

Comment la formation dans le domaine de la prise en charge de la dépression est-elle perçue par les jeunes médecins généralistes à l'issue de leur enseignement à la faculté de Montpellier-Nîmes

Samira Khabcher

▶ **To cite this version:**

Samira Khabcher. Comment la formation dans le domaine de la prise en charge de la dépression est-elle perçue par les jeunes médecins généralistes à l'issue de leur enseignement à la faculté de Montpellier-Nîmes. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03521716

HAL Id: dumas-03521716

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03521716

Submitted on 11 Jan 2022

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

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER-NÎMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Samira KHABCHER

Le 15 juin 2021

« COMMENT LA FORMATION DANS LE DOMAINE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPRESSION EST ELLE PERÇUE PAR LES JEUNES MEDECINS GENERALISTES A L'ISSUE DE LEUR ENSEIGNEMENT A LA FACULTE DE MONTPELLIER-NIMES »

Directeur de thèse : Docteur Calonne Sandrine

JURY

Président :
Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :
Professeur Jorge LOPEZ CASTROMAN
Docteur Béatrice LOGNOS
Docteur Sandrine CALONNE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER-NÎMES

THESE

Pour obtenir le titre de
DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Par
Samira KHABCHER

Le 15 juin 2021

« COMMENT LA FORMATION DANS LE DOMAINE DE LA PRISE EN CHARGE DE LA DEPRESSION EST ELLE PERÇUE PAR LES JEUNES MEDECINS GENERALISTES A L'ISSUE DE LEUR ENSEIGNEMENT A LA FACULTE DE MONTPELLIER-NIMES »

Directeur de thèse : Docteur Sandrine Calonne

JURY

Président :
Professeur Michel AMOUYAL

Assesseurs :
Professeur Jorge LOPEZ CASTROMAN
Docteur Béatrice LOGNOS
Docteur Sandrine CALONNE

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

UNIVERSITÉ MONTPELLIER

ANNÉE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021
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
BILLIARD Michel
BLARD Jean-Marie
BLAYAC Jean Pierre
BLOTMAN Francis
BONNEL François
BOUDET Charles
BOURGEOIS Jean-Marie
BRUEL Jean Michel
BUREAU Jean-Paul
BRUNEL Michel
CALLIS Albert
CANAUD Bernard
CASTELNAU Didier
CHAPTAL Paul-André
CIURANA Albert-Jean
CLOT Jacques
COSTA Pierre
D'ATHIS Françoise
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
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
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
PUECH Paul
PUJOL Henri
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
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

JAFFIOL Claude 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 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 Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	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
COUBES 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 Eric	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 1re classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia	Hématologie ; transfusion
ASSENAT Eric	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
AVIGNON Antoine	Nutrition
AZRIA David	Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria	Pédopsychiatrie ; 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
FRESLER 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
LABAUGE Pierre	Neurologie
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	Pédopsychiatrie ; addictologie
TOUITOU Isabelle	Génétique
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2ème 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
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, brulologie
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 Éric	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 Universités

1re classe :

COLINGE Jacques	Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2ème classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila	Biochimie et biologie moléculaire
VISIER Laurent	Sociologie, démographie

Professeurs des Universités - Médecine générale

1re classe :

LAMBERT Philippe

2ème classe :

AMOUYAL Michel

Professeurs Associés - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

Professeurs Associés – 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

Maîtres de Conférences des Universités - 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 1re 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 2ème classe

CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe	Médecine Vasculaire
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
JEZIORSKI Éric	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, médecine générale, addictologie
SZABLEWSKY Vanessa	Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale

MCU-MG de 1re classe :

COSTA David

MCU-MG de 2ème classe :

FOLCO-LOGNOS Béatrice

OUDE ENGBERINK Agnès

Maîtres de Conférences associés- 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, médecine générale, addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

REMERCIEMENTS

En tout premier lieu, je remercie *Allah,* le tout puissant, le très miséricordieux, le clément, l'omniscient, l'omnipotent d'avoir permis à ce travail de thèse d'aboutir à son terme, el hamdoullilah.

Au Professeur Michel Amouyal,

Qui me fait l'honneur d'accepter la présidence du jury. Veuillez recevoir le témoignage de ma respectueuse considération.

***Au Professeur Jorge Lopez Castroman*,**

Qui me fait l'honneur de s'intéresser à ce travail et de le juger. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Au Docteur Béatrice Lognos,

Qui me fait l'honneur de s'intéresser à ce travail. Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse et de l'intérêt que vous avez porté à ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

A mon directeur de thèse, Docteur Sandrine Calonne,

Qui m'a fait l'honneur de diriger ce travail de thèse, j'ai eu le plaisir et l'honneur de bénéficier de vos conseils et enseignements au cours de mon stage pratique et au cours de cette thèse. Trouvez ici mes remerciements pour l'attention que vous avez portée à la réalisation de cette thèse et pour vos précieux conseils et orientations.

A mes maîtres de stage de Médecine générale *: Dr Jean-Luc Puel, Dr Marie-Hélène Cornus Pratx, Dr Alain Mathieu, Dr Sandrine Calonne, Dr Pascal Triouleyre :*

Pour leur patience, leur disponibilité.

Pour m'avoir appris ce merveilleux métier.

Pour avoir conforté mon choix dans la médecine générale.

Au *Dr Sylvie Fontana, Dr Patricia Artaud Gris, Dr Michel Yacono et au Dr Bernard Hijazi*.

Au service de rhumatologie du CHU de Nîmes et son personnel.

Au service d'urgence et d'hospitalisation de pédiatrie du CH de Perpignan ainsi que son personnel.

A mon maitre de stage de gynécologie *: Dr Gaudérique Tourné*.

Au service d'accueil des urgences de Mende et son personnel.

Au service de médecine et au service de SSR du CH local d'Uzès et de son personnel.

A mes professeurs de Lille.

A tous les jeunes médecins généralistes interrogés, merci pour votre enthousiasme, merci d'avoir accepté de participer aux entretiens, de m'avoir accordé du temps et d'avoir accepté de livrer votre expérience personnelle et professionnelle.

A mon amie Charlotte, amie de longue date pour son soutien.

A mon amie Fatima une merveilleuse rencontre durant ces longues études.

A ma très chère mère, source intarissable de tendresse, de patience et de sacrifice, ta prière et ta bénédiction m'ont été d'une grande aide tout au long de mon apprentissage. Les mots manquent pour exprimer ma grande affection et ma profonde gratitude. J'espère ne jamais te décevoir, qu'Allah te préserve et t'accorde santé, longue vie et bonheur.

A ma sœur et mes frères pour leur soutien inconditionnel, vous avez été à mes côtés tout au long du chemin parcouru. Puisse Allah vous protéger, garder et renforcer notre fraternité.

SOMMAIRE

1 INTRODUCTION 20

2 AVANT PROPOS SUR LA DEPRESSION 22

2.1 Impact économique 22

2.2 Les principaux facteurs de risques associés à la dépression 22

2.3 Conséquences des troubles dépressifs 23

2.4 Définitions et critères diagnostiques de la dépression 25

2.5 Echelles de dépistage et de diagnostic 27

2.6 Le risque suicidaire 30

2.7 Prise en charge de la dépression 30

2.8 A propos de la formation initiale du médecin généraliste : 34

3 MATERIEL ET METHODE 36

3.1 Le type de l'étude 36

3.2 L'enquêteur 36

3.3 La population 36

3.4 Guide d'entretien (annexé en page 76) 38

3.5 Recueil de données et retranscription 38

3.6 Analyse des données 39

4 RESULTATS 40

4.1 Caractéristiques des médecins interrogés 40

4.2 Analyse des résultats 42

4.2.1 Formation théorique : leur ressenti 42

4.2.2 Formation personnelle (quelques extraits d'analyse des verbatims) 43

4.2.3 Formation pratique 44

4.2.4 Remplacement 45

4.2.5 Supports utilisés en pratique 46

4.3 Déroulement de la consultation du patient avec un trouble dépressif 46

4.3.4 Examen somatique et bilan sanguin 47

4.3.5 Évaluation du risque suicidaire 47

4.3.6 Place des échelles en consultation 47

4.3.6.1 Echelle d'Hamilton 47
4.3.6.2 Echelle de Beck 48
4.3.6.3 Echelle d'auto ou hétéroévaluation : Beck versus Hamilton 48
4.3.6.4 Autre 49
4.4 Quelle prise en charge proposée au patient dépressif ? 49
4.4.1 La psychothérapie 49
4.4.2 La prise en charge médicamenteuse 51
4.4.3 Arrêt de travail 55
4.5 Difficultés rencontrées dans la prise en charge du patient dépressif 56
4.5.1 Le choix des molécules 56
4.5.2 La gestion du temps : 56
4.5.3 L'accès aux psychiatres 57
4.5.4 L'accès au psychologue 57
4.5.5 Les autres difficultés 58
4.6 Ressenti sur l'enseignement universitaire et la formation d'IMG 60
4.6.1 L'enseignement universitaire 60
4.6.2 Formation pratique 60
4.7 Suggestions pouvant améliorer la formation 61
4.7.1 Formation théorique 61
4.7.2 Formation pratique 63
5 DISCUSSION 65
5.1 Force et critique de mon travail 65
5.1.1 Points forts de l'étude 65
5.1.2 Points faibles de l'étude 66
5.1.3 Signification de notre étude 67
5.1.4 L'utilisation d'outils de dépistage et diagnostique 68
5.1.5 La prise en charge médicamenteuse 69
5.1.6 La prise en charge non médicamenteuse 70
5.1.6.1 L'arrêt de travail 70
5.1.6.2 Prise en charge par le psychiatre 71
5.1.6.3 Prise en charge par un(e) psychologue 71
5.1.6.4 La psychothérapie de soutien 73
5.1.7 Ressenti sur la formation, suggestion, perspectives et implications pratiques 73

5.1.7.1 Formation théorique 73
5.1.7.2 Formation pratique 75
6 CONCLUSION 77
7 BIBLIOGRAPHIE 78
8 ANNEXES 83
9 GUIDE D'ENTRETIEN ET VERBATIMS 86
9.1 Guide d'entretien 86
9.2 Entretiens retranscrits 86
RESUME 151

ABREVIATIONS

MG : médecine générale

IMG : internat de médecine générale

EDC : Episode dépressif caractérisé

AD : antidépresseurs

BZD : Benzodiazépine

CIM-10 : Classification Internationale des Maladie – 10ème version

DCI : Dénomination commune internationale.

DSM-V-TR : Manuel de diagnostic et de statistique des troubles mentaux V – révision du texte)

HAM-D : Echelle de dépression d'Hamilton

MADRS : Montgomery-Asberg Depression Rating Scale

INPES : Institut national de prévention et d'éducation à la santé.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

Dress : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

IRSN : inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline.

ISRS : inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine.

IMAO : inhibiteurs de la monoamine-oxydase.

TAG : Troubles anxieux généralisés.

TCC : Thérapie cognitivo-comportementale

1 INTRODUCTION

La dépression est définie par l'OMS comme « Un trouble mental courant, caractérisé par une tristesse, une perte d'intérêt ou de plaisir, des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation de soi, un sommeil ou un appétit perturbé, une certaine fatigue et des problèmes de concentration. Elle peut perdurer ou devenir récurrente, entravant ainsi de façon substantielle l'aptitude d'un individu à fonctionner au travail ou à l'école ou à faire face à sa vie quotidienne »(1)

La dépression figure parmi les troubles mentaux les plus fréquents et constitue un problème majeur de santé publique. Quelques chiffres pour s'en convaincre : D'après les dernières estimations de l'OMS, la dépression touche plus de 264 millions de personnes dans le monde, soit un rebond de 18 % en dix ans entre 2005 à 2015.(2) Dans la publication de Dress, la prévalence de la dépression est estimée entre 5 et 12 %, soit plus de 3 millions de personnes qui seraient concernées.(3)Une enquête publiée par le baromètre santé 2017, a estimé la prévalence de l'épisode dépressif caractérisé à 9.8 % chez les personnes âgées de 18 à 75 ans, soit près d'un adulte sur dix qui avait déclaré avoir vécu un état dépressif caractérisé au cours des 12 derniers mois.(4)

Le médecin généraliste est l'acteur principal qui intervient dans la prise en charge des personnes souffrant de trouble dépressif. La majorité des enquêtes s'accordent sur le fait qu'il est le professionnel de santé le plus sollicité en cas de trouble dépressif.(5,6) En effet, en présence de souffrance mentale, les patients consultent majoritairement leur médecin généraliste (21 %) puis viennent après les psychiatres (13%) et les psychologues libéraux (7%).(7) l'étude menée en 2012 par la DRESS portant sur la prise en charge de la dépression en médecine générale conforte ces données en rapportant que « la majorité des médecins de ville sont confrontés chaque semaine à des patients présentant une souffrance psychique (72 %), des troubles anxieux (82 %) ou un état dépressif (67 %) » (8)

Les médecins généralistes jouent donc un rôle primordial dans le dépistage, l'orientation et le traitement des patients souffrants de dépression.(9) Ils sont à l'origine de 60 à 85% des prescriptions d'antidépresseurs.(5,10)

En parallèle à cette émergence de pathologie dépressive : le Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine souligne que la faculté de médecine a l'obligation

de répondre aux besoins de la population en matière de santé. En effet, la mission d'une faculté de médecine doit s'inspirer et se baser sur les besoins actuels et futurs de la société pour développer l'enseignement(11). Les DMG (départements de médecine générale), instaurés dans les 35 facultés de médecine sont en charge d'organiser les enseignements pratiques et théoriques du DES. Un bulletin officiel d'Octobre 2004 mentionnait que les temps de formation à la prise en charge psychiatrique sont obligatoires au cours du DES MG, ceux-ci peuvent avoir lieu en stage hospitalier ou en ambulatoire.(12)

L'émergence ascendante de la pathologie dépressive est-elle corrélée à un renfort d'enseignement dans ce domaine ? Les cours théoriques, la formation pratique et la mise en situation des internes est-elle suffisante pour amener les jeunes médecins généralistes à prendre en charge correctement cette pathologie ?

Dès le début de mes remplacements, j'ai été amenée à consulter des patients présentant des troubles dépressifs et je me suis vite retrouvée confrontée à des difficultés de prise en charge de cette pathologie complexe relevant du domaine de la psychiatrie, notamment dans le suivi des patients dépressifs, et la coordination avec les autres professionnels de santé.

Face à mes nombreuses interrogations, je me suis demandée si mon ressenti était commun aux jeunes médecins généralistes, je me suis donc intéressée à cette question en réalisant ce travail de thèse, en élaborant un entretien qualitatif sur le déroulé des consultations de dépression en cabinet de médecine générale.

L'objectif principal était d'identifier et de préciser les difficultés rencontrées aux différentes étapes de la consultation et d'analyser la perception des jeunes médecins de Montpellier-Nîmes concernant leur formation sur la dépression au cours de leur internat. En effet, dans la littérature scientifique française, peu de données existent sur la formation en psychiatrie des internes de Médecine Générale (13,14).

2 AVANT PROPOS SUR LA DEPRESSION

2.1 Impact économique

En 2016, 19,8 milliards d'euros (soit 14% des dépenses) ont été alloués aux traitements des pathologies relevant du domaine de la santé mentale, ce qui en fait le deuxième poste en terme de dépenses pour le régime général.(13)

Selon les données de la sécurité sociale, la dépression en en France en 2010, représentait la première cause de mise en ALD. (14)

La dépression est responsables de 35 à 45% des arrêts de travail, et selon les données du baromètre santé 2017, environ 8.2 % des 14.520 actifs ont connu un épisode dépressif, la prévalence des femmes est toujours le double de celle des hommes(11,4% contre 5,3%).(4)

2.2 Les principaux facteurs de risques associés à la dépression

- Le sexe

Toutes les études épidémiologiques montrent que toute tranche d'âge confondu, les femmes sont plus sujettes à la dépression que les hommes. (15–17)

Dans l'étude ESEMeD par exemple, cette prévalence est de deux.(18), de même dans l'étude baromètre santé 2017, chez les 18 à 75 ans, la prévalence de l'EDC chez les femmes est le double de celle des hommes.(4)

- L'âge

Les données du baromètre de santé 2017 montre qu'un âge jeune (moins de 45 ans) est corrélé à un risque d'avoir un EDC. Chez les hommes, l'âge maximale se situe entre 18 et 34 ans et chez les femmes entre 35 et 44 ans.

- Le niveau socio professionnel

L'EDC est corrélé au niveau d'étude, le risque d'avoir un épisode dépressif est plus élevé chez les titulaires d'un diplôme inférieur au Bac par rapport à ceux d'un bac ou équivalent et ceux d'un diplôme supérieur.(4) De même, les personnes en situations de précarité sont plus exposées au risque d'avoir un EDC.(4,15,16).

- La situation familiale

Toutes choses égales par ailleurs, la dépression semble être étroitement liée à la situation conjugale et notamment au fait d'avoir vécu ou non une rupture affective : veuvage (ORa=1,7 [1,3-2,2]), divorce (ORa=1,8 [1,5-2,2]). (4)

- Le facteur génétique

Plusieurs études s'accordent sur le fait que certaines personnes seraient génétiquement prédisposées à la dépression. Ainsi, le risque de développer une dépression est supérieur chez les personnes ayant des antécédents familiaux de dépression.(19)

- Terrain avec forte comorbidités

Diverses études notent des associations entre la présence d'un EDC et un autre trouble sans pour autant pouvoir affirmer un lien de causalité. En effet, les comorbidités les plus fréquemment associées à la dépression sont les troubles anxieux et les addictions notamment l'addiction à l'alcool.

Lorsque l'épisode dépressif caractérisé est accompagné de trouble anxieux généralisé, l'anxiété a tendance à majorer le risque des idées suicidaires, les tentatives de suicide et le risque de suicide ce qui a donc pour conséquence une augmentation du taux de suicide.(20)

2.3 Conséquences des troubles dépressifs

- Risque d'augmentation de la mortalité globale et du risque suicidaire

Les patients dépressifs sont à risque de décès prématuré. De nombreuses études épidémiologiques ont montré que la dépression est associé à une diminution de l'espérance de vie .(21) Dans la méta-analyse de Cuijpers, l'EDC selon sa sévérité est corrélé à un risque significativement plus élevé de mortalité qui est de 50 %. (22) Une autre étude a montré également que le risque de décès toutes causes confondues, y compris les décès cardiovasculaires et les accidents vasculaires cérébraux est accru chez les patients déprimés qui sont deux fois plus susceptibles de décéder prématurément que dans la population générale .(23)

D'autres études ont montré l'importance de la dépression comme facteur de risque de mortalité cardiovasculaire.(24) et d'accident vasculaires cérébraux.(25)

La dépression est associés à un risque plus élevé de suicide.(26) Le fait de vivre un épisode dépressif caractérisé au cours d'une année est considéré comme le facteur le plus fortement associé aux pensées suicidaires au cours de l'année (ORa=8,3 pour les hommes et ORa=6,6 pour les femmes ; p<0,001)(27)

L'incidence du suicide chez les sujets déprimés varie avec la sévérité clinique du trouble, en effet les patients présentant un épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère ont un risque suicidaire à long terme qui est 4 à 5 fois supérieur à ceux présentant une dépression d'intensité légère ou moyenne.(28) Cette incidence est estimée à 15 % en cas de dépression sévère (patients hospitalisés), et elle est de l'ordre de 6 %, lorsque sont pris en compte l'ensemble des troubles dépressifs.

L'étude de cohorte de Lundby, réalisée en population générale (29) montre ainsi qu'à très long terme le taux de suicide est de 5,6 à 6,8 % pour l'ensemble des déprimés. Il varie de 3,1 % à 13,7 % selon qu'il s'agit d'un EDC de gravité moyenne ou d'un EDC sévère. Néanmoins, les hommes souffrant d'une dépression sévère présentent un risque élevé de suicide à long terme, autour de 20%.

La dépression est présente dans plus de la moitié des cas de décès par suicide. (18)

- Augmentation de la morbidité

Selon les prévisions mondiales de l'OMS pour l'année 2030, la dépression serait la principale cause de morbidité.

La dépression est considérée comme un facteur de risque de morbidité somatique, notamment lorsque l'EDC est sévère. Certaines études soulignent que la dépression est un facteur de risque d'apparition de certaines maladies sans pour autant pouvoir affirmer un lien de causalité. (28) En effet, la dépression peut favoriser le développement d'une affection somatique mais elle peut également en être la conséquence.

Un certain nombre de revues systématiques et méta-analyses ont montré qu'il existe une association entre la dépression et le risque de maladie cardiovasculaire (30,31). Une méta-analyse a indiqué que la dépression peut être un facteur de risque indépendant, associée à une augmentation de 30% du risque de maladie cardiovasculaire et d'infarctus du myocarde.(32) De même, une

méta-analyse de 20 études (33) a montré que la dépression clinique est un facteur de risque significatif de mortalité chez les patients atteints de coronaropathie à court terme (3 à 6 mois; rapport de cotes ajusté 2,07) et à long terme (6 à 6). 24 mois ; rapport de cotes ajusté 2,61).

Une autre méta-analyse a démontré que la dépression est un facteur important d'accident vasculaire cérébral.(25)

Il semble y avoir une forte association forte entre la dépression et l'incidence du diabète de type 2, les résultats d'une méta-analyse montre que la dépression est associée à une augmentation de 60% du risque de diabète de type 2.(34)

- Retentissement sur la qualité de vie

La dépression a des répercussions sur la qualité de vie du patient, en plus des conséquences socio-économiques sur l'individu et son entourage, elle affecte également directement la vie professionnelle. En effet, la dépression entraine une diminution des capacités cognitives avec des difficultés de concentration et donc un retentissement sur les performances et de la productivité au travail ainsi qu'un risque accru d'absentéisme.(35–37)

La dépression en présence d'autres troubles psychiatriques et somatiques est associée à un retard à la reprise du travail.(38)

2.4 Définitions et critères diagnostiques de la dépression

2.4.1 Définition clinique de la dépression

La dépression est définie par un changement d'humeur pathologique associée à de divers symptômes et de signes très variables d'une personne à une autre. C'est l'intensité, la durabilité, et le nombres de ces symptômes qui permettent de poser le diagnostic de dépression.

Parmi ces symptômes on peut retrouver :

-une perturbation de l'affectivité avec une humeur triste, à savoir que le trouble de l'humeur est l'un des symptômes majeurs de dépression,

-une autodépréciation associée parfois à un sentiment de culpabilité.

-une anhédonie qui est un autre symptôme majeur, pouvant aller jusqu'à l'aboulie ou l'apragmatisme.

Ces divers symptômes sont accompagnés le plus souvent d'un ralentissement psychomoteur et parfois d'une agitation.

D'autres signes peuvent être associés tels que les troubles du sommeil, une asthénie intense dite « asthénie psychique », une anorexie avec une modification du poids, des troubles de la concentration ou de la mémoire, une baisse de la libido, ainsi que des idées noires ou suicidaires.

Dans la classification actuelle du DSM 5, la dépression est désignée par épisode dépressif caractérisé. A noter qu'auparavant on parlait d'épisode dépressif majeur mais cette terminologie prêtait confusion avec le degré de sévérité de l'épisode.

2.4.2 Diagnostic du trouble dépressif

Le diagnostic positif du trouble dépressif est défini par les critères cliniques de l'EDC qui doivent :

-être présents depuis au moins 2 semaines, et chaque symptôme est présent avec une certaine intensité, presque tous les jours

-avoir représenté une rupture avec l'état antérieur (professionnel, social, familial)

-induire un retentissement significatif sur les activités de la vie quotidienne et ou professionnelle.

A noter, que le diagnostic de dépression ne peut être fait qu'après avoir éliminé une cause organique.

2.4.3 Les classifications internationales

Deux classifications la CIM-10 et le DSM-5 (39) sont principalement reconnues par les recommandations de bonnes pratiques.

La CIM-10 correspond à la 10ème révision de la classification internationale des maladies publiée par l'OMS. Elle constitue une norme diagnostique internationale utilisée par les États Membres de l'OMS pour recueillir des statistiques de santé, elle est notamment utilisée pour l'enregistrement des causes de morbi-mortalité. (Annexe 1)

Le DSM-V (Annexe 2) est la dernière et cinquième édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* publié par l'Association Américaine de Psychiatrie. Cet ouvrage classe les troubles mentaux et vise à guider à la pratique quotidienne des professionnels de santé. Bien que la dernière version du DSM soit V, beaucoup continue d'utiliser le DSM IV.

Le trouble dépressif caractérisé est défini par la présence d´au moins 5 des 9 symptômes (Annexe 2) pendant au moins deux semaines et provoquant un changement par rapport au fonctionnement antérieur. L'humeur triste et ou l'anhédonie doit être impérativement présente.

2.5 Echelles de dépistage et de diagnostic

Bien que l'évaluation clinique du patient dépressif repose avant tout sur l'entretien clinique, il existe des échelles d'évaluation de la dépression. Ces échelles de dépistage de la dépression ne diagnostiquent pas la dépression cependant elles peuvent permettre de préciser le degré de gravité de la dépression et permettre un suivi dans le temps.

Avantages et inconvénients du type d'échelle d'évaluation :		
	Autoévaluation	**Hétéro-évaluation**
Avantages	Peu chronophage Plus objectif	Permet d'explorer la dépression chez les patients peu communiquant
	Patient autonome et pas de risque de suggestion par le médecin	Peu d'autonomie laissée au patient
Inconvénients	Risque soit de minimisation soit d'exagération des symptômes par le patient	Risque d'évaluation subjective des signes, et des symptômes par le médecin
	Le patient doit savoir lire et ne pas présenter de déficience cognitive	Chronophage++ et nécessite un apprentissage

Les échelles les mieux validées se font par autoévaluation : parmi ces échelles deux présentent une bonne sensibilité ainsi qu'une bonne spécificité pour le dépistage d'EDC(40) : le BDI-II et le PHQ-9.

Le PHQ (Patient Health Questionnaire) (41) : il s'agit d'un auto-questionnaire qui reprend les 9 items du DSM V et il se présente sous deux formes, PHQ-2 et PHQ-9. Le PHQ-2 peut être utilisé pour dépister une dépression caractérisée. Si le score du PHQ-2 est ≥ 2, il peut être complété par le PHQ-9 pour en améliorer la spécificité (42). Nombreuses études soulignent la pertinence du PHQ-9 pour dépister un EDC du fait de ses bonnes performances. (43)

Un autre test simplifié comportant 3 questions peut être réaliser lors des consultations car les deux premières questions peuvent déceler la majorité des dépressions :

Au cours des 2 dernières semaines,

1) Vous êtes-vous senti abattu(e), déprimé(e) ou désespéré(e), toute la journée, presque tous les jours ?

2) Avez-vous perdu de l'intérêt ou du plaisir dans vos activités toute la journée, presque tous les jours ? (anhédonie)

Ces deux questions ci-dessus ont montré une sensibilité 97 % (intervalle de confiance à 95%, 83% à 99%) et une spécificité de 67% (intervalle de confiance à 95 %, 62% à 72%)(44) Elles reprennent les deux critères majeurs de dépression du DSM-V. Ainsi, la positivité de la réponse à une des deux questions issues du PHQ-9 permet de dépister une dépression. De plus, une autre étude a montré que la spécificité du test augmente et passe à 89 % si la réponse est positive à l'une des deux questions et à la troisième question.(45,46)

3) Et aimeriez-vous de l'aide pour cela ?

Le BDI-II (Beck Depression inventory-II) est un questionnaire d'auto-évaluation qui peut être utilisé pour dépister un épisode dépressif caractérisé et évaluer quantitativement l'intensité de la dépression. Il comporte 21 items de symptômes et éléments d'attitude. A noter qu'il existe une version courte comprenant 13 items.

Une fois le diagnostic posé et le traitement initié, ces échelles peuvent être répétées lors des suivis des EDC, elles constituent un bon moyen pour suivre la réponse à la thérapeutique médicamenteuse ou à la psychothérapie.

D'autres échelles peuvent être utilisées afin d'évaluer le ressenti symptomatique lors du diagnostic afin d'évaluer la gravité de l'EDC. Parmi, les échelles les mieux validées, en plus des échelles de Beck et la PHQ-9, il y a l'échelle de Hamilton, de Montgomery-Asberg (MADRS) et le QIDS(C)-SR16 (40)

HDRS : Hamilton Depression Rating Scale, hétéro questionnaire peut être utilisée pour évaluer l'intensité des symptômes dépressifs adaptée pour toutes les personnes souffrant de dépression. L'échelle de dépression de Hamilton permet de coter une dépression et d'en assurer le suivi en réévaluant les symptômes en la répétant dans le temps. Il existe deux versions une à 17 et une à 21 items. Les quatre derniers items (c'est-à-dire les items 18 à 21) ne sont pas cotés car ils ne sont pas fréquents. (47) Le score total correspond à l'intensité de dépression (entre 0 et 52). Plus la score est élevé, plus la dépression est sévère.

HADS : Hospital and Anxiety Depression Scale identifie et évalue la gravité des troubles anxieux et de la dépression dans les cas somatiques et psychiatriques.(48)

GDS : Geriatric depression scale est un outil de dépistage de dépression chez les patients de > 75 ans mais à condition que le patient ne présente pas de trouble cognitif.

MADRS : Montgomery and Asberg Depression Rating Scale est une échelle sous forme d'hétéro questionnaire, elle est utilisée pour évaluer la sévérité de la dépression et son suivi.

2.6 Le risque suicidaire

La dépression est la principale cause de suicide. Plus le patient a un antécédent de tentative de suicide plus le risque de suicide est grand. Par conséquent, la recherche et l'évaluation du risque de suicide des patients souffrant de dépression sont primordiales. Le médecin doit poser clairement la question au patient sur la présence d'éventuelles idées suicidaires, ou plan de tentative de suicide envisagé. Une évaluation répétée du risque suicidaire doit être systématiquement réalisée dans le cadre de suivi des patients souffrant de dépression. Cette évaluation peut se faire à travers de simples questions, comme par exemple

-Avez-vous pensé au suicide ? Par quel moyen ? Avez-vous un plan spécifique ?

2.7 Prise en charge de la dépression

En France, la HAS a publié en 2017 les dernières recommandations de bonne pratique concernant l'épisode dépressif caractérisé de l'adulte et sa prise en charge en soins de premier recours.

2.7.1 Principes généraux de la prise en charge

-amélioration de la symptomatologie dépressive et de la qualité de vie.

-prévention des rechutes et des récidives.

Il est nécessaire d'informer le patient sur le diagnostic posé et de l'impliquer dans la prise en charge en établissant un projet et une stratégie thérapeutique avec lui tout en l'informant des effets attendus des thérapeutiques, leurs délais d'action, leurs effets secondaires potentiels afin d'améliorer l'observance du traitement.

Les antidépresseurs ne remplacent en aucun cas la psychothérapie. En effet, la psychothérapie et la pharmacothérapie par antidépresseurs ont montré une efficacité comparable dans les troubles dépressifs.(49)

2.7.2 Prise en charge psychologique et psychothérapeutique

La psychothérapie a pour finalité à un changement global de la qualité de vie de la personne qui va au-delà de la diminution des symptômes. (54)

La psychothérapie est un traitement à part entière et est un des piliers majeurs de la prise en charge de l'EDC reposant sur une écoute active, bienveillante avec empathie et sans aucun jugement et permettant ainsi de créer un climat de confiance où le patient peut exprimer librement ses idées, ses pensées, son vécu et son ressenti de la situation sans aucune crainte d'être jugé.

La psychothérapie existe sous différentes approches, elles peuvent être (individuelles, familiales ou de groupe) mais reposent toute sur le même principe qui est l'établissement d'un projet thérapeutique et sur un suivi régulier.

-Approche psychanalytique
-Approche d'inspiration psychanalytique
-Approche cognitivo-comportementale, la thérapies cognitivo--comportementale (TCC) est la seule méthode qui a fait ses preuves dans le traitement de la dépression dans les essais randomisés et en double aveugle et contre placebo.(50)
-Approche humansite
-Approche systémique
On a aussi la psychothérapie de soutien qui est la seule psychothérapie dite non structurée et non codifiée dans sa technique, qui peut être réalisée par un médecin généraliste ou un psychiatre, psychologue clinicien ou psychothérapeute. Dans les recommandations de bonnes pratiques de la HAS de 2017, on y trouve les principales caractéristiques d'une psychothérapie de soutien (Annexe 3)

2.7.3 Pharmacothérapie

2.7.3.1 Les différentes classes pharmacologiques des antidépresseurs

Les antidépresseurs sont divisés en 6 catégories :
-inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) sont les traitements de première intention.
-inhibiteurs de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNa)

-autres antidépresseurs

-antidépresseurs imipraminiques tricycliques ou non

-inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) sélectifs ou non la MAO-A

-une nouvelle classe : la vortioxétine (BRINTELIX) est un antidépresseur assez récent qui présente un mécanisme d'action multimodal sélectif et direct vis- à- vis du transporteur et des récepteurs pré et post synaptiques de la sérotonine. Le mécanisme d'action de la vortioxétine associe une inhibition de la recapture de la sérotonine et des activités directes :

- d'agonistes des récepteurs 5 HT1A ;
- d'agonistes partiels des récepteurs 5-HT1B ;
- d'antagonistes des récepteurs5-HT1D, 5-HT3 et 5-HT7

La Vortioxétine est une molécule efficace ayant un bon profil de tolérance dans la prise en charge de l'EDC avec un impact spécifique sur les dimensions anxieuse et cognitive du trouble dépressif.(51)

2.7.3.2 Les indications et le choix du traitement médicamenteux

Toutes les classes thérapeutiques ont prouvé une efficacité dans l'EDC.

Selon les recommandations de la HAS, le traitement par antidépresseur est recommandé dans le cas des EDC sévères. Cependant, il n'est pas indiqué pour traiter :

-les symptômes dépressifs ne répondant pas aux critères diagnostiques de l'EDC

-les EDC d'intensité sévère mais d'une durée inférieure à 2 semaines ;

-les épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère.

En cas d'intensité légère ou modéré de l'EDC, un suivi psychothérapeutique est préconisé en première intention puis selon l'évolution de l'EDC, l'indication d'un traitement antidépresseur sera réévaluée.

Les résultats d'une méta-analyse qui a évalué l'efficacité des anti-dépresseurs dits de nouvelle génération (ISRS, IRNA) sur un épisode dépressif caractérisé ont retrouvé que les molécules suivantes : mirtazapine, escitalopram, venlafaxine, sertaline sont particulièrement efficaces. De plus, la sertraline et l'escitalopram sont les mieux tolérés.(52)

Une récente revue systématique et méta-analyse en réseau a montré que tous les antidépresseurs étaient plus efficaces que le placebo chez l'adulte présentant un EDC. Dans les études comparatives directes, l'agomélatine, l'amitripyline, l'escitalopram, la mirtazapine, la paroxétine, la venlafaxine, et la vortioxétine étaient plus efficaces que les autres antidépresseurs alors que la fluoxétine, la fluvoxamine, la réboxétine et la trazadone (non commercialisé en France) étaient les médicaments les moins efficaces. Quant à l'acceptabilité, l'agomelatine, le citalopram, l'escitalopram, la fluoxétine, la sertraline et la vortioxétine présentaient un meilleur profil de tolérance que les autres antidépresseurs.(53)

Selon les recommandations actuelles, les antidépresseurs de la classe des ISRS et IRSNa sont prescrits en première intention dans le cas d'épisode dépressif modéré à sévère du fait de leur meilleure tolérance.

Les antidépresseurs imipraminiques (tricycliques) sont indiqués en deuxième intention dans certains cas spécifiques (dépression sévère ou autre indication) en raison de leur cardiotoxicité, il est donc nécessaire de réaliser un ECG avant le début de traitement par les TC. Ils sont ainsi contre indiqués en présence d'idéation suicidaire en raison de leur potentiel létalité en cas de surdosage.

Il est recommandé d'utiliser, la tianeptine et l'agomélatine en troisième intention, en raison des risques d'abus et de dépendance de la tianeptine et de la toxicité hépatique de l'agomélatine.

Dans les recommandations de la HAS 2017, on y trouve les déterminants du choix d'un antidépresseur. (Annexe 4)

2.7.4 Durée et suivi du traitement médicamenteux

Le délai d'action des antidépresseurs à partir duquel l'amélioration des symptômes est perceptible varie de 4 à 8 semaines.

Si la réponse n'est pas optimale, il est recommandé soit de majorer la dose de l'antidépresseur soit de switcher par une autre molécule.

Il est recommandé de revoir le patient dans la semaine suivant le début du traitement antidépresseur pour rechercher un comportement suicidaire, une agitation ou d'autres facteurs susceptibles d'augmenter le risque de suicide. Un suivi rapproché permet d'améliorer l'observance thérapeutique et permet également d'évaluer la tolérance du traitement, d'autant plus que les effets secondaires potentiels apparaissent généralement avant que le traitement soit efficace, il faut donc prévenir et informer le patient pour améliorer l'observance au traitement.

Puis, un suivi tous les deux mois pendant les trois premiers mois est préconisé. Si l'évolution est favorable et la réponse au traitement est satisfaisante, les consultations de suivi peuvent être espacées. Pour ce faire le praticien peut s'aider de l'échelle de dépression de Hamilton, pour évaluer l'efficacité du traitement.

En présence de trouble anxieux ou trouble du sommeil invalidant, un anxiolytique ou un hypnotique peut être Co prescrit au début du traitement antidépresseur mais pour une durée la plus brève possible. (2 semaines)

En prévention de rechutes, en moyenne, la durée totale du traitement antidépresseur pour un premier épisode dépressif caractérisé est de 4 à 6 mois voire 1 an après rémission des symptômes.

Dans le cas d'une deuxième récidive de dépression, le traitement doit être poursuivi pendant 2 ans.

L'arrêt du traitement antidépresseur doit se faire progressivement sur plusieurs semaines voire plusieurs mois, pour prévenir le risque de rechute et le syndrome de sevrage pouvant survenir lors d'un arrêt brutal.

2.8 A propos de la formation initiale du médecin généraliste :

Les DES de de médecine générale de Montpellier se déroule en 3 ans d'internat et s'articule autour d'une partie théorique et une partie pratique.

La maquette de stages DES avant 2018 comporte obligatoirement :
-un stage de Médecine adulte
-un stage d'urgences
-un stage de gynéco-pédiatrie (ambulatoire ou hospitalier)
-un stage ambulatoire chez le praticien en médecine générale

-un stage en CHU
-un stage de 6ème semestre au choix (SASPAS, stage de consultation)
Un stage en psychiatrie ne fait donc pas partie des stages obligatoires, l'une des possibilités qui s'offre aux internes de médecine est de faire ce choix soit au cours d'un semestre libre soit en SASPAS.

La partie théorique est composée de séminaires d'enseignements théoriques et de 6 GEPT (groupe d'enseignement pratique tuteurés) par année d'internat.

Parmi, les séminaires abordés durant l'internat et pouvant contribuer à aider entre autres dans la prise en charge de la dépression, on retrouve les séminaires suivants : (exemple de maquette d'enseignement de MG en Annexe 5)
-Approche centrée patient : Relation médecin-malade (2 séminaires)
-Approche centrée patient : Abord du patient atteint de maladie psychiatrique
-Approche centrée patient éducation thérapeutique du patient

A noter que ce travail de thèse n'aborde que le trouble dépressif chez l'adulte car les troubles dépressifs rencontrés chez l'enfant et ou l'adolescent, le sujet gériatrique et la dépression du post partum constituent des spécificités diagnostiques et de prise en charge à part entière.

3 MATERIEL ET METHODE

3.1 Le type de l'étude

La méthode utilisée dans ce travail est une méthode de recherche qualitative basée sur la réalisation d'entretiens semi-structurés auprès de jeunes médecins généralistes. Le but de ces entretiens était de voir les différentes pratiques des jeunes médecins généralistes dans la prise en charge du trouble dépressif à l'issue de leur formation d'internat en médecine générale et d'analyser leur ressenti sur la formation reçue**.** Les caractéristiques de ce travail sont détaillés selon les critères COREQ(54,55)

L'objectif de ce type d'étude est l'exploration des opinions, le recueil du ressenti, des représentations… (56) En effet, le recueil des données s'intéresse à la pratique et aux habitudes d'exercice et n'a pas pour objet d'évaluer, ni les connaissances théoriques, ni les pratiques des médecins interrogés. Cette méthode d'étude semblait être la plus appropriée. Le choix d'entretiens individuels pour le recueil des données permet entre autre d'instaurer une relation de confiance entre la personne interrogée et celle qui l'interroge. Les entretiens individuels offrent l'opportunité aux médecins interrogés d'exprimer leurs ressentis, leurs pensées, leurs idées et de livrer leurs expériences personnelles et professionnelles sans aucun à priori, et sans aucune peur d'être jugé par leurs pairs.

3.2 L'enquêteur

Les entretiens ont tous été réalisés par un médecin généraliste remplaçant « le thésard », sans expérience préalable dans la réalisation d'entretiens.

3.3 La population

3.3.1 L'échantillonnage

Notre étude a été conduite auprès de jeunes médecins. Il a été décidé de réaliser un échantillonnage diversifié sans recherche de représentativité. Le but ne s'intéressait pas à la représentativité mais plutôt la significativité, c'est-à-dire d'élargir suffisamment le champ d'investigation pour produire de nouveaux faits et recueillir un maximum d'informations. Cela consiste en la variation maximale de l'échantillon. (57) D'autant plus que les réponses peuvent être influencées par différentes variables : âge, sexe, lieu et mode d'exercice, vécu personnel, formation en psychiatrie….

La taille de l'échantillon a été définie par la nécessité d'atteindre **une saturation des données**.

Dans un premier temps, un nombre de 10 à 15 médecins a été défini de façon arbitraire. La saturation des données a été obtenue au dixième entretien. Treize entretiens ont été réalisé au total.

3.3.2 Critères d'inclusions et d'exclusion

- *Critères d'inclusions :*

- Jeunes médecins libéraux exerçant en cabinet en tant que remplaçants ou installés.
- Titulaires d'une licence de remplacement ou thésés.
- Ayant fini leur formation d'IMG entre 2014 et 2019.

- *Critères d'exclusion :*

- Exercice en milieu hospitalier,
- Médecin ayant fini l'IMG mais qui n'avait encore aucune expérience en milieu libéral (n'avait encore jamais remplacé ni réalisé un stage en milieu libéral).

3.3.3 Recrutement

Les médecins ont été recrutés par deux modes d'accès :

-Direct par le biais de connaissance personnelle et ou professionnelle. Cependant cette méthode de recrutement peut avoir l'inconvénient de manquer de neutralité.

-Indirect, c'est-à-dire que les coordonnées de certains médecins ont été obtenues par l'intermédiaire d'une tierce personne, par proximité. Un mail explicatif de la démarche de l'étude a également été diffusé aux internes du DMG, de même un mail a été envoyé par les Conseils Départementaux de l'Ordre du Gard et de l'Hérault aux médecins remplaçants, en ciblant la population concernée afin d'augmenter les chances d'acceptation et également de répondre à la problématique de l'échantillonnage.

Certains médecins ont ensuite été contactés par téléphone, ceux ayant répondu par mail, ils ont été recontactés soit directement par téléphone soit par mail puis dans un second temps par téléphone afin de fixer un rendez-vous pour l'entretien.

Leur accord était demandé pour participer à une thèse sous la forme d'un entretien sur « la perception des jeunes médecins concernant leur formation sur la prise en charge de la dépression au cours de leur internat de médecine générale à Montpellier/Nîmes ».

Les données ont été recueillies au cabinet du médecin, ou au domicile du médecin ou au domicile de l'enquêteur selon le libre choix de chaque participant et surtout selon ses disponibilités.

3.4 Guide d'entretien (annexé en page 76)

Les entretiens individuels ont été effectués selon la technique de l'entretien semi structuré ayant nécessité la préparation d'un guide d'entretien à l'avance. Ce guide était composé de questions ouvertes, ainsi que des questions de relance comportant des thématiques afin d'explorer les problématiques les plus pertinentes lors des entretiens.

C'est un guide semi-structuré, donc reproductible mais pouvant être adapté lors de chacun des entretiens.

Le guide n'a pas été testé au préalable, des modifications ont été apportées après la réalisation de deux entretiens car quelques points été redondants.

3.5 Recueil de données et retranscription

3.5.1 Recueil des données

Au début de chaque entrevue, une courte présentation du sujet de l'étude était réalisée. Une autorisation d'enregistrer l'entretien a été demandé au préalable à chaque personne participant à l'entretien. Chaque personne a été systématiquement informée que l'entretien sera anonyme lors de la phase d'analyse. Les entretiens n'ont pas été répétés.

Les entretiens ont été enregistrés à la fois avec un dictaphone et d'un téléphone portable (iPhone 7).

Les entretiens ont duré entre 11 minutes et 33 minutes pour un total de 4h et 55 minutes et une moyenne de 21 minutes.

3.5.2 Retranscription

Les enregistrements ont ensuite été retranscrits par l'enquêteur sur logiciel Word en respectant un délai le plus bref possible, maximum d'une à deux journées afin de reproduire intégralement et le plus fidèlement possible les propos recueillis par les personnes interrogées.

La retranscription a été la plus fidèle possible sans apport d'aucune modifications des réponses, sans reformulation et sans correction des erreurs de langage. Quelques notes ont été ajoutées pour illustrer l'attitude du médecin : rires, euh…

Les fichiers étaient enregistrés sous le nom entretien 1 à 13 afin de conserver l'anonymat.

3.6 Analyse des données

Afin d'analyser les données brutes des entretiens, les méthodes conceptualisées en recherche qualitative sont diverses mais suivent une démarche commune : la réduction des données, leur condensation et leur présentation. L'objectif est de « donner du sens ». Une des stratégies de recherche est l'analyse inductive générale.(58)

Dans un premier temps, plusieurs lectures des verbatims étaient effectuées afin de mieux appréhender leur contenu général. L'analyse a été réalisée en se basant sur les principes de la théorisation ancrée c'est-à-dire que la démarche a été inductive sans code défini avant l'analyse des verbatims.(59) Un premier codage ouvert centré sur la question de recherche a été réalisé. Les textes ont été fragmentés en mots ou en séries de mots, qui correspondaient à une réponse à cette question. Les extraits issus des verbatims ont été ont été transcrits sous forme Mind Map dans le logiciel X-MIND®.

Les extraits étaient ensuite rattachés à un « code » traduisant l'idée sous tendue : les codes primaires. C'est un « processus de transformation des données brutes en une première formulation signifiante »(60), il correspond à un code linéaire. La saturation des donnés est atteinte lorsque plus aucun nouveau code primaire n'est obtenu.(61)

Un codage axial ou thématique a ensuite été réalisé, il consistait à rassembler les codes primaires en catégories de code sous forme de codes secondaires ou sous thèmes.

