



HAL
open science

Syndrome dépressif: modalités et difficultés de sa prise en charge pour le médecin généraliste. Une étude qualitative menée en région PACA

Caroline Noyon-Audibert

► To cite this version:

Caroline Noyon-Audibert. Syndrome dépressif: modalités et difficultés de sa prise en charge pour le médecin généraliste. Une étude qualitative menée en région PACA. Sciences du Vivant [q-bio]. 2022. dumas-03681237

HAL Id: dumas-03681237

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03681237v1>

Submitted on 30 May 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.



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

**Syndrome dépressif : modalités et difficultés de sa prise en charge pour le
médecin généraliste. Une étude qualitative menée en région PACA**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 25 Mai 2022

Par Madame Caroline NOYON-AUDIBERT

Née le 23 novembre 1993 à Ollioules (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur RICHERI Raphaëlle

Président

Madame le Docteur (MCA) ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

Directeur

Madame le Docteur BEAUMIER Soizic

Assesseur

Monsieur le Docteur BLANCHARD Bruno

Assesseur



Faculté des sciences
médicales et paramédicales

Aix-Marseille Université

**Syndrome dépressif : modalités et difficultés de sa prise en charge pour le
médecin généraliste. Une étude qualitative menée en région PACA**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

**LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES
DE MARSEILLE**

Le 25 Mai 2022

Par Madame Caroline NOYON-AUDIBERT

Née le 23 novembre 1993 à Ollioules (83)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur RICHERI Raphaëlle

Président

Madame le Docteur (MCA) ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

Directeur

Madame le Docteur BEAUMIER Soizic

Assesseur

Monsieur le Docteur BLANCHARD Bruno

Assesseur

FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES & PARAMÉDICALES

Doyen	:	Pr. Georges LEONETTI
Vice-Doyen aux affaires générales	:	Pr. Patrick DESSI
Vice-Doyen aux professions paramédicales	:	Pr. Philippe BERBIS
Conseiller	:	Pr. Patrick VILLANI
Assesseurs :		
➤ aux études	:	Pr. Kathia CHAUMOITRE
➤ à la recherche	:	Pr. Jean-Louis MEGE
➤ à l'unité mixte de formation continue en santé	:	Pr. Justin MICHEL
➤ pour le secteur NORD	:	Pr. Stéphane BERDAH
➤ Groupements Hospitaliers de territoire	:	Pr. Jean-Noël ARGENSON
➤ aux masters	:	Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

➤ sciences humaines et sociales	:	Pr. Pierre LE COZ
➤ relations internationales	:	Pr. Stéphane RANQUE
➤ DU/DIU	:	Pr. Véronique VITTON
➤ DPC, disciplines médicales & biologiques	:	Pr. Frédéric CASTINETTI
➤ DPC, disciplines chirurgicales	:	Dr. Thomas GRAILLON

ÉCOLE DE MEDECINE

Directeur : **Pr. Jean-Michel VITON**

Chargés de mission

▪ PACES – Post-PACES	:	Pr. Régis GUIEU
▪ DFGSM	:	Pr. Anne-Laure PELISSIER
▪ DFASM	:	Pr. Marie-Aleth RICHARD
▪ DFASM	:	Pr. Marc BARTHET
▪ Préparation aux ECN	:	Dr Aurélie DAUMAS
▪ DES spécialités	:	Pr. Pierre-Edouard FOURNIER
▪ DES stages hospitaliers	:	Pr. Benjamin BLONDEL
▪ DES MG	:	Pr. Christophe BARTOLI
▪ Démographie médicale	:	Dr. Noémie RESSEGUIER
▪ Etudiant	:	Elise DOMINJON

ÉCOLE DE DE MAIEUTIQUE

Directrice : **Madame Carole ZAKARIAN**

Chargés de mission

- 1^{er} cycle : Madame Estelle BOISSIER
- 2^{ème} cycle : Madame Cécile NINA

ÉCOLE DES SCIENCES DE LA RÉADAPTATION

Directeur : **Monsieur Philippe SAUVAGEON**

Chargés de mission

- Masso- kinésithérapie 1^{er} cycle : Madame Béatrice CAORS
- Masso-kinésithérapie 2^{ème} cycle : Madame Joannie HENRY
- Mutualisation des enseignements : Madame Géraldine DEPRES

ÉCOLE DES SCIENCES INFIRMIERES

Directeur : **Monsieur Sébastien COLSON**

Chargés de mission

- Chargée de mission : Madame Sandrine MAYEN RODRIGUES
- Chargé de mission : Monsieur Christophe ROMAN

PROFESSEURS HONORAIRES

<p>MM AGOSTINI Serge ALDIGHERI René ALESSANDRINI Pierre ALLIEZ Bernard AQUARON Robert ARGEME Maxime ASSADOURIAN Robert AUFFRAY Jean-Pierre AUTILLO-TOUATI Amapola AZORIN Jean-Michel BAILLE Yves BARDOT Jacques BARDOT André BERARD Pierre BERGOIN Maurice BERLAND Yvon BERNARD Dominique BERNARD Jean-Louis BERNARD Jean-Paul BERNARD Pierre-Marie BERTRAND Edmond BISSET Jean-Pierre BLANC Bernard BLANC Jean-Louis BOLLINI Gérard BONGRAND Pierre BONNEAU Henri BONNOIT Jean BORY Michel BOTTA Alain BOTTA-FRIDLUND Danielle BOUBLI Léon BOURGEADE Augustin BOUVENOT Gilles BOUYALA Jean-Marie BREMOND Georges BRICOT René BRUNET Christian BUREAU Henri CAMBOULIVES Jean CANNONI Maurice CARTOUZOU Guy CAU Pierre CHABOT Jean-Michel CHAMLIAN Albert CHARPIN Denis CHARREL Michel CHAUVEL Patrick CHOUX Maurice CIANFARANI François CLAVERIE Jean-Michel CLEMENT Robert COMBALBERT André CONTE-DEVOLX Bernard CORRIOL Jacques COULANGE Christian CURVALE Georges DALMAS Henri DE MICO Philippe</p>	<p>MM DELPERO Jean-Robert DESSEIN Alain DELARQUE Alain DEVIN Robert DEVRED Philippe DJIANE Pierre DONNET Vincent DUCASSOU Jacques DUFOUR Michel DUMON Henri ENJALBERT Alain FAUGERE Gérard FAVRE Roger FIECHI Marius FARNARIER Georges FIGARELLA Jacques FONTES Michel FRANCES Yves FRANCOIS Georges FUENTES Pierre GABRIEL Bernard GALINIER Louis GALLAIS Hervé GAMERRE Marc GARCIN Michel GARNIER Jean-Marc GAUTHIER André GERARD Raymond GEROLAMI-SANTANDREA André GIUDICELLI Sébastien GOUDARD Alain GOUIN François GRILLO Jean-Marie GRIMAUD Jean-Charles GRISOLI François GROULIER Pierre GUYS Jean-Michel HADIDA/SAYAG Jacqueline HASSOUN Jacques HEIM Marc HOUEL Jean HUGUET Jean-François JAQUET Philippe JAMMES Yves JOUVE Paulette JUHAN Claude JUIN Pierre KAPHAN Gérard KASBARIAN Michel KLEISBAUER Jean-Pierre LACHARD Jean LAFFARGUE Pierre LAUGIER René LE TREUT Yves LEGRE Régis LEVY Samuel LOUCHET Edmond LOUIS René LUCIANI Jean-Marie</p>
--	--

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	MAGALON Guy	MM	TAMALET Jacques
	MAGNAN Jacques		TARANGER-CHARPIN Colette
	MALLAN- MANCINI Josette		THIRION Xavier
	MALMEJAC Claude		THOMASSIN Jean-Marc
	MARANINCHI Dominique		UNAL Daniel
	MARTIN Claude		VAGUE Philippe
	MATTEI Jean François		VAGUE/JUHAN Irène
	MERCIER Claude		VANUXEM Paul
	MICHOTEY Georges		VERVLOET Daniel
	MIRANDA François		VIALETTES Bernard
	MONFORT Gérard		WEILLER Pierre-Jean
	MONGES André		
	MONGIN Maurice		
	MUNDLER Olivier		
	NAZARIAN Serge		
	NICOLI René		
	NOIRCLERC Michel		
	OLMER Michel		
	OREHEK Jean		
	PAPY Jean-Jacques		
	PAULIN Raymond		
	PELOUX Yves		
	PENAUD Antony		
	PENE Pierre		
	PIANA Lucien		
	PICAUD Robert		
	PIGNOL Fernand		
	POGGI Louis		
	POITOUT Dominique		
	PONCET Michel		
	POUGET Jean		
	PRIVAT Yvan		
	QUILICHINI Francis		
	RANQUE Jacques		
	RANQUE Philippe		
	RAOULT Didier		
	RICHAUD Christian		
	RIDINGS Bernard		
	ROCHAT Hervé		
	ROHNER Jean-Jacques		
	ROUX Hubert		
	ROUX Michel		
	RUFO Marcel		
	SAHEL José		
	SALAMON Georges		
	SALDUCCI Jacques		
	SAMBUC Roland		
	SAN MARCO Jean-Louis		
	SANKALE Marc		
	SARACCO Jacques		
	SARLES Jacques		
	SARLES - PHILIP Nicole		
	SASTRE Bernard		
	SCHIANO Alain		
	SCOTTO Jean-Claude		
	SEBAHOUN Gérard		
	SEITZ Jean-François		
	SERMENT Gérard		
	SOULAYROL René		

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

EMERITAT

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2018

M. le Professeur	MARANINCHI Dominique	31/08/2021
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2019
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2019
M. le Professeur	RIDINGS Bernard	31/08/2021

2019

M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2020
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2020
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2020
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2020
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2020
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2020
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2020

M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2021
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2021

EMERITAT

M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2021
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2021
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2021
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2021

M. le Professeur	BOUBLI Léon	31/08/2024
M. le Professeur	LEGRE Régis	31/08/2024
M. le Professeur	RAOULT Didier	31/08/2024
M. le Professeur	DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
M. le Professeur	GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
M. le Professeur	SAMBUC Roland	31/08/2023
M. le Professeur	SEITZ Jean-François	31/08/2023
M. le Professeur	BERLAND Yvon	31/08/2022
M. le Professeur	CHARPIN Denis	31/08/2022
M. le Professeur	CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
M. le Professeur	FRANCES Yves	31/08/2022
M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2022
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2022
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2022
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2022
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2022
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2022
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2022

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur P. MUSTACCHI (U.S.A.)

DOCTEURS HONORIS CAUSA

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHIARONI Jacques
<i>ALBANESE Jacques Surnombre</i>	CHINOT Olivier
ALIMI Yves	CHOSSEGROS Cyrille
AMABILE Philippe	COLLART Frédéric
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre
BERTUCCI François	FABRE Alexandre
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane
BREGEON Fabienne	GABERT Jean
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad
BRUNET Philippe	GAUDART Jean
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe
	GREILLIER Laurent

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AMABILE Philippe	COLLART Frédéric	GUIS Sandrine
AMBROSI Pierre	COSTELLO Régis	GUYE Maxime
ANDRE Nicolas	COURBIERE Blandine	GUYOT Laurent
ARGENSON Jean-Noël	COWEN Didier	<i>GUYIS Jean-Michel Retraite le 24/09/2021</i>
ASTOUL Philippe	CRAVELLO Ludovic	HABIB Gilbert
ATTARIAN Shahram	CUISSET Thomas	HARDWIGSEN Jean
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARLE Jean-Robert
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HOUVENAEGHEL Gilles
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	JACQUIER Alexis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	JOURDE-CHICHE Noémie
BAILLY Daniel	DAUMAS Aurélie	JOUVE Jean-Luc
BARLESI Fabrice	DAVID Thierry	KAPLANSKI Gilles
BARLIER-SETTI Anne	D'ERCOLE Claude	KARSENTY Gilles
BARLOGIS Vincent	D'JOURNO Xavier	<i>KERBAUL François détachement</i>
BARTHET Marc	DEHARO Jean-Claude	KRAHN Martin
BARTOLI Christophe	DELAPORTE Emmanuel	LAFFORGUE Pierre
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	LAGIER Jean-Christophe
BARTOLI Michel	DISDIER Patrick	LAMBAUDIE Eric
BARTOLOMEI Fabrice	DODDOLI Christophe	LANCON Christophe
BASTIDE Cyrille	DRANCOURT Michel	LA SCOLA Bernard
BELIARD-LASSERRE Sophie	DUBUS Jean-Christophe	LAUNAY Franck
BENSOUSSAN Laurent	DUFFAUD Florence	LAVIEILLE Jean-Pierre
BERBIS Philippe	DUFOUR Henry	LE CORROLLER Thomas
BERBIS Julie	DURAND Jean-Marc	LECHEVALLIER Eric
BERDAH Stéphane	DUSSOL Bertrand	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BEROUD Christophe	EBBO Mikaël	LEONE Marc
BERTRAND Baptiste	EUSEBIO Alexandre	LEONETTI Georges
BERTUCCI François	FABRE Alexandre	LEPIDI Hubert
BEYER-BERJOT Laura	FAKHRY Nicolas	LEVY Nicolas
BLAISE Didier	FAURE Alice	MACE Loïc
BLIN Olivier	FELICIAN Olivier	MAGNAN Pierre-Edouard
BLONDEL Benjamin	FENOLLAR Florence	MANCINI Julien
BOISSIER Romain	FIGARELLA/BRANGER Dominique	MEGE Jean-Louis
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FLECHER Xavier	MERROT Thierry
BONELLO Laurent	FOUILLOUX Virginie	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BONNET Jean-Louis	FOURNIER Pierre-Edouard	MEYER/DUTOUR Anne
BOUFI Mourad	FRANCESCHI Frédéric	MICCALEF/ROLL Joëlle
BOYER Laurent	FUENTES Stéphane	MICHEL Fabrice
BREGEON Fabienne	GABERT Jean	MICHEL Gérard
BRETELLE Florence	GABORIT Bénédicte	MICHEL Justin
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MICHELET Pierre
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MILH Mathieu
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MILLION Matthieu
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	MOAL Valérie
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MORANGE Pierre-Emmanuel
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MOULIN Guy
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MOUTARDIER Vincent
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	NAUDIN Jean
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHAGNAUD Christophe	GIORGI Roch	NICOLLAS Richard
CHAMBOST Hervé	GIOVANNI Antoine	NGUYEN Karine
CHAMPSAUR Pierre	GIRARD Nadine	OLIVE Daniel
CHANEZ Pascal	GIRAUD/CHABROL Brigitte	OLLIVIER Matthieu
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GONCALVES Anthony	OUAFIK L'Houcine
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	OVAERT-REGGIO Caroline
CHAUMOITRE Kathia	GRANDVAL Philippe	PAGANELLI Franck
	GREILLIER Laurent	<i>PANUEL Michel Surnombre</i>

