



Proposition d'un guide de prise en charge de l'accueil à l'accompagnement des personnes présentant un trouble de l'adaptation, réalisé à partir de l'expérience des médecins généralistes

Sophie Skowronek

► To cite this version:

Sophie Skowronek. Proposition d'un guide de prise en charge de l'accueil à l'accompagnement des personnes présentant un trouble de l'adaptation, réalisé à partir de l'expérience des médecins généralistes. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03152281

HAL Id: dumas-03152281

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03152281>

Submitted on 25 Feb 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Sophie SKOWRONEK

le 2 avril 2020

TITRE :

**« Proposition d'un guide de prise en charge de l'accueil à l'accompagnement
des personnes présentant un trouble de l'adaptation, réalisé à partir de
l'expérience des médecins généralistes. »**

Directeur de thèse : Docteur BASTIDE Victor

JURY

Président : Professeur LAMBERT Philippe

Assesseurs :

Professeur CAPDEVIELLE Delphine

Professeur DAVID Michel

Docteur BASTIDE Victor

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Sophie SKOWRONEK

le 2 avril 2020

TITRE :

**« Proposition d'un guide de prise en charge de l'accueil à l'accompagnement
des personnes présentant un trouble de l'adaptation, réalisé à partir de
l'expérience des médecins généralistes. »**

Directeur de thèse : Docteur BASTIDE Victor

JURY

Président : Professeur LAMBERT Philippe

Assesseurs :

Professeur CAPDEVIELLE Delphine

Professeur DAVID Michel

Docteur BASTIDE Victor



PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs honoraires

ALLIEU Yves
 ALRIC Robert
 ARNAUD Bernard
 ASTRUC Jacques
 AUSSILLOUX Charles
 AVEROUS Michel
 AYRAL Guy
 BAILLAT Xavier
 BALDET Pierre
 BALDY-MOULINIER Michel
 BALMES Jean-Louis
 BALMES Pierre
 BANSARD Nicole
 BAYLET René
 BILIARD Michel
 BLARD Jean-Marie
 BLAYAC Jean-Pierre
 BLOTMAN Francis
 BONNEL François
 BOURGEOIS Jean-Marie
 BRUEL Jean-Michel
 BUREAU Jean-Paul
 BRUNEL Michel
 CALLIS Albert
 CANAUD Bernard
 CHAPTAL Paul-André
 CIURANA Albert-Jean
 CLOT Jacques
 COSTA Pierre
 D'ATHIS François
 DEMAILLE Jacques

DESCOMPS Bernard
 DIMEGLIO Alain
 DUBOIS Jean-Bernard
 DUJOLS Pierre
 DUMAS Robert
 DUMAZER Romain
 ECHENNE Bernard
 FABRE Serge
 FREREBEAU Philippe
 GALIFER René-Benoît
 GODLEWSKI Guilhem
 GRASSET Daniel
 GUILHOU Jean-Jacques
 HERTAULT Jean
 HUMEAU Claude
 JAFFIOL Claude
 JANBON Charles
 JANBON François
 JARRY Daniel
 JOURDAN Jacques
 LAFFARGUE François
 LALLEMANT Jean-Gabriel
 LAMARQUE Jean-Louis
 LAPEYRIE Henri
 LE QUELLEC Alain
 LESBROS Daniel
 LOPEZ François-Michel
 LORIOT Jean
 LOUBATIERES Marie
 Madeleine
 MAGNAN DE BORNIER
 Bernard

MARY Henri
 MATHIEU-DAUDE Pierre
 MEYNADIER Jean
 MICHEL François-Bernard
 MION Charles
 MION Henri
 MIRO Luis
 NAVARRO Maurice
 NAVRATIL Henri
 OTHONIEL Jacques
 PAGES Michel
 PEGURET Claude
 PELISSIER Jacques
 POUGET Régis
 PUJOL Henri
 RABISCHONG Pierre
 RAMUZ Michel
 RIEU Daniel
 ROCHEFORT Henri
 ROUANET DE VIGNE LAVIT
 Jean-Pierre
 SAINT AUBERT Bernard
 SANCHO-GARNIER Hélène
 SANY Jacques
 SEGNARBIEUX François
 SENAC Jean-Paul
 SERRE Arlette
 SOLASSOL Claude
 THEVENET André
 VIDAL Jacques
 VISIER Jean-Pierre

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
 BLANC François
 BOULENGER Jean-Philippe
 BOURREL Gérard
 BRINGER Jacques
 CLAUSTRES Mireille
 DAURES Jean-Pierre
 DAUZAT Michel
 DAVY Jean-Marc
 DEDET Jean-Pierre

ELEDJAM Jean-Jacques
 GROLLEAU RAOUX Robert
 GUERRIER Bernard
 GUILLOT Bernard
 LANDAIS Paul
 MARES Pierre
 MAUDELONDE Thierry
 MAURY Michèle
 MILLAT Bertrand
 MONNIER Louis

MOURAD Georges
 PREFAUT Christian
 PUJOL Rémy
 RIBSTEIN Jean
 SCHVED Jean-François
 SULTAN Charles
 TOUCHON Jacques
 UZIEL Alain
 VOISIN Michel
 ZANCA Michel

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Bernard – Chirurgie vasculaire ; médecin vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Éric – Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick – Parasitologie et mycologie
BLAIN Hubert – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BONAFE Alain – Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel – Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard - Rhumatologie
COTTALORDA Jérôme – Chirurgie infantile
COUBERS Philippe - Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d’adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis – Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean-Paul – Biochimie et biologie moléculaire
DE LA COUSSAYE Jean-Emmanuel – Médecine d’urgence
DE WAZIERES Benoît – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Éric – Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques – Chirurgie viscérale et digestive
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
ELIAOU Jean-François - Immunologie
FABRE Jean-Michel – Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir – Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard – Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian – Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier – Médecine intensive-réanimation
JORGENSEN Christian – Thérapeutique ; médecine d’urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre-Olivier – Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre - Neurologie
LARREY Dominique – Gastroentérologie ; hépatologie, addictologie
LEFRANT Jean-Yves – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LUMBROSO Serge – Biochimie et Biologie moléculaire
MARTY-ANE Charles – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick - Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis - Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal – Biologie cellulaire
QUERE Isabelle – Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric – Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques – Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe – Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert – Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice – Radiologie et imagerie médicale
VANDE PERRE Philippe – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc – Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{ère} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia – Hématologie ; transfusion
ASSENAT Eric – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine - Nutrition
AZRIA David – Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria – Pédiopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul – Radiologie et imagerie médicale
BLANC Pierre – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric – Chirurgie viscérale et digestive
BOULOT Pierre – Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles - Pédiatrie
CAMU William - Neurologie
CANOVAS François - Anatomie
CAPTIER Guillaume - Anatomie
CARTRON Guillaume – Hématologie ; transfusion
CAYLA Guillaume - Cardiologie
CHANQUES Gérald – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CORBEAU Pierre - Immunologie
COSTES Valérie – Anatomie et cytologie pathologiques
COULET Bertrand – Chirurgie orthopédique et traumatologique
CYTEVAL Catherine – Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAUVILLIERS Yves - Physiologie
DE TAYRAC Renaud – Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE VOS John - Histologie, embryologie et cytogénétique
DEMARIA Roland – Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier – Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane - Urologie
DUCROS Anne - Neurologie
DUPEYRON Arnaud – Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David - Génétique
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada – Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel - Génétique
LAFFONT Isabelle – Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry – Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence – Cardiologie
LEHMANN Sylvain – Biochimie et biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis – Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan - Physiologie
MEUNIER Laurent – Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
NAVARRO Francis – Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David - Chirurgie viscérale et digestive
PETIT Pierre – Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique, addictologie
PERNEY Pascal – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean-Louis – Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane – Pédiopsychiatrie ; addictologie
TOUITOU Isabelle – Génétique
TRAN Tu-Anh – Pédiatrie
VERNHET Hélène – Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2^{ème} classe

BOURDIN Arnaud – Pneumologie ; addictologie
CANAUD Ludovic – Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire –option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine – Psychiatrie d’Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud – Médecine d’urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel – Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent – Radiologie et imagerie médicale
CUVILLON Philippe – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DAIEN Vincent – Ophtalmologie
DORANDEU Anne – Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent – Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey - Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile - Rhumatologie
GODREUIL Sylvain – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILLAUME Sébastien – Psychiatrie d’adultes ; addictologie
GUILPAIN Philippe – Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
GUIU Boris – Radiologie et imagerie médicale
HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brûlologie
HOUEDE Nadine – Cancérologie ; radiothérapie
JACOT William - Cancérologie ; radiothérapie
JUNG Boris – Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas – Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal – Chirurgie orthopédique et traumatologique
LACHAUD Laurence – Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin – Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie - Néphrologie
LETOUZEY Vincent – Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas - Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge – Psychiatrie d’Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric - Rhumatologie
MAURY Philippe – Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid – Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olivier - Néphrologie
MURA Thibault – Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas– Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANARO Fabrizio – Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise – Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PASQUIE Jean-Luc - Cardiologie
PELLESTOR Franck – Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia – Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie – Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François - Pédiatrie
ROGER Pascal – Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean-François – Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François - Cardiologie
SEBBANE Mustapha – Médecine d’urgence
SIRVENT Nicolas - Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme – Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
SULTAN Ariane – Nutrition
THOUVENOT Eric – Neurologie
THURET Rodolphe – Urologie
VENAIL Frédéric – Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN MAX – Ophtalmologie
VINCENT Denis – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry – Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne – Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{ère} classe :

COLINGE Jacques – Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila – Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent – Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – Médecine générale

1^{ère} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES – Médecine générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

PROFESSEURS ASSOCIES – Médecine

BESSIS Didier – Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

QUANTIN Xavier – Pneumologie

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

VIEL Eric – Soins palliatifs et traitement de la douleur

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BADIOU Stéphanie – Biochimie et biologie moléculaire

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX -RATABOUL Valère – Génétique

CARRIERE Christian – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale – Epidémiologie, économie de la santé et prévention

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie ; transfusion

HILLAIRE-BUYS Dominique – Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PUJOL Joseph – Anatomie

RICHARD Bruno – Médecine palliative

RISPAIL Philippe – Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{ère} classe

BERTRAND Martin – Anatomie

BOUDOUSQ Vincent – Biophysique et médecine nucléaire

BOURGIER Céline – Cancérologie ; radiothérapie

BRET Caroline – Hématologie biologique

COSSEE Mireille – Génétique

GIRARDET-BESSIS Anne – Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine – Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier – Médecine et Santé au travail
MATHIEU Olivier – Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT DE CHAMPFLEUR Nicolas – Radiologie et imagerie médicale
MOUZAT Kévin – Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie – Psychiatrie d’adultes ; addictologie
PANABIERES Catherine – Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal – Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
RAVEL Christophe – Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris – Physiologie
STERKERS Yvon – Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline – Immunologie
TUAILLON Edouard – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 2^{ème} classe

CHIRIAC Anca – Immunologie
DE JONG Audrey – Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie – Dermato-vénéréologie
GOUZI Farès – Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie viscérale et digestive
JEZIOSKI Eric – Pédiatrie
KUSTER Nils – Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain – Maladies infectieuses, maladies tropicales
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
ROUBILLE Camille – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement : addictologie
SZABLEWSKY – Anatomie et cytologie pathologiques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – Médecine générale

MCU-MG de 1^{ère} classe

COSTA David

MCU-MG de 2^{ème} classe

FLOCO-LOGNOS Béatrice
OUDE ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – Médecine générale

LOPEZ Antonio
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BARATEAU Lucie – Physiologie
BASTIDE Sophie – Epidémiologie, économie de la santé et prévention
DAIEN Claire – Rhumatologie
GATINOIS Vincent – Histologie, embryologie et cytogénétique
GOULABCHAND Radjiv – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoît – Cardiologie
MIOT Stéphanie – Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume – Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis – Chirurgie viscérale et digestive

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Philippe LAMBERT,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse, avec enthousiasme.
Veuillez trouver ici le témoignage de toute ma gratitude et de mon plus profond respect.

A Madame la Professeure Delphine CAPDEVIELLE,

Vous m'avez fait l'honneur de vous intéresser à mon travail en participant à ce jury.
Merci d'apporter votre savoir en Psychiatrie.
Soyez assurée de ma profonde considération.

A Monsieur le Professeur Michel DAVID,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de siéger dans ce jury de thèse.
Merci également pour votre aide lors de la constitution de ce jury.
Veuillez recevoir l'expression de toute ma reconnaissance.

A Victor BASTIDE,

Tu m'as fait l'honneur d'accepter d'encadrer ce travail.
Merci de m'avoir guidée tout au long de ce travail de thèse. Merci pour l'intérêt que tu y as porté, ta patience et ta disponibilité.

A tous les médecins généralistes qui ont accepté et pris le temps de participer à cette étude.

A toutes ces belles rencontres pendant mes études de médecine :

Benjamin, mon binôme de P1, de bon conseil, rassurant, sincère, un véritable soutien ces deux années.

Foufoune, ma femme et mon binôme de faluche et de crit depuis notre rencontre mémorable au WEI (du moins de ce qu'on se souvient).

Totof, mari de faluche, avec sa touche de folie, qui a bien tenu sa promesse de non fidélité.

Mon parrain et ma marraine de cœur PH et Nabé qui m'ont conduite vers le droit chemin, enfin presque.

Tout le reste de l'équipe de dévergondage Tad, Maxence, Mumu, Do, Baizet.

Yoyo, un ami sincère et fidèle malgré la distance. Pourvu que ça dure !

Toute la bande Perrine, Nico, Hugo, Lolo pour ces soirées jachère.

Mes fillots de cœur, Victor, Thomas, Morgan, Etienne et PO, mes petits bonheurs pendant ces années d'externat : un mélange de fous rires, tendresse, soutien, complicité. Je suis fière de vous.

Mes petits P2, Simon et Malik qui me redonnaient le sourire pendant la D4.

Toutes les équipes infirmiers, aide-soignants, secrétaires, co-externes, co-internes et médecins qui m'ont chaperonnée pendant mes années d'externat et d'internat, partageant leur expérience et leur bienfaisance.

Toute l'équipe du service de pneumologie de Médipôle à Cabestany qui m'a très bien accueillie parmi elle. Petit clin d'oeil à Nadège ravissante et bienveillante, Val qui m'a poussée à cuisiner ma première et unique tarte aux framboises, aux multiples conversations dans le bureau d'Aurore et Françoise toujours souriante et affectueuse.

Corinne Milleret, une médecin inspirante. A son associé Thomas et leur secrétaire Myriam très sympathiques.

Julie, une co-interne consciencieuse, agréable et bonne cuisinière.

L'équipe médicale de Sainte-Marie-la-Mer, leur podologue Marielle et leurs secrétaires Anne et Lydia pour leur gentillesse et leur bienveillance lors de mes premiers remplacements.

Tous les Mendois : Maïlys l'aventurière toujours partante pour découvrir le monde en espérant continuer à t'accompagner dans cette conquête, Elise et ton habileté certaine, Quentin partenaire de soirées sans trop de modération, Redha et Sabrina gardez votre fougue c'est génial, Alban et ta relax attitude, Marion pour ton dynamisme constant, Agnès avec tes histoires improbables, Pauline prête à faire des centaines de kilomètres pour venir aux soirées.

A Anne Cha, bientôt 6 ans qu'on se connaît, ça commence à faire, sans pour autant me lasser de toi. Merci pour tes attentions, ta présence même à distance, tes conseils qui m'ont bien aidée à passer ce cap. Tu m'apportes beaucoup dans ma vie personnelle et qui sait peut-être professionnelle ?

A Agnès C. qui m'a accompagnée dans le travail sur soi et inspirée pour ce travail de thèse.

A ma famille :

Mon père, qui m'a soumis l'idée de faire médecine et donné l'envie de faire médecine générale. Tu m'as toujours poussée à travailler dur, sûrement pour me préparer à ces longues années d'études qui m'attendaient. Plus les années passaient, plus c'était difficile d'être assidue au travail mais l'envie que tu sois toujours fier de moi m'a portée jusqu'ici. Tu es un exemple pour moi, d'un médecin passionné, consciencieux, généreux, courageux, même si je ne ferai pas les mêmes horaires que toi. Tu t'es tellement donné, très bientôt, tu pourras profiter de nouvelles passions comme du temps avec Jo, tes enfants et tes petits enfants.

Ma mère Jo, une maman merveilleuse faisant passer ses enfants avant tout, détrônés par ses petits-enfants ; et aussi une femme épatante par ta détermination, ton courage, ta joie de vivre. La rédaction et moi ça fait deux, ton aide m'a été très précieuse pendant toutes ces années de scolarité, jusqu'ici, merci.

Ma soeur Poucivet, un grand cœur sensible, sincère, généreux. Réconfortante quand il faut, un enthousiasme à toute épreuve. Un grand merci pour tout cet amour et ton soutien sans limite.

Ric, admirable pour tes prouesses techniques et pour supporter Flo au quotidien.

Loin des yeux mais proches du cœur sans modération, mon frère David, Gab et Mila des têtes à bisous et Lavinie pour ta prévenance naturelle, ta maîtrise des mots et ta disponibilité, merci.

Et tout le reste de la famille, cousins, cousines, tantes, oncles, pour ce partage de bons moments depuis toutes ces années et encore d'autres à venir. Souvenirs à nos défunts.

A tous mes autres proches:

A Christine, Fernand et leur famille, toujours présents dans les bons coups.

A Colette, ma marraine qui a assumé et assuré le rôle de parrain aussi.

A Aurélie et Claudie, deux amies formidables pendant ces années lycée, à qui je pense malgré la distance.

A Pierre, mon premier supporter au quotidien, grâce à ta présence réconfortante et assurée, tes bons petits plats (merci Brian), ton amour inconditionnel, tes séances de coaching. Merci pour ta patience et ton optimisme pendant cette épreuve et dans la vie de tous les jours.

Aux amis de Pierre, des exemples de courage et de positive attitude.

A Odile, une belle-mère en or. A Manu pour votre renfort efficace pendant cette épreuve. A Charlotte pour ta gentillesse et ta simplicité, et toute ma belle-famille qui m'a facilement intégrée dans sa vie.

A vous tous, sans qui je ne serai pas qui je suis et pas là aujourd'hui.

A ceux que j'oublie.

GLOSSAIRE

BADI = Brief Adjustment Disorder Intervention

CIM = Classification internationale des maladies

CMP = Centre médico-psychologique

DIAD = Diagnostic Interview Adjustment Disorder

DSM = Diagnostic and Statistical Manual of mental disorder

EBM = Evidence-Based-Medicine

GRADE = Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation

HAS = Haute Autorité de Santé

MSP = Maison de Santé Pluridisciplinaire

MSU = Maître de Stage des Universités

TOC = Trouble obsessionnel compulsif

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	16
I- Genèse de ce travail.....	16
II- Connu	16
III- Inconnu.....	18
IV- Question posée	18
MATERIEL ET METHODES	19
I- Généralités.....	19
II- Le recueil des données	19
1. Le recrutement de la population	19
2. Le guide d'entretien.....	20
3. Les modalités des entretiens	20
III- L'analyse des données.....	21
1. La retranscription complète.....	21
2. L'analyse par théorisation ancrée.....	21
3. Feedback.....	21
RESULTATS	22
I- Les caractéristiques de la population étudiée	22
II- La présentation des résultats.....	22
III- L'émergence du guide	23
A- Les grandes lignes	23
1.Accueil du patient chez lequel est suspecté un trouble de l'adaptation.....	23
2.Place à la verbalisation du patient	23
3.Contextualisation du vécu du patient	23
4.Décision médicale partagée.....	23
5.Stratégie du médecin généraliste	23
6.Ressources du médecin généraliste	23
B- Les détails de la démarche.....	24
1.Accueil du patient chez lequel est suspecté un trouble de l'adaptation.....	24
2.Place à la verbalisation du patient	27
3.Contextualisation du vécu du patient	32
4.Décision médicale partagée.....	33
5.Stratégie du médecin généraliste	33
6.Ressources du médecin généraliste	43
IV- L'évaluation du guide par les médecins participants.....	51

DISCUSSION	52
I- Principaux résultats	52
II- Forces et faiblesses de mon travail	55
1- Forces	55
2- Faiblesses	55
III- Perspectives	56
BIBLIOGRAPHIE	58
Annexe 1 : Critères diagnostiques du trouble de l’adaptation selon le DSM-5.....	60
Annexe 2 : Critères diagnostiques du trouble de l’adaptation selon le CIM 11	61
Annexe 3 : Guide d’entretien	62
Annexe 4 : Verbatims.....	63
SERMENT	128
RESUME.....	129
MOTS-CLES.....	130

INTRODUCTION

I- Genèse de ce travail

Mon expérience en tant que remplaçante en cabinet de médecine générale m'a confrontée à des personnes en souffrance se présentant de diverses manières ; le plus souvent avec des symptômes anxieux ou dépressifs faisant suite à un événement de vie récent stressant.

En m'appuyant sur des connaissances théoriques et les recommandations de la HAS, mon rôle me semblait limité à prescrire un traitement médicamenteux adapté à leur symptomatologie et leur proposer d'aller voir un psychologue selon leurs moyens financiers voire un psychiatre.

J'ai eu le sentiment d'être démunie à plusieurs reprises, face à de telles situations.

A ma place de médecin généraliste, je me suis posée la question « comment mieux prendre en charge ce type de personnes ? »

II- Connu

Lors de mes recherches bibliographiques, j'ai pu mettre un nom sur ce trouble présenté par ces patients, le trouble de l'adaptation.

Sa nosographie a beaucoup évolué au cours du temps et a longtemps été controversée. Aujourd'hui, le trouble de l'adaptation est classé par le DSM-5 depuis 2013 dans les troubles liés aux traumatismes et aux facteurs de stress (critères diagnostiques annexe 1).

Plus récemment, le trouble de l'adaptation a subi également une spécification plus précise dans la CIM-11, il fait maintenant partie des troubles spécifiquement associés à des facteurs de stress (critères diagnostiques annexe 2).

Une étude en 2014 [1] a permis de valider de manière conceptuelle un instrument diagnostique du trouble de l'adaptation, utilisant les critères DSM-IV ajustés, appelé le DIAD. D'autres études sur la validité et la fiabilité sont encore nécessaires.

Une étude en médecine générale de 2012 [2] sur des patients évalués à l'aide d'un entretien clinique structuré pour le DSM-IV, révèle une prévalence à 2.94% avec une très faible identification diagnostique des troubles par les médecins généralistes.

Il peut toucher tout individu, dès l'enfance.

Le pronostic est favorable, les symptômes selon le DSM-5 ne persistent pas au-delà de 6 mois après la disparition du facteur de stress.

Il est aussi source de complications psychiatriques. Selon une étude d'Andreasen et Hoenk de 1982 [3], après un suivi de 5 ans chez des patients atteints d'un trouble de l'adaptation, 79% d'adultes contre 57% d'adolescents étaient complètement rétablis. Sur 8% des adultes ayant eu des complications, la plupart ont développé une dépression majeure ou un trouble de l'usage de l'alcool ; et 13% des adolescents présentaient une nouvelle affection psychiatrique, dont la schizophrénie, le trouble schizo-affectif, la dépression majeure, le trouble bipolaire, la personnalité antisociale, l'alcoolisme et les troubles liés à l'usage de drogues.

Une étude portant sur les facteurs de risque de suicide dans le sud de l'Inde rurale en 2010 [4] révélait que les troubles de l'adaptation étaient une des catégories avec la dépendance à l'alcool les plus courantes, plus que la schizophrénie, la dépression majeure et la dysthymie.

Les recommandations de la HAS non spécifiques au trouble de l'adaptation, concernant les affections psychiatriques de longue durée et troubles anxieux graves [5], préconisent une psychothérapie associée ou non à un traitement médicamenteux selon la symptomatologie.

D'après un travail de thèse effectué en 2008 par V.Tranchée-Vergé [6], les médecins généralistes ont tous une « attitude psychothérapeutique » face à un patient souffrant psychiquement.

Ce travail a d'abord éveillé mon intérêt mais il ne traitait pas spécifiquement du trouble de l'adaptation. Par ailleurs, sa méthode d'entretiens dirigés ne fournissait pas de données totalement fidèles aux propos des médecins.

Une revue systématique publiée en 2018 [7] a examiné 29 essais de 1980 à 2016 sur les traitements psychologiques et pharmacologiques du trouble de l'adaptation chez l'adulte. Ils ont constaté que la qualité des preuves de ces études était faible à très faible selon le GRADE.

Depuis, un essai contrôlé randomisé [8] a étudié une intervention d'auto-assistance sur Internet connue sous le nom d'Intervention pour les troubles de l'adaptation brève (BADI) pour le traitement du trouble d'adaptation de la CIM-11. L'intervention a été efficace pour les participants qui l'avaient utilisée au moins une fois en 30 jours. Les taux d'abandon élevés de l'étude limitaient la généralisation des résultats.

Une autre étude contrôlée randomisée [9] comparait une thérapie cognitivo-comportementale en face à face et virtuelle à un groupe témoin de liste d'attente. Les deux traitements ont entraîné des améliorations significativement plus importantes du trouble de l'adaptation par rapport au groupe témoin de liste d'attente. A plus long terme, le groupe de réalité virtuelle a connu plus d'améliorations que les groupes standards et le groupe témoin de liste d'attente. Le taux d'abandon de cette étude était également élevé et l'échantillon de petite taille.

Plusieurs options récentes émergent depuis la clarification de la définition du trouble de l'adaptation par la CIM-11, des essais de haute qualité manquent encore [10].

Des difficultés se posent de par la présentation clinique variée de ce trouble, et des recommandations le concernant non suffisantes à une prise en charge adéquate de ces patients.

III- Inconnu

Aucune étude n'a permis de définir un cadre, des stratégies, des moyens et des outils mis en place par les médecins généralistes, ni de développer dans leur pratique la prise en charge d'une personne présentant un trouble de l'adaptation.

IV- Question posée

Comment les médecins généralistes accueillent et prennent en charge des personnes présentant un trouble de l'adaptation ?

L'objectif principal de ce travail est d'élaborer un guide réflexif en vue de recommandations, à partir de l'expérience des médecins généralistes face à une personne chez laquelle ils suspectent un trouble de l'adaptation.

MATERIEL ET METHODES

I- Généralités

Pour ce travail, j'ai réalisé une étude qualitative à partir d'entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes. Puis à partir des données recueillies, j'ai utilisé une analyse par théorisation ancrée.

II- Le recueil des données

1. Le recrutement de la population

La population était constituée de médecins généralistes libéraux du département des Pyrénées-Orientales, hommes ou femmes, d'âges différents.

La sélection s'est faite par un échantillonnage raisonné :

- Médecins MSU ou non MSU : j'ai eu à ma disposition la liste des différents MSU des Pyrénées-Orientales contenant leur nom, leur adresse mail, leur numéro de téléphone et le lieu d'exercice
- Médecins travaillant en milieu rural ou urbain : cette caractéristique était définie par le Conseil Départemental des Pyrénées-Orientales, contacté par mail, sur une carte de la répartition des communes rurales établie en 2017.

Et aussi un échantillonnage par réseau, auprès de mon entourage professionnel puis par connaissances interposées.

La taille de l'échantillon théorique a été déterminée par la saturation des données.

Le recrutement des médecins généralistes s'est fait au fur et à mesure de la réalisation des entretiens afin de contrôler au mieux la représentation de chaque classe prédéfinie, en exposant les raisons et l'objectif du sujet et les modalités de recueil des données :

- Par contact en personne avec 2 d'entre eux, par sms pour 2 autres et par appel téléphonique pour 4 autres
- A l'aide d'une lettre d'information explicite et courte qui a été envoyée par mail à 12 MSU du département. N'obtenant pas de réponse spontanée, je les ai relancés par appel téléphonique à leur cabinet et laissé des messages aux secrétaires : 9 sont restés sans réponse et j'ai eu 3 réponses positives.

2. Le guide d'entretien

Pour mener à bien l'enquête, je me suis aidée d'un guide d'entretien.

Ce guide était constitué de questions principales ouvertes et des questions secondaires orientées pour relancer l'entretien en cas de besoin ou pour étayer les propos du médecin.

Il a été remanié après les 3 premiers entretiens sur la forme principalement : reformulation de questions.

Il n'a pas toujours été suivi de manière rigoureuse, j'ai dû m'adapter aux propos des médecins.

3. Les modalités des entretiens

Les rendez-vous avec les médecins généralistes ont été convenus sur leur lieu d'exercice pour 9 médecins sur 11 et 2 à leur domicile.

Ils ont été effectués de mars à octobre 2019.

L'enregistrement s'est fait par la fonction « enregistreur vocal » de mon téléphone portable.

Après consentement recueilli de leur participation et de l'enregistrement audio, leur assurant l'anonymisation des données, j'ai commencé par un rappel de la présentation du sujet et de son déroulement.

La définition théorique du trouble de l'adaptation selon le DSM-5 a été donnée au début de l'entretien. Le choix de la classification diagnostique s'est porté sur le DSM et non le CIM du fait de la plus récente modification au début de l'enquête.

L'entretien s'est terminé par une question pour m'assurer que l'enquêté n'avait plus rien à dire concernant le sujet, une formule de remerciement pour leur participation et le fait que je ferai de nouveau appel à eux pour une validation des résultats, une fois l'analyse des données effectuée.

Les entretiens ont duré entre 18 et 47 minutes pour le plus long.

Le travail d'analyse a été réalisé en parallèle. La saturation des données a été obtenue au 10^{ème} entretien, quand l'analyse n'apportait plus d'idées nouvelles. Afin de m'en assurer, un 11^{ème} a permis d'arrêter l'enquête.

III- L'analyse des données

1. La retranscription complète

Les dires de chaque médecin ont été retranscrits, après plusieurs écoutes, dans leur intégralité, mot à mot, sans interprétation, en respectant l'anonymat.

Les médecins de l'étude ont été identifiés par la lettre « M » suivie d'un numéro attribué selon leur ordre de passage au cours des entretiens. La lettre « E » pour « enquêtrice » me désignait.

L'ensemble des entretiens retranscrits constituait des verbatims, le corpus de l'étude.

2. L'analyse par théorisation ancrée

La méthode permet de théoriser un phénomène empirique à travers la codification, la catégorisation, la mise en relation, l'intégration, la modélisation et la théorisation [11][12][13].

Les données brutes ont d'abord été reprises par fragments de texte et reformulées, de manière à obtenir une série de codes. Ensuite, la catégorisation a permis de passer à un niveau conceptuel de l'analyse, à une nomination plus large de phénomènes et leur caractérisation, en comparant et regroupant des codes entre eux par unité de sens. Puis, ces différentes catégories ont été mises en relation en les confrontant les unes aux autres. De cette étape, j'ai pu voir l'émergence d'un phénomène général délimité, reconstitué afin de consolider la théorie.

C'est une analyse progressive dans laquelle le recueil des données a été fait en simultané et les différentes étapes se sont chevauchées avec une ampleur variable en cours de recherche.

Ce processus a duré environ 6 mois de septembre 2019 à février 2020, sur un support informatique et à l'aide du logiciel X-Mind à partir de la mise en relation des catégories.

3. Feedback

Une dernière étape a consisté à un feedback auprès des médecins généralistes participants, après élaboration du premier travail d'analyse, afin de vérifier la validité de l'ancrage.

L'objectif était d'amener les participants à une analyse réflexive sur leurs verbatims, mon travail et la cohérence de mon travail avec ces mêmes verbatims.

RESULTATS

I- Les caractéristiques de la population étudiée

Médecin interviewé	Sexe	Secteur d'activité	Statut
M1	H	Rural	Non MSU
M2	F	Rural	Non MSU
M3	F	Urbain	MSU
M4	H	Urbain	MSU
M5	H	Urbain	Non MSU
M6	H	Rural	MSU
M7	F	Urbain	Non MSU
M8	H	Urbain	Non MSU
M9	H	Urbain	Non MSU
M10	H	Rural	MSU
M11	F	Urbain	MSU

Au total, 11 médecins généralistes ont participé à cette étude, 4 femmes et 7 hommes.

Les classes pré définies ont été bien représentées : soit 4 médecins travaillant en milieu rural et 7 en milieu urbain ; 6 étaient MSU et 5 non MSU.

II- La présentation des résultats

L'analyse par théorisation ancrée a permis, à partir de l'expérience des médecins généralistes, l'élaboration d'un guide destiné aux médecins généralistes dans la prise en charge des personnes présentant un trouble de l'adaptation. Il permet de définir un cadre d'action et met à disposition des outils et des ressources utiles à leur pratique.

Les différentes catégories sont illustrées par des extraits de verbatims issus des entretiens, retranscrits en italique. Le symbole [...] indique que l'extrait n'est pas retranscrit dans son intégralité.

III- L'émergence du guide

A- Les grandes lignes

1. Accueil du patient chez lequel est suspecté un trouble de l'adaptation
 - 1.1- **A partir d'un motif de consultation** : évoqué directement ou masqué
 - 1.2- **Être attentif au langage verbal du patient**
 - 1.3- **Observer le langage non verbal du patient**
 - 1.4- **Reconnaitre une discordance entre le discours du patient et son attitude**
2. Place à la verbalisation du patient
 - 2.1- **Explorer** : vécu, ressentis, attentes, besoins, représentations
 - 2.2- **Connaitre la personnalité du patient** : détecter des facteurs de vulnérabilité, évaluer ses ressources internes et externes
 - 2.3- **Evaluer la situation** : retentissement, gravité et intensité, caractéristiques du ou des facteurs de stress
3. Contextualisation du vécu du patient
 - 3.1- **Mise en évidence d'un lien avec un ou des facteurs de stress**
 - 3.2- **Des contextes particuliers**
4. Décision médicale partagée
5. Stratégie du médecin généraliste
 - 5.1- **Outils de communication** : écoute active, questions ouvertes, discours adapté compréhensible, posture face au patient
 - 5.2- **Outils de relation** : climat de sécurité, chaleureux et de confiance, attitude empathique
 - 5.3- **Organisation** : délégation des tâches administratives, anticipation sur le temps
6. Ressources du médecin généraliste
 - 6.1- **Il se réfère à ses compétences liées à sa formation médicale**
 - 6.2- **Il doit faire preuve d'aptitudes** : d'écoute, gestion de ses émotions
 - 6.3- **Il doit encourager sa réflexivité** : partage d'expérience avec d'autres professionnels, prise en compte de sa propre expérience professionnelle et personnelle
 - 6.4- **Il peut faire appel ponctuellement à d'autres ressources** : traitement médicamenteux, arrêt de travail, recours au psychologue ou au psychiatre, d'autres alternatives thérapeutiques non médicamenteuses.

B- Les détails de la démarche

1. Accueil du patient chez lequel est suspecté un trouble de l'adaptation

La définition théorique du trouble de l'adaptation est perçue dans la pratique des médecins généralistes comme vaste et confuse.

M9 « *C'est très vaste, c'est extrêmement vaste* »

M6 « *quand vous m'avez parlé de trouble de l'adaptation, je me suis dit alors comment elle entend ça, comment on peut voir ça* »

M10 « *Je sais pas si ça rentre vraiment dans un trouble de l'adaptation* »

Pour certains, il n'est pas une véritable pathologie psychiatrique.

M4 « *on n'est pas dans le domaine psychiatrique* »

M9 « *pour nous, je pense pas que c'est une vraie maladie, c'est l'état psychologique mais pour moi, ce n'est pas une vraie maladie cette histoire* »

M11 « *et comme on est dans des troubles de l'adaptation, ce ne sont pas des troubles psychiatriques* »

Pourtant, le médecin peut soupçonner un trouble de l'adaptation derrière des stades déjà évolués comme la dépression ou le suicide.

M2 « *il y a eu un trouble au départ je pense, un trouble de l'adaptation, la façon dont elle a réagi, elle a surréagi à mon sens, probablement surréagi à des choses mais ça s'est enkysté et c'est tellement resté que ben maintenant elle est dans un syndrome dépressif [...]. Je l'ai vue, elle était déjà en syndrome dépressif installé* »

M6 « *exemples de jeunes qui se sont pendus ou qui se sont noyés [...] sur l'état anxiodépressif latent qui décompense parce qu'effectivement il y a une annonce qui est, qui ne plait pas ou qui ne convient pas ou qui fait de la peine* »

D'où l'importance du repérage des situations perçues comme un trouble de l'adaptation :

1.1- A partir d'un motif de consultation :

1.1.1- Evoqué directement : manifestations émotionnelles et comportementales

- Dès le début de consultation

M4 « *c'est spontanément qu'eux-mêmes ils viennent et ils viennent exprimer le fait qu'ils n'en peuvent plus* »

M8 « *elle est venue me demander de l'aide [...] j'en peux plus', elle craquait complet* »

M10 « *une personne qui me vient en disant 'je me suis mis en colère face à un de mes employés, c'était complètement injustifié'* »

- En fin de consultation

M2 « *souvent à la fin de la consultation aussi, ils te disent 'ah au fait en ce moment je ne vais pas très bien'* »

M11 « *on s'occupe de tout et à la fin 'au fait je dors pas bien' [...] en général les derniers symptômes de la consultation sont les réels symptômes de la consultation* »

1.1.2- Masqué par des symptômes physiques

M2 « *elle est venue parce qu'elle avait un problème, c'était somatique [...] un eczéma terrible* »

M7 « *généralement le premier motif c'est la fatigue* »

M11 « *consultations que j'appelle un peu masquées, genre j'arrive avec un autre problème, genre un problème médical de douleur par exemple* »

D'autant plus quand ils sont :

- Itératifs

M1 « *ils viennent dix fois pour rien* »

M7 « *je la voyais depuis plusieurs fois pour mal là mal là mal là* »

M11 « *oui ça fait longtemps que vous venez pour des vertiges, je vous ai examiné, il n'y a aucun problème médical [...] est-ce que ces vertiges pourraient être liés à quelque chose d'autre ?* »

- Persistants

M1 « *il y a une petite qui vient me voir 'je suis fatiguée parce que j'ai une rhino depuis 3 semaines'. Bon ok fanny [...] elle a eu une grossesse, son mec lui a dit d'avorter et depuis elle arrive plus à en avoir enfin bon bref voilà donc si tu veux là il y a un petit trouble* »

1.1.3- Evoqué par l'accompagnant

- Patient sollicité

M4 «à un moment donné, c'est madame qui prend monsieur en disant 'tu vas aller consulter'»

- Accompagnant qui se retrouve être le sujet de la consultation

M6 « j'ai aussi un patient dont la femme était inquiète parce qu'il avait un mal de tête tout ça, elle m'a suriné parce qu'il avait peut-être une tumeur cérébrale ou que ci que là »

1.2- **Etre attentif au langage verbal du patient**

- Changeant

M3 « qui parle moins que d'habitude ou qui parle beaucoup plus »

- Absent

M2 « ils verbalisent pas, alors peut-être qu'ils sont très mal »

- Tergiversant

M4 « tu vois qu'il tourne autour du pot quoi donc à partir de là, tu essayes de faire préciser»

- Intonation

M4 « tu arrives à le sentir même dans le ton de la voix »

- Répétition inconsciente d'éléments

M4 « ce chien, il revient régulièrement dans la discussion, à un moment donné tu dis mais pourquoi vous parlez de votre chien ? »

- Flux de plaintes

M5 « Et moins c'est grave, plus c'est lourdingue. En général, le mec [...] passe un quart d'heure à vous dire que quand il lève les yeux au ciel ça lui tire dans le dos, quand il baisse la tête ça lui fait ça non donc ça aussi ça peut être quelque chose d'un peu...»

1.3- Observer le langage non verbal du patient

- Comportement inhabituel

M4 « *il a changé non seulement de d'abord, il a changé de manière de s'exprimer ou qu'il est un peu dans le repli* »

M5 « *c'était pas un sujet qui était particulièrement anxieux habituellement* »

- Langage corporel parlant

M3 « *si tu le sens un peu à se tourner les mains* » ; « *au comportement du patient devant sur sa chaise* »

M4 « *on voit dans le faciès [...] qu'il a changé* »

M7 « *elle était comme ça sur sa chaise toute fermée* »

1.4- Reconnaître une discordance entre le discours du patient et son attitude

M2 « *Quelqu'un qui vient parce qu'il a mettons un syndrome ORL, ce que tu veux, qui a le nez bouché et qui d'un coup se met à pleurer* »

2. Place à la verbalisation du patient

Chez un patient déjà connu, l'aide au repérage des réactions inhabituelles est facilitée.

M1 « *je connais mon patient donc je sais comment il va réagir* »

M2 « *quand tu connais un peu plus leur histoire, tu sais où est-ce qu'il faut t'orienter déjà quand tu leur parles* »

Mais la connaissance d'une personne reste partielle et peut tromper la vigilance du médecin, des réactions imprévisibles sont possibles.

M3 « *je pensais pas [...] qu'elle soit aussi fragile, ça je ne l'avais pas détecté* »

M6 « *quelqu'un qui vous paraît tout doux, tout gentil et tout ça peut très bien devenir quelqu'un de féroce par la suite [...] c'est pas facile à prévoir* »

La difficulté est plus grande en cas d'absence de verbalisation du patient

M5 « *une ado, c'est difficile quoi, ça communique pas aussi facilement* »

M11 « *il y en a qui parlent pas du tout et du coup ça va complètement biaiser la prise en charge et du coup je vais plus les adresser à quelqu'un* »

Et face à un nouveau patient

M2 « *quelqu'un que tu vois pour la première fois, évidemment là bon tu sais pas trop [...] tu sais pas exactement comment ça se passe, c'est compliqué* »

Le travail du médecin est d'aider le patient à verbaliser et la démarche doit être la même chez un patient déjà connu ou non.