Un seul codage primaire a été réalisé par l'enquêteur, il n'y a donc pas eu de triangulation

5 RESULTATS

5.1 Caractéristiques des médecins interrogés

Les entretiens ont été réalisées entre le mois de janvier et mars 2020.

Treize médecins ont été interrogés. Nous allons détailler leurs principales caractéristiques :

-Age : entre 28 et 33 ans

-sexe : 10 femmes et 3 hommes.

-Lieu d'externat : 4 médecins ont effectué leur formation initiale à l'université Nîmes-Montpelliers, 2 à Lyon, 2 à Marseille, 1 à Dijon, 1 à limoges, 1 à Paris, 1 à Rennes, 1 en Roumanie.

-Stage en psychiatrie au cours de leurs formation universitaire : 10 ont eu l'occasion de faire un stage en psychiatrie au cours de leurs stages d'externat dont un médecin est passé deux fois en psychiatrie, et seulement un médecin n'a pas eu l'occasion de faire un stage en psychiatrie. Deux médecins ont effectué un stage en psychiatrie au cours de l'internat de médecine générale (Un en libéral lors du SASPAS).

-Réalisation d'un SASPAS : 9 médecins sur 13 ont effectué un SASPAS.

-Lieu d'exercice : 6 en milieu urbain, 1 en ZFU, 6 en semi rural.

-statut médecin remplaçant ou installé : 2 médecins sont installés, les autres sont des médecins remplaçants.

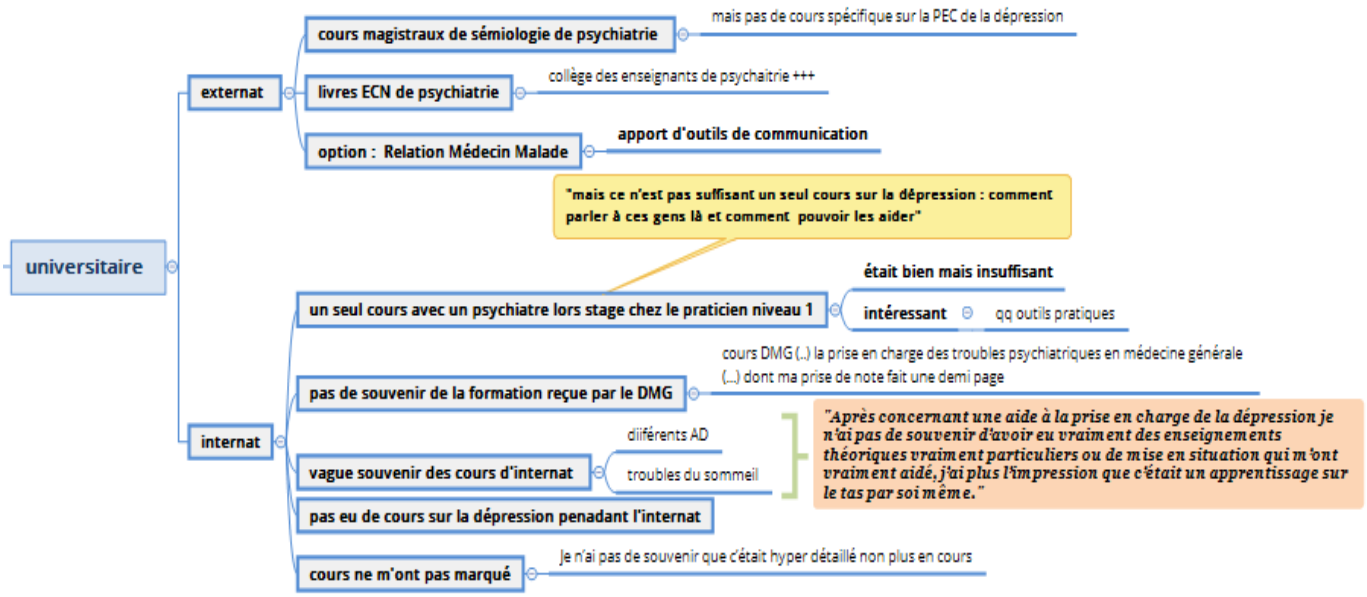
-Expérience depuis le début d'activité : durée d'exercice moyenne 25 mois.

	Sexe	Age	Externat	SASPAS	Stage en psy	Statut	Thésé	Mode d'exercice	Date début remplacement
Médecin 1	F	29	Lyon	Oui	Oui externat	Remplaçant	Non	Urbain	Juillet 2016
Médecin 2	F	30	Montpellier	Oui	Oui SASPAS	Remplaçant	Non	Urbain	Juillet 2016
Médecin 3	M	29	Dijon	Non	Oui externat	Remplaçant	Non	ZFU	Août 2018
Médecin 4	M	29	Lyon	Non	Non	Remplaçant	Oui	Semi rural	Juillet 2016
Médecin5	F	30	Montpellier	Oui	Oui externat	Remplaçant	Non	Urbain	Novembre 2017
Médecin 6	F	28	Paris VI	Non	Oui externat	Remplaçant	Non	Urbain	Novembre 2018
Médecin 7	F	29	Limoges	Oui	Oui externat	Remplaçant	Non	Semi rural	Novembre 2019
Médecin 8	F	29	Roumanie	Non	Oui externat	Remplaçant	Non	Semi rural	Novembre 2018
Médecin 9	F	29	Marseille	Oui	Oui internat	Installé	Oui	Semi rural	Juillet 2017
Médecin 10	M	31	Montpellier	Oui	Oui externat (2)	Remplaçant	Oui	Urbain	Juillet 2016
Médecin 11	F	33	Rennes	Oui	Oui externat	Remplaçant	Oui	Urbain	Août 2016
Médecin 12	F	28	Marseille	Oui	Oui externat	Remplaçant	Non	Semi rural	Novembre 2019
Médecin 13	F	28	Nîmes	Oui	Oui externat	Installé	Oui	Semi rural	Novembre 2019

5.2 Analyse des résultats

5.2.1 Formation théorique : leur ressenti

5.2.1.1 Universitaire (quelques extraits d'analyse des verbatims)



5.2.1.2 Externat

Durant la formation du deuxième cycle des études médicales, les médecins évoquent « les cours théoriques de sémiologie psychiatrique pendant l'externat » ainsi que des supports tel que « le collège des enseignants de psychiatrie », cependant ils notent qu'ils « n'ont pas reçu de cours spécifique sur la prise en charge de la dépression ».

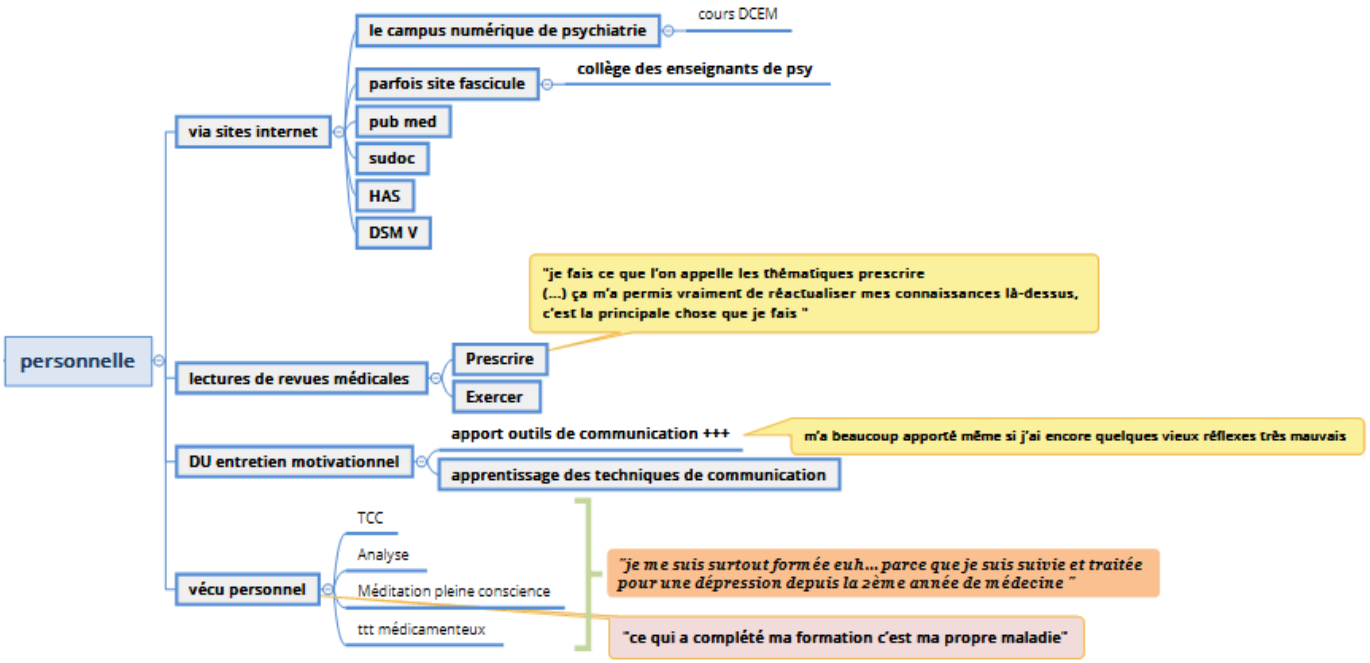
Un médecin avait suivi l'option « Relation Médecin Malade » et qui lui a permis d'acquérir des « outils d'aide à la communication ».

5.2.1.3 Internat

Concernant la formation théorique reçue pendant l'internat et donc lors du troisième cycle d'étude médicale, un médecin n'a aucun souvenir d'avoir eu un cours sur la prise en charge du patient dépressif, un autre médecin évoque un vague souvenir de la formation reçue par le DMG, un autre estime qu'il n'a pas eu de cours sur la dépression pendant l'internat, les autres évoquent avoir eu

un cours avec un psychiatre lors du stage chez le praticien de niveau 1 «c'était intéressant mais ce n'est pas suffisant un seul cours sur la dépression … »

5.2.2 Formation personnelle (quelques extraits d'analyse des verbatims)



5.2.2.1 Internet

Pour les médecins interrogés, la formation se fait également via la consultation de site internet : « le campus numérique de psychiatrie », « site fascicule où on peut avoir accès au collège des enseignants de psychiatrie », « les recommandations de l'HAS » sont également régulièrement consultées, de même la classification du « DSM IV et V ».

5.2.2.2 Littérature

Deux médecins utilisent les revues de médecine générale : « **prescrire** » et **« exercer** » : « je fais ce que l'on appelle les thématiques prescrire (…) ça m'a permis de réactualiser mes connaissances là-dessus. », d'autres médecins utilisent des articles spécialisés via les bases de recherche « **pubmed** » et « **sudoc** ».

5.2.2.3 Formation complémentaire

Un médecin a fait un **DU** s'intitulant « **entretien motivationnel** », la raison principale qui l'a conduite à faire cette formation est **le manque d'outils et de techniques de communication** « c'est lors de mon stage d'internat en addictologie où je me suis confrontée directement à mes difficultés c'est-à-dire les gens ne voulaient plus que je les suive car j'étais trop directive donc là

je me suis rendue compte que ça venait de moi le problème et de ma formation, du coup j'ai fait un DU… »

En effet, il affirme que ce DU, lui a permis d'acquérir de bonnes techniques de communication notamment avec les patients dépressifs : « m'a beaucoup apporté même si j'ai encore quelque vieux réflexes… »

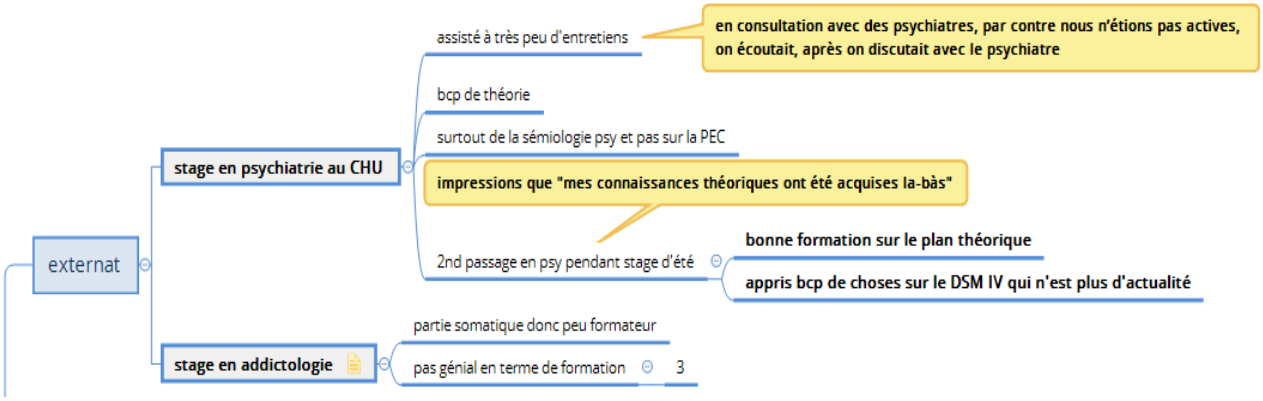
5.2.2.4 Vécu personnel

Un médecin évoque le fait qu'il s'est formé par le bais de **son expérience personnelle en tant que patient suivi pour une dépression** « ce qui a complété ma formation, c'est ma propre maladie », « je me suis surtout formée euh…parce que je suis suivie et traitée pour une dépression… »

Du fait de son propre vécu, il évoque une certaine familiarité dans la prise en charge de la dépression « je sais quel traitement médicamenteux proposer au patient dépressif et ou quelle psychothérapie suggérée au patient dépressif » : « psychothérapie de soutien », « TCC », « thérapie par analyse », « thérapie par méditation en pleine conscience » et connaît les approches utilisées dans chacune des psychothérapies qu'il a pu expérimenter.

5.2.3 Formation pratique

5.2.3.1 Externat

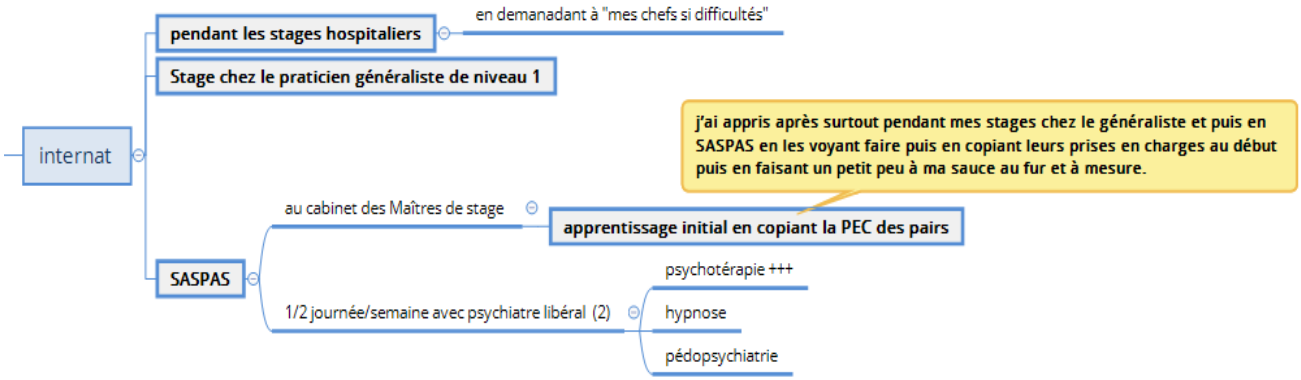


Trois médecins ont effectué un **stage en psychiatrie au CHU lors de leur externat**, ils ont assisté à quelques consultations mais regrettent le fait que ces stages soient axés que sur la théorie « par contre nous n'étions pas actives, on écoutait, après on discutait avec le psychiatre », « beaucoup de théorie », « surtout la sémiologie psychiatrique et non pas sur la prise en charge ».

Un médecin a même effectué un deuxième stage en psychiatrie « impression que mes connaissances théoriques ont été acquises là-bas » avec une « bonne formation sur le plan théorique ».

Trois médecins ont effectué un stage en addictologie mais qui n'ont pas trouvé la formation bénéfique « peu formateur », « pas géniale en termes de formation ».

5.2.3.2 Internat

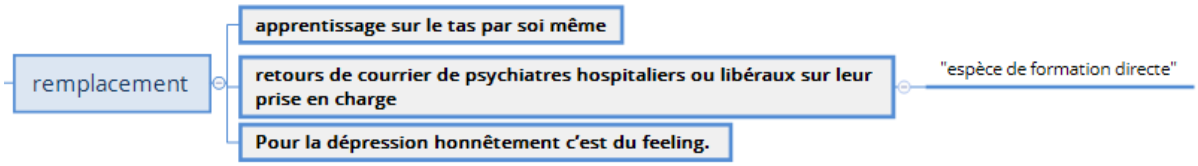


Leurs connaissances sur le plan théorique mais surtout pratique proviennent pour la plupart des médecins interrogés **des stages chez le praticien généraliste de niveau 1** mais surtout **du stage SASPAS** directement au cabinet des maitres de stage. Au début, c'est un « apprentissage qui se fait en copiant les prises en charge des pairs puis en faisant un petit peu à ma sauce au fur et à mesure »

Deux médecins avaient dans leur maquette de SASPAS des demi-journées dédiées à des consultations avec un psychiatrie libéral, un psychothérapeute, un pédopsychiatre et un hypnothérapeute.

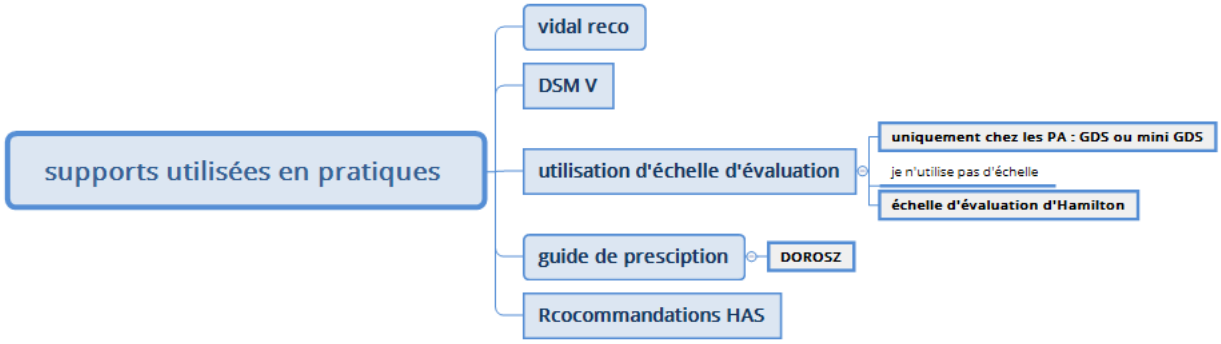
Un médecin évoque une formation à travers les stages hospitaliers « en demandant à mes chefs si difficultés »

5.2.4 Remplacement



Pour deux médecins, l'apprentissage se fait sur le terrain par soi-même, un médecin évoque une **formation indirecte** par le biais des **« retours de courriers de psychiatres** hospitaliers ou libéraux sur leur prise en charge » et enfin pour certains, la prise en charge se fait selon le ressenti que l'on a du patient « c'est du **feeling** ».

5.2.5 Supports utilisés en pratique



Les supports les plus utilisés en pratique lors des consultations, et qui sont évoqués par les médecins interrogés : « **le DSM IV et V** », « **le vidal reco** », « **le guide prescription Doroz** ». Certains consultent régulièrement les recommandations de l'HAS.

5.3 Déroulement de la consultation du patient avec un trouble dépressif

5.3.1 Temps d'écoute

Trois médecins préfèrent dans un premier temps, laisser parler le patient et l'écouter « laisser parler le patient », exprimer « ses symptômes et son ressenti par rapport à la situation » **puis** dans un second temps, ils vont orienter la consultation en « fonction de son discours » et « faire préciser les symptômes ».

Ils recherchent la notion de « rupture avec l'état antérieur » et si les symptômes sont présents depuis « au moins deux semaines ».

Deux médecins évoquent la notion d'épisode dépressif majeur ou caractérisé et donc au cours de leur interrogatoire, ils recherchent les critères d'EDC pour poser le diagnostic.

Un médecin recherche l'existence un **antécédent d'épisode dépressif**.

5.3.2 Facteur déclenchant ou cause de l'état dépressif

La recherche du « facteur déclenchant » est évoquée par 6 médecins, ils cherchent à savoir si le facteur déclenchant de cet épisode est d'ordre privée (personnelle ou familiale) ou d'ordre professionnel ou c'est réactionnel à un évènement.

5.3.3 Signes cliniques recherchés

Parmi, les signes les plus recherchés par les médecins ou les plus évoqués spontanément par les patients, on retrouve les perturbations de l'affectivité dont la « **tristesse de l'humeur** », qui est un des symptômes majeurs dans le trouble dépressif.

Parmi, les autres signes associés qui sont évoqués, on retrouve **les troubles du sommeil** (évoqués à huit reprises), **la perte d'appétit ou anorexie** (évoquée à six reprises), l'**anhédonie** est évoquée 3 fois et les **troubles de la libido** sont évoqués à deux reprises.

La recherche d'idéations suicidaires « **idées noires** » est évoquée par 5 médecins

5.3.4 Examen somatique et bilan sanguin

L'examen somatique est évoqué par trois médecins et deux médecins prescrivent un bilan biologique de principe afin d'éliminer « une cause organique ».

5.3.5 Évaluation du risque suicidaire

Un des médecins utilise l'échelle RUD pour la recherche des critères de gravité et évaluer notamment le risque suicidaire mais il affirme qu'il a tout de même « moins l'occasion de la faire, c'est une échelle plus pour « l'hospitalisation ». Le risque suicidaire est évalué en recherchant le « risque », « la dangerosité » et « l'urgence ». Pour la plupart des médecins interrogés, le risque suicidaire constitue une « urgence médicale à évaluer et à éliminer ».

5.3.6 Place des échelles en consultation

Concernant l'utilisation d'outils de dépistage ou diagnostic, les médecins interrogés déclarent majoritairement ne pas utiliser d'outils.

Un médecin déroule les critères du DSM IV, « que j'applique bêtement …je n'ai pas d'affinité pour les pathologies psychiatriques ». Pour poser le diagnostic deux médecins déroulent les critères EDC.

5.3.6.1 Echelle d'Hamilton

Tous les médecins interrogés ont mentionné l'échelle de Hamilton mais ils ne l'utilisent pas systématiquement avant de prescrire un antidépresseur. Certains utilisent les items de l'échelle

d'Hamilton pour le diagnostic de l'épisode dépressif et d'autres l'utilisent pour évaluer la sévérité de la dépression, selon le score obtenu, ils « orientent leur prise en charge »

Un médecin a appris l'existence de cette échelle lors de son stage de SASPAS, de même un autre médecin a vaguement connaissance de l'existence de cette échelle, et donc il ne l'utilise pas « par manque d'habitude » et « lors de mes stages chez les praticiens, ces derniers ne l'utilisaient pas ».

Un médecin souligne le côté **pratique** car l'échelle d**e Hamilton** est intégrée au logiciel de consultation (WEDA). Certains évoquent le côté intéressant de la **cotation** de l'acte car ils estiment que l'utilisation de l'échelle de Hamilton est **chronophage**. Cependant la cotation CCAM du test d'évaluation d'une dépression ALQP003 au tarif de 69.12 euros n'est pas **connue** par tous les médecins interrogés.

Pour beaucoup, l'échelle de Hamilton a l'inconvénient d'être « **longue » à réaliser**, et donc « je ne la fais pas systématiquement », « je ne la fais que rarement car très long » « je ne la fais jamais d'emblée lors de la première consultation mais plutôt lors de la deuxième consultation » et donc ils préfèrent utiliser leur ressenti **« au feeling »**. Un médecin l'utilise « à postériori » c'est à dire en fin de consultation « je regarde il est à peu près à combien et je le note » mais « j'utilise principalement mon ressenti et l'expérience que j'ai au fur et à mesure ».

Pour un médecin, cette échelle n'est pas pratique « honnêtement j'ai trouvé ça pas terrible du tout moi je ne me suis pas retrouvée dans le test. Je ne sais pas s'il est recommandé ou pas je ne me suis pas retrouvée dedans »

5.3.6.2 Echelle de Beck

Un médecin utilise l'échelle d'évaluation de **Beck** lors d'une deuxième consultation rapprochée en présence d'un « syndrome dépressif marqué » et si « un traitement est envisagé », « Je la refais à 6 mois pour voir objectivement l'évolution ».

5.3.6.3 Echelle d'auto ou hétéroévaluation : Beck versus Hamilton

Certains médecins préfèrent **les échelles d'auto-évaluation**, « je n'aime pas l'échelle de Hamilton car c'est moi qui évalue les items (…) si je commence à faire ça, ça va guider entièrement ma consultation et je ne vais pas laisser librement la parole c'est-à-dire que si les items ne sont pas cochés au début, je vais aller les chercher un par un bêtement, alors je me dis que quitte à le faire autant donner une échelle à une personne et elle la remplit »

Un médecin utilise « systématiquement » une échelle d'évaluation mais en fonction du profil du patient « autonome » ou « besoin de soutien ». Il utilise soit la Beck ou l'Hamilton. « À chaque consultation de suivi ou toutes les deux consultations, je refais un questionnaire pour le suivi de l'intensité, de la sévérité de l'épisode dépressif et pour voir si mon traitement est plus ou moins efficace » mais « je ne peux la coter qu'une fois par an. C'est dommage que l'on ne puisse pas coter plusieurs fois par an justement (...) on pourrait majorer un peu les consultations ça serait peut-être une bonne idée. »

5.3.6.4 Autre

L'échelle MBI (Maslach Burn Out Inventoy) est évoquée par un médecin en présence d'un syndrome d'épuisement professionnel.

Pour évaluer la thymie, un médecin utilise de manière empirique une échelle de cotation de 0 à 10.

5.4 Quelle prise en charge proposée au patient dépressif ?

5.4.1 La psychothérapie

5.4.1.1 La réalisation de la psychothérapie de soutien au cabinet

La psychothérapie de soutien est **évoquée systématiquement par tous les médecins**. Ils considèrent la psychothérapie comme l'un des piliers majeurs de la prise en charge de l'EDC.

Les médecins généralistes interrogées essayent de faire de la psychothérapie de soutien mais ne se considèrent en aucun cas comme psychothérapeute.

Certains déclarent qu'ils essayent de faire la **« psychothérapie de soutien** » par la méthode d'écoute active associée à un suivi régulier et rapproché « J'essaye d'avoir une écoute attentive de mon patient, le regarder dans les yeux, écouter ce qu'il dit et ne pas avoir une posture fermée, ne pas regarder l'écran d'ordinateur (...) je fais des reformulations pour savoir si j'ai bien compris la problématique (...) et j'essaye d'avoir (...) une voix douce et apaisée vraiment parler doucement, parler distinctement »

Cependant, ils évoquent un manque de formation dans ce domaine : « je ne suis pas formé », « je ne maîtrise pas », « au feeling, de façon empirique », « je fais de la psychothérapie mais je n'ai pas de formation là-dessus et c'est un peu à l'avenant quoi », « J'ai aucune formation pour la psychothérapie de soutien, enfin avec le DMG on nous avait donné quelques clés pour écouter, pour essayer d'approfondir un peu les choses et je ne me rappelle plus les mots, tu avais le miroir quelque chose comme ça pour essayer que le patient trouve tout seul sa solution »

D’autres médecins ne réalisent pas de psychothérapie de soutien, « Malheureusement, je ne fais pas vraiment de psychothérapie de soutien au cabinet**,** il faut une formation**,** je n’en ai pas (…) j’essaye d’être dans l’écoute dans l’empathie bien sûr, d’en parler et non pas juste leur coller un médoc voilà moi je ne considère pas que je fais de la psychothérapie de soutien. »

Un médecin se pose la question s’il ne fait pas une «sorte » de psychothérapie, « Je ne sais pas si j’en fais de la psychothérapie de soutien mais je pense que oui … quand j’essaye de souligner en fin ce qui va pas trop mal, de dire aux gens qu’ils peuvent revenir quand ils le veulent et je les reverrai et que je ne vais pas les lâcher en route et quand j’essaye de leur dire que voilà on va faire en sorte que euh… je leur dis souvent «quand vous vous cassez une jambe, vous prenez une béquille, vous avez un plâtre ben là, c’est pareil les béquilles ça va être moi le plâtre ça sera le seroplex et ensemble on va aller »

Pour le médecin ayant suivi la formation entretien motivationnel, il estime qu’il essaye de faire de la psychothérapie de soutien, « j’essaye mais je n’ai pas le temps, le financement, pas les compétences, donc je vois vraiment le changement lié à ma formation, ils se sentent écoutés ce qui n’était déjà pas le cas avant et ça je me rends compte énormément. » « J’essaye d’être à l’écoute, j’essaye d’utiliser mes techniques d’entretien motivationnel pour qu’ils parlent, qu’ils se sentent encouragés soutenues mais je sais que je n’ai pas le niveau et la compétence pour prendre en charge euh … »

Trois médecins soulignent une mauvaise connaissance des différentes approches de la psychothérapie.

5.4.1.2 Le prise en charge spécialisée

En fonction des patients et du lieu d’exercice, les MG peuvent orienter le patient vers différentes structures.

5.4.1.3 Recours au CMP

Certains médecins orientent le patient vers le CMP afin qu’il ait dans un premier temps un suivi de psychothérapie avec l’IDE de psychiatrie puis dans un second temps un suivi par un psychiatre.

5.4.1.4 Recours au psychiatre

La demande de prise en charge spécialisée par un psychiatre **n’est pas systématique**.

Le plus souvent, un avis psychiatrique est demandé si le médecin généraliste est confronté à un **EDC sévère** avec difficultés à gérer le traitement du fait du risque d'interaction médicamenteuse car le patient a déjà un certain nombre de traitements. D'autres médecins y ont recours en **cas d'échec thérapeutique** du premier voire du deuxième traitement associé ou non à une psychothérapie.

L'orientation vers un psychiatre peut se faire aussi à la demande du patient.

Certains orientent le patient vers un psychiatre qui fait de la psychothérapie car tous les patients n'ont pas les moyens financiers pour suivre une psychothérapie chez un(e) psychologue. Cependant, beaucoup de médecins et de patients constatent que **très peu de psychiatres font de la psychothérapie** « ils sont beaucoup dans le médicament et très peu dans la psychothérapie et moi je me rends compte que les patients dont ils ont le plus besoin c'est la psychothérapie et les psychologues, ils n'ont pas les moyens de les financer et moi je n'ai pas la formation », « C'est le problème de mon stage d'externe où je me suis rendue compte que les psychiatres ne sont pas très psychologues justement et que du coup pour eux ils gèrent le traitement et pour le reste voilà, »

5.4.1.5 Recours au psychologue

Tous les médecins interrogés préconisent la prise en charge psychothérapeutique en priorité par rapport au traitement médicamenteux.

5.4.1.6 Recours à d'autres thérapies

En fonction de la réceptivité du patient, certains médecins proposent **: la relaxation, la sophrologie, l'hypnose, l'acupuncture**. Un médecin prescrit même **des exercices de relaxation**, d'autres médecins conseillent **la méditation en pleine conscience** via des applications ou via YouTube.

Un des médecin prête des livres au patient sur « le trouble anxieux », « la confiance en soi » pour lui c'est une manière pour établir une relation de confiance.

5.4.2 La prise en charge médicamenteuse

5.4.2.1 Déterminants de la prescription d'antidépresseur

La majorité des médecins proposent le traitement médicamenteux par antidépresseur en seconde intention et d'autres d'emblée en fonction de l'intensité du trouble dépressif et donc en fonction du score de l'échelle de Hamiltion, de la sévérité de l'épisode et du profil du patient.

Le traitement est bien évidement introduit en cas d'EDC « vu le délai d'action, je ne perds pas le temps en cas d'EDC ».

Pour la plupart cette prescription se fait lors d'une 2ème consultation rapprochée. Ils informent sur les effets secondaires potentiels et ils insistent sur le fait que l'efficacité du traitement commence dans 2 à 3 semaines.

Si le patient a un antécédent d'EDC, les médecins préfèrent reprendre en général le même traitement antidépresseur si ce dernier avait été efficace et bien toléré.

5.4.2.2 Antidépresseurs

Concernant la prescription des antidépresseurs, un médecin évoque, d'une part la « peur de prescrire les antidépresseurs » car il n'est « pas à l'aise pour débuter un traitement » et sa réticence à initier un traitement antidépresseur car c'est un traitement que le patient va devoir prendre sur une certaine durée « crainte de commencer un traitement car on est parti pour au moins 6 mois ». D'autre part, il évoque « la peur du patient de prendre des antidépresseurs, peur de devenir accro » et de « ne pas pouvoir arrêter le traitement ».

Un autre médecin évoque le fait qu'il n'est pas très « confortable avec les antidépresseurs en général ».

5.4.2.3 Choix de la classe et de la molécule

Quant au choix de la classe d'anti dépresseur, les médecins interrogés utilisent la classe des IRS en première intention suivi des IRSNa.

Le traitement par escitalopram (SEROPLEX) est évoqué par 5 médecins.

La prise en charge et les habitudes de prescription peuvent dépendre également du vécu personnel du médecin « Avant je prescrivais beaucoup la Venlafaxine (EFFEXOR) parce que c'était celui que je prenais. Mais en fait j'étais souvent très mal quand je l'oubliais du coup maintenant je ne le prescris plus mais c'est mon expérience perso ça n'a rien de scientifique, en fait je prescris souvent le SEROPLEX, je ne sais pas pourquoi c'est un peu par hasard »

Le traitement par citalopram (SEROPRAM)) est évoqué par un médecin.

Le traitement par venlafaxine (EFFEXOR) est évoqué par 4 médecins dont un précise qu'il le prescrit dans le cas de « dépression sévère ».

Le traitement par sertraline (ZOLOFT) est évoqué par un médecin dans le cas où « la dépression est associée à une perte d'appétit ».

Un médecin utilise la vortioxétine (BRINTELIX), il trouve qu'il est « assez bien supporté et je n'ai pas vu beaucoup d'effets secondaires chez ceux qui en prenaient déjà depuis un moment et chez ceux qui je l'ai introduit non plus, plutôt bien toléré et marche pas mal assez rapidement, en général dans la semaine il y a déjà une amélioration de l'humeur et pas forcément sur des doses très élevées », un autre médecin évoque le BRINTELIX mais il ne l'a jamais initié « moi je le garde pour plus tard ».

Le traitement par fluoxétine (PROZAC) est évoqué par 5 médecins comme traitement de première intention, dont un médecin le prescrit si « une composante anxieuse » est associée au trouble dépressif et pour un autre médecin, il s'agit d'une ancienne molécule « vieux traitement, ça me sécurise pas mal même si je sais que les psychiatres mettent souvent sous EFFEXOR »

Le traitement par paroxétine (DEROXAT) est évoqué par 3 médecins, dont un médecin le prescrit en 3ème intention et si une composante TOC ou TAG est présente.

5.4.2.4 Durée de traitement

A l'initiation du traitement antidépresseur, les médecins préfèrent le prescrire pour une « courte » durée puis réévaluer la tolérance et l'efficacité du traitement à 2 semaines « je ne prescris jamais d'emblée un antidépresseur pour un mois, mais plutôt 15 jours et réévaluation et si vraiment pas bien réévaluation dans une semaine », d'autres préfèrent réévaluer dans « 3 à 4 semaines » le temps que le traitement soit efficace. « En général j'attends 10 à 15 jours avant de changer d'antidépresseur (...) déjà je vérifie que le patient prenne bien son traitement, s'il y a un petit effet et ce n'est pas encore ça je monte la dose et en général ça marche bien »

Tous les médecins interrogés notent qu'il est nécessaire que la prise en charge découle d'une décision partagée avec le patient et donc nécessité d'une alliance thérapeutique. Dans tous les cas, le patient est bien évidement informé des effets secondaires potentiels des traitements, du délai d'action mais surtout que la durée du traitement serait d'au moins 6 mois avant de pouvoir envisager un sevrage.

5.4.2.5 La question de l'ECG

La plupart des médecins interrogés ne disposent pas d'un appareil à ECG dans le cabinet où ils exercent et se posent la question de la réalisation systématique d'un ECG ou pas à l'initiation d'un

traitement antidépresseur, en effet ils évoquent un vague souvenir de leur formation sur le fait que certaines molécules peuvent donner des troubles du rythme cardiaque « car je ne sais pas pour lesquels il faut le faire ou pas. »

5.4.2.6 Traitement par anxiolytique

La plupart des médecins interrogés déclarent ne pas prescrire systématiquement un anxiolytique à l'initiation d'un traitement antidépresseur, beaucoup se posent la question de la levée d'inhibition à l'initiation d'un traitement par antidépresseur et le risque de recrudescence du syndrome anxieux. Cependant certains les prescrivent tout de même en systématique en prévention de la levée d'inhibition « même si on m'a dit que la levée d'inhibition ce n'est plus vraiment le cas », «je ne sais toujours pas si c'est vrai la levée d'inhibition avec les antidépresseurs ».

Ils sont réticents à la prescription des benzodiazépines car d'une part les patients ne souhaitent pas prendre un anxiolytique par peur « d'être shooter », et d'autre part peur du « risque d'accoutumance et de dépendance » et les médecins évoquent la difficulté à arrêter les benzodiazépines « dans ma pratique je suis très frileuse sur les benzodiazépines, j'en mets très, très rarement vraiment », « l'anxiolytique marche très bien tout de suite c'est difficile de l'arrêter par la suite. »

Un autre médecin par rapport à son vécu personnel, il décrit un mésusage avec les benzodiazépines « je sais que moi j'avais eu de gros problèmes de mésusage avec la XANAX et le SERESTA (...) donc du coup je préfère ne pas leur prescrire voilà. »

Certains médecins considèrent que l'épisode dépressif peut lui-même induire de l'anxiété et estiment que le traitement antidépresseur peut simplement suffire à traiter l'anxiété. Ils préfèrent faire du soutien psychologique pour l'anxiété plutôt que de prescrire un anxiolytique.

Trois médecins les prescrivent de manière systématique en évoquant la rapidité d'action des anxiolytiques comparé aux anti dépresseurs.

5.4.2.7 Les anxiolytiques les plus prescrits

Quand il s'agit de prescrite une benzodiazépine, la majorité des médecins interrogés choisissent le SERESTA (oxazépam).

Les anxiolytiques sont prescrits pour une courte durée 2 à 3 semaines le temps que le traitement par antidépresseur soit efficace, un seul médecin évoque « une durée maximale de 12 semaines

selon les recommandations » mais « le problème de ça, comme l'anxiolytique marche très bien tout de suite c'est difficile de l'arrêter par la suite. »

Le XANAX (alparazolam) est prescrit par un médecin.

Deux médecins prescrivent d'abord un anxiolytique puis dans un second temps selon l'évolution « si pas d'amélioration ou si aggravation des symptômes après 3 semaines, ils initient un traitement par antidépresseur.

5.4.2.8 Autres anxiolytiques :

Parmi les médecins ne prescrivant pas d'anxiolytique en systématique, certains médecins préfèrent ne pas mettre de benzodiazépine d'emblée et proposent dans un premier temps de l'**homéopathie** « mais ce n'est plus remboursé donc je pense ne plus en prescrire », ou l'**euphytose**, « je compte sur l'effet placébo (…) si ça ne fonctionne pas il sera plus enclin à un traitement par antidépresseur. »

D'autres médecins essayent l'**ATARAX,** ou **la mélatonine** si le trouble dépressif est associé à des troubles du sommeil avant d'avoir recours à la prescription d'une benzodiazépine.

Un médecin a déjà essayé **le VERATRAN** mais il n'a pas constaté une efficacité.

Certains médecins ont recours à « un truc léger » et ils proposent le **stresam, D-stress Booster, le millepertuis.**

5.4.2.9 Autres

Un médecin prescrit à ses patients la Bande Dessinée d'art mella s'intitulant » Emotions, enquêtes et mode d'emploi » si le trouble dépressif est associé à un syndrome anxieux.

5.4.3 Arrêt de travail

Dans la plupart des cas, l'arrêt de travail n'est pas proposé en systématique, pour un médecin c'est « Selon mon ressenti, l'empathie et au feeling (..) difficile de refuser un arrêt de travail ».

Un seul médecin a tendance à le proposer quasi systématiquement pour une durée d'une semaine à un mois.

Quant à la durée de l'arrêt de travail initial en présence de trouble dépressif, elle est très variable d'un médecin à un autre. Certains mettent une semaine puis réévaluent et ensuite ils font une prolongation pour deux semaines.

La moitié des médecins interrogés mettent en moyenne une durée d'une à deux semaines et ensuite ils réévaluent.

Les médecins déclarent prescrire un arrêt de travail de courte durée afin d'obliger le patient à revenir en consultation et faire une réévaluation clinique et ou une réévaluation de l'efficacité, de la tolérance du traitement. Un des médecins précise qu'il met « sortie libre pour nécessité médicale ».

Un seul médecin met d'emblée un arrêt de travail de trois semaines s'il estime avoir posé le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé « en une semaine, on ne peut pas s'extraire d'une situation difficile, se recentrer sur ses problématiques et faire des démarches auprès d'un psychologue (…) une des choses que j'ai retenu de ma formation du DMG, on nous avait dit que les arrêts d'une semaine ça ne sert à rien »

Certains médecins notent qu'il est important de commencer à évoquer l'après arrêt de travail dès la deuxième consultation. En effet, l'arrêt de travail « se justifie au début car le travail peut être un obstacle à la guérison mais dans un second temps la reprise du travail peut être un atout, il faut se réinsérer le plus rapidement possible. »

5.5 Difficultés rencontrées dans la prise en charge du patient dépressif

La prise en charge du trouble dépressif est ressentie comme une problématique complexe et notamment le suivi.

5.5.1 Le choix des molécules

Une des difficultés rencontrées est le choix des molécules, ils évoquent un manque de connaissance et de maitrise des molécules, les médecins interrogés déclarent avoir des difficultés à manier les doses et les paliers.

5.5.2 La gestion du temps :

Tous les médecins admettent avoir des difficultés à gérer le temps de consultation en présence d'un patient dépressif, cependant ils estiment prendre le temps nécessaire surtout quand il s'agit de la première consultation « nécessité de prendre du temps afin d'établir une relation de confiance et montrer au patient que l'on est à l'écoute ».

La durée moyenne de la première consultation varie de 30 à 45 minutes.

5.5.3 L'accès aux psychiatres

Tous les médecins éprouvent des difficultés d'accès aux psychiatres, ils évoquent un manque de réseau, de répertoire de psychiatres surtout quand on est remplaçant, c'est compliqué de savoir à qui s'adresser selon le lieu d'exercice.

Les rendez-vous sont plus difficiles à obtenir quand il s'agit de nouveaux patients.

Dans un contexte de dangerosité, ils adressent le patient aux urgences psychiatriques du CHU.

LA PERCEPTION DES PSYCHIATRES PAR LES MEDECINS INETERROGES

Certains médecins remettent en question la pratique de certains psychiatres. En effet, certains médecins constatent que les « bons psychiatres » c'est à dire ceux qui pratiquent la psychothérapie et ne gèrent pas seulement les traitements antidépresseurs sont malheureusement peu nombreux et saturés et ne peuvent donc pas prendre de nouveaux patients « tant que je ne connais pas de psychiatre qui prend le temps de parler avec les patients ben euh… c'est difficile de les orienter vers un psychiatre »

A noter, la majorité des médecins interrogés fait le constat qu'il y a un manque de communication et pas de compte rendu expliquant la prise en charge entre les psychiatres libéraux et les médecins généralistes.

LA PERCEPTION PAR LE PATIENT DE LA MALADIE DEPRESSIVE ET DES PSYCHAITRES

La plupart du temps, les médecins constatent que les patients ont une image péjorative de la maladie dépressive, il existe une méconnaissance de la pathologie ainsi qu'une connotation négative des psychiatres « c'est pour les fous ». De plus certains patients associent l'image du psychiatre à la prescription d'un traitement antidépresseur, et pour ceux ayant déjà consulté un psychiatre, ils constatent que ces derniers sont peu dans l'écoute et ne réalisent pas vraiment de psychothérapie.

5.5.4 L'accès au psychologue

Les délais d'accès au psychologue semblent raisonnables et varient d'une à trois semaines, à noter le problème majeur d'accès au psychologue demeure le frein financier pour la majorité des patients car il s'agit de consultations qui ne sont pas remboursées par la sécurité sociale. Ce frein est d'autant plus important dans les ZFU. A défaut de pouvoir adresser le patient chez un

psychologue, les médecins les adressent soit chez un psychiatre qui est plus enclin à faire de la psychothérapie, soit au CMP. Cependant peu de psychiatres semblent faire de la psychothérapie « je n'ai pas trouvé encore de patient qui me dit mon psychiatre m'a aidé (…) j'ai trouvé des gens qui avaient une grande amélioration avec des psychologues, des psychiatres je n'ai pas vu… » et les CMP sont peu nombreux et sont saturés avec des délais de rendez -vous très long.

5.5.5 Les autres difficultés

5.5.5.1 La première consultation

La première consultation peut parfois poser des difficultés lorsque le motif de consultation est détourné, poser le diagnostic d'EDC peut être difficile notamment lorsque le médecin ne connait pas le patient. En effet, aborder le sujet de la dépression, n'est une chose aisée pour le patient « moi ça me stresse un peu, des fois je me dis il faut surtout pas que je fasse une gaffe (...) que j'ai la bonne réaction ».

Ils estiment tous que la première consultation est très chronophage.

5.5.5.2 Consultations de suivi

Ce sont les consultations de suivi qui posent le plus de difficultés par rapport à la première consultation, ils se retrouvent démuni, ils ont un sentiment d'inutilité et d'inefficacité « je ne sais pas quoi faire pendant la consultation » « je ne sais pas quoi leur dire », « je ne suis pas formée pour ça », « je n'ai pas l'habitude », « j'ai du mal sur les consultations de suivi où je ne sais pas trop quoi leur dire car je ne suis pas formée pour ça , une fois que j'ai fait ma petite échelle d'Hamilton, bien joli et je les vois la semaine d'après je leur demande comment ça va ? (rire) je ne sais quoi leur dire du coup je les laisse parler donc j'ai plus du mal à gérer le temps (…) dans ces cas-là (…) je leur demande de fixer des objectifs voilà un ou deux petits objectifs à fixer », ces difficultés sont d'autant plus présentes lorsqu'ils sont face à un patient peu expressif.