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PAPAZIAN Laurent	ROLL Patrice	VALERO René
PAROLA Philippe	ROSSI Dominique	VAROQUAUX Arthur Damien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	ROSSI Pascal	VELLY Lionel
PELLETIER Jean	ROUDIER Jean	VEY Norbert
PERRIN Jeanne	SALAS Sébastien	VIDAL Vincent
PESENTI Sébastien	SARLON-BARTOLI Gabrielle	VIENS Patrice
PETIT Philippe	SCAVARDA Didier	VILLANI Patrick
PHAM Thao	SCHLEINITZ Nicolas	VITON Jean-Michel
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominic	SEBAG Frédéric	VITTON Véronique
PIQUET Philippe	SIELEZNEFF Igor	<i>VIEHWEGER Heide Elke détachement</i>
PIRRO Nicolas	SIMON Nicolas	VIVIER Eric
POINSO François	STEIN Andréas	XERRI Luc
RACCAH Denis	SUISSA Laurent	ZIELEZKIEWICZ Laurent
RANQUE Stéphane	TAIEB David	
REGIS Jean	THOMAS Pascal	
REYNAUD/GAUBERT Martine	THUNY Franck	
REYNAUD Rachel	TOSELLO Barthélémy	
RICHARD/LALLEMAND Marie-Alet	TREBUCHON-DA FONSECA Agnès	
RICHIERI Raphaëlle	<i>TRIGLIA Jean-Michel Surnombre</i>	
ROCHE Pierre-Hugues	TROPIANO Patrick	
ROCH Antoine	TSIMARATOS Michel	
ROCHWERGER Richard	TURRINI Olivier	

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

PROFESSEUR DES UNIVERSITES MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à TEMPS PLEIN DES DISCIPLINES MEDICALES

BOUSSUGES Alain

PROFESSEUR DES UNIVERSITES ASSOCIE à MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

DUTAU Hervé

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AHERFI Sarah	GELSI/BOYER Véronique	ROBERT Thomas
ANGELAKIS Emmanouil (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO Bernard	ROMANET Pauline
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	SABATIER Renaud
BEGE Thierry	GONZALEZ Jean-Michel	SARI-MINODIER Irène
BENYAMINE Audrey	GOURIET Frédérique	SAVEANU Alexandru
BIRNBAUM David	GRAILLON Thomas	SECQ Véronique
BONINI Francesca	GUERIN Carole	SOLER Raphael
BOUCRAUT Joseph	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	STELLMANN Jan-Patrick
BOULAMERY Audrey	GUIDON Catherine	SUCHON Pierre
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIVARCH Jokthan	TABOURET Emeline
BOUSSEN Salah Michel	HAUTIER Aurélie	TOGA Isabelle
BUFFAT Christophe	HRAIECH Sami	TOMASINI Pascale
CAMILLERI Serge	IBRAHIM KOSTA Manal	TROUDE Lucas
CARRON Romain	JALOUX Charlotte	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	JARROT Pierre-André	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CERMOLACCE Michel	KASPI-PEZZOLI Elise	VELY Frédéric
CHAUDET Hervé	L'OLLIVIER Coralie	VENTON Geoffroy
CHRETIEN Anne-Sophie	LABIT-BOUVIER Corinne	VION-DURY Jean
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	ZATTARA/CANNONI Hélène
CUNY Thomas	LAGARDE Stanislas	
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	
DARIEL Anne	LAMBERT Isabelle	
DEGEORGES/VITTE Joëlle (<i>disponibilité</i>)	LENOIR Marien	
DEHARO Pierre	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DELLIAUX Stéphane	LOOSVELD Marie	
DELTEIL Clémence	MAAROUF Adil	
DESPLAT/JEGO Sophie	MACAGNO Nicolas	
DEVILLIER Raynier	MARLINGE Marion	
DUBOURG Grégory	MAUES DE PAULA André	
DUCONSEIL Pauline	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
DUFOUR Jean-Charles	MEGE Diane	
ELDIN Carole	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine	
FRANKEL Diane	PAULMYER/LACROIX Odile	
FROMNOT Julien	RADULESCO Thomas	
GASTALDI Marguerite	RESSEGUIER Noémie	
GAUDRY Marine	ROBERT Philippe	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BARBARU/PERLES T. A.	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BERLAND Caroline	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
BOYER Sylvie	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline
COLSON Sébastien	POGGI Marjorie	
DEGIOANNI/SALLE Anna	POUGET Benoît	

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

CASANOVA Ludovic

**MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE
MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS**

BARGIER Jacques
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
JANCZEWSKI Aurélie
NUSSLI Nicolas
ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle
THERY Didier

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

BOURRIQUEN Maryline
EVANS-VIALLAT Catherine
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine
MELLINAS Marie
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES -
PRATICIENS HOSPITALIERS PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES
UNIVERSITES mono-appartenants**

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
POUGET Benoît (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)

AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) *disponibilité*
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)

LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH) *Surnombre*
BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELEZKIEWICZ Laurent (PU-PH)

BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

ANGLAIS 11

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
 GUYE Maxime (PU-PH)
 TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
 RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
 VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIostatISTIQUES, InFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604

GAUDART Jean (PU-PH)
 GIORGI Roch (PU-PH)
 MANCINI Julien (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
 DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
 GIUSIANO Bernard (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
 BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
 BONELLO Laurent (PU PH) BONNET Jean-Louis (PU-PH)
 CUISSET Thomas (PU-PH) DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
 FRANCESCHI Frédéric (PU-PH) HABIB Gilbert (PU-PH)
 PAGANELLI Franck (PU-PH) THUNY Franck (PU-PH)

DEHARO Pierre (MCU PH)

CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
 BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
 HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
 MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
 SEBAG Frédéric (PU-PH)
 SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
 TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
 BIRNBAUM David (MCU-PH)
 DUCONSEIL Pauline (MCU-PH)
 GUERIN Carole (MCU PH)
 MEGE Diane (MCU-PH)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
 BLONDEL Benjamin (PU-PH)
 FLECHER Xavier (PU PH)
 OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
 ROCHWERGER Richard (PU-PH)
 TROPIANO Patrick (PU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYS Jean-Michel (PU-PH) Retraite le 24/09/2021
 FAURE Alice (PU PH)
 JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
 LAUNAY Franck (PU-PH)
 MERROT Thierry (PU-PH)
 PESENTI Sébastien (PU-PH)
 VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) détachement

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
 CHINOT Olivier (PU-PH)
 COWEN Didier (PU-PH)
 DUFFAUD Florence (PU-PH)
 GONCALVES Anthony PU-PH)
 HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
 LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
 PADOVANI Laetitia (PH-PH)
 SALAS Sébastien (PU-PH)
 VIENS Patrice (PU-PH)

DARIEL Anne (MCU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

SABATIER Renaud (MCU-PH)
 TABOURET Emeline (MCU-PH)

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
 GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
 D'JOURNO Xavier (PU-PH)
 DODDOLI Christophe (PU-PH)
 FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
 GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
 MACE Loïc (PU-PH)
 THOMAS Pascal (PU-PH)

LENOIR Marien (MCU-PH)
 TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
 AMABILE Philippe (PU-PH)
 BARTOLI Michel (PU-PH)
 BOUFI Mourad (PU-PH)
 MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
 PIQUET Philippe (PU-PH)
 SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)

GAUDRY Marine (MCU PH)
 SOLER Raphael (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

LEPIDI Hubert (PU-PH)

PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
 DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
 GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
 GROB Jean-Jacques (PU-PH)
 RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

BOURRIQUEN Maryline (MAST)
 EVANS-VIALLAT Catherine (MAST)
 LUCAS Guillaume (MAST)
 MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
 MELLINAS Marie (MAST)
 ROMAN Christophe (MAST)
 TRINQUET Laure (MAST)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5404

BRUE Thierry (PU-PH)
 CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

CUNY Thomas (MCU PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
 CASANOVA Dominique (PU-PH)

HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
 JALOUX Charlotte (MCU PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
 DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
 GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
 GRANDVAL Philippe (PU-PH)
 VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
 KRAHN Martin (PU-PH)
 LEVY Nicolas (PU-PH)
 NGYUEN Karine (PU-PH)

ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
 BRETELLE Florence (PU-PH)
 CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
 COURBIERE Blandine (PU-PH)
 CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
 D'ERCOLE Claude (PU-PH)

**EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)

LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

DEVILLIER Raynier (MCU PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

IMMUNOLOGIE 4703I

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

ELDIN Carole (MCU-PH)

MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

**MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU
VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301**

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH) BENYAMINE Audrey (MCU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELLISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)

CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUSSLI Nicolas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

ROUSSEAU-DURAND Raphaëlle

(MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

(nomination au 1/10/2019)

NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)

DARMON Patrice (PU-PH)

RACCAH Denis (PU-PH)

VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)

SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

DENIS Danièle (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH) Surnombre

RADULESCO Thomas (MCU-PH)

REVIS Joana (PAST) (Orthophonie) (7ème Section)

NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)

BURTEY Stéphanne (PU-PH)

DUSSOL Bertrand (PU-PH)

JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)

MOAL Valérie (PU-PH)

ROBERT Thomas (MCU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)

FUENTES Stéphane (PU-PH)

REGIS Jean (PU-PH)

ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)

SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)

GRAILLON Thomas (MCU PH)

TROUDE Lucas (MCU-PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)

AUDOIN Bertrand (PU-PH)

AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)

CECCALDI Mathieu (PU-PH)

EUSEBIO Alexandre (PU-PH)

FELICIAN Olivier (PU-PH)

PELLETIER Jean (PU-PH)

SUISSA Laurent (PU-PH)

MAAROUF Adil (MCU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

RANQUE Stéphane (PU-PH)

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

MATHIEU Marion (MAST)

PEDIATRIE 5401ANDRE Nicolas (PU-PH)
BARLOGIS Vincent (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
FABRE Alexandre (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
TOSELLO Barthélémy (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

PHYSIOLOGIE 4402BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
GABORIT Bénédicte (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
LAGARDE Stanislas (MCU-PH)
LAMBERT Isabelle (MCU-PH)RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)**PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903**BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)
RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

CERMOLACCE Michel (MCU-PH)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)**PSYCHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE,
PSYCHOLOGIE SOCIALE**

AGHABABIAN Valérie (PR)

TOMASINI Pascale (MCU-PH)

LAZZAROTTO Sébastien (MAST)

DUTAU Hervé (Pr Associé des universités à 1/2 temps)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH) surnombre
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)**THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE;
ADDICTOLOGIE 4804**AMBROSI Pierre (PU-PH)
DAUMAS Aurélie (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout d'abord le Docteur Raphaëlle Rousseau-Durand qui m'a guidée en tant que directrice durant cette thèse et qui a su recentrer mon travail quand je m'égarais dans sa rédaction.

J'adresse un immense merci à Madame le Professeur Raphaëlle Richieri, qui me fait l'honneur de présider cette thèse et qui a accepté de juger mon travail.

Je remercie le Docteur Soizic Beaumier ainsi que le Docteur Bruno Blanchard avec qui j'ai eu un immense plaisir à travailler et qui ont bien voulu m'accompagner encore aujourd'hui en faisant partie de mon jury de thèse.

Également un grand merci à tous les médecins qui ont bien voulu m'accorder un peu de temps pour participer à cette étude.

DÉDICACES

Aux médecins et autres soignants qui m'ont appris la beauté de ce métier,

À Bruno, pour tes remarques trop souvent justes, parfois déstabilisantes mais jamais déplacées, pour ta présence sécurisante et toujours bienveillante, pour tes débriefings qui se transforment fréquemment en leçons de vie et parce que je sais que je peux compter sur toi, même si tu ne réponds jamais aux textos... Si je peux dire un jour que je suis un bon médecin, ça sera sans doute aussi grâce à toi.

À l'équipe du BMT toujours motivée et présente pour rendre ces gardes de 24h un peu moins longues, et au Pr Gerbeaux pour avoir été le premier à nous dire qu'on comptait.

À l'équipe de cardiologie de Martigues, Fatima, Laura, Serge, Jérémie, merci pour le temps que vous nous avez consacré, et un immense merci à la team des infirmières, AS et ASH qui nous ont chouchoutées du mieux qu'elles le pouvaient.

À Soizic, Nina, Sophie, Fethi, Clément, Carmel et à toute l'équipe de pédiatrie d'Aubagne (ou presque), merci de nous avoir communiqué votre passion, et merci pour ces bons moments tous ensemble.

À toute l'équipe de l'USLD de Allauch, et spécialement à Ardemis, Sylvie, Chantal et Maryline, je vous remercie de m'avoir accordé votre confiance et m'avoir intégrée dans votre grande famille.

À Astrid, Clarisse, Lucille, Elisa, Philippe, Pascal, merci de m'avoir acceptée pendant vos consultations sans rechigner à la présence d'une paire d'yeux curieux au-dessus de votre épaule.

À toute l'équipe de la Bourbonne, parce que j'ai hâte de vous rejoindre pour de vrai, pour le boulot mais aussi pour nos futures soirées karaoké !