Par verbalisation, on entend la capacité à mettre des mots sur ses pensées et ses émotions, dans le but de :

- récupérer des informations

M5 « *la première c'est le diagnostic déjà, arriver à comprendre vraiment ce qu'il se passe* »

M6 « *il faut d'abord quand même savoir les tenants, les aboutissants* »

M8 « *trouver un déclencheur parce que sur ça, on peut travailler facilement* »

- obtenir la réflexivité du patient, en l'amenant à faire un retour sur soi en explicitant son expérience vécue

M7 « *cherche à leur faire dire le fond du problème* » ; « *leur dit d'essayer de réfléchir chez eux, de se repositionner sur ce qui a été dit pendant la consultation* »

M10 « *le micro guidage qu'on peut donner [...] la personne découvre d'elle-même ce à quoi elle doit arriver* »

- avec déjà un effet thérapeutique, lui permettant de raisonner, rationaliser, se réorganiser et se réadapter

M2 « *même si c'est que pour parler, c'est pas forcément pour rédiger une ordonnance* » ; « *tu es aussi là pour leur donner un petit coup de pouce* »

M6 « *on peut être dans la réflexion, dans la parole, dans le discours, dans ce que vous voulez, c'est pas automatiquement avec des cachets qu'on le fait voilà* »

Le médecin doit chercher à :

2.1- Explorer

2.1.1- Histoire, contexte, conditions

M8 « *Quand est-ce que ça allait bien ? A quel moment c'est plus allé bien ?* »

M10 « *lui demander 'mais qu'est-ce qu'il s'est passé dans votre vie ?'* »

2.1.2- Vécu actuel et ressentis

M2 « *demander comment lui il vit les choses, ce qu'il ressent* »

M6 « *qu'il exprime ses problèmes, sa douleur, ses craintes* »

2.1.3- Attentes et besoins

M6 « *c'est pas un truc qu'il connaît et dont il aura besoin et qu'il lui apportera du soutien* »

M7 « *comprendre ce qu'il veut, ce qu'il recherche ; pourquoi il vient me voir ; en quoi il veut être aidé ; qu'est-ce que je peux faire pour lui ?* »

2.1.4- Représentations

M5 « *faire accepter la chose à la personne parce que pour beaucoup de gens quand vous avez un truc qui est un truc comme ça c'est un peu des choix. Souvent des gens vous disent 'je croyais pas moi que ça m'arriverait, que je serais aussi faible'* »

M7 « *ils ont du mal à accepter de suite de parler de psychiatre en général, ils ont plus ce côté 'je suis pas fou, j'ai rien de...'* »

2.2- **Connaître la personnalité du patient**

2.2.1. Détecter des facteurs de vulnérabilité :

- Fragilité psychologique

M3 « *Il y avait le divorce pas très longtemps avant donc elle était un peu plus fragile* »

M9 « *Est-ce qu'ils sont fragiles ou ils sont pas fragiles ?* »

- Trouble de la personnalité sous-jacente

M4 « *tu as résolu le problème le plus superficiel ou le plus rapidement mais il y a un problème de fond, il y a une personnalité de fond* »

- Présence d'antécédents psychiatriques

M7 « *dès qu'elle a commencé à me parler de ses tentatives de suicide à répétition* »

- Co morbidités

M8 « *elle fait des manifestations on sait pas avec un trouble psychologique, en effet sans aller jusqu'à la dépression, elle le critique mais elle a du mal à le gérer* »

M11 « *on a tendance à faire le diagnostic un peu il est triste, il pleure, ça y est il est dépressif, non* »

2.2.2- Evaluer ses ressources internes :

- Personnalité

M3 « *c'était la [...] jeune femme dynamique, qui assumait tout* »

M10 « *elle avait aucun trait de caractère particulier [...] elle n'avait jamais relaté une souffrance morale particulière* »

- Potentialités

M1 « *je vais poser des questions simples et je vais voir au fil de la consultation si la réponse aux questions simples est celle que je l'attendais [...] même l'ordre* »

M2 « *c'est quelqu'un qui va rebondir, elle veut rebondir* »

- Motivations

M2 « *une mais qui je pense va gérer la situation, qui se rend compte que ça va pas et qui se donne les moyens d'aller mieux. On sent qu'elle est marquée* »

2.2.3- Evaluer ses ressources externes :

- Environnement familial et social

M8 « *j'aime bien lister, mettre les différents plans de la vie : le travail, la famille, les amis, les loisirs. 'Est-ce qu'il y a un des plans qui fonctionne ?' s'il y a un des plans auquel se raccrocher, c'est déjà bien* »

M10 « *le fait qu'il y ait un entourage structurant, aidant, motivant vers une prise en charge, ben oui ça va compter je pense* »

- Le médecin généraliste lui-même

M4 « *ils demandent à avoir un conseil* » ; « *c'est la première personne à qui les patients vont parler* »

M8 « *les gens ils viennent te poser des questions qui sont même plus médicales parce qu'ils savent pas vers qui se retourner* » ; « *ils sont facilement perdus et qu'ils peuvent pas toujours se reposer sur leurs parents ou sur leur entourage* »

2.3- Evaluer la situation :

2.3.1- Retentissement

- Fonctionnement social et professionnel

M4 « *tu peux leur demander 'à quel point ça vous affecte ou le retentissement' »*

M8 « *j'aime bien lister, mettre les différents plans de la vie : le travail, la famille, les amis, les loisirs. 'Est-ce qu'il y a un des plans qui fonctionne ?' »*

M11 « *'à la maison comment ça se passe ? au travail comment ça se passe ?' »*

- Qualité de vie

M2 « *'vous dormez bien, vous n'êtes pas fatigué, vous mangez bien ?' »*

2.3.2- Gravité et intensité de la symptomatologie

M2 « *si je vois vraiment qu'il y a une anxiété majeure »*

M4 « *au bout de quelques temps, tu n'as même pas besoin de test, la discussion te montre à quel point s'il y a quelque chose de grave ou de pas forcément grave »*

Eliminer un risque vital

M11 « *pas de risques vitaux, c'est à dire que je considère qu'il n'y a pas de risque suicidaire »*

2.3.3- Caractéristiques du ou des facteurs de stress :

- Ancienneté

M4 « *problématique aujourd'hui prend racine dans des choses beaucoup plus anciennes »*

M10 « *diriger sur des psychologues, notamment quand il s'agit de se rappeler de machin très ancien »*

- Persistance

M8 « *les résultats sont les mêmes, forcément parce que l'évènement déclencheur, il est là et il changera pas »*

- Enchaînement

M4 « *c'est parfois le facteur déclenchant d'autres choses » ; « problèmes professionnels succèdent à des problèmes financiers [...] toutes les causes qui peuvent tourner autour du problème »*

- Intensité : mineure ou majeure

M6 « *quand on sent qu'il y a un problème plus important* »

M9 « *Je peux pas rassurer un malade qui sait qu'il a un cancer [...] il faut être logique et ne pas dire qu'il a un cancer et non c'est rien du tout, c'est pas possible* »

3. Contextualisation du vécu du patient

3.1- **Mise en évidence d'un lien avec un ou des facteurs de stress :**

- Evoqué directement par le patient

M2 « *en consultation, ils viennent souvent avec ce motif-là [...] professionnel* »

M9 « *la peur de voir le médecin pour qu'il annonce un cancer* »

M10 « *prise de conscience immédiate entre le stress subi et les symptômes* »

- Non médical

M8 « *elle venait pas pour un vrai problème médical, elle venait pour son problème au travail qui lui pourrissait la vie* » ; « *la conséquence du problème est peut-être médicale, psychologique, psychiatrique, ce que tu veux mais la source non* »

- Disparition des symptômes après la disparition du stress

M5 « *parce que ses problèmes se sont amendés, je parle du boulot et automatiquement quasiment la symptomatologie s'est amendée elle aussi* » ; « *l'abcès s'est crevé tout seul en quelque sorte donc à priori il n'y a plus rien* »

- Découverte fortuite : tentative de suicide

M5« *La gamine avait fait une tentative de suicide en réalité [...] et là l'abcès s'est crevé quoi*»

3.2- **Des contextes particuliers :**

- Changement récent de situation du patient

M3 « *on vient d'arriver dans la région [...] il y a le décès ou la fin de vie [...] en plus au boulot là c'est un peu dur, j'ai changé de boulot* »

M4 « *Si c'est par exemple professionnel [...] le changement d'habitude, euh le changement de collègue* »

- Echec de traitements d'une pathologie somatique

M8 « Elle a essayé des traitements, tous les traitements dermato possibles, donc elle arrive ben elle a déjà tout essayé donc pour moi c'est relativement simple »

- Réaction jugée exacerbée par le patient et/ou le médecin

M2 « peut-être ça prend des proportions peut-être un petit peu importantes »

M10 « 'ça a pris des proportions énormes, et je ne comprends pas pourquoi, je deviens, voilà j'ai quelque chose qui va pas, c'est pas la première fois que ça m'arrive' etc [...] c'est le fait qu'il me dise que lui-même ça le surprenait »

4. Décision médicale partagée

Il s'agit d'échanger des informations entre le médecin et le patient et de délibérer en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord concernant la santé individuelle du patient. [14]

M2 « c'est important qu'il participe »

M4 « voir avec eux quelle va être la profondeur et la durée et la difficulté à prendre en charge parce que ça va intervenir sur ce qu'on va mettre en place »

M5 « j'en parle avec le patient, s'il adhère si ça se passe bien, ça va et bon qu'on marche main dans la main, il y a pas raison de ne pas continuer comme ça »

5. Stratégie du médecin généraliste

Dans la prise en charge des personnes présentant un trouble de l'adaptation, le médecin généraliste se voit en première ligne.

M6 « je pense que le généraliste est essentiel »

M7 « c'est à nous qui parle en premier »

E : comment tu perçois ta place dans la prise en charge des patients atteints d'un trouble de l'adaptation ? M8 « en première ligne »

Mais il se sent aussi contraint à ce rôle par manque de spécialistes.

M3 « *c'est nous qui le gérons ça parce que les autres n'ont pas le temps* »

M4 « *d'ici qu'elle voit le psychiatre, tu la revois déjà plusieurs fois [...] que tu le veilles ou non c'est toi qui vas la voir et qui va faire le suivi* »

M7 « *au final, j'essaye de me débrouiller toute seule parce que c'est plus simple que de devoir les envoyer à quelqu'un* »

Trop souvent, il éprouve des difficultés de par sa formation de généraliste.

M2 « *je suis pas psy [...] je reste au niveau généraliste* »

M4 « *c'est pas une partie simple comme un problème somatique, problème somatique on est formé à ça, là on n'est pas formé* »

M8« *on peut pas jouer au psychologue parce que [...] j'en ai pas les compétences* »

Les outils d'évaluation existants sont inutilisés car jugés inutiles ou peu pertinents en médecine générale.

M4 « *avec ce que j'ai de mon entretien ça me suffit largement pour savoir vers où on va*»

M6 « *tout ce qu'on nous apprend pendant nos études, au DMG [...] c'est absolument pas mon truc* »

M8 « *je suis pas outil, je suis pas code, je suis pas classification* »

M10 « *je ne ressens pas le besoin d'avoir un outil de quantification*»

Il se fie à son intuition et met en place une prise en charge personnalisée au patient et à la situation.

M2 « *je pense que je réagis aussi selon qui j'ai en face de moi* »

M5 « *ils fonctionnent tous de manière différente, ils ont tous des difficultés différentes, voilà on s'adapte, c'est l'adaptation permanente, la médecine avant tout c'est nager en eaux troubles* »

M8« *on va soigner la même chose de façon différente en fonction de la personne qu'on a en face de nous* »

D'autres outils sont à sa portée.

5.1- Outils de communication

5.1.1- Ecoute active :

- première

M1 « *d'abord je les écoute* »

M2 « *la première consultation, c'est plutôt dans l'écoute* »

- réceptive

M4 « *de l'ensemble de tout ce qui a été dit* »

M7 « *je me concentre que sur ce qu'il a à dire* »

- bienveillante

M10 « *bien l'écouter [...] qu'elle avait subi quand même un fort traumatisme* »

- respecter les silences

M3 « *je les laisse parler* »

M4 « *je laisse du temps, du temps pour que la parole vienne* »

- reformuler pour s'assurer de la compréhension du sens des propos du patient

M11 « *c'est des techniques de je reformule ce qu'il m'a dit pour être sûre que j'ai bien compris* »

- résumer

M7 « *je refais le tour sur ce qu'on a discuté la première fois* »

5.1.2- Questions ouvertes

M2 « *qu'est-ce qu'il envisage pour aller mieux ? [...] comment comptez-vous, enfin qu'est-ce que vous pensez que vous puissiez ?* »

M4 « *questions parfois ouvertes, où là les réponses peuvent être inattendues* »

M7 « *je rebondis de suite sur ce qu'ils disent en refaisant des questions ouvertes* »

5.1.3- Discours adapté compréhensible

M3 « *je parle très simplement et pas très docteur* »

M6 « *pas partir dans des grandes considérations philosophiques sur la rupture ou sur le suicide ou sur la maladie ou des trucs comme ça dont il a rien à faire* »

5.1.4- Posture face au patient

- Changement de position dans l'espace

M7 « *je m'installe dans mon fauteuil et je change de position, [...] je me recule, je m'installe et généralement je pousse le clavier, l'ordinateur* »

- Contact visuel

M7 « *je le regarde* »

- Attention portée au patient

M1 « *qu'ils puissent voir qu'on s'intéresse à eux* »

M7 « *je me concentre que sur ce qu'il a à dire* »

5.2- **Outils de relation :**

Le médecin peut adopter des attitudes dont chacune d'elles influe de manière positive ou négative.

Ces attitudes sont souvent spontanées inconscientes. Elles servent au médecin à affronter les contraintes liées à sa profession. Elles peuvent aussi faire obstacle à la communication et l'autonomie du patient.

L'intérêt est de s'en rendre compte, les reconnaître et les remettre en question afin de les adapter à la situation.

Exemples d'attitudes du médecin :

- Enquêteur dans le but de recueillir des informations, en maniant des questions fermées, orientées et ouvertes

M1 « *savoir par l'interrogatoire avec les différentes questions, déjà de m'orienter sur ce qu'ils peuvent avoir* »

M3 « *on a des questions-réponses* »

M4 « *questions parfois ouvertes, où là les réponses peuvent être inattendues* »

M10 « *je lui pose la question telle quelle, c'est à dire 'est-ce que la situation avec cet employé etc vous évoque quelque chose, une situation que vous avez déjà vécue ?'* »

- Interprétation de ce qu'a dit le patient par des tentatives d'explication pour l'aider à y voir plus clair

M1 « *S'il y a rien d'autre, si ça fait des années que tu es comme ça, que ça n'évolue pas, que ça revient, que ça reparte, que ça revient, faut bien se dire à l'esprit que voilà* »

M10 « *tentatives de mise en parallèle de certaines situations* »

M11 « *'est-ce que ces vertiges pourraient être liés à quelque chose d'autre ?'* »

- Le médecin s'appuie déjà sur une relation préétablie construite dans le temps, une relation singulière voire familière.

M2 « *tes propres patients et des gens avec qui tu vas lier, enfin lier si on veut, des relations qui sont plus proches tout en restant professionnelles mais plus faciles* »

M8 « *je trouve ça génial de connaître ses patients, de pouvoir les suivre et pouvoir construire une prise en charge médicale autour d'une relation médecin-patient* »

M3 « *surtout au bout de 30 ans, quand tu les connais depuis 20, tu peux pas, tu fais partie de la famille aussi, tu peux pas être séparé* »

M8 « *même plus que du médecin-patient à un moment donné* »

- Une relation établie naturellement de façon subjective.

M8 « *j'ai un bon feeling avec beaucoup de gens [...] je me sers de ça* »

M10 « *ça va dépendre un petit peu du feeling et de ce que je ressens en face* »

- Donner des conseils pas toujours adaptés au patient en face

M1 « *pour faire ça, il faut faire ça, pour faire ça il faut faire ça, pour faire ça il faut faire ça. Donc soit on fait les 3 soit on commence par ça ou ça ou ça* »

M6 « *il faut donner des solutions, il faut pas laisser la personne qui sort de votre cabinet et ben finalement je l'ai vue 'mais ça m'a servi à quoi ? A rien parce qu'il m'a rien dit, ça m'apporte rien'.* »

- Consolation et rationalisation d'un problème émotionnel

M3 « *j'essaye de dédramatiser* »

M9 « *le rassurer que c'est pas une catastrophe* » ; « *on tourne la page [...] on continue comme s'il n'y avait rien eu* »

M10 « *oui ça arrive à d'autres, oui elles s'en sont sorties* »

- Porter un jugement qu'il soit positif ou négatif, en se référant à des normes
 - Sur la relation entre facteur de stress et conséquences exprimées par le patient

M2 « *il y en a qui se mettent à des pleurs, des crises d'angoisse [...] pour vraiment des choses matérielles qui en valent pas la peine* »

- Minorer la signification des symptômes et de la cause pour le patient

M1 « *être fatigué quand tu as une rhino excuse-moi, ce n'est même pas une mononucléose infectieuse, elle a rien* »

M3 « *alors que la psy tu te dis, il a tout pour être heureux [...] pourquoi il déprime ?* »

M5« *Sachant qu'au fond il y a rien quoi, elle nous a fait quand même beaucoup de souci* »

- Comparer à une majorité

M10 « *le fait de dire ben non 'c'est une expérience relativement fréquente etc.', banaliser c'est un terme que j'aime pas parce que c'est très individuel mais le fait de dire 'oui ça arrive à d'autres, oui elles s'en sont sorties oui etc.etc.' je pense que ça l'a aidée à reprendre des bons rails* »

- Evitement d'une situation contraignante en détournant le regard par une tâche simultanée, en interrompant le patient ou en ayant une écoute sélective

M1 « *parce que j'écris, étant donné que l'ordi est sur le côté, et ça m'arrange parce que si je commence [...] à les regarder quand je les écoute, ils vont passer 2h dans mon bureau à me raconter leur vie [...] quitte à les interrompre quand je vois que ça prend du temps* »

M3 « *Je les écoute un peu* »

M4 « *Ça m'intéresse quand ça concerne le problème, ça m'intéresse pas pour m'intéresser, je suis pas chipotaire* »

Certaines de ces attitudes peuvent placer le patient dans une position particulière :

- Réactions de défense
 - Dénî

M1 « *on essaye de leur dire qu'il y a probablement une part psychologique à leur problème et en fait non, ils sont persuadés qu'on ne trouve pas la solution parce qu'ils ont toujours mal* »

M7 « *pour elle, il n'y avait pas vraiment de problème [...] je sais qu'il y a un déni, elle est pas bien, je le vois mais j'arrive pas à, elle, j'arrive pas à l'aider du tout.* »

- Agressivité

M1 « une personne qui est un petit peu dans la rancœur, dans la haine, dans la dénonciation, etc ; alors là on a beau faire tout ce qu'on veut on ... »

- Rejet

M1 « voir un psychologue ; oui mais elle refuse, bon ben voilà »

M8 « s'il ne veut pas s'en sortir et je sens que je vais dépenser mon énergie dans le vide, je le fais pas »

- Déplacement de sa peur sur un autre élément

M2 « il y en a ils viennent chercher leur comprimé et c'est tout [...] il veut la solution immédiate et c'est un peu le problème actuel, tout, tout de suite »

- Manque de confiance

M1 « j'essaye au maximum de les mettre en confiance [...] après je n'y arrive pas toujours »

M9 « Si vous me faites pas confiance, je continue pas, il faut voir un autre médecin »

- Absence d'interaction

M4 « l'abord des femmes est différente, surtout des femmes avec des femmes, elles vont peut-être un peu plus loin qu'elles ne vont qu'avec moi »

M7 « il y en a toujours qui sont obtus et avec qui ça fonctionne pas »

M11 « quand je sens qu'il y a rien du tout qui passe, je peux proposer les coordonnées de quelqu'un d'autre »

- Non réceptivité

M1 « qu'ensuite ils puissent nous écouter quand on leur parle »

M7 « c'est plus facile si j'ai quelqu'un en face qui est réceptif »

Pour atténuer ces mécanismes,

5.2.1- Instaurer un climat de sécurité, chaleureux et de confiance est nécessaire

M1 « *qu'ils se sentent protégés* »

M4 « *mettre la personne à l'aise [...] qu'elle soit en confiance* »

M7 « *si on a établi une bonne relation de confiance et qu'on leur fait comprendre que dès le début ils peuvent nous parler et qu'on est absolument pas là pour les juger, ils nous disent beaucoup de choses* »

5.2.2- En optant pour une attitude empathique :

- Entrer dans une relation d'aide à mobiliser les propres ressources du patient sans imposer de solutions extérieures

M2 « *il faut montrer de l'empathie, c'est un compte [...] on est là pour les aider à réagir* »

M10 « *ça l'a aidée à reprendre des bons rails, à rentrer dans une relation d'aide que j'essaye de lui apporter* »

- Accepter totalement le patient tel qu'il est sans jugement

M7 « *leur fait comprendre que dès le début ils peuvent nous parler et qu'on est absolument pas là pour les juger* »

M8 « *on s'occupe des gens, on s'occupe d'une vie, on s'occupe pas d'un problème médical* »

- Percevoir les réactions et les émotions exprimées par le patient tout en lui montrant qu'il a été compris

M10 « *essayer de lui dire que son histoire était finalement courante mais néanmoins pourvoyeuse de grande souffrance [...] qu'elle avait subi quand même un fort traumatisme* »

- Gérer les émotions du patient

M10 « *c'est la disponibilité du médecin à entendre ces choses-là et à accepter un dialogue qu'on sait qu'il va être long, difficile* »

M11 « *si je sens qu'il a envie qu'on se revoie, ben s'il me dit j'aimerais bien qu'on puisse se revoir forcément je vais lui re-proposer un rendez-vous* »

5.3- Organisation :

Elle doit tenir compte du facteur temps du médecin :

- confrontation fréquente dans sa pratique

M1 « *finalement on en a presque tous les jours »*

M5 « *c'est des choses qu'on voit apparaitre de manière très, très courante »*

- prise en charge chronophage

M2 « *t'es obligé de prendre un peu le temps avec ces gens-là »*

M10 « *C'est forcément une consultation un peu longue ça »*

- temps de consultation habituelle insuffisant

M2 « *j'ai du mal à tenir un quart d'heure sur des problèmes un peu psy »*

M10 « *15 minutes définitivement ça suffit pas »*

- temps interféré par sa fonction polyvalente et multitâches

M4 « *on devrait faire la cardio, la gynéco, la pédiatrie, la psychiatrie »*

M6 « *vous passez plus de temps la tête dans l'ordinateur et le stylo à la main pour remplir des bêtises, excusez-moi du terme mais des bêtises, des papiers à la noix qui ne servent à rien, j'en ai plein qui s'accumulent »*

M10 « *15min y compris l'acte de soin, de rédaction de l'ordonnance, de connexion sur le site Ameli pro qui veut pas marcher pour déclarer le médecin traitant, je ne sais quoi [...] tout ça fait que ça vient parasiter ce type d'approche »*

- astreinte du médecin à dépasser son temps de consultation

M3 « *je prends le temps qu'il faut en fin de compte, en fin de compte quand il le faut »*

M4 « *temps de consultation c'est un quart d'heure, je peux aller jusqu'à une demi-heure »*

M8 « *je fais quand même, je suis à la bourre, tant pis »*

Elle privilégie :

5.3.1- Délégation des tâches administratives

M3 « *j'ai un secrétariat donc je fais beaucoup moins l'administratif »*

M10 « *actuellement la médecine générale n'est pas de tout repos [...] il faut vraiment beaucoup, beaucoup la structurer, pas avoir peur de se faire aider en terme d'organisation du travail, structure de groupe, secrétariat et compagnie »*

5.3.2- Anticipation sur le temps :

- Priorisation des objectifs avec le patient

M4 « voir avec eux quelle va être la profondeur et la durée et la difficulté à prendre en charge parce que ça va intervenir sur ce qu'on va mettre en place »

M6 « vous en aurez pour 2 heures donc il faut essayer de les canaliser parce que sinon ils vont partir sur des histoires de chasse du grand-père, voilà donc ça il faut »

- Durée de consultation plus longue

M10 « une consultation un peu longue ça, surtout au début [...] après peut-être sur le suivi on peut aller un peu plus vite. C'est des premières consultations où il faut travailler la question »

- Créneau attribué

M6 « je prends plus de temps sans rendez-vous parce que quand t'es sur rendez-vous c'est compliqué d'avoir énormément de retard » ; « quand je sais que j'ai des patients ça va être pour ça, je les mets en fin de consult et là comme ça j'ai pas de stress derrière »

- Prise en charge étalée sur le temps en instaurant un suivi

M6 « dans la mesure où on n'a pas le temps, on les fait revenir »

M11 « si j'ai pas le temps sur la consultation [...] je vais vous re-proposer un rendez-vous pour qu'on discute de ce problème »

- Plus ou moins rapproché selon le degré d'intensité-gravité de la situation

M6 « Si vous le sentez pas bien, vous lui dites 'en fin de semaine, je veux te revoir' »

M10 « Si ça se passe très bien, ça peut être à 3 mois »

M11 « en fonction de l'intensité du mal être, je revois plus ou moins rapidement »

- Bilan de ses réflexions, sa compréhension

M4 « 'Comment est-ce que ça va mieux depuis la dernière fois, comment les choses ont évolué ?' »

M7 « je regarde s'ils ont bien entendu ce que je leur ai dit »

M8 « quand je les revois 'ah ben j'y ai réfléchi et en fait oui il y a ça' »

6. Ressources du médecin généraliste

6.1- **Il se réfère à ses compétences liées à sa formation médicale**

Même si le médecin en reconnaît les limites face à la réalité du terrain

M8 « *formation on en a aucune, à ce sujet-là* » ; « *on nous parle de prise en charge globale à l'hôpital mais on nous l'apprend pas* »

M10 « *Je reste sur une sémiologie à caractère psychiatrique telle qu'on me l'a apprise, comme on me l'a enseignée* »

6.1.1- Un savoir

M5 « *la première chose qu'ils veulent souvent c'est une explication c'est savoir ce qu'ils ont* »

6.1.2- Enseignement par les médecins généralistes maitres de stage

M8 « *on se raccroche à l'expérience de nos maitres de stage qui nous ont inculqués quelque chose* »

6.1.3- Légitimité des techniques nommées telles que « l'écoute active », « l'échelle de Hamilton »

M11 « *c'était quelque chose que je faisais déjà avant mais je mettais pas un nom dessus en fait, je ne mettais pas le nom 'écoute active' voilà alors que quand j'ai pu avoir une formation durant mes études etc. on m'a dit ça s'appelle de 'l'écoute active'* »

M3 « *je veux que ça vienne d'eux parce que si tu veux qu'ils adhèrent au traitement si tu les obliges, ils le prennent pas donc le test d'Hamilton me sert beaucoup pour leur montrer que c'est eux qui vont mal* »

6.1.4- Des enseignements complémentaires :

- Réunions interprofessionnelles

M9 « *les formations, des réunions avec les psychiatres* » ; « *c'est sollicité souvent par des labos* »

- Universitaires :

M3 « *j'ai quand même des formations puisque j'ai fait le DU de soigné-soignant quand même. Si je peux soigner les soignants, je peux bien soigner les patients* »

6.1.5- Sémiologie médicale

S'assurer de l'absence d'une pathologie organique

M5 « *en général, la première chose qu'on fait c'est quand même essayer d'éliminer quelque chose de patent* »

M8 « *pour aller vraiment éliminer la cause organique* »

Basée sur :

- Entretien clinique plus ou moins formel

M5 « *on en a rediscuté* »

M8 « *en discutant* »

- Interrogatoire usuel

M5 « *98% du diagnostic vous le faites à l'interrogatoire* »

M8 « *en les interrogeant* »

- Questions fermées

M1 « *je lui dis 'ça va le moral ?'* »

M2 « *'est-ce que vous pensez que vous pouvez améliorer quelque chose ?'* »

- Examen physique

M9 « *première chose, faire un examen clinique même le minimum* »

M11 « *je vous ai examiné, il n'y a aucun problème médical* »

Une entrée en contact avec le patient :

M9 « *L'examen clinique c'est très important, contact avec le malade* »

- Examens complémentaires

- Pertinents

M5 « *une série d'examens pour savoir si c'était pas un problème cardiovasculaire* »

M9 « *parfois demander des examens qui sont nécessaires* »

- Des outils de prise en charge d'un problème psychiatrique

M5 « vous en arrivez à faire des examens complémentaires, même si des fois vous savez très bien que vous en avez pas besoin et vous le faites plus à visée thérapeutique »

M6 « tant qu'elle aurait pas de scanner, elle serait pas persuadée qu'il avait rien donc on l'a fait »

6.2- Il doit faire preuve d'aptitudes personnelles :

6.2.1- Disponibilité d'écoute

M2 « faut savoir les écouter, c'est pas toujours facile »

M4 « avoir l'écoute [...] c'est une expertise »

6.2.2- Disponibilité d'esprit

M10 « disponibilité du médecin, disponibilité d'esprit [...] parce que ça bouscule et qu'il y a 15 coups de fil, vous êtes interrompus 12 fois pendant la consultation et que voilà. Les conditions d'exercice font que actuellement la médecine générale n'est pas de tout repos »

6.2.3- Gestion de ses propres émotions :

- En avoir conscience

M3 « je me dis tu es allée peut-être un peu vite mais quand tu sais que tu en as 15 qui te suivent »

M6 « quand vous êtes sur rendez-vous, que vous savez que vous allez en avoir 25, si vous décalez le truc vous allez vous retrouver à 11 heures du soir encore en train de consulter, bon c'est pas évident, c'est pas facile »

- Reconnaître l'influence de ses émotions, sans les minimiser

M2 « faut qu'on soit soi-même disponible et bien » « E : Tu veux dire disponible niveau ? » « dans ma tête »

- Les contrôler :

- Distance émotionnelle et avec la vie personnelle et familiale

M3 « Ils parlent d'eux, toi tu parles de toi les collègues qui font je suis docteur après je suis madame, je ne sais pas comment ils font, tant mieux peut-être qu'ils se protègent, peut-être qu'ils emmènent pas trop de soucis à la maison mais bon ça j'essaye de ne pas trop le faire d'amener les soucis à la maison »

- Maitrise de soi

M9 « *Etre calme aussi devant le malade, ne pas être stressé* »

- Confiance en soi

M9 « *il faut bien connaître, être sûr de soi [...]. Il faut pas dire 'je pense'»*

6.3- Il doit encourager sa réflexivité :

6.3.1- Partage d'expérience avec d'autres professionnels

M6 « *moi qui travaille en maison de santé pluri-professionnelle [...] on travaille en équipe* »

M11 « *c'est intéressant de pouvoir échanger parce qu'on discute beaucoup entre nous*»

6.3.2- Recul par rapport à la première consultation

M5 « *même moi j'avais besoin de le revoir, essayer d'approfondir les choses* »

M11 « *je vais y réfléchir mais a posteriori [...] en mettant de la distance par rapport à la consultation*»

6.3.3- Prise en compte de sa propre expérience subjective :

- Professionnelle

M3 « *c'est sur le tactile, l'expérience* »

M5 « *dans la gestion des problèmes ça vous aide, de l'avoir déjà vécu, de l'avoir déjà géré* »

- Personnelle

M8 « *on peut pas se décrocher, enfin se défaire de qui on est, de l'expérience personnelle* »

M11 « *sa propre histoire, ses problèmes personnels, euh quelqu'un qui est dans une situation qui me ressemblera, ben forcément ça me fera plus écho* »

- Recours à sa culture : utilisation de métaphore ou phrase philosophique

M3 « *je donne l'image du puits, du puits pour la dépression [...] ça les fait cogiter* »

M1 « *leur expliquer que ben comme pour tout, il y a un avant, un présent et un après, et que hélas si on veut vieillir il faut subir tout ça, si on veut ...* »

- Implication émotionnelle

M5 « *même moi j'avais besoin de le revoir* »

M8 « *Je le revois autant que faire se peut, dans mon petit délai de 15 minutes et je dépasse ma consultation et je suis à la bourre sur toute l'après-midi, toute la matinée. Après ça me déplaît pas* »

M10 « *les troubles psychosomatiques on va dire, ça n'intéresse pas tout le monde* »

6.4- Il peut faire appel ponctuellement à d'autres ressources :

6.4.1- Traitement médicamenteux :

- Par palier, adapté à l'intensité de la symptomatologie :
 - Phytothérapie ou homéopathie

M2 « *tout dépend le stade [...] si je vois que c'est minime à la limite je peux rester sur de la phyto* »

M6 « *si vous sentez qu'il est pas bien, vous pouvez effectivement lui mettre un peu d'aubépine, de passiflore, de l'euphytose* »

M7 « *je commence simplement par des traitements simples phytothérapiques* »

M9 « *Il y a des gens qui réagissent très très bien avec les plantes* »

- Anxiolytiques
 - Benzoxazine (Etifoxine)
 - Benzodiazépines

M7 « *je commence simplement par des traitements simples phytothérapiques, des trucs légers ou du Stresam quand il y a des troubles anxieux associés* »

M2 « *si je vois vraiment qu'il y a une anxiété majeure [...] un anxiolytique* »

M4 « *un anxiolytique, le Xanax* »

- Antidépresseur

M5 « *on peut donner [...] même des antidépresseurs, des trucs comme ça des fois quand la situation est vraiment difficile* »

M9 « *Il y a des gens qui réagissent très, très bien avec les plantes, parfois non ça marche pas, il faut antidépresseur* »

- Imposant une surveillance

M5 « *c'est plus par rapport au traitement, est-ce qu'il le supporte bien ? est-ce que ça commence à être efficace etc. etc ? c'est la surveillance du traitement* »

M10 « *s'il y a instauration de traitement médicamenteux, c'est impératif à 15 jours [...] une nouvelle consultation* »

6.4.2- Arrêt de travail :

- Eviction du facteur de stress si origine professionnelle

M4 « *mettre en arrêt maladie, tu vas faire une éviction du stress* »

M8 « *Eviction du facteur déclenchant, si on balate le truc professionnel* »

- Solution immédiate pour passer un cap

M6 « *quelqu'un qui va pas bien, vous l'arrêtez de travailler et vous le prenez en charge* »

M8 « *un arrêt de travail et une semaine après elle avait rebondi* »

- Solution temporaire

M2 « *dans certains cas, si vraiment quand t'es confronté à quelque chose que tu peux pas surmonter, je veux bien mais pour moi ça doit rester court* »

- Au risque d'entrée dans un cercle vicieux et d'abus

M2 « *elle est rentrée dans un espèce de truc où ça été des arrêts de travail, des arrêts de travail, des arrêts de travail, des arrêts de travail jusqu'à ce qu'elle ait une invalidité prononcée* »

M6 « *parfois peut-être poussée à l'excès parce qu'effectivement il suffit de dire je me sens pas bien, j'ai des idées noires et vous vous retrouvez avec 15 jours d'arrêt de travail, on peut pas se permettre de dire il fait ça pour aller au ski, malheureusement nous on le voit* »

- Le travail peut aussi occuper l'esprit et détourner les préoccupations, en dehors d'un stress professionnel

M2 « *bon je suis pas sûre que ce soit une solution parce que je pense que quand tu, le matin tu dois te lever, tu dois faire un minimum, te préparer tout ça et aller à ton boulot, t'es obligé et quelque part ça t'enlève un petit peu, ça te permet de t'aérer l'esprit même si c'est ton travail mais au moins penser à autre chose et peut-être permettre de t'aider à avancer, sauf si c'est des problèmes au sein du travail* »

6.4.3- Orientation

- Recours privilégié aux psychologues

M3 « *et je travaille beaucoup plus avec les psychologues [...] j'ai un réseau* »

M11 « *j'aimerais bien beaucoup plus travailler avec les psychologues parce que je pense qu'ils ont une part hyper importante* »

- Une prise en charge partagée

M1 « *je leur propose souvent d'aller voir éventuellement un psychologue, ou d'aller voir quelqu'un tu vois un petit peu en annexe que de l'ordonnance* »

M8 « *on a besoin [...] d'un peu de gestion psychologique* »

- Reconnaissance de ses limites de compétence, de temps

M5 « *Après je passe la main à quelqu'un qui peut être plus compétent* »

M6 « *c'est parce qu'on essaye de se recentrer sur ce que nous on doit faire* » ; « *médecin soit remplacé par des gens [...] qui ont le temps de les écouter* »

- En tenant compte du coût et du non remboursement des séances

M9 « *psychologue c'est 50 ou 60 euros donc de leur poche donc parfois c'est un peu difficile à supporter financièrement* »

M10 « *le recours en médecine générale aux psychologues est compliqué du fait du non remboursement des actes* »

- Recours au psychiatre

- Face à la nécessité d'hospitalisation, la sévérité des symptômes, un doute sur une autre pathologie psychiatrique sous-jacente, une résistance au traitement

M3 « *je les confie plus du tout aux psychiatres sauf s'il y a hospitalisation* »

M6 « *Si les choses s'aggravent ou si vous voyez que vous n'arrivez pas à avoir gain de cause* » ; « *il se peut que le traitement ne marche pas, il se peut qu'il faille utiliser des drogues plus fortes [...] vous avez besoin du spécialiste pour régler certaines choses* » ; « *quand on sent qu'il y a un problème plus important* »

M10 « *si on n'y arrive pas ben là on va demander un avis spécialisé* »

- Par défaut parce que l'acte est remboursé

M8 « *Alors psychiatre [...] pour le côté remboursé* »

M10 « *Il reste le psychiatre qui est donc le médecin qui est pris en charge* »

- CMP si besoin d'un avis psychiatrique nécessaire et pas d'accès aux psychiatres

M7 « *Psychiatre très rarement parce que d'abord on a très peu d'accessibilité ici [...] quand vraiment j'ai des cas où c'est le cas du psychiatre, j'oriente plus facilement vers les CMP* »

- Urgences psychiatriques en dernier recours

E : « si vous arrivez pas à avoir recours à un spécialiste assez rapidement ? » M9 « *Après il y a les urgences psychiatriques à l'hôpital, je l'envoie comme ça pour être sûr qu'il fasse pas de bêtises* »

6.4.4- Suggestion d'autres alternatives thérapeutiques non médicamenteuses

- Exemples : yoga, sophrologie, hypnose, activités sportives ou loisirs

M2 « *trucs d'autorelaxation, de faire du yoga, de faire un peu de sophro, des choses de ce style-là* »

M3 « *hypnose, du chi-kong, tout ce que ce qui est le côté, j'appelle ça le côté bio tu vois, le côté parallèle* »

M6 « *vous inscrire à un club de randonnées* » ; « *aller jouer au bridge dans le club du coin* » ; « *l'envoyer voir le prêtre aussi* »

- En complément du suivi, d'un traitement

M3 « *il peut faire tout un accompagnement* » ; « *tant qu'on te dit pas d'arrêter tes comprimés* »

M6 « *on peut envoyer les gens faire de l'hypnose, on peut les envoyer faire de l'acupuncture pourquoi pas, ça peut être intéressant* »

- Selon les croyances du patient

M2 « *Eventuellement, mais s'ils sont d'accord, je propose 'écoutez-moi ça j'y crois pas', bon ben vous croyez pas, on va pas non plus* »

M6 « *catégories de patients que vous connaissez bien [...] ça m'étonnerait que ça marche parce qu'ils y croiront pas, ils iront pas ; d'autres qui sont des candidats à ce type de choses puissent marcher* »

M7 « *voilà tout ce para, qui est pas du médical, qui est à coté mais qui est très à la mode en ce moment et les gens sont contents quand je leur propose des choses comme ça* »

- En prévenant du coût financier

M2 « *ça fait pas partie d'une thérapeutique remboursée et t'as certaines personnes chez qui ça pose problème, c'est pas donné* »

IV- L'évaluation du guide par les médecins participants

Un médecin en particulier a fait part de son étonnement à la relecture des verbatims, posant la question de la difficile transposition du langage oral vers le langage écrit. En effet, la tonalité, les nuances de voix n'apparaissent pas. Les ponctuations sont plus hasardeuses et le niveau de langue, correspondant à une expression plus spontanée, ne répondent pas nécessairement aux standards habituels du langage écrit.

Également, quelques remarques ont émergé sur la longueur du guide, justifiée toutefois par son but réflexif : il était nécessaire de consolider les idées émergeant des données recueillies.

Hormis ces deux éléments pouvant nuancer l'évaluation, les retours ont été de façon générale positifs de la part des participants. Le travail en lui-même a été jugé suffisamment clair. Les médecins participants ont relevé la cohérence entre leurs propos et les interprétations réalisées.

DISCUSSION

I- Principaux résultats

Au terme de l'analyse des résultats, il apparaît que dans la prise en charge des personnes présentant un trouble de l'adaptation, le rôle du médecin généraliste est déterminé par la relation et la communication avec le patient.

La prise en charge est facilitée quand la relation est bien établie, et lorsque le patient verbalise, le médecin assure son rôle d'accompagnement. Il ne ressent pas le besoin d'outils d'évaluation, l'entretien est suffisant pour entrer dans une relation d'aide à l'autre.

Au contraire, lorsque la relation échoue ou le patient ne verbalise pas, le médecin se sent limité et a tendance à orienter vers une aide extérieure.

La bonne conduite d'un entretien clinique prend toute sa place dans cette prise en charge, sans se limiter à la bonne connaissance du patient et de l'entourage déjà préétablie.

Nous l'avons vu, le médecin a tendance à adopter de manière inconsciente des attitudes relationnelles, telles que définies par Porter [15].

Il s'appuie la plupart du temps sur une stratégie intuitive influencée à la fois par son expérience professionnelle et par son expérience personnelle.

De même, la relation qu'il met en place avec son patient est souvent subjective, parfois familière. Il lui arrive de s'impliquer émotionnellement.

Tous ces éléments peuvent favoriser une prise en charge personnalisée, adaptée au patient et à sa situation.

En effet, le but n'est pas d'écarter complètement ces éléments instinctifs et subjectifs dans la prise de décision. « La décision médicale étant conditionnée pas uniquement par les données validées de la science mais par le croisement de ces données avec les circonstances cliniques et les préférences du patient », en se basant sur l'EBM [16][17].

L'important est de les reconnaître, d'avoir conscience de leurs influences.

Selon Balint dans *Techniques psychothérapeutiques en médecine* [18], « le remède classique contre les effets indésirables des émotions incontrôlées ou inconscientes du médecin est l'analyse personnelle » ; « le remède particulier, qui nous a paru assez satisfaisant, est la participation à une discussion suivie du cas, où les membres non impliqués du séminaire peuvent plus facilement reconnaître les émotions du médecin que le médecin impliqué lui-même ».

C'est pourquoi, demander la réflexivité du patient nous impose de l'être avec nous-même en tant que personne et en tant que thérapeute. Le médecin doit être capable de délibérer sur ses propres pratiques, les partager, afin de les améliorer et appréhender de nouvelles pistes d'action.

Au travers de cette enquête, la majorité des médecins a, d'une part pris conscience d'une problématique qui ne les avait pas nécessairement interrogés au préalable, et d'autre part pu exprimer leurs ambivalences face à leurs limites.

Les médecins reconnaissent leurs limites par rapport à cette prise en charge, identifient leurs ressources, sans être toutefois vraiment prêts à pouvoir changer.

L'enquête a ainsi mis en lumière plusieurs points d'ambivalence :

- Face à la relation établie avec le patient : essayer de trouver le juste équilibre entre une attitude « dirigiste » de conduite d'entretien, et la tentation d'un certain « paternalisme ».
- Manque de temps fréquemment évoqué : si certains médecins sont prêts à dépasser le temps de consultation, d'autres ne le souhaitent ou ne le peuvent pas.
- Une pratique plutôt satisfaisante par les médecins généralistes, malgré le manque de formation spécifique en psychiatrie
- Dans la majorité des cas, la mise à disposition d'outils dédiés n'est pas plébiscitée, mais dans les situations les plus complexes, certains médecins indiquent que des outils pourraient apporter un appui utile.
- Ecart entre la fréquence de la pathologie en médecine générale et le manque de formation initiale. Au regard du nombre de cas de personnes souffrant d'un trouble de l'adaptation, celui-ci apparaît en définitive comme peu spécifique, et relevant pleinement du rôle de médecin généraliste « non spécialisé ni en psychologie ni en psychiatrie ».

Si les médecins généralistes ont l'impression d'être limités par leurs compétences en psychiatrie, le but n'est pas de les former pour qu'ils deviennent des psychothérapeutes mais de les aider à accompagner au mieux ces personnes, d'améliorer leurs capacités à l'identification du trouble et de mettre à leur disposition les outils pour la prise en charge.