Un des médecins se pose la question de l'intérêt de l'utilisation systématique d'un outil avec cotation de score afin d'évaluer de manière objective les symptômes, il pense qu'il se sentirait plus utile « il faudrait que j'ai un outil de suivi plus performant (...) trouver quelque chose à faire pendant mes consultations de suivi (...) trouver une utilité pendant cette consultation »

Certains ont peur d'évoquer ou de poser des questions sur certains sujets telle que la question du suicide « peur de dire quelque chose qui va aggraver l'état du patient », « je sais bien en fait parler

du suicide ça ne va pas forcément générer du suicide mais c'est quand même une inquiétude importante »

5.5.5.3 Que faire face à l'échec des thérapeutiques

Une des problématiques des médecins interrogés c'est lorsqu'ils se retrouvent face à une impasse thérapeutique : Que faire face à un patient ne répondant pas au traitement antidépresseur après avoir essayé plusieurs molécules, d'autant plus que le suivi par le psychiatre ne porte pas ses fruits et le patient est réfractaire aux prises en charge parallèle (tel que la suivi par un psychologue, la sophrologie…), face à cette situation, les médecins généralistes ont un sentiment de frustration « j'ai le sentiment , que la prise en charge n'est pas optimale », donc l'autre difficulté est celle de leur faire reprendre le travail, « l'impression d'être un scribe d'arrêt de travail »

5.5.5.4 Difficultés liées au patient

Les principales difficultés exprimées par les médecins interrogés pour l'instauration d'un antidépresseur sont :

- faire accepter le traitement antidépresseur

-obtenir l'adhérence du patient au traitement antidépresseur

- avoir une bonne observance du traitement.

De plus, certains patients ont des préjugés sur la maladie dépressive et n'osent pas consulter pour le motif de dépression par peur d'être catalogué "fou" et ce sentiment se retrouve d'autant plus lorsque les médecins évoquent la nécessité d'une prise en charge spécialisée par un psychiatre ou un psychologue « c'est très ancré dans la tête des gens je ne vais pas voir un psychiatre, docteur je ne suis pas fou »

5.5.5.5 La question de l'ECG

Dans la majorité des cas les médecins ne disposent pas d'un tracé ECG au moment de la prescription d'un traitement antidépresseur et donc ne peuvent pas apprécier le QT de référence.

5.6 Ressenti sur l'enseignement universitaire et la formation d'IMG

5.6.1 L'enseignement universitaire

Parmi les 13 médecins ayant participé aux entretiens, 12 médecins trouvent que la formation est « insuffisante alors que le trouble dépressif est fréquent » et un médecin trouve la formation « pas si mal ». Trois d'entre eux n'ont aucun souvenir de cours sur les troubles psychiatriques.

Tous les médecins ont apprécié le cours donné en présence d'un psychiatre lors du stage chez le praticien mais regrettent le fait qu'il ne soit pas davantage développé et souhaitent pouvoir avoir un outil tel qu'un arbre décisionnel à la fin des cours sur un support numérique ou papier.

Pour certains, les jeux de rôle, ne permettent pas une bonne formation car ils ne reflètent pas la vraie vie.

Le diagnostic de la dépression semble poser peu de problèmes, cependant **le suivi** s'avère plus **compliqué** : « Pour le diagnostic, je me sens à l'aise car le Hamilton je le connais par cœur et j'arrive à baliser et à choper tous les petits trucs un peu éparpillé et à synthétiser (...) pour le suivi des dépressions en MG je suis complètement larguée je ne sais pas quoi leur dire je ne sais pas quoi faire et l'orientation vers les spécialistes par rapport aux différents moyens financiers et par rapport aux disponibilités des spécialistes est plus complexe….. »

5.6.2 Formation pratique

La formation pratique se fait essentiellement grâce aux stages chez le praticien de niveau 1 mais surtout lors des stages de SASPAS, la dépression n'est très peu voire pas abordée lors des stages hospitaliers durant l'internat, un des médecins fait le constat de la rareté des stages en psychiatrie pour les internes de MG.

Ils sont tous demandeurs d'une formation pratique avec de cas concrets : « quand on sort de l'internat, je pense que l'on ne sait rien faire par rapport à la dépression, sincèrement même si on a eu un cours qui es très intéressant qui m'a quand même apporté euh… maintenant c'est dans la pratique et la technique de communication, je pense qu'il faut que l'on se forme... », « on n'a pas beaucoup d'outils qui sont donnés par la fac pour pouvoir prendre en charge, pour moi comment on fait en pratique en tout cas on parle de pratico-pratique car après on peut tous acheter des bouquins sur la dépression sur la prise en charge mais finalement dans la vraie vie on fait comment … »

Certains ont l'impression que c'est une formation qui se fait sur le tas, « j'ai l'impression c'est plus de l'apprentissage sur le terrain, c'est plus ta capacité d'empathie, ta réflexion propre qui fait que tu arrives plus ou moins bien à prendre en charge un patient »

Un des médecins se dit pourquoi pas faire un DU mais pas dans l'immédiat.

Un autre médecin estime que c'est grâce à son vécu personnel qu'il peut proposer une meilleure prise en charge au patient dépressif et lui expliquer les différentes approches de la psychothérapie comme par exemple les TCC, la pleine conscience et l'auto compassion, la thérapie d'analyse : le pouvoir de la parole, la méditation pleine conscience…

5.7 Suggestions pouvant améliorer la formation

5.7.1 Formation théorique

Les différentes idées suggérées par les médecins interrogé et pouvant éventuellement améliorer la formation théorique en matière de prise en charge du patient dépressif ont été résumées ci-dessous :

Tout d'abord, ils souhaitent avoir de meilleurs cours mais surtout des cours axés sur la prise en charge de la dépression, « en expliquant ce que c'est la consultation de médecine générale libérale parce que moi j'avais une image très hospitalière centrée de la psychiatrie », d'autres suggèrent des cours sur les troubles psychiatriques les plus fréquents en MG et surtout sur la dépression « du parcours patient au traitement et comment on fait pour bien les prendre en charge »

En effet, les médecins interrogés sont surtout demandeurs d'une formation fournissant plus d'outils pratico-pratiques avec des cas clinques concrets permettent d'avoir la démarche et la conduite à tenir pour la prise en charge de la dépression « on n'a pas beaucoup d'outils qui sont donnés par la fac pour pouvoir prendre en charge pour moi comment on fait en pratique en tout cas on parle de pratico-pratique car après on peut tous acheter des bouquins sur la dépression sur la prise en charge mais finalement dans la vraie vie on fait comment », « dans l'idéal c'est d'avoir une partie magistrale et une partie pratique où on parle vraiment de la pratique de tous les jours. »

A l''issue de ces formations, ils souhaitent avoir un arbre décisionnel sur support papier ou un support numérique via internet « car on finit par perdre nos prises de notes… »

D'autres souhaiteraient avoir un guide d'usage des antidépresseurs comportant les traitements, les effets secondaires les plus fréquents, l'adaptation des posologies et des paliers, « telle molécule dans tel cas en fonction de la symptomatologie prédominante dans la dépression »

La formation via des jeux de rôle divise, en effet certains y sont pour et d'autres n'y voient pas un grand intérêt car ce n'est pas le reflet de la réalité. Certains proposent de développer une formation par simulation car ils considèrent que les consultations de patient dépressif se basent en partie sur le comportement.

Des cours en plus petits effectifs sur le modèle des GEPT sont plus pertinents que des cours magistraux.

Avec la proposition par un des médecins de faire intervenir un spécialiste par exemple tous les 15 jours ou une fois par mois « un spécialiste du coin qui vient faire un petit topo, un genre de formation continue mais adaptée aux internes de MG », « j'ai plus appris sur la gestion de la dépression et de la relation patient dans les groupes de GEPT que dans les cours »

Aborder la question du suicide semble parois être difficile, donc un des médecins suggère d'être plus sensibilisé par cette problématique « nous sensibiliser plus et nous entrainer à poser la question du suicide »

Organiser une espèce de « FMC » sur une journée en abordant les troubles psychiatriques rencontrés en MG axé sur la prise en charge pratique.

Un des médecins suggère de faire « une plénière sur 1 ou 2 jours ou un week-end » de psychiatrie dans le DMG portant surtout sur la dépression et les autres troubles rencontrés en MG notamment « insomnies, anxiété, troubles psychotiques », avec des intervenants psychiatres hospitaliers et des psychiatres libéraux pour expliquer la prise en charge du patient dépressif sur le plan pratico-pratique « se garder peut être une ou deux molécules par classe médicamenteuse pour ne pas s'embrouiller l'esprit », présenter les réseaux de soins qui existent et fournir les numéros des référents à appeler en fonction du lieu d'exercice. De plus selon certains médecins il faudrait insister davantage sur l'objectivité des échelles de dépression « très important car un ressenti ce n'est pas du tout la même chose qu'une échelle objective de dépression » et suggère également de faire intervenir des patients experts afin d'améliorer nos pratiques « c'est à dire des gens qui ont eu un EDC, je trouve que c'est très intéressant d'avoir le ressenti du patient qui plus ou moins devient expert de sa maladie ».

Enfin quelques questions restent en suspens à savoir :

-Faut-il faire un ECG avant la prescription de tel ou tel antidépresseur ? « Je ne sais même plus spontanément pour quel type de molécule il faut le faire mais du coup moi je le fais systématiquement »

- la place de l'imagerie cérébrale, « beaucoup se demandent maintenant est ce qu'on fait une imagerie cérébrale quand il y une rupture brutale avec l'état antérieur sans délire sans quoique ce soit… »

5.7.2 Formation pratique

Tous les médecins interrogés suggèrent de développer des stages en psychiatrie soit sous forme de :

- consultations en psychiatrie libérale lors du SASPAS.

- ou de stage en psychiatrie à mi-temps en milieu hospitalier et à mi-temps en libéral.

- stage obligatoire en psychiatrie pour les internes de médecine générale, « assister à au moins des consultations avec des psychiatres, des psychologues », un médecin suggère de l'imposer dans la maquette SASPAS, sinon faire « une espèce de convention une fois par semaine assister à des consultations psy… »

Quelques médecins proposent de faire un « stage de 3 mois qui couple psychiatrie et 3 mois avec les paramédicaux par exemple psychologue qui fait des TCC ou autres techniques qui ont fait leurs preuves ». En effet, intégrer **les paramédicaux** notamment les psychologues permettraient de mieux expliquer les différentes approches psychothérapeutiques au patient, d'y remédier aux représentations et préjugés des patients « super dommage de ne pas savoir comment ça se passe en pratique et pour pouvoir aussi débloquer certaines représentations (...) les psychiatres pour les fous et le psychologue pour les névrosés. Je pense aussi, c'est dû à une méconnaissance »

-un autre suggère aussi un **stage au CMP.**

-La majorité des médecins interrogés pensent qu'une **durée de stage 3 mois** serait plus appropriée qu'une durée de 6 mois.

Une amélioration de la prise en charge pluridisciplinaire qui passerait par :

- avoir plus d'accessibilité aux CMP.

- avoir un meilleur accès au soutien psychologique et donc un remboursement des consultations chez le psychologue.

-Fournir un répertoire de psychiatre et de psychologue.

-Pour les maitres de stage, avoir un répertoire avec les noms des spécialistes, psychiatres et psychologues.

6 DISCUSSION

Notre étude permet d'identifier les difficultés de prise en charge de la dépression par les jeunes médecins généralistes, en précisant les niveaux de difficultés dans le déroulé des consultations. L'objectif principal était de relever les problématiques de la prise en charge de ces patients, de faire un état des lieux de la formation perçue par les jeunes médecins généralistes à l'issue de leur internat, dans la perspective de proposer de nouvelles pistes de formation en recoupant les résultats avec les données de la littérature.

6.1 Force et critique de mon travail

6.1.1 Points forts de l'étude

6.1.1.1 L'originalité de l'étude

Dans la littérature, la thématique de la dépression en médecine générale est essentiellement abordée d'un point de vue épidémiologique et non pas sur la prise en charge du patient dépressif. En effet, peu d'études abordent la formation des jeunes médecins généralistes dans le domaine de la psychiatrie et en particulier à la dépression. Il était donc pertinent de faire une étude sur ce sujet.

Notre étude fait écho au travail de thèse réalisé en 2014 qui a évalué la perception des IMG de Poitou-Charentes sur la prise en charge du trouble dépressif (62), cette étude principalement quantitative avec une partie qualitative a montré que les IMG sont en demande de formation concernant les techniques et outils de communication avec le patient souffrant de trouble dépressif, la thérapeutique, le suivi et la psychothérapie.

Un travail de thèse récent soutenu en décembre 2019, à noter qu'à cette date notre fiche de thèse avait déjà été validé et on n'en avait pas connaissance de son contenu, c'est une étude qualitative sur la même thématique s'intéressant à la formation à la psychiatrie des IMG de Grenoble en recueillant leurs expériences vécues et leurs attentes. (63). Il s'avère qu'il n'y pas de formation spécifique théorique dédiée à la psychiatrie cours du DES-MG et que les internes se formaient principalement au cours de leurs expériences vécues en stages hospitaliers ou ambulatoires.

Un autre travail de thèse (2017) sous forme d'une enquête nationale (étude observationnelle transversale) en France s'est intéressé au sujet de la formation à la psychiatrie des IMG en dressant un état des lieux de cette formation sur le plan pratique et théorique (64), il en résulte que cette formation est hétérogène d'un DMG à un autre et un de leviers pouvant permettre de l'améliorer résiderait dans le fait de moderniser cette formation en proposant de nouveaux outils

pédagogiques, des enseignements par des spécialistes psychiatres et davantage de stages ambulatoires.

Notre étude diffère des autres études puisqu'elle s'est intéressée à la formation à la psychiatrie et plus spécifiquement à la dépression en ciblant une population de jeunes médecins généralistes ayant fini leur cursus de formation médecine générale (et qui sont confrontés à la prise en charge des patients dépressifs de manière autonome, et non pas à des internes encore en formation). Il semblait nécessaire et pertinent de s'interroger sur le vécu et les attentes des jeunes médecins généralistes en tout début de carrière avec peu d'expérience et d'exercice de la médecine générale dans la prise en charge des patients dépressifs. D'où notre choix de mener une étude qualitative par entretien semi-directifs avec méthode thématique. De plus, notre étude se voulait être calquée à la pratique, ainsi les entretiens menés se sont basés sur le déroulé d'une consultation « classique » de MG en explorant les différentes facettes de la prise en charge de la dépression : de la pose du diagnostic, le traitement et le suivi du patient dépressif. Cette étude fait ressurgir les difficultés qui pouvaient être rencontrées à chaque étape de la prise en charge du patient dépressif.

6.1.1.2 Respect du protocole d'étude

Cette thèse a été réalisé à partir de l'analyse de 13 entretiens. **La saturation des données** semble avoir été obtenue au 11ème entretien cependant 2 entretiens supplémentaires ont été réalisé afin de conforter ce constat.

En effet dans les recherches qualitatives, le nombre de participants n'est pas préalablement déterminé mais il se défini que par l'obtention de la saturation des données.

Cette saturation des données nous a permis de dégager de multiples résultats thématiques, en décortiquant les difficultés rencontrées à tous les niveaux de la consultation d'une dépression et en recroisant chaque thématique de prise en charge à une analyse d'enseignement.

6.1.2 Points faibles de l'étude

6.1.2.1 Le biais de recrutement

Il avait été décidé de réaliser un échantillonnage afin d'obtenir un maximum d'informations. Cette méthodologie a été soumise à de nombreux biais.

Tout d'abord, l'échantillon n'est en aucun cas représentatif de la population des jeunes médecins généralistes, en effet une des limites de ce travail est le mode de recrutement qui reposait sur une sélection par accès direct et indirect.

En effet, l'annonce du thème de l'étude lors du recrutement peut avoir induit un biais : on peut se dire que les médecins qui se sont manifestés et ayant accepté de participer sont ceux qui étaient peut-être plus intéressés par la problématique de la prise en charge du trouble dépressif.

6.1.2.2 Biais liés à l'enquêteur

Ce travail a constitué une première expérience de recherche qualitative, ce qui a pu entrainer de biais par manque d'habitude. Le guide d'entretien n'a pas été utilisé ni suivi à la lettre d'un entretien à un autre afin de laisser le champ libre à la parole car il s'agissait d'entretiens semi directifs. Les techniques de reformulations et les demandes de précisions à certaines réponses pouvaient entrainer une certaine subjectivité.

Difficultés aussi de mener les jeunes médecins au bout de leur raisonnement, d'où l'intérêt des questions de relance.

6.1.2.3 Le biais d'interprétation

Pour des raisons logistiques, il n'a été réalisé qu'un seul codage primaire par l'investigateur. Il n'y a pas eu de triangulation.

6.1.3 Signification de notre étude

Comprendre les difficultés des jeunes médecins généralistes à gérer la dépression dans un cabinet de médecine générale.

Plusieurs thématiques et niveau de difficultés s'en dégagent :

6.1.3.1 Un diagnostic non aisé et un suivi complexe

Les critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé sont établis selon les classifications internationales, cependant un épisode dépressif caractérisé se présente rarement sous la forme d'un tableau complet avec des symptômes bruyants ce qui rend difficile son dépistage ainsi que son diagnostic. Une méta-analyse portant sur le diagnostic clinique de la dépression en soins primaires, montre que la dépression pose un problème diagnostic aux médecins généralistes, en effet 47.3 % des MG avaient correctement identifié un EDC. Un suivi avec une surveillance rapproché des patients permettrait d'améliorer le diagnostic.(65)

Dans notre étude ce qui semble poser plus de problème aux jeunes médecins, ce sont les consultations de suivi, la plupart des médecins se sentent démunis et ne sachant pas quoi faire hormis évaluer l'efficacité et la tolérance du traitement, certains expriment un sentiment d'inutilité.

Les objectifs de consultation énumérés dans un article de revue suisse, pourraient constituer un outil d'aide aux consultations de suivi. En effet les auteurs ont énoncé des objectifs bien définis pour chaque consultation selon qu'il s'agisse d'une consultation initiale ou d'une consultation de suivi.(66)

En ce qui concerne le rythme de suivi, chaque médecin fait selon son ressenti, d'autant plus que la fréquence des consultations va dépendre de l'intensité de l'EDC. En général, au début les fréquences de consultation sont assez rapprochées puis plus espacées.

En effet, à ce sujet les recommandations de bonne pratique ne préconisent pas une conduite particulière à tenir pour le suivi du patient dépressif. Au début de traitement, il est recommandé d'informer le patient qu'il peut reconsulter à n'importe quel moment si le juge nécessaire, les consultations doivent être prévues avec un rythme de consultations hebdomadaires pendant les premières semaines. Le rythme dépendra ensuite de la sévérité des symptômes, de l'efficacité et de la tolérance au traitement.

6.1.4 L'utilisation d'outils de dépistage et diagnostique

La majorité des médecins interrogés estimaient que **le suivi** des patients dépressifs comme **complexe** et souhaitaient avoir un **outil simple** permettant d'avoir une évaluation objective codifiée et non pas une évaluation subjective se basant sur le ressenti du médecin mais paradoxalement, la plupart des médecins n'utilisait pas d'outils lors des consultations : ni les échelles de dépistage, ni les tableaux diagnostiques. Une thèse qualitative réalisée sur « les barrières à l'utilisation des outils diagnostic de la dépression en médecine de famille » (67) a retrouvé trois thèmes principaux : les outils étaient méconnus, jugées inutiles en pratique et inadaptés dans leur indication et leur forme, il en ressort le même constat dans notre étude. En effet, ces outils d'échelle sont sensés apporter une aide au praticien dans la prise en charge du patient mais un de leur inconvénient c'est qu'elles sont longues à réaliser en pratique courante. Pourtant, l'assurance maladie a valorisé cet acte en instaurant une cotation spécifique « ALQP003 pour Test d'évaluation d'une dépression » rémunérée 69.12€.(68) Dans notre étude, certains médecins n'avaient pas connaissance de cette cotation, toute fois une des limites de cette cotation, est qu'elle ne peut être appliquée qu'au moment du diagnostic et une seule fois par an par patient alors qu'il recommandé d'utiliser certaines échelles pour le suivi, comme par exemple l'échelle de Hamilton qui permet d'évaluer la sévérité d'un EDC et le changement apporté par le traitement.

Ainsi, on peut se poser les questions suivantes : faut -il concevoir de nouveaux outils plus adaptés à la pratique de la médecine générale et ou faut-il repenser la formation des jeunes médecins à utiliser ces outils ? Ne faut-il pas également revaloriser les consultations dépression sous forme de forfait pour se donner le temps de prendre en charge les patients ?

6.1.5 La prise en charge médicamenteuse

6.1.5.1 Les antidépresseurs

Dans notre étude, on constate chez les médecins interrogés une grande prudence thérapeutique qui se reflète dans l'attitude du praticien avant de se décider à prescrire un antidépresseur. En effet, il y a une réticence manifeste des médecins à l'instaurer, car certains ne se sentent pas à l'aise pour débuter un traitement qui sera pris pour une durée assez longue. Par conséquent, les médecins ont tendance à ne pas initier immédiatement un traitement antidépresseur, ils adoptent donc une stratégie que l'on appelle « Watchful Waiting » , cette stratégie se retrouve aussi chez la plupart des médecins de l'étude de la Dress (8).

Au niveau des antidépresseurs utilisés, les médecins interrogés prescrivent une molécule appartenant à la classe des ISR ou un IRSN. En ce qui concerne les classes thérapeutiques utilisées, les médecins suivent bien les recommandations de bonne pratique en raison de leur meilleur profil de tolérance, cependant ils utilisent quasiment toujours les mêmes molécules par habitude de prescription.

Une étude qualitative sur les déterminants des MG prescrivant des antidépresseurs, a révélé que leur décision dans le choix de la molécule étaient basée sur leurs propres impressions, leurs expériences et leurs connaissances car ils estimaient inutiles en pratique courante les recommandations (69)

6.1.5.2 La prescription d'anxiolytique

Il n'est pas recommandé d'associer systématiquement un anxiolytique (majoritairement une benzodiazépine) aux traitements antidépresseurs. Dans notre étude, les pratiques des médecins sont assez divergentes, la majorité des médecins interrogés sont réticents à la prescription d'un anxiolytique car ils ont des difficultés à les arrêter et ils ont peur du risque d'accoutumance et de dépendance aux benzodiazépines, en raison des effets secondaires, les benzodiazépines (ou apparenté) ne doivent pas être utilisés systématiquement.

La présence de troubles dépressifs et de symptômes anxieux est l'une des raisons avancées par certains médecins interrogés prescrivant des anxiolytiques. La Co prescription d'un antidépresseur et d'un anxiolytique se justifie devant la présence de troubles dépressifs et de symptômes anxieux nécessitant pour chaque entité un traitement spécifique. (70)

Dans notre étude, certains médecins évoquent la rapidité d'action des anxiolytiques comparé aux antidépresseurs ainsi un anxiolytique peut donc être nécessaire en attendant l'efficacité de l'antidépresseur. Un traitement associant antidépresseur et une benzodiazépine (ou apparenté) peut être justifié en phase aigüe de l'épisode dépressif caractérisé pour une durée de 2 semaines en cas de trouble anxieux ou trouble de sommeil invalidant.(71)

Une autre problématique a été abordée lors des entretiens à savoir la question de la levée d'inhibition et de virage maniaque avec le risque de passage à l'acte, en effet ceci a été évoqué à maintes reprises par les médecins interrogés, ils avaient retenu de leur formation la notion de risque de passage à l'acte suicidaire qui pouvait potentiellement survenir à l'instauration d'un traitement antidépresseur. Ceci pouvait expliquer en partie cette habitude de Co prescription d'anxiolytique. Ainsi ces médecins prescrivent une benzodiazépine à visée sédative en association avec un antidépresseur en prévention de passage à l'acte suicidaire secondaire à la levée d'un ralentissement psychomoteur et/ou idéique.

A noter que dans notre étude, l'anxiolytique le plus prescrit est une benzodiazépine, comme retrouvé dans de nombreuses études. Cependant, une métanalyse montre que la Co prescription de benzodiazépine peut poser des problèmes d'interactions pharmacodynamiques et/ou pharmacocinétiques et pourraient avoir un retentissement non négligeable sur les antidépresseurs, pouvant diminuer ou retarder la réponse clinique. Les benzodiazépines peuvent entraîner des levées d'inhibitions ou une tendance à diminuer la capacité à différer un comportement, ce qui va également augmenter le risque suicidaire.(70)

De plus, l'utilisation abusive des benzodiazépines a un impact négatif sur les fonctions cognitives et est associée à une augmentation du risque de démence type maladie d'Alzheimer.(72)

6.1.6 La prise en charge non médicamenteuse

6.1.6.1 L'arrêt de travail

L'EDC, selon son intensité, peut avoir un retentissement sur la vie professionnelle du patient avec une diminution de ses performances se manifestant par des troubles de la concentration, des erreurs

de jugement, autodépréciation, une anhédonie, pouvant aller jusqu'au suicide etc.… Ainsi, à la phase aiguë de l'EDC, le travail peut être un obstacle à une évolution favorable, dans ce cas, l'arrêt de travail est justifié pour une durée la plus brève possible. Selon une étude, la dépression est responsable de 35 à 45% des arrêts de travail et se retrouve dans plus de la moitié des cas de décès par suicide (4)

Dans notre étude, la durée d'arrêt de travail initial est très variable d'un médecin à l'autre, elle varie d'une à deux semaines puis prolongation selon l'évolution. La majorité des médecins prescrivent un court arrêt d travail afin d'obliger le patient à revenir en consultation pour une réévaluation.

Mais passée la phase aigüe de l'EDC, la reprise de travail est impérative et participe à la guérison. D'autant plus, qu'un arrêt de travail prolongé peut rendre difficile le reprise d'activité professionnelle. Ceci semble bien acquis par nos jeunes médecins, il est vivement conseillé une reprise progressive dans le cadre d'un temps partiel dit « thérapeutique » de courte durée.

6.1.6.2 Prise en charge par le psychiatre

Les médecins interrogés n'adressent pas de manière systématique les patients aux psychiatres, d'autant plus qu'ils considèrent l'accès aux spécialistes difficile. Les psychiatres sont le plus souvent sollicités pour la prise en charge des EDC sévères ou en cas d'échec thérapeutique.

Certains médecins généralistes évoquent aussi une communication déficiente avec les psychiatres.

Une enquête épidémiologique sur les difficultés évoquées par les MG français dans le traitement de la dépression a retrouvé le même constat, en effet l'offre d'accès aux soins spécialisés est jugée difficile et insuffisante, avec des difficultés de communication avec les spécialistes lors d'un suivi conjoint (73).

Parfois, le patient est adressé au psychiatre à sa demande, mais cela reste une minorité, car dans la majorité des cas, le médecin généraliste doit faire face aux réticences du patient à consulter un psychiatre. En effet, le patient a des représentations, des aprioris, des croyances, des préjugés selon lesquelles le psychiatre c'est pour « les fous ».

6.1.6.3 Prise en charge par un(e) psychologue

La psychothérapie est l'un des piliers principaux du traitement de la dépression avec les antidépresseurs.

Les recommandations de la HAS préconisent en cas de dépression modérée à sévère d'associer une psychothérapie et ou un antidépresseur et en cas de dépression légère, la psychothérapie peut constituer l'unique traitement à mettre en place. Ainsi, la prise en charge psychothérapeutique est indiquée quel que soit l'intensité du trouble dépressif.

De nombreuses études ont montré une amélioration des symptômes dépressifs à l'aide d'une prise en charge globale combinant la prise en charge psychologique et +/- ou traitement antidépresseur. En effet, une méta-analyse a retrouvé que l'association psychothérapie et antidépresseurs est plus efficace à court terme que la psychothérapie seule ou les antidépresseurs seuls. En revanche à long terme, la psychothérapie est aussi efficace qu'une association de psychothérapie et d'antidépresseurs.(74)

Cependant, dans notre étude, les médecins interrogés ont conscience de cette indication et de l'importance de cette prise en charge mais ils évoquent aussi un manque de connaissance concernant les différentes approches psychothérapeutiques. Ils ont des difficultés à identifier la nature des thérapies proposées par les différents professionnels de santé mentale et le type de thérapie nécessaire qui pourrait être la plus adaptée au patient.

Bien que les médecins de notre étude éprouvent un manque de connaissance dans ce domaine, ils ont tendance à proposer une psychothérapie mais ce suivi demeure complexe. En effet, il existe de nombreux obstacles à l'accès aux psychothérapies, les plus cités par les médecins interrogés sont :

-le non remboursement des consultations avec un psychologue ou un psychothérapeute non médecin,
-parfois des délais d'obtention trop longs pour les rendez-vous avec un psychiatre, un psychologue ou un psychothérapeute.

A noter que, l'absence de remboursement des psychothérapies amène les médecins à adresser le patient soit au psychiatre, soit au CMP afin qu'ils puissent avoir une psychothérapie. Cependant, ils constatent que dans la majorité des cas, les psychiatres ne réalisent pas de psychothérapie et les CMP sont peu nombreux, ce qui allonge le délai de prise en charge des patients.

A ces freins, vient se rajouter, la réticence des patients à suivre une psychothérapie.

D'ailleurs ce sont les mêmes problématiques qui avaient été retrouvé lors du panel d'observation Dress 2012 sur la prise en charge de la dépression en médecine générale de ville sachant que l'étude ne ciblait pas les jeunes médecins.(8)

La psychothérapie doit être privilégiée et est un traitement à part entière de la prise en charge de la dépression. Ainsi, un dispositif expérimental de remboursement des consultations chez le psychologue ou chez le psychothérapeute a été lancé en 2018 dans le Morbihan, puis il a été étendu à d'autres départements. Actuellement quatre départements expérimentent ce dispositif. Celui-ci a pour objectif de tester l'impact du remboursement de la psychothérapie et son efficacité dans la perspective de voir une diminution de la consommation d'antidépresseurs et d'anxiolytiques, qui représentent un coût économique important pour les caisses d'assurance maladie. Le deuxième intérêt est de permettre également de palier à la saturation des CMP. Toutefois, cette prise en charge à 100 % doit répondre à un cahier des charges bien précis avec des critères d'inclusion stricts… tous les patients ne peuvent pas en bénéficier. Bien que cette expérimentation se révèle positive pour les patients, elle n'en est pas de même pour les psychologues car ils estiment que le tarif de remboursement est trop bas par rapport à leurs honoraires habituelles.(75)

6.1.6.4 La psychothérapie de soutien

Certains médecins interrogés considèrent également réaliser une « sorte » de psychothérapie au cabinet par l'écoute active, la disponibilité, le suivi rapproché et le soutien. Cependant ils ne se revendiquent pas comme psychothérapeute, ils estiment qu'il est nécessaire d'avoir une formation de psychothérapie avec les bons outils de communications.

D'autres médecins affirment clairement ne pas réaliser de psychothérapie de soutien, soit par manque de temps, soit ils estiment ne pas avoir la formation ni les connaissances adéquates.

6.1.7 Ressenti sur la formation, suggestion, perspectives et implications pratiques

6.1.7.1 Formation théorique

Dans notre étude, les médecins interrogés estiment que leur formation dans le domaine de psychiatrie est insuffisante pour une pathologie aussi fréquente dans la pratique courante.

Ce sentiment de formation insuffisante corrobore les données retrouvées dans la littérature, (76) et notamment à travers deux études qui se sont intéressées spécifiquement à la formation à la

psychiatrie des internes en médecine générale.(63,64) En effet, les connaissances théoriques semblent acquises, d'autant plus que pour poser le diagnostic de l'EDC, il y a des critères diagnostics bien définis (DSM V ou CIM10). Pour la prise en charge, ils se basent davantage sur les recommandations de l'HAS mais ils rencontrent des difficultés dans la mise en pratique qui se manifeste par un manque d'aisance dans leurs prescriptions et leurs suivis.

Ils sont ainsi demandeurs de formations complémentaires et souhaitent avoir :

-Des cours axés sur les troubles psychiatriques les plus fréquents en MG et surtout sur la prise en charge de la dépression, ils manifestent un attrait pour des cours en petits effectifs, calqués sur le modèle des GEPT, en faisant intervenir un spécialiste psychiatre, en fournissant des outils pratico-pratiques pour les consultations de suivis et en abordant des cas cliniques concrets permettant d'avoir une démarche et une conduite à tenir.

-Des cours sur les techniques de communication avec des mises en pratique, c'est aussi l'occasion d'apprendre à aborder la question du suicide**.** Les techniques de modernisation de l'enseignement ont été peu abordées par notre étude, elles sont évoquées dans la thèse de C. Bez (64) avec des enseignements dirigés interactifs type jeux de rôle ou supports vidéo encore peu répandus. Il existe aussi logiciels à ressorts ludiques importés des USA de type « serious game ».

-Aborder la psychothérapie de soutien au cabinet de MG, en faisant intervenir davantage de psychiatres et de psychologues dans l'enseignement théorique pour conforter cette idée de pluridisciplinarité dans la prise en charge du patient dépressif.

-Fournir un arbre décisionnel sur support papier ou un support numérique à l'issue de la formation.

-Avoir un guide d'usage des antidépresseurs comportant les traitements les plus fréquemment utilisés, les effets secondaires les plus fréquents, l'adaptation des posologies et des paliers.

-Organiser des formations du type « FMC » sur une journée ou une plénière sur 1 ou 2 jours ou un week-end avec des intervenants psychiatres hospitaliers, des psychiatres libéraux et des paramédicaux :

Formation interactive à travers des cas cliniques concrets sur la gestion des antidépresseurs, l'utilisation des échelles… C'est aussi l'occasion d'informer sur les réseaux de soins et de fournir les numéros des référents à appeler.

6.1.7.2 Formation pratique

Concernant la formation pratique de la prise en charge du patient dépressif, les principales suggestions qui ressortent de cette étude sont :

-Un stage de consultation en psychiatrie libérale car ce serait plus adapté à la médecine générale. En effet, peu d'interne en Médecine Générale passent en stage de psychiatrie (deux dans notre étude), le nombre de stage est assez faible et le rôle du futur médecin généraliste y est plutôt somatique au détriment de sa formation en psychiatrie. Une des pistes évoquées est d'intégrer un stage en psychiatrie dans la maquette de SASPAS. Quant à la durée du stage, elle pourrait être d'une demi-journée à une journée par semaine dans le cadre d'un SASPAS pour deux ou trois mois.

-intégrer **les paramédicaux** dans la formation, avec possibilité de faire des consultations avec un(e) psychologue ou psychothérapeute, afin de connaitre davantage leurs interventions et spécificités.

-Fournir un répertoire de psychiatres et de psychologues le temps de se constituer un réseau.

D'autres suggestions ont été avancées qui pourraient améliorer la prise en charge pour une meilleur collaboration pluridisciplinaire :

- améliorer l'accessibilité aux CMP.

- favoriser l'accès au soutien psychologique qui passe aussi par le remboursement des consultations de psychothérapie.

Les résultats de notre étude en matière de demande de formation sont en accord avec ce qu'avait retrouvé l'étude de la DRESS sur la prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Elle montre bien que la plupart des participants (84 %) estiment qu'ils sont correctement formés au diagnostic ou au traitement de la dépression. Cependant ils sont demandeurs de formations complémentaires sur les différents types de psychothérapie et leurs indications (82 %), la pratique de la psychothérapie de soutien (78 %), l'orientation des personnes souffrant de dépression (76 %) et la gestion des demandes de médicaments psychotropes des patients (76 %)(8)

Un travail de thèse de médecine générale, a proposé la mise en place d'une liste d'objectifs d'apprentissage pour les IMG en stage en psychiatrie, qui pourrait être exportable dans les stages de médecine générale ou en ambulatoire de psychiatrie libérale.(77)

Une étude ultérieure de type Recherche/action permettrait aussi d'évaluer l'impact de cette nouvelle proposition de formation en psychiatrie sur les pratiques médicales des jeunes médecins généralistes par rapport à un groupe témoin

7 CONCLUSION

Les motifs de consultation en Médecine Générale, touchant la santé mentale et plus spécifiquement la dépression, sont omniprésents dans la pratique quotidienne. Face à la prévalence croissante de la dépression, il semblait utile de s'intéresser au ressenti des jeunes Médecins Généralistes dans la prise en charge de ces patients aux symptômes caractéristiques et de dresser ainsi un état des lieux sur leur formation dans ce domaine.

Notre étude a permis d'identifier les problématiques de prise en charge d'un épisode dépressif en précisant à quels stades de la consultation elles peuvent être rencontrées dans la prise en charge du patient. Les principales difficultés mises en avant portent sur les techniques de communication, l'utilisation des échelles d'évaluation, le suivi du patient dépressif, la coordination de la prise en charge avec les autres acteurs de santé (psychiatres, psychologues), la gestion de la psychothérapie de soutien au cabinet de MG, et l'adaptation des traitements médicamenteux…

La formation des jeunes médecins généralistes à la psychiatrie et plus particulièrement dans la prise en charge de la dépression apparaît insuffisante tant sur le plan théorique que pratique. Ce même constat se retrouve dans d'autres études bien qu'elles soient peu nombreuses dans la littérature, à aborder l'enseignement de la psychiatrie en Médecine Générale.

Les jeunes médecins généralistes sont en demande de formation à la psychiatrie et souhaitent des cours théoriques spécifiques à la dépression, peut-être davantage interactif (jeux de rôles, supports vidéo, e-learning sur des sites dédiés), avec une meilleure transversalité des enseignants psychiatres et médecins généralistes. Pour leur formation pratique, ils aimeraient le développement de stages de psychiatrie en ambulatoire adaptée à l'exercice de la médecine générale libérale, pourquoi pas en structure médico-psychiatrique type CMP, cette pluridisciplinarité amènerait une meilleure compréhension sur la prise en charge globale de la dépression.

Suite à cette étude et en regard de leurs attentes, il apparait nécessaire de repenser un nouveau modèle d'enseignement de la psychiatrie pour la formation de nos futurs praticiens. La Médecine Générale est une jeune nouvelle spécialité d'internat depuis 2002. Nous avons cette chance de voir les modalités pédagogiques et le contenu d'enseignement évoluer continuellement, en fonction de l'évaluation des internes et jeunes médecins, pour améliorer leur pratique au quotidien.

8 BIBLIOGRAPHIE

1. Définition de la dépression [Internet]. WHO. [cité 5 oct 2020]. Disponible sur: http://www.who.int/topics/depression/fr/

2. Cooper C. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet. 2018;392(10159):1789–1858.

3. Coldefy M, Mestrigue C. La prise en charge de la dépression dans les établissements de santé. 2013;

4. LEON C, CHAN CHEE C, ROSCOAT E, le groupe Baromètre santé 2017. LA DÉPRESSION EN FRANCE CHEZ LES 18-75 ANS : RÉSULTATS DU BAROMÈTRE SANTÉ 2017. BEH 32-33. 16 oct 2018;637-44.

5. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lépine J-P, et al. Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys The WHO World Mental Health Survey Consortium JAMA 2004 291 2581 2590 10.1001/jama.291.21.2581 15173149. JAMA J Am Med Assoc. 2004;291:2581-90.

6. Lamboy B, Léon C, Guilbert P. Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du Baromètre Santé 2005. Rev DÉpidémiologie Santé Publique. mars 2007;55(3):222-7.

7. Baromètre santé 2005.

8. DUMESNIL H, CORTAREDONA S, CAVILLON M, MIKOL F, AUBRY C, SEBBAH R, et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. ÉTUDES RÉSULTATS. sept 2012;(810):1-8.

9. Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, Sewitch M, Belzile E, Ciampi A. Recognition of Depression by Non-psychiatric Physicians—A Systematic Literature Review and Meta-analysis. J Gen Intern Med. janv 2008;23(1):25-36.

10. TOURNIER M, COUGNARD A, BOUTOUABA-COMBE S, VERDOUX H. Étude sur la durée des traitements antidépresseurs en France et ses déterminants à partir des bases de données de l'Assurance maladie Duration of antidepressant drug treatment and its determinants in France. L'ENCEPHALE. 2011;(37):36-41.

11. de Médecine RS des F. Consensus Mondial sur la Responsabilité Sociale des Facultés de Médecine. 2010;

12. B.O. n°39 du 28 octobre 2004 - Ministère de l'éducation nationale [Internet]. [cité 25 févr 2021]. Disponible sur: https://www.education.gouv.fr/bo/2004/39/MENS0402086A.htm

13. Maladie A. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses–Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018. 2017.

14. chan chee C, Gourier C, Guignard R, François B. The current state of mental health surveillance in France. Santé Publique Vandoeuvre-Lès-Nancy Fr. 1 nov 2011;23 Suppl 6:S13-29.

15. BECK F, GUINARD R. La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. SANTÉ L'HOMME. oct 2012;(421):43-5.

16. Chan Chee C, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France), éditeurs. La dépression en France: enquête Anadep 2005. Saint-Denis: INPES; 2009. 203 p. (Études santé).

17. Kessler RC. Epidemiology of women and depression. J Affect Disord. 2003;74(1):5–13.

18. Alonso J, Angermeyer M, Bernert S. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta Psychiatrica Scandinavica, Supplement. juin 2004;21-7.

19. Neale MC. Genetic Epidemiology of Major Depression. Depress Sci Ment Health. 2013;157:156.

20. Goldberg D, Fawcett J. The Importance of Anxiety in Both Major Depression and Bipolar Disorder. Depress Anxiety. 2012;29(6):471-8.

21. Walker ER, McGee RE, Druss BG. Mortality in Mental Disorders and Global Disease Burden Implications. JAMA Psychiatry. avr 2015;72(4):334-41.

22. Cuijpers P, Vogelzangs N, Twisk J, Kleiboer A, Li J, Penninx BW. Comprehensive meta-analysis of excess mortality in depression in the general community versus patients with specific illnesses. Am J Psychiatry. avr 2014;171(4):453-62.

23. Ösby U, Brandt L, Correia N, Ekbom A, Sparén P. Excess Mortality in Bipolar and Unipolar Disorder in Sweden. Arch Gen Psychiatry. 1 sept 2001;58(9):844-50.

24. Hamieh N, Meneton P, Wiernik E, Limosin F, Zins M, Goldberg M, et al. Depression, treatable cardiovascular risk factors and incident cardiac events in the Gazel cohort. Int J Cardiol. juin 2019;284:90-5.

25. Pan A, Sun Q, Okereke OI, Rexrode KM, Hu FB. Depression and Risk of Stroke Morbidity and Mortality: A Meta-analysis and Systematic Review. JAMA. 21 sept 2011;306(11):1241.

26. Hawton K, van Heeringen K. Suicide. The Lancet. avr 2009;373(9672):1372-81.

27. CHAN CHEE C, du Roscoät, E. Suicide et tentatives de suicide : données épidémiologiques récentes // Suicide and suicide attempts: Recent epidemiological data for France. février 2019;(3-4):35-48.

28. Masson E. Dépressions sévères : morbi-mortalité et suicides [Internet]. EM-Consulte. [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: https://www.em-consulte.com/article/242725/alertePM

29. Brådvik L, Mattisson C, Bogren M, Nettelbladt P. Long-term suicide risk of depression in the Lundby cohort 1947–1997 – severity and gender. Acta Psychiatr Scand. 2008;117(3):185-91.

30. Kozela M, Bobak M, Besala A, Micek A, Kubinova R, Malyutina S, et al. The association of depressive symptoms with cardiovascular and all-cause mortality in Central and Eastern Europe: Prospective results of the HAPIEE study. Eur J Prev Cardiol. nov 2016;23(17):1839-47.

31. Bhattacharya R, Shen C, Sambamoorthi U. Excess risk of chronic physical conditions associated with depression and anxiety. BMC Psychiatry. 16 janv 2014;14:10.

32. Gan Y, Gong Y, Tong X, Sun H, Cong Y, Dong X, et al. Depression and the risk of coronary heart disease: a meta-analysis of prospective cohort studies. BMC Psychiatry [Internet]. 24 déc 2014;14. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4336481/

33. Barth J, Schumacher M, Herrmann-Lingen C. Depression as a Risk Factor for Mortality in Patients With Coronary Heart Disease: A Meta-analysis. Psychosom Med. déc 2004;66(6):802–813.

34. Mezuk B, Eaton WW, Albrecht S, Golden SH. Depression and Type 2 Diabetes Over the Lifespan. Diabetes Care. déc 2008;31(12):2383-90.

35. Briley M, Lépine. The increasing burden of depression. Neuropsychiatr Dis Treat. mai 2011;3.

36. Kessler RC. The Costs of Depression. Psychiatr Clin North Am. mars 2012;35(1):1-14.

37. OCDE. Mal-être au travail ?: Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi [Internet]. OECD; 2012 [cité 27 mai 2020]. (Santé mentale et emploi). Disponible sur: https://www.oecd-ilibrary.org/employment/mal-etre-au-travail-mythes-et-realites-sur-la-sante-mentale-et-l-emploi_9789264124561-fr

38. Ervasti J, Vahtera J, Pentti J, Oksanen T, Ahola K, Kivekäs T, et al. Return to Work After Depression-Related Absence by Employees With and Without Other Health Conditions: A Cohort Study. Psychosom Med. mars 2015;77(2):126-35.

39. American psychiatric association. DSM-5®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux [Internet]. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015. Disponible sur: http://www.dawsonera.com/depp/reader/protected/external/AbstractView/9782294743382

40. Netgen. Trouble dépressif à travers les âges en MPR : outils de dépistage, de diagnostic et de suivi. Rev Médicale Suisse [Internet]. [cité 8 mai 2020]; Disponible sur: https://www.revmed.ch/RMS/2010/RMS-264/Trouble-depressif-a-travers-les-ages-en-MPR-outils-de-depistage-de-diagnostic-et-de-suivi

41. Whooley MA, Avins AL, Miranda J, Browner WS. Case-Finding Instruments for Depression. J Gen Intern Med. juill 1997;12(7):439-45.

42. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener. Med Care. 2003;1284–1292.

43. Lowe B. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians? diagnoses. J Affect Disord. févr 2004;78(2):131-40.

44. Arroll B, Khin N, Kerse N. Screening for depression in primary care with two verbally asked questions: cross sectional study. BMJ. 15 nov 2003;327(7424):1144-6.

45. Arroll B, Goodyear-Smith F, Kerse N, Fishman T, Gunn J. Effect of the addition of a « help » question to two screening questions on specificity for diagnosis of depression in general practice: diagnostic validity study. BMJ. 15 oct 2005;331(7521):884.

46. Mitchell AJ, Coyne JC. Do ultra-short screening instruments accurately detect depression in primary care? Br J Gen Pract. 1 févr 2007;57(535):144-51.