À ma famille

À ma maman, ma plus grande et éternelle supportrice, tu es la maman dont tout le monde rêve et il me faudrait bien plus qu'une thèse pour écrire combien tu es une personne exceptionnelle, tu es aussi une médecin formidable et toutes les histoires que tu me racontes depuis que je suis enfant ont sans doute fait leur chemin dans mon esprit jusqu'à m'amener là où je suis aujourd'hui. Merci de m'avoir tendrement portée contre toi pendant toutes ces années et de continuer à le faire quand j'ai besoin de redevenir une petite fille.

À mon paternel, quelque part et un peu malgré toi, tu m'as aussi rendue plus forte, ta première leçon fut aussi la plus importante, « comme on est, on croit les autres », je pense que tu es fier du chemin que j'ai parcouru, et tu vois, finalement je m'en sors pas si mal.

À ma grand-mère, ma mémée, tu m'as appris ce qu'étaient la dignité et la gentillesse, je crois qu'on peut aussi dire que tu avais un certain don pour les bêtises... Toi qui dansais et chantais sur la table du salon quand j'ai eu mon bac, je me demande bien ce que tu ferais, là tout de suite. Merci d'avoir réuni « tes filles », Nanie, Maman, Peluche et moi, autour de toi pendant toutes ces années. Merci d'avoir été notre modèle.

À la famille Sanchez, Sandrine, Claude, Coralie et ma Sessé, j'ai tellement de souvenirs avec vous, j'ai grandi dans votre maison et votre famille, entourée de toute la joie et la bienveillance qui vous caractérisent, merci d'être là depuis toujours et de traîner vos deux pots de colle/boulets avec autant d'amour.

À la famille Castello, Chris, Aline, Martial, tonton Manu, Blaise, et bien sûr Marie-Lys, merci pour les grandes fêtes aux thèmes improbables, les repas de famille où l'on ressort toujours avec une petite faim (parce que c'est vrai que l'entrée ça manquait), les aprêms à tourner autour d'un pilier en costume de Tintin (avec un chapeau « melon ») ou à répéter les dialogues de Kuzco en riant comme des gamines... merci parce que je ne pouvais pas rêver meilleure jolie-famille (que de chemin parcouru depuis ce bisou volé), merci de nous avoir intégrées dans la vôtre.

À Annie, ma parraine, et à la grande équipe des « presque cousins », parce que je ne manquerais pour rien au monde les pâtes à l'ail du 25.

À Catherine, ma marraine et à sa tribu chez qui je suis toujours la Bienvenu... (oui, j'aime les jeux de mots).

À Fred, mad, moi qui voulais t'écrire... merci de m'avoir portée pendant cette première année, merci d'avoir cru en moi, merci pour ces deux ans tous les quatre.

À mes amis

À Daphné, ma loutre, bientôt 20 ans depuis nos bavardages incessants en CM2, 18 depuis les longues après-midi piscine, 16 depuis nos expérimentations sur la machine à caca, 13 depuis nos retrouvailles sur le campus, 12 depuis les shootings improvisés dans ta chambre qui change toujours de sens, 11 depuis le photobomb de tes amygdales devant Bertignac, 10 depuis nos essais capillaires douteux, 7 depuis notre première collaboration musicale sur le port de Sanary (nanana...), 6 depuis notre rendez-vous londonien, 5 depuis notre apéro improvisé sous la fine pluie de Bordeaux, 4 depuis nos cris hystériques sous les klaxons qui pètent les tympans, 3 depuis notre aventure de bobo/parigo/béret/baguette, 1 depuis ta virée Marseille et le concert de notre idole... Depuis 20 ans tu as toujours accepté la personne que je suis et tu m'as tout de suite aimée sans réserve, j'en ai fait autant, et je sais que notre lien est inébranlable, alors 0, à nos retrouvailles...

À Morgane, mon avocat, parce que ce premier jour à Supexam quand tu m'as montré que tu pouvais faire un trèfle avec ta langue, j'ai su que nos deux moitiés de cerveaux allaient parfaitement s'assembler. Nous nous sommes greffées l'une à l'autre et nous avons tout partagé pendant 7 ans, de ta soupe de pâtes immangeable jusqu'à notre trip barcelonais en passant notamment par cette choré improbable dans l'ascenseur... maintenant j'ai hâte de te retrouver, parce que tu es un soutien indéfectible, que tu me connais par cœur et parce que je pourrais faire le tour du monde avec toi. À nos aventures, les passées et les futures.

À Marie, mon chou, nous avons commencé nos études ensemble mais qui aurait cru que je les finirai avant toi (mouahah), il semble qu'en 10 ans nous n'avons toujours pas réussi à épuiser le flot de nos imaginations débordantes, de nos délires sur les choux, en passant par Thierry et ses pâtes, nos guerres de stabilos, ton imitation du crabe (qui a failli me noyer), ma soudaine rencontre avec le Christ, jusqu'à notre addiction au cinéma et notre passion pour Joel et Geralt... de toute façon je suis bien obligée de te garder comme amie car ta collection de photos dossiers pourrait bien compromettre toute ma carrière, alors à nos prochains délires, et je les sais nombreux.

À Clara, mon petit manchot des îles, parce que j'ignorais qu'une soirée chez Sephora pouvait sceller une si belle amitié, parce qu'il y a plus de démenche que de mélanine en toi, même après 6 mois dans les îles (c'est pas peu dire), parce que tu parles avec les chiens des grands-mères et que t'es la queen des grimaces, et parce que malgré ça t'es la plus bonne-bonne-bonne de mes copines (bordel qu'as-tu fait de moi), parce que j'ai l'impression de te connaître depuis toujours, pourtant ça fait que commencer et c'est bien aussi comme ça.

À Blandine, parce qu'après s'être croisées pendant 10 ans tu as finalement été ma coloc d'hôpital pendant presque 1 an, 1 an à râler (beaucoup), et à rire (encore plus). On ne s'est plus quittées depuis, entre les repas/goûters/restos improvisés, les après-midi à bosser (ou pas) nos thèses respectives en écoutant notre confrère/chanteur préféré et désormais avec mon nouvel emploi à mi-temps comme chauffeur personnel... je sais pas toi, mais moi j'ai renouvelé mon abonnement pour les 25 prochaines années...

À ma clique de paumés, Katia ma petite sorcière et mon post-it préféré (sans qui je n'aurai jamais survécu à ces 10 ans d'études), Laura ma tata râleuse qui a, je dois bien l'avouer, toujours raison (et ça me coûte de l'écrire !), Vincent qui cherche toujours sa go (0614...) et qui fait de très bons massages (enfin il paraît), Étienne notre papa ours sans qui je serais sans doute encore au milieu des pistes de ski (avec 3 paires de chaussettes) et Tristan notre pièce rapportée préférée (c'est ton surnom pour la vie déso), les amis, le temps passé avec vous est toujours trop court.

A la team du WEI et surtout du Corporal&co, Caro parce qu'elle est toujours là quand il le faut, et surtout si c'est pour danser comme une dingue jusqu'à 6h du mat, Camille, douce, attentionnée et élégante en toutes circonstances (ben oui c'est une princesse Disney, elle est parfaite), Sibylle la plus perchée des révolutionnaires (un jour elle changera le monde, et si possible avec une baguette magique), Anto mon ami misanthrope et le plus grand expert en russe blanc (la boisson hein, la boisson...) pour qui boire rime avec diatribe philosophique et remise en question de l'espèce humaine, Vincent aussi fou que charismatique et dont on taira les déboires (je ne voudrais pas compromettre sa future élection), et Philippe qui fait office de père Noël quand il me fournit ma dose de pellicules (mercimercimerci), c'est toujours un bonheur de vous retrouver, dans les petits comme dans les grands moments, avec une team qui s'agrandit puisqu'elle compte désormais deux nouvelles petites protagonistes, alors à très vite les amis.

À Charline parce qu'on partage pas que notre amour pour les belles paires de lunettes et parce qu'on a jamais su laquelle avait eu le meilleur MSU (enfin si puisque c'est moi).

À Lucille, ma compagne d'infortune pendant ce stage maudit, pour nos paris sur les taux de tropo, les autoportraits sur le tableau, les papillotes et Céline Dion (putain de prière païenne...).

À Cédric alias docteur sourire, à ce jour le meilleur médecin du travail du territoire, mon directeur de thèse par procuration, et sans doute le futur président et maître du monde.

A ma team des piliers de bars, les rescapés des urgences, Marion ma baroudeuse bobo-bohème et Serdaigle préférée (brunch, fripe et gratte, tel est notre dicton), Camille (la même princesse) avec qui je partage de si beaux moments (et parfois des PLS sur le bord de la route), Clara (encore là toi ?), Audrenne dont la folie n'a d'égale que sa gentillesse (et avec qui on part sur un projet de 7 ans pour rattraper nos années de fac sans jamais s'être croisées), Mélanie alias l'incarnation de la sagesse (qui garde le sourire même quand je suis à deux doigts de brûler sa voiture), Marine qui songe visiblement à se reconvertir en influenceuse voyage, Fanny qui sabre le champagne aussi bien qu'elle... non non on va pas la faire celle-là, Christophe le gadjo de la bande qui arrive toujours à trouver du temps pour nous malgré ses 41 boulots, Sophie parce qu'Hakuna Matata bordel (!!), Cécile la courageuse louve des mers et Emma qui entre 2 voyages a bien voulu me donner un coup de main pour cette thèse, parce que depuis le BMT on a mis un point d'honneur à pas se lâcher, et qu'on est en bonne voie de réussir.

Et à tous ceux que je ne cite pas ici mais qui se reconnaîtront.

Merci de faire partie de ma vie, merci d'être mes amis.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

DÉDICACES

RÉSUMÉ.....	3
ABSTRACT	4
INTRODUCTION.....	5
MATÉRIEL ET MÉTHODE	6
1. L'équipe de recherche.....	6
2. Choix d'une étude qualitative	6
2.1 Population étudiée	6
2.2 Recrutement des médecins	6
2.3 Création d'un guide d'entretien.....	7
3. Réalisation des entretiens.....	7
4. Analyse des données	7
5. Cadre légal et protection des données	7
RÉSULTATS.....	8
1. Descriptif de la population interrogée	8
2. Description des entretiens	8
3. Résultats	9
A. LE DIAGNOSTIC	9
A.1 Les connaissances théoriques	9
A.2 L'expérience.....	9
A.2.1 Professionnelle.....	10
A.2.2 Personnelle	10
A.3 Déroulement de la première consultation	11
A.3.1 Recherche systématique.....	11
A.3.2 Demande spontanée du patient	11
A.3.3 Amené pour un autre symptôme, trouble somatoforme et déni	11
A.3.4 L'écoute.....	12
A.3.5 L'interrogatoire	12
A.3.5.1 Symptômes du patient et recherche d'élément déclencheur.....	12
A.3.5.2 Antécédents et maladies psychiatriques concomitantes	13
A.3.5.3 Idées noires et suicidaires.....	13
B. LA PRISE EN CHARGE	14
B.1 L'écoute et la prise de conscience	14
B.2 La mise en route de la prise en charge	14
B.2.1 Immédiate	14
B.2.2 Après réévaluation	14
B.2.3 Contexte de l'urgence	15
B.3 Les traitements médicamenteux	16
B.3.1 Antidépresseurs	16
B.3.2 Anxiolytiques	17
B.3.3 Autres molécules.....	17

B.4 La place de l'arrêt maladie	18
B.5 La psychothérapie	18
B.5.1 Psychiatre	18
B.5.2 Psychologue.....	19
B.5.3 Autres professionnels.....	20
B.5.4 Ne pas déléguer.....	21
B.6 Les freins	21
B.6.1 Prise en charge chronophage et demandant un investissement	21
B.6.2 Prise en charge longue et complexe	22
B.6.3 Doute sur l'efficacité de la prise en charge	23
C. LE SUIVI	23
C.1 Suivi régulier	23
C.2 Suivi irrégulier ou interrompu	23
D. LE VÉCU DU PRATICIEN	24
D.1 Aisance	24
D.2 Anxiété	24
D.3 Agacement	25
D.4. Empathie et compassion	25
DISCUSSION	26
1. Forces et limites de l'étude	26
2. Éléments clés	27
2.1 Médecin généraliste, premier acteur devant la montée de la prévalence des syndromes dépressifs	27
2.2 Dépression, un diagnostic difficile à poser et à faire entendre	28
2.3 La mise en place de la prise en charge, écoute active et entretien motivationnel	29
2.4 Place du traitement médicamenteux	30
2.5 Coordination de soins, déléguer ou ne pas déléguer	32
2.6 Réévaluation et suivi	33
2.7 Le risque suicidaire, une crainte universelle.....	33
2.8 Impact de cette prise en charge sur le médecin généraliste	35
3. Des pistes d'amélioration possibles	35
4. Ouverture vers d'autres travaux de recherches	37
CONCLUSION	38
ABRÉVIATIONS	39
BIBLIOGRAPHIE	39
ANNEXES	45

RÉSUMÉ

Objectif : Comprendre et analyser la prise en charge du syndrome dépressif par le médecin généraliste et entendre son ressenti et ses appréhensions.

Méthode : Étude qualitative menée auprès de médecins généralistes installés en région PACA. Le recueil de données était effectué lors d'entretiens individuels semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien. Les verbatims étaient étudiés selon une analyse phénoménologique thématique à l'aide du logiciel NVivo. Les résultats ont été recueillis, décrits puis interprétés par la même personne.

Résultats : Les médecins rencontrent de plus en plus souvent des patients qui présentent les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé en consultation. L'étude révèle la difficulté de poser le diagnostic, mais aussi de le faire entendre au patient. La prise en charge, complexe et pluridimensionnelle, consiste le plus souvent en l'introduction de traitements médicamenteux, associée à la mise en place d'une psychothérapie. La gestion de la crise suicidaire paraît être la plus laborieuse et représente une source d'inquiétude pour le praticien. La coordination entre les différents acteurs de soins pourrait être améliorée, notamment dans le dialogue avec le psychiatre et les autres acteurs de la santé mentale comme le psychologue. Les médecins exprimaient plusieurs émotions, satisfaction ou anxiété dans la gestion de la pathologie, agacement voir colère envers le système de santé dont ils dépendent, et paraissaient très impliqués vis-à-vis de leur patient jusqu'à basculer dans la sympathie et la compassion.