Les médecins utilisent souvent, sans les nommer et sans en avoir totalement conscience, des outils relationnels et communicationnels suffisants à ce type de prise en charge.

Comme soutient Donald A. Schön dans *Le praticien réflexif, à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel* [19] : « Chose certaine, ils en savent plus qu'ils ne le laissent entendre ».

Les outils communicationnels et relationnels ne sont donc pas des outils de spécialistes en psychologie, psychiatrie, coaching ou autres mais bien des outils que les médecins généralistes devraient s'approprier en toute conscience et réflexivité dans leur contexte professionnel.

Nous l'avons compris, la prise en charge de ces patients passe avant tout par la verbalisation du vécu du patient et il est donc nécessaire de créer un cadre propice à celle-ci.

Le travail du médecin consiste à diriger le cadre, la temporalité sans diriger la parole.

Expliciter son vécu va permettre au patient de prendre conscience, de prendre du recul.

L'entretien est centré sur :

- l'histoire du patient
- ses émotions et leur contexte
- la connaissance du patient :
 - identifier ses besoins, ses attentes, ses représentations
 - appréhender les différents aspects de sa vie et de sa personnalité, évaluer ses potentialités, ses motivations
 - appréhender la manière de réagir du patient à sa situation et ses ressources personnelles et aussi environnementales.

Ceci revient à élaborer un diagnostic éducatif [20]. Selon l'OMS [21], « il s'agit d'un recueil systématique, détaillé et itératif d'informations par le soignant, concernant la situation bioclinique, éducative, psychologique et sociale du patient. »

Il faut également que le patient se sente écouté, compris.

Pour cela, le médecin doit utiliser des outils de communication, tels que :

- l'écoute active, attentive, bienveillante, respectant les silences, en vérifiant la compréhension du contenu du message et le sentiment de l'interlocuteur par la reformulation, le résumé
- des questions ouvertes.

La qualité de la relation dépend des attitudes du médecin qui nous rappellent les 3 attitudes fondamentales de Carl Rogers [22] :

- acceptation du patient tel qu'il est sans jugement et dans sa globalité
- compréhension empathique
- congruence

Ce modèle de prise en charge nous renvoie aux compétences intégrées à l'approche centrée patient [16], inspirées de la méthode clinique centrée sur le patient de Stewart et ses collaborateurs en 2013 :

- « émotionnelle »
- « communicationnelle »
- « cognitive »
- « éthique »

dans l'intention d'une « reconnaissance mutuelle, un engagement réciproque caractérisant l'alliance thérapeutique » afin de renforcer la ré autonomisation du patient.

II- Forces et faiblesses de mon travail

1- Forces

La méthode d'étude qualitative semble être le choix privilégié pour répondre à l'objectif principal. Elle permet de découvrir et comprendre la signification d'expériences vécues, d'autant plus par des entretiens individuels semi dirigés qui favorisent la liberté d'expression.

L'évaluation de mon travail par les médecins participants permet de renforcer la validité de cette étude.

Le travail d'entretien m'a permis de développer et de mettre en pratique de nouvelles connaissances et compétences par l'utilisation de techniques d'entretien telles que l'écoute active, la reformulation, les questions ouvertes.

Il apporte des pistes de réponses aux médecins face à des situations fréquemment rencontrées en exercice et pour lesquelles la formation initiale paraît insuffisante.

2- Faiblesses

Pendant les entretiens et au cours de leur retranscription, j'ai pris conscience des difficultés à les mener tant sur la formulation des questions qui ont été parfois modifiées, oubliées ou émergées, que sur le respect des silences, et le manque d'approfondissement de certains points face à la richesse d'informations. Ces difficultés se sont amoindries au fur et à mesure des entretiens.

S'est posée également la problématique de la transposition du langage oral au langage écrit, tout en recherchant la ponctuation la plus adaptée lors de la retranscription pour une meilleure compréhension.

Même si certains médecins proposent des outils de prise en charge type « écoute active », la plupart n'ont pas toujours les mots sur ce qu'ils font en pratique. La conceptualisation des outils lors cette étude a été effectuée à partir des verbatims, et s'est appuyée également sur la connaissance des outils d'approche centrée patient.

L'élaboration du guide d'entretien a pu être influencée par les recherches bibliographiques préliminaires et l'analyse des verbatims par l'interprétation de l'enquêteur. Ces biais d'analyse et d'interprétation ont été limités par la double lecture de mon directeur de thèse.

III- Perspectives

Pour établir des recommandations pertinentes dans la prise en charge des personnes présentant un trouble de l'adaptation, il est important de prendre en compte la situation globale des médecins généralistes.

Aussi, ce premier travail a-t-il permis de préciser et structurer la pratique médicale en la matière, pour en dégager des outils accessibles et y faire face de manière plus sereine.

Le plus difficile pour les médecins généralistes est manifestement le temps nécessaire à cette prise en charge. Les médecins sont donc conduits à intégrer ce facteur dans leur activité quotidienne au moyen d'une anticipation accrue et d'une organisation optimale de leur agenda.

En complément, pour favoriser l'écoute et la verbalisation du patient, la mise en place d'un cadre d'entretien, différent d'une consultation habituelle, sans être pour autant une consultation de psychologie ou de psychiatrie, constitue une piste d'action. Ceci suppose cependant de définir en prérequis :

- Un type d'entretien particulier concerné par la méthode
- Les ressources du médecin telles que les outils de communication et de relation.

Par ailleurs, la prise de conscience et la remise en question provoquées chez les médecins par l'explicitation de leur propre pratique dans cette prise en charge sont des points d'ancrage au changement des pratiques.

Enfin, si les médecins généralistes jugent la prise en charge des troubles de l'adaptation globalement efficace, il serait intéressant d'enrichir cette vision de celle du patient. Dans ce cas, une démarche méthodologique permettant une analyse croisée médecin / patient sur un même cas de prise en charge serait à privilégier. Un questionnaire similaire serait à remplir par le médecin et le patient, à chaud, après le premier entretien de prise en charge, souvent décisif. En complément, une analyse à froid, à quelques semaines de la première prise en charge, pourrait être envisagée, afin d'étayer l'évaluation croisée. Ce travail, conduit sur plusieurs cas, permettrait de valider que les perceptions des médecins et des patients sont bien concordantes, et si tel n'est pas totalement le cas, d'envisager les réajustements adéquats, tant en terme d'accompagnement des médecins que des patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. Cornelius LR, Brouwer S, de Boer MR, Groothoff JW, van der Klink JJJ. Development and validation of the Diagnostic Interview Adjustment Disorder (DIAD). *Int J Methods Psychiatr Res.* juin 2014;23(2):192-207.
2. Fernández A, Mendive JM, Salvador-Carulla L, Rubio-Valera M, Luciano JV, Pinto-Meza A, et al. Adjustment disorders in primary care: prevalence, recognition and use of services. *The British Journal of Psychiatry.* août 2012;201(2):137-42.
3. Andreasen NC, Hoenk PR. The predictive value of adjustment disorders: a follow-up study. *Am J Psychiatry.* mai 1982;139(5):584-90.
4. Manoranjitham SD, Rajkumar AP, Thangadurai P, Prasad J, Jayakaran R, Jacob KS. Risk factors for suicide in rural south India. *The British Journal of Psychiatry.* janv 2010;196(1):26-30.
5. Haute Autorité de Santé. *guide_medecin_troubles_anxieux.pdf*. juin 2007. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
6. V. TRANCHÉE-VERGÉ. 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 méd. 2008 . Disponible sur: http://www.cogemspc.fr/theses/liste_these/these_verge.pdf
7. O'Donnell ML, Metcalf O, Watson L, Phelps A, Varker T. A Systematic Review of Psychological and Pharmacological Treatments for Adjustment Disorder in Adults. *J Trauma Stress.* 2018;31(3):321-31.
8. Eimontas J, Rimsaite Z, Gegieckaite G, Zelviene P, Kazlauskas E. Internet-Based Self-Help Intervention for ICD-11 Adjustment Disorder: Preliminary Findings. *Psychiatr Q.* 2018;89(2):451-60.
9. Quero S, Molés M, Campos D, Andreu-Mateu S, Baños RM, Botella C. An adaptive virtual reality system for the treatment of adjustment disorder and complicated grief: 1-year follow-up efficacy data. *Clin Psychol Psychother.* mars 2019;26(2):204-17.
10. O'Donnell ML, Agathos JA, Metcalf O, Gibson K, Lau W. Adjustment Disorder: Current Developments and Future Directions. *Int J Environ Res Public Health.* juill 2019;16(14). Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6678970/>
11. Aubin-Augier I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. 19:4.
12. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. *crs.* 27 avr 2011;(23):147-81.

13. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. :18.
14. Haute Autorité de Santé. Patient et professionnels de santé : décider ensemble . 2013.
Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf
15. REC-attitudes-et-reactions8.pdf. Disponible sur : <https://www.univ-montp3.fr/infocom/wp-content/REC-attitudes-et-reactions8.pdf>
16. CNGE 2017 17 OUVERTURE oude engberink. Disponible sur:
<https://www.youtube.com/watch?v=d-21zL9WC4Y>
17. Médecine fondée sur des preuves. Disponible sur: /m%C3%A9decine-fond%C3%A9e-sur-des-preuves
18. Michael Balint et Enid Balint. Techniques psychothérapeutiques en médecine. (Payot). P152-153
19. Schön - Le praticien réflexif. Disponible sur:
http://www.unige.ch/fapse/life/archives/livres/alpha/S/Schon_1993_A.html
20. Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation: Juin 2007. Obes. mars 2009;4(1):39-43.
21. E93849.pdf. Disponible sur:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf
22. Qu'est-ce que l'Approche centrée sur la personne ?. ACP-France. Disponible sur:
<https://www.acpfrance.fr/quest-ce-que-lapproche-centree-sur-la-personne-acp/>

ANNEXES

Annexe 1 : Critères diagnostiques du trouble de l'adaptation selon le DSM-5

- A- La survenue de symptômes émotionnels ou comportementaux en réponse à un ou plusieurs facteurs de stress identifiables dans les 3 mois suivant l'exposition au(x) facteurs(s) de stress.
- B- Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoigne(nt) un ou les deux éléments suivants :
 - 1- Détresse marquée hors de proportion par rapport à la gravité ou à l'intensité du facteur de stress, compte tenu du contexte externe et des facteurs culturels qui pourraient influencer la gravité des symptômes et la présentation.
 - 2- Altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- C- La perturbation causée par le facteur de stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble mental et n'est pas simplement une exacerbation d'un trouble mental préexistant.
- D- Les symptômes ne sont pas ceux d'un deuil normal.
- E- Une fois que le facteur de stress ou ses conséquences sont terminés, les symptômes ne persistent pas au-delà d'une période additionnelle de 6 mois.

Plusieurs types existent :

- Avec humeur dépressive (baisse de l'humeur, larmoiement ou sentiment de désespoir)
- Avec anxiété (nervosité, inquiétude, énervement ou anxiété de séparation)
- Avec anxiété et humeur dépressive
- Avec perturbation des conduites
- Avec perturbation mixte des émotions et des conduites
- Non spécifié

Annexe 2 : Critères diagnostiques du trouble de l'adaptation selon le CIM 11

« Le trouble de l'adaptation est une réaction inadaptée à un ou des facteurs de stress psychosociaux identifiables ou à des changements dans la vie de la personne, qui est caractérisée par une préoccupation par le facteur de stress et par une incapacité de s'adapter. Cette dernière se manifeste par une gamme de symptômes qui interfèrent avec le fonctionnement quotidien, comme des difficultés de concentration ou des perturbations de sommeil. Des symptômes d'anxiété, de dépression, des troubles du contrôle, des impulsions ou des conduites sont souvent présents et peuvent même être le symptôme de présentation.

Les symptômes apparaissent dans le mois qui suit l'émergence du ou des facteurs de stress et ont tendance à se résoudre en 6 mois sauf si les facteurs de stress persistent plus longtemps.

Pour que le diagnostic puisse être porté, le tableau clinique doit être associé de façon significative à une détresse et à une altération du fonctionnement personnel, familial, social, scolaire, professionnel ou dans d'autres domaines importants. »

Annexe 3 : Guide d'entretien

Bonjour, merci d'avoir accepté de participer à ce travail de thèse.

Avant de commencer, êtes-vous d'accord pour que cet entretien soit enregistré ? La retranscription restera anonyme.

Mon travail de recherche permettrait, en partant de votre expérience, d'élaborer des recommandations spécifiques à la médecine générale dans la prise en charge des patients présentant un trouble de l'adaptation.

Je vous rappelle la définition théorique du trouble de l'adaptation selon le DSM-5 : développement de symptômes émotionnels (anxieux , dépressifs) et/ou comportementaux ; en réaction ,dans les 3 mois, à un ou des facteurs de stress identifiables (hors deuil) ; entraînant une souffrance marquée plus importante qu'il n'était attendu ou une altération significative du fonctionnement social/professionnel/scolaire ; apparaît dans les 3 mois suivant le stress et disparaît dans les 6 mois après la disparition du stress ; sans critère clinique diagnostique d'un trouble de l'humeur ou de trouble anxieux ; pas d'exacerbation d'un trouble préexistant.

1- En se basant sur votre pratique, quelle(s) situation(s) peut/peuvent vous faire évoquer ce trouble ?

En recherchant dernièrement dans votre patientèle, pouvez-vous vous remémorer un exemple ?

Avez-vous été confronté à des manifestations cliniques selon vous inappropriées par rapport à une situation ?

Quel était le contexte, le vécu ?

2- Comment percevez-vous votre place dans la prise en charge du patient atteint d'un trouble de l'adaptation ?

3- Comment faites-vous pour prendre en charge les patients atteints de ce type de trouble ?

Quels outils utilisez-vous pour prendre en charge ces patients? Comment les appliquez- vous ?

Quel type d'entretien mettez-vous en place ?

Comment vous-organisez-vous ?

4- Quels sont les éléments qui peuvent influencer au diagnostic et à la prise en charge de ce trouble ?

D'après vous qu'est ce qui facilite votre prise en charge ?

Quelles sont vos difficultés quant à la prise en charge de ces patients ?

Pour quelles raisons ? Comment y remédiez-vous ?

Pour finir : Avez-vous quelque chose à ajouter sur le sujet ?

Merci encore pour votre participation. Je vous recontacterai une fois mon travail d'analyse de tous les entretiens effectués pour donner votre avis. Cette évaluation aura pour but de valider ce travail.

Questions de relance à disposition : qu'entendez-vous par ? pouvez-vous me préciser ? par exemple ? c'est-à-dire ? quand vous dites...comment le faites-vous ? si je comprends bienc'est ça ?

Annexe 4 : Verbatims

Entretien n°1

M : C'est hypervaste quoi.

E : Ma première question est : en te basant sur ta pratique, quelle(s) situation(s) peut ou peuvent te faire évoquer ce trouble de l'adaptation ?

M : Une rupture quelle qu'elle soit, un « deuil » quel qu'il soit, un deuil sur le décès d'un proche, une rupture qui peut être sentimentale ou autre, et puis une fracture sur l'image de soi-même, c'est à dire euh...ou une aggravation du moi. Je pense que ça va conduire automatiquement à des problèmes émotionnels avec peut-être ce que tu vas appeler des troubles de l'adaptation ; je pense vraiment à...un retentissement émotionnel important.

E : En prenant ton expérience en tant que médecin généraliste, est-ce que tu peux te remémorer justement une situation avec un patient ?

M : Si je reprends ce pour quoi il me semble voir des troubles de l'adaptation, finalement on en a presque tous les jours. Donc euh...oui

E : Est-ce que justement tu pourrais m'évoquer un exemple ou pas ?

M : Tout à l'heure, j'ai eu le cas d'une patiente d'Alexandre que je connais un petit peu mais du fait de l'absence d'Alexandre, c'est moi qui l'ai vue, qui vient de perdre brutalement en un mois et demi son frère d'un cancer des voies biliaires à priori ou pancréas, c'est un monsieur que je connaissais, j'étais même chez lui à Lyon parce que bref. Et cette dame me disait, je ne sais pas si je suis hors sujet, mais tu vois elle avait un trouble « émotionnel » fort puisqu'elle ne savait plus ce qu'elle faisait, elle perdait ses objets et elle me demandait si c'était normal, elle prenait la route et elle n'arrivait pas à se concentrer sur la route. Voilà alors tout ça pour moi, c'est une inadéquation entre la réalité et le vécu, ce qu'elle est en train de vivre et la réalité c'est ce qu'elle

est en train de faire, c'est à dire les voitures qui tournent autour d'elle et en fait ce qu'elle ressent en elle-même, il n'y a plus rien autour et son cerveau est à ce moment-là coupé en deux entre ce qu'elle voit et ce qu'elle ressent et qui est complètement en dehors du temps présent. Je suis clair ou pas ?

E : Oui, ça peut être un bon exemple. Si tu te bases sur cet exemple ou tous les autres que tu peux avoir en tête, comment tu perçois ta place dans la prise en charge de ces patients ?

M : Les rassurer énormément, d'être rassurant parce qu'en fait d'être rassurant dans ce cadre-là, parce que je sais que le deuil c'est quelque chose de qui la plupart du temps passe, qu'à moins que ça tombe sur une personne vraiment au bout du rouleau, au bord du suicide, là je dis pas, mais quand même dans 99% des cas, ces périodes de rupture passent. Et voilà, j'essaye d'être rassurant et de leur expliquer que ben comme pour tout, il y a un avant, un présent et un après, et que hélas si on veut vieillir il faut subir tout ça, si on veut ...Excuse-moi c'est plus philosophique que médical parce que...

E : Vas-y oui...

M : Voilà c'est parce qu'on est dans la psychologie. Mais j'essaye de leur expliquer au maximum que voilà un peu comme ma fille qui m'avait dit « papa pourquoi on meurt ? » « Parce que si on mourrait pas, on serait trop nombreux sur terre ». Donc en fait, c'est pour moi quelque chose de voilà, je parle dans ce cadre là, du décès ou de la rupture ou de la souffrance etc. et qui mène finalement à pourquoi à un moment donné de notre vie, on peut être inadapté par rapport à la situation qu'on vit. Dire que je pense à des gens à des situations noires...

E : Quelles difficultés dans la prise en charge de ces patients as-tu pu rencontrer ?

M : Le patient qui n'est pas en phase, un patient qui n'est pas réceptif, pas à l'écoute.

(pause liée à un problème d'enregistrement)

E : Est-ce que tu vois d'autres difficultés ?

M : Alors après ce qu'il peut y avoir aussi c'est donc de la très grande souffrance.

Après c'est aussi la difficulté de quelqu'un qui a une réaction inadaptée, c'est la rancœur de cette personne vis à vis de quelque chose, c'est à dire quelqu'un qui en veut au corps médical, ou à un médecin qui a bien fait son travail mais la personne n'a pas compris qu'il l'avait bien faite mais ça ne lui allait pas donc il peut y avoir une personne qui est un petit peu dans la rancœur, dans la haine, dans la dénonciation, etc. Alors là on a beau faire tout ce qu'on veut, on ...

E : Et là tu parles vraiment envers le milieu médical ? Peut-être un manque de confiance ?

M : Si on veut généraliser, oui on peut appeler ça un manque de confiance mais pas obligatoirement envers l'ensemble du corps médical, ça peut être une personne ou un confrère, ou un infirmier, ou le mari ou j'en sais rien tu vois. Des fois, quand les gens sont dans la rancœur, ben on a du mal à être... comme je disais en phase avec eux et du coup, je pense que la réaction pour moi est inadaptée. Il y a plein de cas.

Après il y a...ce qui me vient en tête aussi dans l'inadaptation, c'est, si on est plus pathologique, c'est les hystéries ou les pseudo-hystéries, des gens qui ont des symptômes qu'ils déclarent comme graves et persuadés qu'ils le sont et qui consultent de multiples fois ou un ou des spécialistes etc. On essaye de leur dire qu'il y a probablement une part psychologique à leurs problèmes et en fait non ils sont persuadés qu'on ne trouve pas la solution parce qu'ils ont toujours mal et que voilà. Ça aussi, c'est vrai que...Est-ce qu'on peut mettre ça dans le même bain des gens inadaptés ?

E : Il faut pouvoir différencier effectivement, après s'il n'y a pas d'autres...justement j'arrive à

ma question suivante : quand t'es face au patient, ça va peut-être rebondir un peu dessus, pour toi, quels éléments vont faire suspecter ce trouble chez quelqu'un que tu vois ?

M : Quel trouble ?

E : Le trouble de l'adaptation. T'as un patient qui se présente à toi, et qu'est-ce qui va faire que tu vas suspecter un trouble d'adaptation ?

M : Je crois que c'est mon ressenti, avec le temps, c'est à dire que ces ressentis euh mais ça va vite généralement, à force de voir des gens toute ta vie, ça va vite et euh...on peut commencer, enfin depuis longtemps, voir qu'il y a des gens qui sont pas adaptés à la situation qu'ils vivent ou qu'ils voudraient vivre ou voilà. Mais je pense que c'est le ressenti.

E : D'accord. Quand tu dis avec le temps, c'est parce que tu commences à les connaître ?

M : Probablement oui, après ce qui peut aider aussi et qui est agréable ici à Sainte-Marie, c'est qu'on a beaucoup de touristes l'été et donc ayant beaucoup de touristes l'été, on peut aussi voir si leur réaction émotionnelle est en phase avec la réalité des choses.

E : Et pourquoi plus avec les touristes ?

M : Ah non avec tout le monde mais au moins il n'y a pas ce côté « je connais mon patient donc je sais comment il va réagir ». Ce qui est bien avec le tourisme, c'est que...

E : ça te teste ?

M : Par exemple...je ne me teste pas

E : Justement prends l'exemple d'un touriste que tu ne connais pas et du coup, qu'est-ce que tu vas rechercher chez cette personne pour éventuellement...

M : Le déceler ? Euh....Alors je vais poser des questions simples et je vais voir au fil de la consultation si la réponse aux questions simples

est celle que j'attendais par rapport à des questions simples. Si je vois que la réponse n'est pas du tout adaptée aux questions simples, déjà pour moi c'est pas bon. Donc si tu veux l'interrogatoire. Mais même l'ordre, c'est à dire « asseyez-vous » et des fois, je sais pas si tu le vis, il faut dix fois dire aux gens « allongez-vous, allongez-vous s'il vous plaît, il faut que je vous examine » et il reste assis, là il y en a qui se lève « non non mais allongez-vous », « ah oui excusez-moi » et il s'allonge pas.

Je te jure, je me couche pas dessus (Rires).

E : Ok. Pour toi, quelle stratégie tu mets en place ?

M : Je vais te dire car je m'attendais à celle-là. Je pense par l'attention que je peux leur porter, c'est à dire savoir se faire apprécier pour qu'ils puissent voir qu'on s'intéresse à eux, et qu'ensuite ils puissent nous écouter quand on leur parle, c'est à dire essayer de leur donner au maximum confiance, qu'ils aient confiance en moi et s'ils ont confiance en moi hop voilà.

E : Instaurer un climat de confiance ?

M : Instaurer un climat de confiance et diriger la consultation.

E : Diriger la consultation, c'est-à-dire ?

M : Ben qu'ils se sentent protégés, comme un enfant peut l'être quand on l'éduque, qu'ils se sentent protégés par et pourtant je ne suis paternaliste, je me mets vraiment d'égal à égal avec quelqu'un, mais en fait que même sans être paternaliste, arriver à diriger la consultation en disant « voilà vous avez probablement ou ça ou ça ou ça », mettons si je suis pas sûr « ou ça ou ça et donc pour faire ça, il faut faire ça, pour faire ça, il faut faire ça, pour faire ça, il faut faire ça. Donc soit on fait les 3 soit on commence par ça ou ça ou ça, comme vous voulez mais pour moi le plus important c'est ça ».

E : Tu leur dis quoi faire ?

M : Exactement, tout le temps. Donc je les dirige, je les dirige mais je le fais sans être ni hautain ni paternaliste, ni imbu, tu vois ce que je veux dire ? Et j'essaye au maximum de les mettre en confiance parce qu'il y a que par la mise en confiance qu'on arrive à remettre une personne à mon sens qui n'est pas en phase ou pour moi qui me paraît inadapté, après je n'y arrive pas toujours.

E : Quels outils tu utilises ?

M : C'est ça, la parole et l'écoute.

E : Qu'est-ce tu appelles par la parole ?

M : Leur dire ce qu'il faut qu'il fasse, après l'écoute quoi. D'abord, je les écoute, une fois que je les ai écoutés, s'ils ne me disent pas dix fois « j'ai mal au genou, là vous voyez, c'est là là là ». Je dis « oui c'est là ». « Vous voyez quand je fais ça c'est ça, aïe et quand j'appuie là c'est là ». « Oui je sais vous me l'avez dit déjà ». Je leur dis gentiment.

E : Comment tu t'organises pour ces patients-là ? Est-ce que tu as une organisation spécifique ?

M : Non je ne crois que j'ai, j'ai pas l'impression. Enfin si, oui, je ne les regarde pas, je les écoute. Je ne les regarde pas toujours parce que j'écris, étant donné que l'ordi est sur le côté, et ça m'arrange parce que si je commence à les écouter, à les regarder quand je les écoute, ils vont passer deux heures dans mon bureau à me raconter leur vie, et donc je tape sur l'ordi et du coup, je passe à la question suivante, quitte à les interrompre quand je vois que ça prend du temps. Donc du coup, ça permet d'écourter la consultation, d'écrire en même temps sur l'ordinateur et de savoir par l'interrogatoire avec les différentes questions, déjà de m'orienter sur ce qu'ils peuvent avoir.

E : C'est toi qui les accompagnes ? Les prends en charge ?

M : Oui c'est moi qui leur pose les questions quand même. Je sais pas moi tout à l'heure, il y a une petite qui vient me voir « je suis fatiguée parce que j'ai une rhino depuis 3 semaines ». Bon ok Fanny, déjà elle avait, elle arrive plus à avoir d'enfants, elle a eu une grossesse, son mec lui a dit d'avorter et depuis elle arrive plus à en avoir enfin bon bref voilà, donc si tu veux là, il y a un petit trouble. Je pense qu'elle ne le sait pas encore mais elle va faire une phase dépressive profonde et longue.

E : Comment tu as détecté ça ?

M : Parce que je les vois maintenant. Ils sont tous fatigués, ils viennent dix fois pour rien voilà. Tu vois être fatigué quand tu as une rhino excuse-moi, ce n'est même pas une mononucléose infectieuse, elle a rien quoi.

E : Pour cette jeune fille, tu as proposé de la revoir ?

M : Non mais j'en parle avec sa famille. J'ai dit « voilà je pense que Fanny elle est pas bien ».

E : Elle avait quel âge ?

M : Elle doit avoir 23-24ans. J'en ai parlé à sa mère, on en parle avec sa mère, « j'ai peur que Fanny un jour fasse une dépression parce que franchement elle est tout le temps fatiguée et puis elle n'a pas de symptômes francs ». Elle vient juste consulter et quand je lui dis « ça va le moral ? », elle me dit à chaque fois « ça va ». Elle me dit « oui oui ça va de ce côté là », mais

on sent qu'au fond d'elle ça va pas. Et sa mère me dit « mais qu'est ce qu'il faudrait ? » « Ben voir un psychologue », « oui mais elle refuse ». Bon ben voilà.

E : Tu n'en as pas parlé directement à elle ?

M : Ah si si, je lui en avais parlé à un moment donné.

E : Tu lui as proposé de l'orienter vers un psychologue ?

M : Pas un psychiatre, ça aurait été trop brutal mais un psychologue. Et elle me dit « mais non mais ça va ».

E : Comment tu l'as emmené ? Parce qu'elle te dit « le moral ça va » mais toi tu lui proposes une psychologue du coup.

M : Non je lui dis « si tu es tout le temps fatigué tu sais que ça peut être le moral, je veux dire si on fait une prise de sang »...En fait je commence par ça généralement, je dis écoute « on va faire une prise de sang mais si elle est normale, dis toi bien que ça pourrait être le moral. S'il y a rien d'autre, si ça fait des années que tu es comme ça, que ça n'évolue pas, que ça revient, que ça reparte, que ça revient, faut bien se dire à l'esprit que voilà ».

E : Ecoute, on arrive à la fin. As-tu quelque chose à ajouter ?

M : Ben non ben non.

Entretien n°2

E : En te basant sur ta pratique, quelle(s) situation(s) peut ou peuvent te faire évoquer ce trouble ?

M : Plusieurs. ça peut être des soucis professionnels, des trucs soit disant « de harcèlement ». Moi ce genre de choses, c'est assez, souvent je ne sais pas si ça t'arrive mais

en consultation, ils viennent souvent avec ce motif là, ça peut être professionnel.

E : Harcèlement ?

M : Harcèlement au niveau du travail. Comment t'expliquer ? Surcharge de travail, ils te demandent toujours plus, ils te mettent la

pression et souvent t'as des syndromes réactionnels dépressifs qui surviennent et parfois peut-être ça prend des proportions peut-être un petit peu importantes quoi, voilà pour être gentille, non mais tu vois ce que je veux dire ? Ça peut être dans ce style là.

Comme autre situation, ça peut être des problèmes professionnels, ça peut être dans ta vie personnelle, tu peux vivre un grand traumatisme, tu peux subir le décès d'un de tes proches, la maladie d'un de tes proches ou la tienne d'ailleurs, c'est le patient lui même. Qu'est ce que je peux te dire de plus ? Je ne sais pas vas-y si tu vois des choses qui peuvent orienter autre ?

E : Dans ton expérience, est-ce que tu peux te remémorer éventuellement un patient pour lequel ça te fait penser à ça ?

M : Oui je pense à quelqu'un oui. C'est par rapport à des...L'origine était professionnelle, le point de départ et ça s'est traduit par un arrêt de travail prolongé, une mise en invalidité pour un syndrome dépressif qui est devenu chronique et où il n'y a pas moyen d'en sortir et où je pense qu'elle n'en sortira ja-mais désolée.

E : Là on est même plutôt au stade de...

M : C'est un trouble de l'adaptation.

E : De dépression.

M : On est en dépression oui, on y est, donc il y a eu un trouble au départ je pense, un trouble de l'adaptation. La façon dont elle a réagi, elle a surréagi à mon sens, probablement surréagi à des choses mais ça s'est enkysté et c'est tellement resté que ben maintenant elle est dans un syndrome dépressif. Rien que quand elle arrive, quand qu'elle franchit le seuil de la porte, déjà tu prends un coup au moral quoi.

E : Et toi, cette patiente tu l'as vue à quel moment ?

M : Je l'ai vue, elle était déjà en syndrome dépressif installé. Mais bon, elle m'a refait l'historique. Elle vient d'ailleurs, elle vient du Nord, je ne sais pas d'où, enfin peu importe, et ça s'est passé là-bas, elle a déjà été mise en arrêt de travail là-bas, elle est arrivée ici mais bien après, bien après.

Le trouble de l'adaptation en fait, je le vois plus tu vois sur ce genre de problème là, que quand tu as une grosse tuile qui te tombe sur la tête parce que tu réagis forcément, au moment où ça t'arrive, t'es pas bien tout ça mais en général, la plupart des gens réagissent. Enfin j'ai l'impression qu'ils essayent de ré avancer tandis qu'elle, elle est dans son truc et jamais il ne se passera rien, jamais, c'est pas la peine. Pour moi, elle a un trouble de l'adaptation, je pense qu'elle n'a pas su digérer l'histoire. A un moment donné bon, il faut passer à autre chose quoi. Elle n'a jamais retravaillé et elle ne retravaillera ja-mais.

E : Est-ce que tu penses à une autre situation ?

M : Euh... (Réfléchit, long silence)

E : Ou elle n'est pas encore à un stade de dépression, au moment où il y a peut-être un trouble de l'adaptation, avant qu'elle plonge dans la dépression ?

M : Oui il y en a plusieurs autres, plusieurs autres situations.

E : Il y en a une qui te vient en tête ?

M : Des problèmes professionnels aussi pour une mais qui je pense va gérer la situation, qui se rend compte que ça va pas et qui se donne les moyens d'aller mieux. On sent qu'elle est marquée, qu'elle a quelque chose mais elle je pense qu'elle ira mieux.

Qu'est ce qu'il y d'autres ? (silence)

E : Par exemple, cette patiente tu dis qu'elle se donne les moyens. Toi par rapport à elle quelle va être ta place dans la prise en charge ?

M : Je pense qu'elle ne reviendra pas me voir, je te le dis clairement parce qu'elle va se prendre en charge, je le sais. Aujourd'hui elle est venue parce qu'elle avait un problème, c'était somatique, elle somatisait parce qu'elle avait un eczéma terrible au niveau des doigts, je l'ai vue aujourd'hui, mais elle m'a clairement dit « j'ai changé de boulot, je me rends compte que là où je suis, ça le fait pas ». Et ben cet après midi, il y a le forum de l'emploi à Perpignan, il y est déjà parti si tu veux, c'est quelqu'un qui va rebondir, qui veut rebondir.

E : Tu l'avais vue avant ?

M : Je l'avais vue au moment où elle devait changer de travail, elle était un peu inquiète mais elle réagissait tout à fait classique et là elle est dans son nouveau boulot et ça se passe pas bien du tout, elle l'avait pas anticipé, elle pensait pas que ça se passerait mal. Elle est pas bien, c'est clair, mais pas au point de...trouble de l'adaptation, là peut-être pas ? Parce qu'elle réagit elle. C'est difficile de te dire...Elle, elle réagit, c'est pas forcément un bon exemple, elle est plutôt dans la phase où elle va réagir.

E : Oublions le cas de cette patiente qui n'est pas un vrai trouble.

M : C'est pas facile en fait, je ne me suis pas posée 36000 questions.

E : Quels éléments quand tu es face au patient peuvent te faire suspecter ce trouble ?

M : Ben par exemple, une hyper, des réactions un peu exacerbées, moi pour moi, dans l'exagération, que moi je considère être comme de l'exagération. Eux ils pensent que tout va bien et moi je ne sais pas, il y en a qui se mettent à des pleurs, des crises d'angoisse, des choses pour vraiment des choses matérielles qui en valent pas la peine quoi, ça pour moi, c'est un trouble de, enfin tu surréagis quoi, moi je vois ça comme ça. Et à l'inverse, t'as certaines personnes, je trouve à qui tu annonces quelque chose de grave, alors je pense que c'est aussi un

trouble de l'adaptation parce que t'as pas de réaction quoi, tu sais pas ce qu'ils pensent.

E : Aucune réaction ?

M : Oui, c'est plus inquiétant parce qu'au fond tu ne sais pas ce qui se passe, ils verbalisent pas. Alors peut-être qu'ils sont très mal mais t'en sais rien, tu peux moins l'aider.

E : Et justement, qu'est-ce que tu vas essayer de rechercher comme informations auprès de ces patients là ?

M : Qui disent rien ?

E : Par exemple qui disent rien.

M : T'essayes de les faire parler mais c'est pas évident, il y en a qui ne veulent rien dire « ah non mais c'est bon on passe à autre chose ». J'essaye de leur demander « mais vous êtes sûr que tout va bien ? que vous dormez bien ? vous n'êtes pas fatigué ? vous mangez bien ? » Tu sens qu'ils veulent pas répondre. Après c'est difficile, je suis pas psy, je sais peut-être pas poser les questions adaptées quoi, je reste au niveau généraliste, après je suis paaas. Qu'est ce que je peux te trouver d'autres ?

E : Et pour toi, quels motifs pourraient t'interpeller aussi ? Est-ce qu'il y a des motifs de départ initiaux ? Ils viennent pour une cause et tu dis lui il y a quelque chose qui te...

M : Quelqu'un qui vient parce qu'il a, mettons un syndrome ORL, ce que tu veux, qui a le nez bouché et qui d'un coup se met à pleurer parce qu'il a le nez bouché, je dirais « mais attendez il n'y a pas que ça » et là je lui dis « non mais attendez, vous venez pour ça d'accord mais au fond il y a quelque chose qui va pas ? ». Ouè mais ça, ça arrive en plus.

E : Il y a d'autres motifs qui te viennent comme ça ? Les gens viennent pour un premier motif et puis en fait...

M : Souvent à la fin de la consultation aussi, ils te disent « ah au fait en ce moment je ne vais pas très bien », ouè sauf que bon. Alors soit tu prends le temps de les écouter, soit des fois moi je leur dis de revenir. Tout dépend. Parce que quand tu vois que t'as passé ta consult, c'est là où il te dit qu'il va pas bien dans sa tête, c'est pas comment te dire regarder un truc qui va durer dix secondes, t'es obligé de prendre un peu le temps avec ces gens-là. Moi j'ai du mal à tenir un quart d'heure sur des problèmes un peu psy, c'est un peu chaud, je ne sais pas comment toi tu fonctionnes mais moi.

E : Effectivement c'est quelque chose qui prend du temps.

M : Tu peux pas, c'est pas blanc ou noir.

E : Pour toi, quelles sont les difficultés dans la prise en charge de ces patients ?

M : (silence)

E : Si tu en as ?

M : Oui oui bien sûr que j'en ai, ce qui est difficile. Déjà faut savoir les écouter, c'est pas toujours facile, faut qu'on soit soi-même disponible et bien, enfin c'est pas toujours simple.

E : Tu veux dire disponible niveau ?

M : Dans ma tête, pas en temps, en terme de temps bon quand même on arrive à le trouver. Toi, il faut que tu sois bien dans tes, bien dans ta tête, que tu sois, que tout aille bien quoi, il faut pas que tu sois parasité déjà, pour être sûr de bien les écouter. Après il faut montrer de l'empathie, c'est un compte mais après avec certains dépressifs ou pas dépressifs mais quand le trouble est vraiment très marqué, l'empathie c'est bien mais à un moment faut peut-être savoir leur dire aussi que l'on est là pour les aider à réagir, pas toujours euh aller dans leur sens d'accord mais à un moment tu es aussi là pour les, leur donner un petit coup de pouce.

E : Pour les booster ?

M : Ben j'espère, j'espère que je serre au moins à ça et pas qu'un simple comprimé, un anxiolytique. Tu vois qui, lui voilà, si on peut s'en passer d'anxiolytique, à mon avis c'est mieux. Après je dis pas que je n'en donne pas mais si on peut s'en passer, à la limite je préfère qu'il vienne me voir 3-4 fois d'affilé et qu'on donne pas de traitement et qu'on avance plutôt que de filer un comprimé et dire « au revoir et merci », tu vois ?

E : Et dans ce cas-là, comment tu t'organises ?

M : C'est moi qui en général leur demande de revenir, pas dans un délai de 48 heures mais je les laisse un petit peu ne serait-ce que 7 à 10 jours tu vois, histoire de refaire un peu le point sur la situation. Et ils viennent m'en reparler. Alors pas tous, tout le monde n'adhère pas. Il y en a, ils viennent chercher leurs comprimés et c'est tout. Tu le sens ça de toute façon, quelqu'un qui va vouloir s'expliquer un petit peu, vouloir essayer de comprendre et l'autre qui va lui, il veut la solution immédiate. Et c'est un peu le problème actuel, tout, tout de suite, « faut que ça aille mieux docteur tac », sauf que ça va pas mieux euh...

E : Ça dépend du patient ?

M : Ça dépend du patient et puis aussi de la relation que tu as avec lui. Quand ce sont tes propres patients et des gens avec qui tu vas lier, enfin lier, si on veut, des relations qui sont plus proches enfin proches tout en restant professionnelles mais plus faciles. T'en as d'autres avec qui créer un contact c'est pas facile, enfin moi je sais qu'il y a des gens à la fin de consultation, je ne sais pas s'il y a dix mots au total certains, alors pas pour trouble de l'adaptation mais en général, après c'est difficile, t'en as certains pouh c'est pesant.

E : Quels outils tu utilises ? Est-ce que tu utilises des outils en particulier ?

Tu m'as parlé un peu d'empathie, d'écoute...

M : Non j'ai rien de bien concret, en fait c'est un peu selon qui j'ai en face de moi, je pense que je réagis aussi selon qui j'ai en face de moi.

E : Et comment ça, t'arrives à le...?

M : C'est comment te dire ...aaah

E : C'est par la connaissance ? Parce que tu connais les patients ?

M : Il y en a certains, je connais un peu leur histoire aussi, avec le temps donc quand tu connais un peu plus leur histoire tu sais où est-ce qu'il faut t'orienter déjà quand tu leur parles, davantage. Après quand c'est quelqu'un que tu vois pour la première fois, évidemment là bon tu sais pas trop, il vient en te disant qu'il est harcelé au travail, à part lui dire « ben oui monsieur, c'est difficile » ...Un, déjà, tu sais pas trop ce qu'il fait, bon il va te le dire mais tu sais pas exactement comment ça se passe, c'est compliqué.

E : D'accord ok. Euh du coup on a parlé des, là c'étaient les difficultés, tu m'as parlé de savoir écouter, pouvoir être dispo ok. Quelle stratégie tu vas mettre en place quand t'es face à un patient justement, bon je sais qu'on en a un petit parlé, mais est-ce que tu as une stratégie assez claire ?

M : Déjà, je l'écoute, j'essaie de comprendre ce qu'il se passe, de lui demander comment lui il vit les choses, ce qu'il ressent et surtout « qu'est-ce qu'il envisage pour aller mieux ? » Moi déjà je leur demande souvent, « comment comptez-vous ? Enfin qu'est-ce que vous pensez que vous puissiez ? Moi je vais vous aider, je peux vous aider mais vous de votre côté, est-ce que vous pensez que vous pouvez améliorer quelque chose ? ». C'est important qu'il participe. Après je leur propose souvent d'aller voir éventuellement un psychologue, ou d'aller voir quelqu'un tu vois un petit peu en annexe que de l'ordonnance, voilà.

Après s'il y a besoin, si je vois vraiment qu'il y a une anxiété majeure, un truc vraiment important, oui je vais lui donner quelque chose

pour, un anxiolytique ou quelque chose. Après ça dépend, tout dépend le stade où je vais. Si je vois que c'est minime à la limite je peux rester sur de la phyto ou des choses de ce style là et puis si je vois que vraiment il est pas bien, pas bien avec vraiment des idées noires, enfin noires ou du moins pas bien quoi à ce moment là, je peux éventuellement donner un anxiolytique. En général, je leur conseille souvent d'aller voir un psychologue, s'ils en ont les moyens parce que c'est pas remboursé. Après ce qu'ils peuvent faire aussi c'est des trucs d'autorelaxation, de faire du yoga, de faire un peu de sophro, des choses de ce style-là. Moi ça je leur propose, je suis pas du tout fermée à ce genre de trucs, je me dis que c'est toujours mieux si tu peux le faire que de nouveau être dans les.

E : Du coup tu leur proposes d'aller voir par exemple, d'aller où rechercher cette information ?

M : Pas à la première consultation, moi la première consultation, c'est plutôt dans l'écoute. C'est, si ils reviennent, qu'après je vois que ça sent, que le problème se chronicise, que je me dis bon on va peut-être essayer de trouver d'autres solutions. Moi je peux leur donner, leur proposer des sophro, j'ai des noms dans mes contacts.

