est très, très, très vaste et passionnant. Et il y a toujours des choses à apprendre et quelque chose à apporter à la personne et c'est très très enrichissant pour moi.

Enquêteur: D'accord. Quel est votre ressenti vis-à-vis des patients dépressifs ?

Médecin 7: Alors, j'essaie toujours de ne pas juger donc de ne pas..., je n'ai pas d'à priori. Voilà donc, j'essaie de ne pas avoir

d'émotion, d'être empathique, voilà de..., d'essayer de ne pas interférer avec eux.

Enquêteur: D'accord, c'est pas quelque chose qui vous dérange, une pathologie qui est difficile à prendre en charge?

Médecin 7: Il n'y a aucune pathologie qui me dérange.

Enquêteur: D'accord, tout vous intéresse.

Médecin 7: Voilà, tout m'intéresse.

Enquêteur: D'accord, donc les patients anxieux c'est la même chose?

Médecin 7: Bien sûr, à partir du moment où je peux les aider, moi ça m'intéresse toujours.

Enquêteur: D'accord, donc vous avez un patient qui est à la fois anxieux et dépressif que vous voyez en consultation, comment vous l'abordez?

Médecin 7: Ben, j'essaie de savoir pourquoi, qu'est-ce qui se passe. D'abord s'il y a longtemps. Enfin bon je fais l'histoire de..., les antécédents. Et puis essayer de trouver quelle est la cause de cette anxiété. Voilà, et puis après d'essayer de..., de l'aider à trouver une solution qui puisse l'aider.

Enquêteur: D'accord, est-ce que vous essayez de différencier les deux: dépression, anxiété ou finalement ça change pas spécialement votre prise en charge?

Médecin 7: Moi, ça change pas ma prise en charge et puis bon généralement ils ont commencé à être anxieux avant d'être dépressifs donc ...C'est quand même très lié.

Enquêteur: Est-ce que vous utilisez des échelles particulières, des tests?

Médecin 7: Non, non, je les utilise pas.

Enquêteur: D'accord. Comment vous les prenez en charge, ces patients même si

chacun est différent bien entendu, mais en règle générale?

Médecin 7: Alors , bon ben donc d'abord j'étudie comme je vous l'ai expliqué le...J'essaie de savoir, de comprendre. J'essaie de savoir ce qui, ce que lui ressent. Et après donc je fais aussi beaucoup de TCC je sais pas si ça vous intéresse.

Enquêteur: Si au contraire ça m'intéresse.

Médecin 7: Donc, j'essaie de voir si , en TCC on peut l'aider et puis, et puis après, si vous voulez, moi je fais toujours la consultation. Et puis après, comme je vous ai expliqué tout à l'heure, je fais une séance thérapeutique. Donc pendant cette séance donc, que moi je fais, je leur apprends aussi..., je ne sais pas si vous connaissez aussi la technique de la cohérence cardiaque?

Enquêteur: non.

Médecin 7: Donc ça ressemble un petit peu à de la sophrologie, on pourrait dire. Et donc pendant que je fais la séance moi , je les fais mettre en cohérence cardiaque, donc je les fais respirer. C'est une technique qui est basée sur la respiration abdominale et en se disant des choses. Et donc je les fais mettre sous cohérence cardiaque donc déjà ça leur fait beaucoup de bien. Et donc c'est déjà une ressource après quand ils sont chez eux, ils peuvent réutiliser cette technique. Et donc après, pendant la séance, pendant que moi je fais l'ordonnance, j'ai un logiciel sur la cohérence cardiaque et donc je leur fais faire pour voir s' ils arrivent à se mettre en cohérence cardiaque. Donc ça nous vient des Etats unis cette technique. C'est le docteur David Servant Schleiber qui l'a introduit en France qui en a parlé le premier dans un livre qu'il a appelé « guérir ». Les deux premiers chapitres sont sur cette technique qui s'appelle la cohérence cardiaque et donc nous avons été plusieurs confrères à lire ce livre et à nous dire, ça, c'est vraiment intéressant, il faut qu'on se forme à cette technique . Et donc, on a fait des formations, on a fait venir en France cette technicité et donc le logiciel qui est adapté. Donc vous avez un capteur, vous mettez le doigt et donc ça

capte le capillaire et donc ça enregistre en fait la variabilité du rythme cardiaque.

Enquêteur: D'accord.

Médecin 7: Et donc ça permet de visualiser donc si la personne arrive à se mettre en cohérence cardiaque. Et donc c'est très intéressant parce que quand la personne est en cohérence cardiaque, elle est..., ça stimule immédiatement la sécrétion d'hormone de bien-être on va dire entre guillemets. Donc ça fait baisser le cortisol. Donc tout ça c'est prouvé et il y a eu des tests biologiques qui ont été faits en même temps . Et donc ben ça aide le patient à voir ce qu'il peut faire avec cette ressource quand il est chez lui et qu'il ne va pas bien.

Enquêteur: D'accord. C'est un petit peu des auto-exercices.

Médecin 7: Voilà, donc ça c'est, c'est aussi quelque chose que je fais faire pendant que je fais moi, mon ordonnance.

Enquêteur: D'accord.

Médecin 7: Faut trois à quatre minutes, c'est très vite fait.

Enquêteur: D'un point de vue médicamenteux, vous utilisez quoi?

Médecin 7: Alors médicamenteux, moi j'utilise l'homéopathie et j'utilise pas mal des oligoéléments aussi et puis des plantes.

Enquêteur: D'accord.

Médecin 7: Donc phyto, ce qu'on appelle la gémothérapie, je ne sais pas si vous connaissez, c'est les bourgeons. Ce sont les plantes mais sous forme de bourgeons.

Enquêteur: D'accord.

Médecin 7: Puis après, ils sont dilués.

Enquêteur: Et pour les dépressions sévères ?

Médecin 7: Alors moi d'abord si vous voulez j'ai une pratique tout à fait

particulière puisque moi je vois les patients, on pourrait dire en plus de leur médecin généraliste. Donc les patients viennent me voir pour avoir autre chose.

Enquêteur: D'accord.

Médecin 7: C'est-à-dire que moi je vois des patients qui sont effectivement..., qui ont un traitement chimique. Mais j'en ai aussi qui viennent me voir parce qu'ils ne veulent pas prendre de produit chimique.

Enquêteur: D'accord.

Médecin 7: D'accord donc c'est sûr que c'est pas les médicaments que je vais prescrire en première intention. Moi, ils viennent me voir pour avoir autre chose.

Enquêteur: Et du coup il y a une adaptation, s'ils ont un traitement par leur médecin traitant par exemple?

Médecin 7: Bien sûr, bien sûr ...Oui, oui, ben de toute façon c'est toujours complémentaire donc il n'y a aucun problème à associer les deux aussi, donc ça c'est pas un souci. Et après les gens d'eux-mêmes ou ils le font avec leur médecin traitant, ils diminuent leur traitement tout doucement. Enfin, je ne fais jamais arrêter un traitement. Quand les patients viennent me voir et qu'ils ont un traitement chimique, je leur dit bien, d'associer les deux, surtout ne pas les arrêter. Et, et après de voir avec leur médecin si ça va mieux, de les laisser suivant ce qu'il leur dit. Moi je ne m'occupe pas de, de la partie, de la partie chimique si vous voulez.

Enquêteur: D'accord.

Médecin 7: Je fais que ma partie à moi. Mais ça m'est arrivé récemment, là justement, d'avoir un patient donc, qui lui était un de mes patients et qui avait aussi son généraliste, que je suis depuis longtemps, qui ne voulait pas prendre de produit chimique et donc que j'ai soigné pendant très longtemps. Il est dépressif depuis très longtemps donc ça allait bien et puis récemment il a décompensé et donc il a pris les deux traitements en même temps. Il a même été hospitalisé à

Poitiers et après il a été à comment ça s'appelle à la « Villa bleue ».

Enquêteur: Saujon?

Médecin 7: Euh oui c'est ça. Saujon. Donc voilà, ça peut aussi m'arriver d'orienter les patients sous, avec des produits.

Enquêteur: D'accord.

Médecin 7: Donc c'est pas moi qui les prends en charge.

Enquêteur: Oui donc vous prescrivez pas, vous faites pas les prescriptions.

Médecin 7: Non, non parce que maintenant ça fait 26 ans que je fais cette médecine et donc...

Enquêteur: Vous êtes très spécialisé?

Médecin 7: Euh, j'connais pas enfin j'veux dire...

Enquêteur: Vous ne les manipulez pas.

Médecin 7: Oui enfin j'ai pas l'habitude de les manipuler donc je ne veux pas les manipuler. Je ne me sens pas compétente pour le faire donc je laisse aux gens compétents de le faire.

Enquêteur: Vous parliez des TCC, vous en pratiquez beaucoup ?

Médecin 7: Oui pas mal, oui pas mal, oui, oui.

Enquêteur: C'est une technique dont beaucoup de médecins généralistes m'ont parlé mais ils n'avaient pas la formation.

Médecin 7: Moi j'ai fait des formations et je trouve ça pas mal.

Enquêteur: C'est quelque chose qui fonctionne bien?

Médecin 7: Oui, oui, ça fonctionne bien. Moi j'ai surtout appris dans le cadre... parce que je fais beaucoup de prises en charge pour le poids et donc je m'en sers beaucoup dans ce cadre là. Donc j'ai pas mal de pratique et ça peut m'arriver de le faire aussi dans d'autres cadres.

Enquêteur: D'accord.

Médecin 7: Justement dans l'anxiété.

Enquêteur: Vos relations avec les psychiatres, psychologues, ça vous arrive d'adresser les patients ?

Médecin 7: Je passe par l'intermédiaire de leur médecin généraliste .

Enquêteur: D'accord. Oui donc vous, vous faites un petit peu de psychothérapie?

Médecin 7: Oui, un petit peu oui, voilà.

Enquêteur: D'accord. Comment vous pensez, si toutefois c'est améliorable, qu'on pourrait améliorer la prise en charge de ces patients?

Alors vous, vous offrez des techniques complémentaires...

Médecin 7: Oui donc je pense euh, que c'est une bonne, justement, une bonne amélioration de la prise en charge de ces patients. Parce que ça permet de diminuer les doses donc je pense que...Enfin les patients me disent qu'ils se sentent mieux, ils se sentent mieux, beaucoup mieux.

Enquêteur: Et c'est des traitements qui sont longs généralement, je parle que de vos traitements pas des traitements antidépresseurs classiques?

Médecin 7: Ben, c'est-à-dire que après, tout dépend comment les patients voient la situation. Pour moi si vous voulez, c'est une médecine globale donc, c'est autant une médecine préventive qu'une médecine curative donc évidemment . Moi je vois les gens pour un problème et après si ils le veulent on peut, on fait les séances si vous voulez en préventives de temps en temps. Donc, ça c'est l'idéal mais après chacun fait, les patients font ce qu'ils veulent. Il y a des gens qui viennent me voir et qui sont mieux et que je revois plus jamais après c'est, c'est leur choix.

Enquêteur: Et c'est les patients qui viennent vous voir d'eux-mêmes ou ça vous arrive que vos confrères généralistes vous les adressent?

Médecin 7: Non les patients, les généralistes me les adressent exceptionnellement ou alors c'est les patients qui leur demandent. C'est toujours par le, c'est le bouche à oreille qui marche .

## Entretien Médecin 8

Enquêteur : alors si vous deviez vous présenter comme médecin, que diriez-vous ?

Médecin 8 : Je suis une femme, médecin généraliste, la quarantaine. Je fais une médecine générale de campagne. J'ai autant de personnes âgées que de nourrissons et de gens jeunes. L'anxiété-dépression est quelque chose qui est très fréquente en médecine générale en campagne. La prise en charge reste surtout par le médecin généraliste. Voilà.

Enquêteur : La médecine générale est un choix ?

Médecin 8 : Oui, je l'ai choisie. C'est quelque chose que je voulais, car j'ai essayé le milieu hospitalier, j'ai fait de la médecine de ville et je me suis rendue compte que c'était pas pour moi donc je suis venue m'installer là où j'ai vécu toute petite. Avant, j'ai exercé sur Châtelleraut, Poitiers, j'ai travaillé à l'hôpital de Poitiers et aussi de Châtelleraut dans les services de médecine. J'ai expérimenté un peu tout.

Enquêteur : Qu'est ce qui vous plaît dans votre métier ?

Médecin 8 : C'est le contact avec les gens. Une médecine de rapprochement, on a beaucoup de contact avec les gens. C'est très agréable, on a des gens qui sont moins faciles mais bon. La prise en charge est plus globale, on a des dossiers beaucoup plus difficiles qu'en ville. On a plus une approche globale de la personne en campagne, on est plus loin des spécialistes et en campagne les gens vont moins vers les spécialistes. Ils nous demandent plus à nous médecins généralistes de les prendre en charge, surtout des gens d'une certaine génération.

Enquêteur : Quel est votre ressenti vis à vis des patients dépressifs ?

Médecin 8 : Je dirais qu'on n'est jamais à l'abri d'une personne tellement dépressive qu'elle passe à l'acte. On a toujours peur de passer à côté parce qu'on a un cabinet

qui est très chargé. On n'a peu de temps de discussion avec les gens et ça m'est arrivé de voir des gens dépressifs, je pense notamment à une dépression du post partum que j'ai peut-être mal jugée, je sais pas, et qui est passé à l'acte après m'avoir vue. Voilà, c'est toujours notre peur dans la dépression, c'est que le patient passe à l'acte. Pour nous, c'est qu'est ce qu'on n'a pas vu, voilà. Quelque chose qui est médical, c'est pas pareil, on a des signes médicaux. Dans la dépression, c'est plus, c'est moins palpable je dirais. On peut passer à côté.