47. Hamilton M. A RATING SCALE FOR DEPRESSION. J Neurol Neurosurg Psychiatry. févr 1960;23(1):56-62.

48. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale: an updated literature review. J Psychosom Res. 2002;52(2):69–77.

49. Wolf NJ, Hopko DR. Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care: A critical review. Clin Psychol Rev. janv 2008;28(1):131-61.

50. Driessen E, Hollon SD. Cognitive Behavioral Therapy for Mood Disorders: Efficacy, Moderators and Mediators. Psychiatr Clin North Am. sept 2010;33(3):537-55.

51. Colle R, Corruble E. La vortioxétine : un nouvel antidépresseur pour traiter les épisodes dépressifs caractérisés. L'Encéphale. févr 2016;42(1):48-58.

52. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Geddes JR, Higgins JP, Churchill R, et al. Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. The Lancet. févr 2009;373(9665):746-58.

53. Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, Chaimani A, Atkinson LZ, Ogawa Y, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. The Lancet. 7 avr 2018;391(10128):1357-66.

54. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STARD pour l'écriture et la lecture des études sur la précision des tests diagnostiques. Kinésithérapie Rev. janv 2015;15(157):45-9.

55. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 16 sept 2007;19(6):349-57.

56. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008;19(84):142-5.

57. Savoie-Zajc L. Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide. Rech Qual. 2006;5:99–111.

58. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. Rech Qual. 2006;26(2):1–18.

59. Guillemette F. L'approche de la Grounded Theory; pour innover. Rech Qual. 2006;26(1):32–50.

60. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Exercer. 2009;(87):74-9.

61. Anadón M. La recherche dite «qualitative»: de la dynamique de son évolution aux acquis indéniables et aux questionnements présents. Rech Qual. 2006;26(1):5–31.

62. LIEGE F. Perception de la prise en charge du patient dépressif par les Internes de Médecine Générale du Poitou-Charentes en stage chez le praticien [Internet]. [Poitiers]: Université de Poitiers Faculté de Médecine et Pharmacie; 2016 [cité 9 juin 2018]. Disponible sur: http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/a54797bc-be9d-4d4b-88fa-21d1de74af69

63. Armand A, Mauchamp V. FORMATION A LA PSYCHIATRIE DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE DE GRENOBLE : EXPERIENCES VECUES ET ATTENTES. [Grenoble]: UNIVERSITE GRENOBLE ALPES; 2019.

64. Bez camille. Formation à la psychiatrie des internes en médecine générale en France : résultats d'une enquête nationale. Université Claude Bernard - Lyon 1; 2017.

65. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. The Lancet. 22 août 2009;374(9690):609-19.

66. Kosel M, Perroud N, Bondolfi G. Dépression: analyse décisionnelle pour la prise en charge par le médecin de premier recours. Rev Médicale Suisse. décembre 2012;

67. Morvan M-L. Barrières à l'utilisation des outils de diagnostic de la dépression en médecine de famille : étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs auprès de médecins généralistes du Nord-Finistère [Internet]. [cité 4 mai 2020]. Disponible sur: https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01044399/document

68. CCAM en ligne - Classification Commune des Actes Médicaux [Internet]. [cité 25 nov 2019]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/accueil-de-la-ccam/trouver-un-acte/fiche-abregee.php?code=ALQP003

69. Mercier A, Auger-Aubin I, Lebeau J-P, Royen PV, Peremans L. Understanding the prescription of antidepressants: a Qualitative study among French GPs. BMC Fam Pract. 24 sept 2011;12(1):99.

70. Martin P. L'association antidépresseur et anxiolytique aujourd'hui : bilan et prospective. l'Encéphale. 2006;cahier 1(32):753-66.

71. HAS. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours [Internet]. 2017 [cité 9 juin 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_recommandations_version_mel.pdf

72. Billioti de Gage S, Moride Y, Ducruet T, Kurth T, Verdoux H, Tournier M, et al. Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. The BMJ [Internet]. 9 sept 2014;349. Disponible sur: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4159609/

73. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret F, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. L'Encéphale. juin 2010;36:D73-82.

74. Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Andersson G. Psychotherapy versus the combination of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: a meta-analysis. Depress Anxiety. mars 2009;26(3):279-88.

75. Guide pratique à destination des médecins Prise en charge par l'Assurance Maladie des thérapies non médicamenteuses Dispositif expérimenté dans 4 départements Troubles en santé mentale d'intensité légère à modérée [Internet]. Disponible sur: https://www.medecin-occitanie.org/wp-content/uploads/2020/06/Sante%CC%81-Mentale-GuideMedecin.pdf

76. Fovet T, Amad A, Geoffrey P, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. L'information Psychiatr 2014. mai 2014;90(5):319-22.

77. SENEZ-SERGENT E. OBJECTIFS DE FORMATION DES INTERNES DE MEDECINE GENERALE EN STAGE DE PSYCHIATRIE A LILLE [Internet]. 2016 [cité 15 déc 2020]. Disponible sur: https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/d2a39285-2935-4edb-b5e3-a284de9bab03

9 ANNEXES

Annexe 1 :

Définition de l'épisode dépressif caractérisé selon la CIM-10
A. L'épisode présente une durée d'au moins 2 semaines. **B**. Le sujet présente au moins deux des trois symptômes principaux suivants : (1) humeur dépressive à un degré nettement anormal pour le sujet, présente pratiquement toute la journée et presque tous les jours, dans une large mesure non influencée par les circonstances, et persistant pendant au moins 2 semaines ; (2) diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables ; (3) réduction de l'énergie ou augmentation de la fatigabilité. **C**. Présence d'au moins deux des symptômes suivants : (1) perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi ; (2) sentiments injustifiés de culpabilité ou culpabilité excessive et inappropriée ; (3) pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires récurrentes, ou comportement suicidaire de n'importe quel type ; (4) diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer (signalée par le sujet ou observées par les autres), se manifestant, par exemple, par une indécision ou des hésitations ; (5) modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement (signalés ou observés) ; (6) perturbation du sommeil de n'importe quel type ; (7) modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

Annexe 2 :

Critères diagnostiques d'un épisode dépressif caractérisé selon le DSM-V :
Selon les critères du DSM-V-TR, l'Episode Dépressif Majeur (EDM) ou Episode Dépressif Caractérisé (EDC) se définit par la présence : 1. de critères majeurs : - humeur dépressive ou douleur morale, - anhédonie (perte de l'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne), 2. et de critères mineurs : - modification de l'appétit ou du poids en l'absence de régime, - insomnie ou hypersomnie, - agitation ou ralentissement psychomoteur, - fatigue ou perte d'énergie, - sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée, - diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, ou indécision, - pensées de mort récurrente, idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide, ou plan précis pour se suicider,

Annexe 3 :

Caractéristiques d'une psychothérapie de soutien d'après les recommandations de bonne pratique de de La HAS 2017

- Empathie, confiance et soutien avec écoute active ;
- Des actions :
  - ✓ Un travail de réflexion : clarifier les problématiques, travailler sur l'histoire du sujet, ses émotions, ses perceptions, aider à la résolution de problèmes, etc., dans une dimension directive de conseil, d'information et d'explications,
  - ✓ Une restauration des investissements et des projets,
  - ✓ Une programmation précise de rendez-vous dans ce cadre ;
- Des collaborations :
  - ✓ Une vérification et un maintien de l'alliance thérapeutique avec le patient,
  - ✓ Une relation collaborative impliquant le patient, le conjoint et/ou l'entourage de manière adaptée à la situation, et impliquant la construction d'objectifs communs,
  - ✓ Une prise en charge psychosociale si nécessaire,

Des aménagements du travail si nécessaire.

Annexe 4 :

Eléments à prendre en compte pour le choix d'un antidépresseur selon les recommandations de la HAS 2017

- Le respect des contre-indications, notamment :
  - ✓ Les comorbidités somatiques,
  - ✓ Les interactions médicamenteuses ;
- Le risque de létalité lors d'un surdosage ;
- Le profil des effets indésirables attendus de l'antidépresseur (ex. : sédation, prise de poids, effets indésirables anticholinergiques) ;
- L'utilisation thérapeutique d'effets latéraux (ex. : recherche d'une stimulation ou d'une sédation) ;
- La réponse antérieure à un traitement par antidépresseur du patient ou, le cas échéant, de sa famille ;
- La maniabilité de l'antidépresseur – le plus simple à prescrire à dose efficace ;
- Le coût

Annexe 5 : exemple de maquette d'enseignement MG 2016/2017

	02/02/17	DES1				Interventions non médicamenteuses Alimentation/ INM activités physiques
jeudi	09/02/17				SP	Approche centrée Patient: abord du patient atteint de maladie psychiatrique
jeudi	16/02/17			DES3		vulnérabilité
jeudi	02/03/17	DES1				Autour de la fin de vie
jeudi	09/03/17		DES2			gestes techniques gynéco du MG (1/4 promo matin et soir) hors stage praticien
jeudi	09/03/17		DES2			plaies et cicatrisation (1/4 de promo matin et soir) hors stage praticien
jeudi	16/03/17			DES3		Abord des adolescents
mardi	23/03/17				SP	Approche centrée Patient: Education Thérapeutique du Patient
mardi	04/04/17			DES3		Patients, alimentation et Médecine Générale (attention, mardi AM)
jeudi	06/04/17		DES2			gestes techniques gynéco du MG (1/4 promo matin et soir) hors stage praticien
jeudi	06/04/17		DES2			plaies et cicatrisation (1/4 de promo matin et soir) hors stage praticien
jeudi	11/05/17				SP	Approche centrée Patient: relation professionnelle Médecin-Patient 1
jeudi	01/06/17		DES2			examen des Articulations (1/4 promo matin et apres midi) hors stage praticien
jeudi	08/06/17		DES2			gestes techniques gynéco du MG (1/4 promo matin et soir) hors stage praticien
jeudi	08/06/17		DES2			plaies et cicatrisation (1/4 de promo matin et soir) hors stage praticien
jeudi	15/06/17				SP	Approche centrée Patient: relation professionnelle Médecin-Patient 2
jeudi	14/09/17				SP	Approche centrée Patient: Education Thérapeutique du Patient
jeudi	05/10/17				SP	Approche centrée Patient: abord du patient atteint de maladie psychiatrique

10 GUIDE D'ENTRETIEN ET VERBATIMS

10.1 Guide d'entretien

1/ Présentation (Age, sexe, mode d'exercice, Thésé ou pas, remplaçant ou installé)

2/Quelles sont vos moyens de formation dans la prise en charge de la dépression ? (Formation théorique, DU, stage en psy, SASPAS, sources et supports de formation utilisés)

3/ Pouvez-vous me dire, comment menez-vous une consultation d'un patient dépressif ?

Question de relance : utilisez-vous des outils de dépistage ou des tests d'évaluation de la dépression ?

4/ Quelle est votre prise en charge globale du patient dépressif ?

Questions de relance :

a) **Quelle Thérapeutique médicamenteuse préconisez-vous ? (Choix de la molécule : AD +/- anxiolytique)**
b) **Faites-vous de la Psychothérapie de soutien au cabinet ?**
c) **Orientez-vous les patients vers un psychothérapeute pour une TCC ou autre ?**
d) **Qu'en est-il de l'arrêt travail ?**

5/Quelles sont les difficultés auxquelles êtes-vous confrontés lors de la consultation ?

Questions de relance :

a) Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la première consultation et lors des consultations de suivi ?

b) Qu'en est-il de la gestion du temps de consultation ?

c) Avez des difficultés sur le choix de prescription ?

d) Qu'en est-il de l'accessibilité à un psychiatre ? Un psychologue ?

6/Quel est votre ressenti sur l'enseignement universitaire et votre formation pour prendre en charge la dépression en MG ?

7/Quelles seraient vos suggestions pour améliorer, si besoin cette formation ?

10.2 Entretiens retranscrits

ENTREVUE N° 1

1/ Présentation (Age, sexe, mode d'exercice, Thésé ou pas, remplaçant ou installé)
Sexe : féminin

Age : 29 ans
Externat à Lyon,
Internat à Montpellier (promotion 2015, fin internat novembre 2018)
SASPAS : oui avec psychologues 5 demi-journées
Stage en psychiatrie : oui lors du SASPAS avec psychiatre libéral
Médecin Remplaçant non thèsé depuis juillet 2016
Mode d'exercice principalement en ville

2/ Quelles sont vos moyens de formation dans la prise en charge de la dépression ? (Formation théorique, DU, stage en psy, SASPAS, sources et supports de formation utilisés)

Formation uniquement avec **la fac**, je n'ai rien fait de plus je n'ai pas fait de formation en plus, je n'ai pas fait de DU, je n'ai pas lu de publication, je n'ai pas euh…

Je pense que ce qui m'a aidé un peu **les cours de psychiatrie de l'externat**, un peu les trucs de base de **sémiologie psychiatrique** comme les **signes de tristesse de l'humeur, l'anhédonie , l'anorexie, fatigue, insomnie**, tout ça et il y a eu des cours pendant l'internat je m'en souviens **d'un psychiatre** qui était venu nous faire un cours tu sais quand on était chez le prat, en tout cas c'était un psy qui était venu pour nous **parler des différents AD, des troubles du sommeil**, bref de plusieurs trucs psychiatriques que nous savions pas trop gérer au cabinet et ils nous a parlé de la dépression et il nous a un peu orienté sur comment choisir les AD, ça, ce cours là je m'en souviens un petit peu (rires). Sinon, Je n'ai jamais fait de stage en psychiatrie.

J'utilise des fois **le Vidal reco** en psy je ne suis même pas sûre de m'en être servi.

Franchement je crois en psychiatrie **je ne sais pas sur quel support regardé**.

3/ Pouvez-vous me dire, comment menez-vous une consultation d'un patient dépressif ?

Si, je vois qu'il est au fond du seau et que c'est sa plainte principale et que ça ne va pas, je vais penser au **questionnaire Hamilton**, je vais faire **l'échelle d'Hamilton** (comme ça, **ça côte** non je rigole (rires) mais c'est qu'une fois par an, un truc comme ça mais ça permet de dire au patient voilà : vous avez tel **score**, vous êtes dans la **catégorie légère, modérée, sévère de dépression** et du coup ça va aussi me permettre de **l'orienter sur la prise en charge**.

J'interroge beaucoup sur la tristesse de l'**humeur,** es ce qu'il **mange bien**, es ce qu'il dort bien euh…j'interroge sur **le milieu personnel, familial** comment ça se passe le milieu professionnel : s'il y a eu des **évènements négatifs récemment** ou alors c'est **l'anniversaire d'un évènement négatif** qui s'est passé ben il y a un an 2 ans 3 ans, un deuil un truc comme ça.

Es ce que c'est **réactionnel**, donc une **rupture**, un **deui**l un truc qui s'est passé récemment, en **évènement péjoratif** en fait euh… et du coup j'essaye de voir aussi **depuis quand** ça dure pour savoir si c'est par exemple un deuil **normal** ou si on est dans un truc plus **chronique** donc du coup il faut **réfléchir à traiter, à orienter** et à **dire oui c'est une dépression** voilà. Je fais un **examen somatique** et je le pèse pour voir s'il a perdu du poids.

Question de relance : Utilisez-vous des outils de dépistage ou des tests d'évaluation de la dépression ***(Question non posée car la personne avait déjà répondu)***

4/Quelle est votre prise en charge globale du patient dépressif ?

Pour la prise en charge, alors moi j'ai un peu **peur de prescrire des AD**, et en plus on est un des pays qui en bouffe le plus. Après je pense que je préfère d'abord, après **ça dépend aussi de ce que veut le patient** s'il est en demande ou s'il a peur. Il y en a plein qui disent ah non, non je ne veux surtout pas tomber là-dedans parce qu'ils **ont peur de devenir accro** ou ils savent que quand tu tombes dedans tu ne peux quasiment **pas arrêter** ils pensent ben voilà.

Je les préviens, **si** on **commence un traitement**, on ne peut **pas s'arrêter avant 6 mois** et je leur parle déjà de **psychothérapie et de psychiatre** mais c'est **difficile d'aborder le sujet du psychiatre** parce qu'ils ont **l'image du psychiatre pour les fous** et que machin, donc j'essaye aussi de dire que ce qu'ils ont c'est **une maladie** ce n'est **pas de leur faute** c'est un truc qui **se soigne** et c'est vraiment reconnu comme une maladie et c'est aussi un truc **chimique** que l'on **peut traiter avec des médicaments** chimiques euh… et après vraiment j'en parle avec eux parce que c'est **du cas par cas** je **ne me sens pas assez à l'aise pour** dire alors vous **il vous faut le psychiatre ou le psychologue ou les AD** mais j'en parle avec eux pour **expliquer les trucs qui existent** et selon leurs désirs et comment ils se sentent et ce que je propose ben on essaye d'**orienter** en disant ben là vous pourriez voir un **psychiatre** pour faire le point **si je pense qu'il faut un traitement** mais je ne me **sens pas capable pour gérer** ou si je pense que c'est un truc **léger** et il faut une **psychothérapie** juste pour l'**accompagner** parce que c'est **réactionnel**, parce que c'est récent, parce que ça n'influe pas trop sur sa vie quotidienne.

Euh… et voilà et pour les médicaments, ça m'est arrivé de **débuter** peut-être **un traitement** mais je n'étais **pas à l'aise** ou j'ai **demandé un avis psychiatre** avant, téléphoner à **une amie** ou un truc comme ça pour **savoir comment l'introduire** et je ne **sais pas** bien **faire les paliers de doses** donc je **préfère ne pas commencer moi-même.** Je sais que je mettrai déjà des **IRSA**, pas trop les tricycliques Je connais quelques classes mais **je ne maîtrise pas très bien**. J'ai quelques noms en tête genre la Sertraline, la Mirtazapine, le Norset je crois euh…

Après, justement, il y avait ce cours du psy qui nous avait dit quand **la composante tristesse** est plus importante c'est **plutôt tel médicament** quand c'est plutôt qu'ils ont **une perte d'appétit le Norset** ça marche bien parce que ça redonne de l'appétit quand c'est **le sommeil plutôt ça.** Il nous avait un peu aiguillé mais là sur le moment **je ne m'en souviens plus.**

Moi, j'ai un peu la **crainte de commencer** un **truc parce que je sais qu'on est parti pour 6 mois** je ne **sais pas maîtriser les doses** car je ne le fais pas assez souvent et je ne sais pas si c'est vraiment le **moment ou pas** et je ne **sais pas s'il faut qu'il voie un psy ou pas**, je ne sais pas euh…

S'ils ont des moments d'**angoisse**, je leur pose la question parfois ils disent surtout pas un truc comme ça ils **ne veulent pas être shooter** je n'en mets pas mais s'ils disent que effectivement de temps en temps dans la journée ils ont des moments d'oppressions sans raison, ils ne se sentent pas bien qu'ils ont besoin de souffler, qu'ils se sentent anxieux ben là je leur propose en leur disant que l'on commence vraiment à des **toutes petites doses** et je ne vais pas mettre direct Xanax, Lysanxia des fois mais le **Seresta** des petits

trucs au **début oui** effectivement je vais peut-être **plus facilement mettre des anxiolytiques avant de commencer des AD parce que je sais que ça on peut l'arrêter** ça ne vas pas durer longtemps.

Questions de relance : a) Quelle Thérapeutique médicamenteuse préconisez-vous ? (Choix de la molécule : AD +/- anxiolytique) (Non posée car réponse spontanée)

Questions de relance :

b) Faites-vous de la Psychothérapie de soutien au cabinet ?

c) Orientez-vous les patients vers un psychothérapeute pour une TCC ou autre ?

La psychothérapie, pareil **je ne maîtrise pas très bien,** des fois ça peut être très utile sauf que je sais que ce n'est **pas remboursée** que c'est **compliqué d'en trouver**, le frein est énorme et c'est vrai, **« il faudrait avoir des trucs aussi accessible que le kiné** » en plus le psy nous avait fait une *analogie entre **l'entorse et la dépression** :* il avait dit pour l'entorse ben le traitement c'est l'immobilisation tu mets une attelle, la rééducation c'est ce qui vient après donc la kiné et si tu as mal en plus on te donne des anti douleurs et en analogie c'était la ***dépression ça se traite avec un AD***, ***la rééducation*** c'est la ***psychothérapie*** et quand tu as mal au moment en gros tu es ***stressé ou angoissé*** à des moments ponctuels, on te donne ***des anxiolytiques,*** tu vois le truc voilà.

Questions de relance : d) Qu'en est-il de l'arrêt travail ?

L'arrêt de travail, franchement c'est vraiment **mon ressenti** par rapport au patient si je vois qu'il pleure qu'il est au fond du seau et qu'il dit qu'il a du mal à aller au boulot, je vais plus facilement enfin je vais forcement avec l'**empathie** tu sens si la personne n'est plus capable d'y aller bosser et qu'elle te dise qu'elle n'y arrive plus et ça se dose aussi au **feeling** parce qu'il y en qui vont avoir l'air très bien et ils vont te dire je suis déprimée en ce moment. L'échelle d'Hamilton des fois tu ne la fais même pas car tu crois qu'il n'est pas déprimé et **selon les signes** anorexie, trouble du sommeil, fatigue, tristesse de l'humeur etc….**je vais plus ou moins juger qu'il faut les reposer** moi je suis **facilement influençable** et j'ai du **mal à le refuser** donc je pourrais éventuellement leur donner 2/3 jours, si, ils réclament et si sachant qu'ils ne sont pas vraiment dépressifs et ceux qui sont au fond du seau je leur mets facilement **une semaine voire deux** pour le temps de se retourner de prendre des rendez-vous de psy et de se reposer et voir ce que ça va donner.

Si je ne **mets pas d'arrêt et si j'ai introduit un traitement type un anxiolytique** on a fait une **démarche psychothérapie** ou un rendez-vous dans la semaine si c'est des anxiolytiques je leur dis, on attend 2/3 jours et on voit comment ça va, vous revenez pour savoir si vous le supportez bien et si ça marche sur vos angoisses et euh…

J'ai oublié un truc à part l'échelle d'Hamilton, je **pose** quand même **la question du suicide** ……j'ai oublié les suicidaires, je **ne sais toujours pas si c'est vrai la levée d'inhibition avec les AD**. Il y en a qui me disent que ça n'existe pas en tous cas je leur pose la question du risque du suicide et si, il y a un **risque suicidaire** et qu'il a **un scénario un truc imminent** là je ben là **je ne sais pas quoi faire** soit **j'appelle direct un psy** et j'en parle soit ben il faut que **j'envoie aux urgences psy** mais le mec ne voudra jamais aller tout seul ben

si peut être si vraiment il e se sent pas bien je demande à ce que quelqu'un l'accompagne parce que c'est une urgence et il faut qu'il soit pris en charge.

5/Quelles sont les difficultés auxquelles êtes-vous confrontés lors de la consultation ?

Questions de relance :

a) Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la première consultation et lors des consultations de suivi ?

b) Qu'en est-il de la gestion du temps de consultation ? (Non posée car réponse spontanée)

c) Avez des difficultés sur le choix de prescription ? (Non posée car réponse spontanée)

d) Qu'en est-il de l'accessibilité à un psychiatre ? Un psychologue ?

J'ai des **difficultés à gérer le temps de consultation**, déjà une consultation de base c'est difficile de tenir en 15 minutes. Je prends facilement une demi-heure voire ¾ heure je mets tout le monde en retard tant pis ça m'intéresse d'écouter des gens sur ce sujet-là en tout cas parfois **ils ont besoin d'être écoutés** et de les faire parler et voir que l'on est là et on les écoute donc non c'est sûr que je ne respecte pas le temps. Pour finir la consultation s'ils n'arrêtent pas de parler, il faut que je trouve une technique, je ne sais même pas si j'arriverais à le couper s'ils m'ont dit l'essentiel, je dis bon écoutez, je fais **un résumé** en disant vous m'avez dit ça, ça on retrouve ça, ça chez vous l'échelle d'Hamilton est tant chez vous. Vous présentez une **dépression** de tel type, je vous conseille euh…on est d'accord qu'il faudrait faire ça et donc vous **allez prendre rendez-vous chez telle personne** ou alors moi je vais **appeler un psy pour prendre rendez-vous** et on **essaye tel traitement** et vous **revenez** dans 2 jours pour voir comment ça va ou dans 3 jours ou la semaine qui vient.

J'ai **beaucoup de difficulté pour le choix de la thérapeutique médicamenteuse** car je ne les connais pas très bien, je ne les maîtrise pas très bien je ne **les prescris pas souvent**, je ne **sais pas quelle dose** à **quel palier il faut les augmenter**, toutes les 2 semaines, je ne suis même pas sûre et en plus ça dépend lesquels en tous cas c'est surtout des **ISRS** les autres je ne les maîtrise, pas les tricycliques seraient plutôt pour des douleurs neuropathiques ou des trucs comme ça ……Euh… je ne sais même plus ce qu'il y d'autres IMAO ….

Questions de relance : d) Qu'en est-il de l'accessibilité à un psychiatre ? Un psychologue ?

L'accès au psychiatre, intimidant ça fait **peur d'appeler** un psy tu **ne sais pas s'ils sont dispos** comment ils vont te recevoir, tu **ne sais pas sur qui tu vas tomber,** tu ne **sais pas s'il est compétent,** tu **ne sais pas dans quel périmètre géographique il faut que tu appelles,** tu ne **sais pas s'il faut appeler au cabinet ou un hôpital psy ou une clinique**. Je ne sais pas trop et en plus, comme je **remplace**, je ne **connais pas les psys du coin** donc je **ne sais pas à qui m'adresser,** des fois il y a le répertoire du médecin qui je remplace. Mais effectivement ça aussi c'est **compliqué de savoir à qui s'adresser.**

6/Quel est votre ressenti sur l'enseignement universitaire et votre formation pour prendre en charge la dépression en MG ?

Ben on a des bribes de sémiologie de psy pendant l'externat mais déjà il y a super longtemps et ensuite ben il y a forcément des choses que tu bosses pour un concours après moi je sais que je n'assimile pas pareil, je mets en pratique direct, je ne m'e souviens pas très bien et en plus la psy ça me soulait et je ne comprenais rien et j'ai fait aucun stage donc je n'ai jamais pu expérimenter la psy et maintenant que ça tombe pendant l'internant c'est **surtout au cabinet que l'on en parlait parce que dans les stages de l'hôpital on ne fais pas trop de la dépression** et du coup **au cabinet** c'est un peu **apprendre sur le tas** et il y a eu les **quelques cours avec la fac** dont je ne m'en souviens que de celui-là avec le psy, les autres, je ne m'en souviens pas si on a eu euh… j'avoue que **c'est insuffisant** et ça serait bien que **ce cours soit développé** je ne sais, **mieux fait** ou que **l'on ait un petit papier à la fin** un **petit support écrit** avec après tu prends tes notes aussi **un tableau** , **un arbre décisionnel** qui t'aide, tristesse, anorexie, trouble du sommeil, idées suicidaires et quelle est **la conduite à tenir** pour chaque truc ça serait pas mal ça.

Je voudrais bien **une formation complémentaire** un truc **sur une journée**, **les petites formations continues d'une journée** où on parle des **troubles psychiatriques** que l'on peut **rencontrer en MG** pour creuser **la prise en charge pratique**.

Mon ressenti, ça fait **peur** on a **l'impression que ça devient de plus en plus fréquent** on en parle tout le temps on parle de suicide on parle de burn out de vraies maladies ça fait peur aux gens…

Les **AD font peur aux gens** et en même temps les AD en en bouffent plein, les BZD c'est pareil, on n'est **pas très bien formé** et le **seul truc dont je suis capable** quand je suis en face de quelqu'un de dépressif, c'est l'**écouter** lui dire que je suis là le **rassurer** et vraiment **le faire sentir que je l'écoute** et **que je suis présente** et lui dire **des messages un peu fort**, **chercher les pensées positives** si jamais il a des moments de pas bien en lui disant : concentrez-vous la dessus oubliez pas que moi **je suis là** et si ça ne va pas **vous appelez** si je ne suis pas là, appelez le 15 et donner **des conseils catégoriques** pour que quand il est pommé se souvient d'un truc précis, je ne sais si c'est une **forme de psychothérapie de soutien ….**

7/Quelles seraient vos suggestions pour améliorer, si besoin cette formation ?

Les **cours pratiques** des troubles psy que l'on rencontre en MG avec **petit arbre décisionnel avec les traitements**, les **effets secondaires** des traitements parce que ça, non plus on ne maitrise pas très bien ,on oublie toujours tout et **comment adapter les posologies et surtout les paliers** : comment il faut faire et **les signes qu'il faut surveiller** quand tu **as introduit tel traitement** surtout (allongement QT) je m'en souviens avec le cours de psy, il avait dit ce médicament : vous le mettez mais par contre il faut un ECG avant parce que ça allonge le QT j'ai dit alors si on n'a pas d'ECG, ben alors (ton élevé) vous ne le mettez pas bon bref et si en plus il faut faire un ECG avant traitement psy ça fait vraiment chier je ne le choisirais pas.

Des stages en tant qu'interne, pas six mois ça serait très long. Les **urgences psy**, je pense que ce n'est **pas une bonne idée** parce que c'est **beaucoup trop spécialisé**.

Et euh… je ne sais pas comment on pourrait voir plus de psy effectivement en consultation de psy pendant notre SASPAS mais ça ce n'est pas obligatoire c'est chacun qui choisi

Pendant externat c'est facile et c'est des petits stages

ENTREVUE N° 2

1/ Présentation :
Sexe : féminin
Age : 30 ans
Externat à Montpellier,
Internat à Montpellier (promotion 2015, fin internat novembre 2018)
SASPAS : oui avec psychologues 5 demi-journées
Stage en psychiatrie : oui lors du SASPAS avec psychiatre libéral
Médecin Remplaçant non thèsé depuis juillet 2016
Mode d'exercice principalement en ville

2/ Quelles sont vos moyens de formation dans la prise en charge de la dépression ? (Formation théorique, DU, stage en psy, SASPAS, sources et supports de formation utilisés)

Alors moi je n'ai pas fait de stage en psychiatrie ni quand j'étais externe ni quand j'étais interne donc c'était vraiment au niveau des **cours quand j'étais externe** on avait eu pas de mal de cours **de psychiatrie** et on avait un prof qui était très bien et j'avais fait **une option** aussi qui était possible : **relation médecin malade** je crois et voilà ça m'avait apportée pas mal d'outils déjà sur la communication etc. Et ensuite j'ai fait mon **SASPAS** où je faisais **une demi-journée par semaine** où j'étais avec une **psychiatre** qui faisait beaucoup de suivis de **psychothérapie** et qui faisait de **l'hypnose** aussi et qui faisait de la **pédopsy** donc c'était intéressant et ensuite comme **formation théorique** ce dont je m'en souviens le plus les cours que l'on a eu quand on avait, euh… quand on était chez le prat avec des **jeux de rôle** etc. Donc ça c'était le DMG qui organisait ça et c'était prise en charge du patient en psychiatrie je crois et ou on avait eu **un cours** à Nîmes avec **des psychiatres** du CHU de Nîmes qui étaient venus pour discuter avec nous voilà pour les formations, après moi je me suis surtout **formée** euh… **parce que je suis suivie et traitée pour une dépression** depuis la 2ème année de médecine et en fait euh… du coup j'étais suivie en **TCC**, j'ai eu des **traitements médicamenteux** euh… j'ai fait de l'**analyse** , j'ai fait de la **méditation pleine conscience**, et j'ai aussi des TCA donc ce qui a complété **ma formation** c'est **ma propre maladie** à moi et tous les outils que j'ai pu apprendre et que je réutilise avec mes patients.

3/ Pouvez-vous me dire, comment menez-vous une consultation d'un patient dépressif ?

Question de relance : utilisez-vous des outils de dépistage ou des tests d'évaluation de la dépression ? ***(Non posée car réponse spontanée)***

En fait ça dépend des patients, ceux qui vont nous le dire clairement, ben je déroule **l'échelle d'Hamilton** ou je m'appuie beaucoup dessus et je vais du coup lui poser des questions sur le **sommeil, l'appétit, l'impact** que ça a dans sa vie**, les idées suicidaires** et **le poids , la libido** ben voilà je vais faire tous **les items d'Hamilton** et après comme c'est des gens qui viennent pour des motifs un peu détournés j'essaye de **partir de leur motif** comme par exemple j'ai déjà eu un patient c'était une crise hémorroïdaire, il venait pour une crise hémorroïdaire et en fait à force de **creuser** je me suis rendue compte qu'au travail ça ne se passait pas bien du tout et qu'au final le sommeil ça n'allait pas et qu'il était constipé et qu'il ne mangeait plus et qu'à force je me suis rendu compte qu'il était déprimé en burn out et faire toute la prise en charge à partir de là.

Hamilton c'est la seule échelle que je connais, de base pas bien ce que je veux dire et pour un truc un peu **pécunie**r on ne va pas se mentir, je suis remplaçante les consultations à **69.12 euros** voilà , j'utilise beaucoup Hamilton surtout que là j'utilise Weda et on a l'échelle Hamilton qui est directement dessus je n'en ai pas besoin d'y aller la chercher sur internet et sinon j'utilise l'échelle pour **le burn out** : **le MBI** je crois euh… voilà, c'est les 2 seules échelles que j'utilise et c'est les deux seules que je connais.

4/ Quelle est votre prise en charge globale du patient dépressif ?

Questions de relance :

a) **Quelle Thérapeutique médicamenteuse préconisez-vous ? (Choix de la molécule : AD +/- anxiolytique)**
b) **Faites-vous de la Psychothérapie de soutien au cabinet ?**
c) **Orientez-vous les patients vers un psychothérapeute pour une TCC ou autre ?**

Moi je leur dis que **le plus important** c'est **la psychothérapie** et après j'essaye de discuter avec eux en **fonction** de leur moyens déjà savoir s'ils vont avoir **les moyens** ou pas d'y aller voir un ou une **psychologue** s'ils ont les moyens d'y aller voir un psychologue je leur **présente les différentes techniques**, là, ici j'ai des contacts, j'ai un contact psychologue qui fait plus de **l'hypnose, la pleine conscience**, un contact qui fait plus de **TCC** et un autre qui fait plus de l'**analyse** donc souvent je leur présente un petit peu ces trois grands types que je connais en fait de thérapies donc j'en discute avec eux, je leur dis que ça c'est le plus important.

Quand ils n'ont **pas les moyens**, c'est plus délicat, j'ai jamais fait appel à un **CMP** car j'avoue-je **ne connais pas trop** là je regardais les contacts tout à l'heure je ne sais pas trop **comment ça fonctionne**. J'ai dans l'**idée** qu'il y des **délais incroyables** je n'ai jamais envoyé de patient au CMP, il **faudrait que je me renseigne** un petit peu plus par rapport à ça et sinon je sais qu'il y des psychologues qui consultent à Lapeyronie en **post urgence psychiatrique** car moi-même j'étais suivie là-bas donc il y a quelques patients que j'ai adressé à la psychologue qui me suit parce que c'était la seule que je connais et qu'il n'y pas besoin d'avancer les frais parce que c'est à l'hôpital euh… voilà. Sinon c'est des psychiatres, là j'essaye de me **faire un réseau d'essayer de connaître** un petit peu **les psychiatres** qui font bien de la **thérapie et qui ne font pas juste des traitements pour les gens qui n'ont pas les moyens de se payer une psychologue** et sinon **souvent moi je prends le partie de les suivre** pour la thérapie où je les vois toutes les 2 semaines voire toutes les semaines si je vois que je suis inquiète s'il y a des idées suicidaires, si je vois que je suis inquiète et je considère qu'il y a besoin ben voilà, je les revois toutes les semaines, là par exemple mercredi matin : il y au moins 3 que je suis et que je vois même 4 que je vois toutes les semaines, pour le suivi et faire la thérapie en attendant pour faire le relai, en attendant pour qu'ils puissent **voir le psychiatre ou le psychologue ou en complément** je fais un petit peu à **l'arrache** je ne sais pas trop (rire)

Et au niveau du **traitemen**t ben euh… le traitement, j'ai **appris un petit peu pendant mon SASPAS** pour savoir les AD qui sont **plutôt calmants** ceux qui sont un petit **peu dynamisant.**

Pour savoir quand associer avec un régulateur de l'humeur pour l'instant je n'en ai pas eu besoin donc soit je vais euh… Avant je prescrivais beaucoup la **Venlafaxin**e parce que c'était celui que je prenais. Mais en fait j'étais souvent très mal quand je l'oubliais du coup maintenant je ne le prescrit plus mais c'est **mon expérience perso** ça n'a rien de scientifique, en fait je prescris **souvent le Seroplex** je ne sais pas pourquoi

c'est un peu par hasard, le **traitement** je leur dis que **c'est vraiment secondaire** que c'est **en fonction du résultat de l'échelle d'Hamilton** et que c'est **en fonction d'eux**, **du profil** mais c'est vrai que je ne force pas trop et j'insiste surtout sur le fait que **c'est indissociable de la thérapie** et pour moi ça n'a pas de sens, ici il n'y en a pas beaucoup je fais des remplacement **en semi rural on a plus de patient qui sont sous** AD sans suivi avec une psychologue, ça n'a pas de sens voilà, et ensuite le **3ème plan du traitement de la dépression** ce que je leur dis **si c'est réactionnel** par exemple si c'est le travail typiquement ou si c'est des soucis à la maison des choses trop envahissantes ou des choses comme ça je leur dis qu'il y a un travail à faire par rapport à ça, **d'éloignement, d'adaptation ou d'aménagement** voilà, c'est comme ça que je leu présente les choses en général.

Pour **les anxiolytique**, j'en mets pratiquement jamais de benzo, j'en mets pratiquement jamais sauf si, ils me demandent ou s'ils ont l'habitude mais en première prescription en général je vais leur proposer euh… alors avant je leur prescrivais un petit peu d'**homéopathie** en plus maintenant ce n'est plus remboursé je pense que je ne vais plus le prescrire, je faisais **Gelsmium** sans trop y croire mais bon , pour ceux qui ont les moyens l'**euphytose** mais c'est pareil je le propose chez beaucoup d'étudiant financièrement l'euphytose ce n'est pas très gérable ça reste un médicament ce **n'est pas vraiment une solution de fond**, ce que je vais prescrire ça va être **½ Atarax** parfois pour ceux qui ont en vraiment besoin, qui sont vraiment mal en leur disant que **si ça ne suffit pas on passera sur des anxiolytiques** mais je n'ai jamais eu besoin pour tous ceux que je suis, ils étaient nombreux à avoir de gros angoisses et j'ai jamais eu besoin de donner plus que l'Atarax **si je donnerais ça serait du Xanax** je pense pareil parce que c'est **ce que moi j'avais eu**, je sais que moi j'avais eu de **gros problèmes de mésusage avec la Xanax et le Seresta** euh… que j'avais euh… j'ai eu de la chance j'aurais pu faire de grosses conneries en stage sous Seresta où je le prenais n'importe comment j'avais de gros trous de mémoires et vraiment je ne souhaite ça à personne donc du coup je préfère ne pas leur prescrire voilà.

Questions de relance : Qu'en est-il de l'arrêt travail ?

L'arrêt de travail si c'est vraiment en lien avec la travail, le travail ça aggrave le syndrome dépressif **en général** je leur **propose une semaine pour débuter** je les revois au bout d'une semaine euh… et **après je fais par 2 semaines** comme **c'est recommandé sur le site d'Amélie** et j'essaye, peut-être pas la première fois mais dès la première prolongation , **la deuxième fois que je les vois je commence à évoquer la reprise du travail** ou si le travail n'est pas envisageable pour eux de reprendre un après parce que c'est vrai j'ai déjà eu quand je remplaçais des gens qui étaient en arrêt pour des dépressions depuis des lustres je n'en suis pas sûre que ça les aide et puis ça s'empeste dans ces situations comme ça donc l'arrêt je le fais, je le propose **en sortie libre où je mets pour nécessité médicale.** Je ne sais même si c'est ça qu'il faut mettre et par contre j'essaye de **leur parler très rapidement de l'après** pour pas que ça soit quelque qui dure pendant des mois quoi voilà.

5/Quelles sont les difficultés auxquelles êtes-vous confrontés lors de la consultation ?

Questions de relance :

a) Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la première consultation et lors des consultations de suivi ?

b) Qu'en est-il de la gestion du temps de consultation ?

Pour **la gestion du temps** c'est sûr que **c'est compliqué** il y en a avec qui j'arrive plus à gérer que d'autres. En général je me rends compte que sur les consult je vais être dans les 25/30 min et parfois j'arrive à être plus rapide et plus efficace sur la **première consult** où je viens de faire le diagnostic parce que je vais bien **baliser avec mon questionnaire** et puis eux ils seront un petit peu bouleversés donc finalement ils vont me laisser gérer et finalement là où j'ai **du mal sur les consultations de suivi** où **je ne sais pas trop quoi leur dire car je ne suis pas formée pour ça** , une fois que j'ai fait ma petite échelle d'Hamilton, bien joli et je les vois la semaine d'après je leur demande comment ça va ? (rire) **je ne sais quoi leur dire du coup je les laisse parler donc j'ai plus du mal à gérer le temps** dans ces cas-là j'essaye de fermer avec un truc plus technique genre je dois les examiner ou je leur demande de **fixer des objectifs** voilà un ou deux petits objectifs à fixer et j'arrive à conclure comme ça mais là ce matin les trois que j'ai eu je les ai eu d'affilés et du coup j'avais 40 min de retard c'était difficile à gérer, là ce que je me suis dit c'est que si j'en ai de nouveau 3 d'affilés je pense qu'il y aura au moins un ou deux où je prévoirais une demi-heure, **un quart d'heure c'est juste pour le suivi**, s'il le faut.

Sinon Quand c'est une première consultation là où beaucoup je déborde, après j'ai beaucoup d'étudiants j'arrive à rattraper parce que j'ai quelques consult que je sais, que ça va prendre 5/ 10 minutes et du coup j'arrive à rattraper comme ça mais voilà. C'est **plutôt les consultations de suivi où je galère un petit peu c'est parce que je n'ai pas l'habitude quoi et je ne suis pas formée** pour ça.

Questions de relance : c) Avez des difficultés sur le choix de prescription ?

Choisir la molécule, j'ai un petit peu tout oublier il faudrait que je révise et en gros **Seroplex,** après tout pourquoi pas (rire) voilà parce que là ceux que j'ai et qui dépriment c'est surtout de l'anxiété, des troubles du sommeil enfin euh… j'en ai pas trop qui sont atypiques euh… parce que après avec la psychiatre j'avais appris quand mettre du Xéroquel et autres mais je n'en ai pas qui étaient à ce point-là et puis avec **le Séroplex, ils le tolèrent bien**.

Questions de relance : d) Qu'en est-il de l'accessibilité à un psychiatre ? Un psychologue ?

L'accès au psychiatre c'est **super difficile** euh… là j'en ai un qui ne doit pas comprendre pourquoi je lui envoie les patients mais du coup je donne à tous les mêmes noms et le psychiatre c'est hyper dur quoi c'est **hyper dur** j'avais essayé d'en trouver un pour une patiente et j'ai appelé au moins 3 personnes, ils **ne prenaient pas de nouveaux patients**, finalement je n'en pouvais plus je l'ai laissé gérer elle, je lui ai donné plusieurs noms et en attendant je lui fais continuer le suivi avec moi et avec une naturopathe parce que je ne savais pas quoi faire après s'il faut peut-être que je continue à me créer mon réseau mais là j'en ai découvert un nouveau psychiatre ce matin que je ne connaissais pas qu'un patient est venu me voir il était suivi par lui et j'ai vu que les consult : la 1ère consultation était à 120 euro, il est en secteur 2 et les consultations de suivi à 90 euros, moi tous mes patients ont 20/25 ans je ne vais pas leurs dire d'y aller faire une consult à 120 euros quoi, c'est leur budget bouffe pour le mois ce n'est pas possible !

C'est **super dur** à Nîmes quand on avait eu le cours, justement, on nous avait dit qu'il y avait une ligne pour appeler s'il y avait besoin on ne l'a jamais trouvée à Nîmes ce numéro de téléphone je ne sais même pas s'il existe à Montpellier comment…

Quand j'ai un qui est mal et qui a des idées suicidaires je ne saurais pas quoi faire euh… en fin je suis un interne pour un syndrome anxiodépressif, du coup je l'ai orienté vers le Pr Guillaume qui était mon

psychiatre et qui s'est positionné comme référent pour les internes donc lui, je sais si je lui envoie un interne que je lui envoie un mail et que je donne le numéro du secrétariat à l'interne il va avoir un rendez-vous rapide mais c'est hyper spécifique quoi , pour les internes je sais que je peux **avoir un psychiatre rapidement pour les autres c'est la merde (rires)**

6/Quel est votre ressenti sur l'enseignement universitaire et votre formation pour prendre en charge la dépression en MG ?

Pendant l'externat cette **option : relation médecin malade** je l'ai trouvée **super bien**. On avait fait **plein de jeux de rôles** et j'avais appris beaucoup de choses, je ne connaissais rien sur les techniques de communication donc ça m'avait beaucoup apportée ensuite **les cours étaient bien**. Les **cours** qu'on avait fait pour l'**ECN** je m'en souviens très bien on avait un **très bon prof**, lui, ses cours je m'en souviens très bien, les cours des autres je ne m'en souviens pas du tout donc **c'était très prof dépendant**.

Je m'en souviens bien justement ce qu'il nous avait dit sur la **crise suicidaire ou les idées suicidaires** ça m'avait marqué : **demander à quelqu'un, si il a envie de suicider**, ça ne va pas lui donner envie de se suicider, il a déjà envie de suicider ou il n'en a pas envie de se suicider, il va juste vous répondre au pire ils vous enverra chier parce que ça va le choquer que vous lui poser ça mais ça c'est leur problème, vous allez faire avec et ça **c'est le truc où je suis très fière de moi, d'être capable de demander systématiquement aux gens s'ils ont envie de se suicider**, de se foutre en l'air ou pas parce que j'ai des réponses et je peux agir et j'ai l'impression quand j'arrive à poser cette question j'ai **l'impression d'être compétente et de bien faire mon travail** et ne pas passer à côté de certains trucs.

Ensuite, l'**internat** et ben je ne m'en souviens pas eu d'avoir eu des cours, je ne m'en souviens pas d'avoir eu d'autres cours que les **cours dont je t'ai parlé quand on était chez le prat** et je me souviens ils ont parlé de **l'échelle d'Hamilton** et de la consultation à 69 euros 12 si je m'en souviens.