E : D'accord donc plutôt vers quelqu'un qui fait ça ?

M : Eventuellement. Mais s'ils sont d'accord, je propose, « écoutez moi ça j'y crois pas », « bon ben vous croyez pas, on va pas non plus ».

E : C'est intéressant du coup aussi donc je me disais, parce que moi aussi ça peut m'arriver de dire « ce serait bien des exercices de relaxation » mais voilà à savoir si t'orientes vraiment vers quelqu'un ou ?

M : Ça dépend il y en a ils me disent « ben moi je connais un tel qui fait du yoga du machin », je dis « ben si vous connaissez, c'est très bien ». Sinon, tu peux leur donner des fois des, ici même sur Sainte- Marie, il y a des choses, des

adresses de ça. Tout en sachant que c'est toujours pareil, c'est pas, ça fait pas partie d'une thérapie remboursée et t'as certaines personnes chez qui ça pose problème, c'est pas donné tu sais les cours de.

E : Ouè je sais.

M : Il y en a une qui fait à Canet de la psychobioacupression, c'est pas mal du tout mais bon ça fait cher et c'est 60 euros je crois ou 55-60 euros la séance donc tout le monde ne peut pas se le permettre quoi. Mais je pense que c'est pas mal, tout ce qui est énergéticien aussi, c'est des trucs euh...

E : Et j'en profite pour te poser une dernière question. Comment justement parce que je t'ai donné une définition d'un trouble de l'adaptation et par rapport à quelqu'un qui est déjà dans un stade de dépression t'arrives à faire

M : La différence ?

E : Ouè.

M : Ouè c'est un peu en terme de temps que ça s'installe. Après t'as des gens, tu vas de toute façon, tu le sens quand même quand ils arrivent si d'entrée, euh ...c'est la cata ceux-là. Je pense qu'ils ont du mal à ou alors à moins que ce soit vraiment exacerbé à ce moment là et que finalement après tout rentre dans l'ordre mais souvent tu, en général, je me laisse bien 15 jours-3 semaines avant de me dire bon, voir un petit peu comment ça évolue.

E : Donc tu les reconvoques ?

M : Non je leur dis « vous revenez », convoqué non quand même j'ose pas. Je leur dis « si ça va pas vous revenez », voilà je leur dis « même si c'est que pour parler, c'est pas forcément pour rédiger une ordonnance ». Parce que les gens, si tu veux, ils vont chez le médecin, ils ont souvent l'impression que la solution, la réponse, c'est la pharmacie, « je pars avec mon ordonnance, je vais chez le pharmacien ». Non je pense qu'on peut être efficace sans être des psychiatres.

Attention je ne veux pas me prendre pour une psy mais je pense qu'on peut être efficace sans forcément rentrer dans le...Et après il se pose la question, je ne sais pas si tu veux en parler, mais de l'arrêt de travail ou des trucs comme ça, je sais pas si c'est dans ton...

E : Vas-y, dis moi.

M : Ben parce que t'as des gens, dès qu'il y a un truc qui va pas c'est « Docteur faut m'arrêter ». Bon je suis pas sûre que ce soit une solution parce que je pense que quand tu, le matin tu dois te lever, tu dois faire un minimum, te préparer tout ça et aller à ton boulot, t'es obligé et quelque part ça t'enlève un petit peu, ça te permet de t'aérer l'esprit même si c'est ton travail mais au moins penser à autre chose et peut-être permettre de t'aider à avancer, sauf si c'est des problèmes au sein du travail.

E : Oui c'est ça (rires)

M : C'est terrain glissant mais sinon après est-ce que finalement ?

E : Donc pour toi le problème de l'arrêt de travail ; non pardon tu allais dire...

M : Non non

E : Est-ce que ? Finalement t'allais dire ?

M : Est-ce que finalement l'arrêt de travail, c'est une réponse à leur problème ? Même quand c'est des soucis de travail et de harcèlement, le mot j'arrive, enfin pour moi je sais pas où elle est la frontière. Pour moi le harcèlement, c'est quand même quelque chose de grave donc tous ceux qui arrivent en disant qu'ils ont des problèmes au boulot, et moi j'ai l'impression que c'est de plus en plus, est-ce que l'arrêt de travail est vraiment la réponse ? Tu crois qu'il en pense quoi l'employeur de tout ça au final ?

E : Je ne sais pas s'il en pense quelque chose....

M : Je ne sais pas s'il en pense mais moi j'ai l'impression de me rendre un petit peu com-, enfin pas complice mais un petit peu, enfin c'est

facile quoi de faire un arrêt de travail. C'est pas parce qu'on a des problèmes qu'on va forcément s'arrêter. Je veux dire, nous c'est, dans notre pratique, il y a des jours aussi où tu as des situations tu rencontres des problèmes, c'est pas parce que ça va pas que le lendemain tu n'y vas pas, donc la consult d'après tu dis « ah ben non je la fais pas ». Il y a quand même une certaine facilité à...

E : Parce que tu penses du coup, comment dire que l'arrêt de travail c'est pas une solution ? Tu veux dire c'est pas comme le traitement anxiolytique c'est pas une euh....

M : Oui dans certains cas. Si vraiment quand t'es confronté à quelque chose que tu peux pas surmonter, je veux bien mais pour moi ça doit rester court. Parce que le problème, c'est qu'une fois que tu as commencé à passer le cap du premier mois, tu vas dans le deuxième, tu vas dans le troisième et alors là on est parti quoi et là t'as la convocation médecin conseil et on y va et on continue jusqu'à ce qu'il y ait une invalidité qui soit prononcée et moi ça m'est arrivé plusieurs fois et je me dis mais incroyable. Et je pense à quelqu'un en particulier, je l'ai jamais revue parce que je lui ai fait comprendre un jour que j'en avais assez, je pense qu'elle avait rien et qu'elle réagissait à ce qu'elle pensait avoir de façon mais disproportionnée quoi. Je lui ai pas dit « vous n'avez rien » mais moi au fond de moi...Elle est persuadée qu'elle avait une spondylarthrite, je crois, je crois que c'était ça

Entretien n°3

E : En essayant de te baser sur ta pratique à toi, quelles situations peuvent te faire évoquer ce trouble ?

M : A l'instant, là tout de suite à rien (rires). J'attends la deuxième question ou la deuxième information.

E : Du coup, le trouble de l'adaptation en fait...si je te dis une personne, un patient qui décrit un

l'histoire. Tous les examens étaient négatifs que ce soient les HLA, que ce soient les radio, t'avais aucun signe. Je dis pas que c'est parole d'évangile les examens mais bon pour moi elle avait une fibromyalgie, autrement dit pour moi, elle avait rien parce que cette maladie je, tant qu'on n'aura pas prouvé par A+B qu'on peut la trouver euh bah écoute. La fibromyalgie c'est quand même des personnes particulières que t'as en face de toi, tu rencontres pas ça chez tout le monde. Déjà bon et si tu veux ben elle est rentrée dans un espèce de truc où ça été des arrêts de travail, des arrêts de travail, des arrêts de travail, des arrêts de travail jusqu'à ce qu'elle ait une invalidité prononcée! Et un jour, j'ai fini par lui dire « mais vous attendez ça ? », elle m'a quasiment répondu « oui » et là je dis « ah oui mais là à votre âge, je comprends pas bien »

E : Pourquoi elle avait quel âge ?

M : Ouh 50ans. Moi sa façon dont elle a réagi, si tu veux, je n'ai absolument pas compris, je pense qu'un jour elle l'a senti vraiment, vraiment. Je l'ai jamais revue. Et je regrette pas! Je pense que pour moi, c'est pas un patient pour moi, après peut-être que ...ça passerait peut-être bien avec quelqu'un d'autre mais avec moi c'était pas possible. Après je sais pas, moi c'est des trucs euh. Je sais pas si ça teeee,tes réponses t'apportent quelque chose mais ...

E : Si si tout est intéressant à prendre.

comportement inadapté par rapport à un facteur de stress, c'est à dire par rapport à une situation, ça peut être tout ce que tu veux et en fait il peut aussi développer des symptômes d'angoisse ou d'allure dépressive.

M : Ouè j'en ai plein de patients comme ça.

E : Est-ce que tu as une situation qui te vient en tête ?

M : Oui c'est surtout un lien. Comme ça des situations il y en a eu plusieurs et je dirai plutôt que c'est lié avec le professionnel.

E : Ouè plutôt.

M : Ouè plutôt. Actuellement oui. Et ce ne sont pas des gens jeunes, des gens je dirai, enfin des jeunes, ce n'est pas vieux non plus, la quarantaine, 40-50 ans, des types qui ont bossé, qui ont de la bouteille si tu veux et qui ne se sont jamais arrêtés, qui n'ont jamais eu de souci et t'as un gars qui sort de l'école ingénieur machin ou un chef qui ne connaît rien à l'intérieur car il n'a pas d'ancienneté, qui veut bouleverser le service pour la rentabilité ou des choses comme ça tu vois. Ou alors quelqu'un qui a un diplôme. Le cas où je pense le plus, c'est quelqu'un qui a le diplôme pour occuper le poste et entre guillemets, une personne qui n'a aucun diplôme se décrète chef alors qu'elle n'a pas à l'être, qui arrive à la torpiller psychiatriquement, à la torpiller avec des angoisses, des phobies etc. Mais dans ma tête là, son truc, c'est plutôt anxiodépressif en fin de compte, je n'ai pas de phobiques ou d'anxieux, (hésitations). Je ne trouve pas dans ma tête de patients qui sont angoissés ; par exemple, je ne sais pas, sur des phobies, j'en ai pas quoi. Mais des grosses crises d'angoisse, des types complètement bouleversés avec des angoisses dingues, moi le plus, c'est le lien avec le boulot. Mais après avec un traitement ou thérapie oxy ou thérapie sophro, enfin tout ce qui est environnement de prise en charge, moi j'ai une prise en charge très large, tout marche tant qu'on te dit pas d'arrêter tes comprimés. Tu peux faire de l'hypnose, du chi-kong tout ce que ce qui est le côté, j'appelle ça le côté bio tu vois, le côté parallèle, tant qu'il prend son antidépresseur et que j'estime qu'il a besoin de le prendre et qu'on le diminuera plus tard, il peut faire tout un accompagnement, ça me va très bien. Je ne suis pas que dans l'antidépresseur, l'anxiolytique, moi je ratisse très large, si c'est de la randonnée qui lui fait du bien, de la randonnée, tu vois ce que je veux dire ? Thomas lui va être plus, il ne va pas parler d'hypnose, il ne va pas parler de sophro, pas de yoga ou de chi-kong alors que moi j'essaye de

leur proposer beaucoup plus vite ça ou cette prise en charge sur le côté psy que le classique qu'on nous a appris à la fac.

E : Est-ce que tu as un exemple qui te vient en tête ?

M : L'exemple, c'est cette dame qui a un diplôme important, elle s'occupe dans une communauté des communes, elle s'occupait des festivités des communautés des communes, des expos, elle avait un diplôme pour ; et tu, on va tout dire même si c'est enregistré. T'as la maîtresse du maire local qui n'a aucun diplôme et qui s'approprie cette tâche depuis des années et qui a carrément flingué psychiatriquement la dame diplômée avec un intervenant et tout. Il y a eu une intervention ; un jour, elle s'est retrouvée dans la rue, la petite culotte et tout, elle gueulait, elle ne savait plus qui elle était etc, les pompiers, hospitalisée sur Toulouse et tout. Elle l'a complètement déglinguée et cette femme là, avant, était tout à fait voilà.

E : Et toi, par exemple, cette patiente tu l'as suivie au début ?

M : Oui du début.

E : Tu la connaissais ?

M : Ah oui oui on a vécu les enfants, le divorce, etc.

E : Est-ce qu'il y avait des choses qui pouvaient ?

M : Présager ?

E : Présager ouè.

M : Il y avait le divorce pas très longtemps avant donc elle était un peu plus fragile mais comment dire ? Ils étaient séparés mais le couple s'entendait très bien, les enfants et tout ça, il y avait pas eu de dispute comme on peut avoir dans d'autres couples. Ils étaient quand même séparés, elle n'avait pas refait sa vie et son ex-mari avait refait sa vie, donc elle était un peu

plus fragile. Quand c'est tombé, il y avait une certainement fragilité, ça c'est sûr mais après à l'époque, quand elle était mariée avec les enfants et tout, elle gérait quand les gosses étaient malades, les vaccinations, les certificats médicaux, c'était la femme qui bossait, enfin on va dire la jeune femme dynamique qui assumait tout.

E : Et du coup, par exemple face à une telle patiente, est-ce qu'il y a des éléments qui t'ont fait suspecter éventuellement un trouble ou pas de l'adaptation ?

M : Avant non, pour moi elle était « normale », enfin on n'est jamais normaux, enfin bon pas fragile en tout cas. Et après c'est monté, c'est que Thomas l'a vue aussi, c'est monté en puissance. Par contre, j'étais très très étonnée qu'elle arrive à faire ce qu'elle a fait, c'est à dire aller dans la rue, crier, ne plus savoir et elle ne s'en souvient pas, si on lui avait pas raconté voilà. Je pensais pas qu'elle arriverait à faire autant, qu'elle soit aussi fragile, ça je ne l'avais pas détecté.

E : Alors en prenant ce cas ou un plus général, comment tu perçois ta place dans la prise en charge de ces patients là ?

M : Je te dirai qu'il y a 30 ans, elle n'était pas très importante parce que je les confiais assez facilement aux psychiatres parce qu'ils avaient le temps, les psychiatres, je précise bien, de faire de la psychothérapie. Maintenant 30 ans après, je te dirai que je les confie plus du tout aux psychiatres sauf s'il y a une hospitalisation. J'essaie de les gérer même si je n'ai pas le temps, parce que je n'ai pas le temps. Et ensuite, je travaille beaucoup plus avec les psychologues, parce que ça fait 30 ans donc j'ai un réseau si tu veux et même si ce n'est pas remboursé, j'explique aux gens que c'est mieux de travailler sur soi etc. Moi j'aime les grandes phrases qui disent de toute situation négative, il faut tirer du positif. Et cette dame là, ce qui était très marrant enfin façon de parler, c'est que, si tu veux, elle va travailler, elle est descendue, elle a cherché du boulot, elle a eu deux échecs parce qu'elle était

pas bien et en fin de compte, le cercle se termine parce qu'elle va revenir travailler dans le village mais juste à côté, au niveau de ce qui s'est passé, mais pas du tout avec le même chef donc en fin de compte elle est montée dans son travail, elle est valorisée donc si tu veux le cercle va bientôt se finir et c'est peut-être déjà fini car ça fait un moment que je ne l'ai pas vue.

Mais je pense qu'il y a 30 ans, les psychiatres avaient le, enfin je ne sais pas si c'est le but de ta question, mais la prise en charge d'il y a 30 ans, je ne la faisais pas du tout comme maintenant, maintenant c'est beaucoup moi et les psychologues, quand les gens veulent bien mettre les sous, et pratiquement zéro psychiatre parce qu'ils ont pas le temps et jamais la grosse psychiatrie. Je trouve qu'ils s'en occupent pas très bien donc voilà parce qu'à part donner un traitement, ils parlent pas, ils fouillent plus et il y a 30 ans, c'était l'inverse.

E : Comment tu fais pour prendre en charge ces patients ?

M : Je les écoute un peu, je leur consacre un quart d'heure sûr, des fois une demi-heure. Et je ne suis pas thérapeute, j'ai pas la formation, on va dire que c'est plutôt l'ancienneté, c'est l'expérience et après j'adapte le traitement. Je fais les choses un peu trop vite, je les vois une ou deux fois tous les mois, au début peut-être deux fois par mois. Après quand je sens qu'ils se sentent un peu mieux, je les lâche un peu parce que je n'ai pas le temps et peut-être que c'est moi qui sous-entend qu'ils vont mieux, ce n'est pas en un quart d'heure-20 minutes voilà. Je les garde presque autant que les psychiatres si ce n'est pas plus des fois mais je ne suis pas formée pour euh, après oui c'est l'expérience.

E : L'expérience, ton expérience ?

M : Mon expérience professionnelle et privée. Ben oui les deux se mélangent. Ils parlent d'eux, toi tu parles de toi, surtout au bout de 30 ans quand tu les connais depuis 20, tu peux pas, tu fais partie de la famille aussi, tu peux pas être séparée. Enfin les collègues qui font je suis Docteur, après je suis Madame, je ne sais pas

comment ils font. Tant mieux, peut-être qu'ils se protègent, peut-être qu'ils emmènent pas trop de soucis à la maison mais bon ça j'essaie de ne pas trop le faire d'amener les soucis à la maison et puis j'ai quand même des formations puisque j'ai fait le DU de soigné-soignant quand même. Si je peux soigner les soignants, je peux bien soigner les patients.

E : Tu m'as décrits un petit peu des choses déjà. Quelle stratégie tu mets en place ?

M : Le problème là, c'est que j'ai l'impression de parler de la dépression. Je ne sais pas si toi c'est ton but mais je leur fais le test d'Hamilton pour leur favoriser, pour qu'ils acceptent mieux le traitement parce que c'est eux qui répondent aux questions. Moi je ne fais que noter leurs réponses et quand je leur montre leur score, moi je n'ai rien dit, « je vous ai posé la question, vous avez répondu » donc déjà là ils sont un peu surpris donc ils acceptent mieux le traitement. S'ils acceptent pas le traitement allopathique, ils repartent avec un peu d'homéopathie genre nassiar, passiflore et puis je les revois 15 jours-3 semaines après et « là ça va pas écoutez là maintenant c'est moi qui drive et c'est là il vous faut le traitement » mais je veux que ça vienne d'eux parce que si tu veux qu'ils adhèrent au traitement si tu les obliges, ils le prennent pas donc le test d'Hamilton me sert beaucoup pour leur montrer que c'est eux qui vont mal et qu'en fonction de leurs réponses, ce test là prouve que.

E : C'est un outil pour toi ?

M : Ah oui pour moi, très positif.

E : Je vais repartir sur le trouble de l'adaptation, on va dire c'est un stade un peu avant la dépression normalement, c'est un stade où le but va être d'essayer de dépister cette pathologie avant qu'ils tombent dans la dépression. Est-ce que tu utilises cet outil ?

M : Pas avant non, je vais te dire non.

E : Tu l'utilises dans quelles conditions ?

M : Moi quand je les prends dans la salle d'attente, je ne sais pas pourquoi ils viennent les gens donc je ne sais pas si je vais l'utiliser ou non. Mais des fois, je le fais d'emblée à la consultation quand je pense qu'on part sur un problème relationnel, divorce, boulot, belle-mère, tout ce que tu veux ou santé, et je m'en sers pratiquement tout de suite. Et des fois, je ne m'en sers pas tout de suite et la première fois, je les laisse parler et j'émet l'hypothèse qu'il faudra peut-être un traitement. Eux, à ce moment-là, ils te disent « je veux plutôt l'arrêt maladie pour coupez moi du boulot 8-10 jours ça ira mieux après ». Bon ok donc je vais dans leur sens parce que le plus souvent, ils ont raison et à ce moment-là, je les revois après voir s'il faut une prolongation ou non donc c'est moi qui mène la barque et à ce moment-là, je fais le test mais je n'ai pas de systématique, c'est au cas par cas.

E : Quels autres outils tu utilises ?

M : Je vais te dire actuellement, des fois j'utilise pas parce que c'est tellement évident puis le patient te dit « je suis au bout du rouleau, j'en peux plus », même si je gagne beaucoup de sous si je fais un test, faut pas exagérer donc là il te demande le traitement presque, il t'en supplie donc tu vas pas lui faire un test tu vois. Et après non j'utilise pratiquement que ça, je fais pas les trucs, j'ai pas le temps de faire les Balint et tout ça, les trucs un peu psy, j'ai pas le temps donc je fais Hamilton ou rien. Et moi, parce que c'est une patientèle de 30 ans.

E : T'en connais d'autres ?

M : Non pas du tout.

E : Ok. Comment tu t'organises ? Tu en as parlé un petit peu au niveau planning déjà ?

M : Au niveau planning, la première consultation soit il y a un test soit il n'y a pas de test, si il n'y est pas à la première, il y sera certainement à la seconde. Surtout je les revois un mois après, j'instaure le traitement et je les revois au bout de 3 semaines à peu près, 3

semaines-un mois maximum. S'il y a vraiment du changement, je les revois à 2 mois.

E : Du changement ?

M : Positivement. Si je vois qu'ils adhèrent au traitement, qu'ils se sentent mieux et tout, je fais un mois à deux mois. Et après quand ça va très bien, je fais à 3 mois. Par contre, je leur dirai de ne surtout pas l'arrêter et on en parle, et alors moi, je donne un tuyau pour arrêter. Enfin c'est que, quand ils commencent à l'oublier, c'est qu'on pourra diminuer, « tant que vous n'oubliez pas de le prendre tous les matins ou tous les soirs c'est que vous en avez besoin. Quand vous allez commencer à l'oublier c'est qu'on est prêt à diminuer ». Et moi je donne l'image du puits, du puits pour la dépression parce que je la trouve fantastique cette image, une interne m'a dit il n'y a pas longtemps que j'étais très image, elle m'a dit « je me souviendrai de ça ». Moi c'est un vieux puits de ferme en pierre avec plein de mousse à l'intérieur et quand t'es au fond du puits et ben t'essaies de remonter mais tu glisses sur la mousse et tu te casses la figure et tu es toujours au fond. Alors je lui dis « vous savez le premier mois de traitement, il va vous amener au milieu du puits ou peut-être les fesses sur la margelle et là, faut pas croire que vous êtes guéri parce que vous n'avez que les fesses sur la margelle ». Je dis « parce que si vous l'arrêtez, vous reglissez au fond et ça va être pire », je dis « moi on va l'arrêter quand vous serez très très loin du puits et que du puits, vous ne pourrez plus tomber de là-haut », et ça par contre, ça les fait mouliner parce qu'il y en a certains qui te disent « je commence à être loin du puits ».

Voilà non mais moi je vois cette image de hiiin tu étouffes, ils te disent « j'étouffe, j'en peux plus je suis angoissé » ; ben moi j'ai l'impression de voir un type qui se noie, dans le puits, tu te noies, tu glisses, tu retombes, tu glisses, voilà.

E : Belle image.

M : Je sais pas mais ça les fait cogiter.

E : Pour toi, quelles sont les difficultés que tu rencontres dans cette prise en charge ?

M : Le temps. Oui parce qu'on nous demande tout, on fait tout, on fait de plus en plus de choses et je ne vais pas dire qu'on fait que de l'administratif parce que j'ai un secrétariat donc je fais beaucoup moins l'administratif que certains collègues. Je ne sais pas comment ils font sans secrétaire. Mais non, c'est le temps, c'est le temps, c'est le temps parce que tu commences à 8h30 du matin, tu finis à 19h30-20h. C'est sûr que tu peux oui, il n'est plus question que je finisse à 21h-22h. Je l'ai fait il y a très très longtemps mais c'est fini ça je ne veux pas me crever avant.

E : Si tu avais plus de temps, qu'est-ce que tu arriverais à faire ?

M : Je ne veux pas avoir plus de temps pour ça parce que j'ai un métier, je te disais tout à l'heure, quand je prends un patient je ne sais pas pourquoi il vient et je ne veux pas me « spécialiser » dans quelque chose qui ferait que ça. Si j'avais voulu faire ça, j'aurais fait psychiatrie voilà et j'ai pas fait psychiatrie donc ça a un intérêt aussi la médecine générale, c'est que tu fais de la rhumato, de la cardio. Parce que la cardio peut te prendre aussi beaucoup de temps si tu as besoin d'un cardiologue en urgence etc. Mais c'est plus dans notre formation, c'est à dire un peu plus urgente alors que la psy tu te dis, il a tout pour être heureux, il a du fric, il a le mari, il a des gosses, il a la maison, il déprime, pourquoi il déprime ? Le cancer, on te plaint quand tu as un cancer, on dit « ah la pauvre, son mari il a un cancer, la pauvre, elle avait 2 enfants en bas âge ». Il déprime mais pourquoi ? Ils ont 2 enfants, ils bossent, elle est docteur, il est kiné mais pourquoi elle déprime ? Ils ont tout pour être heureux, tu sais pas pourquoi tu déprimes, c'est pas voilà tu vois ce que je veux dire ? Je n'ai pas envie de faire que ça. J'essaie de le faire bien, je ne le fais pas parfaitement mais j'ai pas envie de faire que ça, autrement j'aurais fait psychiatrie ou psychothérapie.

E : Parce que tu évoques le manque de temps, il y a autre chose ?

M : Certainement la formation qui va avec mais je n'ai pas voulu la faire inconsciemment donc ce que je fais, me va bien, enfin me va bien, des fois je râle parce que je n'ai pas assez de temps mais en même temps, je ne veux pas faire que ça donc euh je sais bien. Mais après le patient, s'il faut le garder une demi-heure parce qu'il y a eu un souci, je le garde une demi-heure, c'est pas voilà mais je ne veux pas que ça devienne une spécialité parce que les psychiatres en peu de temps, le feront à mon avis moins bien le côté dépressif de médecine générale, pas le type qui devient complètement catatonique, ça ils le font encore parce qu'on est tous des déprimés avec la vie qu'on mène donc si tu veux ça, c'est nous qui le gérons ça parce que les autres n'ont pas le temps et là je pense que j'ai une formation de par ancienneté, par expérience, je prends le temps qu'il faut en fin de compte, en fin de compte quand il le faut. Je m'adapte à ce que j'ai en face de moi donc si aujourd'hui c'est bien et que dans un mois c'est pas bien, je la garderai un peu plus la personne. Si dans 2 mois après c'est très bien, ce sera un quart d'heure-20 minutes, comme tout le monde. Si c'est pas bien parce qu'il y a eu un souci avec le gamin et tout et ben, on parlera un peu plus mais c'est pas la demi-heure concrétisée du psychiatre, je m'adapte à la situation.

E : Comme tu avais évoqué la difficulté de temps, je me suis dit est-ce qu'en ayant du temps, tu changerais quelque chose ?

M : Non, parce que je ne veux pas avoir de temps, enfin je dis oui, je dis le blanc et le contraire mais si tu veux, c'est vrai qu'il y a des fois, je me dis, tu es allée peut-être un peu vite mais quand tu sais que tu en as 15 qui te suivent, ben il y en a 15 qui suivent alors moi je pense à moi. Je vais être un peu égoïste aussi mais si je sens qu'il y a vraiment une très grosse détresse ben là je me mets de côté et je mets les 15 dans la salle d'attente de côté et je prends le temps qu'il faut.

E : Il n'y a pas de mauvaise ou bonne réponse. Quand tu es face au patient, est-ce qu'il y a des éléments qui vont te faire suspecter ? Est-ce qu'ils viennent toujours pour ce motif là ?

M : Pas obligé, déjà des fois tu les sens plus nerveux que d'habitude, donc « vous avez un souci ? Le gamin il est malade ? » Même si c'est toi qui les suis, le gamin et que tu n'as pas vu le gamin.

E : Donc tu sens un changement de comportement ?

M : Oui c'est parce que la plupart, je les connais bien. Après une tension plus élevée, je parle très simplement et pas très docteur « vous êtes stressé ? Je vous fais peur ? ». Tu vois, j'essaie de dédramatiser et après s'il te dit « je dors mal », « ah bon ? Vous dormez mal ? », Tu vois tu peux poser des questions si tu le sens un peu à se tourner les mains, à être un peu énervé, tu dis « vous dormez bien ? ». Enfin, on a des questions-réponses, enfin on a des questions qui amènent à une réponse pour essayer d'amener le problème, d'arriver au problème mais c'est par expérience, il y a 30 ans, je ne faisais pas comme ça.

E : Donc comment tu vas rechercher ces informations ?

M : Au comportement du patient devant sur sa chaise.

E : C'est principalement le comportement qui va te...

M : L'aspect qui va m'aider à moi. Ou à la rigueur une tension anormale etc. ou qui parle moins que d'habitude ou qui parle beaucoup plus ou t'as l'impression de vouloir dire un truc et qu'il n'arrive pas à te le sortir donc là tu te dis que c'est quand même idiot qu'il reparte avec un truc qu'il a sur le cœur donc t'essayes de vider un peu l'abcès. Des fois, ils ne le font pas la première fois, « ben écoutez si vous ne voulez pas me le dire aujourd'hui, vous reviendrez demain », tu ne peux pas les obliger, je ne vais

pas leur mettre le couteau sous la gorge en disant « dites moi, dites moi », faut s'adapter.

E : Il y a d'autres éléments qui t'interpellent ?

M : Non. En premier pour moi, c'est le comportement, s'il parle plus ou s'il parle moins, le comportement habituel du patient que tu vois régulièrement et qui n'est pas comme d'habitude.

E : Quels sont en général les motifs ? Est-ce qu'il y a des motifs de consultation où tu te dis mince il y a peut-être quelque chose ?

M : Si je connais, si je suis toute la famille, si je sais parce qu'exemple qu'on vient d'annoncer une saloperie chez le grand-père, la grand-mère ou chez le parent etc. Si tu le sens pas bien, tu peux te dire « bon vous êtes inquiet pour votre

mari, vous êtes inquiet pour votre fils », tu vois il va te dire « oui » et puis après tu vas débrailler autre chose « mais oui en plus au boulot ça va pas », tu vois, je me sers du contexte environnemental, c'est l'intérêt de suivre la famille au complet. Après il y a plein de patients qu'on connaît très peu puisqu'on prend des gens qu'on verra, moi que je vais suivre 4-5 ans donc pour moi c'est très peu. Mais soit il y a des gens qui se sentent, se disent en confiance, te disent « je viens de perdre mon père », tu parles de ça pour voir, tu grattes un peu, et qui te disent « vous inquiétez pas, ça va aller, on est bien, on vient d'arriver dans la région, on est bien, les enfants vont bien, mon mari va bien donc tout va bien, il y a le décès ou la fin de vie mais le reste est équilibré et en plus au boulot là c'est un peu dur, j'ai changé de boulot etc. ». Là tu es à même d'être plus en vigilance. Mais c'est sur le tactile, l'expérience.

Entretien n°4

E : En te basant sur ta pratique, quelle(s) situation(s) peut ou peuvent te faire évoquer ce trouble ?

M : Les situations de stress qui sont à l'origine, une séparation, un conflit professionnel, euh parfois même un conflit de voisinage, un conflit familial, des parents avec les enfants ou même les enfants avec les parents, ou des frères et sœurs qui se disputent autour d'un héritage ou de choses comme ça. Ça ce sont des éléments qui peuvent éventuellement induire un état de, d'anxiété, de, même de dépression, euh de repli sur soi, de plein de choses comme ça. Oui effectivement aussi on a eu des cas de violences conjugales aussi.

E : Par exemple toi, est-ce que tu pourrais me citer un exemple récent ou quelque chose qui te vient en tête ? Un exemple de patient ?

M : Oui un exemple de patient qui a aujourd'hui un conflit avec sa fille et qui était très altéré, d'ailleurs j'ai dû lui prescrire un traitement parce

que son humeur commençait vraiment à être atteinte, c'est arrivé pas plus tard que hier.

E : D'accord ok. Par rapport à ce patient, il est venu se présenter à toi de quelle manière ?

M : Ben il est venu de lui-même me dire qu'il avait des difficultés et des gros problèmes de famille. Au départ, il a commencé à en parler avec Vincent, notre interne, c'est le premier qui a pu le recevoir parce que ce jour là, je ne pouvais pas le recevoir. Il avait de la tristesse, il avait des angoisses qu'il arrivait à formuler donc l'interne a même commencé un traitement antidépresseur d'emblée parce que vraiment il pensait que d'après ses propos il y avait un trouble de l'humeur, qu'il n'a pas toléré, la Paroxetine, donc il a fallu remplacer la Paroxetine. J'étais à l'étape suivante, je lui ai mis un anxiolytique le Xanax qu'il a pas toléré non plus, pas plus que la Paroxetine donc là on a fait un essai différent, j'ai introduit d'autres molécules et je dois le revoir.

E : D'accord ok. Dans ce cas là, comment tu le prends en charge ?

M : Ben je le laisse parler.

E : D'accord.

M : C'est à dire qu'il faut, qu'il me décrive un petit peu et dans la description j'arrive à voir si c'est, j'essaye de voir la profondeur du problème, si c'est par exemple une séparation, on se dit que le temps de deuil va être un peu plus court et la prise en charge peut-être plus léger, comme par exemple la perte d'un enfant par exemple on parlait de deuil c'est des choses qui sont irrémédiables donc ça va être très long à cicatriser et la profondeur est plus importante. Selon le conflit par exemple un conflit professionnel, s'il est par exemple avec un collègue ou un supérieur, ça pourra avoir des conséquences qui sont plus ou moins durables donc dans la discussion là par exemple le conflit avec la fille, on soigne aussi la fille, je n'ai pas eu la version de la fille pour savoir quelle est la profondeur de l'altération de leur relation donc avoir une idée de combien de temps ça va durer quoi.

(Pause problème enregistrement)

M : Au départ c'était l'attitude du médecin généraliste face à ces troubles d'ordres psycho comportementaux c'est ça ? La question si on veut essayer de savoir, c'est comment on le prend en charge ? Alors les modalités, ce sont les patients qui l'abordent. Tu peux, il arrive des fois qu'on dise « mais vous avez l'air triste » par exemple, c'est nous qui engageons parce que là on voit dans le faciès ou dans le patient qu'on connaît qu'il a changé non seulement de d'abord, il a changé de manière de s'exprimer ou qu'il est un peu dans le repli, on essaye d'aborder avec lui la raison de ça, parfois c'est spontanément qu'eux-mêmes, ils viennent et ils viennent exprimer le fait qu'ils n'en peuvent plus, qu'ils sont en difficulté que ce soient des troubles du sommeil, que ce soient des troubles anxieux ou des troubles de l'humeur. Dans mon

expérience, c'est plutôt le patient qui vient aborder le problème.

E : Et du coup, tu parlais, même s'il ne vient pas pour ça, d'un changement de, tu as des choses qui t'interpellent, donc quel type d'éléments par exemple peuvent te faire suspecter qu'il se passe quelque chose ?

M : Je pense que c'est, il y a tout ce qui est verbalisé dans les propos, tu vois qu'effectivement l'anxiété domine ou les soucis que ce soit familial ou autre ça va dans un sens ou l'autre. Parce qu'un renouvellement c'est un renouvellement, des fois c'est des patients qui viennent pas pour un renouvellement parce qu'on les voit pas habituellement et qui viennent pour un sujet particulier et qui tu le vois, tu vois qu'il tourne autour du pot quoi donc à partir de là tu essayes de faire préciser mais souvent c'est eux-mêmes qui viennent directement me le dire, on a rendez-vous pour ça.

E : D'accord et une fois que tu as détecté qu'il se passe quelque chose ou que la personne te dit « ben voilà je ne suis pas bien », quelle va être ta stratégie de prise en charge de ce patient ?

M : Ben déjà je leur pose la question « Qu'est ce qui va pas ? » En général, ils ont pas de difficulté, ils ont pas de pudeur pour l'aborder, c'est rare que ça arrive « non je ne peux pas vous le dire ». Il y avait une dame qui voulait pas me le dire mais en fait, elle a fini par tout me dire. En fait ils n'ont pas de pudeur, ils arrivent à aborder le et surtout qu'on leur explique, enfin moi je leur explique pourquoi, selon la problématique, je peux éventuellement voir avec eux quelle va être la profondeur et la durée et la difficulté à prendre en charge parce que ça va intervenir sur ce qu'on va mettre en place. Parfois sur une séance, parfois sur 2 séances. Et c'est vrai qu'assez rapidement on en vient au traitement médicamenteux. Des fois, ils demandent à avoir un conseil ou une prise en charge psychiatrique, alors on les adresse à un confrère,. La problématique aujourd'hui c'est que les psychiatres sont débordés, les délais sont très longs, un jour peut-être on remboursera les

psychologues et ils pourront faire le point, aller un peu plus loin. Des évaluations avec des outils de type test ou autre, je n'en fais pas, ma collègue en fait pas mal mais moi je n'en fais pas, on pourrait mais j'en fais pas. A priori avec ce que j'ai de mon entretien, ça me suffit largement pour savoir vers où on va. Tu vois ce que je veux dire ?

E : D'accord. Comment tu vas aborder cet entretien ? Est-ce que c'est un entretien particulier ?

M : Non c'est pas un entretien particulier. C'est en fait avec le temps tu finis par être plutôt à l'aise, c'est à dire « ok dites moi qu'est ce qui va pas, allez y » et tu questionnes, tu approfondis ce point là, « Pourquoi ce point là ? Qu'est ce qui se passe à cet endroit là ? Comment ça se fait ? Comment ça s'architecture cette problématique avec la précédente ? » Donc une fois que tu l'as, tu commences à avoir une partie des fils parce que tu peux pas l'avoir sur une séance, avoir tout le déroulé de comment il en est arrivé là, et ça vient assez facilement. Et après lors des séances suivantes, on arrive à préciser. Quand je dis qu'on vient facilement aux molécules, souvent j'utilise un anxiolytique simple, ça peut être même une phytothérapie hein mais on se revoit la semaine d'après pour voir la tolérance, alors le motif c'est la tolérance du traitement et là on approfondit en sachant « Ben comment est-ce que ça va mieux depuis la dernière fois ? Comment les choses ont évolué ? »

E : Je reviens sur ce que tu as dit, du coup tu le questionnes, tu essayes de poser des questions plus approfondies pour en savoir plus, quel type de questions par exemple ?

M : Ça dépend du problème. Si c'est par exemple professionnel « Comment ça se passe au niveau des collègues ? Depuis quand ça a commencé les problèmes avec le ? » Si c'est par exemple avec un nouveau directeur qui a les méthodes managoriales très strictes depuis qu'il est là, effectivement c'est des rendements importants, le changement d'habitude, euh le changement de collègue ou est-ce qu'il y a un

facteur déclenchant à tout ça ? Est-ce que par exemple les problèmes professionnels succèdent à des problèmes financiers qui ont fait qu'il s'est un peu raidi, enfin toutes les causes qui peuvent tourner autour du problème.

E : D'accord. Tu évoquais que les gens n'ont pas de pudeur, tu penses que c'est par rapport à quoi ?

M : C'est-à-dire quand on pose la question, cette question est intéressante parce que quand on leur pose la raison pour laquelle ils sont comme ça, ils ont tout un tas d'explications, c'est pas toujours forcément la bonne, il y a une partie qui est occultée même involontairement mais ils n'hésitent pas à en parler, c'est pas « je suis pas bien mais je veux pas en parler ». On n'est pas dans le domaine psychiatrique si tu veux, c'est pas, c'est dans le domaine social normal donc ils ont pas de difficulté à en parler. Souvent c'est des troubles anxiodépressifs réactionnels à quelque chose. Après je souriais parce que ma collègue, elle voit des femmes et l'abord des femmes est différent, surtout des femmes avec des femmes, elles vont peut-être un peu plus loin qu'elles ne vont qu'avec moi, dans leur discussion, on s'aperçoit que par exemple elle connaît beaucoup de choses peut-être aussi parce que ça l'intéresse mais des relations entre une personne, ses cousines, ses sœurs, ses parents, ça remonte des fois à 3 générations, où ça a démarré, ça ils ont peut-être l'impression que ça intéresse pas les hommes mais on parle moins, donc il y a un petit biais à ce niveau là.

E : Et toi ça t'intéresse par exemple ?

M : Ça m'intéresse quand ça concerne le problème, ça m'intéresse pas pour m'intéresser, je suis pas chipotier quoi. Non ça m'intéresse quand vraiment on parle autour d'un problème donc j'essaye aussi de centrer sur le problème, pas de digression sur tous les éléments de la vie, les enfants ceci parce que sinon effectivement, il y a parfois des facteurs qui se rajoutent les uns aux autres et si on veut aborder tous les facteurs qui sont ajoutés « j'ai un problème avec ma fille, mon voisin me fait ceci, mon mari il est pas

correct, etc. etc. » donc peut-être aussi il y a ce côté de maris, qui se disent que le médecin homme il est pas apte à comprendre les problématiques qu'ils ont avec leur mari homme, alors qu'une femme comme ma collègue pourra mieux comprendre les problématiques qu'une femme peut avoir avec un homme ; peut-être ça tient à ça aussi je sais pas. Des fois quand on a des patients qu'on suit ensemble, elle a des données que je n'ai pas, souvent par des femmes.

E : Parce que tu penses que ça dépend du sexe en fait du praticien ?

M : Oui oui. Oui c'est ce que j'ai constaté si tu veux là dans tout cet exercice, ça dépend.

E : As-tu remarqué la différence quand c'est des hommes, des patients hommes aussi ?

M : Ce qui est marrant avec les hommes c'est que une fois sur deux, au minimum, c'est madame qui amène monsieur en disant « il va pas bien » et les hommes, c'est terrible à dire mais on le sait tous, les hommes ont du mal à se soigner, ont du mal quand ils ont un problème, il faut qu'ils supportent, il faut qu'ils tolèrent et quand ils sont pas bien, ils se referment sur eux-mêmes ou ils développent une petite agressivité ou des comportements un peu particuliers qui fait qu'à un moment donné, c'est madame qui prend monsieur en disant « tu vas aller consulter ». Donc il vient ici monsieur est fermé et madame dicte la conduite de monsieur et alors je pose la question à monsieur qui acquiesce, c'est vrai il reconnaît et à partir de là, on essaye d'avoir une discussion avec le monsieur mais.

E : En présence de la femme ?

M : Alors quand c'est un problème commun comme avec un voisin, les enfants etc. ça vient facilement. Quand c'est un problème de couple c'est plus subtil donc là il faut les interroger séparément.

E : Tu fais comment ? Tu leur demandes ?

M : Ah oui oui je leur demande « je veux voir monsieur tout seul » et madame n'a aucun problème, elle sort et on discute avec monsieur. Et l'inverse.

E : Et du coup tu le dis au patient ?

M : Ah oui oui « madame veuillez sortir je parle avec votre mari ».

E : D'accord.

M : Des fois je m'énerve je dis « Pourquoi vous l'abordez pas vous ? Pourquoi vous attendez que ce soit votre femme ? » Mais bon il n'y a pas de réponse à ça.

E : Ok. Tout à l'heure tu me disais pour ta stratégie, tu les laisses parler c'est ça ? Tout en leur posant des questions ?

M : Oui en essayant de préciser tous les points qui me paraissent importants.

E : Ok tu me disais que tu établissais une espèce de, pendant la consultation si j'ai bien compris tu dis que tu essayes de situer la gravité, la profondeur du mal être et comment tu abordes tout ça ?

M : C'est difficile à dire parce que si tu veux, tu peux leur demander à quel point ça vous affecte ou le retentissement, genre « ça fait 2 semaines que je ne dors pas toutes les nuits et je dors pas la nuit ». Même comment te dire dans leur niveau d'excitation, d'énervement t'arrives à voir qu'ils sont plus ou moins affectés, leur détachement ou pas, se détacher de ce problème ou pas. Ou très très affectés, tu arrives à le sentir même dans le ton de la voix.

E : Est-ce que tu établis cet entretien avec lui ? Ou c'est toi qui mène ?