Enquêteur : Et vis-à-vis des anxieux ?

Médecin 8 : La personne anxieuse, c'est plus facile. Parce que la personne anxieuse, elle vient, elle sait pourquoi elle vient, elle sait pourquoi elle est anxieuse. Je pense que c'est plus simple que la personne dépressive. L'anxiété, on arrive mieux à la gérer. Pour ma part.

Enquêteur : Je vais vous parler des patients dépressifs et anxieux. Déjà, pour vous est ce que c'est toujours associé ?

Médecin 8 : Pas tout le temps. Il y a des dépressifs qui ont une dépression par rapport à leur vécu. Et puis après, il y a des gens très très anxieux mais sans que leur anxiété n'amène une dépression. Après, vous avez l'anxiété-dépressif qui a les deux.

Enquêteur : Donc, vous comment vous abordez ces patients dépressifs avec une comorbidité anxieuse ?

Médecin 8 : Alors, ils ne viennent peut être pas me voir pour ce problème là. Souvent, ils ont des maux un peu partout, ils ont des doléances, ils sont fatigués. Il y a une fatigue physique qui est liée à une fatigue psychique. Et ils le disent bien, ils se sentent opprimés, voilà. Donc, on essaie d'éliminer le côté organique de tous ces maux et une fois qu'on a éliminé ce côté organique, on aborde le côté psychologique tout en traitant l'anxiété avant quand même.

Enquêteur : Et ça, dès la première consultation ?

Médecin 8 : Ça dépend des personnes. Il y a des personnes qui vont parler tout de suite et d'autres, il faut plus ou moins de consultations pour arriver à cerner le problème et puis, il faut les amener doucement vers ce diagnostic. C'est peut être mieux accepté par les gens un peu plus jeunes je dirais que par les gens de 40 -50 ans où c'est peut être moins bien perçu.

Enquêteur : Comment est ce que vous prenez en charge ces patients ?

Médecin 8 : Alors quand il y a une vraie anxiété-dépression qu'on a prouvée avec des échelles.

Enquêteur : Oui. Vous utilisez des échelles ?

Médecin 8 : Oui, je les utilise. Pas forcément systématiquement, mais quand c'est compliqué de faire la part des choses et pour estimer la gravité.

Enquêteur : C'est difficile de faire la part des choses entre anxiété et dépression ?

Médecin 8 : Oui c'est compliqué. Mais je ne cherche pas trop, je traite les deux. J'élimine toujours le côté organique d'une asthénie ou d'une dépression. On fait un bilan thyroïdien, on fait le systématique comme tout le monde fait. Et je traite d'emblée, quand je vois que vraiment il y a une insomnie, une anorexie. Je fais un arrêt de travail. Parce que quand le travail est la source ou entraîne une anxiété, il faut pas chercher, faut faire une rupture, et on traite. Et on revoit systématiquement à 8 ou 15 jours.

J'utilise beaucoup les IRS et IRSNA en mettant un traitement anxiolytique dans les quinze premiers jours et je les revois 8 à 5 jours après.

Enquêteur : Comment traitez-vous l'anxiété en particulier chez ces patients ?

Médecin 8 : Déjà, ils ont des troubles du sommeil, donc ça va arranger leur trouble du sommeil. Et si dans la journée, ils ont une bouffée d'angoisse, ils ne se sentent

pas bien, il vaut mieux leur donner quelque chose pour calmer tout ça.

Enquêteur : L'antidépresseur vient à quel moment ?

Médecin 8 : Quand vraiment je suis sûre, très vite. Parfois dès la première consultation et après j'augmente les doses.

Enquêteur : Est-ce que vous établissez un suivi ?

Médecin 8 : Oui, je prévois d'office une consultation 8 à 15 jours après. Systématiquement, il faut qu'ils reviennent. Je fais l'ordonnance pour 8 à 15 jours, je ne mets pas plus. Ils ne reviennent pas toujours, mais ils reviennent au bout d'un moment car ils ne se sentent pas bien. Après quand j'ai vraiment une anxiété qui est très généralisée qui peut aller jusqu'à un passage à l'acte. Là quand je suspecte la moindre chose c'est une prise en charge directe en secteur psychiatrique.

Enquêteur : Est-ce que la prise en charge des dépressifs avec une comorbidité anxieuse est différente de celle des dépressifs ?

Médecin 8 : Non je crois pas.

Enquêteur : Quels sont vos rapports avec les psychiatres et psychologues ?

Médecin 8 : Je travaille beaucoup avec le centre médico-psychologique, le CPM et le CECAT. Je les appelle assez facilement. En urgence, ils me prennent quand même assez facilement. Là où ils n'ont pas le temps et là c'est sûr, ils n'ont pas le temps, c'est de nous retourner le courrier. Ce que je trouve dommage, mais ils voient tellement de monde donc c'est les gens qui viennent nous donner des nouvelles.

Enquêteur : Il y a des gens que vous suivez seule ?

Médecin 8 : Oui, il y a certaines personnes qui sont contre le suivi psychiatrique et qui sont sous antidépresseurs et sous anxiolytiques. Celui que j'ai beaucoup sous la plume en

ce moment, c'est le SEROPLEX que je trouve facile d'utilisation et qui a l'indication un peu partout donc on est tranquille. C'est des consultations qui durent beaucoup plus longtemps

Enquêteur : Et vous, vous avez une formation de psychothérapie ?

Médecin 8 : J'ai appris sur le terrain. C'est l'expérience. Dans nos FMC, il y a certains psychiatres qui interviennent. En cas de doute, on peut toujours, appeler le psychiatre, le Dr L au CHU, elle nous dit ce qu'elle en pense. Elle voit ou pas la patiente après.

Enquêteur : D'accord, vous pouvez avoir des conseils ?

Médecin 8 : Oui

Enquêteur : Pour vos prises en charge, vous vous basez sur quoi ?

Médecin 8 : Je me sers de mon expérience. Les échelles aussi sont bien, je m'en sers pour mettre les patients sous antidépresseur et pour oser monter les doses. En fait, il ne faut pas hésiter, ça je le sais de la psychiatre.

Enquêteur : Et les patients sont au courant que ça va durer longtemps ?

Médecin 8 : Oui ; alors moi, ils sont avertis. Je leur dis, on commence un antidépresseur à visée anxiogène au moins pour trois à six mois. C'est d'office.

Enquêteur : Et les benzodiazépines ?

Médecin 8 : 15 jours, 3 semaines, le temps de l'efficacité de l'antidépresseur.

Ça peut aller jusqu'à un mois, ça peut être plus long des fois.

Enquêteur : Et vous en redonnez après, au cours du suivi de la maladie si ça va moins bien ?

Médecin 8 : Le but, c'est qu'avec l'antidépresseur, tout aille bien. Après, il y a des facteurs extérieurs qui font qu'il y a une rechute donc c'est, à gérer ponctuellement. Peut être mettre 15 jours d'anxiolytiques le temps que le cap soit passé.

Enquêteur : Est-ce que vous pensez que la prise en charge de ces patients est améliorable ?

Médecin 8 : Avoir plus de consultations de psychiatrie au CHU et avoir plus de psychiatres disponibles ; Une prise en charge des psychologues (rires).

Enquêteur : Vos patients vont en voir ?

Médecin 8 : Oui, un sur deux.

Enquêteur : Et vous, vous souhaiteriez faire des psychothérapies ?

Médecin 8 : Non, déjà, deux consultations d'anxi-dépressifs dans la journée ça me suffit. Il faut qu'on soit réceptifs nous aussi, on ne l'ai pas toujours. On se dépêche, il y a l'urgence. Le psychiatre en ville, l'urgence il n'en a pas ; je vois comment ils font les psychiatres en ville quand il y a une urgence, il s'adresse aux médecins généralistes, « appelez votre médecin généraliste » ; un patient qui avait envie de se suicider, on m'a appelée, j'y suis allée en urgence.

## Entretien Médecin 9

Enquêteur : Alors, est ce que vous pouvez vous présenter en tant que médecin généraliste ?

Médecin 9 : Je suis installée en milieu semi rural depuis 12 ans. J'ai une population encore très rurale et une partie de l'hôpital et du campus, de ce côté-là de Poitiers. Donc c'est une clientèle jeune, euh je sais pas c'est des jeunes cadres dynamiques. Ce sont des gens actifs qui veulent être soignés tout de suite, qui ne veulent pas être arrêtés. Alors que les patients ruraux, eux, c'est pas du tout ce tableau là. Enfin, je veux dire, ils ont pas du tout la même conception de la vie. C'est pour ça que j'ai pris les deux extrêmes. Sinon, je ne sais pas, je bosse de 8h à 20h tous les jours sauf le jeudi.

Enquêteur Pourquoi avoir choisi la médecine générale ?

Médecin 9 : Je l'ai choisi parce que pendant mes études, j'étais pas suffisamment douée entre guillemet pour être spécialiste. Mais une fois que ça a été décidé, ça ne m'a pas frustrée. Je suis tout à fait contente, ça n'a jamais été un choix par défaut en fin de compte. Je ne regrette pas.

Enquêteur : Qu'est ce qui vous plait dans votre métier ?

Médecin 9 : Personnellement, j'ai plus d'affinités pour la pneumo et la rhumato, je n'aime pas la gynéco. Sinon le reste, ça va, ça ne me pose pas de problème.

Enquêteur : Vis-à-vis des dépressifs, quel est votre ressenti ?

Médecin 9 : Alors entre le dépressif dépressif et l'anxieux généralisé, j'avoue que j'ai du mal à faire la différence. Enfin la différence, je ne cherche pas vraiment à la faire parce que globalement le traitement est à peu près le même. Enfin du moins pour ma part. Alors en psy, c'est essentiellement ce qu'on voit, anxiété généralisé et dépressifs. Alors soit des dépressifs comme ça, je ne sais pas comment ça s'appelle, soit des dépressifs réactionnels. J'ai pas mal de dépressifs

secondaires à des problèmes de travail, j'ai eu quelques chocs réactionnels à des décès. Puis, j'ai des dépressifs, maladie chronique sans cause évidente.

Enquêteur : Et c'est quelque chose qui vous intéresse ou que vous n'aimez pas comme la gynéco ?

Médecin 9 : Ah non, j'aime bien. Mais j'ai une grande quantité de ce qu'on appelle des psy donc je dois les attirer (rire). Non, la prise en charge ne pose pas trop de problème, le patient ne me pose pas de problèmes particuliers.

Enquêteur : Alors je vais maintenant vous parler des patients dépressifs qui sont anxieux.

Médecin 9 : Alors moi je ne cherche pas forcément à faire la différence.

Enquêteur : Vous pensez que c'est toujours associé ?

Médecin 9 : Non pas forcément. J'ai des patients franchement dépressifs sans anxiété. J'ai aussi des dépressifs anxieux et des anxieux seulement anxieux.

Enquêteur : Est-ce que vous abordez différemment les dépressifs avec une anxiété ?

Médecin 9 : Non, a priori je dirais non.

Enquêteur : Quels est votre prise en charge de ces patients dépressifs avec une comorbidité anxieuse ?

Médecin 9 : Ca prend du temps, déjà c'est un gros problème en soi. A savoir si je le prends différemment je ne pense pas parce que de toutes façons les premières consultations c'est toujours très long. Je suis incapable de vous dire si je pose les questions différemment, j'ose les choses différemment. Moi, je dirais que non.

Enquêteur : Et comment vous menez la consultation ?

Médecin 9 : La première consultation dure toujours très longtemps. Disons qu'à fortiori ils ressortent avec une ordonnance quasiment systématiquement. Et après la conclusion ou je les rappelle en consultation au bout d'un mois ça c'est le minimum. Et après, je leur dit que si ça ne va pas au bout de 8- 15 jours, s'ils ne supportent pas le médicament, bah ils me rappellent ou ils reviennent me voir.

Enquêteur : Et ils sortent avec un rendez vous ?

Médecin 9 : Non. Je ne donne jamais de rendez vous, pour personne. Je leur dit vous revenez me voir dans un mois, ça c'est quand ça se passe le mieux. Ils sortent avec un rendez vous qui n'est pas un rendez vous en fait car mon ordonnance ne fait qu'un mois en fait. Mais ils sortent tous avec un traitement de toute façon que se soit un anxiolytique ou un antidépresseur.

Enquêteur : Vous commencez par quel traitement en général ?

Médecin 9 : Ca dépend. Et puis je leur dit que s'ils ont des effets indésirables avec le traitement ou si dans 15 jours ça ne va pas mieux ou vous me rappelez ou vous revenez. Je finis toujours mes consultations a peu près comme ça. Après mes prescriptions c'est très variable. Parfois, je commence uniquement par un anxiolytique ou un somnifère. Enfin, ça dépend du tableau.

Enquêteur : Quel type d'anxiolytique ?

Médecin 9 : Des benzodiazépines ou alors des plantes quand certains sont réticents. J'ai quand même des patients qui ne sont pas bien dans leur tête, qui viennent me voir parce qu'ils ne sont pas bien mais qui ne veulent pas parce que le voisin, la mère a eu tel médoc, il n'a pas pu s'en débarrasser. Je trouve quand même que j'en ai de moins en moins. Alors des fois, je mets les points sur les i, je leur dis ça ne va servir à rien dans l'état où vous êtes. A certains, j'en mets en sachant pertinemment que ça ne marchera pas. Je les revois 8 jours plus tard et on change. Globalement, de moi-même, en première intention je ne mets jamais de plantes..

Pour moi, ça ne sert à rien dans l'état où je vois les gens.

Enquêteur : Vous pensez qu'il faut mettre le traitement dès la première consultation ?