Je m'en souviens qu'ils ont parlé, je pense de **l'échelle pour l'évaluation du burn out** c'est de là-bas que j'ai appris je m'en souviens qu'ils ont **parlé de ce numéro** où on pouvait demander des avis psychiatriques dont **je n'ai jamais trouvé de numéro en question.** Je ne m'en souviens pas de la teneur des jeux de rôles euh… **je ne suis pas persuadée que ça m'est apporté énormément**, tu vois il y a des trucs des fois que l'on apprend et que quand tu l'appliques au cabinet, tu t'en souviens d'où tu l'as appris et pourquoi tu le fais euh… Quand je parle de suicide je pense à mon prof qui m'a appris ça quand j'étais externe, quand je m'occupe de des patients qui sont, enfin qui ont une dépression, un syndrome anxiodépressif je ne repense pas à mes cours avec le DMG donc je ne pense pas que ça m'est marqué d'autres mesures.

Je **continue à apprendre** par le biais, par **ce que je fais pour moi**.

J'ai toujours fait des thérapies courtes type TCC pour moi en tant que patiente et là depuis peu j'ai commencé une **thérapie plus analyse** : **pouvoir de la parole** etc. Donc ça, ça va être une découverte donc je vais voir si ça me parait adapté à certains patients et si je vais plus le proposer parce que c'est une technique que je ne connais pas du tout, ensuite moi via les TCA je suis suivie en endoc au CHU Lapeyronie et j'ai participé à une étude dirigée par le Pr Avignon chef de service d'endoc sur alimentation en pleine conscience, et en fait, ça et la méditation en pleine conscience. **La médiation et la pleine conscience**, il y

a un autre interne qui en a fait une thèse là-dessus sur la pleine conscience dans la gestion de stress. **Le MBSR** , en fait c'est un type dans la le Massachussetts qui a adapté la méditation bouddhiste qui en a fait un truc laïque et qu'il l'a adapté au patient qu'il l'a introduit à l'hôpital et maintenant, il y a même **un DU à Paris de la méditation en pleine conscience et l'auto compassion pour les soignants et comment utiliser toutes ces techniques de méditation et de pleine conscience pour gérer ses émotions, gérer son stress pour mieux écouter les patients et avoir une écoute plus bien veillant où on différencie l'empathie de la compassion** , enfin c'est super intéressant donc là je suis en train de faire le 3ème programme de la pleine conscience, tous les programmes qui existent qui sont en tous cas proposés à Montpellier donc j'ai fait l'alimentation en pleine conscience, la pleine conscience et l'auto compassion et là je suis en train de faire la pleine conscience et la réduction du stress et ça, ça apporte énormément en psychiatrie sur la gestion des émotions eh voilà donc ça c'est un truc que j'en parle beaucoup, beaucoup aux patients, je ne leur dis pas que je le suis en tant que patiente (rire) mais je leur parle beaucoup de ça.

Je leur **conseille une BD** aussi qui m'a été conseillée par la formatrice de la méditation **d'Art-Mella Emotions : enquête et mode d'emploi**. C'est une BD qui réunit plein de petits outils sur la pleine conscience, la gestion des émotions, la gestion du stress, se responsabiliser sur ses propres émotions, savoir distinguer ce sur quoi on a le pouvoir et ce sur quoi on n'a pas de pouvoir et ça c'est des choses où je travaille beaucoup avec ça là les 3 dames que j'ai vu ce matin en suivi pour leur dépression c'est **des outils que j'utilise** avec elles et qui sont issues de **cette BD que je prescris aussi**. Je leur mets sur l'ordonnance euh… voilà, après les autres formations, me dire la **FMC** ça je ne sais pas trop je **ne me suis pas trop intéressée** les seules fois où j'en ai entendu parler c'était par des potes qui se faisaient harceler par des mecs d'organisme de formation médicale continue donc ça ne me fait pas trop envie. Je n'ai jamais fait de DU, **je me dis oui peut être un** DU ça serait cool mais là je pense que j'en ai un bouffé trop cours et de tout ça donc **j'ai un peu envie d'être tranquille.** Il y avait l'**hypnose** qui **m'intéressait** beaucoup parce que j'en faisais un moment avec un des prat et je m'étais intéressée à la formation, lui, il avait fait une formation avec l'organisme GEMA pour l'hypnose donc ça je l'aurais bien fait éventuellement, là je suis plus dans une phase contemplative de très loin (rires) par rapport à la formation euh…voilà **je me repose sur mes lauriers sur ce que j'apprends en tant que patiente et je transpose au patient ce qui est peut-être une grande bêtise mais je n'en sais rien c'est comme ça en tout cas.**

Pour le diagnostic, je me sens à l'aise car le Hamilton je le connais par cœur et j'arrive à baliser et à choper tous les petits trucs un peu éparpillé et à synthétiser, montrer au patient voilà je te mets le nez dans ta merde voilà maintenant ce qui se passe ben qu'es ce qu'on fait ça, ça va, après c'est pour **le suivi des dépressions en MG je suis complètement larguée je ne sais pas quoi leur dire je ne sais pas quoi faire et l'orientation vers les spécialistes par rapport aux différents moyens financiers et par rapport aux disponibilités des spécialistes** voilà c'est ça mes grosses difficultés.

Voilà moi c'est quelque chose que j'aime bien faire **mais c'est vrai on se sent un peu seul** et que là, en ce moment le programme de méditation dont je te parlais je le fais les mercredis soir et ben le mercredi je suis contente d'y aller à la méditation quand j'ai 4 ou 5 dépressifs dans la journée et en plus des fois ça doit me renvoyer à mes propres difficultés à moi donc ça serait en gros bien nous dire **si vous retrouvez à faire des suivis de dépression en MG ok mais obligation de prendre soin de vous** et faire gaffe quoi c'est quand même super lourd

7/Quelles seraient vos suggestions pour améliorer, si besoin cette formation ?

Déjà, arrêter de nous faire croire qu'il y a des numéros que l'on peut appeler ce n'est pas vrai (rires) Et peut être nous donner s'ils pouvaient faire **une espèce de liste de psychiatres et de psychologues** qu'on pourrait nous la donner quand on est interne et comme ça on aurait déjà notre réseau avec des professionnels que l'on peut contacter ou à qui on peut adresser des patients. Moi c'est vraiment ce qui me manque tu vois c'est des noms avec des gens **compétents qui prennent de nouveau patients vers qui je pourrais envoyer les patients que je vois et ne pas me retrouver toute seule avec les suivis de dépression** dans les bras alors que je ne sais pas quoi faire euh.... Ensuite sur la formation ça serait les **jeux de rôle il faudrait continuer** après comme je t'ai dit cette espèce de cours qu'on avait eu où on nous avait parlait de ce num de tel et du Hamilton je m'en souviens que c'était dans une salle à l'hôpital, on était super nombreux, ce soit pas du tout adaptés, ça serait **plutôt des trucs en petit comité**. Finalement, je pense que **j'ai plus appris sur la gestion de la dépression et de la relation patient dans les groupe de GEPT que dans les cours sur la PEC de la dépression** et après ça serait peut-être **des outils un peu plus pratico pratique** avec vraiment des **noms de médicaments** c'est ça qui me manque aussi de savoir ce que j'ai appris avec la psy **quelles sont les AD qui sont dynamisants**, ceux qui sont et **un truc qui serait accessible sur internet** parce que moi peut être qu'ils me l'ont dit, à l'époque je l'ai écrit sur une petite feuille qui s'est retrouvée empilée dans un milliard de bordel depuis j'ai déménagé 3 fois je ne la retrouverais jamais le truc peut être un truc qui pourrait être accessible sur internet.

Il me semble qu'ils nous avaient parlé de la dépression oui, du burn out oui, mais **sur le suicide** pour en avoir parlé avec des copines il y en a encore plein qui n'osent pas poser cette question enfin moi je pense peut être que ça a changé depuis et je fais n'importe quoi en tous cas si c'est toujours d'actualité si les psychiatres sont d'accord pour dire que **c'est important de poser cette question** et ben je pense **qu'on devrait nous sensibiliser et nous entrainer à la poser cette question** et à travailler sur nos propres peurs et ce que ça évoque enfin voilà j'ai l'impression que ce n'est pas tout le monde qui le fait d'oser demander aux gens s'ils ont envie de se « tuer »…

Je pense que ça **peut être intéressant d'intégrer des stages de psy dans la maquette de stage des MG** mais peut être en complément je ne sais pas si c'est faisable mais intégrer tous les paramédicaux : voire **une psychologue** ou être plus informée. Je ne sais, si on pourrait être en consult avec une psychologue pour qu'elle **nous explique ce qu'elles font les différentes techniques** et tout.

Et **le psychiatre** ça peut être **intéressant de voir comment ça se passe**, c'est dans la mesure où forcément en MG il y a obligatoirement un moment donné où on va devoir envoyer un patient vers un psychiatre ou un psychologue c'est quand même **super dommage de ne pas savoir comment ça se passe en pratique** et pour **pouvoir aussi débloquer** car il y a plein de gens qui ont des blocages pour dire que les **psychiatres**, il y a que les **fous** qui y vont la bas ou le **psychologue** il y a que les **névrosés** qui chialent pour un oui ou pour un non. Je pense aussi, c'est dû à une **méconnaissance** de ce qui se passe dans le bureau des psychiatres ou psychologues et certainement moi je suis sensibilisée car j'y ai passé beaucoup de temps dedans depuis 10 ans, dans ces bureaux là en tant que patiente mais certainement quelqu'un de mon âge qui a 30 ans et qui a fini son internat qui est médecin et qui n'a jamais eu de problème de trouble de l'humeur ou de dépression quelque chose comme ça ben lui non plus il ne sait pas ce qui s'y passe, je me dit **comment argumenter, comment rassurer les gens quand toi-même tu ne sais pas ce qui se passe là-bas** et en plus voilà, en médecine il y a des gens qui ont de gros préjugés pour dire effectivement que eux

aussi ils pensent que probablement il n'y a que les névrosés qui vont chez les psychologues et que les gens qui ont une dépression c'est des feignasses et après tout il faut qu'il se mettent un coup de pied au cul euh voilà je suis sûre qu'il y a des MG qui pensent ça aussi ce n'est pas leur faut et ils n'ont jamais vécu ça tant mieux pour eux mais voilà je pense **pour savoir de quoi on parle oui passer quelques temps le bureau d'un psychiatre d'un psychologue quand on est interne ça pourrait être intéressant.**

ENTREVUE N° 3

1/ Présentation (Age, sexe, mode d'exercice, Thésé ou pas, remplaçant ou installé)
Sexe : masculin
Age : 29 ans
Externat à Dijon,
Internat à Montpellier (promotion 2015, fin internat novembre 2018)
SASPAS : non
Stage en psychiatrie : non
Médecin Remplaçant non thèsé depuis ….
Mode d'exercice en ZFU (Zone Franche Urbaine)

2/Quelles sont vos moyens de formation dans la prise en charge de la dépression ? (Formation théorique, DU, stage en psy, SASPAS, sources et supports de formation utilisés)

Concernant la **formation théorique pour moi** je n'ai **pas eu de cours sur la dépression pendant l'internat** en tout cas je ne me rappelle pas et je n'ai **jamais fait de stage en psychiatrie**

J'utilise le **collège des enseignants de psychiatrie.**

3/ Pouvez-vous me dire, comment menez-vous une consultation d'un patient dépressif ?

Question de relance : utilisez-vous des outils de dépistage ou des tests d'évaluation de la dépression ?

Je l'**écoute** après c'est la **connaissance du patient**… La **dépression** c'est la **rupture avec l'état antérieur** donc normalement **quand tu le connais**, quand tu ne le connais pas, c'est un peu plus difficile et après tu regardes **l'humeur triste, les pleurs, il mange moins, les troubles du sommeil,** il dit que son **comportement a changé** je ne suis pas comme ça son entourage ne le reconnaisse pas qu'il n'a **plus d'appétit et** qu'il **n'arrive à rien faire** un peu tout ça quoi.

C'est **pendant l'interrogatoire quand tu laisses parler** c'est ça qui peut te dire : peut-être il **déprime** ou pas mais quand tu **le vois pour la première fois** ce n'est **pas évident** tu **ne peux pas le cataloguer déprimer** soit tu le renvoies vers son médecin qui le connaît pour qu'il le revoit ou soit ben tu cherches à comprendre, à voir.

Il y a le **test d'Hamilton**, c'est tout ce que j'utilise (rire) **et je le côté mais il est long** donc je **ne le fais pas systématiquement**. La première consultation, je ne le fais pas car trop long si je vois qu'il est déprimé je le revois si pas d'urgence à introduire un traitement AD on peut le revoir et faire le test d'Hamilton à ce moment-là on voit mais pas d'emblée, je ne le fais pas d'emblée.

4/ Quelle est votre prise en charge globale du patient dépressif ?

Questions de relance :

a) **Quelle Thérapeutique médicamenteuse préconisez-vous ? (Choix de la molécule : AD +/- anxiolytique)**
b) **Faites-vous de la Psychothérapie de soutien au cabinet ?**
c) **Orientez-vous les patients vers un psychothérapeute pour une TCC ou autre ?**
d) **Qu'en est-il de l'arrêt travail ?**

La psychothérapie, tu le vois, tu l'écoutes euh… **au début c'est surtout psychothérapie**, une espèce de psychothérapie de soutien, après **2ème recours médicamenteux**, il faut voir s'il faut mettre des médicaments.

Les traitements AD type **ISRS au début** je mets de manière **systématique un anxiolytique car** je leur explique **qu'au début le traitement ne sera pas efficace d'emblée**, il faut attendre **3 semaines** d'efficacité, 3 semaines **un mois** et après derrière oui **le temps que le traitement AD agisse.** S'il est trop anxieux est tout oui je lui mets un **traitement anxiolytique de courte durée 15 jours 3 semaines**.

Je ne les **orientes pas systématiquement chez le psychiatre ou psychologue** c'est **du cas par cas** ici ça dépend c'est un cabinet de consultation ou il y a beaucoup de monde donc psychothérapie ça prend du temps donc euh… si tu connais bien le patient et tu fais ce qu'il faut et si tu ne le connais pas trop et tu trouves euh…tu lui proposes traitement AD et tu vois qui tique un peu et qu'il souhaite avoir un 2ème avis et tout, moi je l'envoie chez le psychiatre, on a un réseau , on a un psychiatre et si on l'appelle, il prend assez rapidement parce que, ici, il y a aussi **la contrainte des arrêts de travail** (rires) a donc un patient déprimé c'est un patient qui va nécessité un arrêt de travail assez long ou peut-être pas (rires) mais au début, il va falloir faire un arrêt de travail et donc du coup **comme on voit que l'arrêt de travail va être long à ce moment-là on l'envoie chez le psychiatre** comme ça lui il pourra faire (rires) **un arrêt et la psychothérapie** . En général le **premier arrêt** je leur mets **une semaine voire 15 jours** souvent une semaine et je les revois (sortez et aérez-vous l'esprit)

5/Quelles sont les difficultés auxquelles êtes-vous confrontés lors de la consultation ?

Questions de relance :

a) Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la première consultation et lors des consultations de suivi ?

b) Qu'en est-il de la gestion du temps de consultation ?

c) Avez des difficultés sur le choix de prescription ?

d) Qu'en est-il de l'accessibilité à un psychiatre ? Un psychologue ?

Le temps que ça prend euh…

Si le patient ne veut **pas adhérer au traitement AD,** ça s'est compliqué (ben) j'essaye de comprendre pourquoi, **souvent, c'est fondement irrationnel**, il n'y a **pas que le traitement**, il y a **le temps**, **faire de la psychothérapie** sinon je l'envoie chez le psychiatre.

Par contre j'ai oublié de te dire que souvent je fais une prise de sang pour voir la TSH avant de dire qu'il est déprimé …trouble thyroïdien ou autre qui peut être à l'origine, si elle est ménopausée

Le choix thérapeutique souvent SRS si **perte d'appétit** quelque chose de type **Zoloft (Sertaraline)**. **Dépression sévère Venlafaxine** mais après je regarde s'il faut car **je ne suis pas à l'aise dans le maniement des molécules**, **je sais les ISRS mais après c'est souvent les mêmes molécules**, ça on n'est **pas bien formé par rapport à ça** je trouve sur **le choix de molécules,** pas trop formé, **vraiment un manque de formation** de ce côté-là.

Le **psychologue** il y a surtout la **contrainte financière**. **La psychothérapie c'est bien mais il faut avoir les moyens** en fonction de la zone où je remplace ce n'est pas pareil ici c'est compliqué dans une zone ZFU, je lui dis psychologue il ne va pas aller, et même chez le psychiatre des fois je **veux l'envoyer chez le psychiatre il me dit es ce qu'il faut le payer** quoi avec le psychiatre que l'on connaît ça va, il n'y a pas la contrainte financière. Notre réseau psy est efficace, l'autre jour j'avais vu un patient qui avait perdu sa femme, il ne se sentait pas capable de reprendre son travail, je voulais le renvoyer chez son MT et quand j'en ai discuté avec son MT il m'a dit moi je n'en veux pas, du coup je l'ai envoyé au psy. La secrétaire, elle a appelé, il a eu un rendez-vous dans l'après-midi avec le psychiatre.

En général, je **revois le patient une fois par semaine** pour voir comment il va comment ça se passe.

6/Quel est votre ressenti sur l'enseignement universitaire et votre formation pour prendre en charge la dépression en MG ?

On n'a **pas beaucoup d'heure** pour cette **formation insuffisante,** ça ne m'a pas trop marqué euh…

7/Quelles seraient vos suggestions pour améliorer, si besoin cette formation ?

Il pourrait nous faire **plus de cours pratico pratique**s

Faire des **stages en psychiatrie en libéral, ½ semestre, trois mois**, pas un semestre entier trop long.

ENTREVUE N° 4

1/ Présentation (Age, sexe, mode d'exercice, Thésé ou pas, remplaçant ou installé)
Sexe : masculin
Age : 29 ans
Externat à Lyon,
Internat à Montpellier (promotion 2015/2016, fin internat novembre 2018)
SASPAS : non
Stage en psychiatrie : non
Médecin Remplaçant thèsé (depuis 1mois et demi) depuis juillet 2016, va s'installer dans 3 semaines.
Mode d'exercice principalement semi rural

2/Quelles sont vos moyens de formation dans la prise en charge de la dépression ? (Formation théorique, DU, stage en psy, SASPAS, sources et supports de formation utilisés)

Hormis les **cours magistraux de psychiatrie** je n'ai **pas le souvenir** que l'on avait des **cours spécifiques pour la prise en charge** de la dépression, si ce n'est **pendant l'internat** les **quelques jeux de rôle** que l'on a eu le droit **quand on faisait les stages chez le praticien**, **les mises en situation**, une **formation avec le psychiatre** qui était venu aussi il me semble. Après **concernant une aide à la prise en charge de la dépression je n'ai pas de souvenir d'avoir eu vraiment des enseignements théoriques** vraiment particuliers **ou de mise en situation** qui m'ont vraiment aidé, j'ai plus l'impression que c'était **un apprentissage sur le tas par soi-même.**

J'utilise en particulier pour les personnes âgées les **GDS, mini GDS** euh… et c'est quoi que j'utilise pour les adultes, je faisais des rempla, j'ai vu peu de patients avec des syndromes dépressifs hormis des personnes âgées, j'ai des personnes qui étaient déjà des dépressifs connus donc je les voyais surtout pour un renouvellement d'arrêt de travail, un renouvellement de prescription mais **en outil j'utilise surtout le GDS et le mini GDS en population gériatrique** voilà, moi je n'utilise pas le Hamilton je ne le fais pas .

3/ Pouvez-vous me dire, comment menez-vous une consultation d'un patient dépressif ?

Question de relance : utilisez-vous des outils de dépistage ou des tests d'évaluation de la dépression ? (Non posée car a répondu spontanément)

Déjà, je **prends plus de temps**, visiblement c'est des personnes qui ont **besoin d'un temps d'écoute** de base. J'essaye de **connaître la nature du problème** d'ordre **professionnel ou personnel** , il y a 2 grandes cases la plus part du temps, je creuse un petit peu, je refais le point sur les antécédents, s'il avait déjà eu des **antécédents du même type** : dépression ou syndrome anxiodépressif ou d'anxiété mineure, s'il avait **déjà eu des traitements** et en suite dans un 2ème temps je creuse un petit peu si c'est pour un motif d'ordre privé, je fais je fais un peu le point sur l'ordre professionnel et dans un second temps si un motif professionnel je fais un petit point sur le privé du coup, donc en gros **motif de la consultation**, les **antécédents similaires**, **déjà pris des traitements**, la **tolérance.** Ensuite **examen somatique** souvent je prescris un **bilan de principe** la TSH, toujours la TSH dans un coin de la tête comme une cause somatique si la dépression est de motif **professionnel** souvent 9 fois sur 10, ça m'arrive de **les arrêter** pour on va dire une sorte d'éviction du problème, éloigner un petit peu le problème et enfin pour ce qui est du traitement : **prise en charge thérapeutique**, je ne les mets **jamais en premier** , en première intention souvent moi, mon schéma si c'est d'ordre **professionnel,** je **les arrête** pour une **courte durée et je refais le point** avec eux une semaine après. Je mets volontairement un **arrêt court pour les forcer à revenir** me voir et ils reviennent me voir en même temps avec le bilan biologique à ce moment-là on fait un topo, je leur **propose systématiquement un suivi psychologique** donc les retours des patients sont ben surtout chez les **hommes un petit peu réticent** , il y a le côté **financier** aussi qui fait que, un psychologue c'est 60 ou 70 euros la consultation, pas prise en charge donc si tu y vas les gens qui sont au SMIC 3 à 4 fois par semaine ben tu es vite à 200 balles ben forcément ça pique, j'en parle quand même je le propose et quand je les revois on en rediscute. Eventuellement **s'il y une anxiété associée , des troubles du sommeil,** je peux mettre soit les gens un peu récalcitrant aux benzo et moi le premier je suis **récalcitrant** aux benzo on **essaye** un petit peu tout ce qui est **homéopathie**, tout ce qui traitement d'appoint, **homéoplasmine**, **la mélatonine** tout ce que tu veux et quand je les revois je refais le point mais **j'essaye de ne pas mettre de médicament en première intention sauf** si je vois une **souffrance morale énorm**e et que **le patient me dit j'ai des idées noires** quelque chose comme ça, tu euh…courrier **psychiatres**, **deuxième consultation** plutôt

Donc en gros **1ère consultation éventuellement arrêt travail, bilan biologique, proposition de soutien psychologique +/- anxiolytique et la deuxième consultation avis psychiatre résultat bio et on discute AD** voilà.

4/ Quelle est votre prise en charge globale du patient dépressif ?

Question non posée car a déjà répondu spontanément lors de la 3ème question.

Questions de relance :

a) **Quelle Thérapeutique médicamenteuse préconisez-vous ? (Choix de la molécule : AD +/- anxiolytique)**
b) **Faites-vous de la Psychothérapie de soutien au cabinet ?**
c) **Orientez-vous les patients vers un psychothérapeute pour une TCC ou autre ?**
d) **Qu'en est-il de l'arrêt travail ?**

5/Quelles sont les difficultés auxquelles êtes-vous confrontés lors de la consultation ?

Euh…toujours dans le cas de la pris en charge ce qui peut me poser problème, je pense en toute franchise **ça dépend de moi de mon humeur du jour**, de mon **fonctionnement du jour** es ce que c'est la **fin de journée**, es ce que j'ai vu 20 gamins qui m'ont crié dans les oreilles juste après le monsieur un vendredi soir je pense que ça dépend aussi de ton humeur du jour et euh…

Ce qui peut me poser problème, c'est les **patients qui ont un certain âge** et qui ont **en face eux un médecin jeune** donc bien que je sois le docteur que je sois le décideur **je pense que certains patients comme j'étais remplaçant, j'étais moins légitime** quelque part, je pense que **certains patients étaient un petit peu réticent à m'écouter ou à me faire confiance** tout simplement donc pour petit sentiment de scepticisme parfois j'avais du mal à gérer. Après les patients **quand tu les revois finalement** ça **s'estompe** il n'y a plus, il y a **la confiance qui s'installe.** Je pense **qu'au début parfois c'est compliqué** je dirais est le côté mon tempérament, mon humeur du jour quelque part et à côté de ça quand je suis face à des patients qui ne me connaissent pas, ils ont leurs habitudes avec leur médecin donc ils n'ont pas forcément envie de reprendre toute leur vie, leur historique, commencer les faits, un rébarbatif euh… Je pense que c'est ça grosso modo-moi comment je me sens le jour de la consultation donc après ça c'est à moi de le gérer (moment de fatigue, stress ce que tu veux) et… et la façon dont le patient reçoit mes conseils, mon avis.

Après peut être **3ème difficulté,** c'est peut-être quand je vois **les délais pour les consultations psy** sont **longues** et je vois qu'il n'y a **pas de franche amélioration** avec les propositions thérapeutiques malgré un suivi psychologique ou je sens que j'arrive à la limite de mes possibilités en tant que médecin quoi voilà, des fois c'est **un sentiment d'échec** on voit que l'on n'y arrive pas et ça me **frustre** un petit peu quoi voilà.

Question de relance : a) Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la première consultation et lors des consultations de suivi ?

Euh… quand tout se passe bien les consultations de suivi, elles sont moins délicates, je trouve quand on prend le temps, la première consultation on cerne vite le problème et on trouve quelque chose qui marche après le suivi je trouve que ça va et…… ce qui est **plus dur je trouve quand il y a des gens en arrêt de**

travail et la **dépression est liée** à un petit fond **professionnel** quand tu commences à **rediscuter reprise** qu'es ce que vous allez faire après il faut que l'on prévoie la suite.

Première consultation on va dire **ça dépend, suivi** ça va mais **dès que tu es dans l'idée reprise de travail ou reprise d'activité reprise des habitudes** finalement avant le problème je trouve que ça **régénère un stress**, les patients ça les remets dedans et euh…mais on est obligé d'en parler tu as bien vu je ne sais plus ce qu'elle disait la sécu 50 % des personnes qui ont eu un arrêt d'un an à plus ne reprennent jamais le côte professionnel donc on est obligé d'en parler mais le fait d'en reparler ça régénère un stress et ça remets les patients dedans donc je pense que c'est **compliqué à gérer** donc je dirais plutôt **le suivi** pour répondre à ta question.

Questions de relance : b) Qu'en est-il de la gestion du temps de consultation ?

Je pense que le quart d'heure, **la règle du quart d'heure** que l'on prend pour les consultations je trouve c'est **très court** et euh… finalement moi je prends **une demi-heure**, je me mets en retard mais peu importe même si l'examen clinique est rapide dans ces cas-là et euh… je pense qu'un **quart d'heure ça donne vraiment l'impression aux gens que tu t'en fou**, tu vois et si tu creuses le motif pour lequel le patient est là, même si c'est pour 20 minutes même si c'est 5 minutes de plus 20/30 minutes. Et je pense que **c'est nécessaire** pour avoir un certain **climat de confiance** car le patient sait que tu as un certain temps imparti pour chaque patient et je pense que même lui s'il voit que tu as pris 30 min pour lui, déjà le climat de confiance il s'installe un petit peu plus, donc je pense que c'est trop court et trop court et euh…30 min voilà.

Questions de relance : c) Avez des difficultés sur le choix de prescription ?

Je dirais que je ne suis **pas à l'aise dans le choix de prescription médicamenteuse**. En première intention je dirais en faisant **attention aux interactions** quelque chose comme ça euh…Je mettrais tout ce qui **ISRS**, en fait plutôt commencer par mettre **Paroxétine (DEROXAT) ou Effexor (VENLAFAXINE**) en **première intention** et pour les patients qui ont des **antécédents cardio** ou troubles du rythme, moi ça m'arrive **d'instaurer le traitement** mais passer quand même au **cardio** pour faire un contrôle parce que je ne vais pas attendre 2 mois qu'ils aient leur consultation cardio pour leurs mettre un traitement si tu veux , je ne sais pas si je suis à l'aise mais je fonctionne souvent de la même façon mais je mets plutôt l'**Effexor** si je sens que le patient, son problème est plutôt **hypothymique** qui est au premier plan et s'il y un versant **anxieux** ça peut m'arriver de mettre sous **Seroplex** mais je suis plutôt **Effexor en première intention**.

Questions de relance : d) Qu'en est-il de l'accessibilité à un psychiatre ? Un psychologue ?

Je n'ai pas de réseau, **l'accessibilité rapide à un rendez-vous** pour moi, c'est **compliqué** et euh… en ville notamment je sais qu'il y en a mais comme tous les spécialistes en ville, ils ont des **délais à chaque fois long** et parfois tu en **as besoin tout de suite** quand tu demandes un avis ou alors tu **envoies aux urgences si** tu estimes qu'il y a **un danger** pour le patient mais parfois c'est **compliqué d'adresser rapidement** par exemple la semaine dernière j'avais un patient qui était, qui est venu pour un syndrome dépressif et j'avais appelé début janvier le cabinet d'un psychiatre qu'on m'avait recommandé, la secrétaire m'a dit qu'il est en vacances, qu'il rappellerait le patient et j'ai revu le patient 3 semaines après et il l'avait pas rappelé donc entre temps s'est passé trois semaines, j'ai revu le patient et il n'y avait rien de plus moi je trouve que l'accès **aux spécialistes toutes disciplines confondues c'est compliqué mais c'est peut-être plus**

compliqué pour moi car je n'ai pas de réseau. Je ne pense pas que ça soit forcément le cas pour un médecin qui est installé et qui a ses habitudes.

6/Quel est votre ressenti sur l'enseignement universitaire et votre formation pour prendre en charge la dépression en MG ?

Alors **l'enseignement théorique pure, il est intéressant** mais je pense que tu n'es **jamais assez préparé dans la mesure où tu fais que de la théorie** et je ne suis pas certain que ça puisse changer quelque chose. Je ne peux pas dire que la **formation** elle est mauvaise, elle est à mon avis **insuffisante** mais je ne vois pas comment te donner plus d'armes quand tu es devant ton patient pour s'occuper de lui, j'ai l'**impression** c'est plus de **l'apprentissage sur le terrain,** c'est plus ta **capacité d'empathie, ta réflexion propre** qui fait que tu arrives plus ou moins bien à prendre en charge un patient. Je pense que hormis les grands cadres que l'on apprend à la fac je ne suis pas sûre qu'il y ait plus de choses qu'on puisse nous enseigner.

7/Quelles seraient vos suggestions pour améliorer, si besoin cette formation ?

En **théorie non**, les cours étaient bien avec des bons ouvrages.

La **partie pratique** il faudrait plus de spé, **plus d'accessibilité aux CMP**, peut-être que ça existe déjà mais moi je ne suis pas au courant des réseaux qui permettent de faciliter les choses. Un intermédiaire qui permet de faciliter les choses parce que quand tu es devant ton patient comme ça bonjour au revoir et après tu ne sais pas ce qu'il devient, un suivi, moi j'aimerais bien que ça déjà été expérimenté ou en cours d'expérimentation **une prise en charge psychologique remboursée,** le premier frein qu'ils ont avec le psychologue alors que **ça leur fait du bien** quand ils acceptent d'y aller, c'est financier parce que le mec qui est en arrêt de travail depuis 6 mois avec son salaire, il ne peut pas mettre 200 balles pour le psychologue par mois alors que ça lui fait du bien.

Un **Stage en psychiatrie libérale** car hôpital en unité ferme, je ne suis pas sûre que ça te serve vraiment, je pense plus, plutôt une **psychiatrie de routine** qui **pourrait nous servir** que de la même façon maintenant les internes font leur stage de pédia mi libéral mi hospitalier. Je pense le **format libéral ou mi-temps libéral mi-temps hospitalier** ça **pourrait être intéressant,** oui je pense que ça **pourrait être une bonne idée** pour le côté **thérapeutique** et pour **l'approche du patient** parce que finalement on a **l'impression de bien faire** parce qu'on fait comme ça, on fait toujours de la même façon, peut être que je suis complètement à côté de la plaque (rire)donc je pense que ça serait bien parce que je te parlais du feeling tout à l'heure mais il y a certaines étapes à respecter et moi je ne suis pas sûr de les faire comme il le faut donc oui **cette formation pratique pendant l'internat ça pourrait avoir un intérêt** ça **c'est clair**.

ENTREVUE N° 5

1/ Présentation (Age, sexe, mode d'exercice, Thésé ou pas, remplaçant ou installé)
Sexe : féminin
Age : ans
Externat à Montpellier,
Internat à Montpellier (promotion 2016, fin internat novembre 2019)
SASPAS : oui mais pas de psychiatrie
Stage en psychiatrie : oui lors de l'externat UTAd ou trouble anxio-dépressif ?

Médecin Remplaçant non thèsée depuis …….
Mode d'exercice principalement en ville

2/Quelles sont vos moyens de formation dans la prise en charge de la dépression ? (Formation théorique, DU, stage en psy, SASPAS, sources et supports de formation utilisés)

Cours magistraux à la fac avec la préparation de l'internat donc il y avait les **livres ECN de psychiatrie de l'internat**, il y avait aussi ce fameux **stage à l'externat** à l'UTAd (Unité de Traitement des Addictions) qui n'a **pas été génial en terme de formation** malheureusement et en poste internat, formation personnelle via des **sites internet**, recherche d'item dépression quand j'avais besoin de revoir un petit peu les classifications c'est à, peu près tout quand j'avais un problème là je pouvais aller voir mes **chefs** sans souci si j'ai besoin d'aide ou si j'ai besoin que l'on me réexplique certaines choses par rapport à ça.

Sur internet, je vais sur **le Campus**. En général, je marque **item dépression**, je retombe sur mes cours ça me rassure c'est des choses que j'ai déjà vu, je vais savoir où chercher les information et après bien sûr je boycotte tout ce qui est doctossimo, nature santé ce genre de chose parce que je sais que ce n'est pas vérifié et vraiment quand j'ai une recherche très spécifique à faire je vais sur **pubmed** ou **le sudoc** pour voir s'il y une thèse qui s'intéresse à ça mais généralement c'est sur des choses basiques **je me fie plutôt aux items de l'internat**.

3/ Pouvez-vous me dire, comment menez-vous une consultation d'un patient dépressif ?

Question de relance : utilisez-vous des outils de dépistage ou des tests d'évaluation de la dépression ? (Non posée car réponse spontanée)

Je cherche à savoir pour lui quelles sont les **causes de son état dépressif** : est-ce que c'est parce que c'est multifactoriel, est-ce que c'est dans sa famille que se passent des choses ou au travail ou sur d'autres sujets , je cherche à voir s'il y a **des drapeaux rouges** qui vont m'amener à l'orienter plutôt vers **une structure d'urgence psychiatrique** ou alors il n'y a **pas vraiment de drapeau rouge** et on peut **discuter de la mise en place** éventuellement d'un traitement s'il y a d'un **traitement** que ça soit **médicamenteux ou psychothérapie enfin non médicamenteux** et s'il n'y a pas vraiment de drapeau rouge. Donc recherche de drapeau rouge et s'il n'y a pas, es ce qu'il y a suffisamment d'éléments inquiétants pour la mise en place d'un traitement médicamenteux ou non médicamenteux et en fonction des souhaits du patients.

Pour mes tests, je sais qu'il y a **l'échelle d'Hamilton mais je ne l'utilise pas en pratique**, généralement je **pose des questions** surtout sur **le sommeil**, l'appétit, sur s'il y a des **idées noires,** je n'en sais pas exactement quels sont les items mais je pense que l'on doit retrouver dedans.

Cette échelle, je ne l'ai pas utilisée pendant mon internat ni poste internat c'est vrai que **je n'ai pas pour habitude d'y aller chercher cet outil je n'étais pas au courant que ça se cotait.**

4/ Quelle est votre prise en charge globale du patient dépressif ?

Voilà si le patient me dit je n'arrive pas à dormir, je n'arrive pas à manger, je suis triste tout le temps, je lui propose la mise en place d'un **traitement médicamenteux un AD**. Je l'avertis que ça va être **efficace au bout de 2 /3 semaines** et si au début **s'il est très anxieux** et que les symptômes sont très importants

qu'on peut commencer avec **une BZD** mais je le préviens que ça va être **que les 15 premiers jours** et après, il va falloir l'arrêter sinon c'est très difficile à arrêter par la suite, je leur propose **un soutien psychologique** soit via **le CMP** soit s'ils ont un petit peu plus de moyens ou s'ils peuvent se le permettre via **une psychologue en libéral** et surtout je leur propose que **l'on se revoit régulièrement**, généralement c'est **une fois par semaine** même si dans les cas où c'est lié au travail et que on a convenu d'un arrêt d'un mois je veux quand même les revoir toutes les semaines pour voir comment ils vont, es ce qu'il y a **apparition de critères de gravité**, es ce que, au contraire les symptômes **s'améliorent** et commencent à aller mieux et aussi on **met en place** un petit peu **des objectifs** c'est à dire si la dépression est en partie, si eux déclarent que la dépression est liée au travail je leur dis du coup pour la semaine prochaine il faut que vous ayez vu la psychologue du travail et le médecin du travail et on essaye de faire un petit peu comme ça des **étapes convenues avec le patient** , on essaye de faire comme ça pour la prise en charge que **ça soit pas unilatérale.**

Parfois moi je leur propose et ils me disent la première semaine je ne veux pas d'AD ok et la 2ème semaine ouf je n'arrive pas tout seul et on en reparle du **traitement AD** donc c'est **décision conjointe.**

Questions de relance : a) Quelle Thérapeutique médicamenteuse préconisez-vous ? (Choix de la molécule : AD +/- anxiolytique)

Pour le traitement AD, je mets **les ISRSNa** c'est celles avec lesquelles j'ai **plus l'habitude** de travailler sachant que **je ne suis pas très confortable avec les AD en général**, je mets l'**Effexor** et je me dis que ça c'est avec lequel que j'ai plus l'habitude.

Questions de relance : b) Faites-vous de la Psychothérapie de soutien au cabinet ?

Questions de relance : c) Orientez-vous les patients vers un psychothérapeute pour une TCC ou autre ?

J'ai moins l'habitude de les orienter vers le psychiatre mais **je devrais** parce que, généralement je les oriente vers le psychiatre quand je vois que c'est quelque chose qui me pose **des difficultés** comme il y avait une **difficulté d'accès au psychiatre** là où j'étais , il n'y avait pas beaucoup de psychiatres qui prenaient facilement des patients du coup j'avais plus tendance à orienter d'abord **vers le psychologue et voir si c'était gérable** après si c'était pas gérable j'ai essayé d'avoir un rendez-vous plus rapide mais comme il n' y a pas beaucoup c'était plus difficile un peu plus compliqué après on **n'a jamais de retour de la part du psychiatre on n'a jamais de courrier on n'a jamais rien du tout et ils sont moins accessibles que les psychologues que l'on peut appeler et demander** où es ce que l'on est es ce que ça a l'air d'y aller mieux et tout ça qui partagent un peu plus leurs impressions que les **psychiatres** on a un peu **plus de mal à les avoir** ou un retour quoique ce soit en général le patient « hop » disparait et on le voit plus d'un point psychiatrique sachant qu'il peut y avoir des conséquences d'un point de vue thérapeutique si après ils disent ben moi je ne sais pas quel traitement je prends et ben on est un peu coincé car c'est des traitements qui ne vont pas avec tout et ben si on ne sait pas ce qu'ils prennent il **peut y avoir de la iatrogénie derrière**.

Questions de relance : d) Qu'en est-il de l'arrêt travail ?

Pour **l'arrêt de travail**, ça dépend si la personne arrive et elle me dit c'est la catastrophe au travail, je n'en peux plus mais je ne veux pas m'arrêter je vais quand même lui dire de s'éloigner du lieu qui lui cause

enfin selon le patient est générateur de son état, se serait quand même pas mal et après ça dépend de l'état de patient j'ai **tendance à le proposer assez systématiquement au minimum** ça va **d'une semaine à un mois.** Je pense que je peux mettre en place directement je sais que c'est beaucoup un mois mais en fonction d l'état.

5/Quelles sont les difficultés auxquelles êtes-vous confrontés lors de la consultation ?

Questions de relance :

a) Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la première consultation et lors des consultations de suivi ?

b) Qu'en est-il de la gestion du temps de consultation ?

c) Avez des difficultés sur le choix de prescription ?

Je sais que c'est **une idée reçue** mais moi j'ai toujours **peur de dire une chose qui va empirer l'état dépressif**, je sais bien en fait **parler du suicide ça ne va pas forcément générer du suicide mais** c'est quand même **une inquiétude importante**. Les **patients très jeunes** ça me posent des problèmes, généralement quand chez des **adolescents**, ils ne parlent pas du tout et c'est compliqué d'avoir un retour. Donc les **troubles de la communication et spécialement chez des personnes jeunes** euh…

Je dirais la prise en charge médicamenteuse ça va et **adresser à des personnes** parfois ils n'ont **pas les moyens pour le psychologue** ou alors ils ne veulent pas et le **psychiatre c'est compliqué**

Questions de relance : b) Qu'en est-il de la gestion du temps de consultation ?

Pour la gestion du temps : Je prends le temps ça ce n'est pas très grave si après je suis en retard, vraiment c'est la catastrophe… Si Je suis vraiment, vraiment en retard je leur **propose que l'on se revoie même 2 jours après** pour en discuter où je prends une consultation un peu plus tard le soir mais ce n'était pas vraiment arrivé, c'est arrivée une fois et c'était un patient que je connaissais ce n'était pas vraiment une urgence et bien sûr **si c'est une urgence je prends le temps comme une urgence physique.**

Questions de relance : a) Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la première consultation et lors des consultations de suivi ?

J'ai plus de **difficultés** plutôt lors des **consultations de suivi**, parfois j'ai un peu peur **de les faire venir** un peu entre guillemets **pour rien** euh …alors que bon je pose des questions et tout mais bon comme il n'y a pas euh…il **faudrait que j'ai un outil de suivi plus performant** que je puisse par exemple …*silence* ... **trouver quelque chose à faire pendant mes consultations de suiv**i : je leur demande si ça va mieux, si les traitements ça va et en fait après **je suis un petit peu coincée** donc oui avoir peut être quelque chose qu'on puisse coter, dire on est à peu près à tant alors que la semaine dernière ça allait moins bien , ça me permettrait aussi pas de meubler la consultation mais de **trouver une utilité pendant cette consultation** mais je me sentirais de ne pas la proposer de **ne pas se revoir la semaine prochaine** je pense que ça serait une **mauvaise idée en cas de décompensation.** Pour moi c'est important **qu'ils viennent toutes les semaines** voir si ce n'est pas la catastrophe en fait après je pense si ça va mieux j'espacerais les délais je ne vais pas le voir toutes les semaines pendant 5 mois **Donc toutes les semaines pendant un mois puis espacer toutes les 2/3 semaines voilà en fonction**.

6/Quel est votre ressenti sur l'enseignement universitaire et votre formation pour prendre en charge la dépression en MG ?

Universitaire, je **ne peux pas dire que l'on a eu une formation post ECN à Montpellier** par rapport à ça je **ne crois pas d'ailleurs que l'on est eu des cours des troubles psychiatriques** ou alors ça ne m'a pas fait un effet incroyable et ensuite pendant mes stages euh… tous mes **maîtres de stages** se sont adaptés pour m'aider quand je n'étais pas confortable avec un patient dans une prise en charge et notamment **un des mes maitres de stage qui était aussi addictologue**, il y avait une sélection de patient, une patientèle assez fragile on va dire et qui était plus sujette notamment à des syndromes dépressifs donc c'est vrai que ça m'a permis de voir pas mal de monde et ça va un petit peu mieux par rapport à la prise en charge j'ai un peu plus de recul. Donc **clairement une formation insuffisante**

7/Quelles seraient vos suggestions pour améliorer, si besoin cette formation ?

Que l'on ait **de meilleurs cours à la fac** peut-être que quand on nous demande notre **retour sur les cours qu'ils soient vraiment écoutés** parce que on a l'impression que d'une année à une autre on a les mêmes cours. D'ailleurs c'est déjà arrivé que l'on ait eu deux fois le même cours euh… et ça tourne beaucoup autour de la relation médecin patient ce qui n'est pas trop mal mais sans nous donner vraiment des **outils pratiques** des trames pratiques **que l'on peut vraiment utiliser pendant notre consultation** de tous les jours ou **développer éventuellement des simulations aussi surtout dans le cadre du patient dépressif ou la consultation elle est beaucoup basée sur le comportement** et ce qui va se dire pendant la consultation, **ce qui n'est pas clinique on ne vas pas palper** …

Développer des stages de psychiatrie pour le MG peut être en SASPAS proposé plus de psychiatre en SASSPAS. Mais après je pense peut-être que la psychiatrie que ça soit plus hospitalière que libéral je ne suis pas sûre que d'assister à quelques consultations de psychiatrie libérale ça nous donne vraiment des outils je trouve que c'est une spécialité qui est à part totalement et en voir sporadiquement de temps je ne suis pas sûre que ça permet d'avoir l'outil de dépistage et l'outil de suivi basique de la pathologie.

ENTREVUE N° 6

1/ Présentation (Age, sexe, mode d'exercice, Thésé ou pas, remplaçant ou installé)

Sexe : féminin
Age : 28 ans
Externat à Paris VI
Internat à Montpellier (promotion 2015, fin internat avril 2019)
SASPAS : non
Stage en psychiatrie : oui lors de l'externat
Médecin Remplaçant non thèsé depuis ….
Mode d'exercice principalement en ville

2/Quelles sont vos moyens de formation dans la prise en charge de la dépression ? (Formation théorique, DU, stage en psy, SASPAS, sources et supports de formation utilisés)

Les **cours théoriques** bien sûr à la **fac**. J'ai fait un **stage en externat** dans un **service de psychiatrie** en revanche on s'occupait que de la partie somatique depuis le début de stage, les externes vous occupez de la partie somatique…Après bien sûr on a **assisté aux entretiens mais pas beaucoup** quoi

Ensuite pendant les stages hospitaliers, je crois que je n'ai jamais été vraiment confrontée à des cas de dépression enfin, en tant que motif d'hospitalisation après des **syndromes dépressifs réactionnels**, c'est sûr oui.

Comment j'étais formée à ça euh… (rires) bonne question, après on a eu **un cours pendant l'internat** effectivement sur les **troubles psychiatriques** l'année dernière il me semble, c'est ça. J'ai pris des notes très précieuses, il nous a **donné des outils** oui c'était vraiment un cours dont je m'en souviens pas mal parce que je m'en souviens qu'il **était bien** mais il faut que je révise mes notes (rires) parmi tous les **cours** que l'on a eu c'était **un des meilleurs** je trouvais.

3/ Pouvez-vous me dire, comment menez-vous une consultation d'un patient dépressif ?