Conclusion : Le syndrome dépressif est une entité complexe que le médecin généraliste est de plus en plus amené à rencontrer dans sa pratique courante puisque sa prévalence explose, c'est une tendance qui s'aggrave chaque année, avec un rebond particulièrement préoccupant à la suite de la pandémie du COVID-19.

La place du médecin généraliste semble centrale dans cette prise en charge de par sa disponibilité, sa proximité avec le patient et sa capacité à organiser une prise en charge adaptée à celui-ci. Le diagnostic reste difficile et l'utilisation d'outils standardisés, notamment le score PHQ-9, paraît intéressant pour dépister et définir la gravité d'un épisode dépressif caractérisé dans la pratique courante.

La prescription des médicaments n'est pas obligatoire mais souvent nécessaire dans les cas d'épisodes dépressifs majeurs, leur utilisation semble pouvoir être optimisée afin de limiter la prescription « empathique » de benzodiazépines et maximiser l'utilisation des antidépresseurs. La mise en place d'une psychothérapie est couramment proposée au patient, souvent associée au traitement médicamenteux; les études tendent à la proposer comme seul traitement des épisodes dépressifs mineurs à modérés. La coordination entre les différents soignants de la maladie psychiatrique peut être améliorée, d'une part avec le psychiatre de ville, pour simplifier l'accès à ses consultations, mais aussi avec le psychologue qui est amené à prendre une place plus importante dans la prise en charge du patient dépressif à l'avenir.

Le médecin généraliste qui pratique l'écoute active et/ou la psychothérapie se voit endosser les souffrances et traumatismes de ces patients, ce qui à terme semble avoir des conséquences sur son propre état émotionnel, c'est une réalité dont nous devons avoir conscience afin de prévenir l'apparition de phénomènes d'évitement et d'épuisement.

Mots-clés : Dépression, médecine générale, trouble dépressif majeur.

ABSTRACT

Objective : To understand and analyze the management of the depressive syndrome by general practitioners and to hear their feelings and apprehensions.

Method : Qualitative study conducted with general practitioners in the PACA region. Data were collected during individual semi-directed interviews using an interview guide. The verbatims were studied according to a thematic phenomenological analysis using NVivo software. The results were collected, described and interpreted by the same person.

Results : Physicians are increasingly seeing patients with symptoms of a major depressive episode in consultation. The study reveals the difficulty of making the diagnosis, but also of making the patient understand it. The treatment, complex and multidimensional, consists most often in the introduction of drug treatments, associated with the implementation of psychotherapy. The management of the suicidal crisis seems to be the most laborious and represents a source of concern for the practitioner. Coordination between the different care providers could be improved, particularly in the dialogue with the psychiatrist and other mental health professionals such as the psychologist. The physicians expressed several emotions, satisfaction or anxiety in the management of the pathology, annoyance or even anger towards the health care system on which they depend, and seemed very involved with their patient to the point of sympathy and compassion.

Conclusion : The depressive syndrome is a complex entity that the general practitioner is more and more likely to encounter in his or her daily practice, since its prevalence is exploding, a trend that is worsening every year, with a particularly worrying rebound following the COVID-19 pandemic.

The role of the general practitioner seems to be central in this management because of his availability, his proximity to the patient and his ability to organize a management adapted to the patient. Diagnosis remains difficult and the use of standardized tools, in particular the PHQ-9 score, seems interesting to detect and define the severity of a depressive episode characterized in current practice.

The prescription of medication is not mandatory but often necessary in cases of major depressive episodes, and their use seems to be optimized in order to limit the "empathic" prescription of benzodiazepines and maximize the use of antidepressants. Psychotherapy is commonly offered to patients, often in combination with medication; studies tend to suggest it as the sole treatment for minor to moderate depressive episodes.

Coordination between the various caregivers of psychiatric illnesses can be improved, on the one hand with the town psychiatrist, to simplify access to his or her consultations, but also with the psychologist, who is likely to play a more important role in the care of depressed patients in the future.

The general practitioner who practices active listening and/or psychotherapy sees himself endorsing the sufferings and traumas of these patients, which in the long run seems to have consequences on his own emotional state, this is a reality that we must be aware of in order to prevent the appearance of avoidance and exhaustion phenomena.

Keywords : Depression, general practice, major depressive disorder.

INTRODUCTION

Au cours de mes études, il m'est apparu que la santé mentale est un sujet primordial dans la prise en charge, globale et centrée sur le patient, que nous cherchons à mettre en place en médecine générale.

Nous sommes confrontés tous les jours, dans notre vie publique, professionnelle et privée, aux conséquences de sa dégradation, c'est un phénomène extrêmement préoccupant dont l'évolution semble péjorative malgré l'attention qu'il suscite en temps qu'enjeu majeur de la santé publique (1, 2, 3).

La réflexion sur mon sujet de thèse a démarré avant la pandémie du COVID-19, il semble que celle-ci n'ait fait qu'accentuer cette tendance, notamment chez les adolescents et jeunes adultes (4, 5).

Parmi le spectre des troubles anxio-dépressifs, l'épisode dépressif en est le rayon le plus important et le plus inquiétant, c'est une entité complexe que l'on peut définir synthétiquement comme un trouble de l'humeur durable dans le temps et mettant en jeu la santé d'une personne, il peut avoir une expression clinique très variée, passant d'une maladie quasiment invisible à un épisode caractérisé majeur avec risque suicidaire à courte échéance (6).

Cette pathologie est extrêmement fréquente, selon une estimation publiée en 2017 par l'INSERM, environ 1 personne sur 5 l'expérimentera au cours de la vie, quel que soit son âge, son genre ou sa catégorie socio professionnelle (7).

Elle est un enjeu majeur de la santé publique puisqu'à l'heure actuelle elle représente une cause de morbi-mortalité colossale, l'OMS estime que c'est la première cause d'invalidité et d'incapacité en France et dans le monde (1, 2, 8) et l'INSERM considère entre 10 et 20% le pourcentage de décès par suicide chez ces patients dépressifs (7).

C'est le médecin généraliste qui est le premier à intervenir sur cette maladie dans trois quarts des cas, loin devant les psychiatres et les psychologues de villes (9, 10), 72% des médecins déclarent prendre en charge au moins un nouveau patient chaque semaine. Les moyens mis à disposition du généraliste ne semblent pas suffire pour lui permettre de proposer une prise en charge optimale (11).

Malgré sa prévalence qui explose, il semble la dépression soit encore aujourd'hui une pathologie sous-diagnostiquée. Sur 100 patients, vus en consultation de médecine générale, et qui présentent un trouble psychiatrique mineur de type syndrome anxio-dépressif ou épisode dépressif caractérisé, la moitié seulement bénéficiera d'un dépistage et d'un diagnostic adapté (1, 12).

Quand il est diagnostiqué, le traitement consiste souvent en la prescription de traitements psychotropes : anxiolytiques, hypnotiques et/ou antidépresseurs. Mais leur utilisation semble pouvoir être optimisée (13, 14, 15).

Le médecin traitant pourra faire appel à des confrères, psychiatres ou psychologues pour la plupart, notamment pour déléguer la réalisation de la psychothérapie, néanmoins la coordination et le dialogue entre eux s'avèrent souvent plus complexes qu'avec d'autres spécialistes (16, 17, 18).

Au total on estime que la prise en charge de l'épisode dépressif, qui repose principalement sur des traitements pharmacologiques et/ou une psychothérapie, n'est optimale que chez 37% des patients, après une première consultation chez leur médecin traitant (12).

On retrouve quelques travaux examinant le vécu des médecins généralistes et leurs ressentis dans le cadre de prises en charges lourdes et complexes ; dans le cas de la maladie dépressive, elle semble engendrer des émotions plutôt négatives (19, 20).

L'objectif principal de cette thèse n'était pas d'évaluer les connaissances des médecins généralistes, mais plutôt de comprendre leur prise en charge et les difficultés qu'ils rencontrent lors du parcours de soins du patient dépressif, et également d'entendre leurs façons d'appréhender la pathologie et sa gestion.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. L'équipe de recherche

Le projet initialement prévu pour une étude en binôme, a été réalisé par une seule interne de médecine générale, remplaçante et ayant effectué son cursus au sein de la faculté de Marseille.

2. Choix d'une étude qualitative

Au vu de l'objectif de ce travail, le choix d'une étude qualitative avec analyses phénoménologiques du verbatim extrait d'entretiens semi-dirigés semblait approprié.

2.1 Population étudiée

Les participants inclus dans l'étude étaient les médecins généralistes thésés exerçant en région PACA durant la période de réalisation de l'étude, entre juillet 2019 et mars 2022.

2.2 Recrutement des médecins

Le recrutement a eu lieu au fur et à mesure de l'avancée de l'étude dans l'objectif de créer un échantillon diversifié en matière de sexe, d'âge et de lieu d'exercice, et cela, pour en tirer les données les plus exhaustives au sein de la population concernée.

Il a été effectué de 2 façons différentes, tout d'abord par contact téléphonique via l'annuaire des pages jaunes, puis par le biais de relation, que ce soit avec les médecins remplacés et/ou maître de stage de l'enquêtrice et de ses cointernes.

Les médecins ont été contactés par téléphone afin de convenir d'un rendez-vous d'une vingtaine de minutes, en face-à-face pour la réalisation de l'entretien.

Le thème de l'étude était évoqué dès le premier contact téléphonique, sans que soient mentionnés les objectifs de l'étude.

Le recrutement par le biais des relations fut plus fructueux que par simple contact téléphonique sans connaissance préalable, certains médecins ont refusé de participer à l'étude par manque de temps ou d'intérêt vis-à-vis du thème de recherche.

2.3 Création d'un guide d'entretien

Un guide d'entretien a été réalisé au début de l'étude pour aider à la réalisation des entretiens et souligner les thèmes importants à aborder.

Il a été testé avant le début de l'étude auprès d'internes et médecins généralistes connus par l'enquêtrice afin d'en tester l'efficacité. Ces résultats n'ont pas été inclus. Le guide a été remodelé au cours de l'étude afin de mieux convenir aux besoins de celle-ci.

3. Réalisation des entretiens

Les entretiens ont été réalisés dans différents lieux calmes et disponibles pour une réunion, cabinets et structures de soins dans lesquels exerçaient des médecins, à l'exception d'un entretien réalisé dans un restaurant.

La date et l'heure du rendez-vous étaient fixées selon les disponibilités des deux participants.

L'entretien se déroulait en face-à-face avec le médecin, sans intervenant.

Un enregistrement par le biais de l'application dictaphone d'un iPhone et d'un véritable dictaphone ainsi qu'une prise de notes ont été utilisés pour recueillir les données et limiter les pertes d'informations en cas d'incident technique.

Les médecins étaient informés de cet enregistrement et de l'anonymisation secondaire des données avant de donner leur accord verbal.

L'entretien débutait par une question « brise-glace » destinée à ouvrir la discussion puis se poursuivait avec cinq questions ouvertes.

Les rencontres se sont déroulées entre juillet 2020 et mars 2022, une pause d'un an ayant été effectuée au cours de l'étude, pause imputable aux remaniements de la thèse et aux répercussions de la pandémie du COVID-19.

4. Analyse des données

Le codage a été réalisé au fur et à mesure des entretiens, c'est le logiciel NVivo qui a servi de support à ce travail.

Un double codage a été réalisé sur un des entretiens pris au hasard, il a été fait par une jeune consœur formée à la recherche qualitative.

La similarité des résultats a assuré une plus grande objectivité quant à l'analyse des données.

5. Cadre légal et protection des données

Les données sensibles du verbatim tel que les lieux d'exercice et données personnelles ont été modifiées afin d'assurer l'anonymisation des médecins ayant participé à l'étude, sans que cela ne perturbe l'inclusion dans les résultats.

RÉSULTATS

1. Descriptif de la population interrogée

11 entretiens ont été réalisés entre le 23 juillet 2020 et le 17 mars 2022, le premier entretien ayant été réalisé avant la refonte de l'étude, les suivants ont débuté le 27 septembre 2021 et se sont enchaînés durant 6 mois.

3 médecins ont décliné la demande de participation à l'étude.

Les enregistrements ont duré entre 7.35 et 21.36 minutes pour une durée moyenne de 14 minutes.

Les lieux de rencontres étaient fixés par les médecins contactés, 10 ont été réalisés sur le lieu de travail des médecins, cabinets ou structures de soins, 1 entretien a été réalisé dans un lieu public.

Sur les 11 participants, il y avait 6 femmes et 5 hommes, pour un sex-ratio de 1,2.

Trois catégories d'âges étaient différenciées :

- 5 médecins avaient moins de quarante ans,
- 4 médecins avaient entre quarante et soixante-cinq ans,
- 2 médecins avaient plus de soixante-cinq ans.

C'est l'âge et non le temps d'installation qui a été choisi puisque l'étude s'appuyait sur l'expérience professionnelle, mais aussi personnelle des participants.

Par rapport à la nature de leur activité, 7 médecins avaient une activité libérale exclusive, 2 une activité salariale et 2 partageaient leur temps entre salariat et libéral.

La région PACA étant un territoire étendu et qui présente des caractéristiques démographiques variables, il a semblé nécessaire de diviser le secteur en trois zones, comme définit dans le dernier rapport de l'INSEE datant de janvier 2022 (annexe I):

- Zone rurale hors influence de grand pôle comprenant 6% de la population de la région
- Zone rurale sous influence d'un grand pôle, comprenant 9% de la population
- Zone urbaine qui comprend 85% de la population

Ainsi, la majorité des médecins interrogés se trouvaient en zone urbaine, 9 au total, les 2 autres médecins exerçaient en zone rurale sous influence d'un grand pôle.