Médecin 9 : Quand on voit les gens, les trois quart du temps, ils ne sont déjà pas bien. Quand ils viennent pour une consultation que pour ça, c'est qu'ils traînent déjà ça depuis plusieurs semaines pour la plupart. Ils viennent contraints ou forcés parce qu'eux ne se sentent pas bien ou ils ne dorment pas ou alors parce que le conjoint, le frère, la sœur a dit de venir parce que il ne le trouve pas bien. Donc je pense que quand les gens viennent en disant, je suis pas bien, ils ont déjà essayé de faire des choses. Après il y a des gens qui ne veulent pas d'antidépresseur et qui veulent un accompagnement psy.

Enquêteur : Et vous, est ce que vous faites des psychothérapies ?

Médecin 9 : Alors, je le fais quand je n'ai pas le choix. J'en ai une qui me bouffe un peu la vie en ce moment, mais sinon non. D'abord parce que c'est envahissant et c'est long. C'est envahissant, en ce moment j'ai une dame, ça me prend beaucoup de temps et beaucoup d'énergie. C'est un peu usant. Après, on a une psychologue pas très loin qui est pas mal apparemment, les gens sont plutôt satisfaits.

Enquêteur : les patients y vont facilement ?

Médecin 9 : Alors, c'est pas remboursé. Là, apparemment on n'a pas trop de difficulté à envoyer les gens chez cette dame. Je ne sais pas combien elle prend. J'ai vu la semaine dernière un patient dépressif réactionnel avec addiction d'alcool et tout, qui y est allé. Il y va.

Enquêteur : Vous les adressez tôt dans la prise en charge ?

Médecin 9 : Je leur propose, je leur demande. C'est pareil, parce que s'ils ne sont pas d'accord, c'est pas la peine. Comme c'est à eux de prendre leur

rendez-vous et pas à nous, sauf urgence mais ça c'est autre chose, s'ils ont des idées suicidaires c'est directement l'hôpital. Mais pour les gens qui ont besoin d'un suivi, c'est pareil, il y en a qui le suggèrent et puis il y en a à qui il faut le proposer et d'autres qui refusent complètement. Mais je trouve que globalement, il y en a qui vont chez une psychologue du secteur, sinon moi je les envoie soit au centre d'écoute, au CMP. Quand il y a un besoin urgent, c'est moi qui appelle souvent et on arrive à avoir un rendez-vous rapide. Après je les envoie au CHU au CHSV, j'ai des dépressifs qui sont directement suivis au CHSV car un jour ou l'autre, ils ont été hospitalisés et après ils sont suivis par le psychiatre de secteur. Mais au départ, je dirais que c'est un peu la pagaille parce que les psychologues on y arrive à peu près, les psychiatres il en est hors de questions et les centres, ils sont débordés. Déjà pour les avoir au téléphone c'est compliqué.

Mais les gens sont plutôt d'accord pour aller chez le psychologue quelque soit l'âge. Ils aiment bien raconter leur histoire. Ça me surprend, je ne pensais pas que les gens accepteraient aussi facilement le fait de raconter leur histoire. Alors les patients du milieu rural c'est beaucoup plus compliqué surtout si c'est des hommes. Mais globalement, je n'ai pas de syndrome dépressif chez mes hommes agriculteurs, sauf un. Ils ont certainement de gros problèmes mais ils ont l'air d'aller. Alors, est-ce que c'est parce que je ne gratte pas non plus ? Et les femmes agricultrices c'est pareil, ça déprime pas. Pourtant, j'ai une patientelle de femmes âgées, veuves, seules, mais elles ne dépriment pas ; pas du tout.

Enquêteur : en général, vous utilisez quels médicaments chez les patients anxiodépressifs ?

Médecin 9 : Là, récemment, j'ai fait pas mal de SEROPLEX. J'ai quelques patients sous EFFEXOR. Après, j'ai quelques patients sous ZOLOFT mais c'est pas moi qui l'ai instauré. Personnellement, je ne l'utilise pas. Personnellement quand c'est moi qui initie le traitement, je mets du SEROPLEX ou du DEROXAT. Par contre, concernant les benzodiazépines, j'ai des patients qui sont depuis des années sous

TEMESTA, parfois depuis trente ans, donc le sevrage c'est même pas la peine d'y penser.

Enquêteur : Et chez les patients dépressifs avec une anxiété, vous garder une benzodiazépine ?

Médecin 9 : Alors d'emblée, ils savent déjà qu'ils vont prendre l'antidépresseur pendant au moins 6 mois. Je le dis d'emblée. Et si j'associe à une benzodiazépine parce qu'ils pleurent tout le temps, ils ne dorment pas bien, je leurs dis que je le mets pour 15 jours et que dans 15 jours on commencera à diminuer. Je le dis d'emblée pour que les gens sachent à quoi s'attendre. Je leur redis au bout de 15 jours, on commence à diminuer, c'est pas bon. Ils le savent souvent, ça maintenant c'est souvent un avantage, les gens savent que le LEXOMIL à demeure c'est pas bon. Ils l'ont entendu à la télé, à la radio. Ils savent pas forcément tout, mais globalement ils savent qu'il ne faut le prendre tout le temps. Par contre, l'histoire des antidépresseurs, ils ne le savent pas. Au début, ils ne veulent pas prendre du LEXOMIL par exemple et puis après ils ont du mal à s'en passer. Les antidépresseurs, ils ne sont pas au courant qu'il faut le prendre pour au moins 5 à 6 mois.

Enquêteur : Sur quoi basez-vous vos prises en charge ?

Médecin 9 : Sur l'expérience. Les formations, il n'y en a pas beaucoup et on n'y va pas forcément. Il y a deux ans, on avait été à Preuve et Pratique et il y avait des sujets de psychiatrie intéressants. Sinon, on lit les journaux. Et puis surtout, il y a l'expérience. C'est vrai que lorsqu'il y a de nouveaux médicaments, il faut essayer, là il n'y a pas d'expérience.

Enquêteur : Si vous le jugez nécessaire, comment pourriez-vous améliorer votre prise en charge ?

Médecin 9 : silence.

Enquêteur : Est-ce que vous pensez par exemple que vous pourriez vous former à la psychothérapie ?

Médecin 9 : C'est pas mon job, je dirais que je ne veux pas en faire. Ça prend du temps, ce n'est pas mon truc. Après effectivement, comment améliorer, je ne sais pas. Après ça me gêne un peu de tout faire. Les gens, quand ils viennent nous voir, ils viennent parce qu'ils ne sont pas bien, ils racontent un bout de ce qui ne les rend pas bien. Enfin, on ne creuse pas au départ, sauf si on veut faire une psychothérapie. Ils nous en donnent un bout. Après je ne sais pas si en temps que médecin généraliste, connaître plein de choses et tout ; je ne suis pas sûre que ça soit une bonne chose. Pour le suivi après du diabète, de la tension, je suis pas sûre que creuser comme ça dans les coins, c'est forcément une bonne chose. Je ne suis pas sûre que de tout connaître de quelqu'un, je ne suis pas sûre que dans la relation après, ça soit valorisant, intéressant et tout. Enfin personnellement,

je ne pense pas qu'il faut qu'on soit au courant de tout dans les détails. Je veux bien les soutenir, par contre faire la psychothérapie, je ne suis pas sûre que ce soit judicieux. En plus, je suis la femme, le mari, le beau frère, etc...C'est pour ça que le psychiatre ou le psychologue, une personne extérieure me paraît plus judicieux. Après, on suit conjointement. La semaine dernière, j'ai un patient que je suis depuis longtemps, que j'ai vu pour une dépression réactionnelle, je n'ai pas prescrit de traitement. Il devait voir la psychologue donc je lui ai dit de me rappeler après pour voir si elle jugeait qu'un traitement était nécessaire. La psy m'a rappelée pour me dire, il faut un traitement, elle a même dépatouillé le terrain parce que moi, il y avait un truc, je n'arrivais pas à mettre le doigt dessus. Puis moi, j'ai mis le patient sous Norset mais elle continue la psychothérapie.

## Entretien Médecin 10

Enquêteur : Si vous deviez vous présenter en tant que médecin généraliste, que diriez vous ?

Médecin 10 : Vaste question. Je fais de la médecine générale. J'ai passé une capacité de gériatrie, donc je suis médecin à l'EPAHD. Je fais médecin pompier, donc un peu d'urgence aussi. Autrement, je fais de la médecine générale courante.

Enquêteur : D'accord. Pourquoi avez-vous choisi la médecine générale ?

Médecin 10 : Parce que j'avais commencé à faire beaucoup de chirurgie en stage, j'ai préparé l'internat pour faire chirurgie et je me suis aperçu que c'était un monde particulier.

Enquêteur : Qu'est ce qui vous plait dans votre métier ?

Médecin 10 : Ce qui me plait, c'est le contact avec les gens, travailler en commun ici. Je trouve ça intéressant. Et puis être une petite fourmi dans les recherches pour faire un diagnostic.

Enquêteur : D'accord. Quel est votre ressenti vis-à-vis des patients dépressifs ?

Médecin 10 : Les patients dépressifs, c'est toujours très compliqué ; mais je les adore. (Rires)

C'est pas ma tasse de thé. Maintenant, il y a de plus en plus de patients dépressifs. Euh, on essaie de dialoguer au maximum avec eux et puis de mettre un petit traitement au départ. On les revoit 15 jours après pour voir si tout se passe bien, ou s'il y a besoin d'une aide extérieure qui est difficile à obtenir ; les rendez vous chez les psy, c'est très long.

Enquêteur : Et vis-à-vis des patients anxieux ?

Médecin 10 : Les patients anxieux, déjà on les connaît. Ça fait longtemps qu'ils sont anxieux. Après quand on passe le stade dépressif, là c'est plus ennuyeux. On a une petite alerte car ici, c'est quand même un monde rural où il y a quand même pas mal de gens qui se foutent en l'air. J'ai un

patient qui me disait que cette année, les suicides c'est impressionnant partout, dans toute la région. Les patients anxieux c'est moins stressant que les patients dépressifs. Parce que le passage à l'acte, c'est le risque. Après, il faut savoir reconnaître, il y a les dépressifs, les bipolaires.

Enquêteur : Comment abordez vous les patients qui sont à la fois anxieux et dépressifs ? Les deux pathologies sont t'elles toujours associées selon vous ?

Médecin 10 : Il peut y avoir une dépression sans anxiété. C'est moins fréquent que les anxio dépressifs mais on les trouve.

Enquêteur : Comment prenez vous en charge les patients qui sont dépressifs avec une comorbidité anxieuse ?

Médecin 10 : En règle générale, on essaie le traitement antidépresseur assez rapidement. Je les reconvoque systématiquement. Je mets le traitement pour un mois et je leur dis de passer 15 jours après pour voir si ça va. Sachant qu'on leur dit que 15 jours, c'est le minimum pour que le traitement commence à agir.

Enquêteur : Comment prenez vous en charge spécifiquement l'anxiété chez ces patients ?

Médecin 10 : oui, je mets des benzo.

Enquêteur : Et les psychothérapies ?

Médecin 10 : Personnellement, je discute un peu, mais c'est de psychothérapie de bas étage. (Rires). Oui, oui, je discute un petit peu. Il y a beaucoup de dépression sur les séparations, des choses comme ça. Dans ces cas là, on connaît, on essaie de prendre en charge. On connaît les conjoints aussi.

Enquêteur : quels sont vos rapports avec les psychiatres, les psychologues dans ces cas là ?

Médecin 10 : Je garde les patients quand ça va, et quand je vois que ça décroche, je

téléphone à mon ami, confrère psychiatre. J'en ai un en ville, à qui je peux adresser mes patients.

Enquêteur : si vous le jugez nécessaire, comment vous pourriez améliorer la prise en charge de ces patients ?

Médecin 10 : Oui, il y a des choses améliorables. Le problème, c'est de connaître les clés et les psychiatres connaissent mieux ces choses que nous. On est médecins généralistes, on n'est pas psy. Après, c'est des patients qui

prennent du temps, qui sont demandeurs. Ça prend du temps.

Enquêteur : Sur quoi baser vous vos prises en charges ?

Médecin 10 : Alors, je n'ai pas de formation psy. Après, j'essaie de lire. L'expérience c'est important aussi. Et puis, on discute avec les confrères pour voir ce qu'ils auraient fait ou ce qu'ils pensent. Et quand on se sent largué ou que le contact ne passe pas, on les adresse à un confrère.

## Entretien Médecin 11

Enquêteur : Alors, si vous deviez vous présenter en tant que médecin généraliste, que diriez-vous ?

Médecin 11 : Je suis un médecin généraliste qui fait de tout en campagne. Il y a des urgences à trente minutes donc une accessibilité aux urgences assez facile. Après, je suis une femme donc j'ai une activité forcément plus pédiatrique, avec un recrutement plus jeune en fait et surtout féminin. Mais j'ai aussi des personnes âgées, donc c'est vraiment une activité polyvalente.

Enquêteur : Pourquoi avoir choisi la médecine générale ?

Médecin 11 : Parce que j'ai fait médecine pour la communication et que mon choix d'internat c'était soit la gynéco, soit la médecine générale. Et puis, je n'ai pas eu la gynéco donc j'ai choisi la médecine générale. Mais absolument pas par dépit parce que c'est une médecine où l'on fait de tout. On va faire de la suture, on va faire le suivi des tout petits, de la gynéco, pose de stérilet, on va faire quelques petits gestes de chirurgie. Donc, on a vraiment une polyvalence.

Enquêteur : Qu'est ce qui vous plaît dans votre métier ?

Médecin 11 : C'est vraiment la polyvalence. On n'a pas qu'une seule activité dans la journée.