Question de relance : utilisez-vous des outils de dépistage ou des tests d'évaluation de la dépression ? (Non posée car réponse spontanée)

J'essaye d'appliquer bêtement les **critères du DSM IV,** je n'ai vraiment **aucune affinité** pour les **pathologies psychiatriques**. J'essaye de **répertorier les critères bêtement** et voilà ce n'est pas quelque chose de très intuitive pour moi, la psychiatrie, je vais plutôt m'aider de ces outils-là, après il y a des **échelles je crois,** j'ai oublié (rires, j'aurais dû réviser avant de venir …) Si, il y a des scores mais **en pratique je n'ai jamais utilisé**. C'était assez rare de voir des cas et **même mon praticien, il ne l'utilisait jamais.** Oui les échelles je n'ai jamais utilisé même pendant mes remplacements. Mais je sais que ça existe et le jour où je serais confortée, je relirais mes notes de ce cours-la d'internat.

4/ Quelle est votre prise en charge globale du patient dépressif ?

Questions de relance :

a) **Quelle Thérapeutique médicamenteuse préconisez-vous ? (Choix de la molécule : AD +/- anxiolytique)**
b) **Faites-vous de la Psychothérapie de soutien au cabinet ?**
c) **Orientez-vous les patients vers un psychothérapeute pour une TCC ou autre ?**
d) **Qu'en est-il de l'arrêt travail ?**

Prise en charge avec le généraliste dans un premier temps et avec des techniques éventuellement type **relaxation**, **sophrologie** quelque chose comme ça. Dans un **premier temps je gèrerai tout** je pense et je les **adresser secondairement au psychiatre** si je n'y arrive pas ou au **CMP**.

Pour le traitement, ça dépend du terrain dans un premier temps un **IRS** et puis en fonction des autres symptômes : troubles du sommeil, syndrome anxieux, voilà en plus une **benzo ou un hypnotique.**

Après il y a toujours **la psychothérapie de soutien même si je ne suis pas formée** et si ça n'apporte pas ses fruits, passer la main au psychologue et psychiatre. Sinon **première approche CMP** ils sont **pluridisciplinaires** je crois.

Questions de relance : a) Qu'en est-il de l'arrêt travail ?

Pour **l'arrêt travail pas en systématique** ça c'est sûr si vraiment si c'est réactionnel oui un évènement précis oui. Sinon non **ça dépend** aussi qu'es qu'il fait comme métier. **Premier arrêt de travail en général une semaine** pour commencer même si je sais que le traitement met 6 semaines pour agir. Je préfère faire une **petite durée revoir le patient** et **renouveler plutôt** que de mettre d'emblée une plus longue période.

5/Quelles sont les difficultés auxquelles êtes-vous confrontés lors de la consultation ?

Peut-être dans notre cas en tant que **jeune médecin, ne pas connaitre suffisamment le patient** depuis longtemps pour apprécier son contexte de vie pour mieux appréhender ça et pour mieux comprendre je dirais avoir , quand on est **jeune** on **n' a pas encore de réseau de psychiatre** pour **avoir des rendez-vous plus rapidement** on n'a **pas un bon carnet d'adresse** encore et des médecines de soutien qui font les techniques de relaxation, de sophrologie tout ça moi je ne connais personne qui fait ça je ne saurais pas adresser.

Questions de relance : a) Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la première consultation et lors des consultations de suivi ?

Moi, j'ai plus de **difficultés lors de la première consultation** déjà pour **poser le diagnostic.** Après c'est vrai lors des **consultations de suivi** j'ai eu le **problème de l'inobservance** de personnes qui avaient arrêté d'eux même le traitement, elles trouvaient que ce n'était pas efficace.

Questions de relance : b) Qu'en est-il de la gestion du temps de consultation ?

Pour moi c'est une consultation comme une autre, je pense qu'il **faut prendre du temps** avec ces gens-là, déjà pour **établir une relation de confiance.** Ils ne viennent pas pour un rhume, pour une **détresse psychologique**, il faut leur **montrer qu'on est à l'écoute** donc moi je n'hésite pas à prendre du temps s'ils sont demandeurs. Je dirais que la porte est ouverte s'il souhaite revenir. Mon prat était assez expéditif **mais c'est difficile de mettre les gens dehors surtout s'ils commencent à pleurer je vois mal je ne sais pas comment faire. Je ne vois pas de solution, je le garderais ….**

Questions de relance : c) Avez des difficultés sur le choix de prescription ?

Pour le maniement des **traitements**, je **ne suis pas non plus à l'aise**, donc pour le traitement, l'**IRS** je prends la molécule qui agit sur **la composante anxieuse** la **Paroxétine,** moi **j'utilise toujours la même molécule.**

Questions de relance : d) Qu'en est-il de l'accessibilité à un psychiatre ? Un psychologue ?

L'**accès au psy difficile** car surtout parce je n'ai **pas de carnet d'adresse défini**, voilà donc j'appelle la secrétaire d'un psychiatre je ne vois pas pourquoi elle me donnerait un rendez-vous plus rapidement on ne se connait pas personnellement.

6/Quel est votre ressenti sur l'enseignement universitaire et votre formation pour prendre en charge la dépression en MG ?

Par **les stages** c'est **rare d'avoir l'occasion de faire des stage en psychiatrie** donc je pense que j'ai eu de la chance d'en faire un pendant mon externat après **chez les prat** et en hospitalier je trouve que l'on est, c'est assez rare finalement comme situation, la **formation se fait surtout sur le tas** je pense même les formations aux simulations je veux dire **aux jeux de rôles**, moi **j'ai horreur** du théâtre je sais que tout doit rester entre nous mais moi **je déteste** donc je regarde les autres **ce n'est pas naturel quoiqu'ils puissent dire pour moi ce n'est pas une bonne formation.** Je ne vois qu'une **formation sur le tas** ou alors pendant les stages hospitaliers qu'ils nous laissent nous débrouiller ensuite que l'on fasse un petit rapport à nos chefs et qu'ils fassent un retour sur ce que l'on a fait dans la vie réelle.

Sinon pendant nos stages universitaires on n'a pas trop, peu je n'ai pas trop d'expériences, les cas ne se présentaient pas beaucoup et en théorique il ya eu **ce cours pendant l'internat** qui était bien quand même, moi ça m'a donné quand même **les clés de ces scores pour me guider**, c'est déjà pas mal.

7/Quelles seraient vos suggestions pour améliorer, si besoin cette formation ?

Je serais pour des **stages en psychiatrie libérale** ça serait intéressant.

Entrevue N°7 :

1/ Présentation (Age, sexe, mode d'exercice, Thésé ou pas, remplaçant ou installé)
Sexe : féminin
Age : 29 ans
Externat à Limoges,
Internat à Montpellier (promotion 2015, fin internat novembre 2018)
SASPAS : oui
Stage en psychiatrie : oui lors de l'externat
Médecin Remplaçant non thèsé depuis ……
Mode d'exercice principalement en rural et semi rural.

2/Quelles sont vos moyens de formation dans la prise en charge de la dépression ? (Formation théorique, DU, stage en psy, SASPAS, sources et supports de formation utilisés)

Dans la **formation initiale,** les **cours de psychiatrie sur la dépression** on fait ça **en 4ème année** quelque chose comme ça ensuite ben moi j'ai fait mon **stage en psychiatrie en 6ème année**, panneau des dépressifs voilà, ben du coup j'étais directement patient les traitements euh…ensuite ben l'**internat** on a eu **un cours** à Narbonne **quand on était en stage prat.** On a eu le **cours spécifique sur les patients psychiatriques**, il me semble, il parlait de la dépression aussi euh… ensuite Je crois c'est tout (*rires)*

En cabinet le guide de prescription je ne sais plus le nom de **DOROSZ** qui m'aide bien il y a tout, les médicaments sont bien référencés, les effets secondaires et tout.

Il y a **les échelles de dépression**, je crois **Hamilton** après quand c'est une présentation typique je ne vais pas plus loin, suffisamment de connaissances, troubles de l'humeur, des pleurs quelque chose comme ça.

Quand c'est des présentations un peu bâtardes parfois je vérifie **en ligne** sur le **campus numérique de psychiatrie**, en fait un site internet où il y a les **cours de 2ème cycle d'étude médicale et les critères diagnostiques** voilà. Quand je ne suis pas trop sûre pour me recaler, pour la prescription uniquement le bouquin et je crois que c'est à peu près tout et l'échelle.

En **SASPAS** oui j'en ai **rencontré pas mal et ça m'a aidé** dans le sens où c'était des **cas concrets** euh… c'est le but de SASPAS et j'avais le maître de SASPAS si je galérais un peu trop je pouvais lui demander donc oui le **fait d'avoir fait un SASPAS ça m'a pas mal aidé** car **ça me mettait en situation** ben déjà **d'aborder un patient dépressif, prescrire et en même temps j'avais l'aide du prat** au cas où voilà.

3/ Pouvez-vous me dire, comment menez-vous une consultation d'un patient dépressif ?

La personne arrive, elle me dit rapidement je pleure je ne suis pas bien ça fait quelque chose j'ai le moral dans les chaussettes je ne sors pas du lit ça fait quelques jours.

En général je demande (*je vais beaucoup hésiter, désolée je n'ai pas révisé, j'essaye de revoir le patient)*

J'essaye de leur **demander si c'est la première fois** que ça leur arrive **depuis combien de temps** ça dure j'essaye de **faire préciser un peu les symptômes.** J'essaye de voir assez rapidement s'il y des **critères de gravité** parce que j'ai eu deux patients pendant mon SASPAS qui avaient des problèmes psy autres et qui avaient aussi de la dépression et qui se sont suicidés bon c'est arrivé pendant mon son SASPAS c'est des choses… Je connaissais d'avant et qui étaient déjà des gros problèmes.

Donc **j'essaye de voir rapidement s'il y des critères de gravité** s'ils **ont déjà envisagé de se suicider,** si au niveau de l'**alimentation** ils ont arrêté complètement de manger ou pas, **troubles de sommeil** voilà s'ils sont **entourés** beaucoup aussi euh… ça c'est **quelque chose que je demande assez vite** quand je vois que c'est un dépression et ensuite j'essaye de voir **si c'est la première fois ou c'est des choses qui se sont déjà arrivées la fois d'avant** comment ça s'est passée euh… ben là où je remplace actuellement il y a beaucoup de **dépression** qui sont **liées au travail** des problèmes de harcèlement au travail quelque chose comme ça donc j'essaye de voir s'il y a un lien avec ça j'essaye de voir déjà comment on peut gérer par rapport à la durée d'évolution des symptômes si c'est quelque chose **de passager ou c'est vraiment une dépression** ça fait 3 semaines qu'il pleure.

Bon si c'est quelque chose qui **évolue depuis pas longtemps** j'essaye de **temporiser** si c'est quelque chose qui est **liée au travail** ben voir s'il ne faut pas un **arrêt travail** si ça ne va pas mieux à ce moment la si on ne peut pas essayer de régler les choses de cette manière-là…. Si c'est autre chose et qu'il n'y pas vraiment de critère de gravité j'essaye de poser les choses à plat.

J'ai un **carnet d'adresse de psychologues,** j'essaye de les orienter un peu s'ils ont **envie d'en parler** enfin si je sens que ça va se débloquer comme ça ou si les personnes me disent clairement qu'ils veulent parler, je les oriente plutôt vers un psychologue.

Au niveau **médicament**, je leur donne plutôt des **anxiolytiques** plutôt légers au départ parce que après euh…Moi **j'ai beaucoup de patients qui ne veulent pas de médicament** donc j'essaye de leur dire ben voilà s'il y a des troubles du sommeil, leur donner moi j'utilise pas les BZD le **Seresta surtout pour essayer de les recaler dans le sommeil** parce que souvent ceux qui me disent je n'arrive pas à dormir je suis stressé macha je pleure et le fait de ne pas dormir c'est encore pire donc j'essaye de leur recaler le sommeil

comme ça **voir avec un somnifère** et voilà éventuellement **si c'est plutôt dans la journée, des symptômes d'angoisse** je joue avec l' **Alprazolam** et par contre **si après ça fait 3 semaines** et ce n'est pas possible ben du coup on **commence l'AD** et la aussi c'est un peu **en fonction s'ils ont déjà fait un épisode dépressif** il y a quelques années que c'est exactement la même chose, le même principe si ça avait bien marché on **repart sur celui-là sinon** ben c'est là que je prends **le DOROSZ** *(rires)* et j'essaye de voir ce qui convient le mieux en fonction des situations quoi.

En ce moment j'utilise pas mal le **BRINTELIX** alors le nom de la molécule je ne l'ai pas en tête parce que c'est un, qui est apparu il n'y a pas longtemps 2/3 ans ou peut être un peu plus parce que je trouve que chez les patients est assez **bien supporté** et je n'ai pas **vu beaucoup d'effets secondaires pour l'instant chez ceux qui en prenaient déjà depuis un moment et chez ceux qui j'ai introduit non plus**, plutôt **bien toléré et marche pas mal assez rapidement** en général dans la semaine il y a déjà une amélioration de l'humeur et pas forcément sur des doses très élevées. Moi c'est mon préféré mais après voilà quoi.

<u>Question de relance : utilisez-vous des outils de dépistage ou des tests d'évaluation de la dépression ?</u>

L'échelle d'Hamilton, je l'utilise, j'ai **appris ça en SASAPAS,** un MG qui l'utilisait, honnêtement je ne m'en souviens pas où nous l'avait présenté en formation sûrement mais je n'avais pas noté, oui je l'ai déjà faite en pratique. Le souci c'est que je ne revois pas souvent les gens. Les premières fois non, les fois où je l'ai faite c'est quand quelqu'un est venu me voir et j'ai déjà caractérisé la dépression, je m'en sers un peu **d'évaluation de départ** pour ensuite **voir comment ça évolue**. C'est vrai que **je ne la fais pas systématiquement avant de prescrire les AD.**

J'ai plutôt **tendance à faire de la psychothérapie de soutien,** la consultation dure 1 h voire 1h30. Je prends un retard monstrueux parce que j'ai beaucoup de patients, c'est des dépressions au début quand je les vois je t'ai dit en fait pas loin là où je remplace il y a une boite où j'ai l'impression, ils font n'importe quoi et j'ai l'impression d'avoir tous les dépressifs pas moi mais dans le cabinet où je travaille il y a pas mal de salariés qui sont à crans, c'est des histoires de licenciement, des menaces de licenciement… Des trucs borderline par rapport au code de travail, ils poussent à bout les gens pour qu'ils s'en aillent et du coup je vois beaucoup de gens comme ça et donc du coup on doit beaucoup parler parce que leurs symptômes dépressifs voire certains sont en dépression clairement ça vient de là, donc il faut qu'ils évacuent, beaucoup il faut qu'ils parlent, j'en ai pas mal qui ont fait des dépressions réactionnelles par rapport à des problèmes familiaux ou des ruptures un peu brutal, le monsieur par exemple madame est partie avec les enfants sans rien dire voilà quoi et du coup c'est des gens qui ont besoin beaucoup, beaucoup de parler et du coup **je fais de la psychothérapie mais je n'ai pas de formation la dessus et c'est un peu à l'avenant** quoi.

Je les **adresse au psychiatre** quand je **vois que je ne vais pas pouvoir gérer toute seul**e ou que malgré l'AD, en général quand **le 1er AD ne marche pas** ou alors il y a eu **une efficacité et qu'en suite** à retomber , les **symptômes reprennent le dessus**, je euh… soit je peux basculer sur un autre AD du coup et on revient sur le pied et c'est bon et **sois à cause des autres traitements du patient je ne peux pas trop changer ou alors je vois que ça ne part pas dans le bon sens** et je vais avoir de spécialiste pour le suivi et encadrer tout ça, là je les adresse et **dans les cas où je vois d'entrée de jeux il y a des critères de gravité**, pas de projet de suicide, pas de choses comme ça mais des gens que je vois (c'est un peu le ressenti) des gens que je vois qu'ils ne vont pas tarder à faire de plans comme ça la en général je les adresse vers un psy en

me disant si besoin de les hospitaliser il y aura déjà un avis de spécialiste et peut être ça pourra appuyer su tu veux c'est des situations borderline où les gens ne sont pas clairement dans le critères où t vas les hospitaliser sans se poser de question et en même temps tu les sens pas trop c'est vraiment le ressenti ou alors quand c'est **une situation thérapeutique qui m'échappe un peu et que je n'y arrive pas** quoi

En général j'attends **10/15 jours avant de changer d'AD** cat ça dépend du traitement, il y en a qui agissent plus ou moins rapidement pour voir que, déjà **je vérifie que le patient prenne bien son traitement,** pas toujours le cas. En général au bout de 15 jours il n'y a absolument aucune différence on passe à autre chose.

S'il y a un **petit effet** et ce n'est pas encore ça **je monte la dose** et **en général ça marche bien,** il n'y a pas de souci mais si en général ça ne marche pas voire ça s'est empiré au bout de 15 jours en général je n'attends pas trop.

Je ne connais pas vraiment, je les oriente plutôt vers un **psychiatre généraliste** mais pas un spécialiste hospitalier vraiment dans la dépression quoique ce soit je n'ai pas été encore confronté à quelqu'un suffisamment ou c'était suffisamment grave au point …Pour les dépressions que j'ai rencontré je pense qu'il n'y avait pas de nécessité d'un psy spécialisé dans la dépression je pense quelqu'un qui a une activité en ville voilà qui est un peu généraliste ça suffit largement après je ne les connais pas plus.

Questions de relance : d) Qu'en est-il de l'arrêt travail ?

Pour **l'arrêt de travail** tout **dépend de la situation,** en général je fais **une semaine** tout simplement **pour pouvoir les revoir** à la fin de la semaine et savoir où s'en est au niveau du moral si j'initie un traitement pour avoir un petit bilan de comment ça se passe et savoir aussi si le fait de ne plus être au travail si ça va mieux ou pas et du coup pour certains qui on ne sait pas, ce n'est pas évident de savoir si c'est une dépression réactionnelle à mettons ou pas trop sûre de mon coup.

Une semaine, je trouve c'est bien ça permet de poser les choses donc souvent quand c'est un premier arrêt pas vraiment lié au travail c'est plutôt une semaine oui ça permet de les revoir comme ça et refaire le point.

4/ Quelle est votre prise en charge globale du patient dépressif ?

Questions de relance :

a) **Quelle Thérapeutique médicamenteuse préconisez-vous ? (Choix de la molécule : AD +/- anxiolytique)**
b) **Faites-vous de la Psychothérapie de soutien au cabinet ?**
c) **Orientez-vous les patients vers un psychothérapeute pour une TCC ou autre ?**

Non posée car a répondu spontanément à la question lors de la question précédente.

5/Quelles sont les difficultés auxquelles êtes-vous confrontés lors de la consultation ?

Questions de relance : c) Avez des difficultés sur le choix de prescription ?

Parfois difficultés diagnostics, j'en ai deux ou trois où au début ce n'était pas évident que c'est une dépression, flou de cinq tonnes en creusant un peu ça m'a pris du temps. C'était clairement les critères diagnostiques euh… oui qui m'ont posé problème. Ensuite les difficultés, **parfois des difficultés thérapeutiques,** les gens **prennent déjà d'autres traitements** et ben du coup ils leur font clairement un AD mais vu les **interactions, les contres indications** : insuffisances rénales quelque chose comme ça, ça **devient compliqué** mais ça en général j'arrive à bout soit avec le DOROSZ soit en regardant un peu.

Je crois que je n'ai jamais appelé le psy vraiment ou alors c'est des gens qui avaient déjà pris un AD avant et finalement on pouvait reprendre l'ancien, ben je m'en suis toujours sortie sinon la difficulté zut j'ai un dernier la comme ça *(un silence)*

Questions de relance : a) Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la première consultation et lors des consultations de suivi ?

Je n'en ai pas beaucoup de consultation de suivi mais après ça va un peu mieux car je connais déjà les gens et souvent la première consultation dure longtemps donc on a fait le tour du problème du coup la deuxième consult je sais déjà où je vais donc là ça va, les consultations suivantes ça va surtout la **première consultation** qui est un **peu plus compliquée** et en plus je suis remplaçante je ne connais pas les gens voilà, ils arrivent ça va pas machin et tout.

La dernière difficulté c'est **s'ils ne veulent pas prendre de médicament** alors que clairement il le faut, on en fait quoi dans ce cas du coup ils ne veulent pas prendre de médicaments. Mais pas de problème avec le côté jeune médecin car quand je commence à leur parler médicament on a déjà parlé pendant une heure-là pour le coup ils me le disent assez vite.

Soit, ils ont entendu parler de quelqu'un qui est dépressif qui a des médicaments et qui du coup ils ont une expérience personnelle qui fait qu'une connaissance a mal vécu tel traitement ou je ne sais quoi **soit ils ont lu liste des effets secondaires** et ils ne veulent surtout pas que ça arrive après il y en qui sont un peu **par déni**.

Leur dire qu'ils vont prendre un **traitement AD** ben ça les **catégorise dépressif** et ça **ils ne veulent pas** donc oui j'en ai un ou deux qui m'ont dit ça donc c'est un peu compliqué quand clairement il leur faut ce médialement, **il faut prendre des voies détournées** fin euh… et là il faut **s'interroger sur le vécu pourquoi dépressif** machin mais je ne suis pas sûre parfois parce que c'est du vécu et ils ont connu un parent qui était dépressif et du coup, ils ne veulent pas que ça soit la même chose, je ne sais pas trop après.

Questions de relance : b) Qu'en est-il de la gestion du temps de consultation ?

Pour **la gestion du temps de consultation**, je suis **très mauvaise**, on va commencer par la plus simple : la deuxième consultation et la suivante je tombe un peu sur mes pieds parce que je connais déjà un peu la personne, j'ai vu sa personnalité si elle a besoin de parler ou pas donc **je peux aller directement au but** sans passer à côté s'ils veulent un traitement ou pas s'ils ont un traitement il faut le réévaluer donc c'est bon. **Il y a déjà des questions balisées** donc là, ça va, **une consultation avec une personne dépressive c'est quand même quelque chose qui me prend plus de temps en un ¼ c'est trop court c'est au moins 20 min voire même une demi-heure** alors la **première consultation quand je ne les connais pas** c'est sans

plaisanter une heure au moins et voilà c'est le principe de tirer le fil quelqu'un qui ne va pas beaucoup parler et en une demi-heure 20 min c'est bouclé on a fait le tour, on sait déjà la prise en charge comment on va s'organiser et il y en a d'autres ben j'ai tiré sur le fil pile poil de ce qui n'allait pas et ils déballent tout le truc et là c'est la gestion du temps honnêtement c'est déplorable je ne gère pas du tout . **Au bout d'un moment** quand je vois que l'on **tourne en rond** souvent ils **ressassent des idées** bonnes quand je vois c'est la quatrième fois que l'on parle de la même chose je leur dis ben bon **écouter voilà** si besoin d'un **arrêt de travail** je leur mets **une semaine**, **les traitements on en a parlé** : il leur faut tel truc ou tel truc, **je vous revois dans une semaine et je leur donne une date.** Il y en a certains dès qu'ils sortent du cabinet ils sont perdus je leur donne une date et je ne leur dis pas d'y aller voir la secrétaire, je leur donne le rendez-vous voilà quoi oui ça fait un peu **plus directive**, j'essaye de faire ça **avec douceur**, voilà on se revoit tel jour telle heure ça vous iras bien, s' il y a le moindre problème entre temps, n'hésitez pas à rappeler la secrétaire puis on voit si on peut faire quelque chose et puis oui **je mets fin** comme ça **en faisant une sorte de conclusion.** J'ai bien entendu qu'il y avait ça, ça la liste des problèmes qui n'allait pas ben en général quand ça dure plus longtemps **et quand les gens ont envie de parler** je leur donne la carte du psychologue en leur disant **aller voir un psychologue** je vous le recommande si ça ne marche pas avec lui n'hésitez pas à revenir vers moi, je vous orienterais vers quelqu'un d'autre bon bref voilà je leur donne les possibilités **parfois je leur donne des feuilles des choses à faire avec l'heure du rendez-vous à la fin** et souvent ça se passe bien . Souvent il y a la petite crise de larme finale, tu as l'impression qu'ils ont vidé tout et ça revient du coup il y a la boite de mouchoir qui est à côté et voilà, je mets fin à la consultation comme ça je leur fais une **petite conclusion et le plan des choses à faire.**

Après il y a des gens qui en fait une fois que c'est passé ils vont bien d'eux même et ça va mieux. Ils vont faire la psychothérapie au cabinet et voilà mais pour la plupart leur faire une petite conclusion avec le plan ça leur va bien je trouve.

Questions de relance : d) Qu'en est-il de l'accessibilité à un psychiatre ? Un psychologue ?

Là où je remplace et même avant c'était **compliqué pour avoir des consultations**, c'est que, je trouve que ça **ne communiquait pas très bien** y compris **les psychiatres de ville et les MG**. Honnêtement c'était plus facile d'avoir un psychiatre à l'hôpital qu'en ville et je trouve ça un peu dommage, **c'est peut-être pour ça que je ne les oriente pas vers un psychiatre dès le départ** d'ailleurs.

En plus j'ai fait deux zones en rural Esperaza, les psy étaient surtout vers Carcassonne pourtant à Limoux on avait un gros centre psychiatrique et même là c'était compliqué d'avoir des rendez-vous, pas que pour les dépressions des gens qui arrivaient d'une dépression nouvelle et qui n'étaient **pas connus pas suivis, les rendez-vous avec un psy** c'était euh… en fait tu as l'**impression qu'il fallait attendre qu'il y ait un problème vraiment pour qu'ils passent à l'hôpital et ensuite avoir les rendez-vous** et les machins oui **l'accessibilité c'est assez terrible** oui.

L'accès au psychologue à Esperaza il y avait le **frein financier** là où je suis actuellement c'est un peu plus, ils sont un peu plus à l'aise façon de parler mais souvent ils ont des mutuelles qui prennent en charge au moins une ou deux séances.

6/Quel est votre ressenti sur l'enseignement universitaire et votre formation pour prendre en charge la dépression en MG ?

La formation **universitaire telle quelle de base** oui voilà elle est donnée ok après moi j'avais **beaucoup aimé le cours** que l'on avait **en stage prat,** je crois en stage prat **sur les patients psychiatriques.** C'était bien, je ne sais plus s'ils avaient fait des jeux de rôles ou quelque chose comme mais ça je crois pas qu'ils avaient fait pour ce cas précis mais ça c'était pas mal ça m'était plus en situation et **ils avaient donné des conseils plus pratiques,** pas généraux, genre donner un AD, il nous avait fait une liste **tel AD pour tel truc** s'il y a des troubles du sommeil c'est plus celui-là si euh…et ça c'était pas mal j'ai encore la liste je la ressort de temps en temps, oui **le côté plus pratique c'était bien** après je sais que c'est compliqué de faire des cours mais j'aurais bien aimé avoir un cours sur les **patients psychiatriques en général et faire ensuite les spécificités**, à mettons les patients bipolaires et dépressifs , patients plutôt psychotiques voilà je pense que ça, ça **aurait été pas mal un peu plus détaillé** mais ce côté un peu plus pratique genre un patient qui arrive qu'es ce que vous faites après la formation, **c'est mes stages prat qui m'ont bien aidé franchement**.

Le **stage de 6ème année était bien mais c'est des cas extrêmes de dépression,** des catatonies, des choses comme ça et ça au cabinet on n'en voit pas. **Le stage prat par contre ça m'avait bien aidé** par exemple le cas des deux patients qui avaient des problèmes psy et qui s'étaient suicidés peut-être à deux mois d'intervalles quelque chose comme ça mais ils n'avaient rien à avoir l'un avec l'autre, c'était euh… oui je m'étais posée la question es ce que j'avais bien mis le bon médicament parce que euh…bon je n'ai pas trop avoir dans l'histoire, c'est surtout le médecin que je suivais qui était voilà oui ça m'a bien aidé ça **le SASPAS surtout**.

7/Quelles seraient vos suggestions pour améliorer, si besoin cette formation ?

Un peu plus de cours comme ils avaient fait par département, pas nous faire tous venir à Montpellier pour une espèce de grand cours théorique où on est dans les salles machin mais les cours que l'on a là par département franchement c'était cool, on était un **tout petit effectif** et puis bon ils **avaient fait venir un spécialiste un psychiatre** oui c'était **direct on pouvait parler avec lui** et voilà **c'était pas mal** ça **ou alors comme des GEPT** nous faire **venir le soir** et **genre une fois par mois ou tous les 15 jours et un spécialiste** du coin qui **vient faire un petit topo, un genre de formation continue mais adaptée aux internes** voilà pour des cas pratiques que l'on voit au cabinet qu'on voit tous les jours ça, **ça serait bien** peut être **un petit guide de l'usage des AD** et des trucs à côté.

Et après plutôt **pour les médecins qui accueillent les SASPAS avoir un petit dossier avec les noms des spécialistes, des psychologues** avec qui sont en relation et le donner à l'interne qui arrive et qui n'est pas forcément du coin et qui ne connait pas forcément les noms ça, ça peut être bien oui je pense. Donc ce n'est pas vraiment de la formation mais je pense que ça peut aider du coup l'interne qui est là et ne pas **patauger** sur Google pendant 3h à chercher les noms les machins…

Je pense que dans **le cas du SASPAS**, on peut passer **une espèce de convention une fois par semaine** ça peut être intéressant, je ne vois pas ça comme primordial, en fait, je pense pas que ça soit nécessaire de l'intégrer dans la maquette mais **c'est quelque chose qui peut se voir en même temps que le stage prat** après je pense que **c'est important de le faire au moins une fois dans son cursus** donc **soit externe** soit **internat passer un moment ou un autre en psychiatrie.**

ENTREVUE N°8

1/ Présentation (Age, sexe, mode d'exercice, Thésé ou pas, remplaçant ou installé)

Sexe : féminin
Age : 29 ans
Externat en Roumanie,
Internat à Montpellier (promotion 2015, fin internat novembre 2018)
SASPAS : non
Stage en psychiatrie : oui lors de l'externat
Médecin Remplaçant non thèsé depuis novembre 2018
Mode d'exercice principalement en ville +/- semi rural

2/Quelles sont vos moyens de formation dans la prise en charge de la dépression ? (Formation théorique, DU, stage en psy, SASPAS, sources et supports de formation utilisés)

J'utilise les **sites internet dont le site de l'HAS**, **la revue prescrire et l'échelle d'évaluation d'Hamilton.**

Concernant les formations, j'ai fait un **stage en psychiatrie** quand j'étais **externe** (3 semaines). Après **c'était beaucoup de théorie** on n'a pas vu beaucoup de malades et c'était très théorique. En fait, c'était surtout sur **la sémiologie psychiatrique** et **pas tellement sur la prise en charge** donc finalement c'était intéressant mais pour la pratique de tous les jours n'avait pas un grand intérêt non plus.

3/ Pouvez-vous me dire, comment menez-vous une consultation d'un patient dépressif ?

Question de relance : utilisez-vous des outils de dépistage ou des tests d'évaluation de la dépression ?

Déjà c'est assez rare que les gens viennent et disent je viens pour une dépression, beaucoup de gens qui ont des soucis au travail ou qui n'arrivent pas à reprendre le travail après un arrêt pour X raison et c'est là que je pose la question comment es ce que vous sentez, vous avez des **idées noires**, vous sentez **tristes**, es ce que vous mangez bien, l'**appétit** comment ça va, **le sommeil** un peu tout ça. C'est **rare** quand j'arrive à faire **l'Hamilton car c'est long**, on part sur qu'es ce que l'on a comme moyen, d'abord j'évoque le diagnostic ça pourrait être une dépression mais **je ne saurais dire vous êtes dépressif parce que ça passe mal** mais j'essaye de dire voilà es ce que vous avez, essayer un traitement ou essayer de voir quelqu'un pour en parler surtout et puis on va voir comment ça se passe. Après c'est difficile en une seule consultation des fois ça passe.

J'utilise **l'Hamilton quand** j'ai vraiment **le temps** parce qu'encore une fois c'est vraiment rare que les gens viennent juste pour ça, consultation pour un autre motif et on se pose s'il n'y pas une dépression quelque part aussi mais sinon j'essaye au maximum l'Hamilton sinon je n'ai pas d'autre échelle …c'est **au feeling** en fait

4/ Quelle est votre prise en charge globale du patient dépressif ?

Je lui propose de voir **un psychologue** pour en parler après c'est **difficile** parce qu'il y a pas mal de gens qui n'ont **pas les moyens de se payer une visite** voire plusieurs chez le psychologue donc c'est déjà ça.

Je parle de **traitements spécifiques les AD**, **les benzo au début** s'ils sont très **anxieux ou pour dormir** en disant bien que c'est **juste le temps de que l'AD fasse effet** et pas après et puis on parle sur **les bénéfices risques des AD** comment ça marche, **les effets secondaires**, quelque chose comme ça après il euh…J'essaye de ne pas l'imposer, on en parle et finalement, **c'est au patient de décider** si lui, il veut

essayer ça **ou souvent je leur propose de prolonger un arrêt ou de faire un arrêt et puis de revoir** dans un deuxième temps voir si juste avec le repos ça peut donner du recul et que finalement il n'y pas forcément besoin de faire d'instaurer un traitement ou si, il faut.

Questions de relance : d) Qu'en est-il de l'arrêt travail ? ***(Non posée car réponse spontanée)***

L'arrêt de travail, je fais en général **deux semaines** après deux semaines on se revoit et on en reparle soit on prolonge, l'habitude on prolonge, donc finalement **je pourrais même en faire un mois** mais **je ne suis pas convaincue que les gens vont** revenir au bout de deux semaines donc du coup je le fais en deux temps.

Questions de relance : a) Quelle Thérapeutique médicamenteuse préconisez-vous ? (Choix de la molécule : AD +/- anxiolytique)

Pour les traitements, la molécule, j'ai une préférence qui n'est pas courant la **Fluoxétine (le prozac)** Je trouve qu'il y a les **effets secondaires des AD** certes mais **en moins intenses** en tous cas chez les gens qui j'ai pu suivre la fluoxétine ou même **le Brintélix** je ne sais comment ça s'appelle le générique je t'avouerais euh… Il y a **moins d'effets secondaires** qui sont ressentis comme très mauvais par les patients comme les **troubles sexuels** qui sont très importants surtout par les hommes, avec le **Brintélix tu n'as pas trop.** Il y a **l'escitalopram** mais j'avoue, je **ne l'aime pas trop** je suis très fan de la Fluoxétine vraiment. La baisse de libido, il y a moins au début je pense qu'il y a une baisse un peu partout mais après ça s'atténue avec le temps au bout d'un mois ça va mieux et sinon ben j'ai eu je ne sais pas pourquoi **beaucoup de gens** qui avaient l'**escitalopram** par exemple ils ont **une sorte d'effet paradoxal**, ils sont encore plus angoissés et plus stressés enfin ils font des crises d'angoisse après ça peut arriver avec n'importe quel AD j'imagine mais j'ai plus d'effets secondaires de ce genre avec celui-là, les gens ont **donc eu plus tendance à l'abandonner et ne pas continuer à prendre le traitement** donc finalement alors qu'avec la Fluoxétine je n'ai pas trop eu ça.

Questions de relance : b) Faites-vous de la Psychothérapie de soutien au cabinet ?

Malheureusement, **je ne fais pas vraiment de psychothérapie de soutien au cabinet**, il **faut une formation**, je n'en ai fait pas tant que ça oui **j'essaye d'être dans l'écoute dans l'empathie** bien sûr, **d'en parler** et non pas juste leur coller un médoc voilà moi je ne considère pas que je fais de la psychothérapie de soutien.

Questions de relance : c) Orientez-vous les patients vers un psychothérapeute pour une TCC ou autre ?

Les adresser au spécialiste, ça dépend si ce sont des gens qui ont **déjà des traitements lourds** ou je ne me sens pas de donner une nouvelle molécule qui va **avoir des effets secondaires** et des **interactions** oui ou si j'estime que **la dépression est très importante** il y a besoin d'avoir un deuxième avis aussi **si après deux AD ça ne marche toujours pas.**

Après, pas dans un **premier temps** pour tout le monde je les oriente vers une **psychologue**, s'ils ont les moyens ou vers le **CMP**, facile ou on sait tous où aller mais après il y a les **délais qui sont très importants** pour beaucoup de gens surtout s'ils sont une dépression, attendre six mois pour voir quelqu'un, ce n'est pas faisable.

5/Quelles sont les difficultés auxquelles êtes-vous confrontés lors de la consultation ?

Questions de relance : c) Avez des difficultés sur le choix de prescription ? (Non posée car réponse spontanée)

Je **n'ai pas vraiment une échelle** pour essayer vraiment de bien quantifier. Bien **faire la différence** entre les gens **où on peut se passer de médicaments** et les gens qui **ont vraiment besoin** et puis aussi parce que **je ne maitrise pas tellement les molécules** non plus j'en ai quelques-unes que j'utilise de temps en temps mais il y a plein qui peuvent être utiles et moi je n'utilise pas car je ne connais pas et **je maitrise mal** et que voilà je **ne suis pas en confiance** , moi **les effets secondaires je connais mal** ce qui peut arriver et j'ai **tendance à rester sur ce sur ce que je connais.**

Questions de relance : b) Qu'en est-il de la gestion du temps de consultation ?

La gestion du temps c'est très, ce sont **des consultations** qui sont **longues** et c'est **stressant** pour moi aussi du coup je prends systématiquement du retard quand c'est comme ça et qu'enfin si je peux dire **j'essaye d'écourter à un moment donné** parce que je n'ai pas le choix quand la salle d'attente est pleine et **je vais proposer de se revoir à courte distance** et éventuellement **de faire un créneau un peu plus long** pour ce genre de patient quand c'est possible mais j'avoue quand ça arrive euh…

Questions de relance : a) Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la première consultation et lors des consultations de suivi ?

Moi j'ai **plus de difficultés lors des premières consultations**. Les consultations de suivi soit moi je n'arrête pas systématiquement les gens en dépression, je revois pour refaire le point et déjà pour les gens que l'on n'a pas mis de molécule d'emblée soit parce qu'il a refusé soit (je propose je te parle du début du tt) mais je dis bien que l'on est pas obligé d'en mettre tout de suite, **des fois je ne suis pas vraiment en confiance de ce qu'il faut vraiment faire** et des fois on fait le point sur ce comment ça s'est passé sur les semaines où il n'était pas au travail ou pas forcément le travail ça peut être en lien avec ce qui se passe en maison, on essaye de voir si il a fait le cheminement si il ou elle, ils ont pu faire des choses pour avancer pour et essayer de prendre du recul et se poser des questions et pour gérer, en fonction de ça on en reparle du traitement et on voit es ce que ça a un intérêt ou pas d'intérêt et on reparle de la prolongation ou pas de l'arrêt de travail.

Questions de relance : d) Qu'en est-il de l'accessibilité à un psychiatre ? Un psychologue ?

L'accès au psychiatre, c'est **toujours compliqué** c'est pour **ça que j'ai tendance à parler du traitement dès le début** parce que je sais pour avoir accès un psychiatre c'est compliqué mais je sais **si vraiment il y a une urgence** ben euh… j'appelle directement l'**hôpital** soit pour **avoir une consultation** si le patient est d'accord au moins pour avoir des idées si jamais il y a une crise que je puisse l'orienter vers la structure qui peut l'accueillir pour ne pas arriver à l'hôpital psychiatrique et qu'il n'y pas de service d'urgence par exemple . Ou sinon **j'essaye** de temps en temps **pour les enfants** surtout de voir si jamais je peux **avoir un rendez-vous plus rapidement** parce que chez les enfants c'est compliqué.

6/Quel est votre ressenti sur l'enseignement universitaire et votre formation pour prendre en charge la dépression en MG ?

L'externat c'était beaucoup de théorie et pas forcément concentré sur la dépression c'était sur tout et puis pendant le **cursus d'internat** moi je **n'ai pas eu de cours sur la dépression** en tout cas je ne m'en souviens pas sauf si je l'ai eu et que c'était tellement nul que je ne m'en souviens pas.

J'avoue que, **on n'a pas beaucoup d'outils qui sont donnés par la fac** pour pouvoir prendre en charge pour **moi comment on fait en pratique** en tout cas on parle de pratico-pratique car après on peut tous acheter des bouquins sur la dépression sur la prise en charge mais **finalement dans la vraie vie on fait comment.**

7/Quelles seraient vos suggestions pour améliorer, si besoin cette formation ?

Si **possible avoir des cours sur la dépression** pas forcément sur dépression mais **sur les problèmes psychiatriques les plus fréquents dont la dépression** que **l'on rencontre en MG** et surtout, surtout c'est des **outils pratiques** parce que encore une fois ils peuvent nous donner de la bibliographie pour aller voir par rapport **aux molécules** et tout ça mai surtout **du parcours du patient** et comment justement vers **où on les oriente** et petit peu **comment on fait pour bien prendre en charge** : on fait la consultation et **quand j'arrive à la fin de la consult je me dis je n'ai rien fait en fait.**

Les **cours en petits groupes c'est plus efficace mais en même temps un peu magistral** si on peut laisser le brainstorming tout le temps où on se présente tous, ça serait très bien des jeux de rôle pourquoi pas **mais ce qui m'intéresse c'est surtout d'avoir des idées** qu'es ce qu'on fait qu'es ce que vous faites, ce qui est un peu difficile en terme **dans l'idéal c'est d'avoir une partie magistrale et une partie pratique où on parle vraiment de la pratique de tous les jours.**

Proposer des stages en psy ça serait une bonne idée après je sais qu'il y a des stages que l'on peut prendre en tant qu'interne mais il n'y en a pas beaucoup et c'est surtout ce qui fait peur aussi un petit peu le seul interne de MG parmi les internes de psy ça sera peut-être un peu trop spé.

Je pense que **c'est mieux d'avoir des stages en CMP ou pourquoi pas en cabinet de psy en libéral, pas en hospitalisation** car ce n'est pas tout à fait la même chose et donc du coup en tant que généraliste enfin je n'ai jamais fait je ne peux pas euh…. Je trouve que **c'est moins intéressant de faire un stage en hospitalisation en psy plutôt que de faire en libéral ou en CMP**, une structure de ce genre-là. Il faut une durée, c'est **comme tout stage minimum trois mois**, je pense.

ENTREVUE N° 9

1/ Présentation (Age, sexe, mode d'exercice, Thésé ou pas, remplaçant ou installé)
Sexe : féminin
Age : 29 ans
Externat à Marseille,
Internat à Montpellier (promotion 2015, fin internat novembre 2018)
SASPAS : oui
Stage en psychiatrie : stage en addictologie lors de l'internat
Médecin Remplaçant non thèsé depuis 2018
Mode d'exercice principalement semi rural

2/Quelles sont vos moyens de formation dans la prise en charge de la dépression ? (Formation théorique, DU, stage en psy, SASPAS, sources et supports de formation utilisés)

Mon **stage d'internat en addictologie** où **je me suis confrontée directement à mes difficultés** c'est-à-dire les gens ne voulaient plus que je les suive car **j'étais trop directive** donc là je me suis rendue compte que **ça venait de moi le problème et de ma formation**, du coup j'ai fait **un DU d'entretien motivationnel** euh…l'année dernière qui **m'a beaucoup apporté même si j'ai encore quelques vieux réflexes très mauvais** mais euh…non c'est **important ce DU et l'apprentissage des techniques de communication** face à des gens qui sont en difficulté et on ne se rend pas euh… on a du mal à rentrer en contact avec eux …

Si **on a eu un enseignement je crois pendant l'internat** sur mais **c'était plus sur les médicaments** dont **je ne m'en souviens peu** qui **était très bien en soi mais ce n'est pas suffisant un seul cours sur la dépression : comment parler à ces gens-là et comment pouvoir les aider**. Moi je vois tous, les autres internes c'est droit au but, je ne sais pas m'occuper je ne suis pas psychiatre quoi parce **qu'on a aucune formation, on n'est pas tous passé en psychiatrie et surtout on n'a pas été formaté** à ça quoi.

3/ Pouvez-vous me dire, comment menez-vous une consultation d'un patient dépressif ?

Question de relance : utilisez-vous des outils de dépistage ou des tests d'évaluation de la dépression ?

En général, je pose les **questions morales** une échelle entre 0 et 10 où se situe euh …s'ils ont **des idées noires** s'ils ont **des idées suicidaires,** s'ils **dorment bien**, **s'ils mangent bien**, la **lassitude** en gros les **critères moyennant le diagnostic de la dépression,** c'est un peu ça, je vois s'il y a un **retentissement dans sa vie professionnelle et vie sociale et j'évalue en fonction**.

Quand j'étais dans un autre cabinet **j'utilisais des échelles** : pas la DSM mais c'était une autre plus complète c'était celle où il y avait lassitude morale un peu tout ça du coup **j'utilise un peu les lignes** entre guillemets mais **je ne sors pas à chaque fois ma liste des critères DSM IV**, j'utilisais l'année **dernière parfois l'échelle d'Hamilton** mais là je suis installée depuis peu je n'ai pas le temps de refaire tout à chaque fois mais je compte m'y refaire.

4/ Quelle est votre prise en charge globale du patient dépressif ?

Pour la prise en charge globale, ça dépend de la gravité entre guillemet de la situation, je propose **souvent soutien psychologique mais ce n'est remboursé** donc c'est souvent quelque chose qui n'est pas possible pour le patient. Je propose de **les revoir plus régulièrement**, de **contacter un psychiatre** mais en encore une fois il y en a pour eux le **psychiatre** c'est impossible car ça a la **mauvaise connotation** de **shooter** voilà de **ne pas être à l'écoute de ne pas faire de psychothérapie** bon bref de ne pas être adapté, c'est vrai que la plupart des psychiatres , des retours que j'ai des patients je ne les connais pas personnellement c'est **« il ne me fait pas de psychothérapie c'est on me donne des traitements »** euh…Donc ce n'est pas forcément la plus part, même **certains ont refusé des patients en disant que « ce n'est pas assez grave »** pour moi entre guillemets parce que nous, on a à faire à des dépressions et eux ont à faire à des troubles bipolaires, à des schizophrènes voilà on n'est pas dans ce cadre-là que je comprends tout à fait et quand je discute avec des amis à moi **psychiatres** ils **sont beaucoup dans le médicament et très peu dans la psychothérapie** et moi **je me rends compte que les patients dont ils ont le plus besoin c'est la psychothérapie et les psychologues, ils n'ont pas les moyens de les financer et moi je n'ai pas la**

formation d'eux donc **j'essaye d'être à l'écoute j'essaye d'utiliser mes techniques d'entretien motivationnel pour qu'ils parlent qu'ils se sentent encouragés soutenues mais je sais que je n'ai pas le niveau et la compétence pour prendre en charge euh…**

Questions de relance : a) Quelle Thérapeutique médicamenteuse préconisez-vous ? (Choix de la molécule : AD +/- anxiolytique)

Les traitements, **j'utilise les ISRS Sérolplex ou Prozac**, je sais que sur **le trouble anxieu**x on m'avait recommandé **plus le prozac.** Après quand ils ont essayé d'autres traitements et que ça avait marché avant je leur remets le même que l'ancien traitement.