2. Description des entretiens

Les entretiens ont eu lieu jusqu'à saturation des données, obtenue au 9e entretien. La durée moyenne des entretiens était de 14 minutes, avec une variabilité importante au sein de l'échantillon.

Les échanges avec les médecins furent riches malgré cette variabilité, le verbatim représentant suffisamment d'informations pour créer de nouveaux codes et ouvrir de nouvelles pistes de réflexion.

3. Résultats

Au vu des entretiens et des codages qui en découlent, j'ai décidé de classer mes résultats en quatre grands points : le diagnostic du syndrome dépressif, la prise en charge, le suivi de la pathologie et enfin le vécu du médecin généraliste.

A. LE DIAGNOSTIC

Pour établir le diagnostic, les médecins s'appuient tout d'abord sur leurs connaissances théoriques, apprises au cours de leur cursus à la faculté, mais également sur les connaissances acquises au cours de leur vie, dans la sphère professionnelle mais aussi personnelle.

A.1 Les connaissances théoriques

Les médecins avaient tous suivi un cursus dans une faculté de médecine française, la plupart dans la région de leur lieu d'exercice actuel.

Ils sont plusieurs à avouer ne pas très bien se souvenir de leurs cours, mais ils semblent en avoir assimilé les grandes lignes.

E8 « *Ça m'évoque une pathologie que j'ai apprise bêtement à l'internat, mais pas tant compris que ça au début.* »

E2 « *Alors dans mes vieux souvenirs ça m'évoque la définition du DSM-IV avec plusieurs critères, dans mon souvenir il y a des critères majeurs et des critères mineurs, [...] je les connais plus.* »

E5 « *Moi j'ai appris à la fac qu'il fallait systématiquement, quand on démarre un antidépresseur, rajouter un anxiolytique.* »

Certains se servent des référentiels et échelles d'évaluations qu'ils ont connus pendant leur formation pour établir le diagnostic et coter la gravité de l'épisode pendant la consultation, ils s'appuient aussi sur ces scores comme des critères objectifs à présenter au patient.

E4 « *le syndrome dépressif majeur sur l'échelle d'Hamilton [...] c'est la première chose à évaluer, c'est voir où on en est dans la gravité...* »

E6 « *je trouve que les scores de la dépression, y a pas que celui d'Hamilton, y a aussi ceux de la Sécu, les PHQ-9 et GAD-7, c'est bien fait parce que c'est une cotation que les patients acceptent.* »

D'autres se fient surtout à leur intuition et leur ressenti vis-à-vis de leur patientèle et ont assez peu recours à ces outils.

E2 « *[...] dans la pratique générale, c'est vrai que je me fie pas forcément à ces critères.* »

E10 « *la plupart du temps je fais pas, je demande les symptômes, si ça rentre dans le cadre, je ressors pas les items du DSM-IV à chaque fois.* »

A.2 L'expérience

Les médecins ont tous été confrontés au syndrome dépressif, pendant leurs études et plus tard, à l'hôpital ou dans leurs cabinets de ville, mais ils l'ont aussi rencontré dans leur vie privée, par l'atteinte d'un proche, par les récits de leurs confrères ou encore par le biais de leur propre dépression.

A.2.1 Professionnelle

Les personnes interrogées ont mentionné leur formation et leur expérience dans le domaine psychiatrique. Pour la plupart, ils ont suivi un cursus classique sans attache particulière pour la spécialité. Ils reconnaissent néanmoins que leur formation ne leur semble pas suffisante.

E1 « *on fait quoi, un mois, deux mois de psychiatrie au total dans notre formation de généraliste ? Bon, moi ça me va hein ! (rire) »*

E8 « *un cours pendant notre internat c'est trop peu, et encore, ouais un cours et un stage de psychiatrie qui n'est pas obligatoire... »*

Ceux qui avaient montré un intérêt pour la psychiatrie ont eu un parcours professionnel plus abouti et orienté dans ce sens.

E4 « *J'ai travaillé 3 ans en psychiatrie hospitalière donc je connais bien ça [...] j'ai vu la folie, donc je suis à l'aise et plus ouvert à ça. »*

E9 « *J'ai fait pas mal de stages en psychiatrie, en temps qu'externe et en temps qu'interne aussi j'ai refait un stage dans les urgences psychiatrie de *hôpital de la région*.* »

Dans leur pratique actuelle, les médecins sont unanimes quant au nombre très important de patients qui se présentent avec une pathologie anxio-dépressive, ils relèvent l'augmentation de la prévalence des syndromes dépressifs au sein d'une société qu'ils perçoivent comme souffrante voire « malade ».

E4 « *on en voit énormément et de plus en plus depuis une dizaine d'années je trouve...»*

E7 « *c'est quelque chose de fréquent, et je dirai même de plus en plus fréquent, au fur et à mesure que... alors je sais pas si c'est le fait d'être installé depuis longtemps ou si c'est que socialement ça souffre beaucoup aussi... »*

E5 « *j'ai l'impression qu'il y a un niveau de « supportabilité », enfin je sais pas comment on peut dire, « d'acceptabilité » de problème qui diminue. J'ai l'impression qu'il y a des gens qui ne supportent pas d'avoir la moindre accroche dans leur parcours [...] j'appelle ça les inadaptés sociaux. »*

Cette tendance paraît s'être aggravée avec l'apparition du COVID.

E5 « *Et franchement à l'heure actuelle, avec le COVID au milieu, on a beaucoup d'états anxieux. »*

E10 « *j'ai aussi l'impression que ça a augmenté depuis le COVID, que les gens sont plus dépressifs qu'avant, ou alors qu'ils le verbalisent plus. »*

A.2.2 Personnelle

Les médecins interrogés ont été sensibilisés à la psychiatrie dans la sphère privée, par l'expérience d'un proche ou par leur propre vécu. Cette connaissance du syndrome dépressif leur donne plus d'assurance quant à sa gestion, mais ils en tirent aussi une certaine inquiétude, notamment dans la prise en charge de sa forme la plus grave, la crise suicidaire.

E4 « *Je suis ouvert là-dessus depuis des années, j'ai *personne de l'entourage* qui est psychanalyste et psychologue. »*

E7 « *Vieillir dans ce métier aide aussi à mieux prendre en charge les gens, et vieillir c'est pas forcément l'expérience, c'est de vieillir, c'est de vivre des choses, avoir des expériences personnelles... avoir fait une thérapie aussi, c'est quelque chose qui aide. »*

E8 « ...la crise suicidaire par contre beaucoup. Mais je pense que ça me touche parce que ça m'angoisse, ça me rappelle mes propres angoisses finalement... »

A.3 Déroulement de la première consultation

A.3.1 Recherche systématique

La recherche d'un épisode dépressif peut s'avérer systématique dans certaines conditions comme une entrée d'hospitalisation ou une incarcération.

E2 « c'est quelque chose que je recherche assez systématiquement sur l'examen d'entrée, question du moral, du sommeil, des ATCD de syndrome dépressif, d'idées suicidaires... »

E8 « A la prison on a un entretien systématique où c'est réglé on pose la question, parce qu'il y a ce qu'on appelle le « choc carcéral » donc c'est un peu... c'est un contexte un peu particulier. »

En médecine libérale, c'est souvent une demande du patient, pour un syndrome dépressif ou pour un autre symptôme psychosomatique, qui déclenche le processus et oriente la consultation dans la recherche d'un syndrome dépressif.

A.3.2 Demande spontanée du patient

Les médecins expliquent que les patients arrivent occasionnellement avec ce motif de consultation, le plus souvent quand ce n'est pas leur premier épisode dépressif et qu'ils ont su reconnaître les signes de leur rechute.

E9 « Y en a ils ont leur idée, ils arrivent ils ont déjà fait une dépression donc ils viennent chercher de l'aide, donc là c'est beaucoup plus facile. »

E10 « ...ça arrive qu'ils s'effondrent au début de la consult, c'est pour ça qu'on a des mouchoirs (me désigne un paquet de mouchoirs sur le bord du bureau) et ça arrive qu'ils viennent juste pour ça, la moitié du temps c'est comme ça que ça se passe. »

A.3.3 Amené pour un autre symptôme, trouble somatoforme et déni

Le diagnostic n'est pas toujours aussi facile à poser, les médecins sont confrontés à des patients qui ne comprennent pas forcément ce qui leur arrive.

E8 « c'est souvent un motif caché je trouve la dépression, ils viennent pour complètement autre chose, et en fait à la fin de la consult « ah au fait, en ce moment ça va pas très bien etc... » [...] j'ai rarement vu des patients qui viennent en disant « bonjour docteur, je suis dépressif ! », c'est pas fréquent (rire). »

E10 « ...des patients qui sont tristes, qui sont un peu perdus, qui ont parfois peur de consulter, souvent... »

Certains patients se présentent avec un symptôme, une fatigue ou une douleur, et ce n'est qu'un interrogatoire approfondi qui peut mettre en lumière l'origine psychologique de leur mal.

E1 « des fois c'est même pas franc, c'est caché derrière un trouble somatique, un mal de dos, un truc tout bête, même quelqu'un qui vient de manière répétitive pour un même symptôme, un mal de gorge... »

E9 « Parce que souvent le premier motif qu'ils vont me dire c'est « je suis fatigué ». Je trouve que c'est le symptôme qui vient en premier, c'est la fatigue. »

Les médecins rencontrent des patients dans le déni, ne souhaitant pas entendre leur expertise et encore moins se prendre en charge. Ils sont alors contraints de décaler la prise en charge, de patienter le temps de faire entendre ce diagnostic au malade.

E1 « *ils peuvent souvent être dans le déni, d'une dépression cachée, donc ça, il faut savoir aussi le démasquer. Et leur faire accepter.* »

E5 « *...d'abord on leur demande leur avis, on leur dit ce qu'on pense d'eux, y en a qui vont dire « ah mais non c'est pas vrai, c'est pas possible, pas moi », ils sont dans le déni.* »

Parfois le médecin se voit dans l'obligation de reporter cette première consultation, soit parce que le véritable motif arrive sur le tapis à la toute fin du rendez-vous et que le médecin n'a plus le temps de s'en occuper, ou alors parce qu'il n'est plus en capacité de répondre avec empathie à la demande du patient. Il le fait avec plus ou moins de réticence et après avoir éliminé une situation nécessitant une prise en charge urgente.

E8 « *on se dit bon, qu'est-ce que je fais ? Je me rassois ? Je me rassois pas ? Est-ce que je lui dis « on se revoit » ? Et je pense que si on lui dit « repassez la prochaine fois » c'est fichu derrière, je pense qu'il repassera plus et qu'il reviendra plus.* »

E9 « *...des fois je suis moins à l'écoute, j'ai moins de patience, je suis un humain hein... mais je les fais revenir. Moi le temps en médecine générale c'est mon allié, on me demande pas de tout gérer d'un coup, j'y arriverai jamais de toute façon...* »

A.3.4 L'écoute

Avant de démarrer l'interrogatoire, le médecin prend une attitude emphatique et se retrouve en position d'écoute active face à un patient qui a besoin d'extérioriser son mal-être et de raconter son histoire de vie, avec parfois le récit de ses traumatismes.

E2 « *j'ai pris du temps pour discuter avec elle, essayé de comprendre depuis quand, pourquoi etc... et c'est la première fois qu'une dame me dit clairement « oui je suis déprimée, le facteur déclenchant c'est quand j'ai su qu'il y avait eu de l'inceste sur mes propres enfants ».*»

E8 « *Juste d'être écouté j'ai l'impression ça leur fait du bien, et souvent c'est-ce qui leur manque [...] c'est des patients qui vont rester plus longtemps, parce que souvent derrière la dépression il y a des histoires de vies... des viols souvent. [...] j'étais pas vraiment maîtresse de la consultation, j'étais plutôt en mode écoute attentive que consultation médicale .»*

A.3.5 L'interrogatoire

Le médecin va mener son interrogatoire afin d'établir son diagnostic et évaluer la gravité de l'épisode.

A.3.5.1 Symptômes du patient et recherche d'élément déclencheur

Le praticien oriente son interrogatoire afin de déterminer d'une part les conditions d'apparition de cet épisode avec notamment la recherche d'un événement déclencheur, ainsi que les symptômes invalidants associés.

E2 « *une perte de l'élan vital, une baisse de l'humeur, un repli, un isolement sur soi, ça m'évoque aussi, des pleurs... bon voilà mais il peut aussi y avoir une face un peu cachée avec plutôt une agitation, une confusion, une agressivité...*»

E3 « *un événement déclencheur, un divorce, un deuil, une séparation, un changement de mode de vie...* »

Le travail a été mentionné plusieurs fois comme potentiel élément déclencheur.

E7 « *il peut y avoir des choses graves comme des burn-out, alors attention pas des gens qui sont fatigués par leur boulot, ça on en voit tous les jours, mais des vrais burn-out avec une reconstruction de la psyché...* »

E10 « *je sais pas si c'est chiffré ou pas, mais j'ai le sentiment que c'est de plus en plus lié au travail, qu'ils allèguent de harcèlement ou de surcharge de travail, des conflits au travail... »*

Quand ils sont utilisés, les outils pour établir le diagnostic sont sélectionnés en fonction du profil du patient, mais leur utilisation est plutôt limitée en médecine libérale.

E6 « *...soit je la connais soit je la connais pas, donc si je la connais, quelque part, je vais peut-être directement faire un score, genre un Hamilton, un truc comme ça. Si je la connais pas je vais discuter, prendre contact et la revoir. »*

A.3.5.2 Antécédents et maladies psychiatriques concomitantes

À l'interrogatoire on recherche aussi les antécédents médicaux personnels et familiaux ou la présence d'une pathologie psychiatrique concomitante pouvant influencer sur la suite de la prise en charge.