Enquêteur : Je vais rentrer plus dans le sujet. Quel est votre ressenti vis-à-vis des patients dépressifs ?

Médecin 11 : Alors dans quel cas, quand ils se présentent comme dépressifs ?

Enquêteur : Alors quand ils arrivent à votre cabinet et que vous faites le diagnostic de dépression.

Médecin 11 : Rares sont les patients qui arrivent avec le diagnostic, sauf quand ils ont eu les deux ou trois premières consultations, parce que ce n'est pas facile pour leur faire comprendre qu'ils sont dépressifs. Il y a différents cas de

figure, ils y a ceux qui sont dépressifs, qui l'ignorent, qui ne veulent pas le savoir. Il y a ceux qui sont dépressifs et qui sont en train de faire le travail d'acceptation. Il y a ceux qui sont dépressifs et qui en sont tout à fait conscients parce qu'ils connaissent les signes, ils ont des idées noires, les troubles du comportement, l'isolement ; enfin, ils viennent avec le tableau qu'ils décrivent eux même. Et puis, il y a ceux sous traitement, en cours d'amélioration dans la majorité des cas. Donc je pense qu'on ne peut pas définir une attitude systématique face à la dépression, c'est en fonction des patients, en fonction de leur personnalité et aussi de l'environnement du patient à ce moment là.

Enquêteur : Vis-à-vis des patients anxieux ?

Médecin 11 : Je pense que c'est à peu près la même chose. Après, ça dépend s'il y a la dépression derrière ou si c'est une simple anxiété. Moi, j'essaie toujours de ne pas mettre de traitement en première intention. J'essaie de faire comprendre aux gens qu'il y a une nécessité de comprendre pourquoi ils fonctionnent comme ça et plutôt de les orienter vers un soutien en première intention. Et puis s'il y a les signes majeurs d'une anxiété ou d'une dépression, je ne les laisse pas comme ça dans la nature, surtout s'il y a des idées suicidaires. J'essaie d'avoir une approche au cas par cas. Il n'y a pas d'attitude systématique dans ces pathologies.

Enquêteur : Donc vous avez un patient diagnostiqué dépressif et qui présente également un trouble anxieux. Comment le prenez-vous en charge ?

Médecin 11 : Alors, il vient, il s'identifie comme dépressif, je confirme cette chose là. La première chose que je conseille aux patients, c'est le soutien psychologique. Je le propose quasiment systématiquement à mes patients. C'est ce que je disais tout à l'heure quand on réagit à quelque chose de désagréable, dans la majorité des cas, on arrive à l'affronter et puis il y a des cas où on n'y arrive pas. Je pense qu'il est

impératif pour aller mieux de comprendre pourquoi on réagit comme ça et qu'on n'arrive plus à gérer la situation soit par les manifestations anxieuses seules ou associées à la dépression. Et j'insiste vraiment en leur disant que s'ils réagissent comme ça c'est probablement qu'il s'est passé quelque chose avant ou une accumulation de choses qui fait qu'ils n'arrivent plus à gérer. Donc ça, c'est la première chose. Ensuite, la deuxième chose, s'ils sont identifiés comme dépressifs, je mets un traitement antidépresseur plus ou moins associé à un traitement anxiolytique. J'aime beaucoup la phytothérapie, souvent je commence par ça avant de mettre un anxiolytique. En sachant que quand je prescris l'anxiolytique, je prescris toujours l'arrêt en même temps que la prescription. Dès le départ, je leur dis ça, c'est pour aller mieux mais dans trois mois on l'a arrêté. Donc, souvent quand je mets des anxiolytiques, j'instaure un mois. Après, au bout d'un mois, j'instaure déjà sur la première prescription la diminution en leur disant « bah, voilà dans trois mois de toute façon, on arrête ». Donc dès maintenant, vous voulez quelque chose pour que ça aille mieux, le traitement antidépresseur va prendre le relais et à partir du moment où il va prendre le relais, il faudra qu'on commence à diminuer.

Je fais toujours une évaluation à un mois en leur laissant la possibilité de revenir avant, si nécessaire. Après ça dépend du motif. Si c'est un contexte de harcèlement au travail avec un épuisement, dans ce cas là je leur mets plutôt à 10-15 jours et on refait le point à 10-15 jours.

Enquêteur : D'accord.

Médecin 11 : ça c'est pour le patient qui accepte le traitement antidépresseur en toute sérénité je dirais.

Enquêteur : vous faites de la psychothérapie ?

Médecin 11 : Je pense que j'ai une expérience de vie. Je pense que j'arrive à peu près à trouver les mots pour accompagner les gens mais je ne suis absolument pas psychothérapeute. Je ne me lancerai pas là dedans, il y a des gens qui sont formés pour ça. A chacun son

métier. Ça c'est clair que je ne suis pas ça du tout.

Enquêteur : Quelle est la place des psychothérapeutes, des psychiatres vis-à-vis de ces patients ?

Médecin 11 : J'ai deux- trois noms de psychologues auxquels j'envoie les patients. Après, je travaille avec le CMP. Ici, on a une infirmière psy qui vient, donc qui prend le relais du CPM en alternance. En général, j'incite les gens à aller voir une psychothérapeute avec laquelle je travaille beaucoup qui a fait des vrais études de psycho, ce n'est pas un psycho qui sort d'un chapeau. C'est une psychologue clinicienne et je sais par expérience qu'elle voit les gens le temps nécessaire et que dans la majorité des cas, c'est suffisant en quelques séances. En 2-3 séances le problème est avancé, je ne dirais pas que c'est résolu, mais c'est avancé.

Enquêteur : il n'y a pas de réticences des patients, notamment par rapport au non remboursement ?

Médecin 11 : Non, quand on leur explique dès le départ que ce n'est pas un charlatan, qu'ils ne vont pas la voir 15 fois pour une psychanalyse. Peut être qu'ils vont avoir à payer deux-trois fois mais en même temps s'ils vont à Poitiers avec l'essence, même si c'est remboursé mais qu'ils y vont 15 fois ça revient au même. Et aussi, il y a le roulement des internes au CMP qui changent tous les 6 mois. Ici, il y a un même interlocuteur qu'ils pourront revoir dans deux ans s'ils en ont besoin. Ça marche pas mal. En général, les gens ont besoin d'un peu de temps pour accepter l'aide, mais au bout de 2-3 fois, quand ils sentent qu'ils en ont vraiment besoin, ils y vont.

Enquêteur : D'accord. Comment prenez-vous en charge spécifiquement l'anxiété chez ces patients ?

Médecin 11 : Si je mets un anxiolytique, c'est que parfois il faut l'isoler et parfois l'anxiété est le symptôme le plus ressenti dans le syndrome anxiodépressif même si la dépression est là et qu'elle engendre aussi l'anxiété par l'appréhension et la

nécessité d'isolement. Chez un patient anxiodépressif, je pense qu'elle est associée à la dépression et qu'on ne peut pas les dissocier parce qu'elles fonctionnent ensemble. Donc, j'essaie de prendre l'un et l'autre et après je reste persuadée, même s'il y a des déceptions, que si les gens fonctionnent comme ça à ce moment là, ils ont besoin de comprendre pourquoi et qu'on ne peut aller mieux que si on comprend pourquoi. Donc là, c'est la psychothérapie.

Enquêteur : Sur quoi sont basées vos prises en charge ?

Médecin 11 : J'essaie de suivre les recommandations au mieux. Et après, c'est essentiellement basé sur les gens, le besoin des gens parce que les patients n'ont pas tous le même besoin au même moment.

Enquêteur : Comment pourrait-on améliorer la prise en charge de ces patients ?

Médecin 11 : Je pense que le système tel qu'il est me convient tout à fait. Après, je pense que certains de mes collègues ont l'envie de se pencher plus sur l'aspect psychothérapie de soutien avec leurs patients. Moi, je veux bien accompagner mais je n'ai aucune envie d'aller plus loin dans l'aide. Moi ça ne m'intéresse pas. Je veux bien aider, je veux bien être un tremplin pour aller vers quelque chose d'autre mais je ne veux pas aller plus loin. Ça ne m'intéresse pas, je préfère poser des stérilets. J'ai fait une formation de gynéco, un DU. Après les groupes Balint, ce genre de choses, ça ne m'intéresse pas. Peut-être que je changerai, mais pour l'instant...mais je pense que j'arrive quand même à trouver pas mal de mots pour aider les gens à essayer d'avancer, à se construire. Après, je me trompe peut être mais je n'ai pas l'impression.

## Entretien Médecin 12

Enquêteur : Alors, si vous deviez vous présenter en tant que médecin généraliste, que diriez-vous ?

Médecin 12 : Je suis médecin généraliste de base. J'ai fait beaucoup de gériatrie, j'ai arrêté parce que ça me prenait trop de temps. J'étais médecin expert auprès des tribunaux en gériopsychiatrie. Je fais beaucoup de médecine du sport parce que ça m'amuse plus. J'ai une petite formation et autrement je travaille...le moins possible. Je commence à préparer ma fin de carrière.

Enquêteur : Pourquoi avez-vous choisi la médecine générale ?

Médecin 12 : J'ai choisi médecine générale parce qu'à l'époque, il fallait passer l'internat, j'étais père de famille et ce n'était pas trop compatible avec mon budget. Je voulais faire obstétrique peut être, mais je ne regrette pas.

Enquêteur : Et qu'est ce que vous aimez dans votre métier ?

Médecin 12 : Ce qui me plaît dans mon métier c'est que j'ai une profession libérale. Ce qui me déplaît c'est que ça devient de moins en moins libéral, on est submergé par les paperasses. Avant, il y a trente ans, c'était rare les paperasses, donc je ne faisais pas payer. Maintenant, je fais payer comme ça ils viennent moins. Hier, il y a une dame qui prend rendez vous, elle me dit c'est juste pour des papiers. Ça veut dire qu'elle n'a pas envie de payer. C'est de pire en pire, au mois de septembre je pars en vacances entre les rentrées scolaires, le sport.

Enquêteur : Quel est votre ressenti vis-à-vis des patients dépressifs ?

Médecin 12 : Et bien, c'est mon pain quotidien. C'est-à-dire que quand on gratte un petit peu sous certaines pathologies, c'est souvent des déprimés, dépressifs en dessous. C'est une histoire que je raconte souvent. Je fais souvent des manipulations vertébrales, des choses comme ça. Et un jour je rentrais de

vacances, j'étais de mauvais humeur et j'ai mis tous les patients qui me paraissaient bizarres, qui avaient mal au dos sous SURVECTOR. Le SURVECTOR, c'est un antidépresseur très incisif qui a été arrêté. Je peux pas publier, je n'ai fais que 10 ou 12 personnes, mais c'était fulgurant, ils n'avaient plus du tout mal au dos. La dépression en médecine générale, c'est souvent sous la plainte somatique. Il y a une plainte morale qui ne s'exprime pas. Je peux vous dire ce que j'ai fais ce matin. La première personne, elle est au chômage, elle a mal au dos dès qu'elle se met à travailler. A votre avis ? Le troisième, il s'est fait une entorse au boulot et son patron en a profité pour le licencier. Il a beaucoup de mal à guérir. Déjà deux dans une matinée. Il y a une dame aussi qui a des problèmes de tension depuis que son mari est décédé. On n'arrive plus à stabiliser la tension mais c'est peut être une dépression, c'est vraiment de la tristesse.

Enquêteur : Et vis-à-vis des patients anxieux ?

Médecin 12 : Les patients anxieux, ici à Civray c'est fréquent. Ils sont anxieux pour leur emploi, pour leur enfant ou leur retraite. L'anxiété vraie, il y en a beaucoup. Quand vous faites une prise de sang à quelqu'un, il est inquiet d'avoir du cholestérol, si vous faites une radio à quelqu'un qui fume beaucoup, il est inquiet de savoir s'il a un cancer.

Enquêteur : Est-ce que pour vous, les patients dépressifs sont toujours anxieux ?

Médecin 12 : Les gens dépressifs anciens ont une certaine tolérance à l'anxiété. C'est-à-dire que s'ils sont dépressifs depuis des années, moi je pense qu'ils ont du mal à s'en sortir, par contre l'anxiété, ils l'ont évacuée. Ils sont résignés à leur anxiété, ils vivent avec. Mais les anxio dépressifs, c'est vrai qu'au départ ils sont tous un peu comme ça. Et puis au bout d'un moment l'anxiété s'en va. Il y a des gens qui sont ravis d'être dépressifs. Ils ont une étiquette sur leur maladie, ils sont tout contents. Avant ils ne se sentaient

pas bien, ils étaient fatigués, ils ne se sentaient vraiment pas bien ; ils se demandaient « mais qu'est ce qu'on va me trouver. On fait des examens, les résultats sont normaux et on leur dit « vous avez une dépression » alors ils ne sont pas contents. On discute, on leur prouve que c'est bien ça, on leur dit qu'on a des traitements qui vont améliorer leurs troubles, après ils sont beaucoup moins anxieux.

Enquêteur : Est ce que c'est difficile pour vous de faire la différence entre maladie anxieuse et dépression ?

Médecin 12 : Non

Enquêteur : Vous utilisez des échelles ou des tests psychométriques ?

Médecin 12 : De temps en temps. Quand je tombe sur un enseignant par exemple. Comme ils sont psychorigides, c'est bien connu, pour étayer mon propos je me sers de l'échelle d'Hamilton par exemple. Et franchement, on se rend compte que l'échelle d'Hamilton on s'en sert tous les jours sans la connaître. Avec les gens, on pose des questions, ça recoupe bien l'Hamilton. C'est pas fait par hasard. Quand quelqu'un a de la tension, on prend sa tension ; quand quelqu'un est dépressif, on lui fait un test d'Hamilton parce qu'on en a besoin. Après je ne le refais pas. Je le fais une fois pour étayer mon diagnostic. Pour que la personne en face adhère, je lui fais faire un test. Après on regarde le test ensemble, on lui dit vous êtes dépressif, mais ce n'est pas grave, on va vous soigner. Je ne refais jamais de test pour voir si ça ne va pas mieux.