M : Normalement c'est moi qui mène, en essayant de, parce que dans une problématique particulière pour la psychiatrie, il faut laisser le temps de la parole, j'essaie effectivement de diriger les consultations parce que sinon c'est des consultations interminables, ça c'est

habituel, mais dans cette pathologie propre, je laisse du temps, du temps pour que la parole vienne.

E : Comment tu organises ton temps ? De la consultation ?

M : Si la question est : est-ce que je suis dirigiste ? Un peu. Je reste dirigiste dans la conversation, je laisse un peu de temps, plus que dans une consultation normale où c'est très précis, c'est des questions descendantes pour arriver au cœur du problème. Là c'est des questions parfois ouvertes, où là les réponses peuvent être inattendues, donc là c'est plutôt des questions ouvertes et j'essaie de prendre le temps pour pouvoir avoir des réponses. Et je me dis qu'on aura peut-être pas tout en une fois, en une séance c'est à dire que certaines choses sont dites et la fois d'après en les reprenant, on les revoit différemment donc c'est pour ça, je n'hésite pas à revoir sur ce type de problème un patient.

E : Donc t'organises un suivi ?

M : Oui, impérativement. Et parfois parfois je les confie à un psychologue quand le psychologue ou le psychiatre veut bien le prendre en charge. C'est compliqué faut 2 mois pour avoir un rendez-vous, si tenté que le psychiatre redonne rendez-vous et parfois ça ne colle pas vraiment avec le psychiatre, alors le patient vient en disant « vous m'avez adressé chez Dr un tel mais ça va pas, je veux bien que ce soit vous qui me preniez en charge ».

E : A quel moment de la prise en charge, tu vas plutôt orienter vers le psy ?

M : Quand les facteurs sont complexes et l'affect profond.

E : Pour toi, par exemple une situation complexe, qu'est ce que ça peut être ?

M : Par exemple quelqu'un qui a des troubles dans sa fratrie qui durent t'imagines depuis la nuit des temps, depuis son enfance et qui aujourd'hui prend des proportions importantes et tu vois que cette problématique aujourd'hui

prend racine dans des choses beaucoup plus anciennes donc il y a une construction qui s'est faite autour de cette problématique, une construction mentale et de sa personnalité et tu dis là il y a quand même des tiroirs sur lesquels j'ai pas envie parce que sinon c'est l'envahissement complet. Et en plus j'ai pas l'écoute pour ça, faut vraiment avoir l'écoute pour ça, c'est pour ça que des fois j'ai besoin d'un deuxième avis avec le psychiatre et si le psychiatre peut prendre en charge toute cette partie qui a été construite, je suis preneur.

E : D'accord. Tu parlais d' « écoute », tu disais « je n'ai pas l'écoute qu'il faut » ?

M : Oui.

E : Tu penses qu'il faut quel type d'écoute dans ce cas ?

M : Je pars du principe que le généraliste, quand on fait un diagnostic, on va palper, mesurer, faire des examens et ce que je dis au patient, je dis « le psychiatre ou le psychologue lui ne peut travailler qu'en fonction de ce que vous êtes prêt à mettre sur la table », c'est pour ça que les gens ils vous disent « est-ce qu'il est bien le psychiatre ? », il n'y a pas de bien ou pas bien, il existe pas le meilleur psychiatre du monde, le pire du monde peut être le meilleur pour vous, si tenté que vous vous sentiez à l'aise et que vous déballiez suffisamment. Plus vous allez sortir d'éléments, plus vous êtes prêt à aller au profond de vous-même, aller ouvrir tous les tiroirs dans lesquels vous avez enfermé tous ces souvenirs et les mettre sur la table, mieux il pourra travailler donc c'est pour ça, avoir l'écoute c'est cette manière, je pars du principe que c'est une expertise, c'est un domaine dans lequel le psychiatre, il est bien meilleur que moi dans l'écoute, c'est à dire que un point donné va pas attirer mon attention mais la sienne oui. Dans l'ensemble de ce qu'il va dire, il y a des éléments concordants qui vont amener à, au fait que c'est une véritable dépression avec des connotations particulières, des éclairages particuliers, et là c'est vraiment son domaine, lui il va prendre des mots, des phrases et ce sont ses

éléments de diagnostic. Avec le temps tu finis par avoir quelques éléments mais j'ai pas la construction si tu veux spécialisée pour sortir, tirer le fil des chevaux.

E : C'est intéressant parce que du coup à ton niveau quels outils tu utilises ?

M : Echelle de Hamilton ? C'est ça le test ?

E : C'est pas forcément des tests parce que tu m'as dit que tu n'utilisais pas trop de tests visiblement.

M : Non.

E : Mais est-ce que tu as des outils liés à ton expérience ? Parce que tu m'as dit au fur et à mesure...

M : Non j'ai pas d'outil. Le principal outil c'est d'arriver à 2 choses. Mettre la personne à l'aise alors de la même manière que avec le psychiatre, plus elle mettra de choses sur la table, plus je pourrais éventuellement y voir plus clair donc il faut qu'elle soit en confiance et ça ça se fait avec le temps. C'est pour ça que des fois, elles n'arrivent pas à parler au psychiatre parce qu'elles sont pas assez à l'aise pour sortir tout ce qu'elles ont envie de dire, elles ont cette espèce de pudeur qui la bloque et ce qu'on avait dit, c'est que il faut qu'il y ait cette confiance et derrière il faut qu'on puisse avoir une écho mutuelle parce que moi je vais essayer d'interpréter là dedans mais c'est là où je vais pécher parce que moi dans tout ce qu'elle va me dire je vais donner mon interprétation du généraliste qui n'est pas du tout une interprétation du psychiatre que lui va chercher un peu plus loin entre guillemets, donc si tu veux je vais prendre avec elle l'ensemble des éléments et essayer de trouver une réponse ou un motif ou des raisons pour lesquelles elle est arrivée dans cet état.

E : Donc en fait tu parles d'interprétation de ce qu'on te dit ?

M : Oui, c'est à dire de l'ensemble de tout ce qui a été dit, à quel endroit ça intervient pour avoir donné ce résultat, quelle est l'importance ? Un exemple idiot une personne dans la conversation parle régulièrement de son chien, ça c'est un exemple que je prends mais il est peut-être un peu idiot mais ce chien il revient régulièrement dans la discussion. A un moment donné tu dis mais « pourquoi vous parlez de votre chien ? », alors ça c'est peut-être plus psychiatrique comme fonctionnement ? En fait en creusant elle accepte d'avouer que ce petit chien qu'elle avait, il est mort à cause d'elle et qu'elle en a gardé une grande culpabilité de quand elle était enfant donc cette culpabilité de l'enfance lui est restée à cause de ce décès de ce chien et ce sentiment de culpabilité l'a habitée tout ce temps là ou peut-être aussi c'est un des facteurs qui a façonné son caractère depuis sa plus tendre enfance, qu'elle a dit personne, elle a gardé pour elle. Tu vois que c'est un événement qui est marquant, qu'elle seule connaît, qui a beaucoup affecté les choses, peut-être même qu'elle n'y était même pas responsable, ce chien avait une maladie qui fait qu'il devait mourir et qu'elle s'est accaparée la culpabilité de ça mais ça a façonné son caractère. Tu vois c'est des petites choses comme ça où les personnes vont venir régulièrement en parler et à partir de là tu essayes de reprendre ça. Mais en même temps je sais, on n'a pas un temps, je peux pas passer une heure avec quelqu'un, j'ai pas ce temps là, j'ai pas ce temps là ni l'expertise pour ça.

E : Pour toi, il y a aussi un manque de temps ?

M : Absolu je peux pas passer. Une fois je me rappelle, on a eu une formation sur 2 jours sur la dépression avec un éminent Professeur. Donc il nous a fait entendre un entretien, on était tous en groupe en atelier, il nous a fait entendre un entretien qu'il a vu pendant une heure et demi. A la suite de cet entretien, on relevait tous les éléments qu'on avait effectivement notés et on arrivait tous à peu près à la même conclusion qu'il avait une dépression avérée mais ce qu'on se disait, c'est qu'on n'a pas, nous notre temps généraliste, c'est pas une heure et demi de discussion, c'est pas possible, on peut passer une

heure et demi à laisser la personne parler tout en prenant des notes, à la fin dire ça, j'ai pas ce temps là sinon je serais psychiatre. Moi mon temps de consultation c'est un quart d'heure, je peux aller jusqu' à une demi-heure, essayer de répéter les opérations mais je peux pas passer une heure à entendre quelqu'un, ce n'est pas possible.

E : Tu parlais du manque de temps. Si par exemple tu avais plus de temps, est-ce que tu mettrais des choses en place pour ces patients là ?

M : Non je pourrais peut-être approfondir davantage lors peut-être d'une ou deux séances, les problématiques qu'a cette personne, aller plus loin dans pourquoi, quels sont les liens de ces événements les uns avec les autres, tout ça on pourrait effectivement en ayant plus beaucoup plus de temps, essayer d'approfondir. Là où je gagne le temps, c'est en multipliant les séances mais pas en prenant une heure et demi, c'est pas possible.

E : Donc tu restes sur des créneaux des fois d'une demi-heure, tu instaures un suivi ?

M : Un suivi et on reprend.

E : Tu décides quand même de les accompagner ces gens-là ?

M : Parce que j'ai pas le choix.

E : Pourquoi ?

M : Parce que je pense que c'est plus le domaine du psychiatre ou du psychologue. Ils ont le temps, la connaissance, ils ont l'expérience dans ce domaine. Alors je comprends effectivement que les psychiatres soient débordés par les bipolaires, par les schizophrènes et l'ensemble des pathologies lourdes qu'ils ont en charge et la dépression réactionnelle d'une femme qui a des soucis, des conflits conjugaux, ça les intéresse moyennement mais en même temps, c'est quand même leur domaine. Moi je traite, je suis des

gens qui ont des cancers mais je vois aussi des rhinopharyngites donc je pense qu'ils peuvent aussi eux, à échelle différente, prendre en charge là, c'est plus leur domaine.

E : Tu disais que tu n'avais pas le choix ?

M : Je ne peux pas si tu veux. Déjà tu adresses un rendez-vous avec un psychiatre, c'est 2 à 3 mois pour avoir le rendez-vous, tu vas pas laisser la personne comme ça donc d'ici qu'elle voit le psychiatre tu la revois déjà plusieurs fois. De fait, elle a commencé un travail avec toi qui fait que quand elle voit le psychiatre ben ça lui convient pas donc elle préfère revenir avec toi, donc que tu le veuilles ou non c'est toi qui vas la voir et qui vas faire le suivi et petit à petit du fait d'une bonne écoute et d'un traitement qui peut être adapté, ben les choses se règlent à moitié ou au trois quarts donc déjà on a avancé largement avant même que le psychiatre puisse la prendre en charge.

E : Tu finis par confier au psychiatre ou au psychologue ?

M : Oui parce que tu as résolu le problème le plus superficiel ou le plus rapidement mais il y a un problème de fond, il y a une personnalité de fond, mais tu vois que la coupe est quand même pleine par ailleurs et ça il faudrait quand même qu'elle puisse arriver à mettre un peu d'ordre et un peu de compréhension dans tout ce qui a rempli la coupe et t'as pas le temps d'aller aussi profond. Le facteur déclenchant, la séparation, le conflit professionnel etc. ou familial ou autre qui a déclenché, c'est parfois le facteur déclenchant d'autres choses et cette autre chose là, non je peux pas le prendre en charge.

E : C'est parce que tu suspectes qu'il y a quelque chose de sous jacent ?

M : Oui, dans la discussion, il s'avère quand même qu'il y a beaucoup d'autres choses dans le passé qui ont amené, ce que je te parlais l'histoire du chien, de la culpabilité, c'est un élément qui vient de l'enfance, ça s'est rajouté dans cette coupe qu'elle a remplie et toi tu la vois juste au moment où ça déborde donc tu vas

essayer d'aider à ce que ça ne déborde pas d'un épisode présent. Tu vas par exemple mettre en arrêt maladie, tu vas faire une éviction du stress, du conflit qu'elle a avec son employeur, ce repos avec un traitement va lui être plutôt salutaire et petit à petit quelque part, elle va, je dis pas qu'il y a une résilience mais elle va peut-être simplement se calmer de cet épisode et éventuellement ça va même parfois déboucher sur une rupture conventionnelle qui fait qu'elle ne sera plus en conflit avec ce stress. Mais tout ce qui l'a amenée à avoir cette difficulté, à tolérer, parce qu'elles sont 4 employées, c'est la seule qui a peut-être réagi de cette manière, parce que c'est la seule qui avait un passé, les 3 autres n'avaient pas ce passé qui fait que, bien que ce bonhomme soit un peu tyrannique, s'en sont accommodées, elle elle n'y est pas arrivée ; donc c'est ce pourquoi elle n'y est pas arrivée qui est important et ça non je peux pas le gérer.

E : Pour finir, est-ce que tu aurais quelque chose à ajouter, quelque chose qui te vient à l'esprit qu'on n'aurait pas évoqué ?

M : J'aimerais que la sécu rembourse les psychologues.

E : C'est quelque chose qui te pose problème ?

M : Ça me pose problème parce que les psychiatres, ce que je te disais tout à l'heure, les psychiatres, tu as l'impression que les problématiques si tu veux du quotidien et des petites dépressions, moi j'appelle ça des petites dépressions mais parfois ça cache de grosses dépressions, ne sont pas prises en charge parce qu'ils sont débordés, parce qu'ils ont des problématiques plus lourdes et plus complexes donc quelque part tu as l'impression que ça les intéresse pas. Par contre il faut quelqu'un qui puisse éventuellement s'y intéresser, aller creuser. On n'a vraiment pas le temps, tu vois comment sont nos journées, on n'a pas le temps de prendre quelqu'un. On devrait faire la cardio, la gynéco, la pédiatrie, la psychiatrie donc c'est pas possible. Donc à un moment si tu veux, tu as envie de dégrossir en disant effectivement « je vois que votre problème est, c'est pas juste parce

que votre mari ou votre machin, c'est un peu plus compliqué que ça donc il faut que quelqu'un aille creuser ». Tu l'envoies chez le psychiatre, c'est ce que je te disais. Il faudrait qu'un psychologue puisse éventuellement la prendre en charge et essayer d'approfondir avec elle voir si oui ou non il y a quelque chose à creuser, soit la prise en charge se fait par quelqu'un qui est professionnel là-dedans, dont c'est le métier, c'est les psychologues qui peuvent discuter, oh il y a plusieurs méthodologies et derrière s'ils ont besoin d'un avis psychiatrique parce que c'est sous tendu par une véritable psychopathie, prendre avis auprès d'un psychiatre donc on travaillerait à trois. On n'a pas ce relai donc c'est nous qui faisons le travail du psychologue sans avoir aucune formation de psychologue bien entendu et ça c'est pas logique. C'est pas logique, tu arrives à avoir une certaine habitude avec les gens, toi tu le verras quand tu seras installée, tu auras des femmes qui viendront se plaindre des problématiques qu'elles ont au quotidien, dans leur, le fait qu'elles soient même en post partum, tu vois une dépression du post partum, le fait de se sentir abandonnées par le compagnon parce que si, il y a plein de raisons, donc une fois qu'on a mélangé tout ça les unes avec les autres, on a l'impression que cette partie-là, on a du mal à l'aborder parce que c'est pas une partie simple comme un problème somatique, problème somatique on est formé à ça, là on n'est pas formé.

E : Donc tu penses qu'il y a aussi un manque de formation ? Le but de ma thèse est est-ce qu'à notre niveau de médecin généraliste on a la possibilité de prendre en charge ces patients ?

M : Alors je vais te répondre de manière très précise, tu feras de la gynéco si tu aimes la gynéco, tu feras de la pédiatrie si tu aimes la pédiatrie, tu feras de la psychologie si tu aimes la psychologie. Si c'est quelque chose qui te parle, qui résonne en toi, la personne en face le sentira et tu auras de plus en plus de personnes de ce type-là. Demain ton exercice médical te ressemblera donc si cette problématique là t'intéresse, tu auras du monde qui fera ça et tu

prendras en charge bien et ça se saura que tu prends en charge bien et t'auras des personnes qui viendront pour ça.

E : Pour finir, une dernière question qui me vient, est-ce que tu penses que le médecin généraliste a un rôle dans la prise en charge de ces patients ?

M : Totalement. C'est souvent lui qui ouvre la boîte, c'est lui qui ouvre le problème, c'est la première personne à qui les patients vont parler.

E : Quel est son rôle pour toi ?

M : D'ouvrir le dossier. Et on pourrait se former, il y a des formations pour ça, pour essayer plus ou moins rapidement dans le cadre d'un exercice normal de médecin généraliste, aller avec quelques outils vérifier la profondeur, bon le test de Hamilton, enfin d'autres tests pour essayer d'avoir la profondeur. Et au bout de quelques temps, tu n'as même pas besoin de test, la discussion te montre à quel point s'il y a quelque chose de grave ou de pas forcément grave. Après derrière, il y a toute l'habitude des traitements qu'on a ou qu'on n'a pas parce qu'on prescrit ou pas, tout ça et derrière quand on prescrit un traitement, moi je ne prescris pas qu'un traitement. Je prescris un traitement déjà je vérifie la tolérance, au bout d'un mois, je parle avec les gens pour voir si dans leur discours, je note qu'il y a une amélioration, des éléments qui étaient un peu noirs « j'ai plus envie de, je veux plus, je suis renfermé sur moi-même, oui je suis allé au cinéma hier avec une amie, oui j'ai rappelé un tel, on a commencé à sortir ». Tu vois dans leur parole ce qui se passe. Et en général je vois aussi les proches, c'est à dire que la personne se sent d'une certaine manière, la proche non, le proche « mais non il va pas mieux du tout », il vous dit qu'il va mieux mais en fait non c'est même pire, donc ses paroles sont intéressantes donc oui tu peux, si tu apprécies ça tu peux le faire, tu les accompagnes quand même. Mais ce sera accompagné sur un

problème donné, pas sur l'ensemble de ce qu'il y a derrière, et ça, faudrait du temps, une formation, tout ça on n'a pas donc il faudrait des réseaux pour pouvoir éventuellement qu'on. Un truc incroyable, tu envoies chez un psychiatre, 9 fois sur 10, t'as pas de retour, t'as même pas de courrier, tu sais même pas ce qui s'est dit alors qu'en fait on travaille ensemble, il va le revoir tous les 2 ou 3 mois sauf que dans l'intervalle s'il se passe quelque chose tu as toi et toi mais sans aucune information, toi tu communique avec lui ce que tu sais mais t'auras pas le retour.

E : Une des solutions pour toi serait de travailler en réseau ?

M : Oui.

E : D'autres choses te viennent en tête ? Tu as parlé d'outils qui pourraient nous servir dans les consultations ?

M : Oui pour essayer d'avoir, bon il y a quelques, enfin je sais pas, je les pratique pas mais peut-être que des tests sont suffisamment pertinents pour essayer de mettre la lumière sur l'importance, la profondeur, la gravité, il y a des choses comme ça qu'on peut mettre en place. Après tu peux le confirmer si tu as un réseau avec un psychiatre, c'est pas des rendez-vous à 6 mois mais selon la gravité, il va te le prendre plus ou moins rapidement, tu auras un retour d'informations en disant « voici ta patiente et voilà la problématique, c'est cette problématique là qui ressort de la discussion que j'ai eu avec elle, c'est ça qu'on est d'accord de prendre en charge avec elle, par contre actuellement sur le plan thymique elle a été améliorée par ton traitement ou non, j'ai dû changer ou augmenter l'anxiolytique ». Tu vois tout ce genre de discours. Ça, ça permettrait d'une meilleure prise en charge mais pour l'instant on l'a pas, encore moins avec le CHS qu'avec les psychiatres en ville. Voilà je n'ai rien d'autre à ajouter.

Entretien n°5

M : Si vous enlevez le trouble anxieux, automatiquement ça réduit le champ parce qu'en général le trouble de l'adaptation souvent, c'est des problèmes d'anxiété.

E : Effectivement dans le trouble de l'adaptation, il peut y avoir des symptômes anxieux mais sans les critères diagnostiques d'un trouble anxieux défini par le DSM-5 comme le trouble anxieux généralisé, trouble panique, agoraphobie, trouble d'anxiété sociale...Est-ce plus clair pour vous ?

M : Oui.

E : En vous basant sur votre pratique, quelle(s) situation(s) peut ou peuvent vous faire évoquer ce trouble ?

M : Oui et non. Il y en a plein parce que quand même les troubles comme ça, c'est des choses qu'on voit apparaître de manière très très courante. Euh ça se traduit sous la forme de problèmes pathologiques qui peuvent être très variés allant de troubles classés comme cardiovasculaires avec des problèmes de tension par exemple ou des problèmes douloureux au niveau de la poitrine, des sensations de pseudo-angines de poitrine si je puis m'exprimer ainsi. Ensuite, on peut voir des problèmes respiratoires aussi d'accord ? A type de dyspnée ou de choses comme ça. Et après, il y en a qui viennent de troubles digestifs qui sont quand même des troubles excessivement courants, qui peuvent rentrer aussi dans ce cadre-là et qu'on retrouve aussi dans l'anxiété courante et chronique, si je puis m'exprimer ainsi. Donc oui c'est quelque chose qu'on rencontre je pense relativement couramment.

E : Est-ce que vous pouvez vous remémorer un exemple d'un patient ?

M : Oui ça arrive euh, l'exemple d'un patient, quelque chose d'assez récent si possible ?

E : Ou pas, si vous pensez à quelque chose de plus ancien ?

M : Dans l'immédiat oui. Un des derniers cas que j'ai eu, c'était un problème justement de précordialgies, des douleurs dans la poitrine, c'est quelqu'un qui n'en avait pas eu auparavant hein et qui ont déclenché d'ailleurs une série d'examens pour savoir si c'était pas un problème cardiovasculaire parce que quand même il y avait le contexte qui pouvait y faire penser et où ça s'est avéré. Tous les tests et tout ça se sont avérés complètement négatifs et on s'est rendu compte que c'était un problème qui était lié à une situation professionnelle relativement récente, un conflit qui avait au niveau de la, au niveau de sa hiérarchie et donc qui avait déclenché ce genre de choses sûrement.

E : Comment vous avez pensé à quelque chose de cet ordre là ?

M : Ben d'abord parce que en général la première chose qu'on fait c'est quand même essayer d'éliminer quelque chose de patent quoi. Donc bien sûr, c'est un monsieur qui a été envoyé chez le cardiologue, moi j'avais fait déjà au départ des enzymes, j'avais fait une biologie avec des troponines, j'avais fait les D-Dimères aussi et donc bon c'était négatif. Dans le doute quand même, je l'ai emmené chez le cardiologue, il a eu électrocardiogramme etc. et puis je crois même, il a eu un test d'effort, tout s'était révélé absolument négatif. Et donc bien sûr c'est après quand on s'est rendu compte que d'abord, tous les tests étaient négatifs, qu'on a évoqué ce genre de problème en le réinterrogeant etc. et d'ailleurs ça été confirmé par la suite parce que ses problèmes se sont amendés, je parle du boulot et automatiquement quasiment la symptomatologie s'est amendée elle aussi quoi voilà, et après il a plus été embêté.

E : D'accord. Est-ce qu'il y avait quelque chose qui aurait pu vous faire suspecter qu'il y avait

une autre cause qu'organique avant même tous les examens ?

M : Au départ non parce que c'était pas un sujet qui était particulièrement anxieux habituellement ou qui était sujet à ce genre de réactions et donc c'est pour ça qu'on l'a pas évoqué d'entrée si vous voulez. C'était quand même un gars, il y avait un contexte, c'était un gars qui était un fumeur, donc il y avait un petit syndrome biologique avec des triglycérides, un petit peu de cholestérol etc. et donc oui la première chose quand même qu'on a évoquée c'était le problème cardiaque, d'ailleurs le cardiologue l'a interné aussi, il a suivi, il a fait les examens parce que bon donc on n'y a pas pensé d'entrée que ça pouvait être essentiellement psychologique.

E : D'accord. Donc une fois tous les examens.

M : On l'a évoqué à ce moment là.

E : Voilà c'est là où vous y avez pensé. Et à partir de ce moment là, comment vous vous y êtes pris pour essayer de trouver ?

M : A partir de ce moment-là, je l'ai réinterrogé, on a essayé, on a approfondi les choses si vous voulez. C'est-à-dire qu'au début le but c'était surtout de sécuriser le patient et d'être sûr qu'il y avait pas un problème cardiaque sous-jacent. A partir de ce moment là, on était tranquille, on a repris le problème à la base, on en a rediscuté etc.etc. D'ailleurs, il a eu un peu de mal à l'accepter au départ et après il s'est rendu compte que c'était bien ça aussi. Les gens n'aiment pas trop que ce soit « des choses nerveuses » voilà et donc bon.

E : Vous avez organisé un entretien en particulier avec lui ?

M : Non consultation. On se revoyait si vous voulez après les examens et donc voilà on a évolué comme ça tranquillement.

E : En programmant un suivi avec plusieurs consultations ?

M : Bien sûr parce qu'après il fallait faire le point et puis bon surtout lui il était inquiet, il avait des douleurs, il avait pas d'explication, à partir du moment où les tests étaient négatifs et tout était négatif donc oui tant que c'est pas fini, c'est pas fini quoi. On doute de tout aussi, même moi j'avais besoin de le revoir, essayer d'approfondir les choses quoi.

E : D'accord. En général face à un patient atteint de ce type de trouble, quelle va être votre stratégie thérapeutique ?

M : Après c'est très différent parce que vous êtes obligé de vous adapter à chaque personne donc ça peut être ben oui, on peut donner des anxiolytiques ou même des antidépresseurs, des trucs comme ça des fois quand la situation est vraiment difficile et, ou après simplement, ils envoient des fois chez le psychologue aussi, ça peut arriver ou des fois chez le psy aussi, chez le psychiatre, c'est quand même beaucoup plus ponctuel quoi.

E : Et justement, à quel moment vous allez l'orienter vers le psychologue ou le psychiatre ?

M : Quand moi je m'en sors plus, c'est à dire bon que si, moi j'en parle avec le patient, s'il adhère, si ça se passe bien, ça va et bon qu'on marche main dans la main, il y a pas raison de ne pas continuer comme ça. Après je passe la main à quelqu'un qui peut être plus compétent que moi ou qui peut apporter aussi une pierre à l'édifice, c'est à dire sécuriser la personne en lui disant ben oui il a un autre avis comme ça ou c'est bien ça et on gère le truc comme ça voilà. Donc ça peut être les 2 stratégies, soit parce que je n'y arrive pas, soit parce que parfois je sens que le gars il doute et ça me permet d'enfoncer le clou si vous voulez.

E : D'accord. Et les patients que vous décidez de prendre en charge, est-ce que vous avez une organisation particulière pour ce genre de problème ?

M : Non c'est l'adaptation. Les gens sont tous différents, ils fonctionnent tous de manière différente, ils ont tous des difficultés différentes. Voilà on s'adapte, c'est l'adaptation permanente, la médecine avant tout c'est nager en eaux troubles d'accord. Voilà au pifomètre.

E : D'accord. Vous avez évoqué les traitements médicamenteux, l'orientation éventuelle vers psychologue ou psychiatre et par exemple, quelles choses vont vous mettre en difficulté dans cette prise en charge ?

M : C'est ce que je vous expliquais. Quand ça me dépasse un peu, c'est à dire quand je sens que le patient n'adhère pas, s'il adhère pas, on est bloqué quoi, il y a une crise de confiance entre le patient et le médecin et donc à ce moment là, faut savoir un peu se faire aider ou passer la main.

E : Quand vous parlez d'adhésion du patient c'est ?

M : Adhésion au diagnostic, au traitement. Si ça marche pas ben, on passe la main.

E : Ok. Est-ce que vous utilisez des outils dans votre pratique ?

M : Qu'est-ce que vous voulez dire par outils ?

E : Est-ce que vous mettez en place des choses particulières lors d'une consultation de ce type ?

M : Non, quant à moi non, je vous dis, je marche au feeling.

E : De par votre expérience aussi ?

M : Oui, ça fait 35 ans que je suis médecin.

E : Vous pensez que ça favorise ?

M : Ça joue, ça vous donne quand même une expérience, ça vous fait voir, ça vous a fait voir plein de cas différents déjà, plein de réactions différentes donc dans la gestion des problèmes

ça vous aide de l'avoir déjà vécu, de l'avoir déjà géré et tout ça ça aide c'est incontestable.

E : Est-ce que vous auriez un autre exemple d'un patient ?

M : Là c'est un truc qui est assez récent. C'est sur une jeune fille qui a 17 ans qui avait des douleurs digestives qui nous a fait absolument de tout et on avait même évoqué, à un moment donné, la possibilité de lui enlever l'appendice parce qu'il y avait une stercholite à l'intérieur et c'était une gamine qui se retrouvait aux urgences de manière absolument régulière depuis quelques semaines voire quelques mois donc qui a fait toutes les urgences du département que ce soit à Medipôle, Saint -Pierre, l'hôpital etc. qui a été vue par les gastro, qui a été vue par des neuro, des néphro etc. Et donc assez récemment, on a appris en réalité qu'il y avait une, un problème de rupture sentimentale si vous voulez, et que le problème était tout simplement là, on était presque arrivé à lui enlever l'appendice parce qu'on savait plus quoi faire tellement soit disant elle souffrait.

E : Comment vous l'avez su ?

M : Ben parce que ça s'est fait de manière relativement récente en plus et donc on l'a appris petit à petit, c'est grâce aux parents que je l'ai appris par contre, cette rupture sentimentale si vous voulez, donc à un moment donné un espèce d'électrochoc. Tout s'est arrêté comme ça.

E : C'est eux qui vous en ont parlé spontanément ?

M : La rupture sentimentale oui oui mais parce que je pense qu'ils n'étaient pas au courant auparavant. Eux ont marché aussi dans ses problèmes de douleur qui paraissaient assez aiguës et qui étaient inquiétantes quand même.

E : D'accord. Ils vous ont donné cette information en pensant que ça pouvait jouer ?

M : Ah non je pense qu'après, ils en ont été vraiment conscients que c'était le problème quoi. Eux ne le savaient pas au départ mais ils l'ont appris fort récemment et en crevant l'abcès si vous voulez le problème s'est réglé.

E : Qui a crevé l'abcès ?

M : La gamine avait fait une tentative de suicide en réalité et donc elle s'est retrouvée à l'hôpital et là, l'abcès s'est crevé quoi.

E : D'accord. Donc la tentative de suicide, si j'ai bien compris, c'était pendant ces examens ?

M : C'est là, ça s'est passé il y a une dizaine de jours, une quinzaine de jours.

E : Donc pendant que vous étiez entrain de chercher pourquoi elle avait ses douleurs ?

M : Non non on avait déjà recherché bien avant, cette histoire dure depuis 4 ou 5 mois à peu près. Donc elle n'avait jamais eu de problème avant, au niveau de ce ventre, de rien du tout, « elle nous a baladé », parce que c'est pas sa faute non plus. Mais je veux dire ça fait 4 ou 5 mois qu'on galère sur cette histoire, elle est même montée à Montpellier sur une consultation de la douleur à Montpellier, etc.etc.

E : Est-ce qu'il y a des choses qui auraient pu vous faire suspecter ça ?

M : Franchement non, moi je pensais qu'avec les éléments, il se passait quelque chose. Bon ce n'est pas une gamine que je connais beaucoup, c'est des patients que j'ai depuis relativement peu de temps. Et puis une ado c'est difficile quoi, ça communique pas aussi facilement.

E : Souvenez-vous de la première consultation de motif de douleur abdominale ?

M : Oui oui.

E : Elle est venue toute seule ?

M : Non elle était accompagnée de ses parents, à chaque fois, elle était accompagnée. Non là c'était une sacrée histoire. Sachant qu'au fond il y a rien quoi, elle nous a fait quand même beaucoup de souci, on a beaucoup galéré là. Voilà je vous dis, elle a fait une tentative de suicide il y a une quinzaine de jours, l'abcès s'est crevé tout seul en quelque sorte donc à priori il n'y a plus rien. Pour le moment j'en sais pas plus, je ne l'ai pas encore revue.

E : Par exemple, il y a des éléments ou des choses qui peuvent vous faire suspecter ce trouble chez un patient qui ne vient pas forcément pour ça ?

M : Souvent si vous voulez la personnalité, quand vous connaissez les gens. C'est l'avantage quand on est généraliste, médecin de famille, c'est que vous connaissez les gens, la famille, l'histoire de la famille et l'entourage, et donc bon souvent quand vous connaissez bien votre patient, vous savez que ça peut être quelqu'un qui est nerveux, qui est tendu et qui peut parfois pas bien réagir à certaines situations. Donc ça c'est vrai que quand vous faites votre examen, quand vous interrogez les gens et quand vous faites votre examen, ça commence à se préciser. Mais là, je vous parle de cas où on est parti dans le truc parce qu'au départ, rien ne nous a fait suspecter qu'il y avait quelque chose là-dessous, la jeune fille non plus.

E : Effectivement. Pour vous, quelles sont les difficultés dans la prise en charge de ce trouble ?

M : Ben la première c'est le diagnostic déjà, arriver à comprendre vraiment ce qu'il se passe. Et souvent après le diagnostic, c'est faire accepter la chose à la personne parce que pour beaucoup de gens, quand vous avez un truc qui est un truc comme ça, c'est un peu des choix. Souvent des gens vous disent « je croyais pas moi que ça m'arriverait, que je serais aussi faible », c'est quelque chose qui est assez courant. Et après, quand les gens réalisent, en général quand même le truc se règle assez facilement. Mais quand ils réalisent pas, c'est difficile.

E : Comment vous vous y prenez pour leur faire accepter ?

M : Je vous dis on en parle franchement, moi je parle beaucoup souvent, j'explique beaucoup et donc les examens tout ça j'explique au fur et à mesure pourquoi je les fais, quand je les ai, je leur explique les résultats et tout ça. Donc à un moment donné, il faut bien qu'ils voient qu'il y a rien, que c'est voilà. Et comme je vous disais, quand je sens que la personne est pas sûre, doute un peu de ce que je suis entrain de lui dire, c'est à ce moment là que je fais appel à quelqu'un d'autre pour voir si cette personne a un avis différent quand ils connaissent pas donc à ce moment, ça se passe mieux.

E : Généralement ils acceptent d'aller voir quelqu'un ?

M : Oui oui. Quand le gars, il doute un peu de votre diagnostic et tout ça, bien-sûr il accepte. Ils sont assez demandeurs d'avoir, vous savez en plus, ils vont sur internet. Alors ça c'est absolument catastrophique, vous verrez vous vous en rendrez compte parce que c'est catastrophique internet, vous y trouvez tout et n'importe quoi et en général, il y a rien pour vous rassurer. Il y a plein de gens, ils arrivent, ils sont comme ça, ils sont allés sur internet, ils se voient avec la tumeur, avec le machin ou le truc, on passe plus de temps « attends calme toi ». On a beau faire comme ci comme ça parce qu' il faudrait de suite faire l'IRM, le scanner, le truc, ils arrivent, ils ont déjà la liste « il me faut ça », donc c'est un peu. Et moins c'est grave, plus c'est lourdingue. En général, le mec arrive le lendemain, il vous dit « j'ai mal, quand je respire ça me fait mal » et passe un quart d'heure à vous dire que quand il lève les yeux au ciel ça lui tire dans le dos, quand il baisse la tête ça lui fait ça non donc ça aussi ça peut être quelque chose d'un peu. En général, la personne qui souffre, elle sait vous le dire et ça va vite quoi. Quand il y a un luxe de détails, méfiance, ça peut être quelque chose qui peut, moi je méfie toujours quand il y a beaucoup de détails, quand la personne met 10 minutes pour vous expliquer le truc.

E : D'accord et dans le cas d'un ou d'une patiente comme ça, comment vous allez le prendre en charge ?

M : De toute façon, assez souvent, vous en arrivez à faire des examens complémentaires, même si des fois vous savez très bien que vous en avez pas besoin et vous le faites plus à visée thérapeutique, si je puis dire, pour calmer la personne, pour lui faire voir que tiens « tu vois vraiment là il y a rien », ça arrive relativement couramment ça, une prise de sang, une écho ou une radio non il y a rien.

E : Donc pour rassurer le patient ?

M : Pour rassurer.

E : Sur un problème organique ?

M : Oui.

E : Une fois le problème organique éliminé, dans ce cas-là, comment vous abordez ?

M : Comme je vous dis, on y vient naturellement, ben voilà là il y a rien, voilà on reprend le truc. Alors « est-ce que tu es stressé ? Qu'est ce qui s'est passé ? Tu as eu quelque chose ? » On essaye de creuser un peu pour voir si à ce moment là, il y a une autre explication ou une autre piste quoi.

E : Donc en posant des questions ?

M : 98% du diagnostic, vous le faites à l'interrogatoire de toute façon.

E : Par l'interrogatoire et aussi vous me parliez d'explications.

M : Oui après une fois que vous avez, au fur et à mesure des résultats et tout ça et ben voilà, j'explique tout le temps moi. Pour que les gens voient qu'est ce qu'on a dans la tête ou qu'ils comprennent pourquoi je fais ci je fais pas ça et voilà j'explique tout le temps.

E : D'accord. Si vous voyez que le patient n'adhère pas à l'explication, là c'est que vous allez l'orienter.

M : Vers un confrère oui bien sûr.

E : Et généralement voilà vous disiez ils l'acceptent assez facilement ?

M : Oui en général oui. Parce que les gens sont dans le doute. La première chose qu'ils veulent souvent, c'est une explication, c'est savoir ce qu'ils ont. Déjà quand ils savent ce qu'ils ont c'est bon quoi, ils vont chez leur truc et voilà ça y est c'est parti. C'est vachement important de faire le diagnostic ou d'essayer de poser un diagnostic.

E : Par exemple, si le psychologue confirme qu'il y a un mal être ou quelque chose de l'ordre psychologique, il va avoir tendance à revenir vers vous ou la prise en charge va être poursuivie ?

M : Après le psychologue le prend en main, ils font quelques séances. Moi je vais les revoir si ça se passe pas bien avec le psychologue parce qu'après c'est une question de contact et, ou si ça continue, si la douleur continue ou le problème continue malgré ce qu'ils font oui.

E : Vous organisez un planning de suivi ?

M : Non, c'est au cas par cas et à la demande.

E : C'est vous qui instaurez ou c'est en fonction du besoin du patient ?

M : En règle générale, c'est en fonction du patient. Moi j'instaure si vous voulez, si j'ai un truc, le gars il a une hypertension, je lui mets un traitement et je lui dis « voilà je veux te voir

dans 15 jours ou dans un mois parce que je veux savoir comment ça se passe » etc. ou j'ai prescrits une prise de sang par exemple, je veux vérifier sa fonction rénale ou un truc comme ça, je lui dis « voilà je veux te voir dans tant de temps ». Après sur des choses comme ça non, après j'envoie chez le psychologue, le psychologue il fait sa psychothérapie si c'est nécessaire et à ce moment là, je vais le revoir s'il y a un problème donc à la demande plutôt.

E : Vous disiez qu'il y en a certains que vous disiez accompagner sans qu'ils aillent chez un psychologue et dans ce cas-là, c'est aussi à la demande du patient, en fonction de ses besoins ?

M : Mais bien-sûr. Après ça dépend des fois, ça peut être mettre un traitement « voilà je te mets un traitement pour le mois et si tu veux on refait un point », c'est comme ça aussi. Je suis moins dirigiste si vous voulez. Je le suis plus quand il y a quelque chose de, une hypertension avec un traitement ou que je soupçonne quelque chose, là je coince plus. Mais là non je laisse faire un peu quand c'est de l'ordre psychologique.

E : Si vous mettez en place un traitement en place que ce soit anxiolytique ou antidépresseur.

M : Ah non antidépresseur je refais un point, il faut quand même 15 jours à 3 semaines pour qu'il se mette en place. Donc en général, au premier mois, je demande à les revoir mais c'est plus par rapport au traitement, est-ce qu'il le supporte bien, est-ce que ça commence à être efficace etc etc, c'est la surveillance du traitement.

E : Avez-vous quelque chose à ajouter ?

M : Non.

Entretien n°6

M : Maladie est incluse ? C'est toute la population, c'est la population des soignés ? On

ne parlera pas des soignants dedans ? Parce qu'il peut y avoir les soignants aussi. C'est pour

mettre un cadre un peu parce qu'on peut penser un médecin qui a un problème, une mauvaise nouvelle, un truc comme ça, peut aussi effectivement rentrer dans ce cadre là, je ne sais pas.

E : Bien sûr. Je pense qu'être médecin c'est aussi avant tout être patient, effectivement on peut devenir soigné si on veut. On parle patient parce que je vais m'intéresser plus comment vous vous allez le prendre en charge.

M : D'accord.

E : Alors j'arrive à ma première question : en se basant sur votre pratique, quelle(s) situation(s) peut ou peuvent vous faire évoquer ce trouble ?

M : Ben on vient d'en parler un peu. Déjà, l'annonce d'une maladie grave, alors moi je pense que par maladie grave si quand même le cancer qui sort en tête. Après il peut y avoir d'autres types de pathologies qui peuvent poser problème, notamment les démences de type Alzheimer qui sont pas des cancers mais qui sont quand même un vrai cancer et je sais pas dans quelle mesure ça ne peut pas être pire actuellement dans la mesure où on sait qu'on ne peut rien y faire. Alors que jusqu'à maintenant avec quelques espoirs et un cancer, on peut toujours dire au patient « mais il y a des traitements », euh maintenant sur les démences de type Alzheimer, on est quand même un peu limité, alors on leur dit « on va vous faire faire des séances d'orthophonie, on va vous faire faire des exercices, on va vous faire ci, on va vous faire là » mais enfin on voit dans des conférences où on écoute des conférenciers là-dessus, on s'aperçoit qu'effectivement c'est problématique, c'est une voie sans issue, ça c'est un petit peu effectivement gênant quand on rentre dans le cas de la maladie. Alors que le cancer et certaines maladies, je vais dire « graves », ont un pronostic qui peut être intéressant par rapport à ce que nous on annonçait il y a 30 ans, là effectivement il y a 30 ans, il y a des choses on savait que de toute façon, alors c'est vrai que c'est une annonce enfin bon, on a dernièrement quand même quelques doutes sérieux. Après si on reste dans

les annonces, on a parlé de, on a dit qu'on éliminait le deuil. Euh ça peut être un accident, ça peut être la rupture, le divorce ou tout ce que vous voudrez. Ça peut être des problèmes avec les enfants, des problèmes avec ses parents, enfin bon ça peut-être, c'est quand même assez vaste, euh...ce qui peut entraîner des troubles de l'adaptation.

E : Pour préciser un peu plus...

M : Oui précisez un peu plus parce peut-être qu'on va se perdre, enfin moi je me perds.

E : Justement dans votre pratique, pouvez-vous vous me remémorer une situation ou un patient, la situation d'un patient qui vous fait penser à ça ?