Oui en **première intention je mets séroplex ou gros problème anxieux : prozac soit je remets l'ancien traitement qu'ils avaient déjà eu un dans le passé.**

Je mets aussi **un anxiolytique soit Seresa soit Alprazolam en général à l'initiation** en tout cas puis de façon générale, ils arrivent avec des troubles du sommeil importants donc je leur **explique bien** qu'il y a le **risque de dépendance et d'accoutumance** que **l'objectif ça serait de l'arrêter dans les prochaines semaines** mais on est obligé de sevrer.

Questions de relance : b) Faites-vous de la Psychothérapie de soutien au cabinet ?

Pour **la psychothérapie de soutien**, j'essaye mais je n'ai pas le temps, le financement, **pas les compétences et puis je ne sais pas où je vais** à chaque fois je mets les pieds dedans j'essaye d'avoir des consultations un peu plus longues, depuis que je suis ici, c'est un peu plus compliqué mais euh…parce qu'il y a du rendez-vous et du sans rendez-vous , ben quand ils viennent sans rendez-vous voilà c'est un peu compliqué mais voilà mais **je n'ai pas la compétence**, **j'aide , ils se sentent écoutés** ce qui n'était déjà pas le cas avant donc **je vois vraiment le changement lié à ma formation** et ça je me rends compte énormément.

Maintenant voilà **dès que je peux orienter** pour qu'ils aient du soutien, je le fais, moi je suis ici que pour six mois donc c'est compliqué d'engager un suivi et de partir j'essaye énormément de décharger sur d'autres spécialistes **notamment psychologue, addictologue, psychiatre**.

Je leur propose qu'ils essayent deux consultations si ça matche bien qu'ils continuent sinon qu'ils changent quoi euh…**la TCC** que **j'aurais voulu me former à ça mais c'est 3 ans de DU** et on n'a **pas le temps dans notre pratique** sincèrement mais je trouve ça génial comme pratique en fait euh…

Questions de relance : c) Orientez-vous les patients vers un psychothérapeute pour une TCC ou autre ? (Non posée car réponse spontanée)

Questions de relance : d) Qu'en est-il de l'arrêt travail ?

Pour l'arrêt de travail en général, quand euh… il y deux cas de figures, il y en a qui ne travaillent pas, il y en a qui travaillent, **j'essaye de les voir toutes les semaines**, toutes **les deux semaines** et donc je les **arrête pour une à deux semaines pour que à chaque fois pour que l'on rediscute** et qu'ils soient quasiment **obligés de revenir** pour qu'on **évalue**.

5/Quelles sont les difficultés auxquelles êtes-vous confrontés lors de la consultation ?

Questions de relance : a) Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la première consultation et lors des consultations de suivi ? (Non posée)

Le problème, je suis dans un cas un peu particulier c'est-à-dire que là, **l'année dernière** j'étais au même cabinet pendant un an, j'avais des consultations de suivi et je faisais mon DU donc je pouvais euh… **les difficultés que j'avais avec les patients je pouvais les mettre en écoute et que l'on discute pendant le DU** en fait donc ça c'était important et là j'ai changé de cabinet et ça fait que deux mois, c'est vrai que le suivi je ne l'ai pas encore trop euh…. Dans **le premier contact je n'ai pas trop de difficultés** ben on essaye d'établir de faire l'échange donc il n'y a pas de travail entre guillemets qui est fait c'est quand le travail est en cours parfois **on n'a pas les bonnes techniques, les bonnes aides et que l'on réponde pas à toutes les attentes**, moi je me suis renseignée aussi il y une clinique à Uzès qui font pas mal de TCC de trouble anxieux encore une fois ils sont très limités en nombre de place. Le suivi je ne l'ai pas encore trop, l'année dernière je l'avais pas mal et là je suis que depuis six mois. En tout cas **avec ma formation** j'avais des gens me corrigeaient on faisait des **écoutes des entretiens** pour discuter ça, ça va, ça, ça ne va pas et ça fait un **déclic derrière énorme** mais je l'ai perdu et je suis en train de le perdre car ça ne s'entretient plus ça **serait une formation continue à faire** je crois.

Questions de relance : b) Qu'en est-il de la gestion du temps de consultation ?

Pour **le temps quand il faut le prendre, il faut le prendre**, moi ça ne me dérange pas de passer une demi-heure voire trois quarts d'heure à une consultation pour quelqu'un qui en a besoin.

Questions de relance : c) Avez des difficultés sur le choix de prescription ?

Pour le maniement des traitements médicamenteux, je pense que de ce côté-là, les psychiatres sont bien meilleurs et dès que ça ne marche pas sincèrement, j'envoie vers le spécialiste parce que **je ne suis pas assez bien formée** et **s'il y avait des formations de ce type ça pourrait m'intéresser** voilà les deux premières en première intention. Si au bout de trois mois pas d'amélioration, je passe la main

Questions de relance : d) Qu'en est-il de l'accessibilité à un psychiatre ? Un psychologue ?

Un **des freins**, est le fait que **certains ne veulent pas s'occuper de mes patients**, moi je l'ai vu et ça m'a perturbé ou que le patient ne se sent pas du tout en phase avec le psy pour lui, il ne peut pas aider. **L'accès à un psychologue** c'est quelque chose qui est très**, très compliqué**, et qui a un **grand défaut de la sécurité sociale,** problème de **remboursement.** Après, j'ai été plutôt à côté de grandes villes donc il y avait des psychiatres vraiment **je n'ai pas trouvé encore de patient qui me dit mon psychiatre m'a aidé** parce que je pense que les pathologies ne sont pas suffisamment graves. Je les aide, je n'ai pas encore trouvé quelqu'un avec des psychologues oui j'ai trouvé des gens qui avaient **une grande amélioration avec des psychologues**, des psychiatres je n'ai pas vu euh… (air dépité) mais ce n'est qu'une petite expérience euh…et je parle que de dépression.

6/Quel est votre ressenti sur l'enseignement universitaire et votre formation pour prendre en charge la dépression en MG ?

Je pense que **ce n'est pas suffisant** déjà notre externat n'est pas du tout orienté sur ça et quand on **sort de l'internat**, je pense que **l'on ne sait rien faire par rapport à la dépression**, sincèrement même **si on a eu un cours qui es très intéressant qui m'a quand même apporté** euh… maintenant **c'est dans la pratique**

et la technique de communication, je pense qu'il faut que l'on se forme et ça il faut du temps sincèrement, il faut du temps, **il faut s'intéresser à ça sinon ça n'a pas d'intérêt.**

7/Quelles seraient vos suggestions pour améliorer, si besoin cette formation ?

Parmi les suggestions que l'on **rembourse les psychologues,** la première des choses, on ne peut pas supplier une psy on n'a pas le temps et **plus de CMP.** C'est des gens qui ont des difficultés sociales et l'accès au CMP délai six mois un an, une catastrophe, quoi ce n'est tellement pas assez financé, c'est le rembourrement des psychologues et plus de CMP.

Faire un stage obligatoire en psychiatrie quand tu es MG ou avoir pas forcément un stage ou alors **avoir au moins assister à des consultations** soit avec **des psychologues soit avec des psychiatres** pour voir comment ça se passe **ou autre dans notre formation pour le MG,** pas pour les autres spés je trouve que **c'est primordial** de euh… **On a tous les jours des personnes dépressives** autant de diabète autant de tout et on n'est pas du tout formé, **au moins un terrain de stage pour voir** et après **des DU** pour avoir accès à des formations.

ENTREVUE N° 10

1/ Présentation (Age, sexe, mode d'exercice, Thésé ou pas, remplaçant ou installé)
Sexe : masculin
Age : 31 ans
Externat à Montpellier,
Internat à Montpellier (promotion 2013)
SASPAS : oui
Stage en psychiatrie : oui lors de l'externat et du SASPAS avec psychiatre libéral
Médecin Remplaçant depuis juillet 2016
Thésé septembre 2019
Mode d'exercice principalement en ville

2/Quelles sont vos moyens de formation dans la prise en charge de la dépression ? (Formation théorique, DU, stage en psy, SASPAS, sources et supports de formation utilisés)

Je dirais en premier lieu mes **cours** pendant mon **externat** parce que j'avais fait un **stage en psychologie médicale au CHU** de Montpellier et puis j'étais **repassé en stage d'été** et je trouve qu'on était **bien formé** quand on était externe là-bas. **j'avais appris pleines de chose** à l'époque sur **le DSM IV qui n'est plus d'actualité**, j'ai l'impression que mes **connaissances théoriques elles ont été acquises là-bas** et presque exclusivement là-bas parce que après pendant l'internat et ben euh…voilà ….en tout cas **pas par les cours de l'internat**, j'ai **l'impression d'avoir rien appris** et puis que j'ai appris **après surtout pendant mes stages chez le généraliste et puis en SASPAS en les voyant faire** puis **en copiant leurs prises en charges au début puis en faisant un petit peu à ma sauce au fur et à mesure.**

Après en ayant petit à petit des **retours de courrier de psychiatres hospitaliers ou libéraux sur leur prise en charge**, **espèce de formation directe** comme ça que je me suis formé.

Je vais parfois consulter des euh… je ne vais pas rechercher mes bouquins d'internat mais je vais parfois sur le **site fascicule** pour je ne sais pas si tu connais bon c'est une espèce de sites qui regroupe un peu les collèges mais voilà.

Je t'avoue en **psychiatrie** de toute façon, **je fais la prise en charge initiale** on va dire si ça se passe bien ou correctement je continue dès que ça commence à merder je demande un avis quoi donc les ressources dont j'ai besoin je considère que j'ai déjà et **dès que je suis en difficulté je passe la main aux spécialistes** car je euh., je dirais après plus le fait de **manier la thérapeutique** un peu particulière qui **me limite** quoi.

3/ Pouvez-vous me dire, comment menez-vous une consultation d'un patient dépressif ?

Question de relance : utilisez-vous des outils de dépistage ou des tests d'évaluation de la dépression ?

on va considérer que c'est une consultation où le motif est annoncé d'emblée et on ne va pas tirer les vers du nez mais euh… j'essaye de retrouve dans mes, fin dans **une première partie je les laisse parler**, on va dire sur les **symptômes**, le **ressenti de la situation** et puis au fur et à mesure de la consultation, j'essaye de reprendre un peu la main et de **retrouver** justement **les items du DSM** que j'avais appris à l'époque pour voir s'il y a **les caractéristiques précis de l'épisode dépressif majeur caractérisé** à partir du moment où j'estime que c'est le cas je vais chercher **la sévérité de l'épisode** : **le risque suicidaire**, les **projets,** le **moyen disponible à disposition** et puis **généralement je les revois rapidement**, je les revois dans la semaine et lors de la **deuxième consultation** j'aime bien leur faire un test **l'échelle de Beck** et généralement je la fais faire dès que je sens que ce n'est pas juste une déprime saisonnière s'il y a vraiment **un syndrome dépressif marquée** et vers lequel on va aller vers un traitement, à ce moment-là je fais **faire une échelle** comme **ça je la refais six mois après pour voir ce que l'on a gagné de façon objective** parce que moi je n'ai pas de mémoire et je n'arrive pas à m'en souvenir comment étaient les gens avant , voilà pourquoi, j'aime bien utiliser des échelles.

L'échelle d'Hamilton, je **n'aime pas** car elle fait partie des échelles, c'est une **échelle où c'est moi qui évalue les items** si tu veux c'est un sentiment que j'ai, si je commence à faire ça, ça va guider entièrement ma consultation et **je ne vais pas laisser librement la parole** c'est-à-dire que **si les items ne sont pas cochés au début je vais aller les chercher un par un bêtement**, alors je me dis que quitte à faire autant **donner une échelle à une personne et elle remplit** ce qu'elle estime être représenté sa situation et je trouve que **l'échelle de Beck** , c'est pas mal : elle **recouvre les trouble du sommeil de l'appétit, l'anxiété** et la dépression marquée en fin **moral** etc.. Et du coup ma préférence va plutôt sur celle-là. Mais sinon je connais l'existence de l'Hamilton je ne l'aime pas trop, je sais qu'il y en a d'autres mais bon pour la **sévérité** je sais qu'il y avait **l'échelle RUD,** j'ai **moins l'occasion de faire**, en hospitalisation on le faisait beaucoup.

4/ Quelle est votre prise en charge globale du patient dépressif ?

Il va y avoir un **suivi régulier en consultation,** au plus je les sens fragiles, au plus je les sens limite, je les reverrais régulièrement mais ça **peut être deux fois par semaine s'il le faut** et puis de toute façon je leurs dis qu'ils peuvent revenir tant qu'ils veulent, ça c'est dans l'optique où il n'y a pas d'hospit.

Après si on est **sur EDMC**, moi je **ne perds pas de temps d'attaquer les AD du fait de leur délai d'action.** Je préviens les gens déjà qu'il ne **faut pas espérer grand-chose avant quinze jours** comme ça, si arrive un peu ce n'est pas plus mal comme ça d'avoir et **ne pas leur donner de faux espoir** et qu'ils **n'arrêtent pas**

le traitement au bout de 48 h en se disant que ça ne marche pas et puis que la **composante anxieuse soit marquée ou non** je mets un **anxiolytique au moins au départ** pour tout ce qui 'est **levée d'inhibition** et tout ça et que j'essaye de tenir dans les recommandation de douze semaines qui est difficile je privilégie **les courtes durée d'action** voilà. C'est souvent le problème de ça, comme **l'anxiolytique marche très bien tout de suite c'est difficile de l'arrêter** par la suite mais on va dire la **prise en charge standard** ça va être **l'association des deux** et après **j'essaye da pister** un peu la **sensibilité de mes patients aux thérapies alternatives** je ne sais pas s'il faut les appeler comme ça j'essaye de vendre la pleine conscience, **la médiation pleine conscience** car je trouve ils en entendent parler il y a un petit effet là-dessus, c'est peut-être le moment ou jamais de s'en servir, j'en **suis convaincu que ça fonctionne** d'ailleurs donc je leur parle **d'application gratuites** et même sur **Youtube** il y a plein de possibilité de faire des séances de médiation, c'est facile à trouver c'est très accessible, il n'y pas besoin d'y aller consulter un confrère pour ça contrairement à l'hypnose ou l'acupuncture.

La méditation pleine conscience on peut le faire tout seul dans sa chambre, c'est donc très pratique on va dire voilà, **un petit traitement anxiolytique et la méditation pleine conscience si j'ai l'impression que mon patient est réceptif** et puis après au fil du temps je les laisse venir spontanément s'ils ont des curiosités vis-à-vis de l'hypnose, de psychologie, de machin…moi j'ouvre toute les portes je suis un petit peu comme dans l'arrêt du tabac **tout ce qui fonctionne est bon à prendre en tout cas tout ce qui peut fonctionner, est bon à essayer** s'ils ont envie de tester l'acupuncture, je ne vais pas, même si mi j'ai tendance à penser que ça fonctionne moins bien que la méditation pleine conscience je ne vais pas leur dire, sûrement pas, moi j'essaye de leur vendre, leur dire que ça va marcher parce qu'il s'il y **a une part d'effet placébo** en tout cas de conviction, je joue à fond cette carte-là.

Questions de relance : a) Quelle Thérapeutique médicamenteuse préconisez-vous ? (Choix de la molécule : AD +/- anxiolytique)

Pour les traitements, **le Prozac en premier lieu** même si je sais que le retour des psychiatres, ils mettent souvent sous Effexor dans les premiers temps quelque chose comme ça, moi j'avoue que le prozac ça me **sécurise pas mal, est un vieux traitement**. Pas la plus grande efficacité mais voilà prozac **ou seroplex** on va dire.

J'ai jamais initié le Brintelix, le dernier à la mode, **l'effexor je le garde pour plus tard** et puis toutes les autres.

De toute façon **je reste dans IRS,** je ne vais pas chercher les tricycliques, les trucs comme ça, les IMAO je ne sais même pas si ça existe encore, et ben euh… voilà on reste là-dessus et puis **sauf si, il y une espèce de composante presque plus trouble obsessionnel du comportement ou de trouble anxieux généralisé** j'essaye **la paroxétine** mais voilà prozac seroplex.

Dans les **anxiolytiques**, j'utilise le **Xanax Alparzolam mais par habitude** je n'aime pas lexomil, le temesta qui sont inarrêtable après **j'avais tenté de mettre un peu de Vératran** mais peuh les gens disent que ça ne marche pas c'est tellement court que c'est difficile de leur faire accepter. L'alparazolam, il doit avoir une durée de vie acceptable pour qu'il y ait un effet, une adhésion au traitement suffisamment bonne souvent je retombe sur celui-là et avec ces deux posologies on a une bonne marge de manœuvre sur le nombre de comprimés que l'on peut prendre.

Questions de relance : b) Faites-vous de la Psychothérapie de soutien au cabinet ?

Je **ne sais si j'en fais de la psychothérapie de soutien** mais **je pense que oui** quand j'essaye de **souligner en fin ce qui va pas trop mal, de dire aux gens qu'ils peuvent revenir** quand ils le veulent et je les **reverrai** et que je ne vais pas les lâcher en route et quand j'essaye de leur dire que voilà on va faire en sorte que euh… *je leur dis **souvent «quand vous cassez une jambe**, vous prenez une béquille, vous avez un plâtre ben là, c'est pareil **les béquilles ça va être moi le plâtre ça sera le seroplex*** et ensemble on va aller » je ne sais pas si c'est de la psychothérapie de soutien en tout cas j'essaye d'être un, de ne pas minimaliser leurs symptômes mais de leur expliquer que l'on **va soigner ça comme une maladie** et ça va aller vers le mieux petit à petit en tout cas c'est ma vision de la psychothérapie de soutien.

Questions de relance : c) Orientez-vous les patients vers un psychothérapeute pour une TCC ou autre ?

Le psychologue ça va être quand je sens qu'il y a par exemple **des conduites d'évitement, une grosse part anxieuse** où il y a ou alors ça c'est dit ouvertement soit je soupçonne qu'il y ait eu quelque chose dans le passé et euh ça peut être de la violence des parents, problèmes sexuels ou j'ai l'impression qu'il s'est passé quelque chose et que ce n'est pas nette il y a surement quelque chose à gagner la dessus **la psychologie ça aide, la limite c'est le remboursement** donc ça dépend des populations il y a les gens chez qui c'est juste inenvisageable. Je fais appel aux psychologues pour **l'aspect TCC sans parler de psychanalyse** s'il y a un **gros truc dans le passé**, essayer de faire en sorte que ça soit un peu moins enkysté et puis **l'appel au psychiatre** ben ça va être quand tout ce que je t'ai expliqué au début **ça ne fonctionne pas** (rires) : mon **prozac, mon seroplex et mon alprazolam à dose pleine et efficace depuis un certain temps et malgré tout le soutien que je peux leur apporter, ben la ça ne marche pas** et que probablement**, il va falloir changer de molécule**, là je sais qu'il y a plusieurs attitudes, il y a ceux qui changent d'AD et ceux qui vont chercher les NL pout traiter la dépression, ben la franchement déjà beaucoup moins à l'aise et avis spé (rires).

Questions de relance : d) Qu'en est-il de l'arrêt travail ?

L'arrêt de travail, effectivement c'est quelque chose qui revient assez régulièrement. Le travail ça **peut être un obstacle à la guérison, objective** surtout s'il y un conflit avec l'employeur quelque chose comme ça mais imaginons une dépression, je dirais une dépression standard qui n'est pas liée au travail à l'évidence quand tu es complètement déprimé avec des idées noires, des troubles du sommeil etc..t'es pas apte à aller effectuer ton travail ou alors on peut pondérer en fonction du travail que l'on fait je ne sais pas moi un conducteur d'engin, ce lui qui est routier dans un premier temps je trouve que l'arrêt de travail se justifie après j'essaye de prévenir les gens **autant le travail est un obstacle à la guérison initialement autant ça peut être un atout plus tard** de revoir des collègues, de reparler d'autres choses, de se sortir de son ordonnance matin midi et soir et que voilà **il faut se réinsérer le plus rapidement possible** des fois ça ne marche pas aussi bien que ce que euh…je l'aurais espéré mais voilà je n'ai pas de euh…

Je pense que l'arrêt de travail fait partie du traitement initialement bien souvent. Pas systématiquement, souvent on va dire le fait de se poser, de s'occuper de soi, **de tester le traitement** et voir la tolérance, comment ça fonctionne parce que voilà, les gens qui n'ont jamais pris de benzo si tu leur mets trois xanax jour généralement ça euh… donc pour être serin et envisager ça, à mon avis c'est bien d'être à la maison mais **pas forcément sur une très longue durée, adapter un peu au cas par cas**.

Dans la mesure où je les revois, généralement ces patients là je les revois dans la semaine. Je leur fais sept jours d'arrêt et puis je leur dis de toute façon, je suis un peu menteur là-dessus je leur dis la sécu va venir nous « emmerder » si on fait des arrêts trop longs.

Donc **je préfère faire des arrêts de sept à quinze jours et de les renouveler** ça les **oblige** à venir me revoir et comme ça je peux savoir comment ils évoluent et puis je pense que ce n'est pas complètement faux si je fais un arrêt tout de suite de 3 mois, la sécu va tilter.

Je préfère faire des renouvèlements courts en leurs disant qu'il n'y a pas de problème on vous arrêtera le temps qu'il faut mais moi ça me **permet de les revoir régulièrement** et être sûr que euh…Si je les arrête pendant trois mois et je ne les revois pas pendant trois mois s'ils s'en foncent…. C'est un eu une sécurité un mini mensonge ….

5/Quelles sont les difficultés auxquelles êtes-vous confrontés lors de la consultation ?

Euh…

Questions de relance : a) Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la première consultation et lors des consultations de suivi ?

La première consultation en général, ça se passe je n'ai pas l'impression d'être en difficulté parce que je **peux être en difficulté si le motif de consultation est détourné** ils viennent avec une fatigue en démêlant les choses on s'aperçoit qu'il s'agit plutôt d'un problème de dépression mais si le motif est annoncé clairement, voilà docteur ça ne va pas et se mettent à pleurer, moi le motif ça me déstabilise pas du tout j'aime bien ces consultations honnêtement je n'aurais pas fait psychiatre car tout, ça ne me plaisait pas mais ce n'est pas du tout quelque chose qui me gonfle. Il y a certains confrères qui expédient ces consut moi j'aime bien, je **suis capable de m'arrêter de prendre le temps d'être en retard ça ne me dérange pas voilà.**

Je **ne suis pas trop en difficulté sur la consultation initiale parce que je ne suis pas encore confronté à l'échec de mes traitements** et euh… **Ça va être plutôt dans le suivi,** être capable d'évaluer **objectivement** si les choses s'améliorent ou pas, c'est pour ça que j'aime bien **les échelles**. Parce que des fois c'est un peu difficile, les gens disent ben « j'ai l'impression que ça va un peu mieux mais bon je ne sais pas trop, bon ce n'est pas très net quoi. Et puis **la difficulté c'est quand les traitements ne marchent pas** beuh… là pfff… on appelle le spé, on a rendez-vous dans un mois es ce qu'on commence à changer ou pas ou on attend qu'il fasse le changement es ce qu'on majore, es ce qu'on temporise, quelle place pour l'hospitalisation, des fois parce que tu demandes si typiquement il est vendredi 17h si c'est bien sérieux de les renvoyer chez eux ce week-end alors qu'ils sont tout seuls donc ça va **être plus dans le suivi que je vais être embêté.**

Questions de relance : b) Qu'en est-il de la gestion du temps de consultation ?

Pour la gestion du temps, ce n'est pas un problème, non parce que non parfois ils me font peur ces gens-là, parfois quand ils partent j'ai peur qu'ils se jettent sous la voiture, je préfère prendre trois quarts d'heures, je consulte avec 15 min avec des pauses entre temps. Tu as vu là j'étais en retard je préfère être. On ne m'en voudra pas si un mec fait une douleur tho et j'appelle le SAMU d'avoir une heure de retard le temps qu'ils arrivent ben j'estime que c'est tout aussi légitime de prendre du temps avec quelqu'un qui

m'explique que ça ne va pas et qu'il a des idées noires parce que si je l'expédie en dix minutes et qu'il va se foutre sous le train à la gare, je ne dormirais pas bien derrière donc voilà.

Voilà, la gestion du temps ce n'est pas un euh…**Dans le suivi ça peut l'être un peu si les choses vont un peu mieux et que tu te dis que tu ne fais que valider le fait que les choses vont mieux**, tu renouvèles les ordo voilà, tu t'assures derrière qu'il n'y a pas de catastrophe, là tu peux être un peu plus à te dire ça va mieux on avance mais sur une **consultation initiale si ça doit durer une heure, elle doit durer une heure** puis derrière il faut qu'ils ne viennent me chercher quand ils auront besoin de moi je serai……j'estime que ce n'est pas un souci.

Questions de relance : c) Avez des difficultés sur le choix de prescription ?

Les traitements, il y a un **peu d'habitue** de toute façon, c'est vrai pour tout quand je démarre un traitement pour l'HTA je retombe toujours sur mes pattes, c'est toujours les mêmes que j'utilise au départ, pour la dépression c'est un peu pareil, **les AD, les anxiolytiques, il y a une notion d'habitude** une **notion d'ancienneté** des traitements, je sais voilà que **le prozac on est tranquille**, si c'est une femme vis-à-vis de la grossesse si tu initie un traitement chez une femme qui ne le sait pas encore je ne sais pas les trucs comme ça, peut-être plus le **côte sécurité du médicament à priori bonne tolérance quand tu as les posologies en tête, tu restes un petit peu sur les mêmes traitements.** Après **ce n'est pas inaccessible de trouver les informations sur par exemple le Brineltlix** qui es très à la mode franchement c'est **la force de l'habitude** .En plus je n'ai pas la notion en tout cas le jour où je verrais une recommandation passée me dire que le syndrome dépressif caractérisé, il faut initier un IRSA plutôt que IRS ou que brinlétlix car number one car moins de souci je n'ai pas la notion qu'il y ait une supériorité des uns par rapport aux autres, après **il y a des finesse que je n' ai pas**, peut être que l'effexor sur des dépressions pas très asthéniques, c'est un peu plus stimulant vis-à-vis des troubles de l'alimentation, il ya peut être plus de chose à bricoler, il y en a qui sont un peu plus anorexigène que d'autres je ne sais pas, ça j'avoue c'est ma limite en thérapeutique beuh…

Moi je ne me sens pas en difficulté, peut être que **le fait d'utiliser toujours les mêmes ça me sécurise.**

Questions de relance : d) Qu'en est-il de l'accessibilité à un psychiatre ? Un psychologue ?

L'accessibilité au psychologue, ce n'est pas très compliquée après moi je n'ai pas un recul très important sur Nîmes, je remplace depuis trois ans mais j'ai l'impression quand on fait appel à un psychologue et en plus on a pas mal de contact au cabinet on a des rendez-vous assez honnêtes en termes de délai de toute façon il n'y a pas d'urgence à l'avoir dans les 48h, on n'est pas généralement quand un rendez-vous dans quinze jours trois semaines, je trouve que c'est raisonnable.

Pour les psychiatres, je trouve un peu plus compliqué, à mon sens il y a **deux catégories** : es ce que le **patient est déjà connu** et dans ce cas-là, il y moyen, pas très compliqué sont connus du cabinet du psy, tu **peux négocier des rendez-vous rapides**. Quand **c'est un premier épisode** et ils ne sont suivis de personne **c'est plus compliqué** pour le coup, le CHU n'est pas un recours car pareil, ils ont des délais qui sont difficiles et quand tu es dans une situation qui ne mérite ni les urgences ni l'attentisme ou tu as quand même besoin de l'avis du spécialiste moi mon recours c'est le libéral car le CHU je n'ai jamais eu de réponse, de délai satisfaisant donc à mon franc regret car j'aimerais bien retravailler avec l'hôpital car j'en garde de bons souvenirs euh… mais bon euh …. Actuellement ce n'est trop le recours.

6/Quel est votre ressenti sur l'enseignement universitaire et votre formation pour prendre en charge la dépression en MG ?

En externat le cursus de psy super, j'étais à Montpellier que ça soit mes deux stages en psycho med, les quelques gardes où j'étais aux urgences psychiatriques et les TD et les cours qu'on avait franchement j'ai l'impression que euh… après ça me plaisait aussi j'étais peut être un peu plus investi que dans d'autres disciplines mais **j'ai l'impression que l'on a bien été formé o**n a eu des TD qui étaient pertinents, puis j'avais l'impression que les trucs que je voyais en TD ou en cours je les voyais aussi en service quoi, les bipolaires je les voyais, les dépressifs je les voyais, bon je ne suis pas allé dans les unités fermées, les cas de schizophrénie je n'ai pas vu.

Donc je trouvais **que l'enseignement théorique que j'avais reçu à mon sens qui était bien** avec une superbe chef de clinique je la retrouvais en pratique je la retrouvais dans le service donc ça c'était cool.

Après**, l'internat**, **l'enseignement théorique, franchement je ne m'en souviens même pas d'avoir eu un**, on a **eu 2 h sur** les TCC non même pas sur TCC , **entretien motivationnel,** c'est le seul souvenir que j'ai des choses qui se rapproche de la psychiatrie et puis il y **a la pratique** après c'était**, en stage chez les prat et en SASPAS,** la pratique ben bien cat j'ai eu des stages qui se sont bien passés et en plus avec des **prat différents, différentes façons d'aborder les** et puis **plus tu avances et plus tu fais à ta sauce** mais l'enseignement **théorique**, moi je suis promo 2012/2013, j'ai fait tous les cours et euh…. Ils étaient tous nuls mais **là il n'y avait carrément pas** euh… franchement soyant mais… L'enseignement théorique sur a promo c'était zéro (rires)

7/Quelles seraient vos suggestions pour améliorer, si besoin cette formation ?

Déjà **qu'il y ait un cours** je suis un peu revendicatif. Je considère que l'enseignement théorique ne doit pas se faire pendant l'internat, on arrive tous aux ECN on est relativement bétons sur pas mal de choses après voilà chacun fait ses trucs, mais disons pour moi MG j'estime que les cours que j'ai en psy sont suffisants, je vois arriver une dépression je sais la diagnostiquer, je vois arriver rune bipolaire je sais la suspecter.

J'estime qu'au niveau théorique, moi le bagage théorique que j'avais pendant l'ECN était suffisant pour mon boulot de généraliste pas pour la psychiatre évidemment tu vois , il manque des choses en pharmaco et tout mais euh… qu'es ce qui aurait pu être amélioré dans la formation, ben clairement la partie théorique pendant l'internat et comment ben euh… peut être en **expliquant justement ce que c'est la consultation de médecine générale libérale, tu vois** parce que moi j'avais une image très hospitalo-centrée de la psychiatrie et c'est vrai pour toutes les pathologies d'ailleurs mais la psychiatrie de l'hôpital par définition c'est des dépressions sévères car sinon ils ne sont pas hospitalisés finalement **j'aurais bien aimé des cours sur la psychaitrie légère entre guillemets** justement, on disait tout à l'heure qu'es ce que l'on introduit justement qu'es ce que dit le collège des enseignants, quel est AD qu'il faut introduire en premier, justement pas d'avis de psychiatre de généraliste, je trouve que ça aurait été pas mal.

Je ne suis **pas un fan des jeux de rôles,** je **trouve que ça ne sert à rien**, je ne suis pas dépressif, je ne vais pas être capable de mimer le dépressif et quand c'est mon pote qui joue le dépressif je sais qu'il n'est pas dépressif. Les jeux de rôle, je pense que tu as compris, je pense que **c'est nul.**

Par exemple je ne sais dans quelle mesure c'est vrai que **les consultations de psychiatrie sont fréquentes en MG donc pourquoi pas intégrer dans la maquette un stage** : **hospitalier** en psychiatrie, on va se retrouver sur le même **problème, tu vas voir des patients hospitalisés** ou alors **il faudrait faire de la consultation en psychiatrie soit dans un SASPAS avec un psychiatre libéral** je ne sais pas s'ils sont très réceptifs à car les consultations de dépression des fois les gens, c'est un peu la même réserve quand j'étais interne les gens venaient parler de leurs problèmes, ils demandaient à ce que l'interne se casse ou quand tu es externe on te demande de sortir, c'est dommage mais je

Je pense que ça aurait été un peu une limite à intégrer la psychiatrie dans mon SASPAS mais franchement ça aurait été une excellente idée si ça avait été faisable de voir ben justement, la psychiatrie de ville encore avant que l'on soit dans le contexte de la sévérité ou de l'urgence qui nous impose une hospitalisation où là tu vois j'ai vu des sismothérapies ça ne m'intéresse pas dans ma pratique de tous les jours je sais que ça existe mais voilà, oui **intégrer pourquoi pas dans le SASPAS ou je ne sais quel est l'avenir de l'internat mais pourquoi pas déporter des consultations , faire de la psychiatrie plus modérée dans l'intensité des symptômes voir justement comment on peut éviter l'hospitalisation quand ça va encore.**

ENTREVUE N° 11

1/ Présentation (Age, sexe, mode d'exercice, Thésé ou pas, remplaçant ou installé)

Sexe : féminin
Age : 33 ans
Externat à Rennes,
Internat à Montpellier
SASPAS : oui
Stage en psychiatrie : oui Stage de psychiatrie en externat (secteur fermé)
Médecin Remplaçant depuis août 2016
Thésée oui depuis octobre 2019
Mode d'exercice principalement en ville

2/Quelles sont vos moyens de formation dans la prise en charge de la dépression ? (Formation théorique, DU, stage en psy, SASPAS, sources et supports de formation utilisés)

Les moyens de formation sont principalement **lectures de revues médicales** : je suis abonnée à **prescrire** que je lis tous les mois, à **exercer** que je lis aussi, et **je fais ce que l'on appelle les thématiques prescrire** : c'est recueil des principaux articles qui sont parus les 10, 15 , 20 dernières années, ce n'est pas toujours d'actualité mais il y a les articles les plus récents sur une thématique par exemple les prises en charge psychiatrie en cabinet de médecine générale c'est un truc qui est tombé je crois il y a un ou deux ans et donc ça m'a permis vraiment **de réactualiser mes connaissances là-dessus**, c'est **la principale chose que je fais** , de temps en temps quand j'ai une problématique au cabinet médical je **vais regarder sur le collège des enseignants de psychiatrie** et aussi le **DSM V** mais vraiment in situ je ne vais pas de temps en temps me plonger dans le DSM V, c'est vraiment quand j'ai une problématique au cabinet que je regarde. Je ne

fais pas de formation pour le moment en présentielle de DPC sur ce thème là et voilà c'est les **principales sources de formation** : c'est la revue **prescrire et exercer**.

A la fac oui j'en ai eu une formation parce que on a eu **des cours de psychiatrie** en tant qu'**externe,** c'est sûr et certain, d'ailleurs on **avait des bons cours**, j'étais **bien formée**, par contre en tant qu'i**nterne** voilà c'est vrai **que j'en ai pas trop de trop de souvenirs de la formation que l'on a reçu.**

Même pour être tout à fait honnête avant de te recevoir, je suis allée regarder dans mes prises de note des cours du DMG que l'on avait eu et effectivement 19/02/2015, j'ai un cours, la prise en charge des troubles psychiatriques en médecine générale dont **ma prise de note fait une demi page** (rires) euh…Donc je me dis que voilà ça n'a pas été, **ça m'a pas beaucoup marqué** et moi mon époque je suis de la promo 2013, j'ai passé mon ECN en 2013, on avait pas trop cet ENT au niveau du DMG donc je n'avais pas le réflexe d'y aller voir les cours qui étaient mis à disposition par les profs donc peut être que c'est un tort et que j'aurais pu trouver des ressources à ce moment là-dessus mais…Oui j'étais **formée en tant qu'externe grâce aux cours et aux bouquins que l'on avait pour préparer nos ECN, en post ECN je dirais pas trop**.

Je n'ai pas fait de stage de psychiatrie en tant qu'interne si ce n'est des situations psychiatriques au cabinet de médecine de ville, en tant **qu'externe oui j'ai eu une bonne formation de psychiatrie** dans un hôpital à Rennes qui était un hôpital à part un **hôpital de psychiatrie**, il avait une bonne formation avec des internes qui faisaient des cours , des chefs de clinique qui faisaient des cours au moins une fois par semaine pour discuter de dossier donc c'était vraiment pas mal mais c'était du terrain c'était moins de la théorique même s'il y avait de la théorique aussi mais c'était plus du terrain en tous cas j'ai un bon souvenir de ce stage-là qui n'a duré que trois mois malheureusement mais c'était très intéressant. Et d'ailleurs j'ai gardé des notes de cette époque-là et je me réfère aussi parfois à des arbres décisionnels souvent.

3/ Pouvez-vous me dire, comment menez-vous une consultation d'un patient dépressif ?

Question de relance : utilisez-vous des outils de dépistage ou des tests d'évaluation de la dépression ? (Non posée car réponse spontanée)

Toujours difficile, je le prends en cabinet de consultation**, souvent les gens dépressifs sont parfois accompagnés,** donc je **pose toujours la question si le patient veut que l'accompagnant vienne** avec lui ou pas, tout dépend de la réponse, on fait en fonction de ce qu'il veut et donc il y a deux types de consultations, il y a **le patient dépressif que tu revois**, que tu as déjà fait le diagnostic, donc c'est pour **un suivi , une adaptation de traitement** et le patient **dépressif pour lequel tu n'as pas encore posé le diagnostic**, c'est **deux consultations qui sont très différentes**.

Le **patient dépressif pour lequel tu n'as pas encore fait le diagnostic**, c'est des **longues consultations**, moi j'ai des créneaux **de vingt minutes** quand je remplace dans des cabinets médicaux **souvent ça ne me suffit** pas du tout euh…et je peux aller jusqu'à **doubler voire tripler le créneau** de consultation, ça dépend de la fragilité du patient que j'ai en face de moi euh… donc : **expliquez-moi pourquoi vous êtes là** et **souvent** les gens ont **du mal à évoquer le sujet du problème** qui les amène mais je les **laisse souvent parler**, je **reformule**, je fais **des phrases un peu d'accroche** mais **je laisse pendant une longue période parler** le patient donc **il m'explique un peu ses symptômes,** j'essaye de faire un débrouillage entre ce qui

me paraît important et ce qui l'est le moins et quand j'ai le mot **épisode dépressif caractérisé** qui vient à l'esprit, la première chose qui me vient à l'esprit que j'essaye **d'évaluer c'est le risque suicidaire immédiat**, pour moi **c'est l'urgence médicale à éliminer**, **à évaluer.** Voilà, c'est **très important de demander à un patient** si, il a des **idées noires** plus ou moins suicidaire plus ou moins s'il y a un **risque suicidaire élevé avec l'urgence, la dangerosité du scénario** etc. ….euh… c'est la chose la plus importante pour moi et après donc j'essaye de savoir justement si on peut parler **d'épisode dépressif caractérisé** je refais un peu dans ma tête : **tristesse de l'humeur anhédonnie**, pour avoir au moins l'évaluation des choses, si ça **dure depuis plus** ou moins deux **semaines** et savoir surtout s'il y a une **rupture avec l'état antérieur**, donc moi en tant que remplaçante ce n'est pas toujours évident les gens je ne les connais pas forcément d'avant même si ça fait un moment que je remplace dans le même cabinet donc je commence à connaitre la patientèle mais **ça c'est assez important de savoir pour moi si c'est vraiment quelque chose d'aigue**. J'essaye de savoir s'il y a un **facteur qui peut expliquer l'épisode dépressif** du patient , une rupture , un deuil etc. Et après je **propose toujours une échelle d'évaluation** , en fonction des **patients** si c'est des patient entre guillemets plus ou moins **autonome** je leur fait faire **un auto-questionnaire avec l'échelle de Beck,** si, c'est des patients qui ont besoin un peu plus de soutien, je passe à **l'échelle d'Hamilton** et après une fois que cette échelle de dépression a été remplie, je fais un **examen somatique** pour essayer de voir s'il n' y a pas une **explication physiologique** à cet épisode dépressif caractérisé.

4/ Quelle est votre prise en charge globale du patient dépressif ? (Question non posée car réponse spontanée)

En fonction de mon échelle d'évaluation soit, je prescris d'emblée un **AD** alors souvent **IRS** en première intention, **soit je revois** le patient à distance surtout par exemple quand **l'épisode dépressif me semble léger**, faible à léger **parfois moyen** et surtout s'il a un **bon entourage social** auprès de lui et **surtout je le revois** c'est à dire je ne le laisse pas comme ça plus de quinze jours, **à quinze jours on refait un point** pour les **patients qui n'ont pas eu**, pour lesquels euh…. Je n'ai pas prescrit **d'AD** et pour **ceux à qui j'ai prescrit des AD je les revois trois à quatre semaines** après la prescription et pour **l'évaluation du traitement** parce que je me dis que trois à quatre semaines est un bon délai pour voir si le traitement fonctionne avant de changer la posologie e ou de classe médicamenteuse et **je propose aussi un suivi** psychologique voire psychiatrique, alors j'ai plutôt **tendance à faire des suivis psychologiques** parce que les états dépressifs caractérisés que j'ai pu voir pour le moment **c'était plutôt des légers à moyen** et **pour les sévères** soit **j'oriente vers le psychiatre** soit en fonction de l'urgence j'appelle le service de psychiatrie à l'hôpital pour une prise en charge hospitalière voilà c'est des longues, longues consultations , ça prend un temps infini.

LQP003 cotation de **l'échelle d'Hamilton** et je sais que je **ne peux la coter qu'une fois par an** donc ça c'est un peu embêtant d'après moi parce **que à chaque consultation de suivi ou toutes les deux consultations, je refais un questionnaire pour le suivi de l'intensité, de la sévérité de l'épisode dépressif et pour voir si mon traitement est plus ou moins efficace** parce que c'est très subjectif, un patient qui va mieux **de sa part de lui et de ma part à moi** , mon appréciation personnelle mais quand on un questionnaire normé et le patient répond à des question parfois on se dit ben oui il a l'air d'aller mieux et au final quand on voit le résultat ben non c'est pas aussi bien que ça donc c'est **dommage que l'on ne puisse pas coter plusieurs fois par an** justement cette échelle de suivi, peut-être pas à hauteur de 69 euros à chaque consultation mais peut-être, **on pourrais majorer un peu les consultations ça serait peut-être une bonne idée**.

Questions de relance : a) Quelle Thérapeutique médicamenteuse préconisez-vous ? (Choix de la molécule : AD +/- anxiolytique)

Pour les traitements **: Escitalopram, Citalopram** en **première intention** quand je vois que ça ne fonctionne pas très bien, je passe à la **Fluoxétine** et euh… voilà ça, c'est mes trois molécules que j'arrive plus ou moins à manier. Et après **si ça fonctionne moyennement, je passe aux IRSNa** avec **le seul que je sais manier :** c'est **la Venlafaxine**, je n'utilise pas d'autres.

Pas d'anxiolytique en systématique, c'est peut être un tort d'ailleurs il faudrait que je regarde, non j'en mets pas d'anxiolytique en systématique , évidement **j'essaye d'interroger les patients pour savoir s'il y une composante anxieuse** dans leur trouble dépressif mais c'est vrai ce n'est pas quelque chose que je fais en systématique parce que j'estime **que l'épisode dépressif peut lui-même induire de l'anxiété** et je me dis que parfois le traitement AD peut simplement suffire à traiter l'anxiété, **qui dit anxiolytiques, dit BZD, et dans ma pratique je suis très frileuse sur les BZD,** j'en mets très, très rarement vraiment. Je **préfère faire du soutien psychologique pour l'anxiété plutôt que de mettre une molécule**.

Questions de relance : b) Faites-vous de la Psychothérapie de soutien au cabinet ?

Je fais du soutien psychologique, complètement de façon empirique, je n'ai aucune formation de psychothérapie, **j'essaye d'avoir une écoute attentive de mon patient, le regarder dans les yeux, écouter ce qu'il dit et ne pas avoir une posture fermée, ne pas regarder l'écran d'ordinateur** c'est à dire que, quand il me parle de choses je n'écris pas mon observation en même temps, quitte à prendre cinq minutes une fois qu'il soit parti pour faire une observation sur mon ordinateur donc ça c'est très important et **la psychothérapie de soutien, c'est du ressenti complètement au feeling,** je n'ai suivi aucune formation, **je fais des reformulations** pour savoir **si j'ai bien compris la problématique,** quitte à avoir un patient qui me dit : non, non, vous n'avez rien compris, je recommence et ben on recommence, pas grave, je prends le temps qu'il faut **et j'essaye d'avoir**, je ne sais pas si ça joue en tous cas j'ai souvent des retours de patient**, une voix douce et apaisée vraiment parler doucement, parler distinctement** euh… voilà ça se rapproche un petit peu entre guillemets de l'hypnose mais pareil, je n'ai aucune formation en hypnose c'est complètement du ressenti, donc voilà **je fais en fonction des gens que j'ai en face de moi, qui ne sont pas toujours réceptifs à ma façon de faire.**

Questions de relance : c) Orientez-vous les patients vers un psychothérapeute pour une TCC ou autre ?

Je fais les orientations chez les psychiatres en fonction des retours des patients que j'ai eu. En tant que remplaçante au début tu ne sais pas trop mais maintenant avec l'expérience (trois ans d'expériences de rempla) **je sais à peu près qui fait quoi et qui propose d'emblée des thérapeutiques médicamenteuses aux patients et qui ne le fait pas** et qui **m'appelle pour me donner des nouvelles** pour me dire voilà ce que je pense de tel ou tel patient donc ou je sais à peu près ce qu'ils font les psychiatres vers qui je les adresse maintenant sue Nîmes je vais dire que j' ai deux ou trois avec qui j'aime bien travailler et après je fais en fonction de la proximité géographique des patients.

Questions de relance : d) Qu'en est-il de l'arrêt travail ?