Je ne leur dis jamais la première fois. S'ils viennent pour un mal au dos et que vous lui dites que c'est la tête qui ne va pas, ils le prennent mal. Après s'ils viennent deux à trois fois pour un mal au dos, on leur dit « attendez, il y a peut être autre chose là », ça peut passer. Et puis de toute façon, il n'y a jamais de patient type. Il y a des gens qui comprennent tout de suite qu'il y a quelque chose qui ne va pas.

Enquêteur : Donc je vais vous parler des patients dépressifs qui ont une comorbidité anxieuse. Comment est ce que vous prenez en charge ces patients ?

Médecin 12 : Moi, je suis assez médicament parce que la psychothérapie de discussion, j'en ai fait quand j'étais interne en psy...il faut avoir le temps, et là je n'ai pas le temps. Avec quelqu'un de dépressif..., c'est moi qui prend mes rendez-vous, je prévois une demi-heure. Si vous avez un dépressif vous allez passer une demi-heure plus qu'un quart d'heure. Si vous arrivez à dépiater une dépression mais si vous bossez bien en un quart d'heure c'est pas de la médecine, c'est de l'arnaque. Dès fois ça peut durer une heure, on fait de la psychothérapie de soutien sans en parler. Mais j'aime bien les médicaments quand même car ça décoince bien les gens. Les gens, ils se sentent pris en charge quand même. Je fais le traitement, je mets un anti dépresseur et un anxiolytique pendant 8 jours en expliquant aux gens que l'antidépresseur n'agit pas au début. J'essaie de limiter l'anxiolytique, j'aime beaucoup l'Alprazolam.

Enquêteur : Et vous fixez un rendez-vous au bout des 8 jours ?

Médecin 12 : Non, je n'aime pas ça. J'ai remplacé des médecins qui voyaient les patients toutes les semaines, c'était insupportable, c'était que du commerce. Programmer les rendez vous, c'est tout un système. Je leur dis, je suis là, téléphonez s'il le faut. Rien que le fait de savoir qu'ils peuvent venir, ils ne viennent pas. Si je leur dis, vous reviendrez dans trois semaines, quatre semaines à peu près pour voir si ça va mieux, si ça a marché. L'anxiolytique, je leur dis c'est 8 jours mais si faut un peu plus, vous faites 10 jours c'est pas grave. Les chiffres c'est pas grand-chose.

Enquêteur : comment prenez vous en charge l'anxiété spécifiquement chez ces patients ?

Médecin 12 : L'Alprazolam. Pourquoi, l'Alprazolam, je ne sais pas trop, c'est assez puissant, ça a une durée de vie assez courte. Avant, je donnais des trucs plus méchants mais ça n'existe plus. Les anxiolytiques à durée de vie longue, je vous assure que quand ils prenaient la boîte...Parce que dans la dépression, le risque c'est le suicide. Eux, ils y pensent,

mais nous on y pense beaucoup. Les anxiolytiques, ça donne une petite efficacité au début que l'antidépresseur n'a peut-être pas ; je dis bien n'a peut-être pas. Parce que pour moi ça reste.. le CITALOPRAM par exemple, c'est quand même assez rapide. Moi, j'ai commencé il y a trente ans, les antidépresseurs, c'était effets secondaires. Quand je suis arrivé dans la Vienne, il y avait un psychiatre qui a sévi qui prescrivait un tricyclique, c'était une espèce de saloperie ce tricyclique. Et tout le monde prenait ça, toute la Vienne en prenait.

Enquêteur : Vous disiez que les psychothérapies, ce n'est pas votre truc. Quels sont vos rapports avec les psychologues, les psychiatres ?

Médecin 12 : Les psychiatres, je ne traite pas avec eux car ils ont des délais de rendez vous qui ne sont pas acceptables. Les psychologues, je m'entends très bien avec eux. Il y en a une en face et puis ils sont assez compétents. En plus, ils ne donnent pas de médicaments. Par contre eux, ils ne sont pas remboursés, donc ils sont très accessibles. Un psychothérapeute, c'est pas remboursé donc il y a toujours de la place. Le psychiatre c'est pas avant six mois donc s'il y a une urgence... Et les psychiatres de l'hôpital, c'est une autre façon de parler. Il y a un centre médico, un CMP, ils mélangent tous les alcoolos, les déprimés. Le dépressif, vous le mettez avec des alcoolos et des drogués, il va se dire, mais qu'est ce que je fous là ? Parfois je travaille avec le CPM de Ruffec parce que là, les gens ils ne connaissent pas. Et puis c'est pareil quand on n'est pas dans le système, les rendez-vous... Pour avoir un rendez-vous chez un psychiatre en urgence, je ne sais pas comment il faut faire. Je téléphone une fois, on me dit c'est pas possible. Je ne sais pas, peut-être qu'un jour ça s'arrangera.

Enquêteur : Sur quoi basez-vous vos prises en charge ?

Médecin 12 : ça un médecin généraliste, on est bien obligé de se former sur l'expérience. Et puis le stage en psy, il ne faut même pas en parler. J'ai commencé comme garde chiourmes pour gagner des

sous. Puis après, j'ai évolué. Mais c'était il y a plus de trente ans, la médecine a fait des progrès depuis.

Enquêteur : Est-ce que vous pensez qu'il y aurait des moyens d'améliorer la prise en charge de ces patients ?

Médecin 12 : Si les psychothérapeutes étaient remboursés et si l'analyse était mieux vécue. Pour beaucoup de gens c'est un problème d'aller voir un analyste. Moi, je suis pas analyste, je ne vais pas me lancer là dedans. Je ne suis pas assez compétent. De Civray, il faut aller à Poitiers ; une heure d'analyse une heure de route après une journée de travail, c'est pas très pratique. C'est réservé aux gens qui ne travaillent pas.

Enquêteur : Est ce que vous prenez en charge différemment les dépressifs avec une comorbidité anxieuse, des autres dépressifs ?

Médecin 12 : Avec la maladie anxieuse, j'ai tellement peur qu'ils se flinguent que j'ai tendance à demander l'avis d'un spécialiste quand je peux. Parce que la maladie anxieuse, on leur donne un traitement intelligent, on a bien analysé les causes de la dépression, on essaie de répondre, on donne un antidépresseur, un traitement anxiolytique bien dosé même des fois à des doses un peu fortes. On traite la cause : si c'est le travail, on met un arrêt de travail, on essaie de se débrouiller. Et puis, on voit que l'anxiété continue à les ronger complètement. Alors dans ces cas là, je pense qu'il ne faut pas hésiter à les hospitaliser.

Enquêteur : Vous craignez plus le suicide dans ces cas là ?

Médecin 12 : Oui. Le dépressif s'il se suicide, il ne vous le dira pas. L'anxieux quand on le voit s'enfoncer, on se dit c'est pas très bon. Et puis, tous les médecins ont l'expérience d'un anxiodépressif qu'ils ont en consultation le mardi et qui c'est pendu le mercredi. Ça, c'est pas facile à vivre. Ici, ils se pendent ou ils se mettent des coups de fusil. Des années après, on s'en rappelle. On sait qui à fait quoi et puis qui est ce qui est venu avec. Ils viennent

dire au revoir. Le suicide c'est un échec pour les médecins, c'est un échec aussi pour le patient parce que il a raté sa mort. Pour le médecin, c'est pas facile à vivre. Les gens, on les voit assez souvent quand ils sont anxieux, ils viennent souvent. Et puis un jour, ils en ont ras le bol. Le mieux c'est quand ils changent de médecin juste avant. Il change de médecin qui change de traitement sans fenêtre thérapeutique. Ça m'est arrivé deux fois en trente ans, des changements de traitement qu'il ne fallait pas faire. Mais le collègue avait quelqu'un en face de lui qui était en demande donc il fallait bien qu'il fasse quelque chose. Les deux fois, ça c'est terminé par des suicides. Le suicide, c'est l'évolution anormale d'une thérapeutique. On soigne les gens pour qu'ils guérissent, pour qu'ils aillent mieux. Les dépressifs parfois on ne les guérit jamais. Il faut qu'ils aillent mieux et qu'ils supportent leur fardot. S'ils se suicident, c'est qu'on a raté quelque chose ou c'était encore plus méchant qu'on pensait. C'est marqué dans le Vidal, les antidépresseurs, les gens ils se sentent tellement bien qu'il s'arment de courage. L'avantage de la dépression c'est que quand on arrive à améliorer les gens, on est vachement contents parce que c'est quand même une médecine de relation. Les médicaments c'est joli, mais la façon dont on les donne...

Enquêteur : Oui même si vous ne faite pas de psychothérapie...

Médecin 12 : On est bien obligé d'en faire, par petites touches mais on n'est pas formé pour prendre quelqu'un allongé sur le divan. On ne sait pas faire ça et même

les gens qui font que ça, ils n'y arrivent pas, alors... Les analystes, vous en connaissez des bons ? Vraiment, analyste compétent...Moi, j'ai une patiente qui a eu des problèmes familiaux énormes, je lui ai trouvé un analyste eriksonien donc avec l'hypnose. Avec l'hypnose, elle a réussi à mettre des mots sur son mal être, l'inceste. Un grand classique rural, l'inceste. Donc elle est prise en charge par ce gus, elle y va une fois tous les deux-trois mois parce que ce n'est pas la porte à côté. Elle a été débloquée par l'hypnose. Vous connaissez un eriksonien valable dans la Vienne, moi je n'en connais pas. Si vous allez voir un cardiologue qui vous déplait c'est pas trop grave. Si vous envoyez votre patient chez un psychiatre qui lui déplait, là il y a du dégât .Et puis, il y a une espèce de clinique à Jonzac, bah c'est pas très brillant. Parce que l'alternative à l'hôpital c'est la clinique. Entre nous, c'est pas extraordinaire. Ils prennent les gens le plus longtemps possible pour gagner le plus d'argent possible. Ils mettent des médicaments à haute dose pour être tranquille. (pause)

Si vous connaissez un bon analyse qui puisse prendre des patients parce qu'il ne faut pas qu'il les prenne dans un an, je suis preneur. Les psychothérapeutes, parfois les gens ils y vont une fois, ça se passe bien, et la deuxième fois ça se passe pas bien, pourquoi ? et puis ça a un certain coût. Quand c'est un psychothérapeute correct, il prend, il peut les prendre jusqu'à 2 heures, ça va coûter 50 euros la séance et c'est remboursé 0. Les gens ça leur fait 50 euros non remboursés alors que chez le médecin c'est 23 euros remboursés. C'est comme ça

## Entretien Médecin 13

Enquêteur : alors si vous deviez vous présenter en tant que médecin généraliste, que diriez vous ?

Médecin 13 : Alors : femme, jeune, installée depuis 3 ans, activité généraliste multiple, classique sans orientation particulière, en milieu urbain.

Enquêteur : Pour quelle raison avez-vous choisi la médecine générale ?

Médecin 13 : C'est un choix. Pourquoi médecine générale ? Parce que j'aimais tout dans la médecine, tous les services que j'ai fais, il n'y avait rien qui m'intéressait plus qu'autre chose, il n'y a rien qui m'intéressait moins qu'autre chose si ce n'est la chirurgie. Donc, du coup, en début de sixième année, je me suis dit qu'est-ce que je fais cette année et qu'est ce que je fais l'année prochaine et voilà. Naturellement, la médecine générale en libérale, en ambulatoire parce que je ne voulais pas travailler à l'hôpital.

Enquêteur : Et qu'est ce qui vous plait dans votre pratique ?

Médecin 13 : Toujours pareil. De voir des gens différents tout le temps, des personnes âgées, des jeunes, des moins jeunes, des gens qui viennent parce qu'ils ont un problème aigu, des gens qu'on suit pour des problèmes chroniques, le suivi des familles, des enfants, le suivi des grossesses, la gynéco... enfin la multiplicité des rencontres, le fait qu'on ne s'ennuie jamais. Voilà, qu'on suive les gens.

Enquêteur : Quel est votre ressenti vis-à-vis des patients dépressifs ?

Médecin 13 : Les patients dépressifs connus ?

Enquêteur : ils sont dépressifs, le diagnostic est posé.

Médecin 13 : Mon ressenti...original comme question. Je ne sais pas, de l'empathie je dirais. C'est une pathologie qui ne me gêne absolument pas, enfin qui ne me met pas mal à l'aise. Ça ne me

gêne pas de voir des gens dépressifs qui viennent pour ça, ça ne me gêne pas qu'ils se mettent à pleurer, qu'ils racontent leurs angoisses. Au contraire, je pense que j'écoute à peu près. Enfin je les écoute, je ne sais pas si je les aide mais je les écoute. Mon ressenti , c'est qu'il y en a de plus en plus.

Enquêteur : Et vis-à-vis des patients anxieux ?

Médecin 13 : C'est pareil, il y a en a de plus en plus ou alors ils viennent de plus en plus, je ne sais pas. Je trouve qu'il y en a de plus en plus.

Enquêteur : Comment abordez vous la consultation avec ces patients anxio dépressifs ?