M : Qui par la suite a effectivement. Oui alors sur des pathologies médicales, sur des annonces de pathologies, je sais pas s'il peut y avoir autre chose que des pathologies médicales enfin sur des annonces, effectivement il y a de multiples exemples. Après, au cas par cas, effectivement une rupture peut faire décompenser quelqu'un, le faire faire n'importe quoi.

E : Est-ce que vous avez un exemple de patient qui vous vient en tête ? Un exemple récent ou plus ancien ?

M : Très récent...(silence) Je n'en ai pas, enfin j'ai des exemples de jeunes qui se sont pendus ou qui se sont noyés tout ça mais bon il y a certain temps alors parfois les causes sont un peu obscures ou elles se sont additionnées l'une à l'autre, sur l'état anxiodépressif latent qui décompense parce qu'effectivement il y a une annonce qui est, qui ne plaît pas ou qui ne convient pas ou qui fait de la peine bon, mais un cas précis euh...

E : Vous évoquiez une rupture ou un divorce, est-ce que ça vous fait penser à un patient en particulier qui aurait pu vivre ça ?

M : Alors euh ça me fait penser et de plus en plus, quand on parle actuellement, le terme de

féminicide, c'est vrai qu'effectivement on s'aperçoit que de plus en plus les ruptures sentimentales peuvent déboucher effectivement sur des passages à l'acte, enfin du passage à l'acte, pas l'acte de suicide, passage à l'acte sur le conjoint ou la conjointe. Et je dirai que c'est peut-être quelque chose qui est plus prononcée qu'il y a 30 ans en arrière. Alors je sais pas quelle en est la raison, si on est dans une société trop permissive et où les jeunes ne craignent plus rien mais effectivement je m'aperçois qu'il y a plus d'atteintes physiques qu'il y en avait il y a quelque temps en arrière, je trouve que c'est de plus en plus irréfléchies et irraisonnées les réactions, et démesurées bien évidemment.

E : D'accord ceux qui passent à l'acte physique, vous voulez dire ?

M : Alors pas ceux qui se suicident attention.

E : Non non.

M : Je vois une femme ou un homme qui émet des signes, où sa femme ou son homme le quitte et où effectivement cette personne, c'est en général, ce sont malheureusement plutôt les hommes avec avantage physique, c'est plus facile physiquement et je trouve qu'il y a de plus en plus effectivement de réactions excessives. Avant c'étaient peut-être quelques gifles ou quelques claques qui partaient et ça se terminait sur un divorce et tout ça, et maintenant je trouve que les gens vont jusqu'au bout, c'est à dire qu'ils suppriment leur conjoint ou leur conjointe, et peut-être plus que ça ne se faisait auparavant. Je sais pas, alors bien-sûr j'ai pas de chiffre, je n'ai pas d'étude mais je trouve que ça va plus loin. Alors j'incrimine souvent effectivement mais ça c'est une interprétation personnelle, la société qui est effectivement trop permissive comme je vous le disais. Parce que je pense que les jeunes n'ont peur de rien, n'ont plus peur de rien. Avant, vous aviez peur du gendarme, vous aviez peur de la prison, vous aviez peur du « quand dira-t-on », peur de beaucoup de choses. Maintenant, vous avez peur de rien parce que vous savez que vous risquez pas grand chose, déjà la peine de mort n'existe plus donc

effectivement on ne va pas vous couper la tête. Vous savez, enfin vous savez, mais vous en avez entendu parler, vous partez pour 25 ans de prison, vous y restez 10 ans et encore tout juste et ils vous laissent ressortir rapidement. Tout ça comme quoi, après moi qu'effectivement il y a des actes qui sont beaucoup plus graves qu'ils n'y étaient. Alors est-ce que ça vient aussi de la fragilité mentale actuelle des gens soumis à un stress ? Un burn out ? A effectivement toute sorte de pression que n'avaient pas les autres personnes, qui avaient probablement des travaux, qui travaillaient dur physiquement mais qui étaient peut-être moralement moins exposées ? Je sais pas si c'est ça mais on s'aperçoit quand même actuellement que beaucoup de gens sont, sur le plan psychologique, quand même atteints, mais atteints pas dans le sens du trouble psychiatrique mais usés, fatigués et je sais pas si, où l'on va voilà. Ça ce que je vous décris là, c'est le cheminement de l'activité, bon j'ai 30 ans d'exercice donc j'ai effectivement un peu de recul pour voir un peu comment évoluent les choses. C'est vrai que c'est pas un vain mot que de dire qu'il y a une usure psychologique des gens et notamment il y a pas que le travail, il y a aussi la façon de vivre de la société, comment les gens sont dans la société. Alors est-ce que ces gens là sont le creusé de toute cette population qui réagit vite et mal parce que justement ils sont pas bien dans leur tête, ils sont pas bien dans leur peau, c'est possible aussi. Est-ce qu'ils sont vraiment en dehors de tout ? Est-ce qu'effectivement cette réaction un peu excessive vient pas de cette maladie ?

E : Donc là, ce serait de connaître l'origine du trouble de l'adaptation ?

M : Oui voilà. Parce que moi, quand vous m'avez parlé de trouble de l'adaptation, je me suis dit alors comment elle entend ça, comment on peut voir ça. Mais s'il y a un trouble de l'adaptation chez ces personnes et s'il est en augmentation, quelle en est la cause ? Parce que c'est intéressant de savoir pourquoi ils réagissent peut-être comme ça. Parce que c'est pas, je pense qu'il y a autant de psychiatrie maintenant

qu'il y en avait avant mais il y a peut-être plus de jeunes qui sont mal dans leur peau et surtout mal dans leur tête qu'il y a 30 ou 40 ans en arrière. Vous êtes jeune donc vous ne pouvez pas avoir de comparaison.

E : Comment du coup vous prenez en charge ces patients ?

M : Alors je réponds à la question après. Je repensais à ce que l'on disait sur les soignants, il y a de plus en plus, je suis conseiller ordinal donc je fais partie du conseil de l'ordre départemental des PO et on est amené à avoir des informations malheureusement sur les confrères qui sont effectivement en situation délicate, qui sont en burn out alors pour X raisons hein et qui le compensent par des drogues, de l'alcool, des choses comme ça. Et là aussi effectivement, on s'aperçoit que il y a de plus en plus de gens alors qui se suicident, des médecins qui se suicident, je pense que c'est vrai, il y en a de plus en plus qui ont des difficultés à aller au terme de leur carrière. Alors je dirai pas qu'avant c'était pas pareil mais j'ai l'impression quand même que, alors on le surveille plus, on est plus attentif, mais j'ai quand même l'impression qu'il y en a de plus en plus voilà donc ça c'était la parenthèse par rapport au corps médical.

E : Est-ce que vous le constatez aussi chez les patients ?

M : C'est pour ça que je faisais un peu ce parallèle parce que malheureusement, on l'a chez soi, enfin dans sa profession donc vous imaginez que les types qui travaillent à EDF ou qui travaillent à Orange, ils ont peut-être les mêmes problèmes sans pour autant que ça vienne des mêmes choses mais que ça aboutisse au même résultat.

E : Par rapport à votre prise en charge, est-ce que vous avez constaté une différence par rapport à il y a 30 ans et maintenant ? Et quelle est cette prise en charge ?

M : Alors il y a une prise en charge qui est plus facile actuellement puisqu'effectivement dès que vous avez quelqu'un qui va pas bien, vous l'arrêtez de travailler et vous le prenez en charge. C'est passé dans les mœurs, c'est plus quelque chose qui est difficile à faire accepter aux patients parce qu'il y avait des patients qui n'acceptaient pas qu'on les déclare inaptes au travail pour des raisons psychologiques.

E : Avant ?

M : Avant. Maintenant c'est une chose qui est entendue, alors même parfois peut-être poussée à l'excès parce qu'effectivement il suffit de dire « je me sens pas bien, j'ai des idées noires » et vous vous retrouvez avec 15 jours d'arrêt de travail, on peut pas se permettre de dire « il fait ça pour aller au ski », malheureusement nous on le voit. Donc la prise en charge elle est aussi, alors elle est plus facile pour le généraliste qui a les moyens de prendre en charge son patient avec des arrêts de travail avec éventuellement des traitements pour lui permettre de passer un cap, des choses comme ça, ça ça peut marcher. Quand c'est l'accès au second recours et aux spécialistes, ça pose quand même beaucoup plus de problèmes sur les pathologies anxiodépressives je dirai.

E : Qu'est ce qui pose problème ?

M : La prise en charge si on doit faire prendre en charge les gens par la suite par quelqu'un d'autre que le généraliste. Le fait de trouver quelqu'un, de trouver un psychiatre, ça devient catastrophique voilà, d'avoir accès au second recours donc aux psychiatres, c'est ça. Si vous avez un type qui est schizophrène à la rigueur, vous pouvez l'hospitaliser à Thuir, il n'y aura pas de problème, il sera pris. Si c'est une pathologie anxiodépressive, il y a de fortes chances pour que ça pose quelques problèmes, si les choses s'aggravent ou si vous voyez que vous n'arrivez pas à avoir gain de cause, enfin sur le trouble que présente le patient. Après on peut s'appuyer sur la famille si il n'y a pas de problèmes familiaux, si ça vient pas d'un trouble familial quoi, c'est sûr que si vous ne pouvez

pas vous appuyer sur l'épouse si effectivement si c'est une rupture.

E : Qu'est-ce que vous entendez par s'appuyer sur la famille ?

M : Ben par exemple si vous avez un patient qui apprend qu'il est atteint d'une démence type Alzheimer, vous avez l'aidant qui peut quand même être là pour aider et comment dire faciliter l'acceptation du diagnostic, ça, ça peut être intéressant de s'appuyer sur la famille, sur l'épouse ou sur le mari, chose comme ça, on parle toujours de comment on voit ces gens là ? enfin comment on peut prendre en charge ces gens là et qu'est-ce qu'on peut leur proposer ?

E : Donc un appui sur la famille pour faciliter l'acceptation du...

M : Du diagnostic ou du diagnostic de certaines pathologies oui voilà, pour le cancer c'est un peu la même chose, c'est un peu pareil.

E : Donc là un contexte particulier, l'annonce de maladie ?

M : Oui un contexte particulier. Quand c'est sur une rupture, alors on peut s'appuyer, pas sur les enfants parce que les enfants en général c'est la monnaie d'échange ou justement là où le bas blesse, la famille pareil tout ça c'est pas, c'est un peu plus délicat et un peu plus difficile. Bon là on peut avoir à faire à la pharmacopée, ce que j'aime pas trop mais enfin bon il faut bien y recourir sinon on passe à des actes extrêmes et il faut être très vigilant parce que quelqu'un qui vous paraît tout doux, tout gentil et tout ça peut très bien devenir quelqu'un de féroce par la suite si effectivement il a, comme on dit « il pète un plomb », ça peut se traduire par, pas automatiquement, il ne se fait pas de mal à lui mais à quelqu'un d'autre et parfois c'est pas facile à prévoir. Alors c'est vrai que l'avantage, alors ça se perd aussi parce que malheureusement les médecins de famille c'est une notion qui est bien loin parce que quand vous avez passé beaucoup de temps à l'exercice et au même endroit, l'avantage c'est que vous

connaissiez des générations de patients et c'est vrai que vous pouvez voir facilement, enfin facilement, vous pouvez voir plus facilement s'il y a quelque chose qui se passe, s'il y a un ressort qui a sauté, qui est distendu ou tout ça. Ce qui n'est pas d'après moi le cas quand vous travaillez 5 ans d'un côté, 5 ans de l'autre et que vous vous baladez, vous partez, je dis ça peut-être parce que j'ai passé 30 ans au même endroit. Mais c'est vrai que je vois cet après midi, j'avais eu un mec qui fait 1m75 que j'ai connu tout petit donc c'est vrai qu'effectivement d'abord, ça ne me fait pas plaisir parce que ça prouve qu'on a vieilli (rires), ça gêne un peu mais on sait que si il y a eu quelque chose dans la famille effectivement, on peut le retrouver ou on peut se dire « tiens ça il y a eu ce problème déjà là, il faut faire attention et non pas vers ça ou vers ça », c'est intéressant. Ça peut être vrai dans les aïeux. J'ai aussi un patient dont la femme était inquiète parce qu'il avait un mal de tête tout ça, elle m'a suriné parce qu'il avait peut-être une tumeur cérébrale ou que ci que là et tout, alors il n'avait pas de tumeur cérébrale mais il était tellement nerveux. Il avait une pathologie comme sa mère qui a développé des contractures si violentes que ça a déclenché des céphalées, des choses comme ça, des céphalées de tension et que c'était, il était exactement pareil donc. Autant on peut se méfier d'une tumeur cérébrale parce qu'il avait, après il y a des choses, on s'est dit mais c'était pareil chez sa mère donc ça ça peut aider à voir que le patient risque de décompenser ou s'il peut décompenser dans un sens ou dans l'autre.

E : Et vous avez pu éliminer la tumeur cérébrale en faisant un examen complémentaire ?

M : Alors, parce que vous savez les patients, maintenant s'il y a pas les photos, ça ne va pas, l'examen clinique et l'interrogatoire pour eux c'est maintenant quelque chose de désuet. Maintenant on a l'IRM, on a le PET scan, on a tout ce que vous voulez, je ne dis pas que ça ne sert pas mais bon faut pas non plus que ça devienne du systématique. Quand je vois mes jeunes consœurs ou mes jeunes confrères manier la plume sur les examens complémentaires, je

me dis, il va arriver un temps où ils vont se faire allumer par la sécurité sociale parce que ce n'est pas possible de prescrire autant de choses. Alors je sais que l'hôpital est un grand pourvoyeur de prescriptions techniques mais il faut quand même être plus raisonnable. Et c'est vrai que là je sentais, parce que je la connais aussi la patiente, que tant qu'elle aurait pas de scanner, elle serait pas persuadée qu'il avait rien donc on l'a fait mais je me suis régala de lui dire après qu'on avait fait un examen inutile mais bon ça c'est une satisfaction personnelle (sourire).

E : D'accord. Si on prend l'exemple de ce patient, il s'est présenté à vous c'est ça en disant « j'ai des maux de tête », la première consultation ?

M : Alors ça faisait un certain temps qu'il se plaignait de maux de tête et de choses comme ça mais bon moi j'avais toujours attribué ça à des céphalées de tension et bon c'est pas d'après moi il y avait aucun, sur le plan de l'examen clinique et neurologique, il y avait aucun signe qui pouvait être évocateur d'un problème quelconque. Donc force de ça, je disais c'est pas la peine de faire des examens poussés parce que je pense que ça vient de ça voilà et c'est tout. Mais c'est après, c'est tout un ensemble de choses qui vous fait penser ça dans le diagnostic, c'est pas et c'est vrai que la connaissance de la famille pour en venir là peut être une grande aide pour savoir si effectivement quelqu'un peut reproduire un schéma qui a été déjà reproduit dans la famille ou peut avoir décompensé d'une certaine façon parce que ça déjà été le cas dans sa famille.

E : Ça veut dire que vous l'aviez dans un coin de votre tête cette notion ?

M : Oui tout à fait, tout à fait parce qu'effectivement on se dit ça, il me semble que je l'avais déjà vu, sa mère quand je la soignais il y a 20 ans, il me semble que c'était déjà un peu les mêmes plaintes.

E : Ça, vous l'avez évoqué avec le patient ?

M : Oui oui oui, moi je lui avais dit de toute façon « rappelez-vous votre maman », « oui oui c'est vrai, oui mais bon ma belle-mère hein hein », « oui votre belle-mère c'est sûr ». Voilà donc c'est pas toujours évident mais ce que je veux dire c'est que cette connaissance de ce qui s'est passé avant et tout ça, aide beaucoup et ça peut permettre justement d'éviter de passer à côté de quelqu'un qui va vous, qui va se désadapter par rapport à une situation qui le contrarie ou qui le blesse dans son amour propre. Parce que ça peut être ça aussi.

E : Comment vous percevez votre place dans la prise en charge de ces patients ?

M : Euh moi je pense que le généraliste est essentiel parce que normalement il est le médecin de famille. Je reviens sur cette notion là parce qu'effectivement médecin de famille, ça veut dire qu'il prend en charge la famille, il a déjà pris en charge la famille, les aïeux ça c'est important. Malheureusement, c'est plus tout à fait le cas voilà donc ça se perd et je suis pas persuadé que ça aille dans le bon sens et que ça n'entraîne pas justement des trous dans le diagnostic ou dans l'approche ou dans les conséquences de ce qui va se passer, c'est à dire on peut laisser passer un truc parce le patient finalement, on ne fait que le survoler. Et puis maintenant, en plus, on le survole parce qu'on n'a pas le temps.

E : Donc là il y a 2 choses.

M : Oui il y a 2 choses. Avant c'était pas mieux mais vous alliez en visite chez les gens, vous discutiez, vous preniez le café, vous racontiez, voilà, vous preniez l'apéritif, ça arrivait, faut pas le dire (rires). Nous sommes ici en milieu rural et on faisait voilà, il arrivait de manger chez un patient, de voilà. Ça maintenant, c'est plus possible parce qu'on n'a pas le temps, parce qu'on a trop de travail et trop peu de médecins et donc c'est vrai qu'on est peut-être beaucoup moins attentifs à certains, certaines notions et certains faits de vie je dirai et ça peut être ennuyeux pour bien suivre un patient.

E : Si j'ai bien compris, le rôle de médecin de famille se perd avec le temps à cause du manque de temps ?

M : Se perd aussi parce que peut-être que les jeunes n'ont pas cette envie et ce besoin, je parlais de rester au même endroit. C'est vrai que de rester au même endroit, c'est plus facile de suivre toute une famille que si vous restez 5 ans donc ça se perd un peu par cette volonté, cette démangeaison permanente de bouger chez vous les jeunes, je dis pas que c'est bien ou pas bien mais ça peut s'impliquer et effectivement donc on peut déboucher sur des choses qui sont moins évidentes que si on a, on est vraiment très présent. Et donc effectivement le fait de ne pas, c'est ce que je cherchais, le fait de ne pas avoir le temps à consacrer au patient fait qu'effectivement voilà vous vous apercevez que vous passez à côté de beaucoup de choses. Et c'est sûr que moi qui travaille en maison de santé pluriprofessionnelle et que je vois quand on travaille en équipe et tout ça on s'aperçoit que quand vous discutez avec les infirmières ou avec le kiné, vous avez perdu 50% de l'interrogatoire parce qu'on n'a pas le temps « top déshabillez-vous, je vais vous prendre la tension », poum poum vous passez plus de temps la tête dans l'ordinateur et le stylo à la main pour remplir des conneries, excusez-moi du terme mais des conneries, des papiers à la noix qui ne servent à rien, j'en ai plein qui s'accumulent, parce qu'on a beau dire on va vous simplifier, simplifier que dalle, on en met des couches et des couches et des recouches et ça c'est pas ça, c'est pas ça de la médecine. Vous passez 2 minutes avec un patient uniquement et vous passez 30 minutes sur l'ordi, sur les trucs parce qu'il vous faut noter ça parce que si vous ne notez pas, on va vous tomber dessus si jamais il y a un problème et nanana voilà.

E : Finalement, selon vous, si je comprends bien, ce n'est pas que les jeunes, c'est aussi,

M : Ah non non non c'est pas que les jeunes.

E : C'est par rapport à avant ?

M : Alors on a des outils extraordinaires, que ce soit le dossier médical informatisé, des choses comme ça parce qu'effectivement on n'en perd pas la moitié, on perd pas des éléments, on a tout, on voit tout, on peut poser des diagnostics du feu de dieu, on n'oublie pas de faire son hémoglobine glyquée tous les 3 ou 4 mois, ce qui est parfait et tout mais le colloque au singulier avec le patient il a pris du point dans le, et c'est vrai que ça c'est un peu embêtant. Donc je sais pas, je pense qu'on voyait autant de patients que maintenant, peut-être un peu moins peut-être mais on en voyait pas mal quand même et on faisait quand même énormément de visites donc ça prenait du temps. Moi je faisais 70% de visites ici donc maintenant c'est l'inverse, j'en fais 25% donc bon ça prenait du temps mais je veux dire on avait moins de choses inutiles à faire à côté et donc ça ça permettait d'avoir un relationnel avec le patient qui était quand même beaucoup plus satisfaisant et qui pouvait permettre peut-être d'éviter des catastrophes. Moi je passais souvent une heure avec des patients, enfin souvent, ça m'arrivait avec des patientes de me raconter leurs déboires, leurs mésaventures amoureuses ou ce que vous voudrez. Maintenant vous leur dites « oui bon ben voilà bon ça va hein ».

E : C'est vous qui abrégiez vous voulez dire ?

M : C'est vous qui abrégiez, quand vous êtes sur rendez-vous, que vous savez que vous allez en avoir 25, si vous décalez le truc vous allez vous retrouver à 11 heures du soir encore entrain de consulter, bon c'est pas évident, c'est pas facile. En plus, on a de plus en plus de chroniques donc qui dit chroniques dit beaucoup de choses à surveiller, à voir, je parlais des hémoglobines glyquées mais la pathologie du diabète c'est une catastrophe, vous y passez au moins trois quarts d'heure et vous êtes payés avec un lance pierre, c'est ça le problème aussi. Alors bon c'est vrai qu'on a quand même moins de temps, moins de liberté pour pouvoir parler aux patients et c'est sûr que parfois ils ont peut-être une réaction, ils réagissent peut-être de façon un peu violente ou de façon démesurée parce qu'ils ont pas pu s'exprimer, exprimer dans tous les sens du terme

exprimer ce qu'ils pensaient et ce qu'ils avaient sur le cœur ou dans la tête. Voilà ça c'est vrai alors je dis pas qu'on faisait de la meilleure médecine avant, je veux pas faire, mais bon il y avait des choses qui étaient plus intéressantes et qui devaient d'après moi quand même déboucher sur, alors on soignait pas tout le monde bien évidemment, mais qui permettaient d'éviter certaines catastrophes je pense.

E : Actuellement, quelle est votre stratégie de prise en charge ?

M : Alors ma stratégie de prise en charge (sourire). Moi maintenant dans la mesure où on n'a pas le temps, on les fait revenir, moi je les fais revenir parce que je considère qu'on peut pas les laisser comme ça donc on les fait revenir, on essaye de discuter. Alors moi je suis pour l'exercice coordonné, vous vous en doutez puisque je suis gérant d'une maison de santé, c'est moi qui l'ai montée donc euh. Je pense qu'une équipe soudée peut aider beaucoup, je vois, on a une psychologue, on a une orthophoniste, on a une diététicienne, là on fait rentrer une psychiatre. Bon tous ces gens là, ça aide quand même alors bon il y a des trucs où certes c'est pas remboursé, la psychologue c'est pas remboursé mais on essaye de faire des arrangements quoi, parce qu'on a un financement au sein de la MSP donc on peut monter des protocoles, des trucs comme ça pour pouvoir effectivement prendre en charge certains patients et là ça va être d'autant plus facile qu'on aura de la pédopsychiatrie, une psychiatre adulte et une psychologue alors c'est vrai que. En plus, on est en relation avec le service d'addictologie de Perpignan donc pour tout ce qui est alcool, drogue et compagnie, elles nous ont formées nos 2 ou 3 infirmières pour qu'elles puissent faire des consultations chez nous de tabacologie, elles sont entrain d'être formées sur tout ce qui est alcool et tout donc ça prend tournure, donc c'est vrai qu'on est entrain d'essayer d'organiser les choses pour que le manque cruel de temps du médecin soit remplacé par des gens qui sont à l'écoute, qui ont le temps de les écouter alors c'est pas pour se débarrasser des gens parce que ça peut donner un peu cette impression là mais

c'est parce qu'on essaye de se recentrer sur ce que nous on doit faire. C'est à dire que bon moi je pense que la psychologue qui reprend les choses, qui reformule tout avec le patient sur ce qui s'est passé, sur ce qui va pas nanana tout ça, c'est très bien mais c'est pas notre boulot, c'est pas notre boulot. Pour nous c'est différent, il y a des choses différentes à faire.

E : Par exemple ?

M : Par exemple si vous voyez qu'un patient est trop dépressif ou comment vous dire va sombrer dans l'alcool et tout ça on est là nous, on est là en tant que prescripteur pour éviter qu'effectivement ça déborde, c'est pas l'infirmière formée à l'alcool, la prise en charge de l'alcoolisme, qui va pouvoir prescrire quoi que ce soit. C'est sûr qu'elle va nous en parler et tout ça mais nous on est plutôt là pour ça. Et je dirai qu'on est, sans que ce soit péjoratif comme image, on est un peu le chef d'orchestre si vous voulez, pour que tout le monde batte avec la même mesure, je connais rien en musique mais bon voilà que ce soit à l'unisson, que tout marche bien, que le patient puisse être dans un environnement où il se sent pris en charge, qu'on prend soin de lui et qu'on va déboucher sur quelque chose de positif, le rassurer.

E : Vous parlez de prise en charge globale par plusieurs professionnels ?

M : Globale, moi c'est ce que je veux arriver à faire, quand je vois un peu l'évolution et la dérive, quelqu'un qui a des troubles de ce type-là je pense qu'il mérite d'être pris en charge de cette façon là.

E : Pas que par le médecin généraliste, par tout un réseau ?

M : Ouè moi je pense que, alors vous avez des médecins généralistes qui sont un peu nombrilistes et qui vont vous dire « ah ben moi je fais tout », moi aussi je peux dire que je fais tout mais bon si on le fait mal ça sert à rien de faire tout, et que il y a des jeunes qui sont formés et qui sont compétents pour prendre en

charge certaines situations ou comme je vous disais pour le psychologue, où on remonte certains souvenirs, on remonte des choses et ça il faut un certain temps, il faut une habitude et une formation, c'est tout. Il faut pas, on nous demande de tout faire, c'est quand même compliqué de tout faire parce qu'il faut être fort en psychiatrie, il faut être fort en cancéro, il faut savoir traiter l'infarctus, euh je veux bien mais bon à un certain moment vous pouvez pas tout faire, avoir le temps de tout faire, de tout savoir, de tout appliquer.

E : Tout à l'heure, il me semble que vous me parliez qu'il y avait une prise en charge beaucoup par le généraliste parce qu'il y avait aussi des difficultés d'accès aux psychologues et psychiatres,

M : Alors c'était psychiatres dont je parlais. J'en parlais en second recours, c'est à dire quand on sent qu'il y a un problème plus important et qu'il faut un avis quand même plus spécialisé, c'est uniquement dans ce cas là, ça arrive pas très souvent, la preuve c'est qu'on n'en a pas donc on peut pas. Vous avez 6 mois de rendez-vous pour un psychiatre que vous connaissez, avec qui vous travaillez depuis 30 ans, on va pas dire que c'est pas des amis alors bon c'est vrai que si c'est une pathologie, lui il va le prendre en charge mais la pathologie aiguë vous l'avez déjà sentie, perçue et traitée éventuellement. Si c'est quelqu'un qui est entrain de péter les plombs, qui présente un syndrome anxiodépressif, vous l'aurez déjà cadré, vous aurez déjà posé le diagnostic, vous l'aurez déjà traité. Après c'est un problème de voilà, il se peut que le traitement ne marche pas, il se peut qu'il faille utiliser des drogues plus fortes ou des choses comme ça mais le diagnostic de départ vous l'avez posé, vous l'avez traité, parfois vous avez besoin du spécialiste pour régler certaines choses.

E : Quand vous parliez de prise en charge par vous même, c'était faire le diagnostic si j'ai bien compris ?

M : Oui oui.

E : Et de mettre en place le traitement médicamenteux ? On parle médicamenteux ?

M : Traitement médicamenteux. S'il y en a pas besoin, moi j'utiliserais volontiers des plantes ou des choses comme ça, ça ne me posera pas de problème mais il y a quand même des pathologies où excusez-moi, l'homéopathie ne suffira pas et je vais pas polémiquer sur l'homéopathie parce que moi j'en fais, mais ça n'est pas de surcroît, sur une pathologie comme ça, ça me paraît pas au mieux donc là ça, ça doit être fait par le généraliste effectivement. Et après au généraliste de dire « écoutez, on a un protocole à la MSP, on peut vous prendre en charge, allez voir la psychologue pour qu'elle puisse commencer à vous aider à passer ce cap et tout ça ». Parce que moi je regrette le psychiatre, qu'est ce qui fait ? Bon on va en avoir un, je me suis bien gardé de le lui dire, mais quand vous mettez le réveil et que vous faites trois quarts d'heure « ah c'est fini vous me devez tant », bon voilà je préfère encore que cette personne paye 40 euros pour aller voir ma psychologue et c'est tout, bon je suis peut-être un peu têtue aussi mais voilà.

E : Utilisez-vous d'autres alternatives s'il n'y a pas d'indication à un traitement médicamenteux ou à la psychologie ?

M : Vous vous parlez de l'hypnose ou des choses comme ça ?

E : Ce que vous voulez.

M : De l'acupuncture, des choses comme ça peut-être ? Euh oui je vais vous faire rire, j'ai un patient qui enlève le feu, il est magnétopathe. Quand j'ai un zona, je propose à mes patients d'aller voir ce monsieur, de toute façon il met les mains comme ça, il va pas leur faire de mal, il peut leur faire que du bien. Alors il y en a qui en sont charmés, chez qui ça marche, il y en a chez qui ça marche pas, ils auront payé 30-40 euros mais ça peut être un test parce que le patient a un traitement, sait ce qu'il doit faire.

E : Donc on parle d'un patient chez qui vous avez instauré un traitement ?

M : Alors là je n'instaure pas de traitement mais je l'envoie chez quelqu'un d'autre qui lui fait quelque chose, c'est par rapport à ce que vous me disiez, je ne suis pas systématiquement dans le traitement médicamenteux. On peut être dans la réflexion, dans la parole, dans le discours, dans ce que vous voulez, c'est pas automatiquement avec des cachets qu'on le fait voilà.

E : Qu'est-ce que vous vous utilisez ?

M : Je vous dis on peut envoyer les gens faire de l'hypnose, on peut les envoyer faire de l'acupuncture pourquoi pas, ça peut être intéressant je dis pas. Alors vous avez des catégories de patients que vous connaissez bien donc vous dites ça, ça m'étonnerait que ça marche parce qu'ils y croiront pas, ils iront pas ; d'autres qui sont des candidats à ce type de choses puissent marcher. Alors après, vous pouvez leur dire « il faut vous inscrire à un club de randonnées pour avoir des gens avec vous qui vous entraînent et qui vous emmènent, vous pouvez aller jouer au bridge dans le club du coin », ça dépend comment vous sentez le patient, si le patient est seul chez lui, s'il a été abandonné, il n'a plus ses enfants et tout ça, il aura peut-être besoin d'être en contact avec quelqu'un ou peut-être que justement il aura besoin de ne pas être en contact. Vous pouvez l'envoyer voir le prêtre aussi, ça peut être une solution s'il y a des gens qui sont très croyants, ça peut servir.

E : Je reviens sur la discussion, la parole entre vous et le patient ?

M : Oui oui.

E : C'est vous qui parlez, c'est lui qui parle ?

M : Moi je préfère que ce ne soit pas moi qui parle parce que là je parle beaucoup parce que vous m'interrogez mais vous n'êtes pas malade donc c'est vrai que je sais me taire.

E : Non justement aucune notion de jugement.

M : Non je pense qu'il faut quand même effectivement faire parler le patient parce que bon il faut d'abord quand même savoir les tenants, les aboutissants et il faut peut-être aussi qu'il exprime ses problèmes, sa douleur, ses craintes, il faut et c'est pour ça que je pense qu'en une séance, en une consultation voilà vous le faites revenir, si vous sentez qu'il est pas bien, vous pouvez effectivement lui mettre un peu d'aubépine, de passiflore, de l'euphytose, soit vous pensez qu'il est pas très bien du tout et là vous lui donnez quelque chose de plus chimique et vous le faites revenir en fonction. Si vous le sentez pas bien, vous lui dites « en fin de semaine je veux te revoir pour discuter », rediscuter, vous lui donnez toujours quelque chose, vous lui dites « tu m'appelles, tu hésites pas, si tu tombes sur les secrétaires, tu leur dis que je t'ai demandé d'appeler », il faut donner des solutions, il faut pas laisser la personne qui sort de votre cabinet et ben finalement je l'ai vu mais ça m'a servi à quoi, à rien parce qu'il m'a rien dit, ça m'apporte rien. Et parfois sur ce type de problème, vous avez des gens qui diront rien, à qui il faudra tirer les vers du nez parce qu'ils sont très timides et surtout en plus avec le médecin même si vous le connaissez bien c'est pas facile, ou vous en aurez qui vont alors là vous en aurez pour 2 heures donc il faut essayer de les canaliser parce que sinon ils vont partir sur des histoires de chasse du grand-père, voilà donc ça il faut.

E : Pour les plus timides, vous les questionnez du coup ?

M : Sur les plus timides, j'essaye de les mettre en confiance, qui dit les mettre en confiance c'est essayer de, soit on les connaît, c'est essayer de les mettre dans des choses où ils se sentent bien, ou de parler de choses où ils se sentent bien mais alors finalement « tu as eu ça ça et ça et finalement du coup tu vas plus pêcher dans tel endroit », vous voyez ? Des trucs comme ça, c'est pour relancer parce que là il va sentir qu'il y a une canne, enfin c'est pas une canne même si on parle de pêche, quand on lui tend quelque

chose il va rebondir un peu là dessus, c'est un peu comme ça que je le vois, lui donner la possibilité de s'exprimer et pas partir dans des grandes considérations philosophiques sur la rupture ou sur le suicide ou sur la maladie ou des trucs comme ça dont il a rien à foutre parce que c'est pas un truc qu'il connaît et dont il aura besoin et qu'il lui apportera du soutien.

E : On arrive à la fin. Est-ce qu'il y a une dernière chose que vous aimeriez évoquer ?

M : Non je crois que ce qui serait intéressant, ce sera déjà de lire votre thèse, ça me paraît très intéressant et ce serait peut-être de voir effectivement la fin dans les conclusions si le fait effectivement d'être dans une société comme nous sommes, c'est à dire une société où tout va très vite et où c'est une catastrophe, une société où tout est déballé en 5 minutes sur internet ou sur les réseaux sociaux ou sur ce que vous voulez, une société où vous vous levez le

matin, vous vous couchez le soir, vous avez même pas vu passer la journée et ça c'est incroyable, c'est quelque chose que je vis au quotidien, alors j'étais peut-être plus jeune mais je pense pas que ça vienne de la jeunesse ou pas, j'avais pas cette impression là des journées qu'on voyait pas défiler. Cette pression au niveau du boulot qui est énorme et qui peut effectivement générer tout ce type de trouble, si ces facteurs là font pas que nous avons de plus en plus de difficultés à prendre en charge ce type de patients. Ce sera peut-être un autre sujet de thèse ? Je sais pas mais peut-être, je sais pas comment vous allez la construire mais ça peut être intéressant aussi de prendre en considération tous ces facteurs là parce que ça peut peut-être expliquer pourquoi on a des difficultés actuellement, moi je le pense, c'est l'avis d'un vieux toubib.

E : C'est intéressant.

Entretien n°7

E : En te basant sur ta pratique, quelle(s) situation(s) peut/peuvent te faire évoquer ce trouble ?

M : Euh on va dire que là où j'ai eu le plus souvent des problèmes, c'est sur les problèmes d'origine professionnelle qui causent du coup des troubles où généralement là on arrive à régler effectivement le problème à l'arrêt. Mais c'est vrai que j'ai pas beaucoup de recul, ça fait pas très longtemps qu'on est installé donc c'est vrai que sur les délais 3mois-6mois pour l'instant, je n'ai pas eu trop de, je n'ai pas assez de délai quoi. Mais sur ça et peut-être un cas aussi sur suite à une rupture conjugale où il y en a un que je pourrais peut-être discuter mais bon j'ai commencé à le suivre depuis pas très longtemps donc il vient me voir depuis peu par rapport à ça.

E : D'accord. En prenant l'exemple de ce patient là, il est venu à toi pour quel motif à l'origine ?

M : Du coup, c'était au début juste une rupture difficile donc une dépression, pleurer, pas bien quoi, « est-ce que vous pouvez m'aider en gros ? » et après développer une agressivité, des difficultés dans son travail parce qu'il arrivait plus du coup à suivre, il avait changé un peu de comportement avec ses collègues et voilà donc il est venu du coup après me parler de ça qu'il avait des problèmes au travail et en poussant l'interrogatoire, je me suis rendu compte qu'en fait, il avait ce petit trouble du comportement avec eux où en fait il était agressif . C'est le seul que je vois qui pourrait éventuellement se rapprocher de ce que tu m'as expliqué.

E : D'accord. En partant de cet exemple là, le premier motif si j'ai bien compris c'est plutôt des symptômes d'allure dépressive ?

M : Ouè ouè.

E : Et il t'a dit directement le stress qui a pu le provoquer ?

M : La rupture ?

E : Oui.

M : Il m'en a parlé assez rapidement oui. Il m'en a parlé pendant la première consultation qui m'a duré un bon trois quarts d'heure donc mais au cours de la consultation, au bout d'un moment, il m'a dit qu'il était en séparation et que c'était suite à ça qu'il était mal parce qu'en fait il s'était fait quitter par sa femme du jour au lendemain sans vraiment comprendre ce qui s'était passé. Donc à force il m'a expliqué voilà l'histoire, on va dire privée qui s'était déroulée, à priori elle l'aurait trompé et tout ça, il me l'a dit au fur et à mesure. Au début, il est venu juste pour me dire qu'il était triste, qu'il allait pas bien, qu'il pouvait pas aller bosser comme ça, qu'il dormait pas, qu'il était fatigué ; généralement le premier motif c'est la fatigue et au fur de la consultation, j'ai pris le temps, c'est venu assez facilement à la première quoi, à la première consult.

E : Et dans ce cas là, comment tu prends en charge ce type de patient ?

M : Euh j'écoute beaucoup. Généralement je le laisse parler, je lui pose des questions ouvertes pour essayer un petit peu de l'orienter, de comprendre ce qu'il veut, ce qu'il recherche, pourquoi il vient me voir ? en quoi il veut être aidé et qu'est-ce que je peux faire pour lui ? Et après j'essaie un petit peu de voir par rapport à ses réponses. Et après généralement une fois qu'il a bien déballé son sac, généralement je propose une prise en charge donc si je vois qu'il a besoin d'un traitement médicamenteux, je commence à en parler ou des fois, je commence simplement par des traitements simples phytothérapeutiques, des trucs légers ou du Stresam quand il y a des troubles anxieux associés. Et après je propose une thérapie, je l'oriente soit vers un psychologue ou rarement par un psychiatre parce que déjà on a un accès qui est assez compliqué ici et puis ils ont du mal à accepter de suite de parler de psychiatre en

général, ils ont plus ce côté « je suis pas fou , j'ai rien de... » donc après je propose de les revoir, parfois généralement, en l'occurrence lui, je l'ai revu, je lui ai mis 4 jours de traitement il me semble ou une dizaine de jours et je l'ai revu rapidement après. Donc moi je fonctionne comme ça.

E : Tu parlais d'écoute, comment tu t'y prends ?

M : Pour le faire parler ?

E : Pour l'écouter.

M : En non verbal quoi, c'est ça ?

E : Ouè par exemple.

M : Ben je le regarde et je le pousse à continuer quand il commence quelque chose, je vais dans la précision. Généralement je suis assez pointilleuse, même pour savoir ce qu'il s'est passé quand ils arrivent et qu'ils me disent, qu'ils se mettent à pleurer ou quoi que ce soit, je cherche à leur faire dire le fond du problème et s'il faut qu'ils remontent à la rupture et qu'ils m'expliquent ce qu'il s'est passé dans leur couple, je trouve que c'est important pour comprendre l'état dans lequel il est et donc généralement je les fais un peu aller au, j'insiste un petit peu, je vais vraiment à la base du problème et voilà après généralement j'arrive à faire dire pas mal de choses comme ça. Assez étonnement même parce que je pensais pas que les gens se confiaient, je les vois pour la première fois et ils me racontent pas mal de choses privées qui se sont passées. Il y en a une qui m'a expliqué qu'au bout d'une consultation, elle avait été agressée sexuellement par son père dans l'enfance et que tous les problèmes qu'elle venait, je la voyais depuis plusieurs fois pour « mal là mal là mal là » et en fait elle est venue parce qu'elle avait mal au dos et à la fin ça s'est fini « je suis déprimée parce que j'ai été agressée sexuellement quoi », parce que justement je la laisse beaucoup parler et que je vais dans le pointilleux, j'insiste.

E : Quand tu dis que tu insistes ? Comment tu t'y prends ?

M : Ben généralement je pose des questions, je fais que des questions ouvertes, je ferme jamais mes questions donc comme ça je la laisse parler et que quand elle va commencer à me dire quelque chose, par exemple « ben dans mon couple ça va pas », ben là je rebondis dessus « Qu'est-ce que vous voulez dire par ce qui va pas ? Est-ce que vous êtes en période de rupture ? » Pour essayer un peu de comprendre ce qui se passe. En fait je rebondis de suite sur ce qu'ils disent en refaisant des questions ouvertes.

E : La prise en charge dont tu parlais tout à l'heure, tu la fais sur une consultation ?

M : A la fin de la première, je propose déjà quelque chose, généralement quelque chose d'assez, je mets rarement des traitements d'emblée sauf si vraiment je vois quelqu'un qui est mal mais sinon si je vais mettre, on va dire c'est souvent ils viennent pour ça parce qu'ils dorment pas, qu'ils sont fatigués, donc je leur donne un anxiolytique léger, quelque chose pour essayer d'un petit peu les calmer et je propose de les revoir rapidement généralement, je les vois avant la fin du mois, une quinzaine de jours après pour en rediscuter et je leur dis d'essayer de réfléchir un peu justement chez eux et de se repositionner un petit peu sur tout ce qu'on a dit et de repenser à la consultation qu'on a eue.

E : D'accord, tu leur proposes de les revoir généralement ?

M : Je les revois tous, je les revois tous. Soit je les fais sortir et je leur dis « prenez un rendez-vous » quand je vois que. Et sinon je leur donne carrément le rendez-vous en consultation, je leur dis « on se revoit, vous travaillez quand ? », ben on se revoit à telle date, ça les oblige, je leur dis pas « rappelez moi », je leur fixe directement le rendez-vous.

E : Et lors du 2^{ème} rendez-vous, comment tu t'organises ?

M : Comment j'attaque c'est ça ?

E : Oui.

M : Ben je leur demande comment ils vont depuis la dernière fois et s'ils ont réfléchi à ce dont on avait parlé, et après généralement, moi les quelques fois, bon après il y en a toujours qui sont obtus et avec qui ça fonctionne pas mais ils me disent ce qu'il s'est passé depuis la dernière fois, je leur demande « Où en est leur histoire ? ». Généralement je fais ça, je dis « Bon où est-ce que vous en êtes ? Et de vos histoires personnelles ? » Et là du coup je les relaisse parler.

E : Pendant cette consultation tu t'assures aussi qu'ils aient compris ?

M : Ouè je refais le tour sur ce qu'on a discuté la première fois, je regarde s'ils ont bien entendu ce que je leur ai dit et là du coup généralement s'il y a besoin, je vais plus sur les traitements, sur la prise en charge vraiment thérapeutique médicamenteux ou pas.