L'arrêt de travail c'est une très bonne question, une fois que **le diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé** a été fait j'arrête les patients **au moins trois semaines**, alors **c'est beaucoup**, **c'est peut-être**

la seule chose que j'ai retenu de ma formation du DMG, on nous avait dit **les arrêts d'une semaine ça ne sert à rien** donc j'arrête trois semaines chez **les patients que je traite** pour refaire un point sur l'efficacité et tolérance du traitement et **j'arrête quinze jours chez les patients que je ne traite pas** et que je veux revoir à quinze jours **pour deux raison**s car je pense que, en **une semaine on ne peut pas s'extraire d'une situation difficile, se recentrer sur ses problématiques, faire des démarches auprès des psychologues,** je pense c'est trop court et la **deuxième raison pour inciter les patients à venir me revoir**, voilà.

5/Quelles sont les difficultés auxquelles êtes-vous confrontés lors de la consultation ?

Questions de relance : a) Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la première consultation et lors des consultations de suivi ?

Questions de relance : b) Qu'en est-il de la gestion du temps de consultation ? (Non posée car réponse spontanée)

C'est variable, première consultation, je trouve que le diagnostic de l'EDMC n'est pas si difficile à faire que ça parce que on a des critères bien définis donc ce n'est pas trop la difficulté, **la seule difficulté de la première consultation : c'est le** temps de consultation **c'est très long** et bien évidemment on ne prévoit pas quand la secrétaire prend les rendez-vous ne demande pas au patient pourquoi il vient, ah c'est pour une dépression super je vous prévois quarante minutes donc non ça ne en se passe pas comme ça dans la vraie vie. C'est peut-être la seule difficulté et après **pour les consultations de suivi que faire devant un patient** que tu suis depuis longtemps, j'ai une situation en tête c'est pour ça que j'en parle pour le quel tu as essayé trois classes d'IRS la venlafaxine en 2ème intention et que tu as envoyé chez le psychiatre pour savoir s'il y avait une indication à l'amytriptiline et aux autres, tricycliques on t'a répondu non et les suivis psychiatriques ne donnaient rien et pourtant tu es dans **une impasse thérapeutique** et tu ne sais plus quoi lui proposer, il a une psychothérapie . Que faire devant ces situations-là, c'est là que l'on se retrouve, moi **je me retrouve dans l'impasse thérapeutique et la difficulté de continuer à prolonger l'arrêt de travail** parce que le patient n'a manifestement pas les capacités de retourner au travail mais pour autant le traitement ne fonctionne pas, la psychothérapie de soutien ne fonctionne pas, le psychiatre te dit ben écoutez on va rester avec l'effexor c'est bien ça donc c'est des situations difficiles car **j'ai le sentiment de ne pas, que la prise en charge n'est pas optimale** et parfois on ne se sait pas trop quoi proposer à ce genre de patient et sont en plus un peu réfractaire à toutes les prises en charge parallèles, les psychologues, les TCC parfois dans certains troubles dépressifs, il y a de bons résultats je trouve d'expérience avec l'EMDR quand la composante anxieuse est très important je trouve que ça fonctionne très bien mais il y a des patients qui sont réfractaires et tu as **l'impression d'être d'un scribe d'arrêt de travail** et voilà ça c'est un peu difficile comme situation mais j'en ai pas beaucoup, j'en ai que je suis régulièrement à tel point que je me suis **demandée s'il n'y avait pas des troubles neuropsychologiques associés** donc on fait tout un bilan cognitif aussi qui était négatif mais voilà c'est difficile. Donc je dirais que c'est **la consultation de suivi qui est difficile quand ça ne fonctionne pas,** c'est difficile.

Questions de relance : d) Qu'en est-il de l'accessibilité à un psychiatre ? Un psychologue ?

C'est très difficile, mais les **rendez-vous de psychologue sont moins et difficiles à obtenir et les rendez-vous de psychiatre n'en parlons pas**, j'ai beaucoup**, beaucoup de refus de psychiatres pour des nouveaux patients** qui ne sont pas connus dans les cabinets de psychiatrie. Je pense notamment à un psychiatrie qui est très renommé mais qui ne prend plus de nouveaux patients ben voilà après quand j'ai besoin d'avis urgent ben j'adresse en consultation au CHU en passant un coup de téléphone avant au psychiatrie de grade pour expliquer un peu la situation et plus ou moins avancer le rendez-vous mais la difficulté c'est que maintenant au CHU **les suivis ne se font plus au CHU** donc je ne sais pas si c'était déjà le cas avant mais en tout cas ils orientent vers le CMP qui sont sectorisés maintenant donc c'est très difficile d'avoir un avis spécialisé et un suivi sur la dépression en ville je trouve ça vraiment dur, vraiment.

Clairement, le **fait que l'accès au psychologue ne soit pas remboursé est un frein** pour les patients. Il y a effectivement cette histoire de remboursement alors récemment je crois que depuis un an, il y a certaines consultations de psychologie qui sont remboursées avec une ordonnance médicale pour certains motifs c'est un psychologue qui m'avait dit ça et j'avoue, je n'ai pas creusé la question. Mais clairement c'est **un frein pour les patients et surtout l'autre frein** pour les patients c'est **la peur d'être catalogué fou** en allant **voir psychologue ou psychiatre.** Il y a cette **construction** qui es **très difficile** à ben détourner c'est très **ancré dans la tête des gens** je ne vais pas voir un psychiatre docteur je **ne suis pas fou** mais il n'y pas d'histoire de folie ou quoique ce soit, il y a une histoire de maladie et les gens ont du mal ave ça mais effectivement le côté financier de l'affaire joue beaucoup, je pense.

Questions de relance : c) Avez des difficultés sur le choix de prescription ?

Choix des molécules : à partir des choses que j'avais apprises en théorie, je sais que les **IRS sont les molécules à mettre en première intention** et dans cette **catégorie j'en avais retenu trois** voilà. Pareil pour **la venlafaxine en deuxième intention**, j'en avais retenu qu'un et après pour les autres je ne les manie jamais, je les ai oubliés entre guillemets de mon arsenal thérapeutique. Il y a un **AD que l'on voit beaucoup fleurir en ce moment c'est le brintelix** que beaucoup de psychiatres mettent. Moi en regardant un peu je trouve que l'on a **pas beaucoup de recul de ce médicament** et en plus **ce n'est pas une classe que je connais** c'est un autre AD donc bon, écoute je n'ai **pas vu d'effet miraculeux** par rapport à d'autres classes standards donc non mais je pense que je ne n'ai pas suffisamment d'expérience pour le coup pour savoir préférer telle ou telle molécule en fonction de telle ou telle situation alors j'avoue que j'ai plutôt une préférence dans les premières intentions, je prescris rarement du prozac je prescris volontiers de l'escitalpram en première intention donc voilà, c'est peut être aussi **une habitude de prescription** de ce que **j'ai vu dans mon stage** en tant qu'**externe** de ce que faisait mes maitres de stage, en **stage d'internat** et après quand j'étais en **SASPAS** de ce que j'ai pu voir aussi des **prescriptions de médecin que je remplaçais en SASPAS** mais bon surtout des souvenirs théoriques et de ce que j'ai vu en consultation.

A trois voire quatre semaines quand je revois les patients s'il y a eu aucun changement sur l'humeur mais pas d'intolérance du médicament, j'ai tendance alors à **augmenter la posologie du médicament** après ce qui me fait arrêter les médicaments, c'est souvent des sensations décrites vertigineuse, des sensations de malaise, des troubles du sommeil aggravés, c'est essentiellement les causses qui me font arrêter les médicaments.

Alors après la chose que je ne fais pas et peut être que je devrais faire ça aussi c'est que tous mes patients qui **sont sous AD n'ont pas tous eu un ECG de référence**, tu as des EDMC chez le jeune adulte on en voit

avant 40 ou 50 ans tous mes patients n'ont pas eu une consultation cardio et je n'ai pas d'ECG au cabinet, ils n'ont donc pas tous un ECG de référence et **je ne peux apprécier parfois le QT de référence** donc ça c'est peut-être **une problématique** qu'il faudrait que je résolve une fois installée pour être sûre d'être bien dans les clous et ne pas faire de bêtises mais effectivement malaise insomnies, troubles du sommeil, cauchemars aussi il y a beaucoup de personnes qui se plaignent de cauchemars à l'introduction d'un AD donc ça je suis assez vigilante là-dessus alors souvent je ne diminue pas la dose.

Souvent j'introduis en parlant d'Escitalopram souvent je commence à 20 mg ça m'arrive de passer à 10 mg mais c'est quand même assez rare, si je vois que **le médicament est mal toléré je change de classe médicamenteuse** pour essayer autre chose et je m'autorise comme ça une modification et si je vois que le patient n'a pas bien répondu ni à la première ni à la deuxième qu'il y a beaucoup d'effet secondaires, je passe la main **je l'adresse au psychiatre.**

6/Quel est votre ressenti sur l'enseignement universitaire et votre formation pour prendre en charge la dépression en MG ?

Je n'ai pas de souvenir alors j'ai une très mauvaise mémoire je suis aussi responsable mais je n'ai pas de **souvenir franc des cours que l'on a eu au DMG de l'enseignement** que l'on a eu pendant l'internat c'était **le seul cours** que l'on avait eu pendant notre internat c'était ce cours-là sur la dépression parce qu'après on avait eu un autre cours sur l'addiction mais là c'est autre problème.

Non, **ce n'est pas le DMG qui m'a formé à la prise en charge d'un patient dépressif en MG,** c'est loin de là, ce qui m'a formé c'est les stages et les références théoriques que je peux avoir à droite ou à gauche mais pas la DMG, je dirais pas de souvenir du tout je suis allée piocher, j'avais pris peu de notes et **le peu de note que j'avais pris ne m'aide pas dans ma pratique quotidienne.**

7/Quelles seraient vos suggestions pour améliorer, si besoin cette formation ?

Faire des cours : es ce qu'il faudrait des cours peut être **comme une journée, une plénière** entre guillemet de psychiatrie dans le DMG donc pas **forcément que la dépression plusieurs sujets de psychiatrie rencontrés en MG**, la **dépression c'est le plus important effectivement**, l'anxiété, les insomnies, tous les troubles psychotiques, on n'en voit pas beaucoup donc peut être que ça serait à mettre de côté et **les addictions très importants**, une **plénière, un jour, deux jours, sur un week -end**

Des intervenants psychiatres CHU et libéraux pour expliquer un petit peu la **prise en charge de patients dépressifs et aussi les réseaux de soins qui existent** parce que quand on remplace on connait le psychiatre, on connait le psychologue et on ne connait pas le CMP, on ne connait pas ces structures, moi je trouve.

On n'a pas **les numéros des référents à appeler** en fonction de là où on est installé donc je pense que ça, ça **serait intéressant sur le plan pratico-pratique** , **quelle molécule utilisée** donc **se garder peut être une ou deux molécules par classe médicamenteuse pour ne pas s'embrouiller** l'esprit avec plein de trucs et au final on a rien retenu, **insister aussi sur l'objectivité des échelles de dépression,** ça , c'est très important car un ressenti ce n'est pas du tout la même chose qu'une échelle objective de dépression et **c'est ça qui permet de voir si la patient s'améliore ou pas,** je trouve…et puis peut être **faire intervenir,** des euh… ce que l'on appelle maintenant ce qui est à la mode **des patients experts** c'est à dire des **gens**

qui ont eu un EDC je trouve que c'est **très intéressant d'avoir le ressenti du patient** qui plus ou moins **devient expert de sa maladie** et qui est parfois tout simplement plus au fait sur les dernières recommandations que nous car nous on a un pléthore de choses à traiter au cours de notre activité et lui il a eu un ED ,il a été pris en charge de telle ou telle manière, il a vu le psychiatre, le psychologue, il est allée au CHU, au CMP, les rendez-vous, les molécules…. faire en sorte entre guillemets **des témoignages** et peut être lui apporterait ses idées en disant voilà ce qui n'a pas été bien voilà ce que vous devez améliorer **pour essayer effectivement d'améliorer nos pratiques, je vois ça sur 2 jours entre les différents intervenants** et **aussi échanger de nos pratiques entre nous** mais la **problématique quand on est interne on n'a pas le recul nécessaire on n'a pas l'expérience nécessaire**, ça me fait penser au GEPT que l'on faisait c'était toujours difficile car on avait pas le recul nécessaire, ça serait intéressant peut être maintenant après trois/quatre ans de remplacement, refaire des groupes comme ça dire que voilà, moi ça fait trois ou quatre ans que j'ai fini mes études voilà ce qui se passe j'aimerais bien parler avec vous comme des groupes de pairs mais ça, ça existe mais en tous cas voilà, à la fac je vois ça plutôt sur deux journées d'enseignement avec des intervenants différents, je trouve que ça pourrait être pas mal.

Et pourquoi pas faire de stages et pour ceux qui **sont en SASPAS pourquoi pas dans la maquette** entre guillemets, **imposer des consultations chez un psychiatrie libéral +/- au CHU mais je pense que la psychiatrie en libéral est plus intéressante** pour nous ça serait pas mal parce que vraiment, la **psychiatrie c'est un monde vraiment à part** ou alors faire par exemple **proposer un stage couplé, trois mois dans un cabinet de psychiatrie et peut être trois mois avec un psychologue qui fait des TCC ou qui proposent autres techniques qui ont fait leur preuve** évidement sur l'anxiété associé aux EDC oui ça pourrait être pas mal vraiment je pense que ça pourrait être une bonne idée.

Des stages de psychiatrie je pense **que pendant l'internat** il y en avait qui étaient possibles mais j'en ai jamais fait mais oui **je pense en libéral ça serait plus intéressant pour nous MG car la psychiatrie de l'hôpital, encore une fois il y un biais de recrutement** ce n'est pas du tout les mêmes patients que l'on voit, ça pourrait être une bonne idée.

ENTREVUE N°12

1/ Présentation (Age, sexe, mode d'exercice, Thésé ou pas, remplaçant ou installé)

Sexe : féminin
Age : 28 ans
Externat à Marseille,
Internat à Montpellier (promotion 2016, fin internat novembre 2019)
SASPAS : oui
Stage en psychiatrie : oui lors de l'externat
Médecin Remplaçant non thèsé depuis juillet 2016
Mode d'exercice principalement en ville

2/Quelles sont vos moyens de formation dans la prise en charge de la dépression ? (Formation théorique, DU, stage en psy, SASPAS, sources et supports de formation utilisés)

Les moyens ça va être **principalement les cours** et notamment **le collège des enseignants de psychiatrie**, il était tout neuf quand j'ai moi appris le sur la dépression. Après moi c'est à ce moment-là, en **externat**

que **j'ai fait un stage en psychiatrie,** ça m'avait **pas mal aidé**, c'était à peu près ça le secteur on voyait un peu de tout il y avait pas mal de dépression après les moyens c'est vraiment **stages sur le tas** que je me suis formée à chaque fois chez **le généraliste ou en psychiatrie** quand j'ai vu le patient.

3/ Pouvez-vous me dire, comment menez-vous une consultation d'un patient dépressif ?

Question de relance : utilisez-vous des outils de dépistage ou des tests d'évaluation de la dépression ? (Non posée car réponse spontanée)

Je **laisse parler en fait, j'oriente au fur et à mesure de son discours** pour obtenir les mots clés et qui m'intéressent notamment **l'évaluation du risque suicidaire**, **évaluer un peu l'intensité des symptômes et le retentissement.**

J'utilise principalement mon **ressenti et l'expérience que j'ai eu au fur et à mesure après l'échelle d'Hamilton** souvent **je le fais à postériori** souvent **à la fin de la consultation je regarde un peu à combien je suis et je le note,** je ne le fais pas forcément à chaque fois un test pendant la consultation, c'est dommage parce que c'est coté, je le fais plus pour les autres qui vont le suivre mais pour moi personnellement ça ne m'apporte pas énormément plus **sur le ressenti** et l'**expérience** pas forcément ce qui a le mieux mais c'est comme ça que je fonctionne. J'utilise aussi les **critères de la DSM V.**

4/ Quelle est votre prise en charge globale du patient dépressif ?

La prise en charge globale ça va **dépendre de l'intensité,** si c'est léger **je propose juste un suivi psychologique et de se revoir en consultation régulièrement** à chaque fois s'il y a besoin, après quand c'est un peu **plus sévère**, je leur propose un **traitement AD en plus** voilà **plus anxiolytique** si, il y a besoin et pour l'instant je n'ai pas de cas tellement sévère que je dois les envoyer directement pour se faire hospitaliser, ça je ne les ai pas eus encore ça ne m'est pas arrivé.

Questions de relance : a) Quelle Thérapeutique médicamenteuse préconisez-vous ? (Choix de la molécule : AD +/- anxiolytique)

Pour les traitements AD, j'utilise **les ISRS** : le plus le **Seroplex** et **anxiolytique Seresta** parce que j'ai fait du coup un stage en gatsro et je sais qu'avec l'alcool tout ça c'est ce qu'il y a le mieux, pour les personnes âgées c'est aussi c'est ce qu'il y a le mieux donc c'est vrai du coup c'est mon chouchou là-dessus, c'est celui que j'utilise principalement.

Questions de relance : b) Faites-vous de la Psychothérapie de soutien au cabinet ?

J'ai **aucune formation pour la psychothérapie de soutien**, enfin avec **le DMG on nous avait donné quelques clés** pour **écouter**, pour essayer d'approfondir un peu les choses et je ne me rappelle plus les mots, tu avais **le miroir** quelque chose comme ça pour **essayer que le patient trouve tout seul sa solution**, de donner les clés pour l'aider mais après je n'ai pas du tout de formation.

Questions de relance : c) Orientez-vous les patients vers un psychothérapeute pour une TCC ou autre ?

Je les **envoie quasiment tout le temps chez le psychologue**, à chaque fois qu'il y a un problème de dépression je leur en parle à chaque fois **et après psychiatre** euh… Je réfléchi sur les deux derniers cas

que j'ai par exemple en ce moment pas de psychiatrie, il y a une qui avait était suivi par le psychiatre, je lui demandais de reprendre contact mais je crois qu'elle ne l'a pas fait.

C'est le **problème de mon stage d'externe** où je me suis rendue compte que **les psychiatres ne sont pas très psychologues** justement et que du coup pour **eux ils gèrent le traitement et pour le reste voilà,** du coup voilà **c'est pour ça que je travaille principalement avec la psychologue** et après **si je ne m'en sors pas avec les traitements** à ce moment-là **je les oriente vers le psychiatre**.

Questions de relance : d) Qu'en est-il de l'arrêt travail ?

L'arrêt de travail, si je les mets **sous traitement AD** c'est que je les **arrête** si c'est juste, c'est **léger** j'oriente juste **vers un psychologue,** ça va se discuter du cas par cas en général, de toute façon je ne leur impose pas, on en discute à chaque fois et on voit. En **général je leur propose une voire deux semaines** que **l'on renouvelle au bout de deux semaines** donc ça fait souvent un mois d'arrêt pour le début du traitement et voilà c'est souvent comme ça que je fais plutôt deux semaines ben déjà ça fait moins peur et parce que ça me **permet de réévaluer le traitement et de prolonger l'arrêt,** c'est aussi **un moyen pour les obliger à revenir**.

5/Quelles sont les difficultés auxquelles êtes-vous confrontés lors de la consultation ?

Euh…

Questions de relance : a) Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la première consultation et lors des consultations de suivi ?

Les consultations de toute façon à chaque fois des patients que je ne connais pas **il faut créer un peu le lien** mais après souvent dans la deuxième consultation de suivi que l'on va creuser un petit peu plus les choses et que ben on rentre un peu plus dans leur intimité.

Questions de relance : b) Qu'en est-il de la gestion du temps de consultation

Je ne sais pas si je suis efficace mais en tous les cas je me sens à l'aise. Il faut du temps en ce moment il y a deux patientes particulièrement que je suis dans ce cadre de dépression et chaque fois je demande à avoir **une demi-heure de créneau**.

Questions de relance : c) Avez des difficultés sur le choix de prescription ?

Au niveau des **recommandation**, c'est **la classe que l'on recommande** et après **celle que j'ai vu le plus souvent utilisé par les confrères, par les chefs, c'est par habitude** mais **c'est vrai que je ne suis pas très à l'aise avec le maniement des différentes molécules** , il y en a une qui avait déjà eu la **fluoxétine,** je crois qu'elle l'avait comme ancien traitement et qui lui avait convenu et qu'elle avait gardé pendant plusieurs années donc c'est celui -là que j'ai repris **sinon** ben on **regarde dans le Vidal** et voilà ça ne pose pas de souci particulier.

Questions de relance : d) Qu'en est-il de l'accessibilité à un psychiatre ? Un psychologue ?

Le **principal frein est financier clairement,** ça c'est un gros frein comme il y a quelques, certaines mutuelles qui prennent en charge quelques consultations, on peut un peu négocier comme ça mais en

plus souvent je pense aux deux que je suis particulièrement en ce moment elles ont de grandes difficultés financières donc les envoyer faire ça, si elles le font, c'est parce qu'elles sont motivées mais c'est vrai si elle ne le faisaient pas je ne pourrais pas leur reprocher car effectivement comme ce n'est pas emboursé, ça fait des frais en plus et ça rajoute encore des ennuis quoi.

6/Quel est votre ressenti sur l'enseignement universitaire et votre formation pour prendre en charge la dépression en MG ?

Ben euh… je me sens plus ou moins à l'aise donc la formation **doit être pas si mal**. Je pense que j'ai eu les outils nécessaires.

7/Quelles seraient vos suggestions pour améliorer, si besoin cette formation ?

La **psychologue** ça serait bien que ça soit **mieux pris en charge** et après tant que je ne connais pas de psychiatre qui prend le temps de parler avec les patients ben euh… c'est difficile de les orienter vers un psychiatre mais si demain j'en ai un…Pour l'instant comme je ne connais pas trop qui, j'ai autour de moi je reste toute seule.

Des stages de psychiatrie libérale pourquoi pas mais pas de stage psy hospitalier car là, ça n'a rien avoir donc ou alors éventuellement faire du **de la psychiatrie en SASPAS** pourquoi pas sinon mon stage d'externe était bien, mais je me suis peut-être trop investie car à la base je voulais être psychiatre mais le fait d'avoir vu que les psychiatres ne faisaient juste des prescriptions médicamenteuses, j'ai changé d'avis.

La psychiatrie l'hôpital, ça n'a rien avoir avec le libéral

Mais un **stage de psychiatrie six mois ça peut être très long**, un stage d'internat en psy de six mois, je trouve ça trop long ou **un stage en psychiatrie en trois mois** je n'en suis pas sûre que l'hôpital soit le mieux mais **plutôt en libéral.**

ENTREVUE N° 13

1/ Présentation (Age, sexe, mode d'exercice, Thésé ou pas, remplaçant ou installé)
Sexe : féminin
Age :
Externat à Nîmes,
Internat à Montpellier Nîmes (promotion 2015, fin internat novembre 2018)
SASPAS : oui avec psychologues 5 demi-journées
Stage en psychiatrie : oui lors de l'externat
Médecin Remplaçant depuis novembre 2016
Thèseé depuis juin 2019 et installée depuis septembre 2019
Mode d'exercice principalement en ville

2/Quelles sont vos moyens de formation dans la prise en charge de la dépression ? (Formation théorique, DU, stage en psy, SASPAS, sources et supports de formation utilisés)

Les moyens de formations dans la prise en charge de la dépression de euh... il **n'y a pas eu de beaucoup** je pense sincèrement. Je crois que, ben j'ai cherché un peu, j'ai une amie qui est psychiatre, je lui pose des questions et ….oui je pense que je fais ça je vais voir le psychiatre.

Quand j'étais remplaçante il y **avait un psychiatre dans le SASPAS** donc **je lui posais des questions**. Après il y a **l'externat les cours** que l'on a eu en médecine**. Le stage à l'externat**, il me semble que c'était je ne sais plus si c'était tous les matins, je ne m'en souviens plus de ça, par contre nous étions **en consultation avec des psychiatres, par contre nous n'étions pas actives, on écoutait, après on discutait avec le psychiatre**.

Après, je m'en souviens qu'ils étaient trois donc on assistait à des consultations avec trois psychiatres différents après quand j'étais en stage d'addictologie, il y avait aussi un psychiatre qui faisait des consultations, j'ai assisté à quelques consultations mais pas beaucoup. **Je n'ai pas de souvenir que c'était hyper détaillé non plus en cours**. Pendant l'internat, j'imagine que oui mais je ne crois pas ça ne m'a pas marqué, en fait je cherche mais en tout cas ça ne m'a pas marqué. Pour **la dépression** honnêtement c'est du **feeling**.

J'ai utilisé, il n'y a pas longtemps **le test d'Hamilton** que mes collègues le font beaucoup, **honnêtement j'ai trouvé ça pas terrible du tout** moi **je ne me suis pas retrouvée dans le test. Je ne sais pas s'il est recommandé ou pas je ne me suis pas retrouvée dedans**, je n'arrivais pas le poser au patient, j'ai vite laissé tomber, du coup avec le test je l'ai peut-être mal fait même avec le test, il n'y avait pas d'indication de traitement moi j'en ai quand même mis un, moi je le sentais comme ça et le patient vraiment demandeur vraiment **du feeling,** je pense.

3/ Pouvez-vous me dire, comment menez-vous une consultation d'un patient dépressif ?

Question de relance : utilisez-vous des outils de dépistage ou des tests d'évaluation de la dépression ? (Non posée car réponse spontanée)

Si le patient se présente comme ça, **j'explore toutes les conduites instinctuelles**, **instinctives**, tout ce qui **est sommeil**, **appétit**, l'histoire du **poids**, l'**humeur**, la **motivation**, l'**anhédonie**, la **sexualité,** je pose aussi la question et je vois si tout **est impacté** ou si que c'est dans la vie perso. Et selon comment ça se passe. Ensuite je vois, c'est un peu triste de dire ça, **je vois au feeling si le patient est réceptif à un traitement** même s'ils viennent avec un motif de dépression ils ne sont pas forcément dans la demande d'un traitement médicamenteux. Il y a tous les cas de figures, il y en a qui veulent un **suivi psychologique**, il y en a qui veulent un **truc léger** comme ils disent euh…donc **je m'adapte** s'ils sont prêts à partir **sur telle ou telles démarche thérapeutique** et voilà.

4/ Quelle est votre prise en charge globale du patient dépressif ?

Les AD si je vois ça tique un peu sur l'introduction d'un traitement au long cours dans tous les cas je les préviens que nous partons sur un **traitement de neuf mois, un an** parce que souvent je remarque par d'autres médecin ce n'était pas toujours précisé donc les patients tombaient un peu des nus quand ça allait un peu mieux et ils l'arrêtaient ah on me l'avait pas dit, alors ils ne l'avaient pas intégré, je ne sais pas donc je les préviens si on part sur ça on part sur ça pour un moment.

Risque de récidive et si je sens qu'ils ne sont pas prêts des fois, j'introduis un petit anxiolytique quelques temps pour voir un petit peu comment ça se passe ils vont effectivement euh… que ça calme l'angoisse mais ça ne calme pas le reste on passe un peu plus sur autre chose après je **propose toujours la psychologue** après c'est toujours **le problème de la prise en charge financière** euh... À Sauves on a le **CMP** qui est assez disponible donc ça c'est bien. Je **propose un entretien avec IDE de psychiatrie** euh… qu'es ce que l'on a d'autres et après **je m'adapte s'ils sont réceptifs à la relaxation** je leur **prescris des exercices de relaxation,** je leur donne une **application méditation en pleine conscience.** Je m'adapte vraiment au profil du patient voilà réceptif à telle ou telle chose.

J'ai **tendance à mettre un anxiolytique en systématique**, si je mets un AD, alors c'est que l'on avait appris à l'école il y a 10 ans , j'ai cru comprendre que ce n'était pas toujours nécessaire du coup j'ai tendance à le faire même si on m'a dit que **la levée d'inhibition ce n'est plus vraiment le cas** c'est vrai que je ne sais pas trop du coup donc je le fais quand même pendant une **quinzaine de jours** surtout que au final **l'AD pour moi n'est pas actif tout de suite** et les patients ont du coup, ont un peu l'impression pendant deux voire trois semaines de prendre un médicament pour rien, en fait même si on les préviens il y a cette demande que ça agisse vite et voilà.

Questions de relance : a) Quelle Thérapeutique médicamenteuse préconisez-vous ? (Choix de la molécule : AD +/- anxiolytique)

Je mets pas mal de la **paroxétine,** je **ne sais pas pourquoi je l'aime bien** euh… surtout quand il y a l'**angoisse** car j'avais **notion que c'était prescrit dans ce contexte-là** euh… Je mets du **prozac** aussi et après **ça dépend s'ils ont déjà eu des épisodes** et s'ils ont bien toléré tel ou tel médicament, **je reprends le même.** S'ils ont déjà eu du séroplex, je reprends le même**.** Je fais souvent un **ECG pour tous car je ne sais pas pour lesquels il faut le faire** ou pas donc je le fais.

Pour les **anxiolytiques**, j'ai tendance à mettre du **Seresta**, je ne sais pas pourquoi ou du **Xanax.** Là, le dernier patient je l'ai revu hier j'avais mis du xanax ça le soulage une heure je suis passée au seresta on verra donc, c'est pareil s'ils ont déjà eu je mets l'un ou l'autre mais des fois ça évoque des choses chez eux, ils ont tel ou telle personne, leur oncle leur mère qui étaient **sous tel ou tel médicalement** ils l'ont un **peu diabolisé** ça je connais, non je ne veux pas donc je propose un autre.

Pour les traitements légers, donc c'est eux qui demandent, il y a le **stresam que j'essaye**, éventuellement il y a des gens qui sont vraiment en mode je **ne veux pas d'AD, j'essaye l'euphytose,** voilà **je compte sur l'effet placébo** voilà il y a le **D-stress booster,** il y a **magnésium marin, le millepertuis** j'en mets pas trop, c'est vrai que je n'y pense pas voilà ils **ont déjà une idée de ce qu'ils veulent** voilà pour moi ce n'est pas AD qui a un effet AD.

Le reste traitement léger ça reste un outil différent en fait donc je n'ai pas d'affinité plus avec un ou un autre je m'adapte voilà, il va se sentir écouter, je vais répondre à sa demande et on serra après **si ça ne fonctionne pas il sera plus enclin** à ce que l'on aille plus loin donc voilà je le vois comme ça.

Questions de relance : b) Faites-vous de la Psychothérapie de soutien au cabinet ?

La psychothérapie de soutien je ne **suis pas formée,** je ne me considère pas comme ça après on **parle beaucoup** avec le patient surtout que je viens de m'installer, j'ai beaucoup de temps à leur consacrer. **Je**

prête des livres, j'ai une espèce de bibliothèque que j'ai constitué parce que **je suis sexologue auss**i, je prête des livres sur ça, les gens sont demandeurs **donc j'ai étendu sur tout ce qui est trouble anxieux** (TAG : ne vous faites pas de souci pour un tout ou rien), mais **pour la dépression il faudrait que je le fasse.** J'ai TAG un livre que j'avais lu, et que j'ai gardé donc je le prête après voilà je leur dis ça ne vous plait pas vous le ramener après ces petits trucs **sur la confiance en soi, ne pas se laisser déborder**, il y a beaucoup d'hypersensibilité je trouve. Je leur prête des bouquins, j'ai beaucoup de patients qui n'ont pas les moyens financiers, **le fait de leur prêter quelque chose** ça fait partie, **ça crée une relation** quand même ils reviennent avec je leur prête quelque chose ça permet aussi de les rendre acteurs un petit peu car souvent en cas de dépressions ils sont souvent très passifs ça permet de les inclure un petit peu.

Questions de relance : c) Orientez-vous les patients vers un psychothérapeute pour une TCC ou autre ?

Pour l'orientation **vers le psychiatre,** ils **ont vraiment du mal,** c'est aller chez le psychiatre oh là, là je suis **étiqueté,** je suis **fou**, on a cette réaction vraiment, **j'essaye de leur expliquer la différence entre le psychanalyste, le psychiatre, le psychologue.** Il y en a beaucoup qui ont eu **des mauvaises expériences avec des médecins que ça soit généraliste ou psychiatre qui ne se sont pas senti écoutés ou qui ont l'impression que voilà on va aller chez le psychiatre on va leur donner un traitement** basta, ça ne leur plait pas non plus selon la personnalité et le type de demande**, j'oriente vers tel ou tel psychiatre, je sais que tel psychiatre va écouter un peu plus, l'autre vas être plus moléculaire et voilà**, on essaye de sentir un petit peu qu'es ce qu'il lui conviendrait le mieux, la psychologue aussi, on sent plus qu'il faut une femme ou un homme bon voilà.

Questions de relance : d) Qu'en est-il de l'arrêt travail ?

L'arrêt de travail, on a **tellement de demandes pour le burn out c'est horrible,** je ne sais pas si ça doit rentrer dans la dépression mais peuf euh… c'est compliqué, il y en a pas mal, c'est triste en cas de burn out j'essaye de leur dire, **voilà un moment donné, il va falloir réfléchir à ce que l'on fait après :** retourner au travail ou pas ou éventuellement changer de travail s'il n'y a pas de perspective d'amélioration quoi après l'arrêt de travail pour dépression, oui je fais avec **autorisation de sortie** je note bien que les horaires doivent être libres besoin de **s'aérer l'esprit** je le note comme ça et **ne pas rester isolé, favoriser les sorties,** après moi je n'ai pas eu de cas ou ça s'éterniser, je le prescris pour qu'ils posent un peu et qu'ils se remettent au clair.

En général quand c'est arrêt maladie, je pars sur **quinze jours pas plus** parce que **je veux les revoir** en fait en leur disant bien ne pas se mettre le stress oh mon dieu je la revois dans quinze jours donc ça veut dire que dans 15 jours je repars au travail, là en perd tout le bénéfice de l'arrêt je leur dis **on le prolongera peut être mais je veux vous revoir je ne prescris jamais d'emblée un AD pour un mois,** je fais **15 jours et si je vois qu'il est vraiment pas bien je mets une semaine** en leur précisant qu'ils peuvent me rappeler s'il y a quoique ce soit, ils ne sont pas obligés d'attendre la fin de l'arrêt maladie pour venir me voir. Oui je **mets à peu près 15 jours, une semaine c'est trop court clairement** une semaine ça passe vite ils n'ont pas le temps de se poser qu'ils sont déjà en train d'anticiper le comment ils vont retourner travailler, donc voilà.

5/Quelles sont les difficultés auxquelles êtes-vous confrontés lors de la consultation ?

Euh…

Questions de relance : a) Quelles sont les difficultés rencontrées lors de la première consultation et lors des consultations de suivi ?

J'ai **plus de difficultés lors de la première consultation**, j'allais dire surtout si je ne le connais pas mais non pas forcément car parfois on les connait on n'a rien vu donc on est un peu surpris, moi personnellement je m'en veux je me dis mince , il y a beaucoup d'alcooliques, là j'en ai vu une il n'y a pas longtemps ben je me suis voulue, je demande systématiquement dans chaque dossier tabac alcool tout ça et elle particulièrement je n'avais pas demandé et je pense que ça aurait été une porte d'ouverture pour la dépression, du coup, elle particulièrement, je m'en suis voulue et du coup **la première fois on sent que ce n'est pas facile à aborder pour le patient** donc **moi ça me stresse un peu**, des fois **je me dis il faut surtout pas que je fasse une gaffe** que je sois euh… que j'ai **la bonne réaction** voilà après voilà pour éviter l'écueil de ne pas répondre à la demande, de braquer le patient, je lui demande clairement de m'expliquer avec ses mots de me raconter et **je lui demande qu'est ce qu'il attend de moi** quoi. Je ne dis pas ça s'appelle une dépression, je vous donne un AD merci au revoir. Je lui demande **qu'est-ce que vous attendez de moi** comme ça **j'essaye de définir son attente** pour pas proposer un truc qui n'est pas du tout adapté et voilà je ne sais pas si j'ai répondu. Mais c'est vrai **au début ce n'est pas facile pour eux** il faut du courage souvent ah un ami qui m'a dit de venir je ne me sens pas très bien ce n'est pas facile.

Pour le suivi pour l'instant ça va une fois que la relation est créée, je n'ai pas sauf éventuellement s'il y a **un échec ça serait plus dur** mais ce qui me met plus en **difficulté quand** il y a un **risque suicidaire** en fait ça c'est un peu **pesant** moi **je me stresse** beaucoup, j'ai tendance à les rappeler et à leur demander comment ça va voilà ça, c'est moi. C'est vrai quand il y un risque suicidaire ce n'est pas évident.

Questions de relance : b) Qu'en est-il de la gestion du temps de consultation ?

Pour la gestion du temps, moi **je viens de m'installer, j'ai du temps** donc ça va mais je pense qu'après ça va être plus compliqué. **Quand je sais que je vais le revoir** et qu'il a besoin de parler, il y en a qui ne parlent pas, il y a des dépressifs qui ne verbalisent pas, lui ça va assez vite, **celui qui a besoin de verbaliser, je demande aux secrétaires de mettre une demi-heure lors du prochain rendez-vous,** je sais que le rendez-vous va être plus long, moi je m'adapte car je sais que je peux le faire mais je sais que ce n'est pas évident pour tout le monde.

Questions de relance : c) Avez des difficultés sur le choix de prescription ?

Pour **les traitements**, oui **je pense que j'ai des difficultés sur le choix de prescription,** il **faudrait que je me reforme,** de toute façon ça a changé il y a dix ans on nous disait qu'il fallait mettre un anxiolytique pour la levée d'inhibition, là par **exemple je ne savais pas que le prozac il fallait le prescrire à demi dose au début pour la tolérance** ça je ne savais pas du tout moi je le mettais d'emblée comme ça bon ça s'est toujours bien passé j'ai eu de la chance peut être donc il y des petites choses comme çà il faudrait que je me reforme et je ne sais jamais quand ils sont **vierges de tout traitement,** je ne sais pas si pas trop d'angoisse particulièrement, je ne sais pas sur quoi je pars **, je réfléchis beaucoup soit je demande**, **j'appelle un psychiatre après on n'a pas toujours le temps d'appeler soit je fais mon propre choix toute seule sans me baser vraiment sur des trucs scientifiques** quoi **soit je demande plutôt conseil à un ami donc je préfère utiliser une deux molécules que je connais** parce que on a toujours peur des effets indésirable, il y a des gens oui donnez-moi quelque chose qui ne fait pas grossir ça je l'entend beaucoup il faut surtout pas s'il y a des antécédents de troubles du comportements alimentaires ou je ne sais ou

une ancienne obésité, c'est une peur terrible, enfin voilà, du coup j'essaye voilà de **voir j'avoue que j'ai oublié toutes les molécules** que l'on a à disposition, on a tendance à utiliser celles que l'on connait mais je pense que c'est un peu valable pour tout.

Questions de relance : d) Qu'en est-il de l'accessibilité à un psychiatre ? Un psychologue ?

L'accessibilité au **psychologue**, **le frein est clairement financier pas remboursé** donc c'est compliqué. Ça sera toujours un problème tant que ça ne sera pas remboursé par la sécu ça sera compliqué. Et au **psychiatre du coup** c'est peut-être pas bien ce que je vais dire **pas très confraternel** mais moi je connais personnellement j'ai eu **une bonne psychiatre particulièrement pour moi en tant que patiente** elle est géniale, le problème elle n'est plus disponible, elle ne prend plus aucun patient donc là, il y a un problème d'accessibilité. Il ya **d'autres psychiatres que j'ai eu en tant que patiente** qui **sont très** disponibles mais que du coup c'est expliqué par le fait **ça ne vas pas du tout** donc je sais que malgré la disponibilité, je ne vais pas forcément envoyer mon patient là-bas**, c'est la pratique qui ne convient pas et en plus je les ai testé en tant que patiente donc en fait je le sais bien et puis les patients nous font des retours** ceux que je ne connais pas s'il y a un patient qui dit quelque chose sur un médecin je ne le note pas mais **quand ça revient plusieurs patients on a ce retour** la ben je vais essayer de chercher ailleurs.

Pour les délais ça dépend car on passe beaucoup par le CMP ça donne accès à l'IDE psychiatrique qui fait aussi le rôle de psychothérapie c'est là qu'ils vont pouvoir parler, il y a un temps de parole qui est précieux voilà moi je suis à Sauves donc les gens ont souvent du mal à bouger à aller un peu plus loin alors bon pas forcément pas très loin il y a la clinque de l'anxiété il y a pas mal de chose mai s'il faut arriver à les faire déplacer et ce n'est pas évident disponibilité voilà hormis **les très bons psychiatres qui n'ont plus de place** ben et en **plus après c'est sectorisé** selon par quoi on passe quand c'est en libéral je ne crois pas et du coup pff voilà après **je n'ai pas beaucoup de patients qui acceptent d'y aller chez le psychiatre pour une dépression** parce que c'est assez, il y **a un blocage**

6/Quel est votre ressenti sur l'enseignement universitaire et votre formation pour prendre en charge la dépression en MG ?

Pour la dépression je n'ai pas l'impression, je ne sais pas, je n'ai peut-être pas écouté **je ne m'en souviens pas dans l'internat** que l'on ait eu, on l'a sûrement eu mais **ce n'est pas assez** quoi … pas assez **je ne m'en souviens vraiment pas du contenu** je suis désolée …Je n'ai pas euh…

7/Quelles seraient vos suggestions pour améliorer, si besoin cette formation ?

C'est vrai que **les jeux de rôle c'était pas mal** on en avait bien sûr d'autres choses, donc **les jeux de rôle c'est bien.**

Stage en psychiatrie honnêtement moi je voulais être psychiatre, j'ai fait médecine pour ça, donc je voulais vraiment être psychiatrie, j'ai fait tous mes études en subissant le somatique car ça m'intéressait pas du tout **je voulais être psychiatre** c'était un but en soi voilà et **je suis passée en stage de psychiatrie e**n tant qu'externe et **j'étais déçue de voir comment les gens étaient abordées**, **c'était très moléculaire** pour moi après c'était stage hospitalier ça ne m'avait pas plus du tout donc c'est après l'internat que j'ai changé d'avis j'ai hésité et du coup j'ai pris MG et peut être de faire de **stages ambulatoires éventuellement permet de voir une psychiatrie ça serait pas mal** pare ce que là c'est de la psychiatrie

quand même qui est lourde, on n'a pas la psychiatrie que l'on voit tous les jours je pense que **les consult de MG, j'ai l'impression qu'il y en a pas mal donc c'est vrai que comme pour le reste on est pas formé à l'ambulatoire** en fait qu'es ce qu'on fait pour les patients c'est beaucoup de d'hospitaliers un faible pourcentage au final de la population.

Donc faire des stages chez **le psychiatre ou dans la maquette de SASPAS** ou peut être chez **MG qui sont un peu plus branchés psychiatrie** parce que la formation théorique voilà, je pense que la pratique. En théorie plutôt **des choses plus pratique telle molécule, dans tel ou tel cas** qu'es ce qu'on donne le plus **es ce qu'il faut faire ECG ou pas avant,** moi je sais que je suis équipée je le fais sans problème, j'ai accès facilement après je sais par exemple mes collègues s'ils se posent la question, les confrères ils me l'envoient pour ECG avant traitement psy et ils le revoit après ou c'est un peu le **je ne sais même plus spontanément pour quel type de molécule il faut le faire mais du coup moi je le fais systématiquement** puis il y a des petites choses comme **ça savoir concrètement quelle est la démarche** ce qui pose aussi beaucoup problème dans le prise en charge de la dépression c'est , moi euh.. faut **une prise de sang pour savoir s'il n'y a pas de problème de thyroïde** en fin de problème de thyroïde ou quoi on **se demande beaucoup maintenant es ce qu'on fait une imagerie cérébrale quand il y une rupture brutale avec l'état antérieur sans délire sans quoique ce soit,** patient qui est dépressif qui ne l'était pas ou il n' y pas de vecteur déclenchant es ce que euh… je fais une imagerie ou pas, une des question que je me suis posée il n'y pas longtemps donc c'est ben **d'avoir une petite conduite à tenir,** je pense aussi en **formation théorique ça pourrait être bien.**

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.*

- *Admise 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.*

- *Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

RESUME

Introduction : La dépression est l'une des pathologies mentales la plus fréquente en médecine générale et représente un problème majeur de santé publique. Le Médecin généraliste est le plus souvent le premier acteur intervenant dans la prise charge des troubles dépressifs. Face à cette prévalence croissante, l'enseignement fourni au cours du DES de médecine générale permet-il une prise en charge optimale du patient souffrant de trouble dépressif ?

L'objectif de cette étude était de mettre en évidence la perception des jeunes médecins généralistes concernant leur formation sur la prise en charge de la dépression à l'issu de leur internat de MG à la faculté de Montpellier-Nîmes, et aussi, de mettre en avant leurs attentes concernant la formation théorique et pratique dans le domaine de la dépression.

Matériels et méthodes : Nous avons réalisé une étude qualitative basée sur la réalisation de 13 entretiens semi dirigés auprès de jeunes médecins généralistes. Le guide d'entretien était axé sur le déroulé d'une consultation Dépression en médecine générale. Les données recueillies ont été analysées avec le logiciel X-MIND®.

Résultats et discussion : différentes problématiques sont rencontrées dans la prise en charge de patient souffrant de trouble dépressif. Les principales difficultés relevées portent sur les outils et les techniques de communication, l'utilisation des échelles d'évaluation, la complexité du suivi du patient dépressif, la coordination de la prise en charge avec les autres acteurs de santé (psychiatres, psychologues), la gestion de la psychothérapie de soutien au cabinet de MG, et l'adaptation des traitements médicamenteux. La formation des jeunes médecins généralistes à la psychiatrie et plus particulièrement dans la prise en charge de la dépression apparaît insuffisante tant sur le plan théorique que pratique.

Conclusion : Les jeunes médecins généralistes sont en demande de formation à la psychiatrie et souhaitent des cours théoriques spécifiques à la dépression, peut-être davantage interactif (jeux de rôles, supports vidéo, e-learning sur des sites dédiés), avec une meilleure transversalité des enseignants psychiatres et médecins généralistes. Pour leur formation pratique, ils aimeraient le développement de stages de psychiatrie en ambulatoire adaptée à l'exercice de la médecine générale libérale, pourquoi pas en structure médico-psychiatrique type CMP, cette pluridisciplinarité amènerait une meilleure compréhension et prise en charge globale de la dépression… Suite à cette étude et en regard de leurs attentes, il apparait nécessaire de repenser un nouveau modèle d'enseignement de la psychiatrie pour la formation de nos futurs MG. La Médecine Générale étant une jeune nouvelle spécialité d'internat depuis 2002, nous avons cette chance de voir les modalités pédagogiques et le contenu d'enseignement évoluer continuellement en fonction de l'évaluation des internes et jeunes médecins pour améliorer leur pratique.

Mots clés : Formation, Médecine générale, trouble dépressif, recherche qualitative, dépression