E3 « *Y a souvent aucun élément déclencheur et quand je les vois je leur fais des tests cognitifs et chez les personnes âgées souvent c'est une dégénérescence cérébrale sous-jacente.* »

E4 « *...les antécédents familiaux, les suicides, la bipolarité, ces choses importantes parce que les passages à l'acte sont plus importants et les traitements sont pas les mêmes. »*

A.3.5.3 Idées noires et suicidaires

Certains praticiens n'ont pas de difficulté à poser des questions pour rechercher des idées noires et/ou suicidaires une fois que la discussion autour de la santé mentale est ouverte, c'est un des axes principaux de leur interrogatoire.

E4 « *c'est la première chose à évaluer c'est voir où on en est dans la gravité de la situation en tant que médecin généraliste, donc est-ce que cette personne-là a des idées suicidaires, si elle a déjà pensé à mettre fin à ses jours, si oui par quel moyen, c'est très important pour savoir si elle a déjà préparé, mis la corde dans le grenier etc...* »

E10 « *je leur demande toujours s'ils ont des idées noires, des idées suicidaires, parce que c'est quand même le truc à pas rater... »*

D'autres craignent de poser la question car ils se sentent impuissants pour prendre en charge le patient en cas de réponse affirmative, notamment dans le cadre de leur activité libérale.

E8 « *Au cabinet je pose moins la question [...] après que je me dis, s'ils me disent « oui, oui j'ai envie de me suicider » et ben...qu'est-ce que je fais derrière quoi ? J'appelle tout de suite le 15 ? Je lui dis d'aller aux urgences mais sans garantie... c'est vrai que c'est surtout ça [...] je me mets un peu des œillères... »*

B. LA PRISE EN CHARGE

B.1 L'écoute et la prise de conscience

La prise en charge commence dès la première consultation avec la mise à disposition d'une oreille attentive et la prise en considération du mal-être.

E4 « *dès la première consultation, dès la première... c'est des consultations un peu longues voyez, ici c'est un peu speed mais dès que j'ai un patient qui va pas bien je vais le garder 30-40 minutes, il faut qu'il sente tout de suite qu'il est épaulé [...] Il faut qu'il sente dans ma prise en charge qu'il y a une aide, à un moment je suis un refuge.* »

Cette écoute active et ce temps accordé au malade est aussi un moyen de lui faire prendre conscience de sa maladie et de l'aspect curable de celle-ci lorsqu'il est dans le déni. Dans ce cas la prise en charge est plus difficile à mettre en place.

E2 « *je pense que le patient il a surtout le besoin d'être entendu. Je pense qu'il a besoin d'être pris en considération, et puis je dirai qu'il y a des gens qui ont besoin de cheminer donc je crois qu'il faut leur laisser le temps, d'avancer à leur propre rythme.* »

B.2 La mise en route de la prise en charge

B.2.1 Immédiate

La première consultation avec le patient dépressif peut être le moment de démarrer la prise en charge, par exemple en mettant en place un traitement pour soulager les symptômes gênants du patient, notamment l'insomnie, puis le revoir plus tard.

E1 « *Souvent moi je commence plutôt par traiter le sommeil [...] traiter l'anxiété d'abord pour voir et reconvoquer le patient pour réévaluer son état.* »

E11 « *celui qui vient en disant « je dors, je pleure depuis 1 semaine », je me dis on a le temps, j'essaie d'abord de le faire dormir, de calmer l'anxiété et puis je dis on voit après.* »

Si le médecin est sûr de son diagnostic et qu'il a suffisamment d'arguments pour justifier sa démarche, il peut démarrer une prise en charge plus complète, ciblée sur le traitement de la maladie dépressive.

E2 « *il y a des études qui ont montré que la prescription d'ISRS montrait une amélioration sur la récupération post AVC. Donc du coup si on a un peu des éléments en faveur d'une dépression et qu'en plus le patient sort d'un AVC, on se pose pas trop la question et je leur prescris un traitement.* »

E11 « *celui qui vient qui dit « bon ben voilà j'osais pas venir mais ça fait 6 mois que je suis pas bien, je suis au fond du trou » bon là je peux démarrer un antidépresseur beaucoup plus rapidement.* »

B.2.2 Après réévaluation

Dans le cas où la prise en charge n'est pas perçue comme une urgence, le médecin peut décider de réévaluer le patient avant d'intervenir, pour s'assurer de la véracité de son diagnostic, notamment quand le patient ne fait pas partie de sa patientèle.

E6 « *Si je la connais pas je vais discuter, prendre contact et la revoir. [...] il me faut une évaluation.* »

E7 « *déjà j'essaie de pas me décider au premier entretien, je demande au patient de revenir, j'essaie de construire mon observation sur des items objectifs, à la recherche des piliers de la dépression.* »

Ce temps peut également servir à la prise de conscience du patient, afin d'obtenir ensuite une meilleure observance lors de la prise en charge de sa maladie.

E9 « *Y a des gens qui veulent pas forcément accepter, ça va être au bout d'une dizaine de consultations [...] les attaquer en frontal d'un coup, ça marche pas. Ça les fait fuir. Donc moi j'essaie plutôt de mettre des petites graines à germer dans la tête en disant « ah ben oui je vois que ça va pas, revenez, on va en parler » et puis une fois qu'ils reviennent pour en parler, qu'ils sont présents, ben j'attaque rapidement la prise en charge.* »

À noter qu'occasionnellement, on recherche d'abord une cause organique aux symptômes du patient, par la réalisation d'un bilan sanguin notamment, ce qui va aussi décaler la prise en charge.

E9 « *même si je suspecte un syndrome dépressif, je leur fais faire une prise de sang, systématiquement [...] pour éliminer [...] une étiologie secondaire, je fais ça systématiquement.* »

E10 « *on essaie de temporiser un peu, [...] c'est peut-être une cause organique, on va quand même faire un petit bilan, vérifier la thyroïde. Moi d'ailleurs c'est souvent un truc que je fais.* »

B.2.3 Contexte de l'urgence

Dans le cadre d'un épisode dépressif caractérisé majeur avec un risque suicidaire à court terme, la prise en charge est immédiate, elle commence avec le médecin généraliste qui peut choisir de la mener seul ou qui alerte et s'appuie sur les spécialistes et/ou services d'urgences de son réseau.

E4 « *Savoir est-ce [...] qu'il y a un vrai danger de passage à l'acte. Donc en fonction de ça, si y en a on passe plutôt sur une hospitalisation, on appelle le CMP, ce que vous voulez, qui est dispo en l'occurrence.* »

E5 « *...on a les services d'urgences psychiatriques, le plus dur c'est de persuader la personne d'y aller.* »

Quand il intervient seul, le médecin évalue le contexte autour de l'envie suicidaire et notamment la présence d'un entourage disponible et impliqué, puis il utilise des stratagèmes et des traitements précis pour stabiliser l'état du patient jusqu'à ce qu'il passe le cap.

E9 « *Des contrats moraux, [...] c'est de leur dire « je vous fais confiance, vous avez des idées suicidaires ben moi je compte sur vous je vous revois la semaine prochaine, on fait comme ça ? » [...] le Tercian®, ça les tasse... ça les tasse beaucoup mais au moins ils sont tellement inhibés qu'ils passent pas à l'action [...] souvent quand le patient il est en crise suicidaire il est amené par la fille, la mère... donc je dis bien à la mère « de toute façon si ça va pas vous appelez le 15. Ou alors vous l'emmenez à l'hôpital » comme ça ils se mettent à l'abri, pour la nuit, pour qu'ils soient réévalués par le psychiatre.* »

B.3 Les traitements médicamenteux

La prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé correspond très souvent à la mise en place d'un traitement médicamenteux, seul ou en association avec la psychothérapie.

B.3.1 Antidépresseurs

Les antidépresseurs sont souvent utilisés par les médecins, ils font partie du traitement curatif de l'épisode, et sont souvent associés à une psychothérapie.

E5 « *je leur explique aussi que l'antidépresseur ça ne sert pas forcément à régler le problème, on gagne pas au loto avec hein, on voit pas tout en rose, mais ça leur enlève une chape de plomb au-dessus des épaules, et qu'après ils peuvent arriver à y voir un peu plus clair sur leur propre cas, et qu'après ils pourront plus facilement se libérer.* »

Les modalités de prescription et les mécanismes des différentes molécules semblent plutôt bien connus par les médecins, l'antidépresseur est choisi en fonction du patient et de ses symptômes, plus particulièrement chez ceux qui ont récemment suivi une formation.

E2 « *Autrement je prescris uniquement des ISRS. Et après dans cette classe je choisis en fonction des autres symptômes à côté...* »

E7 « *grâce à mes internes (rire) et mes DESU, on a fait tout un topo sur les IRS et les IRSNA, et donc du coup je vais choisir en fonction d'un tempérament apathique, un tempérament plutôt anxieux...* »

La prescription d'antidépresseur est associée à deux inquiétudes; d'abord la peur de la survenue d'effets secondaires à type de perte de vigilance ou d'une accoutumance pour le patient, avec une difficulté à stopper le traitement à la fin de l'épisode.

E1 « *Après y en a qui aiment beaucoup leurs antidépresseurs et qui restent longtemps, au-delà des six mois d'antidépresseurs [...] y en a qui restent des années et des années sous antidépresseurs...* »

E3 « *il faut pas leur donner une camisole chimique, il faut pas qu'on les inhibe, au contraire il faut qu'ils se désinhibent, qu'ils puissent réagir. Si la thérapeutique les entrave on s'en sortira pas, ça risque d'être très long.* »

Par ailleurs, le début du traitement peut s'associer conjointement à une levée d'inhibition avec un risque de passage à l'acte chez certains patients, c'est aussi une limite à la prescription de ces molécules pour les praticiens.

E1 « *...à ce moment-là et s'il y a encore une humeur et une perte d'élan, une humeur triste, à ce moment-là, sous le couvert d'anxiolytiques, parce que oui, j'ai toujours cette appréhension du passage à l'acte suicidaire avec la mise en route d'un antidépresseur... j'ai ça qui me bloque hein.* »

On mentionnera aussi la réticence du patient qui, dans le cadre d'une relation médecin-patient basée sur le modèle délibératif, peut ralentir l'introduction et la prise du traitement.

E9 « *le fait qu'ils soient très angoissés aussi, le fait qu'on leur propose un antidépresseur, alors là ils vont parler de tous les effets secondaires de l'antidépresseur, tous, mais alors tous ! [...] ça, c'est un vrai frein le tabou qu'il y a autour de ces médicaments-là.* »

E11 « *je commence pas tout de suite par un antidépresseur parce que... bon même s'il faut du temps pour qu'il agisse c'est un truc à prendre tous les jours, souvent les patients sont pas près du tout à ça...* »

B.3.2 Anxiolytiques

Les anxiolytiques sont apparentés à un traitement symptomatique, les médecins traitants peuvent les prescrire seuls.

E11 « *j'essaie déjà oui de soigner les symptômes d'anxiété ou de troubles du sommeil qui résultent pour qu'il y ait pas déjà la fatigue qui se rajoute à la dépression ou à... voilà. Quitte après à secondairement mettre un antidépresseur si ça marche pas.* »

Mais la plupart du temps ils sont associés aux antidépresseurs au moment de l'initiation de la prise en charge, notamment pour prévenir la levée d'inhibition.

E5 « *j'ai appris qu'il fallait systématiquement quand on démarre un antidépresseur, rajouter un anxiolytique. Peut-être moins maintenant, mais il faut quand même qu'on règle un symptôme problématique qui est l'insomnie.* »

E10 « *En général je mets anxiolytique et antidépresseur en même temps [...] on le met au début, pour les aider à dormir, pour les détendre, les crises de larmes, et pour démarrer le traitement antidépresseur.* »

Les anxiolytiques sont prescrits sur une courte durée afin de prévenir les effets secondaires, les molécules citées dans l'étude sont des anxiolytiques à demi-vie courte.

E8 « *c'est vrai qu'on m'avait dit 15 jours d'anxiolytiques ça suffisait, donc j'ai pas envie de les laisser pendant 1 000 ans derrière, donc j'ai mis 15 jours.* »

E10 « *j'explique toujours que l'anxiolytique on va l'arrêter le plus vite possible, sur le long terme au niveau du cerveau c'est pas le top mais qu'il faut pas le diaboliser non plus, quand il faut le prendre, il faut le prendre.*»

B.3.3 Autres molécules

Dans les autres traitements mentionnés, on trouve les hypnotiques, là aussi prescrits comme traitements symptomatiques de l'insomnie associée à l'épisode dépressif caractérisé, mais leur utilisation est limitée.

E1 « *pas forcément de prescription médicamenteuse dans un premier temps, sûrement pas les antidépresseurs d'emblée, ça va être un somnifère si y a trouble du sommeil...* »

E11 « *au départ j'essaie surtout de les faire dormir, pour qu'ils aient les idées un peu plus claires, bon pas forcément avec un somnifère, parce que c'est vrai qu'ils deviennent très vite dépendants...* »

Ensuite la phytothérapie a été donnée comme premier traitement avant réévaluation, pour s'assurer du diagnostic avant de débiter une prise en charge plus complète.

E7 « *J'essaie d'abord d'aller le plus souvent à des traitements par phytothérapie, le tryptophane, avec ce qu'on peut avoir sous la main... et puis si au deuxième entretien [...] il y a vraiment quelque chose de constitutif, et ben là on peut introduire quelque chose.* »

B.4 La place de l'arrêt maladie

La prescription d'un arrêt maladie est aussi une manœuvre de la prise en charge dans certains cas, pour créer une coupure et laisser le patient se reposer ou pour l'éloigner de son travail dans un contexte de surmenage ou de harcèlement.

E1 « *ça arrive que les gens attendent, attendent et se retrouvent dans des états d'épuisement, [...] ils tiennent, ils tiennent et puis en fait ils sont épuisés donc ça nécessite un arrêt maladie oui.* »

E4 « *je les mets en arrêt systématique pendant 3 semaines parce qu'il faut une vraie coupure avec le travail. Le mec qui est pas bien il peut pas anticiper, [...] il faut une vraie coupure, c'est le seul cas où je fais des arrêts longs.* »

Mais il n'est pas systématique pour autant.