E : Tout à l'heure, tu parlais d'orientation vers psychiatre ou psychologue il me semble ?

M : Psychiatre très rarement parce que d'abord on a très peu d'accessibilité ici, ils sont débordés et t'as des rendez-vous dans 3 plombs donc généralement c'est un peu compliqué, sauf quand vraiment j'ai des cas où c'est le cas du psychiatre, j'oriente plus facilement vers les CMP mais pareil c'est moi qui prend les rendez-vous, je m'en occupe. Et sinon j'oriente vers des thérapies, enfin tout ce qui est non médical, je dirai paraméd donc psychologues ou même des fois j'oriente si je vois que c'est de l'anxiété, des choses comme ça plutôt vers des hypnothérapeutes, voilà tout ce para, qui est pas du médical, qui est à côté mais qui est très à la mode en ce moment et les gens sont contents quand je leur propose des choses comme ça, parce que je reste pas en disant il faut mettre des médicaments et allez voir le psychiatre, parce que généralement ils veulent pas en premier. Et après, il y en a d'autres par contre qui reviennent

et que j'évoque, peut-être qu'eux il faudrait « non non non » et après ça revient et ils disent « en fin de compte peut-être que ça ferait du bien d'avoir quelqu'un avec qui parler » et là je les oriente vers le psychiatre.

E : Donc à quel moment tu vas les orienter vers psychologue ou psychiatre ?

M : Quand je m'en sors pas, quand je suis face à quelqu'un où j'arrive pas ou je sens que je peux pas l'aider. Généralement je, sinon j'essaye, je les revois, je fais, je parle avec eux mais si je vois qu'à chaque fois que je les vois je progresse pas, j'arrive pas à avancer, je les envoie. Ou si je sens que l'histoire est trop compliquée, en gros je vois par rapport à moi, est-ce que j'arrive à gérer la situation qu'il y a en face de moi ou pas ? Outre là, on parle des troubles on va dire simples. Evidemment là j'en ai une que j'ai orientée parce qu'elle est dépressive je pense, elle a fait plusieurs tentatives de suicide suite à un accident de travail qu'il y a eu il y a 8 ans et elle, clairement, je l'ai envoyée directement chez le psychiatre, dès qu'elle a commencé à me parler de ses tentatives de suicide à répétition et que j'ai compris qu'il fallait que je lui mette aucun traitement parce qu'il allait pas suffire, elle, je l'ai envoyée chez le psychiatre parce que je sentais que c'était trop compliqué et que toute seule j'y arriverai pas. Mais sinon après quand c'est le reste, je le fais facilement toute seule.

E : Et comment tu perçois ton rôle dans la prise en charge de ces patients ?

M : Euh je pense que le médecin généraliste, il est en première ligne sur les problèmes comme ça parce que c'est à nous qui parle en premier. Si on a établi une bonne relation de confiance et qu'on leur fait comprendre que dès le début ils peuvent nous parler et qu'on est absolument pas là pour les juger, ils nous disent beaucoup de choses et je pense que c'est juste, quand t'es à l'écoute, moi j'hallucine, les gens ils me déballet des choses mais presque je leur ai rien demandé quoi et ils m'annoncent des choses que je m'attendais pas forcément. Et des fois je dis, j'en ai encore fait pleuré une, elle s'est assise,

elle se met à pleurer quoi alors qu'elle vient « je viens parce que j'ai mal au dos » et puis là d'un seul coup vla et puis on m'a dit plusieurs fois, je me sens en confiance parce que je pense que j'écoute et je mets pas. Disons que je prends mon temps sur des consultations mais y compris sur le sans rendez-vous même si j'ai des après midi comme celle que j'ai aujourd'hui, ben des fois ma consultation va durer une demi-heure, ben si les autres derrière ils sont pas contents et qu'ils râlent, ben je prends le temps quoi, je les finis pas rapidement, je prends le temps de les écouter. Et du coup je pense que c'est une des choses qui manquent en médecine générale, c'est qu'on prend pas le temps, c'est normal, c'est le travail qui veut ça, quand on voit, moi je vois 35 patients par jour c'est énorme, donc même si je prends une demi-heure-45minutes par patient, je m'en sors pas mais il y a des fois où il y en a certains, il faut pas les loucher parce qu'ils sont là et ils ont besoin de parler.

E : Quels outils tu utilises ?

M : Alors outils, c'est-à-dire ?

E : Quand tu te retrouves face à un patient avec ce type de trouble en consultation, quels moyens mets-tu en place ? As-tu des moyens particuliers pour les prendre en charge ?

M : Non j'ai pas encore trouvé de...J'ai pas comme ça, j'ai pas l'impression d'avoir des règles en fait encore, je fonctionne pas mal au feeling de la consultation.

E : Et du coup, comment tu t'organises ?

M : Je suis pas capable de te répondre, je sais pas, je sais pas comment...ça commence, je sens que ça va partir sur, on va dire de la psy, ben je m'installe dans mon fauteuil et je change de position. C'est à dire que sur une consultation, je vais être plutôt comme ça sur l'ordinateur, dès que je vois que la personne a besoin de parler, je vais prendre le temps, je me recule (recul sur son fauteuil), je m'installe et généralement je pousse le clavier, l'ordinateur il est plus là et je regarde le patient et je me concentre que sur ce qu'il a à

dire en fait et c'est à la fin quand je vois qu'on tourne en rond et que la consultation n'apporte plus grand chose et qu'on a plus d'idées nouvelles qui sortent, que là je reprends l'ordi et je note sur le dossier pour me souvenir pour la prochaine fois et je fais le résumé de la consultation. Voilà les choses à moi que je fais. Après j'utilise pas d'échelle, je suis absolument pas, tout ce qu'on nous apprend pendant nos études, au DMG, machin, les échelles dépression tout ça, pour moi c'est absolument pas mon truc.

E : Je pense que tu dois les utiliser mais sans t'en rendre compte ?

M : Oui voilà c'est ça, j'utilise mais sans coter quoi ce soit, sans noter voilà c'est plus comme ça quoi, je fais pas de chichi de chiffres, après si tu regardes mes dossiers, il y a aura pas écrit, voilà c'est juste ça.

E : D'accord ok. Quels éléments pour toi peuvent influencer la prise en charge de ces patients ?

M : Qu'est-ce qui peut influencer la prise en charge ? Euh....Dans leur comportement ? Ou dans la consultation comment elle se déroule ?

E : Pour toi, qu'est-ce qui va faciliter la prise en charge de ces patients ?

M : Déjà qu'il soit seul souvent, parce qu'à partir du moment où il y a une deuxième personne, ils sont différents. Sauf dans certains cas, ça m'est arrivé j'ai des patients qui parlent très bien, leur ami à coté, d'autres si je les prends avec quelqu'un j'aurais pas du tout la même conversation donc ça déjà c'est important. Et après j'ai plus de temps, je prends plus de temps sans rendez-vous parce que quand t'es sur rendez-vous c'est compliqué d'avoir énormément de retard ; et quand je sais que j'ai des patients ça va être pour ça, je les mets en fin de consult et là comme ça j'ai pas de stress derrière, de me dire si je suis en retard, pas en retard, j'ai quelqu'un qui attend. Des fois je les mets le soir ou à midi et comme ça j'ai le temps, donc ça c'est ce qui moi me permet de faciliter

ma consultation. Après pour faciliter la prise en charge, c'est plus facile si j'ai quelqu'un en face qui est réceptif et que je sens que je peux l'aider. Parce que si j'ai quelqu'un qui est fermé dès le début ben c'est compliqué, j'arrive pas à engager le truc. J'en ai une, une jeune que j'ai essayé, c'était plutôt pour des troubles anxieux, j'ai essayé une fois, j'ai organisé tout un truc, je m'étais renseignée en plus sur le sujet, c'étaient des troubles anxieux avec de l'agoraphobie, elle était en première année de médecine, j'avais bossé dessus, j'avais préparé la consult, et en fait première consultation elle était fermée quoi. En fait elle avait été amenée par sa mère, je pense qu'elle comprenait pas, pour elle, il n'y avait pas vraiment de problème donc elle était comme ça sur sa chaise toute fermée, en fait je lui parlais, je lui posais des questions, elle répondait pas, elle parlait pas quoi donc du coup j'ai essayé, je lui ai dit « on se revoit » et en fait j'ai jamais revue, enfin je l'ai revue mais pour d'autres choses et puis la fois où elle est revenue après « ah ben ça va beaucoup mieux, j'ai plus rien, j'ai plus de trouble anxieux , je sors et je suis plus enfermée chez moi, je vais très très bien » donc je sais qu'il y a un déni, elle est pas bien, je le vois mais j'arrive pas à, elle, j'arrive pas à l'aider du tout. Après c'est compliqué parce qu'elle est dans le déni, sa mère est dans le déni donc les gens on peut pas les aider s'ils ont pas envie d'être aidés hein c'est compliqué.

E : Et comment tu t'y prends dans ces cas ?

M : J'essaye, j'en parle à la famille un petit peu, quand je vois la famille « Alors comment ? » Pour essayer un peu de montrer, en l'occurrence là parce qu'elle est assez jeune, elle a 18 ans donc j'en parle à sa mère et à sa grande sœur pour montrer qu'il y a peut-être un problème et qu'il faudrait l'aider et après pas plus. J'essaye quand je la vois, je lui demande à chaque fois comment elle va, je lui demande si ça va mieux, s'il refait pas, s'il a pas à nouveau des soucis, si elle sort de chez elle et elle me dit « oui », moi je peux pas...

E : Et qu'est-ce qui te fait penser ?

M : Son comportement. Et je sais pas, c'est quelque chose que tu ressens. Il y a des gens je sais pas si c'est notre métier qui nous fait ça mais il y a des trucs que tu sens quand même. Tu les vois les gens tu te dis il y a un truc bizarre et en fait à la fin de la consultation, tu comprends qu'il y avait quelque chose de bizarre donc elle est refermée sur elle-même, c'est son non verbal qui me fait vraiment penser au fait qu'il y a quelque chose qui cloche chez elle, j'arriverai peut-être un jour à la faire parler, à comprendre.

E : Et quelles sont les difficultés à la prise en charge de ces patients pour toi ?

M : Quand je dois les orienter justement, c'est le manque de personnes en face, de spécialistes à qui adresser, j'ai pas de contact, très peu en psychiatrie dans la région parce que déjà j'ai pas fait de stage de psy, j'ai pas trop bossé avec des psy donc j'en connais pas 40 et les quelques que je connais ils prennent plus de nouveau patient donc en fait quand on me demande, je sais pas qui envoyer donc facilement ça va être au CMP parce que c'est le plus facile et qu'eux ils

prennent tout le temps mais c'est vraiment là, c'est que. Et en plus, c'est difficile parce qu'en ce qui concerne les psychologues, je trouve que c'est très dépendant de, enfin je dirai presque un patient un psychologue quoi, le voisin ben peut-être qu'il va pas aimer la psychologue, ton psychologue à toi alors que toi tu le trouves génial et c'est là que c'est difficile. Quand les gens ils te disent « vous avez quelqu'un à nous conseiller ? », je leur explique que « oui j'en connais mais je sais pas si ça va marcher avec eux » et c'est là que je trouve que c'est difficile quand je dois les orienter, c'est pour ça qu'en fait au final, j'essaye de me débrouiller toute seule parce que c'est plus simple que de devoir les envoyer à quelqu'un.

E : Donc finalement, c'est beaucoup toi qui accompagnes tes patients ? J'essaye ouè, j'essaye.

E : Est-ce que tu as quelque chose à ajouter ?

M : Non.

Entretien n°8

E : En te basant sur ta pratique, quelle(s) situation(s) peut ou peuvent te faire évoquer ce type de trouble ?

M : Le travail, gros thème, j'ai beaucoup de gens sur le travail. Euh...(silence) Un diagnostic d'une connaissance, un diagnostic grave d'une connaissance.

E : D'une connaissance ? C'est-à-dire ?

M : « J'ai ma copine, on lui a trouvé un cancer », alors qu'elle avait rien, « donc il faut qu'on me dépiste de tout partout partout » et ça crée un genre d'hypochondrie.

E : L'annonce de la maladie d'un proche ?

M : Exact ou de la voisine ou du facteur.

E : De quelqu'un qu'il connaît d'accord.

M : Qu'il côtoie ouè. Euh...Professionnelles, ben familiales ! Dans tous les domaines que ce soit conflit pour X raisons, décès brutal ou pas.

E : Pardon j'ai pas précisé, on exclut le deuil et deuil pathologique.

M : Donc conflit dans la famille pour tout. Dernièrement j'en ai vu, tout à l'heure, une dame qui fait des manifestations somatiques, un espèce d'urticaire trop bizarre parce que son beau-frère a décidé qu'il ne l'aimait pas, sans raison et elle fait des manifestations, on sait pas avec un trouble psychologique, en effet sans aller jusqu'à la dépression, elle le critique mais elle a du mal à le gérer. Et elle pense le maîtriser mais il y a ces éruptions cutanées qui sortent.

E : D'accord donc cette patiente là s'est présentée à toi pour ces manifestations somatiques, c'est ça ?

M : Ouè et en creusant un poil, paf elle m'a déballé son problème avec un tel, un tel, un tel.

E : En creusant un poil, tu peux préciser ?

M : Elle a essayé des traitements, tous les traitements dermato possibles. Donc elle arrive, ben elle a déjà tout essayé donc pour moi c'est relativement simple. Je lui fais une biopsie cutanée pour aller vraiment éliminer la cause organique et je lui dis « bon on attend les résultats mais si c'est normal, est-ce qu'on a un déclencheur ? » Et là elle me parle de « oui un tel, un tel, mon beau-frère a décidé qu'il m'aimait pas » et comme dans sa famille tout le monde l'aime et ben c'est elle qui est mise de côté.

E : Tout le monde l'aime ?

M : Tout le monde aime son beau-frère.

E : D'accord.

M : Et du coup, là il y avait 3 semaines de vacances cet été, elle a pas pu y aller chez ses parents. Il était là 3 semaines chez ses parents et comme il était là, elle a pas pu aller en vacances chez ses parents.

E : Elle n'a pas pu à cause de quoi ?

M : Parce qu'il y a un conflit entre les deux, qui est mal étiqueté parce qu'on sait pas, elle m'a pas dit pourquoi elle l'aimait pas, après elle m'a pas détaillé, peut-être qu'elle le sait.

E : C'est elle qui ne l'aime pas ?

M : Non c'est lui qui l'aime pas elle et elle le vit mal de ne pas être aimé par quelqu'un, et en plus tout le monde lui reproche qu'il ne l'aime pas. D'où cause familiale de tout et n'importe quoi.

E : Et tu lui as posé la question « Est-ce qu'il y a un élément déclencheur », c'est la question que tu lui as posée ?

M : Oui.

E : Et tout de suite ça lui est venu ?

M : Ouè ben c'est la première question que je pose et une fois sur deux, on me dit « il y a ça » bon.

E : Et quand la fois sur deux, tu n'as pas la réponse ?

M : Ça marche pas ?

E : Comment tu t'y prends ?

M : Et ben je tends des perches, je fais différent : et au travail et l'amoureux et la famille et les enfants et...

E : Comment tu fais ?

M : Comme ça, je dis « pour le problème qui a amené ça, on va essayer de trouver un déclencheur parce que sur ça on peut travailler facilement. Quand est-ce que ça allait bien ? A quel moment c'est plus allé bien ? » Et là souvent ils comprennent pas trop, ils ne savent pas trop, et j'essaye de les orienter, la famille et là ils te disent « ah oui il y a un tel ; ou alors au travail et ben oui depuis que je fais ça il y a ça ; les enfants ». Voilà je liste les différents secteurs que je pense pouvoir amener des problèmes et je vois. Alors autant ils sont aptes à en parler, autant non, s'ils sont pas trop aptes, je leur liste quand même et quand je les revois « ah ben j'y ai réfléchi et en fait oui il y a ça ».

E : Alors tu leur listes, c'est à dire ?

M : Ce que je viens de te dire là « alors les facteurs déclenchants ça peut être dans plein de secteurs, on peut réfléchir à ça, ça, ça, à la famille, au travail, aux amis, les dates, le quand j'étais bien, quand j'étais plus bien » et des fois

ils comprennent pas trop et la fois suivante ils me disent « j'y ai pensé et ouè j'ai pensé à ça ».

E : D'accord. Tu leur écris ou tu leur dis ?

M : Je leur dis. Parce que s'ils veulent s'occuper de ça, ils vont s'en souvenir. S'ils veulent pas s'en occuper de toute façon, ça marchera pas et puis j'en reparlerai peut-être et je vois s'il y a l'hameçon qui mord, sinon.

E : Dans ce cas là tu leur proposes de les revoir ?

M : Si ça les intéresse de s'occuper de ça oui. Sinon je revois pas les gens à qui je fais une prise de sang systématiquement parce que je reçois les résultats mais à ceux que j'aimerais revoir, je me sers de cet argument-là pour les faire revenir « Vous venez comme ça on fera les résultats » et en même temps j'en profite pour parler de ça.

E : En fait quand tu suspectes qu'il y a peut-être quelque chose d'ordre psychologique ?

M : J'ai planté la graine et je vois si ça germe quand je les revois pour la bio, au moins ils reviennent et ça les travaille pas trop.

E : Ok. De manière générale, comment tu perçois ta place dans la prise en charge des patients atteints d'un trouble de l'adaptation ?

M : En première ligne. Et peut-être un pivot, peut-être le pivot principal parce que il y a plus beaucoup ...Ben je pense au secteur du travail et j'ai l'impression que le monde du travail est dans un état catastrophique et les gens sont complètement perdus et ils sombrent dans le « pas bien » à cause du boulot, jusqu'à la dépression, sans s'arrêter au trouble de l'adaptation. Et les gens, ils viennent te poser des questions qui sont même plus médicales parce qu'ils savent pas vers qui se retourner, ils viennent te voir et te disent « il faut m'aider, je suis pas bien, faut m'aider ». Alors est-ce que c'est géographique ? Que c'est typique d'ici ? Que les gens ont pas de point de chute pour ces problèmes-là qu'ils viennent voir leurs médecins

généralistes ? Peut-être mais en tout cas, c'est des moments qu'on a régulièrement.

E : Donc ils te posent des questions à quel point de vue ? médical ?

M : Non j'ai une jeune fille, il y a pas longtemps, complètement mangée par son employeur, elle est venue me demander de l'aide, pas me demander de la soigner « Il faut m'aider, j'en peux plus », elle craquait complet, elle est pas tombée dans la dépression mais si on laissait ouè je pense qu'elle lâchait complet, une jeune femme. J'ai pu la sortir de son travail par un arrêt de travail et une semaine après elle avait rebondi, elle repartait, elle est allée à pôle emploi, elle avait des formations partout, avec sa famille ça retournait bien voilà mais elle venait pas pour un vrai problème médical, elle venait pour son problème au travail qui lui pourrissait la vie, elle a posé sa démission et puis elle a réembrayé.

E : Ok si j'ai bien compris, ils viennent voir leur médecin généraliste pour demander de l'aide mais pour toi c'est pas un problème médical ?

M : Ben là pas forcément. La conséquence du problème est peut-être médicale, psychologique, psychiatrique, ce que tu veux mais la source non. Si elle n'avait pas été mise devant cet employeur là, il n'y aurait pas eu de problème. Du coup elle était pas en dépression, elle était anxieuse, est-ce qu'on peut poser le diagnostic de trouble anxieux ? réactionnel ouè peut-être mais au delà je trouve qu'on est un peu borderline sur l'intervention médicale.

E : Ce qui te pose problème, je vais essayer de reformuler, le fait que le facteur de stress déclenchant ne soit pas d'ordre médical, c'est ça ?

M : En vrai ça m'est égal, moi je suis content qu'elle soit venue me demander de l'aide. Je trouve que c'est cool qu'on puisse aider les gens sans les mettre sous cachetons, faire une écho, une IRM. Voilà et moi j'aime bien cette place.

E : D'accord. Tout à l'heure, tu as évoqué le mot « pivot » par rapport au rôle du médecin généraliste, qu'est-ce que tu entends par « pivot » ?

M : Juste pour ça ou pour le rôle du médecin généraliste tout court ?

E : Quand je t'ai posé la question comment tu perçois le rôle, tu m'as parlé de « pivot » ?

M : Oui parce qu'on n'est pas forcément dans une région au niveau socioculturel très développé et qu'ils sont facilement perdus, et qu'ils peuvent pas toujours se reposer sur leurs parents ou sur leur entourage, on n'arrive pas à les orienter de la bonne manière et ils se rapprochent à qui ? Ben à leur médecin, donc ils viennent me voir facilement pour, même pour discuter, ou pour faire des choix.

E : D'accord ok. Comment tu prends en charge ce type de patients ?

M : J'en sais rien, c'est pas codifié. Pffff (silence)...En ayant pris le temps de les connaître, en les interrogeant, en discutant, plus que...Et puis et puis ouè (silence)

E : Quels outils tu utilises ?

M : Je suis pas outils, je suis pas code, je suis pas classification.

E : Alors plutôt quels moyens tu mets en place dans ce type de prise en charge ?

M : Eviction du facteur déclenchant. Si on balate le truc professionnel c'est ça. Et ensuite orienter, parce qu'on peut pas jouer au psychologue parce que c'est trop long et que j'en n'ai pas les compétences, orienter psychologue et psychiatre si vraiment. Alors psychiatre pour 2 raisons, soit pour la compétence médicale, soit pour le côté remboursé, parce que ça fait un suivi complémentaire du mien et une consultation un peu plus longue et si on tombe sur un psychiatre qui a envie de l'aider, ben ça donne une réponse. Mais tous n'ont pas la, la raison psychiatre pour

le côté remboursé est souvent évoquée, même si je préférerais un psychologue.

E : Pour quelles raisons ?

M : Parce que ce n'est pas forcément des pathologies psychiatriques, pas forcément du TOC, de la dépression identifiée. Des fois, on est un peu borderline, on a besoin d'être un peu guidé, d'un peu de gestion psychologique, plus que de l'ordonnance du psychiatre qui est pas forcément là que pour écouter.

E : Donc si j'ai bien compris, tu les orientes pas vers les psychologues du fait que ce ne soit pas remboursé ?

M : Oui, je leur demande toujours « Est-ce que vous avez les moyens de régler un psychologue ? Oui ? Non ? » S'il peut pas, je l'envoie pas, il ira pas donc je l'envoie vers le psychiatre en espérant qu'il puisse répondre à son problème, c'est pas toujours le cas parce que clairement les psychiatres, ils sont pas psychologues.

E : Et dans ce cas là, s'il peut pas payer le psychologue et que l'accès au psychiatre est compliqué, qu'est-ce que tu fais ?

M : Je le revois autant que faire se peut, dans mon petit délai de 15 minutes et je dépasse ma consultation et je suis à la bourre sur toute l'après midi, toute la matinée. Après ça me déplaît pas, malheureusement j'essaye de proposer ce suivi aux gens que j'ai l'impression de pouvoir aider. Celui que je sens que ça me dépasse et que je ne peux pas, si vraiment il peut pas être orienté et ben c'est plutôt le fait, s'il ne veut pas s'en sortir et je sens que je vais dépenser mon énergie dans le vide je le fais pas, je l'oriente et même si...Est-ce que même si je sais qu'il ne va pas y aller j'en tiens pas compte ? Je sais pas, je sais pas (silence).

E : Quel type d'entretien tu mets en place ?

M : J'ai rien de stéréotypé, j'essaye de l'aider. Comment ? Je ne suis pas construit comme ça, je ne vais pas réussir à t'aider.

E : Tu m'as évoqué l'interrogatoire, la discussion tout à l'heure, est-ce que tu pourrais me préciser comment tu t'y prends ?

M : Absolument pas. Je vais être extrêmement prétentieux, j'ai un bon feeling avec beaucoup de gens et je le fais au feeling. J'ai toujours eu un bon feeling, c'est toujours bien facilement passé et j'en profite, je me sers de ça, je me sers de mon expérience de merde, du coup je me suis posé beaucoup de questions.

E : De merde ?

M : Enfin expérience de vie compliquée qui fait que j'ai trouvé des réponses à des problèmes sur lesquels je peux me reposer pour aider mes patients.

E : Donc ton expérience personnelle, privée ?

M : Oui complètement, j'ai absolument pas appris ça à l'école. Je pense que j'arrive à beaucoup me reposer là-dessus. Est-ce que j'arrive à aider les gens ? Un peu. Mais le codifier non non, je suis pas capable de t'aider pour ça.

E : Justement, mon intérêt est de voir comment les médecins travaillent pour essayer de codifier quelque chose.

M : Ouè ouè se reporter quand je me sens démuni, ben tiens si j'arrive à me reposer, là elle m'a marqué ça, je peux embrayer là-dessus, ça me guiderait, pourquoi pas ?

E : Pourquoi pas. Pour toi, quelles sont les éléments qui peuvent influencer la prise en charge de ces patients ?

M : Leur environnement, niveau socioculturel, leur entourage, l'environnement. Je sais pas mais j'aime bien lister, mettre les différents plans de la vie, le travail, la famille, les amis, les loisirs. « Est-ce qu'il y a un des plans qui

fonctionne ? S'il y a un des plans auquel se raccrocher, c'est déjà bien. » Il y a des gens ni professionnel, ni familial, ni ami, ni loisir, il y a aucun, ils arrivent à se raccrocher à rien, ils sont là, alors là c'est compliqué.

E : D'accord. Est-ce que tu vois d'autres difficultés quant à cette prise en charge ?

M : Des difficultés ? Oui, le type qui vient, que tu vois régulièrement et que ça avance pas, que les médocs font rien, que de toute façon sans facteur déclencheur, tu peux pas, j'ai du mal à borner ton histoire avec la dépression. J'ai un monsieur, sa famille, enfin il divorce, ses filles sont pas avec lui, ses filles veulent fuguer pour le retrouver, seulement il a une garde, pas une vraie garde partagée, il les voit un week-end tous les 15 jours, il craque complet parce qu'il voit pas ses filles et j'ai beau changer les traitements, discuter avec lui, le déclencheur il est là, il est en pleine démarche juridique et administrative, je sais qu'on est parti sur 2-3 ans avant d'avoir la moindre réponse. Euh alors là j'ai un mur, je le vois régulièrement, il est toujours dans le même état. Alors si, on se raccroche à un plan, le travail ça va mieux. Mais ouè face à ça tu, je peux rien faire, j'ai changé 3 fois d'antidépresseur pour essayer de donner un coup de main, les résultats sont les mêmes, forcément parce que l'événement déclencheur il est là et il ne changera pas.

E : Par rapport à ta question, ça devrait disparaître après disparition du facteur déclenchant mais tant qu'il est là effectivement, le risque est que ça se chronicise.

M : Chroniciser, à la limite si ça reste stable ça va mais s'il finit par se pendre.

E : Ça peut être une des complications du trouble de l'adaptation. (Silence)
Il me semblait que tout à l'heure tu avais évoqué le manque de temps et de formation ?

M : Ah formation on n'en a aucune, à ce sujet là ! On nous parle de prise en charge globale à l'hôpital mais on nous l'apprend pas. On nous

bassine avec la prise en charge globale, à aucun moment on nous a appris à s'occuper de quelqu'un. On nous a appris à soigner et encore, on nous a pas appris à s'occuper de lui, à l'accompagner dans ces ...non ?

E : J'écoute ce que tu me dis.

Et par rapport au manque de temps, comment tu le pallies ?

M : Je fais quand même, je suis à la bourre, tant pis.

E : Et du coup, tu instaures un suivi pour ces patients-là ?

M : Oui. Si je les mets sous médicaments, je sais pas si c'est ton sujet. Si je les mets sous médicaments, je fais des ordonnances courtes et je demande à les revoir. Et si j'ai un mec qui est vraiment régulier, ben on se rencontre s'il est volontaire et ça me donne envie de m'occuper de lui ; parce que s'il est volontaire, on va pouvoir faire un truc ensemble.

E : Donc pour toi le traitement peut servir pour le revoir ?

M : Pour le faire revenir ouè. Parce que souvent, enfin je crois, ils sont un peu perdus, désorganisés et si je leur dis « prenez rendez-vous avec moi dans un mois », « pffff j'ai oublié, je suis en retard, je suis pas là ». Alors que si, ils ont l'ordonnance et ben ils voient que leur date de l'ordonnance et que les médicaments diminuent et ils prennent rendez-vous, ils sont là. Et ceux qui sont pas là, je leur demande encore une fois si ça va, s'ils me répondent toujours pas et ben tant pis.

E : Pardon, je reviens sur le manque de formation, visiblement la formation universitaire n'est pas en adéquation avec la pratique réelle, c'est ça ?

M : (Geste de tête acquiesçant)

E : Et là-dessus, comment tu pallies ce manque là ?

M : Par l'expérience ! Je pense que valoriser les stages chez les praticiens, c'est indispensable. Est-ce que c'est quelque chose qu'on peut vraiment codifier ? Je sais pas. J'ai du mal avec les échelles, avec les codes, avec les stades donc je m'en sers pas, sauf quand on me le demande, que j'en ai vraiment besoin, parce que voilà on me le demande. Et je pense que nos professeurs, enfin nos maîtres de stage n'avaient de toute façon pas d'échelle et pas de formation et qu'ils ont appris ça sur le tas et ils se sont construit leur guideline, enfin leur pratique sur leur expérience et si on peut bénéficier de cette expérience, je crois qu'il faut se raccrocher à ça.

E : Donc l'expérience professionnelle ?

M : Ouè ouè. Forcément les 2. Parce qu'on s'occupe des gens, on s'occupe d'une vie, on s'occupe pas d'un problème médical et on va soigner la même chose de façon différente en fonction de la personne qu'on a en face de nous. Donc on peut pas se décrocher, enfin se défaire de qui on est, de l'expérience personnelle, donc je pense qu'on se raccroche à l'expérience de nos maîtres de stage qui nous ont inculqué quelque chose et après on le fabrique, on fait notre cuisine à nous, non ? Il n'y a pas de bonnes réponses ?

E : Non effectivement. Bon as-tu quelque chose à ajouter ou dire quelque chose qui te semble important ?

M : Non on a déjà tout dit. C'est intéressant, je trouve ça génial de connaître ses patients, de pouvoir les suivre et pouvoir construire une prise en charge médicale autour d'une relation médecin-patient, c'est même plus que du médecin-patient à un moment donné, on va pouvoir les aider, c'est ça tu peux les aider, alors oui on n'a pas d'échelle pour ça.

Entretien n°9

E : En se basant sur votre pratique, quelle(s) situation(s) peut ou peuvent vous faire évoquer ce trouble ?

M : Alors (écrit en même temps chaque situation précédée d'un tiret)...

-Déjà je pense l'histoire de blouse blanche, ça peut provoquer ça, première chose.

-Deuxième chose, la peur de cancer ou maladie grave.

-Troisième chose, entrer dans une zone maladie qui nécessite un traitement à vie, c'est très chose très importante ok ?

-Peur de mourir, pourtant c'est pas forcément « chaque fois que je vois le médecin je vais mourir ».

-Peur de perdre les proches ou les gens qui sont très chers.

Ça je vois les choses comme ça. Mais autre chose, ça peut arriver suite à un autre traumatisme qu'on a, une hémorragie cérébrale ou autre chose. Mais ça c'est le plus important pour moi, dans la médecine générale.

E : Et en recherchant dernièrement dans votre patientèle, est-ce que vous pouvez me relater un exemple ?

M : Le plus, ce que j'ai vu, je pense que c'était la semaine dernière, c'est la peur de voir le médecin pour qu'il annonce un cancer, ça c'est, on aura tout le temps. « J'ai un ganglion ici et j'ai peur que c'est un cancer. Hier j'ai une masse derrière l'oreille, ah ça c'est un cancer qui va propager », chez une jeune fille d'une trentaine d'années. Ça la plupart des cas comme ça.

E : Est-ce que vous pouvez préciser un exemple de patient ?

M : Une patiente hier elle est venue, elle m'a dit « j'ai un ganglion derrière l'oreille et j'ai peur que ce soit un cancer, ça fait quelques mois », donc je l'examine, je lui dis « c'est pas un cancer ».

E : Dans ce cas, elle manifeste ?

M : Tremblements.

E : Des manifestations anxieuses ?

M : Anxieuses oui, tremblements, je l'ai remarqué, la main tremblait, le cœur je sais pas combien, trouble de parole, transpiration, même risque de faire des malaises devant moi. C'est très très impressionnant.

E : Et le motif pour lequel elle est venue c'était pour le ganglion ?

M : Pour le ganglion.

E : Pas pour ses manifestations anxieuses ?

M : Non non. Après je lui dis « non c'est pas un cancer, t'inquiète pas ». Elle s'est calmée après, tout de suite après.

E : Est-ce que vous voyez un autre exemple de patient en tête ?

M : Exemple une patiente qui venait tout le temps avec une tachycardie, tremblements mais ça c'est des crises de tétanie. Pourtant je la connais depuis longtemps, c'est pas la première fois, mais elle vient souvent pour une crise de tétanie, la peur de faire une crise cardiaque, c'est systématique. Mais soixantaine d'années, c'est pas trentaine d'années.

Voilà c'est le plus qu'on le voit. Après je vois l'été parce qu'on voit pas mal des touristes ici, ils ont des problèmes, je connais pas leur histoire, parce que le touriste, on le voit une fois. Les gens qui sont sous antidépresseur, qui ont peur d'attraper un coup de soleil ou un cancer de la peau ou de se noyer à la plage, ça c'est le problème des touristes, c'est pas ce qu'on voit ici systématiquement chez la patientèle chez nous, c'est du touriste.

E : Si j'ai bien compris, vous comparez les touristes avec votre patientèle, pour vous quelle est la différence, pouvez-vous préciser ?

M : Seulement l'état de stress quand ils viennent voir le médecin, c'est tout, il n'y a pas une grande différence entre les 2, c'est toujours la peur de prononcer un cancer ou une maladie, c'est tout, c'est pas une grande différence, quand on est malade on est malade, quand il y a un touriste ou pas de touriste. C'est pour ça, c'est vague cette histoire, on le voit pas, pour nous je pense pas que c'est une vraie maladie, c'est l'état psychologique mais pour moi ce n'est pas une vraie maladie cette histoire.

E : Comment vous percevez votre rôle dans la prise en charge de ce type de trouble ?

M : Alors il faut première chose, un examen clinique, je peux pas dire que c'est approfondi énormément non, un examen clinique dans le cabinet, tension, cœur, saturation, tout ça, et essayer de rassurer le malade. L'examen clinique c'est très important, contact avec le malade. Etre calme aussi devant le malade, ne pas être stressé aussi. De ne pas lui prononcer quelque chose qui est vague, ça c'est important parce que le malade quand il sort d'ici, il a enregistré les mots et après il entre dans une spirale d'imagination. L'examen clinique, rassurer le malade, faire des examens, parfois demander des examens qui sont nécessaires, et après le rassurer que « c'est pas une catastrophe quoi. »

E : Et comment vous le rassurez ?

M : Bien sûr quand je vois qu'il y a pas de cause pour ces troubles, je lui dis « c'est pas une catastrophe, faites moi les examens, on verra ça après ». Je le rassure comme ça.

E : Si j'ai bien compris en faisant des examens complémentaires ?

M : Examen clinique, examens complémentaires, en dehors des cas qui sont graves, ça c'est autre chose. Je peux pas rassurer un malade qui a un cancer de, qui a un cancer, il le sait.

E : Donc le rassurer sur l'origine qui n'est pas organique ?

M : Tout à fait. Mais je peux pas rassurer un malade qui sait qu'il a un cancer, ça je peux pas le rassurer, il faut être logique et ne pas dire qu'il a un cancer et non c'est rien du tout, c'est pas possible.

E : Comment vous vous y prenez pour ce type de patient ?

M : Les cancéreux, c'est une procédure à part.

E : Vous pouvez préciser ?

M : Alors, hier j'ai reçu un monsieur anglais qui apparemment, je ne suis pas sûr jusqu'à maintenant, qui a un cancer de la prostate ou pas. J'ai essayé de le rassurer pour lui dire « je suis pas sûr qu'il y ait un cancer de la prostate, avant d'avoir biopsié, examens et tout ça. » Et après il m'a remercié parce que il était dans une période de pas très claire. Donc jusqu'à maintenant, j'ai demandé les examens, demain il aura une biopsie, un PET scan et tout ça et après je lui dis « si c'est confirmé le cancer, on va voir ce qu'il faut faire, si c'est pas confirmé un cancer il y aura une autre procédure ». Donc il était dans une période de stress mais c'était pas basé sur quelque chose, qu'un examen clinique qui peut me dire que c'est un cancer donc pour moi jusqu'à maintenant c'est pas un cancer. C'est rassurer. Je peux montrer, il m'a envoyé un email qu'il était un peu rassuré mais certainement je ne peux pas dire, tant que ce n'est pas le vrai cancer, je peux pas dire.

E : Si j'ai bien compris, vous le rassurez en lui expliquant ce qu'il va se passer, c'est ça ?

M : Exactement. (Il m'a lu une partie de l'email en anglais sur les remerciements du patient). Donc il était dans une phase, il y en a un qui lui a dit « Tu as un cancer de la prostate mais on n'a pas les examens pour le moment ». Ils sont partis dans une spirale de cancer de la prostate avec métastases bien-sûr sans avoir les examens donc il était dans un état de stress donc je l'ai rassuré et il m'a envoyé le mail, on va faire les

examens prochainement. Mais après si c'est confirmé cancer de la prostate, on va faire les procédures pour ça, si c'est pas confirmé après on va peut-être une prostatite ou autre chose ; c'est rassurer, ok ?

E : Comment vous les prenez en charge ces patients ?

M : Alors ça c'est un travail entre nous, c'est la confiance, c'est très important. Il faut avoir confiance. En médecine générale, il y a le feeling. Si ça passe le courant, si ça passe entre le malade et le médecin, ça passe sinon c'est pas la peine je continue pas, franchement je continue pas. « Si vous me faites pas confiance, je continue pas, il faut voir un autre médecin. » Si ça marche bien, bien-sûr, je fais le nécessaire pour travailler, c'est un travail en collaboration avec les spécialistes, urologue, cancérologue, tout ça.

E : C'est-à-dire ?

M : C'est à dire une fois j'ai son dossier, je fais le nécessaire de ma part pour faire les examens et après je laisse la main aux spécialistes, cancérologue, oncologue, urologue, pneumologue...c'est un travail en collaboration, en groupe, c'est pas moi qui vais régler le problème.

E : Une fois que vous avez pu éliminer la cause organique, s'il n'y en a pas, comment vous poursuivez la prise en charge ?

M : S'il n'y a pas de cause organique, c'est-à-dire il n'y a pas de cancer, dans ce cas-là on tourne la page de cancer, le malade sera rassuré et on continue comme s'il n'y avait rien eu. Par contre si les examens ont confirmé la présence d'un cancer, je laisse la main soit à un cancéro, soit un uro, bien-sûr il sera suivi par un spécialiste. Mais s'il y a pas de cancer dans ce cas là, on fait les choses nécessaires, il sera rassuré de toute façon, il n'y a pas de cancer.

E : Quels outils vous utilisez dans cette prise en charge ?

M : Les examens, le scanner, les biopsies, prise de sang, examen des urines, je parle de la prostate, examen du sang, échographie de la prostate, même une IRM de la prostate.

E : Et pour gérer les manifestations anxieuses ? Le stress autour de tout ça ?

M : Ça dépend. Il y a des gens qui réagissent très très bien avec les plantes, parfois non ça marche pas, il faut antidépresseur. Il faut comprendre que, on reste toujours sur l'histoire de cancer, prononcer un cancer c'est pas quand même facile donc il faut être prudent, ça peut donner une dépression qui nécessite un genre d'Effexor, quelque chose qui le relaxe pour dormir et antidépresseur. Après si je vois que vraiment ça déborde, là c'est psychologue ou psychiatre. Il y a des gens qui préfèrent le psychiatre, faut faire attention.

E : Quand vous dites que ça déborde, c'est-à-dire ?

M : C'est-à-dire que c'est très difficile à gérer, les malades ils sont très stressés, ils viennent « j'ai perdu du poids, je dors pas, je suis anxieux », tout ça donc je laisse la main au psychiatre.

E : Et vous disiez les patients préfèrent les psychiatres ?

M : Oui parce que ça c'est un autre problème parce que « c'est pris en charge par la sécu, je paye pas. » Le psychologue c'est 50 ou 60 euros donc de leur poche donc parfois c'est un peu difficile à supporter financièrement.

E : Vous m'avez parlé de la peur d'avoir une maladie, pas forcément l'annonce d'un cancer, et dans ce cas là votre prise en charge des manifestations anxieuses est la même ?

M : C'est pratiquement la même.

E : Il y a des choses qui changent ?

M : Pas vraiment, il faut le rassurer et les médicaments parfois antidépresseurs ou relaxants à base de plantes, passiflora, euphytose, tout ça pendant 1 mois, 2 mois, 3 mois.

E : Si par exemple la jeune fille avec son ganglion revient pour un motif quelconque, qu'elle appréhende aussi que ce soit une pathologie grave ; dans ce cas-là vous vous y prenez de la même manière ?

M : C'est la même manière. S'il y avait des examens à faire, on fera des examens, une prise de sang, une échographie pour voir ou biopsie parfois pour lui montrer que c'est pas un vrai cancer.

E : Comment vous vous organisez dans ce cas-là ?

M : Quelle organisation ?

E : Est-ce que vous avez une organisation spécifique pour prendre en charge ces patients ?

M : Alors les procédures, ce que j'ai fait en médecine générale, faire des examens cliniques, faire prise de sang, radio, écho, tout ça. Et après biopsie si ça nécessite. De mettre le malade sous le médicament adapté pour ça. Si je vois qu'il y a un terrain beaucoup plus compliqué, le psychiatre il peut intervenir, moins compliqué que le psychologue. Mais chacun, on peut pas globalement tout le monde dans la même histoire, c'est pas possible.

E : Pour vous, quels éléments peuvent influencer la prise des patients atteints d'un trouble de l'adaptation ?

M : Alors déjà l'état psychologique du malade. L'environnement aussi, ils sont solides psychologiquement ou par la présence de la famille c'est important. S'ils sont bien protégés par la famille ou ils sont abandonnés, c'est très important. Et après le soutien psychologique par un psychiatre parce que son état social c'est très important, marié, pas marié, divorcé, des enfants

à charge tout ça, c'est ça qui nous aide, qui nous pousse pour prendre l'avis d'un psychiatre ou quoi.

E : Vous pouvez préciser l'état psychologique du patient ?

M : Est-ce qu'ils sont fragiles ou ils sont pas fragiles ? Parfois il y a des gens qui sont beaucoup plus fragiles que les autres, même parfois on est obligé de les, ils demandent l'hospitalisation dans un, on a une clinique psychiatrique ici à Théza. Parfois je vois des malades qui me demandent « envoyez moi en hospitalisation parce que je suis trop fragile. »

E : C'est à la demande du patient ?