Médecin 13 : alors, ça dépend s'ils viennent pour leur renouvellement de traitement. J'essaie de faire le point sur ce qui c'est passé depuis la dernière fois. Généralement, ils me parlent assez facilement. Ceux qui viennent pour autre chose et que pendant la consultation, j'ai l'impression que c'est psychosomatique, je leur demande comment ils vont, comment ça va dans la vie. Voilà, des fois ça s'étale sur plusieurs consultations. Ils reviennent 3 à 4 fois avant de s'exprimer un peu. J'essaie de poser des questions systématiques : le sommeil, l'alimentation, les pleurs dans la journée, quand c'est nécessaire les idées suicidaires ou idées noires, s'ils arrivent à bosser, comment ça va avec leur famille. Voilà, j'essaie de voir le réseau social, l'entourage, est-ce qu'il est aidant, est-ce qu'il est aidant, est-ce qu'il existe ou pas. De voir aussi leurs antécédents, est ce qu'ils ont déjà eu une expérience de traitement anxiolytique ou antidépresseur. Voilà. J'essaie de les laisser venir en essayant quand même de garder un fil conducteur. En sachant qu'en 20 minutes ce n'est pas facile mais... Et puis je leur demande assez systématique, enfin soit j'impose une consultation à une semaine, soit je leur demande de venir me voir ou de me tenir au courant par téléphone.

Enquêteur : est ce que c'est difficile de distinguer les deux pathologies ?

Médecin 13 : Parfois. J'ai l'impression que les dépressifs sont toujours anxieux mais après les anxieux peuvent ne pas être dépressifs.

Enquêteur : Vous utilisez des tests pour les distinguer ?

Médecin 13 : non.

Enquêteur : comment prenez vous en charge les patients dépressifs avec une comorbidité anxieuse ?

Médecin 13 : Alors, soit avec des médicaments, des traitements, ça m'arrive, soit je leur demande quand même un suivi au CMP ou chez un psychologue pour essayer de verbaliser. Là, je ne vois pas comment je fais.

Enquêteur : Vous traiter rapidement ?

Médecin 13 : Alors, chez un dépressif sévère peut-être que j'aurais tendance à lui mettre plus facilement un traitement pour essayer de régulariser, pour qu'il en est moins. Mais j'ai pas d'exemple, je n'arrive pas à voir qui j'ai pu voir dans ce cas. Ou alors, je pense que je peux facilement leur demander de revenir toutes les semaines.

Enquêteur : Vous prévoyez des consultations ?

Médecin 13 : oui. Un dépressif qui revient parce qu'entre deux renouvellements, il a des angoisses, je pense que je le ferais, venir plus souvent.

Enquêteur : Et comment prenez-vous en charge spécifiquement l'anxiété chez ces patients ?

Médecin 13 : Je suis plus psychothérapie, soit le CMP, soit psychiatre.

Enquêteur : Vous, vous en faites ?

Médecin 13 : Non, j'écoute mais je pense que je ne suis pas qualifiée pour aider à réfléchir, à mûrir ces réflexions. Je pense que je peux les aider entre deux

consultations. Je leur demande beaucoup de décrire leur angoisse, d'essayer de ne pas en avoir peur, de les rassurer sur la crise d'angoisse en elle-même qui peut être impressionnante mais c'est vrai qu'il ne faut pas en avoir peur et arriver à la gérer. L'anxiété, c'est souvent un comportement qu'on peut être amené à avoir toute sa vie et du coup, il faut arriver à vivre avec mieux, quoi. Et que c'est possible mais que les médicaments ne font pas tout. Voilà, j'essaie d'insister sur le fait que je veux bien donner un traitement à court terme pour aider parce que des fois c'est compliqué, mais que je pense qu'il y a une prise en charge ailleurs à faire.

Enquêteur : Et quelle est la place des psychiatres, psychologues chez, ... dans la prise en charge de ces patients ?

Médecin 13 : C'est en fonction. Je ne sais jamais à la première consultation. Je les revoie deux trois fois et puis en fonction. Soit je trouve qu'ils arrivent à verbaliser et qu'ils élaborent bien et qu'ils arrivent à la gérer ; soit moi je ne me sens pas de les suivre, soit ils ont des antécédents, ils ont déjà vu des psychiatres ou ils élaborent beaucoup et là, il faut voir un spécialiste, soit c'est vraiment cogné, je trouve qu'ils n'arrivent pas à s'en sortir et je les envoie assez facilement.

Enquêteur : Et vous laissez les patients faire la démarche ?

Médecin 13 : Oui. Je leur donne facilement le numéro du CMP mais je ne prends jamais de rendez vous.

Enquêteur : Sur quoi sont basées vos prises en charge ?

Médecin 13 : Les recommandations bien sûr, les RMO des anxiolytiques. En tout cas, je n'utilise pas d'échelle, aucune. Plus l'expérience et puis le ressenti, à force on arrive à connaître les gens.

Enquêteur : Comment vous pensez que vous pourriez améliorer la prise en charge de ces patients ?

Médecin 13 : Je ne sais pas faire une psychanalyse. (rires) Non, je pense que

l'expérience des anciens ; je demande facilement quand je suis bloquée, de l'aide, pour savoir ce qu'ils feraient, des pistes. Je pense que je pourrais améliorer mon réseau psychologues et psychiatres sur Poitiers. Je pense qu'il faudrait que je le fasse pour pouvoir mieux orienter les patients parfois vers TCC , psychanalyse...Je ne les connais pas du tout donc je pense que ça pourrait être un apport pour eux.

Enquêteur : Et de manière plus générale, qu'est ce qui pourrait aider ces patients?

Médecin 13 : L'accès, ce n'est pas facile. Enfin, je crois qu'ils sont débordés ; donc le CMP je trouve ça super mais avant on avait des rendez-vous rapidement maintenant on ne les a plus. Des fois, c'est des rendez-vous à 1 mois 2 mois et je crois que des structures comme ça sont super intéressantes. Euh, améliorer le contact avec les psychiatres du CHL ; c'est extrêmement dur de les avoir au téléphone, c'est dur d'avoir un avis. Je pense qu'ils ne savent pas ce qu'on fait, ils ne savent pas ce qu'on peut faire et on ne sait pas ce qu'ils font.

## Entretien Médecin 14

Enquêteur : Si vous deviez vous présenter en tant que médecin généraliste, que diriez vous ?

Médecin 14 : Je suis jeune médecin, installée depuis quatre mois dans un bassin de population plutôt rural. Voilà.

Enquêteur : Pourquoi avez-vous choisi la médecine générale ?

Médecin 14 : Parce que j'aime bien revoir les gens. Parce que pendant l'externat, les services qui me plaisaient le plus, c'était les services où on revoyait les gens. Et puis, j'aime la vie en campagne, en milieu rural. Du coup, je ne me voyais pas habiter ailleurs. Après les modèles que tu rencontres quand tu es jeune, les médecins où tu te verrais bien faire ça à leur place. Voilà.

Enquêteur : Quel est votre ressenti vis-à-vis des patients dépressifs ?

Médecin 14 : Moi, il y en a plusieurs que je trouve pénibles. Et assez..., moi ils ont tendance à m'irriter. Il y en a que je vois régulièrement, plusieurs et je trouve qu'ils sont... (réflexion). C'est pas qu'ils sont ni agressifs, ni déplaisants, mais comme c'est toujours la même plainte, c'est vrai qu'il ya un moment où je suis plus facilement agacée et certainement pas assez patiente.

Enquêteur : Et vis-à-vis des patients anxieux ?

Médecin 14 : Je suis plus patiente avec les gens anxieux parce qu'on a souvent des réponses à leur apporter. Et ne serait-ce que discuter avec eux, tu peux arriver à les apaiser un peu et essayer de trouver, même si la réponse est répétitive. Tu dois les revoir plein de fois mais t'as quand même, je trouve qu'on arrive plus facilement à les cadrer que quelqu'un de dépressif.

Enquêteur : Comment vous abordez les gens qui sont dépressifs avec une comorbidité anxieuse ?

Médecin 14 : Je n'en ai pas vu pour le moment. J'ai que des dépressifs purs mais pas les deux. Les anxiodépressifs, je n'en ai pas dépisté tels quels, mais bon ça fait que 4 mois que je travaille.

Enquêteur : et comment prenez vous en charge ces patients dépressifs avec une comorbidité anxieuse ?

Médecin 14 : c'est plus de l'écoute. Principalement de l'écoute. J'essaie de ne pas être trop dans la démarche de leur prescrire sans arrêt de nouveaux médicaments à chaque demande. Après, c'est vrai qu'on a beaucoup de gens, moi j'ai une patiente très âgée qui a beaucoup déjà de benzodiazépine à forte dose et depuis longtemps. Donc ces gens là, c'est quasiment impossible de les sevrer parce que ça fait des années qu'ils sont comme ça. Comment leur expliquer que leur ancien médecin mettait des benzo à tout le monde, ce n'est pas évident non plus donc... Je ne sais pas. Après sur l'anxiété, je trouve qu'il y a une part plus importante à essayer de discuter avec eux plutôt qu'à forcément proposer une thérapie.

Enquêteur : justement, comment prenez-vous en charge spécifiquement l'anxiété chez ce patients ?

Médecin 14 : J'essaie la discussion en première ligne parce que moi les benzo, ça ne me paraît pas être forcément la solution. Mais c'est vrai que quand ils reviennent dix fois pour la même chose, à la fin tu prescrites quand même.

Enquêteur : quelle est pour vous la place des spécialistes de santé mentale dans cette pathologie anxiodépressive ? Est ce que vous adressez vos patients ?

Médecin 14 : Il faut que le patient soit prêt à l'entendre. Il faut que ça soit suffisamment sévère ; c'est quand même des gens qui ont souvent une plainte qui n'est pas mentale donc c'est difficile de les amener à ça. D'autant plus que pour nous, avoir un psychiatre c'est quasiment impossible. Pour avoir un psychiatre ou un psychologue, l'accès n'est pas évident donc, il faut vraiment avoir une très bonne raison pour l'envoyer chez le psychiatre.

C'est qu'il ya une menace suicidaire. Sinon, on ne peut pas avoir de suivi facilement.

Enquêteur : est ce que vous-même, vous faite un peu de psychothérapie ?

Médecin 14 : Ah non, je n'y connais rien à la psychothérapie et je n'ai pas du tout la prétention de savoir faire ça. Moi, je suis là pour l'écoute après je n'ai aucune connaissance en matière de psychothérapie. Je ne peux pas faire remonter des choses, je ne sais pas faire.

Enquêteur : Si vous pensez que c'est nécessaire, comment pourriez vous améliorer la prise en charge de ces patients ?

Médecin 14 : Par une formation, oui, ça clairement. Une formation à la fois sur la communication parce que ça, c'est un truc qu'on ne nous apprend pas en médecine générale. Et puis une formation sur la psychothérapie justement, essayer de leur faire un discours autrement, parce que là,

c'est que du sensitif. Tu travailles avec ta propre expérience, tes propres émotions et tu réponds en fonction à ton patient mais c'est pas quelque chose que j'ai acquis ou que j'ai vu en médecine générale. Je réponds comme je peux à leur demande.

Enquêteur : Mais vous pensez que c'est nécessaire d'apprendre à faire une psychothérapie en médecine générale ?

Médecin 14 : Ah oui, je pense, parce que pour beaucoup de gens, il n'y a pas forcément besoin d'un psychiatre. Pour les aider à avancer ou à avoir la bonne démarche, ça peut t'aider.

Enquêteur : Et de façon plus générale, qu'est ce qui pourrait améliorer la prise en charge de ces patients ?

Médecin 14 : changer la société pour avoir moins d'anxieux. (rires). Les gens, ils ne sont pas bien dans leur travail en ce moment, la crise, le travail, les sous... donc ça, c'est la société, c'est pas nous.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Jaafari N, Fassassi S, Senon JL. Dépression de l'adulte. La revue du praticien médecine générale. 2005; 19(712/713):1351-1360.
2. Hirschfeld RMA. The comorbidity of Major Depression and Anxiety Disorders: Recognition and Management in Primary Care. Prim Care Companion J Clin Psychiatry, 2001;3(6):244-54.
3. Chan Chee C, Beck F, Sapinho D, Guilbert Ph. (sous la dir.). La dépression en France-Enquête ANADEP 2005, Saint-Denis: INPES, coll. Etudes santé, 2009, 208p. Consulté le 08 août 2012 sur le site de l'INPES à l'adresse: <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1210.pdf>.
4. Lépine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A. Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society). International Clinical Psychopharmacology. 1997; 12(1):19-29.
5. Allgulander C, Sheehan DV. Generalized anxiety disorder: raising the expectations of treatment. Psychopharmacol Bull. 2002; 36 Suppl 2: S68-78.
6. Kessler RC, Gruber M, Hettema JM, Hwang I, Sampson N, Yonkers KA. Co-morbid major depression and generalized anxiety disorders in the National Comorbidity Survey follow-up. Psychol Med. 2008 Mar; 38(3):365-74.
7. Stein DJ, Hollander E, Klein DF. Anxio-dépression : évolution des idées. In : Olié JP, Poirier MF, Léo H, Les maladies dépressives. Médecine-Sciences, Paris, Flammarion. 1995:159-164.
8. Kessler RC, Dupont RL, Berglund P, Wittchen HU. Impairment in pure and comorbid generalized anxiety disorder and major depression at 12 months in two national surveys. Am. J. Psychiatry. 1999; 156:1915-23.
9. Bruce SE, Yonkers KA, Otto MW, et al. Influence of psychiatric comorbidity on recovery and recurrence in generalized anxiety disorder, social phobia, and panic disorder: a 12-year prospective study. Am J Psychiatry. 2005 Juin; 162 (6): 1179-87.
10. Kovess V, Delavelle S. La santé mentale des Bas-Normands, in: La Basse-Normandie face à sa santé. INSEE, 1998, 21-27.
11. Haute Autorité de Santé (HAS). Affections psychiatriques de longue durée. Troubles anxieux graves. Guide médecin Juin 2007 : 1-36. Consulté le 11 août 2012 sur le site de la haute autorité de santé à l'adresse : [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide\\_medecin\\_troubles\\_anxieux.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf)

12. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Recommandations avril 2002 : 1-85. Consulté le 11 août 2012 sur le site de la haute autorité de santé à l'adresse :  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_608233/prise-en-charge-d-un-episode-depressif-isole-de-l-adulte-en-ambulatoire](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_608233/prise-en-charge-d-un-episode-depressif-isole-de-l-adulte-en-ambulatoire)
13. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Diagnostic et prise en charge en ambulatoire du trouble anxieux généralisé de l'adulte. Recommandations Mars 2002 : 1-143. Consulté le 11 août 2012 à l'adresse suivante :  
<http://www.senon-online.com/Documentation/telechargement/2cycle/moduleD/Trouble%20anx%20rap.pdf>
14. Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S., Nègre-Pagès L, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). L'Encéphale. 2005 ; 31 (2) : 182-94.
15. Le Pape A, Lecomte T. Prévalence et prise en charge médicale de la dépression, France 1996-1997. Paris: CREDES; 1999 : 121 p.
16. Morvan Y, Prieto A, Briffault X, et al. La dépression : prévalence, facteurs associés et consommation de soin. In : Baromètre santé 2005. Saint-Denis : INPES ; 2005 : 459-487. Consulté sur le site de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé le 12 août 2012 à l'adresse suivante:  
[www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005\\_depression.pdf](http://www.inpes.sante.fr/Barometres/BS2005/pdf/BS2005_depression.pdf)
17. Conseil économique et social. Prévenir le suicide, c'est possible. 2ème journée nationale sur la prévention du suicide. Paris : Association journée nationale pour la prévention du suicide;1998
18. Programme national d'action contre le suicide (2011-2014). 2011sept : 1-96. Consulté le 23/11/ 2012 sur le site du Ministère des Affaires sociales et de la Santé à l'adresse suivante :  
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme\\_national\\_d\\_actions\\_contre\\_le\\_suicide\\_2011-2014.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Programme_national_d_actions_contre_le_suicide_2011-2014.pdf)
19. Bruce ML, Ten HTR, Reynolds CF, Katz II, et al. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. JAMA. 2004; 291: 1081-91.
20. Davidson IA, Dewey ME, Copeland JRM. The relationship between mortality and mental disorder: evidence from Liverpool longitudinal study. Int J Geriatr Psychiatry. 1988; 3: 95-8.

21. Roose SP, Devanand D, Suthers K. Depression: treating the patient with comorbid cardiac disease. *Geriatrics*. 1999; 54: 20-35.
22. Blacker K, Zajdler A, Pearseon J et al. The costs of psychiatric morbidity in general practice. Submitted *Br Med J*. 1993.
23. Gallais JL., Alby ML. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS), Paris, psychiatrie, 37-956-A-20, 2002, 6 p.*
24. Weyerer S. Relationship between physical and psychological disorders. In: Sattorius N., Goldberg D., Girolamo G., et al. *Psychological disorders in General Medical Settings*. Toronto, Hogrefe et Huber, 1990: 34-46.
25. Lépine JP, Lellouch J, Lovell A, Téhérani M, Pariente P. L'épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs dans une population générale française. *Confrontations Psychiatriques*. 1993; 35:139-61.
26. Péliissolo A, Lemogne C. Epidémiologie des troubles anxieux : spécificités de l'anxiété généralisée. In : Guelfi JD, Samuelian JC. *L'anxiété généralisée Actualité et devenir*. Paris : Flammarion, 2003 : 15-25.
27. Wittchen HU, Zhao S, Kessler RC, et al. DSM-III-R generalized anxiety disorder in the national Comorbidity Survey. *Arch Gen psychiatry*. 1994; 51: 355-364.
28. King M, Nazareth I, Levy G, Walker C, Morris R, Weich S, et al. Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe. *Br J Psychiatry*. 2008 mai;192(5):362-7.
29. Davison JRT, Feltner DE, Dugar A. Management of generalized anxiety disorder in primary care: identifying the challenges and unmet needs. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2010; 12 (2).
30. Kavan MG, Elsassser G, Barone EJ. Generalized anxiety disorder: practical assessment and management. *Am. Fam. Physician*. 2009 Mai; 79 (9): 785-91.
31. Van der Heiden C, Methorst G, Muris P, Van der Molen HT. Generalized anxiety disorder: clinical presentation, diagnostic features, and guidelines for clinical practice. *J Clin Psychol*. 2011 Jan; 67 (1): 58-73.
32. Wittchen H.U. Generalized anxiety disorder prevalence, burden and cost to society. *Depress. Anxiety*. 2002; 16 (4): 162-71.
33. Carter RM, Wittchen HU, Pfister H, Kessler RC. One- year prevalence of subthreshold and threshold DSM IV generalized anxiety disorder in a nationally representative sample. *Depress. Anxiety*. 2001; 13 (2): 78-88.
34. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *B J Psychiatry*, 2001, 179: 561-2.

35. Hunt C, Issakidis C, Andrews G. DSM IV. Generalized anxiety disorder in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. 2002; 32: 649-659.
36. Yonkers KA, Warshaw MG, Massion AO, Keller MB. Phenomenology and course of generalised anxiety disorder. *Br J psychiatry*. 1996; 168: 308-13.
37. Yonkers K.A., Dyck I.R., Warshaw M., Keller M.B. Factors predicting the clinical course of generalised anxiety disorder. *British journal of psychiatry*. 2000; 176: 544-549.
38. Wooddman CL, Noyes.R, Black DW et al. A 5 year follows up study of generalized anxiety disorder and panic disorder. *Journal of Nervous and Mental disease*. 1999; 187: 3-9.
39. Bruce S., Yonkers K, Otto M, et al. Influence of Psychiatric Comorbidity on Recovery and Recurrence in Generalized Anxiety Disorder, Social Phobia, and Panic Disorder: A 12-Year Prospective Study. *Am J Psychiatry*. 2005; 162:1179-1187.
40. Weisberg RB, Beard C, Pagano ME, Maki KM, Culpepper L, Keller MB. Impairment and functioning in a sample of primary care patients with generalized anxiety disorder: results from the primary care anxiety project. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2010, 12(5).
41. Wittchen HU, Krause P, Hoyer J, et al. Prevalence and correlates of generalized anxiety disorders in primary care. *Fortschritte der Medizin*, 2001; 119 Suppl 1: S17-25.
42. Brown T.A. The nature of generalized anxiety disorder and pathological worry: current evidence and conceptual models. *Can. J. Psychiatry*. 1997; 42: 817-25.
43. Kovess-Masfety V, Alonso J, De Graaf R, Demyttenaere K. A European approach to rural-urban differences in mental health : The ESEMeD 2000 comparative study. *Canadian journal of psychiatry*. 50(14):926–36.
44. Judd LL., Kessler RC, Paulus MP et al. Comorbidity as a fundamental feature of generalized anxiety disorders: results from the National Comorbidity Study (NCS). *Acta Psychiatr Scand*. 1998; 98 Suppl 393: S 6-11.
45. Flint AJ. Generalised anxiety disorder in elderly patients : epidemiology, diagnosis and treatment options. *Drugs Aging*. 2005; 22(2): 101-14.
46. Maier W, Gänsicke M, Freyberger HJ, Linz M, Heun R, Lecrubier Y. Generalized anxiety disorder (ICD-10) in primary care from a cross cultural perspective: a valid diagnostic entity? *Acta Psychiatr Scand*. 2000; 101:29-36.
47. Weiller E, Bisserte JC, Maier W, et al. Prevalence and recognition of anxiety syndromes in 5 European primary care settings from the WHO study on psychological problems in general health care settings. *Br. J.Psychiatr*. 1998; 173 (S34) : 18-23

48. Goldberg DP, Lecrubier Y. Form and frequency of mental disorders across centre. In: Ustlins TB, Sartorius N, editors. Mental illness in general health care. Chichester: John Wiley and Sons; 1995:323-34.
49. Wittchen HU, Krause P, Hoyer J et al. Prevalence and correlates of generalized anxiety disorders in primary care. *Forsch Med Orig.* 2001; 119 Suppl 1: S17-25.
50. Martin C, Maurice-Tison S, Tignol J. Les troubles anxieux en médecine générale: fréquence-traitement. Enquête auprès du réseau sentinelle Aquitaine. *Encéphale.* 1998;24:120-4.
51. Roy-Byrne PP, Wagner A. Primary care perspectives on generalized anxiety disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry.* 2004; 65 Suppl 13: S20-26
52. Olsson I, Mykletun A, Dahl Alv A. Recognition and Treatment Recommendations for Generalized Anxiety Disorder and Major Depressive Episode: A Cross-Sectional Study among General Practitioners in Norway. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry.* 2006; 8(6): 340–347.
53. Boulenger JP, Lavalee YJ. Mixed anxiety and depression: diagnostic issues. *J.Clin.Psychiatr.* 1993 ; 54 Suppl 1 : S3-8.
54. American Psychiatric Association. DSM III R: Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Traduction française par J.D. Guelfi, et al. Paris, Masson, 1989, 624 p.
55. Katon W., Royy-Byrne P.P. Mixed anxiety depression. *J. Abnorm. Psychol.* 1991: 337-345.
56. Feinstein AR. The PreTherapeutic classification of Co-morbidity in Chronic Disease. *J Chronic Disease.* 1970; 23: 455-68.
57. Chignon JM. Comorbidité psychiatrique: exemple des troubles dépressifs. Jalons. Consulté sur le site Psychodoc-France le 20/01/2013 à l'adresse : [http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/bibliothq/revues/med\\_depression/depression11/depresja11.html](http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/bibliothq/revues/med_depression/depression11/depresja11.html)
58. Maj.M. Psychiatric comorbidity: an artefact of current diagnostic systems? *Br J Psychiatry.* 2005; 186: 182-184.
59. Bottero A. Comorbidité: fact ou artefact? *Neuropsychiatrie: tendances et débats.* 2008; 32: 27-28.
60. Kessler RC, Stein MB, Berglund P. Social subtypes in the National Comorbidity Survey. *Am. J. Psychiatr.* 1998; 155: 613-619.
61. Anseau M, Fischler B, Dierick M, Mignon A, Leyman S. Prevalence and impact of generalized anxiety disorder and major depression in primary care in Belgium and Luxemburg: the GADIS study. *Eur. Psychiatry.* 2005 Mai; 20(3):229–35.

62. Lepine JP, Lellouch J, Lovell A. L'épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs dans une population générale française. *Confront Psychiatr.* 1993 ; 35 : 139-161.
63. Kovess V, Gysens S, Chanoit P.F. Une enquête de santé mentale : l'enquête santé des Franciliens. *Ann. Med. Psychol.* 1993; 151(9): 624-628.
64. Clare AW. Problems in psychiatric classification in general practice. In: AW Clare, M Lader. *Psychiatry in General Practice.* London, Academic Press, 1982: 16-25.
65. Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Höfler M, Hoyer J. Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. *J Clin Psychiatry.* 2002; 63 Suppl 8: S24–34.
66. Pélissolo A, Lépine JP. Epidemiology of depression and anxiety disorders. In: SSRIs in depression and anxiety. Montgomery SA and Den Boer JA (eds): John Wiley and Sons Ltd, Chichester, 2001: 1-23.
67. Lenze EJ, Mulsant BH, Mohlman J, Shear MK, Dew MA, Schulz R, et al. Generalized anxiety disorder in late life: lifetime course and comorbidity with major depressive disorder. *Am. J Geriatr. Psychiatry.* 2005 Jan; 13(1):77–80.
68. Wittchen H.U., Essau C.A. Comorbidity of anxiety disorders and depression: does it affect course and outcome? *Psychiatr. And. Psychobiol.* 1989; 4: 315-323.
69. Lecrubier Y. Comorbidité, diagnostic différentiel et complications. In : Boyer P. *L'anxiété généralisée.* Paris : John Libbey Eurotext, 2005 : p 43.
70. Kessler RC, Nelson CB, Mc Gonagle KA, et al. Comorbidity of DSM-II6R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *Brit.J.Psychiatry.* 1996; 168: 17-30.
71. Regier Da, Rae DS, Narrow WE et al. Prevalence of anxiety disorders and their comorbidity with mood and addictive disorders. *Brit J Psychiatry.* 1998; 173 (S34): 24-28.
72. Wittchen HU, Beesdo K, Bittner A, Goodwin RD. Depressive episodes- evidence for a causal role of primary anxiety disorders? *Eur. Psychiatry.* 2003; 18 (8): 384-393.
73. Miyazaki M, Yoshino A, Nomura S. Diagnosis of multiple anxiety disorders predicts the concurrent. Comorbidity of major depressive disorder. *Compr Psychiatry.* 2010; 51(1):15–8.
74. Pélissolo A. *Des troubles anxieux à la dépression.* Paris : Broché, 2006, 62 p. (Anxiété, dépression)