E11 « *si harcèlement au travail ben il faut déjà un petit arrêt de travail, déjà pour s'éloigner de la cause, et essayer de dire, de trouver une solution... après si c'est un problème de divorce, on peut pas s'éloigner de la cause, donc moins utile, au contraire ça permet de sortir du cadre familial.*»

Certains abus ont été aussi mentionnés.

E5 « *j'essaie toujours de comprendre, si la personne en face de moi est pas en train de me prendre pour une andouille, c'est très désagréable cette impression, ou qu'elle essaie d'obtenir des bénéfices secondaires...* »

E8 « *Alors forcément il y a eu beaucoup d'abus et maintenant je ramasse les pots cassés, mais j'estime que, quand ils me disent « là j'en peux plus c'est plus possible », je vais pas leur dire « si, ça va vous faire du bien, ça va vous tenir, vous allez voir des gens etc... ». »*

B.5 La psychothérapie

La prise en charge du syndrome dépressif ne se limite souvent pas à la prescription d'un médicament et/ou d'un arrêt de travail, elle est associée à une psychothérapie dans la plupart des cas. Il arrive aussi qu'elle soit proposée comme premier et unique traitement.

Le médecin a plusieurs confrères à qui il peut déléguer cette tâche.

B.5.1 Psychiatre

Les patients sont orientés vers un psychiatre dans plusieurs situations.

D'abord pour le suivi de patients présentant un épisode dépressif caractérisé sans risque suicidaire, immédiatement si le médecin juge son état suffisamment préoccupant, ou après échec d'un traitement par antidépresseur bien conduit, donné en première intention.

Dans ce cas le médecin ne contacte pas directement le spécialiste mais rédige un courrier qu'il confie à son patient.

E7 « *...je leur propose de manière systématique d'aller voir un thérapeute, que ça soit un psychiatre si vraiment... la gravité du syndrome dépressif est bien constitué on va dire...* »

E8 « *si au bout d'une ou deux molécules différentes j'y arrive pas, là j'oriente vers le psychiatre.* »

E10 « *Par courrier classique si y a pas d'urgence.* »

E11 « *si je vois qu'il y a pas d'amélioration au bout de, on va dire quelques mois, je laisse la main... ou je complète la prise en charge par un psy, [...] je considère que la personne à besoin de quelque chose que je ne peux pas lui apporter de toute évidence... »*

La consultation avec le psychiatre n'est pas toujours évidente à mettre en place. Les deux problèmes mentionnés sont d'une part le manque de disponibilité des spécialistes et d'autre part la difficulté pour le médecin généraliste d'amener son patient à consulter quand celui-ci n'envisage pas sa dépression comme un problème psychiatrique.

E5 « *D'autant que l'accès aux psychiatres est difficile voire impossible à l'heure actuelle. Y en a pas, ils sont sur rendez-vous, il y a 6 mois d'attente [...] avec un psychiatre, on a encore les réflexions « on est pas fous ! » « pourquoi j'irai voir un psy ? » donc faut le faire entendre au patient. »*

E9 « *J'envoie quasiment jamais aux psychiatres. J'envoie jamais parce que c'est trop long, on a jamais de retour, c'est compliqué, ou alors c'est trop.... comment dire... lourd, le patient il dit « mais je suis pas fou ! ».* »

Les médecins semblent regretter l'absence de thérapies cognitives dans la prise en charge de certains psychiatres.

E1 « *souvent ils reviennent après en disant « bah le psychiatre ça me sert à rien » (rire) « il me voit que 15 minutes, il me renouvelle mon ordonnance et basta ».* »

E4 « *Y a des psychiatres qui sont des reproducteurs d'ordonnances et qui ne font pas de travail de psychanalyse, chacun à son rôle. »*

La prise en charge de la consultation par la Sécurité sociale est citée comme un critère influençant le choix de ce professionnel par rapport aux autres pour poursuivre la prise en charge.

E1 « *y a aussi ceux qui préfèrent psychiatre parce que c'est remboursé, tout simplement. »*

E11 « *c'est compliqué dans le secteur à cause du non-remboursement, sinon... je pense peut-être que j'enverrai moins aux psychiatres et plus aux psychologues. »*

Dans le cadre d'un risque de passage à l'acte imminent, le généraliste utilise son téléphone pour avertir son confrère, mais la communication n'est pas forcément directe entre les deux médecins.

E10 « *si y a une urgence, j'appelle le secrétariat, je demande à ce que le patient soit vu rapidement, j'ai très rarement le psychiatre au téléphone, je crois que ça ne m'est jamais arrivé d'ailleurs... »*

B.5.2 Psychologue

L'autre professionnel vers lequel le médecin généraliste oriente son patient est le psychologue. Il l'estime facile d'accès et disponible.

E5 « *Les accès aux psychologues sont plus faciles c'est certain [...] on a 10 fois plus de psychologues que de médecins.»*

E9 « *J'ai une psychologue juste à côté, qui fait de la TCC surtout, donc c'est vachement bien, puis du coup j'ai des retours donc c'est hyper bien comme ça. »*

L'argument principal en faveur de l'orientation vers ce professionnel par rapport au psychiatre est la durée de la consultation.

E1 « ...des patients eux-mêmes qui sont demandeurs d'une prise en charge psychologique parce qu'ils savent que les psychologues vont être plus à l'écoute et que la consultation dure plus longtemps. »

E11 « chez le psychologue souvent c'est 30-45 minutes, y a un temps vraiment de parole pour extérioriser des choses qu'il n'y a pas parfois chez le psychiatre. »

Par ailleurs les médecins adressent plutôt leurs patients dans le cadre d'états dépressifs mineurs ou de dysthymies.

E6 « déjà s'il y a un antidépresseur, c'est pas adapté, c'est pas un psychologue qu'il faut, c'est un psychiatre. »

L'aspect coûteux de la consultation chez le psychologue est revenu dans la discussion comme un frein à l'orientation pour les patients les plus défavorisés.

E7 « on n'a pas des gens qui ont de gros moyens souvent. Donc aller voir un psychologue non remboursé, ils y vont une ou deux fois puis ils y retournent plus. »

E9 « les gens faut qu'ils aient de la thune pour payer le psychologue. »

Mais l'argument contraire a aussi été évoqué.

E4 « Pas psychiatre en général, psychologue ou psychanalyste, parce que dans le travail sur la dépression, je trouve que... je trouve ça très important de pouvoir aller mettre un peu la main à la poche, c'est-à-dire que, comme tout est « gratuit »... »

B.5.3 Autres professionnels

D'autres professions ont été nommées pendant les échanges, hypnothérapeutes, psychanalystes et sophrologues. Les aptitudes et capacités de chaque professionnel ne paraissent pas bien définies.

Certains médecins y ont recours facilement et de façon quasi-systématique.

E4 « Chez le psychanalyste je pense que c'est important que les gens aillent parler, ça dure une demi-heure, ils y vont, ils parlent ou ils parlent pas mais au moins la recherche, de l'expression et la recherche de la cause est plus importante pour moi. »

La plupart adressent peu leurs patients vers ces professionnels, soit parce qu'ils n'ont pas confiance en leurs compétences, soit parce que la consultation est payante.

E5 « tous confondus, hypnothérapeutes, psychologues, sophrologues, tout ça... [...] Le problème c'est qu'on leur demande pas leurs diplômes et il suffit de faire 2 week-ends de formation pour faire sophrologue donc bon... »

E11 « c'est vrai y en a beaucoup qui disent « c'est pas remboursé, je peux pas » puis même comme de la sophrologie où tous les autres moyens qu'il peut y avoir pour se détendre. »

Quelque soit l'intervenant, la psychothérapie est plutôt difficile à organiser et le patient n'est souvent pas demandeur, ce qui force parfois le médecin à utiliser des médicaments comme premier traitement, plus accessible et simple à mettre en place.

E8 « ...au bout d'un mois quand ils me disaient « ça va toujours pas docteur » j'avais proposé de faire de la psychothérapie. Ils voulaient pas du tout donc j'ai mis un antidépresseur, sous couvert d'un anxiolytique. »

B.5.4 Ne pas déléguer

Pour certains patients et dans certaines dispositions, le médecin généraliste peut décider de suivre lui-même le patient et de le revoir régulièrement pour faire un travail de psychothérapie.

C'est une prise en charge ordinaire pour certains.

E3 « *Je vais plutôt essayer de rentrer en contact avec ce patient [...] je vais peut-être essayer de faire une prise en charge en consultation de suivi, plus rapprochée, plutôt que d'entamer directement une prise en charge (pharmaco)thérapeutique.* »

E9 « *je les fais revenir, je les revois, je vois un peu l'évolution, je gère l'arrêt, le sevrage des traitements progressivement, mais oui je les accompagne au fur et à mesure [...] c'est surtout de l'écoute active, les orienter un petit peu mais après je suis pas psychologue mais au final on les accompagne quand même pas mal, je les accompagne pour ça.* »

Pour d'autres c'est une thérapie exceptionnelle que les médecins réservent aux patients réfractaires à la visite chez un psychiatre ou un psychologue, et/ou qui présente un épisode dépressif sans critère de gravité.

E7 « *ça m'est arrivé 3 fois en 1/4 de siècle de suivre quelqu'un en thérapie. Dans les 10 dernières années des gens qui sont revenus à intervalle très régulier, voir hebdomadairement, pour des entretiens de thérapie. 3 fois c'est rien hein, et c'est gens qui ne voulaient pas aller vers un psychiatre, et moi je jugeais que c'était important.* »

E11 « *y en a que j'ai suivi sans envoyer, donc oui jusqu'à un certain niveau.* »

Mais au final c'est un accompagnement complexe et mentionné comme non adapté à la pratique courante en médecine générale.

E7 « *... aujourd'hui j'ai plus de patient en charge de ce côté-là, et je ne le referai pas. Mais pas parce que je me sens pas capable de le faire, mais parce que je pense que c'est pas vraiment mon boulot, moi je suis médecin généraliste, j'ai pas à faire ça.* »

E11 « *... pas forcément chez moi parce que voilà j'ai des consultations d'un quart d'heure même si dans ces cas-là ben ça déborde, forcément ça déborde mais voilà y a pas 3/4 d'heures de consultations pour... puis bon j'ai pas forcément les ficelles non plus hein.* »

B.6 Les freins

Pendant les échanges que j'ai eus avec les médecins, plusieurs difficultés à la prise en charge ont été mentionnées.

B.6.1 Prise en charge chronophage et demandant un investissement

Le problème principal évoqué pendant les entretiens est le manque de temps dont bénéficie le médecin pour s'occuper de son patient.

E8 « *...souvent c'est à la toute fin de la consult et bon quand ça fait déjà 15 minutes, qu'il y a 10 patients en salle d'attente... on se dit bon, qu'est-ce que je fais ?*»

E11 « *parce que des fois j'ai l'impression que je le mets dehors, je suis frustrée parce que j'ai pas pu assez l'aider et puis lui, il doit être frustré parce que je l'ai pas assez écouté donc... c'est pas pour moi de la bonne médecine générale.* »

Les médecins expliquent que c'est une consultation qui leur demande un effort et un certain investissement, notamment pour la mise en place de l'empathie et de l'écoute active, et qu'ils ne sont pas toujours aptes à mener la consultation comme ils le souhaitent.

E7 « *Après le frein à la prise en charge, c'est l'empathie du médecin, c'est sa capacité à prendre en charge, à la fois en compétence et en empathie.* »

E9 « *Y a des fois on dirait ils se réunissent tous dans un bus et ils arrivent tous dans la même demi-journée, alors après forcément moi j'ai plus la même écoute qu'au début de la journée. Mon état aussi, des fois je suis moins à l'écoute, j'ai moins de patience, je suis un humain hein...* »

Le manque de temps pendant la consultation est perçu comme une des explications au fait que des patients sortent de plus en plus d'un parcours de soins conventionnel.

E8 « *Et je pense que c'est pour ça aussi que les gens se tournent vers des médecines non traditionnelles, parce que les consultations sont beaucoup plus longues, je pense que c'est aussi pour ça qu'il y a un succès fulgurant des médecines non, enfin, moins traditionnelles.* »

B.6.2 Prise en charge longue et complexe

Pour le généraliste, le diagnostic et le début de la prise en charge peuvent être difficiles quand il doit composer avec le déni et/ou les préjugés du patient sur la maladie mentale et l'amener à se questionner et à admettre l'origine de son mal-être, sans pour autant lui imposer un traitement qui risquerait de le faire fuir et mettrait fin à la prise en charge. C'est un processus long qui demande beaucoup d'écoute et parfois des négociations avec le patient.

E2 « *Mais je le propose, je n'impose rien. [...] si les gens disent « non », je vais les laisser cheminer et puis au cours du séjour je vais voir comment ça évolue et éventuellement en reparler.* »

E9 « *la première fois que je vois quelqu'un rentrer, même si je le suspecte fortement, c'est compliqué à dire « bon ben voilà c'est sûr c'est une dépression, faut prendre des antidépresseurs, faut aller voir le psychologue, le psychiatre, faut faire ci faut faire ça... » le patient il va me regarder avec des grands yeux, il va se dire « bon allez je me barre, j'ai rien à faire ici ! ».* »

D'ailleurs pour quelques médecins, la difficulté de la prise en charge réside dans la différenciation entre une dysthymie réactionnelle et passagère, et un épisode dépressif bien constitué.

E5 « *...on met « syndromes anxio-dépressifs », mais en fait c'est un gros sac dans lequel on met tout dedans, [...] C'est compliqué. [...] À la limite, c'est plus facile d'appréhender les vrais dépressifs.* »

De plus la prise en charge requiert souvent un avis spécialisé et l'appel à d'autres acteurs de la santé mentale pour permettre une prise en charge globale et complète.