M : Parfois ils le demandent le patient, le malade sent qu'il est fragile, il a besoin de soutien dans une structure. L'autre jour, une patiente d'une cinquantaine d'années, très fragile, alcoolique, elle m'a dit « envoyez moi à Theza, je veux rentrer là bas », elle est rentrée 3 semaines.

E : Et vous vous les détectez comment ces fragilités ?

M : Ils sont très fragiles. Les médicaments, on n'arrive pas à régler le problème, c'est une addiction à l'alcool donc avec les médicaments ça n'a pas marché, elle m'a dit « envoyez moi, faut que je sorte de la maison, de mon compagnon et tout ça », donc je l'ai envoyée à la clinique et hospitalisée 3 semaines et ça a bien marché.

E : Comment vous détectez ces fragilités ?

M : C'est-à-dire que les médicaments c'est pas efficace, elle retombe toujours dans l'alcoolisme donc je trouve qu'on avançait pas et quand on met le malade dans une structure à la clinique, bien-sûr qu'ils sont bien cadrés.

E : Donc d'après vous, quels sont les éléments que vous avez cités ceux qui vont faciliter la prise en charge ?

M : Alors on travaille avec les cliniques, j'appelle la clinique et il y a un médecin de garde tout le temps, un psychiatre, il connaît son dossier, c'est très facile parce qu'il a pris son numéro de téléphone, il lui a dit « tu viens cet après midi », il l'a hospitalisée. Et ça, ça facilite énormément, c'est très important ; franchement un travail dans un groupe c'est très très important. A la place d'envoyer le malade aux urgences psychiatriques, après vu par une infirmière psy, après psychiatre, après pas forcément de la place alors renvoyé à la maison, ça ça m'arrange pas. Avec l'équipe qui était ici à Theza, il a pris son numéro de téléphone de cette patiente, elle a été hospitalisée rapidement il y a 3 semaines, elle est sortie, elle est très contente.

E : Et pour vous, quelles sont les difficultés à la prise en charge de ces patients ?

M : C'est déjà le malade qui prend pas les médicaments, qui réagit pas très bien ou les médicaments qui sont pas bien adaptés. Ou on trouve pas de spécialiste, ou il n'y a pas de structure et ça c'est une galère.

E : Et dans ce cas-là, comment vous faites ?

M : C'est pas facile, on essaye le mieux mais au bout d'un certain temps, je laisse la main aux psychiatres, je parle de psychiatrie là.

E : En attendant si vous arrivez pas à avoir recours à un spécialiste assez rapidement ?

M : Antidépresseur, je le vois plus régulièrement. Après il y a les urgences psychiatriques à l'hôpital, je l'envoie comme ça pour être sûr qu'il fasse pas de bêtises.

E : Vous avez évoqué de les voir régulièrement ?

M : Au moins une fois par semaine. Il ne faut pas les laisser dans la nature et évaluer ce que ça donne comme traitement et comment on réagit au niveau du traitement. En médecine générale, c'est pas facile, c'est médecine générale, c'est pas facile à gérer. On est toujours malheureusement devant le malade, le

spécialiste, il le voit à la demande mais nous, vous allez faire médecine générale ?

E : Oui.

M : C'est pas facile. Il y a 2-3 choses en médecine générale à faire, psychiatrie, on est dans une société un peu compliquée, pédiatrie, pneumo, cardio tout ça.

E : Vous voulez dire ?

M : Il faut être bien solide dans ces domaines, ça c'est très important parce que c'est ce qu'on voit tous les jours.

E : C'est à dire bien solide ?

M : Ah ben il faut bien connaître, être sûr de soi pour le diagnostic, les examens et le traitement. Il faut pas dire « je pense », ce mot il faut jamais l'utiliser parce que le malade, ils sont malins, « vous pensez docteur ? » « non je pense pas, je suis sûr », c'est très important. Dès que le médecin hésite, le malade il perd confiance.

E : Vous avez dit qu'il fallait être bien formé en psychiatrie entre autres, vous particulièrement vous avez une formation ?

M : Non. Il y a souvent ce qu'on appelle les formations, des réunions avec les psychiatres tout ça mais j'ai pas de formation psychiatrique.

E : Donc vous formez grâce à ça ?

M : Oh ben réunions avec les psychiatres, souvent les laboratoires, c'est sollicité souvent par des labos avec des médicaments de psychiatres...

E : Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ? Ou quelque chose qui vous semble important à évoquer ?

M : En gros, il faut être très sûr. Faire l'examen clinique c'est très important, même un coup de stétho, parfois ça change complètement les choses, ça change le diagnostic. Première chose,

faire un examen clinique même le minimum. Examens complémentaires, prise de sang tout ça, pour moi c'est pas la peine d'aller extrêmement loin dans les investigations. Et quand on sait, quand on sent que je le vois, je

vois un malade une fois, deux fois, ça n'a pas marché, je laisse la main, faut pas avoir honte, faut pas continuer dans les bêtises, c'est enregistré ?

(A souhaité couper l'enregistrement)

Entretien N°10

E : En se basant sur votre pratique, quelle(s) situation(s) peut ou peuvent vous faire évoquer ce type de trouble ?

M : Peut-être des séparations conjugales mal vécues, difficiles, conflictuelles, encore plus quand elles sont conflictuelles bien-sûr, avec des patients...J'ai en tête une patiente. ça date de la semaine dernière, son mari part avec une plus jeune voilà tout bêtement et elle vit ça très mal à la fois sur le domaine de l'humiliation, du chagrin d'amour, de l'échec d'une relation et du coup, développe des troubles du sommeil, une difficulté à se concentrer, un arrêt de ses projets et une impression d'être dans une impasse au niveau de sa vie de façon générale, au point de venir me demander de l'aide, de consulter pour cela. C'était le motif de consultation avec une prise de conscience immédiate entre le stress subi et les symptômes, de sa part à elle. Là je dirai que la démarche diagnostique était très simple, reste à savoir ce que faire pour l'aider.

E : Justement comment vous l'avez prise en charge ?

M : Alors qu'est-ce qu'on a fait ? Ben déjà bien l'écouter tout d'abord. Essayer de lui dire que son histoire était finalement courante mais néanmoins pourvoyeuse de grande souffrance et que les symptômes d'anxiété, d'impression d'être au bout de sa vie etc. étaient dûs à ça, qu'elle avait subi quand même un fort traumatisme dans la mesure où il y a eu surprise totale de sa part, elle ne l'a absolument pas vu venir donc il y avait une espèce de sidération.Voilà en lui décortiquant un peu ce mécanisme etc. en l'aidant à voir clair dans ce mécanisme, elle a pu faire le lien un p'tit peu

plus facilement avec ses symptômes. Et du coup, le symptôme, en l'occurrence dans un premier temps, on n'a pas vraiment traité. Au bout de 8 ou 10 jours, on a attaqué un antidépresseur et anxiolytique, oui parce que ça prenait quand même des proportions.

E : Très bien.Vous dites au départ elle est arrivée en vous donnant le motif, ce qu'elle ressentait et se doutait de pourquoi, vous dites quand même que vous avez du lui expliquer ?

M : Oui lui expliquer parce qu'elle comprenait pas comment elle pouvait être aussi paralysée dans ses activités et tout, elle se demandait si...Ben d'abord elle se posait des questions sur son avenir, c'est-à-dire « Est-ce que je vais pouvoir m'en sortir ? Est-ce que ? », voilà une incapacité à se projeter au-delà du problème qu'elle vivait, qui à elle lui paraissait insurmontable, euh pathologique, insurmontable voilà. Et le fait de dire « ben non c'est une expérience relativement fréquente etc. », banaliser c'est un terme que j'aime pas parce que c'est très individuel, mais le fait de dire « oui ça arrive à d'autres, oui elles s'en sont sorties oui etc. etc. », je pense que ça l'a aidée à reprendre des bons rails, à rentrer dans une relation d'aide que j'essaie de lui apporter. Mais c'est vrai qu'il a fallu un petit temps d'explication où quand même elle admettait pas parce qu'apparemment, elle disait « je sais pas je suis peut-être dépressive, je n'avais pas l'impression pourtant d'être dépressive », donc quand même elle se questionnait sur l'impact que ça pouvait avoir sur elle et son état antérieur, d'avant la séparation donc dans ce sens là oui il a fallu apporter des explications.

E : Par rapport à son état antérieur ?

M : Oui. C'est-à-dire elle se demandait si en germe elle n'était pas déjà dépressive quoi, elle se posait des questions, j'allais dire farfelues oui et non, mais c'est vrai qu'elle avait aucun trait de caractère particulier. En tout cas, dans les pathologies intercurrentes pour lesquelles j'avais pu la suivre, j'avais jamais constaté quoi que ce soit, elle n'avait jamais relaté une souffrance morale particulière ou de choses comme ça.

E : Quels outils vous utilisez dans la prise en charge de ces patients ?

M : Je reste sur une sémiologie à caractère psychiatrique telle qu'on me l'a apprise, comme on me l'a enseigné c'est à dire l'inhibition, l'anxiété, l'insomnie, la douleur morale, voilà. Je ne ressens pas le besoin d'avoir un outil, dans ce cas de figure-là où le lien de cause à effet est tellement évident, je ne ressens pas le besoin d'avoir un outil de quantification, comme on peut voir tous ces tests, toutes ces échelles etc. qui dans le cadre du colloque singulier, c'est-à-dire de l'acte médical entre 4 yeux, est peut-être moins utile que dans le cadre d'un dépistage ou d'un établissement qui prend en charge X qui veut, savoir où en sont les gens. Voilà et c'est surtout la parole et l'écoute, le micro guidage qu'on peut donner, des conseils oui un p'tit peu mais pas beaucoup, c'est surtout l'écoute et puis la personne découvre d'elle-même ce à quoi elle doit arriver. Parfois il faut conseiller oui, rediriger les choses un peu mais après j'utilise pas d'outils de mesure, d'outils diagnostiques. Après peut-être ce serait nécessaire dans la, sur des approches beaucoup moins évidentes, où on se demande si, là j'avoue que ce serait plus compliqué, c'est-à-dire on se demande s'il y a lien de cause à effet, on sait que un traumatisme ancien, je sais pas moi un abandon d'un des deux parents chez un enfant qui avait 8 ou 10 ans, maintenant il a une symptomatologie voire somatique qui se développe, est-ce qu'il y avait un lien entre les deux ? Ça j'avoue que...ça me paraît déjà plus difficile, c'est vrai que s'il y a quelques outils d'appréciation, ça peut être pas mal ouè. Sur les événements plus récents, pour

l'instant, en tout cas, sur ce cas, j'en n'ai pas ressenti le besoin.

E : Tout à l'heure vous avez dit « rediriger la consultation », vous pouvez préciser ?

M : Rediriger la consultation, c'est-à-dire bien insister sur le fait que les troubles que l'on a constatés sont en lien avec, avec le traumatisme présenté, c'est-à-dire arriver à faire la démonstration du lien de causalité, comme diraient les experts, entre l'événement traumatisant et les symptômes présentés. Rediriger je ne sais plus exactement dans quel esprit je disais ça mais enfin essentiellement c'est ça, c'est d'arriver à aider finalement le patient à découvrir l'étiologie de ce qui lui arrive.

E : Et du coup de quelle manière vous arrivez à ce résultat ?

M : Ben euh comment on y arrive ? C'est une bonne question. En essayant de peut-être de leur dire que, là sur ce cas-là c'est vrai que ça s'est pas énormément posé parce qu'elle en avait pris conscience toute seule donc.

E : Est-ce que vous avez éventuellement un autre cas en tête où ça été plus compliqué ?

M : Je sais pas si ça rentre vraiment dans un trouble de l'adaptation, si je pense que oui, je vais vous dire ce que c'était. Une personne qui me vient en disant « je me suis mis en colère face à un de mes employés, c'était complètement injustifié, ça a pris des proportions énormes, et je ne comprends pas pourquoi, je deviens, voilà j'ai quelque chose qui va pas, ce n'est pas la première fois que ça m'arrive etc. ». Donc comme motif de consultation c'est plus compliqué ça effectivement ; bien qu'on subodore déjà que, moi ça m'est venu à l'esprit, je sais pas pourquoi, ça tient à nos pratiques de psychologie et psychiatrie dans le domaine de la médecine générale mais j'ai rapidement pensé moi, lui non, c'était un homme ce coup-ci, mais j'ai rapidement pensé qu'il revivait une situation,

c'est-à-dire l'entretien avec cet employé sur un thème, sur je ne sais quoi qui paraissait anodin, il revivait une situation traumatisante pour lui qui était dans le cadre d'une, pas une reviviscence, la réactivation d'un souvenir enfoui qui voire même refoulé je ne sais, qui fait qu'il était complètement impliqué affectivement alors qu'il aurait pas dû du tout. Voilà et ça c'est parce que j'y pense qu'après par des données d'interrogatoire et de tentatives de mise en parallèle de certaines situations où là je vais finalement lui demander « Mais qu'est-ce qu'il s'est passé dans votre vie ? Est-ce que déjà ? » Et je lui pose la question telle quelle, c'est-à-dire « Est-ce que la situation avec cet employé etc. vous évoque quelque chose, une situation que vous avez déjà vécue ? » Donc c'est quoi ? C'est de la donnée interrogatoire. Alors c'est oui ou c'est non. Quand c'est oui, on tire la belotte, etc. on arrive à des choses et puis le conseil derrière c'est « et bien la prochaine fois que vous sentez une réaction anormale, interrogez-vous sur pourquoi vous avez cette réaction anormale, si c'est à nouveau par rapport à une situation antérieure que vous avez déjà vécue, là vous vous contrôlerez beaucoup plus facilement. » Ce qui semble être le cas, ça marche un peu, je dis pas que c'est extraordinaire mais apparemment en tout cas chez ce monsieur quand on a trouvé à quoi ça correspondait, il y pensait au moment où il sentait sa bouffée d'adrénaline monter et ça l'aidait beaucoup, beaucoup à dire « là non j'ai une réaction anormale », à prendre un peu de distance par rapport à cette espèce de colère injustifiée et se dire « non non c'est parce que voilà j'ai eu tel événement et du coup non la personne que j'ai en face de moi n'a rien à voir avec ça et j'ai pas à m'en prendre à elle si, voilà elle y est pour rien », faire un peu la part des choses et à partir de là il m'a dit que ça l'a un petit peu aidé effectivement dans ce genre de problème. Mais c'est vrai que j'ai pas une démarche scientifique, de mesure, d'échelles, non. Ce serait là peut-être un peu plus utile si, de rationaliser un peu plus tout ça parce que dans le fond, c'est le fait qu'il me dise que lui-même ça le surprenait qui a induit chez moi le fait qu'il pouvait sans doute revivre une situation antérieure quoi.

E : Et du coup c'est par l'interrogatoire que vous essayez de voir ?

M : De faire le lien, de lui demander si la situation lui évoque quelque chose. Alors après il y a des techniques que je ne maîtrise pas du tout, à quoi il pense quand il est dans cette situation, je sais pas, je suppose qu'il y a des moyens de provoquer l'évocation de façon différente et beaucoup plus structurée que ce que je fais, mais bon c'est souvent suffisant quand même. Mais après non il y a pas mal de cas où on trouve rien.

E : D'accord. Comment vous vous organisez pour prendre en charge ces patients ?

M : Ben je leur donne mes petits conseils dont je viens de vous parler, prendre un peu de recul etc. « Est-ce que ça vous aide ? Etc. » pour le cas numéro 2 ; pour le numéro 1, on attaque des traitements qui vont l'aider pharmacologiquement nous supposons. Euh et puis en troisième rideau, si on n'y arrive pas, ben là on va demander un avis spécialisé qui sera je pense celui du psychiatre puisque, alors les psychologues aussi mais vous savez que le recours en médecine générale aux psychologues est compliqué du fait du non remboursement des actes tout bêtement, encore que j'arrive à diriger sur des psychologues, notamment quand il s'agit de se rappeler de machins très anciens etc. Mais c'est plus difficile parce qu'ils disent tous « 50 euros par séance on peut pas, 2 fois, 3 fois, ça va, oui ça m'a fait un peu de bien, j'ai progressé mais bon je peux plus ». Alors je leur dis de discuter le prix, des fois parce que les psychologues sont assez, de ce côté-là ils, enfin les personnes avec qui je travaille en tout cas écoutent ce discours là et ça peut tomber à 30 euros voire moins.

E : Les personnes qui ne peuvent pas avoir accès aux psychologues ?

M : Il reste le psychiatre qui est donc le médecin qui est pris en charge. Voilà ça c'est nos aides oui, je sais pas s'il aurait fallu en trouver d'autres mais pour l'instant ce sont nos canaux

de fonctionnement dans ce cadre-là. Je sais pas, c'étaient des troubles de l'adaptation, je pense que c'est à peu près ce que vous avez défini non, les cas que je vous ai cités ?

E : Oui pour moi ça cadre bien.

M : Ça cadre bien voilà, s'il s'agit de ça, après.

E : Est-ce que vous avez un planning de suivi pour ces patients là ?

M : Ben c'est complètement à la carte et alors. S'il y a instauration de traitement médicamenteux, c'est impératif à 15 jours. On fait un premier, une nouvelle consultation c'est sûr sûr sûr, 15 jours, ensuite à 1 mois et là on voit. Si ça se passe très bien, ça peut être à 3 mois et à 6 mois il faut arrêter le traitement donc on va se revoir aussi. Mais la consigne est la suivante « au moindre souci, c'est à dire un effet secondaire, quelque chose que vous pensez qui est due au médicament ou une absence d'effets, vous allez de plus en plus mal ou enfin le problème ne règle pas, ben vous revenez quand vous voulez, ma porte est ouverte à hauteur des disponibilités ». Mais où le planning c'est quand même celui de à 2 semaines et à un mois, ça c'est des passages obligatoires.

E : Et s'il n'y a pas de traitement, c'est la même chose ?

M : Alors s'il n'y a pas de traitement, c'est un peu plus compliqué à formaliser parce que le patient, si on est arrivé à ne pas donner de traitement c'est soit parce qu'il en a pas voulu parce qu'il s'estime pas complètement malade, soit parce que moi j'ai estimé que je sais pas ou que c'est une première tentative et là j'ai moins tendance à structurer le retour. Je leur dis « revenez m'en parler, tenez moi au courant ». Voilà, là c'est pareil, c'est la politique de la porte ouverte mais où moins structuré, sans doute à tort d'ailleurs mais moins structuré.

E : Très bien. Pour vous, quels éléments peuvent influencer la prise en charge de ces patients ?

M : Quels éléments peuvent influencer ?

E : Qu'est-ce qui peut faciliter la prise en charge ?

M : Ben c'est l'antériorité, c'est-à-dire c'est la relation que vous avez avec votre patient, est-ce qu'il a confiance ou pas ? Première chose. C'est l'attitude de l'entourage aussi, qui lui dit ça « c'est plus possible, va consulter sinon je me casse », je sais pas.

E : Vous voulez dire s'il pousse ou pas à voir le médecin ?

M : Ben oui l'attitude de l'entourage, surtout quelqu'un qui est en difficulté, qui présente, s'il a des troubles importants, le fait qu'il y ait un entourage structurant, aidant et motivant vers une prise en charge ben oui ça va compter je pense, ça va compter beaucoup. ça peut être l'entourage proche ou l'entourage, peu importe, amical ou, je pense qu'il y a cet élément-là. Et puis il y a surtout le, je vous dis l'antériorité ou la relation de confiance. Et puis il y a un élément aussi très important, c'est la disponibilité du médecin à entendre ces choses-là et à accepter un dialogue qu'on sait qu'il va être long, difficile ; les troubles psychosomatiques, on va dire, ça n'intéresse pas tout le monde. C'est un état d'esprit aussi dans lequel on doit être, la consultation de 15 minutes, salle d'attente pleine et tout, ne prédisposent pas. Donc si je vous dis pas de facteurs aidants, je vous donne des freins qui sont ceux-là clairement : la disponibilité du médecin, disponibilité d'esprit, d'esprit, pas parce que je pense à la partie de pêche du dimanche d'après, mais parce que ça bouscule et qu'il y a 15 coups de fil, vous êtes interrompus 12 fois pendant la consultation et que voilà. Les conditions d'exercice font que actuellement la médecine générale n'est pas de tout repos, même si c'est un très très beau métier, il faut vraiment beaucoup beaucoup la structurer, pas avoir peur de se faire aider en terme d'organisation du travail, structure de groupe, secrétariat et compagnie sinon ce type de patients vont en pâtir c'est sûr.

E : Vous dites que pour pallier le manque de disponibilité, vous m'avez parlé de l'organisation de groupe, d'avoir une secrétaire, de pas être tout seul...

M : Ça c'est l'organisation professionnelle si vous voulez qui fait qu'on va se libérer du temps médical, d'écoute, du temps médical qui soit de soins purs et durs ou voilà. C'est forcément une consultation un peu longue ça, surtout au début il me semble. Après peut-être sur le suivi on peut aller un peu plus vite. C'est des premières consultations où il faut travailler la question, 15 minutes définitivement ça suffit pas quoi. 15 minutes y compris l'acte de soin, de rédaction de

l'ordonnance, de connexion sur le site Ameli pro qui veut pas marcher pour déclarer le médecin traitant, je ne sais quoi, etc. etc. donc tout ça fait que ça vient parasiter ce type d'approche. Et pour éviter ça, d'une part pour sa qualité de vie professionnelle par ailleurs et surtout pour pouvoir écouter ce type de patient, il faut s'organiser au plan professionnel pour pouvoir le faire quoi.

E : Est-ce que vous avez quelque chose à ajouter ?

M : Non je crois que je vous ai déjà beaucoup causé, non je sais pas.

Entretien n°11

E : En se basant sur votre pratique, quelle(s) situation(s) peut ou peuvent vous faire évoquer ce trouble ?

M : Ben je dirai un diagnostic de mauvaise, comment on dit ? un diagnostic de mauvais pronostic, voilà c'est ce que je cherchais. Genre annoncer un cancer, quelque chose comme ça, c'est la première chose qui me vient . Après ça c'est de façon générale ; en façon plus spécifique, j'ai vu une femme de pas tout à fait 40 ans qui à mon avis a été dans ce problème, dans ce trouble de l'adaptation parce que c'est parti d'un problème professionnel où il y avait une restructuration de son entreprise où on l'a laissée un an en disant « t'es pas partie mais on sait pas ce qu'on va faire de toi » et puis au bout de l'année on lui a dit « ben on va se séparer de toi ». Et du coup, ça l'a beaucoup perturbée parce qu'elle avait fait que ce travail-là pendant toute sa vie et du coup ça lui a fait, ça l'a beaucoup chamboulée dans sa vie personnelle aussi, elle a remis beaucoup de choses en cause et je pense qu'elle correspond bien à cette définition parce que j'ai eu l'impression que d'un élément, il y en a plein qui ont été enchaînés. Et là, je l'ai revue, elle va mieux donc c'est pour ça que je dis ça. Et du coup, c'était intéressant de l'accompagner dans toute

sa démarche en fait parce que donc ça été au départ une démarche professionnelle où c'était pas ce qu'elle voulait mais en même temps peut-être que je vais saisir l'opportunité pour faire autre chose mais elle a quand même été dans un système en disant « mais mon dieu j'ai fait que ça et du coup je sais pas si je sais faire autre chose et je sais pas quoi faire d'autres » donc un petit peu démunie par rapport à ça. Et en même temps, ça lui a chamboulé sa vie personnelle où elle a pris des distances avec son mari, où ça été compliqué par rapport à ça, en disant « mais je vois pas à quoi il me sert parce qu'à la maison c'est moi qui fait tout donc je suis plus sûre d'avoir des sentiments pour lui, en même temps il me demande d'avoir des réponses claires et objectives mais moi je suis incapable de lui fournir parce que je suis complètement dans le doute, dans l'incertitude et que je sais pas et que je suis mal, et que j'arrive pas à savoir etc. » Et donc on l'a suivie par rapport à ça et ensuite je l'ai revue, c'était pour un certificat médical pour l'un de ses fils et elle me disait que ça allait beaucoup mieux, que ça y est, elle avait fini de travailler, qu'elle était dans le cadre, qu'elle commençait une formation dans un autre milieu, qu'elle avait trouvé dans ce qu'elle avait l'air de dire une harmonie avec son mari qu'elle revoyait, ils réhabitaient pas ensemble en tout

cas, c'était une personne qui était transformée, parce que je l'avais vue plusieurs fois entrain de pleurer vraiment pas très très bien et là elle était souriante, maquillée, apaisée, et là je pense qu'on est bien dans le trouble de l'adaptation.

E : Ce sont des manifestations plutôt d'allure dépressive ?

M : Oui oui quand même mais c'était quelque chose qui, enfin il y avait un facteur déclenchant et en fait ce facteur déclenchant, à mon avis, a déstabilisé la personne et ça l'a mis dans le doute et du coup ce doute ça lui a fait se poser un petit peu comme une remise en cause de la quarantaine quoi, c'est-à-dire « et ben j'ai ces doutes dans mon travail, pourquoi est-ce que je n'aurais pas des doutes ailleurs ? Dans ma vie personnelle aussi ? Dans ma vie privée ? Dans la vie avec mon mari, avec mes enfants ? Parce que c'est une situation qui me va etc. ». Et donc je la mettrai, oui il y avait des éléments dépressifs mais encore pour parler de dépression, faut vraiment, je trouve que des fois, on a tendance à faire le diagnostic un peu il est triste, il pleure, ça y est il est dépressif, non là c'était vraiment « je fais un petit bilan alors je suis pas, il se passe une expérience que je n'attendais pas, qui va falloir que je franchisse, c'est vrai que c'est difficile pour moi et pour autant peut-être que c'est le moment de faire un bilan dans ma vie, que c'est un moment de, de voir des choses que je n'avais pas forcément envie de voir, de mettre le doigt là où il y avait des problèmes mais j'avais pas très envie parce que la vie de tous les jours, parce que le travail, les enfants, la maison, le machin etc. ». On est dans nos vies etc. et qu'on a pas forcément envie de remettre en cause tout le temps notre quotidien. Et j'ai vraiment senti avec cette patiente-là ces éléments-là et ça été intéressant de pouvoir la suivre, de pouvoir suivre son cheminement, avec dans sa vie professionnelle cet espoir de il y a eu une restructuration mais « pour l'instant on m'a pas renvoyée », l'espoir qui s'amenuise petit à petit parce qu'en fait, au départ, on lui avait dit qu'on trouverait une situation à l'amiable, c'est-à-dire qu'on pourrait lui payer une formation spécifique. Quand elle est arrivée avec sa

formation, on lui a dit « ah non non ça coûte trop cher, on te la prendra pas en charge ». Donc ça été un peu désillusion sur désillusion par rapport à son travail et ensuite de voir le suivi par rapport à « ben il y a ce problème au niveau de mon travail mais en même temps je remets tout à plat et je fais ce bilan, même si oui c'est difficile, je pleure, je suis pas bien, je suis triste etc. », mais pour autant comme je dis oui, la dépression non, il me faut plus.

E : D'accord. A un moment donné, vous avez dit « on l'a suivie », c'est qui le « on » ?

M : Alors on fonctionne à 2, on est 2 médecins, alors on est médecin traitant de certains mais en fonction des jours de rendez-vous qu'on a, en gros, un patient peut voir ou ma collègue ou moi et donc en fonction des disponibilités, de nous, de notre emploi du temps et des disponibilités du patient, on trouve des rendez-vous. Et des fois, je trouve que c'est intéressant de pouvoir échanger parce qu'on discute beaucoup entre nous, de pouvoir échanger, « Comment est-ce que tu as perçu la patiente ? Moi j'ai perçu ça là, cette fois, je suis plutôt inquiète par rapport à ça, ça ça m'inquiète pas, qu'est-ce que t'en penses ? Moi c'est plutôt ça qui m'inquiète etc. ». Moi j'aime travailler comme ça, c'est-à-dire pas complètement fixée avec « j'ai mes patients, toi t'as les tiens et on se les mélange pas », non, j'ai envie que ce soit ouvert, parce que je trouve que des fois ma collègue va voir un patient et va me faire penser à quelque chose à laquelle je n'avais pas pensé etc. et je trouve que c'est intéressant par rapport à ça donc voilà pourquoi le « on ».

E : Très bien. Comment vous percevez votre place dans la prise en charge des patients atteints d'un trouble de l'adaptation ?

M : Alors c'est difficile, ça dépend, je dirai que ça dépend du patient, parce que je pense qu'il y a des patients qui vont beaucoup parler, qui vont beaucoup exprimer et il y en a d'autres qui vont pas beaucoup et j'allais dire ça va dépendre un petit peu du feeling et de ce que je ressens en face. C'est-à-dire que moi j'aimerais bien beaucoup plus travailler avec les psychologues

parce que je pense qu'ils ont une part hyper importante dans, j'allais dire même dans la pathologie mais je trouve qu'ils ont une place très importante et par rapport à ça on va dire que ça va dépendre du feeling que j'ai avec le patient. Je lui propose toujours qu'on se revoit mais des fois, alors des fois, il y en a qui parlent pas du tout et du coup ça va complètement biaiser la prise en charge et du coup, je vais plus les adresser à quelqu'un d'autre, et comme on est dans des troubles de l'adaptation ce ne sont pas des troubles psychiatriques donc je n'adresserai pas aux psychiatres mais j'adresserai plus aux psychologues et du coup je vais utiliser ce moyen-là. Après il y a certains patients qui sont demandeurs donc là forcément, s'ils sont demandeurs, je les revois, et je leur mets, enfin ça va dépendre du patient en fait.

E : Demandeurs de ?

M : Qu'on se revoit, demandeurs qu'il y ait un suivi, demandeurs de « je sors de consultation et j'ai déjà mon prochain rendez-vous », et dans ce cadre-là, je vais plutôt m'adapter au patient. Alors en sachant que je considère que dans les troubles de l'adaptation, il y a pas de risques vitaux, c'est-à-dire que je considère qu'il n'y a pas de risque suicidaire etc. Et c'est pour ça que je vais pas faire intervenir d'autres professions médicales mais en fonction, je vais laisser ouvert les possibilités, c'est-à-dire que ou je vais quand même me laisser guider par le patient, c'est-à-dire que si je sens qu'il a envie qu'on se revoit, ben s'il me dit « j'aimerais bien qu'on puisse se revoir », forcément je vais lui repropose un rendez-vous. S'il ne me le demande pas, je vais faire au cas par cas, ça va dépendre. Mais des fois, je le propose et des fois, je le propose pas et pareil c'est au cas par cas. Quand je sens qu'il y a rien du tout qui passe, je peux proposer les coordonnées de quelqu'un d'autre en me disant ben peut-être qu'il y a pas une bonne interaction, qu'il se sent pas à l'aise, peut-être qu'il pourrait se sentir à l'aise avec quelqu'un d'autre ou au quelque cas, j'adresse à, je donne des noms de psychologues.

E : Quand vous dites quelqu'un d'autre, vous faites référence aux psychologues ?

M : Oui oui.

E : Quels supports de formation vous utilisez pour prendre en charge ce type de patients ?

M : Euh aucun ? Non je fais, j'essaye alors je sais pas. Des fois, j'me dis que j'ai pas suffisamment de formation mais je pense que l'expérience ça y fait et que il y a beaucoup de, je fais très attention à la communication non verbale, à ce que me disent les patients. Et je me rends compte que par exemple, dans le cadre de ma formation, quand on avait des formations relation médecin-patient et que « faites-le répéter, répéter ce qu'il a dit pour être sûr de bien ». C'est des choses que j'adapte, que j'adaptais avant et que j'adapte encore plus maintenant. Et je vais vraiment en fait m'appuyer sur ce que dit le patient et quand il y a quelque chose, avant ça je l'aurais pas fait, quand il y a quelque chose que je comprends pas ou quelque chose que je trouve pas claire, avant j'aurais laissé passer, là maintenant je vais aller plus dedans pour me dire « Est-ce que c'est moi qui l'ai pas compris ? ou est-ce que c'est le patient qui veut pas en parler ? » donc je vais plus aller, à mon avis dans le problème. Après au niveau support, ben j'ai pas fait de formation particulière, j'ai pas de...

E : Vous appliquez quand même des choses que vous avez apprises à la faculté ?

M : Oui oui. Alors j'ai l'impression enfin je trouve que c'est difficile de, c'est moi qu'on interview donc c'est mon avis. Je trouve que c'est difficile de faire passer des choses aux gens, j'ai l'impression qu'il y a des choses qui sont assez instinctives, c'est-à-dire que dans la relation médecin-patient, quand je discute avec un patient, j'écoute, alors j'ai une écoute active, c'est-à-dire que je le laisse parler, je le laisse s'exprimer, je le laisse dire tout ce qu'il a à dire et ensuite j'interviens et avec effectivement des, j'allais dire que c'était pas forcément des techniques mais je me rends compte que si c'est des techniques de « je reformule » ce qu'il m'a

dit pour être sûre que j'ai bien compris, des techniques de « je vais aller chercher un petit peu plus, je vais aller, tiens là j'ai trouvé qu'il avait été un petit peu rapide, je vais revenir là-dessus pour savoir s'il y a quelque chose de particulier », et je pense que c'est des techniques avant tout d'écoute active qui sont à mon avis hyper importantes. Donc voilà ma formation, je sais pas si on peut appeler ça formation ou support.

E : Vous disiez qu'avant vous le faisiez pas ? Que c'est venu après ?

M : Non en fait, j'ai toujours trouvé ça très, j'allais dire très instinctif, comme si j'avais pas eu besoin de formation particulière, que c'était quelque chose que je faisais déjà avant mais je mettais pas un nom dessus en fait, je ne mettais pas le nom « écoute active » voilà. Alors que quand j'ai pu avoir une formation durant mes études etc. on m'a dit ça s'appelle de l'écoute active. C'est comme par exemple dans un processus par exemple d'arrêt de tabac, quand il y a « j'aimerais mais j'ai pas envie », quand il y a le « j'aimerais mais je suis pas loin d'y passer mais j'y arrive pas etc. », j'appelais pas ça le, je ne sais même plus comment ça s'appelle, voilà je sais plus.

E : Les stades de Prochaska ?

M : Voilà exactement. Je l'appliquais de façon assez intuitive en fait. C'est-à-dire que quand je demande à un patient « Est-ce que vous avez envie de fumer ? » et qui me dit « ah me faites pas chier avec ça », je vais pas le faire chier avec ça effectivement. Quand je sens « oui j'aimerais bien mais j'sais pas comment », là je vais arriver avec ma valise de « alors il faudrait faire comme ci comme ça je peux vous faire machin etc. » et là je vais sortir tout mon *lais* par rapport à l'arrêt de la cigarette, c'est-à-dire je vais essayer de lui apporter des arguments, j'essaye de voir si le patient a une écoute lui aussi attentive et active.

E : D'accord, très bien. Comment vous vous organisez pour prendre en charge ces patients ?

M : C'est pas très bien de dire feeling mais j'aurais tendance à dire que je ne m'organise pas. Alors des fois je me rends compte que chez certains patients qui me posent des problèmes comme ça, je vais y réfléchir mais à posteriori, c'est-à-dire avec une distance, genre je dis souvent quand je rentre chez moi le soir, dans le trajet de ma voiture, je fais des fois des diagnostics, je repense des fois à des situations et je me dis « hum tiens j'ai pas pensé à ça » ou des fois j'en discute avec d'autres. Le fait de formuler ce que j'ai perçu, j'me rends compte « ah je l'ai formulé comme ça, ça ça veut peut-être dire que » et si je peux organiser quelque chose, je l'organiserais comme ça, c'est-à-dire en mettant de la distance par rapport à la consultation. Des fois en échangeant avec d'autres professionnels qui me renvoient ou pas des choses, des fois c'est moi qui peux me dire « ah j'ai présenté les choses comme ça, ça veut peut-être dire que je les ai perçues comme ça et ça veut peut-être dire qu'il faut que j'aïlle dans ce sens là. » Voilà après j'ai pas une ligne 1,2,3, carrément pas, non c'est vraiment et puis en fonction de, j'essaye de m'adapter au patient et en fonction de comment est-ce qu'il est, si à un moment donné par exemple le problème commence au niveau professionnel et qu'après il est personnel et à une consultation on a parlé que du professionnel et que la consultation d'après j'aurais peut-être aimé évoquer le personnel et que le patient continue à me parler du professionnel, je resterais sur sa ligne à lui quand même, j'ai tendance à dire.

E : Donc vous avez un planning de suivi ?

M : Non alors ça aussi c'est feeling, c'est tout. Quand je sens quelqu'un très en détresse, je vais le revoir rapidement . Quand après je pense que ce qui est important c'est la régularité et en fonction de l'intensité du mal être, je revois plus ou moins rapidement voilà ce que je dirai.

E : Pour vous, quels éléments peuvent influencer la prise en charge de ce type de patient ?

M : Ben sa propre histoire, ses problèmes personnels, euh quelqu'un qui est dans une situation qui me ressemblera, ben forcément, ça me fera plus écho et ça m'influencera probablement plus.

E : De quelle manière ?

M : J'allais dire que peut-être qu'il y a des accompagnements qui sont plus faciles parce qu'on s'est déjà posé ces mêmes questions, parce qu'on est peut-être déjà passé par là aussi et que par rapport à ça ce sera plus positif. Après...alors des fois, il peut y avoir des consultations à plusieurs, c'est-à-dire par exemple en général c'est enfants-parents et des fois ça peut être intéressant de voir par exemple quand il y a enfant-parents, de voir l'enfant seul, les parents seuls et les consultations ensemble, ça ça peut être intéressant et ça peut permettre d'avoir des points de vue différents et peut-être d'avoir plus d'éléments, ça aussi ça peut aider. Alors quand c'est un problème au travail, je vais pas voir l'employeur, encore que, il m'est déjà arrivé d'avoir un patient employé et un patient employeur du même et c'est assez difficile parce que du coup quand on est le médecin qui arrête l'employé et qu'on a l'employeur derrière, ça peut être un peu compliqué, bref c'est pas le sujet. Du coup, et puis expérience, ce que j'ai déjà vécu avec d'autres patients.

E : Là, c'est l'expérience professionnelle ?

M : Oui l'expérience professionnelle bien évidemment, ça s'est passé comme avant donc pourquoi ça se repasserait pas comme ça aussi, là je pensais ça, je me suis trompée donc peut-être que je l'avais pas vu sous cet angle-là, peut-être que si là je le fais de cette façon-là, ça se passera mieux, clairement l'expérience.

E : D'après vous, quelles difficultés vous rencontrez dans cette prise en charge ?

M : Alors les patients qui, des fois il y a des patients qui le manifestent pas, c'est-à-dire qu'ils vont, ils viennent en consultation, c'est des consultations que j'appelle un peu masquées,

genre « j'arrive avec un autre problème », genre un problème médical de douleur par exemple et le médecin se casse les dents sur la douleur parce qu'il ne comprend qu'il y a quelque chose d'autre, enfin si, il le comprend justement mais le patient n'arrive pas à passer, à déplacer le problème sur le vrai problème, ça c'est une difficulté. Après il y a des patients, on sent que, on essaye d'aller discuter mais il est fermé, ça aussi c'est une difficulté. Euh voilà les principales. Après j'aimerais bien qu'il y ait des accès plus faciles avec des psychologues et notamment des aspects financiers car ça c'est clairement limitant et les adresser au CMP, je trouve que des fois c'est pas l'optimum, oué voilà s'il pouvait y avoir une prise en charge psychologue, mon dieu ce serait génial.

E : Vous avez évoqué pour un autre motif que vous dites plus médical, et vous suspectez quelque chose de l'ordre psychologique et dans ce cas-là, comment vous allez vous y prendre ?

M : Alors ça dépend du patient. Alors la plupart du temps, les 2 pieds dedans, c'est-à-dire « vous avez des vertiges, oui ça fait longtemps que vous venez pour des vertiges, je vous ai examiné, il n'y a aucun problème médical, j'ai regardé au niveau cervelet etc. Est-ce que ces vertiges pourraient être liés à quelque chose d'autre ? Comment va votre moral ? Est-ce que vous dormez bien ? À la maison, comment ça se passe ? Au travail comment ça se passe ? » Enfin des questions un petit peu autour. Et du coup on va dire je tends des perches et après si on va chercher la perche, ben j'enchaîne là-dessus bien évidemment. Mais quand je suspecte quelque chose, enfin un trouble psychologique, en général je l'aborde de façon, je vais pas dire de façon systématique, mais si j'ai pas le temps sur la consultation parce que malheureusement des fois il y a des choses qui arrivent alors « j'ai mal aux pieds, j'ai mal aux bras, j'ai mal au ventre, j'ai mal machin, on s'occupe de tout et à la fin au fait je dors pas bien » ; ben le « au fait je dors pas bien » c'est « attendez je pense c'est important » parce que bien évidemment en général les derniers symptômes de la consultation sont les réels symptômes de la

consultation donc « attendez on a besoin de temps pour discuter de ça, je vais vous proposer un rendez-vous pour qu'on discute de ce problème là ».Voilà après je gère en fonction de mon temps.

E : Très bien, est-ce que vous auriez quelque chose à ajouter ?

M : Est-ce qu'il y a ? Enfin je sais s'il y a des formations qui sont faites ? Est-ce qu'en fait il y a déjà des choses écrites ou pas du tout ?

E : Par rapport au trouble de l'adaptation ?

M : Oui.

(Explication sur les actuelles recommandations non spécifiques au trouble de l'adaptation et l'intérêt porté à la prise en charge de ce trouble. Arrêtée par le médecin suite à un appel téléphonique)

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) 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 (se) et reconnaissant (e) 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 (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Introduction : Mon expérience en médecine générale m'a confrontée à des difficultés dans la prise en charge des personnes présentant un trouble de l'adaptation, les recommandations se révélant non suffisantes. L'objectif de cette étude était de proposer un guide de prise en charge, issu de l'expérience des médecins généralistes.

Méthode : Etude qualitative à partir d'entretiens individuels semi-dirigés auprès des médecins généralistes des Pyrénées-Orientales. Après une analyse par théorisation ancrée, un feedback a été effectué auprès des participants pour vérifier la validité d'ancrage.

Résultats : La prise en charge d'une personne présentant un trouble de l'adaptation commence dès son accueil en consultation. Le travail des médecins est d'aider le patient à verbaliser son vécu, ses émotions et à faire le lien avec un ou des facteurs de stress. Ils reconnaissent dans leur pratique des problématiques de temps et de compétence. Ils identifient leurs ressources pour y faire face. Ils s'appuient sur des outils de communication, une relation de confiance et empathique ainsi qu'une organisation de leur exercice, tout en considérant l'influence de leur propre expérience subjective. L'intention est de favoriser l'alliance thérapeutique et la ré autonomisation du patient, en évitant au mieux les traitements médicamenteux. Le recours à d'autres alternatives thérapeutiques non médicamenteuses est conseillé en complément.

Conclusion : Ce travail a permis de définir un cadre d'action, des bonnes pratiques d'organisation temporelle et de conduite d'entretien, utilisables par les médecins généralistes dans la prise en charge des personnes présentant un trouble de l'adaptation.

MOTS-CLES

Trouble de l'adaptation - Médecins généralistes - Cadre d'action - Entretien clinique