75. Moffitt TE, Harrington H, Caspi A, Kim-Cohen J, et al. Depression and generalized anxiety disorder: cumulative and sequential comorbidity in a birth cohort followed prospectively to age 32 years. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2007 juin; 64(6):651–60.
76. Pélissolo A, Cohen-Salmon. *Le cerveau anxieux*. PIL, Paris, 2003, 118p.
77. Boyer P. La continuité anxiété-dépression. Les données épidémiologiques et biologiques. In : *L'anxiété généralisée*. Paris : John Libbey Eurotext, 2005 : 53-63. (Pathologie science)
78. Kendler KSN, Neale MC, Kessler RC, et al. Major depression and generalized anxiety disorder: same genes, different environments? *Arch. Gen. Psychiatr*. 1992; 49: 716-722.
79. Molina E, Cervilla J, Rivera M, Torres F, Bellón JA, Moreno B, et al. Polymorphic variation at the serotonin 1-A receptor gene is associated with comorbid depression and generalized anxiety. *Psychiatr Genet*. 2011; 21(4):195–201.
80. Andrews G. Comorbidity in neurotic disorders: The similarities are more important than the differences. In Rapee RM, editor. *Current controversies in the anxiety disorders*. New York (NY): Guilford; 1996: 3–20.
81. Leckman JF, Merikangas KR, Pauls DL, et al. Anxiety disorders and depression: contra-indications between family study data and DSM III conventions. *Am J Psychiatry*. 1983; 140: 880-883.
82. Angst J, Vollrath M, Merikangas KR, Ernst C. Comorbidity of anxiety and depression in the Zurich Cohort Study of Young Adults. 1990.
83. Kendler KS. Major depression and generalized anxiety disorder: same genes, (Partly) different environments-revisited. *Br J Psychiatry Suppl*. 1996; 168 Suppl 30: S68-75.
84. Kendler KS, Neale MC., Kessler RC, et al. Major depression and phobias: the genetic and environment sources of comorbidity. *Psychol. Med*. 1993; 23: 361-371.
85. Bulter PD, Nemeroff CB. Corticotropin-release factor as a possible cause of comorbidity in anxiety and depressive disorders. In: Maser JD., Cloninger CR. *Comorbidity of Mood and Anxiety Disorders*. Washington DC, American Psychiatric Press, 1988: 413-435.
86. Boyer P. La continuité anxiété-dépression. Les données épidémiologiques et biologiques. In : *L'anxiété généralisée*. Paris : John Libbey Eurotext, 2005 : 53-63. (Pathologie science)

87. Liebowitz MR, Hollander E, Schneier F, et al. Anxiety and depression: Discrete diagnostic entities? *J Clin Psychopharm.* 1990; 10: 61-66.
88. Newman MG, Przeworski A, Fisher AJ, Borkovec TD. Diagnostic comorbidity in adults with generalized anxiety disorder: impact of comorbidity on psychotherapy outcome and impact of psychotherapy on comorbid diagnoses. *Behav Ther.* 2010 Mar;41(1):59–72
89. Sunderland M, Mewton L, Slate T, Baillie AJ. Investigating differential symptom profiles in major depressive episode with and without generalized anxiety disorder: true co-morbidity or symptom similar? *Psychol Med.* 2010; 40 (7): 1113-23.
90. Gorman J.M. Comorbid. Depression and anxiety spectrum disorders. *Depression and anxiety.* 1996/1997 ; 4 : 160-168.
91. Palazzolo J. Dépression et anxiété : mieux les comprendre pour mieux les prendre en charge. Paris : Masson, 2007, 108p. (Abrégés)
92. Van't Veer-Tazelaar N, Van Marwijk H, Van Oppen P, et al. Prevention of anxiety and depression in the age group of 75 years and over: a randomised controlled trial testing the feasibility and effectiveness of a generic stepped care programme among elderly community residents at high risk of developing anxiety and depression versus usual care. *BMC Public Health.* 2006; 6: 186.
93. Romera I, Fernández-Pérez S, Montejo AL, et al. Generalized anxiety disorder, with or without co-morbid major depressive disorder, in primary care: prevalence of painful somatic symptoms, functioning and health status. *J Affect Disord.* 2010 Dec;127(1-3):160–8.
94. Haftgoli N, Favrat B, Verdon F, Vaucher P, Bischoff T, Burnand B, et al. Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors. *BMC Fam Pract.* 2010; 11:67.
95. Brown TA, Antony MM, Barlow DH. Diagnostic comorbidity in panic disorder: effect on treatment outcome and course of comorbid diagnoses following treatment. *J. Consult. Clin. Psychol.* 1995; 63: 408-418.
96. Brown C, Schulberg H.C, Shear M.K. Phenomenology and severity of major depression and comorbid lifetime anxiety disorders in primary medical care practice. *Anxiety.* 1996; 2: 210-218.
97. Wittchen H.U, et al. GAD-P-Studie. Bundesweite Studie « Generalisierte Angst und Depression im Primaerärztlichen Bereich ». *Fortschritte der Medizin.* 2001; 119: 1-49.

98. Lecrubier Y, Weiller E. GAD: Current treatment and costs. *European Neuropsychopharmacology*. 2000; 10 Suppl 3: S170-171.
99. Zajecka JM, Ross JS. Management of comorbid anxiety and depression. *J Clin. Psychiatr.* 1995; 56 Suppl 2: S10-13.
100. Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS). Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. Recommandations octobre 2006 : 1-19. Consulté sur le site de l'agence nationale du médicament et des produits de santé le 12 août 2012 à l'adresse suivante :   
<http://ansm.sante.fr/Dossiers-thematiques/Traitements-par-antidepresseurs/Traitement-par-antidepresseurs/%28offset%29/0>
101. Vidal 2012 : le dictionnaire. 87<sup>e</sup> éd. Paris : Ed. du Vidal, 2012, 3000 p.
102. Pourmotabbed T, McLed D, Hoehn-Saric R, Greenblatt DJ. Treatment, discontinuation, and psychomotor effects of diazepam in women with generalized anxiety disorder. *J Clin Psychopharmacol.* 1996; 16: 202-7.
103. Castillo A, Sotillo C, Marategui J. Alprazolam compared to clobazam and placebo in anxious outpatients. *Neuropsychobiology*. 1987; 18: 189-94.
104. Agence Française de Sécurité Sanitaire des produits de Santé (AFSSAPS). Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. Janvier 2012 : 1-48. Consulté sur le site de l'agence nationale du médicament et des produits de santé le 12 août 2012 à l'adresse suivante :   
[http://ansm.sante.fr/var/ansm\\_site/storage/original/application/3f1dc4756b5bc091879c9c254d95e05c.pdf](http://ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/3f1dc4756b5bc091879c9c254d95e05c.pdf)
105. Fontaine R, Mercier P, Beaudry P, et al. Bromazepam and lorazepam in generalized anxiety: a placebo-controlled study with measurement of drug plasma concentrations. *Acta Psychiatr Scand*. 1986; 74: 451-8.
106. Fontaine R, Chouinard G, Annable L. Bromazepam and diazepam in generalized anxiety: a placebo-controlled study of efficacy. *Psychopharmacol Bull*. 1984; 20: 126-7.
107. Gammans RE, Stringfellow JC, Hvizdos AJ, et al. Use of buspirone in patients with generalized anxiety disorder and coexisting depressive symptoms. A meta-analysis of eight randomized controlled studies. *Neuropsychobiology*. 1992; 25: 193-201.
108. Lader M, Scotto JC. A multicenter double blind comparison of Hydroxyzine, buspirone and placebo in patients with generalized anxiety disorder. *Psychopharmacology*. 1998; 139: 402-6.
109. Provencher M., Ladouceur R., Dugas M. La comorbidité dans le trouble d'anxiété généralisée : prévalence et évolution suite à une thérapie cognitivo-comportementale. *Rev Can Psychiatrie*. 2006; 51: 91-98.

110. National health committee on health and disability. Guidelines for the treatment and management of depression by primary healthcare professionals. Auckland: NHC; 1996
111. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique. 1994 : 147-181. Consulté le 10 novembre 2012 sur le site erudit.org à l'adresse : <http://www.erudit.org/revue/crs/1994/u/n23/1002253zr.pdf>.
112. Dumesnil H, Cortaredonas S, Cavillon M, et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Études et résultats ; 810. Dress. Consulté le 31/01/2013 sur le site du Ministère des affaires sociales et de la santé à l'adresse : <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-prise-en-charge-de-la-depression-en-medecine-generale-de-11020.html>
113. Cogneau J, Liard F, Pouchain D. Amélioration de la prise en charge des patients déprimés, l'apport de tables rondes de médecins généralistes. La Revue du Praticien. 2009 ; 59 :16-22.
114. Moreau A, Le Goaziou M F. Place de la psychothérapie dans la prise en charge de la dépression en médecine générale. Exercer. 2003 Jan; 66 : 11-14. Consulté le 25/01/2013 à l'adresse : <http://www.campus-umvf.cnge.fr/materiel/psychotherapieMG.pdf>
115. Tranchée-Vergé V. De la fonction psychothérapeutique du médecin généraliste : Attitude psychothérapeutique, psychothérapie de soutien, psychothérapie spécifique ? Etude qualitative auprès de 18 médecins généralistes dans la Vienne. Thèse de Doctorat en médecine. Poitiers : Université de Poitiers, 2008, 103 p.
116. La lettre de la Mission Nationale d'Appui en santé Mentale. Quelle coopération entre médecins généralistes et secteurs de psychiatrie ? Pluriels. 2011 octobre/novembre ; 92/93. Consulté le 02 février 2013 sur le site de la Mission nationale en santé mentale : <http://www.mnasm.com/files/uploads/Publications/RevuePluriels/revue-pluriels-548.pdf>
117. Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie. Coopération Médecins généralistes-Psychiatre. Recommandations septembre 2010 : 1-19. Consulté sur le site du Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie à l'adresse suivante : [http://www.fregif.org/docs/gerontologie/2011-05-04\\_adressage-mg-psy-synthese-de-recommandation-442.pdf](http://www.fregif.org/docs/gerontologie/2011-05-04_adressage-mg-psy-synthese-de-recommandation-442.pdf)
118. Mays N, Pope C. Assessing quality in qualitative research. BMJ. 2000; 320:50-2.

## RESUME

**Introduction :** La dépression et le trouble anxieux généralisé sont des troubles mentaux fréquents en soins primaires et sont souvent pris en charge exclusivement par les médecins généralistes. Il existe une comorbidité importante entre ces deux pathologies. Si plusieurs études ont montré que la comorbidité augmente la morbi-mortalité des patients, il n'existe pas de recommandations spécifiques sur la prise en charge des patients anxiodépressifs.

**But de l'étude :** Recueillir les habitudes de prise en charge des patients anxiodépressifs par les médecins généralistes et les moyens de les améliorer.

**Méthode :** Etude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de 14 médecins généralistes de la Vienne.

**Résultats :** La prise en charge des patients anxiodépressifs associe un traitement médicamenteux, principalement les antidépresseurs IRS et les BZD à une prise en charge non médicamenteuse. La psychothérapie est largement conseillée aux patients qui sont orientés préférentiellement vers les CMP, assez faciles d'accès. Les médecins généralistes adoptent une attitude thérapeutique alliant écoute et suivi régulier mais pratique rarement des psychothérapies structurées.

La prise en charge des patients dépressifs est surtout basée sur l'expérience des médecins et n'est pas influencée par la présence d'une comorbidité anxieuse.

Des améliorations ont été proposées pour optimiser la prise en charge des patients anxiodépressifs. Elles concernent la formation des médecins généralistes, le remboursement des psychologues et la facilitation de l'accès à la psychiatrie avec une meilleure collaboration entre généralistes et psychiatres.

**Discussion :** Cette étude a permis de recueillir les pratiques des médecins généralistes concernant la prise en charge des anxiodépressifs ainsi que des propositions pour l'améliorer. Ces suggestions sont des pistes à considérer pour permettre une optimisation de la prise en charge des patients. Des études complémentaires permettraient de définir plus précisément les attentes des médecins concernant leur formation en psychiatrie et leur collaboration avec les psychiatres pour prendre en charge les anxiodépressifs.

**Mots clé :** Dépression, Trouble anxieux généralisé, Comorbidité, Médecine générale.



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de  
Pharmacie



### *SERMENT*



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie 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 donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

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



## RESUME

**Introduction :** La dépression et le trouble anxieux généralisé sont des troubles mentaux fréquents en soins primaires et sont souvent pris en charge exclusivement par les médecins généralistes. Il existe une comorbidité importante entre ces deux pathologies. Si plusieurs études ont montré que la comorbidité augmente la morbi-mortalité des patients, il n'existe pas de recommandations spécifiques sur la prise en charge des patients anxiodépressifs.

**But de l'étude :** Recueillir les habitudes de prise en charge des patients anxiodépressifs par les médecins généralistes et les moyens de les améliorer.

**Méthode :** Etude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de 14 médecins généralistes de la Vienne.

**Résultats :** La prise en charge des patients anxiodépressifs associe un traitement médicamenteux, principalement les antidépresseurs IRS et les BZD à une prise en charge non médicamenteuse. La psychothérapie est largement conseillée aux patients qui sont orientés préférentiellement vers les CMP, assez faciles d'accès. Les médecins généralistes adoptent une attitude thérapeutique alliant écoute et suivi régulier mais pratique rarement des psychothérapies structurées.

La prise en charge des patients dépressifs est surtout basée sur l'expérience des médecins et n'est pas influencée par la présence d'une comorbidité anxieuse.

Des améliorations ont été proposées pour optimiser la prise en charge des patients anxiodépressifs. Elles concernent la formation des médecins généralistes, le remboursement des psychologues et la facilitation de l'accès à la psychiatrie avec une meilleure collaboration entre généralistes et psychiatres.

**Discussion :** Cette étude a permis de recueillir les pratiques des médecins généralistes concernant la prise en charge des anxiodépressifs ainsi que des propositions pour l'améliorer. Ces suggestions sont des pistes à considérer pour permettre une optimisation de la prise en charge des patients. Des études complémentaires permettraient de définir plus précisément les attentes des médecins concernant leur formation en psychiatrie et leur collaboration avec les psychiatres pour prendre en charge les anxiodépressifs.

**Mots clé :** Dépression, Trouble anxieux généralisé, Comorbidité, Médecine générale.