E1 « *...en faisant quand même du pluridisciplinaire parce que je pense que seul on peut pas, c'est tellement complexe, en tant que généraliste avec tous ce qu'on a à traiter d'autre, on peut pas réussir à faire sortir les patients de ces états dépressifs sévères.* »

E3 « *c'est pas comme quelqu'un qui a de l'hypertension, on lui donne une thérapeutique et au bout de 8 jours la pression artérielle est stabilisée. Là, tu pars sur 3 ou 6 mois ou plus de prise en charge...* »

B.6.3 Doute sur l'efficacité de la prise en charge

Le traitement du syndrome dépressif est un processus incertain, et parfois, malgré une prise en charge de plusieurs mois, il arrive qu'il se chronicise ou récidive, cela est vécu comme un échec pour le médecin qui se questionne sur l'efficacité des moyens dont il dispose.

E1 « *on peut les voir revenir toujours dans des états dépressifs, même s'ils ont leurs anxiolytiques, leurs antidépresseurs, leur suivi psychiatre, leur suivi psychologue... C'est des suivis au long cours avec, quand ça va mieux, des risques de rechutes, ouais c'est pas facile...[...] on peut pas réussir à faire sortir les patients de ces états dépressifs sévères.* »

E11 « *soigner, je sais pas, même un cancer, pas au niveau psychologique hein, mais il arrive il a ça, on fait tel examen... il y a une certaine logique et une certaine avancée, mais là bon... on a souvent l'impression, on se dit « à quoi je sers ? ».* »

Les médecins espèrent voir arriver de nouvelles techniques de traitements pour cette maladie dont l'incidence explose.

E6 « *Je pense qu'on pourra aller plus loin peut-être un jour dans la recherche, parce que c'est quand même pas très clair ces mécanismes physiologiques. Donc j'espère qu'on aura de meilleures solutions... »*

C. LE SUIVI

C.1 Suivi régulier

Le suivi choisi par le médecin et le patient dépend en premier lieu de la prise en charge décidée en amont. La majorité s'entend sur l'importance d'un suivi rapproché et régulier au début de la prise en charge et notamment après l'instauration d'un traitement médicamenteux.

E7 « *moi je suis pas trop un médecin qui va dire « reprenez un rendez-vous en sortant » mais par contre pour les patients chez qui j'instaure un traitement, [...] je leur dis « voilà, je vous mets un traitement mais on se revoit dans 15 jours pour faire le point ».* »

E9 « *C'est le début, les traitements... j'essaie de pas les laisser dans la nature comme ça en fait. Pas qu'ils soient perdus de vue. Souvent ils sont arrêtés, je mets des arrêts de 15 jours, au moins au bout de 15 jours ils sont obligés de revenir pour chercher un arrêt, je suis sûr de les revoir à ce moment-là.* »

Le médecin a d'ailleurs parfois des réticences à imposer ce suivi et craint que cela soit mal vu par le patient.

E8 « *des fois en cabinet c'est difficile de... quand les patients sont pas très demandeurs, de leur imposer un rythme, je sais pas ... on a toujours l'impression que les gens vont se dire « le docteur il veut me revoir parce qu'il veut gagner plus d'argent ! ».* »

C.2 Suivi irrégulier ou interrompu

Le suivi sera plus sporadique, voire potentiellement interrompu, si le patient est pris en charge par le psychiatre ou par un autre professionnel :

E4 « *Je revois les patients et puis je les laisse faire, je suis pas psychanalyste, une fois qu'ils sont sur les rails et qu'ils vont mieux, ils sont suivis derrière par un psychologue ou un psychanalyste, et puis voilà.* »

E7 « *ceux qui sont pris en charge par des psychiatres souvent on les perd, mais on les perd au bénéfice d'un suivi.* »

E11 « *après oui si le psy est en vacances et qu'ils ont besoin d'un arrêt ou d'un médicament bien sûr ils viennent me voir, mais pour le suivi avec le psychiatre, c'est pas que je leur ferme la porte mais ils ont déjà une écoute... unique qui est peut-être plus claire je pense pour eux.* »

D. LE VÉCU DU PRATICIEN

L'expérience du syndrome dépressif, qu'il soit vécu ou observé, est une épreuve personnelle, il était donc attendu que je rencontre différents profils de médecins, avec un ressenti émotionnel propre à chacun.

D.1 Aisance

Les médecins qui sont souvent confrontés à des patients dépressifs semblent plus à l'aise avec la gestion de la maladie.

E5 « *...je veux dire j'en fais 20 fois par jour 12 mois sur 12, donc ça c'est vraiment pas le problème.* »

E10 « *C'est pas facile non plus mais c'est une habitude à prendre, après la première dépression, la première fois ça fait un peu bizarre, après on en voit plein, on s'habitue. Enfin c'est une maladie comme une autre quoi.* »

Cette aisance est particulièrement évidente chez les médecins qui ont un attrait particulier pour la spécialité et ont eu de nombreuses expériences professionnelles.

E9 « *Je suis plutôt très à l'aise avec ce qui est syndrome anxio-dépressif de manière générale [...] J'en ai vu plein, j'ai hésité longtemps à faire de la psychiatrie [...] je suis plutôt à l'aise.* »

D.2 Anxiété

Des médecins m'ont fait part de l'anxiété qu'ils éprouvent au contact de ces patients, principalement à cause de l'inquiétude viscérale de passer à côté d'un patient qui présente un risque de passage à l'acte.

E1 « *c'est plutôt anxiogène d'avoir un patient dépressif, euh oui peut-être toujours pour la prise en charge... pas passer à côté d'un risque suicidaire... euh ouais, ouais ça, ça peut être anxiogène.* »

E6 « *C'est à la limite ça qui me bloque plus [...] parce que souvent ils en parlent pas, il faut avoir l'oreille pour entendre le petit sous-entendu qui... des fois on n'entend pas, et on a des patients qui sont passés à l'acte.* »

De cette inquiétude en découle une autre, la peur de ne pas avoir les moyens nécessaires pour gérer la crise suicidaire. Cette inquiétude existe aussi chez les médecins qui se sentent à l'aise sur la gestion de l'épisode dépressif sans signe de gravité.

E4 « *Si on n'a pas un réseau à nous, on est complètement isolé.* »

E8 « *...s'ils me disent : « oui, oui j'ai envie de me suicider » et ben qu'est-ce que je fais derrière moi ? »*

E10 « *c'est pas un truc très stressant. Bon a part si le patient nous dit « bon ben je vais m'ouvrir les veines » ouais là on décharge un peu, on appelle de 15, on essaie de négocier un peu avec le patient, ça m'est jamais arrivé hein (touche son bureau en bois).* »

Dans le cadre d'une prise en charge médicamenteuse par antidépresseur, la peur d'un effet de levée d'inhibition est aussi très présente :

E1 « *j'ai toujours cette appréhension du passage à l'acte suicidaire avec la prise d'un antidépresseur, j'ai ça qui me bloque hein. »*

E8 « *Le premier dont je me suis occupé c'était un adolescent, donc autant dire que je me suis un peu caguée dessus quand il a fallu introduire l'antidépresseur... »*

Cette inquiétude devient le moteur d'une concentration encore plus importante, dirigée vers le patient et qui amène le médecin à réviser ces connaissances.

E1 « *... peut être une extrême vigilance du coup par rapport à ce patient, être plus attentive, plus à l'écoute encore... »*

E5 « *C'est arrivé une fois aussi, en 30 ans, d'avoir un passage à l'acte chez un patient qui n'avait jamais consulté pour un problème de ce type. Jamais. Il venait pour un mal au dos... Attention les "mal au dos"...comme quoi... »*

E8 « *quand j'étais interne j'étais passé à côté d'une dépression d'une adolescente et je m'en étais tellement voulu...après j'avais révisé à fond les antidépresseurs chez l'ado. »*

D.3 Agacement

Les médecins interrogés expliquent parfois leur agacement quand ils reçoivent un patient, la rencontre étant synonyme d'une consultation longue et difficile, avec pour certains la sensation d'être berné dans la relation médecin/patient.

E7 « *y a des consultations quand elles commencent on se dit « oh putain, encore... », quand on dit « Qu'est-ce qui vous amène ? » et que le patient s'effondre en larmes on se dit « oh putain, j'ai remis une pièce dans la machine » ... »*

E5 « *j'essaie toujours de comprendre, si la personne en face de moi est pas en train de me prendre pour une andouille [...] essayer de discuter pendant une heure d'un truc et que je sens que ça se goupille mal... J'ai beaucoup de patience pourtant, mais j'aime pas qu'on me prenne pour une abrutie. »*

Chez les médecins libéraux, ce sentiment d'agacement s'exprime aussi vis-à-vis de leur implication dans la prise en charge du syndrome dépressif, notamment quand ils comparent le temps passé avec le patient par rapport à la reconnaissance et la rémunération de l'acte en lui-même.

E4 « *moi j'ai eu beaucoup de colère à 20, 30, 40 ans et puis là, c'est bon, je m'occupe de mes patients, et puis j'en ai rien à foutre... je connais la cotation à 69.12, je la fais à la première consult y a pas de problème, mais on est pas du tout aidé, en rien [...] ils ne veulent plus de médecin généraliste ! Voilà, la médecine générale, c'est terminé ! »*

E7 « *Faut être honnête, quand on garde quelqu'un 30 minutes et qu'on lui prend 25 euros, c'est une hérésie. Mais, là on déborde, mais le tarif de la consultation du médecin généraliste est une hérésie de toute façon. »*

D.4. Empathie et compassion

En interrogeant ces médecins, la plupart admettent que leur implication émotionnelle est différente selon le patient qu'ils ont en face d'eux.

E8 « *Y a des patients pas du tout, y a des patients *pffff* non vraiment pas. Je sais c'est terrible de dire ça mais bon ça me touche pas trop, après y en a d'autre qui me touchent beaucoup* ».

Certains racontent avoir été particulièrement impactés par des consultations avec des patients qui partagent avec eux des récits de vies difficiles ou des traumatismes. Les médecins se mettent alors à la place du patient, basculant d'une attitude emphatique à une réelle compassion, et brisant la limite protectrice qui les sépare d'habitude.

E2 « *Cette dame-là elle m'avait un peu touché, parce que ça faisait écho à mon expérience personnelle [...] j'avais encore plus envie de l'aider.* »

E6 « *...des fois ils vivent des choses assez dramatiques, et sincèrement y a des fois ou c'est... je suis vraiment avec eux.* »

Ce bagage émotionnel, que le médecin cherche à contenir afin de garder une image sécurisante, peut devenir trop pesant et l'amène occasionnellement à consulter lui-même un spécialiste.

E3 « *En tant que professionnel il faut se tenir, au moins avec le patient, il faut garder sa distance et ne pas montrer son émotion sinon on sera moins crédible.* »

E4 « *...quand j'ai l'impression que ça me touche je peux aller voir moi-même des professionnels [...] pour vider mon sac [...] c'est un transfert de patate chaude, et puis à un moment c'est compliqué. Après bon... c'est notre boulot.* »

DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

Au total 11 médecins ont participé à l'étude avec un peu plus de 2 h 30 d'entretiens, retranscrits puis étudiés.

Une des forces de l'étude est la variabilité représentée au sein de l'échantillon en termes de sexe et d'âge des praticiens.

L'objectivité de l'analyse a été vérifiée par un double codage pour un des entretiens, pris au hasard sur les 11 réalisés, qui retrouvait des termes similaires pour chacune des deux analystes.

Biais géographique

Les médecins ont été recrutés en région PACA, sur deux départements, le Var et les Bouches-du-Rhône. Même si la disposition géographique des praticiens était intéressante car couvrant une grande surface du territoire, aucun des médecins n'exerçait en milieu rural. Les entretiens étant réalisés en face-à-face, c'est une conséquence due au manque de temps et aux difficultés liées à l'épidémie, rencontrés pendant l'étude.

Biais de sélection des médecins généralistes

Il y avait une grande diversité des caractéristiques épidémiologiques et géographiques chez les médecins interrogés, cependant il n'y a pas eu de randomisation des médecins généralistes, ils ont été sélectionnés en fonction de ces données et de leurs potentielles aptitudes à répondre à l'étude.

Biais méthodologique dans le recueil des données

Cette étude était une première expérience en tant que meneuse d'entretiens semi-dirigés et l'on peut constater que les premières entrevues sont moins abouties que les suivantes, même si on en tire des informations intéressantes.

Biais de désirabilité sociale

L'avantage de réaliser les entretiens en face-à-face est aussi un risque de biais puisque le médecin interrogé s'exprime en face d'une enquêtrice, il a tendance à se montrer sous une facette positive et a plus de difficultés à verbaliser les comportements qu'il sait inadaptés.

2. Éléments clés

2.1 Médecin généraliste, premier acteur devant la montée de la prévalence des syndromes dépressifs

Le médecin traitant est très souvent l'acteur de premier recours, il intervient au tout début du parcours de soins, directement sollicité par le patient dans plus de la moitié des cas, dans le cadre d'une détresse psychologique (9).

Cette préférence pour le généraliste s'explique d'une part par son accessibilité, le patient obtient un rendez-vous dans les jours qui suivent sa demande et dans un rayon proche de son domicile; de plus il n'a pas de frais puisque la consultation est totalement prise en charge par la Sécurité sociale et enfin, le patient a confiance en ce médecin qu'il connaît bien.

Il se présente donc en consultation avec un symptôme, une inquiétude ou une question, le médecin généraliste est d'abord un clinicien qui essaie de comprendre la physiopathologie du mal-être dont souffre son patient et d'apporter ensuite des solutions adaptées pour le soulager. De par sa formation, il explore souvent en premier lieu la possible implication d'une cause organique avant de conclure à une origine psychosomatique, même si son expérience dans le domaine de la santé mentale lui apporte des clés pour évoquer rapidement ce diagnostic. Pendant ce processus il met en jeu ses compétences d'écoute et d'accompagnement avec une empathie tournée vers le patient.

La relation entre le médecin généraliste et le patient semble assez unique, le médecin se met à la hauteur du patient en lui fournissant une information éclairée avec un langage accessible, la relation étant basée sur le modèle « délibératif » qui semble être le plus adapté en particulier pour la prise en charge de pathologies chroniques (21), et de son côté le patient lui confie sa vie privée, ses angoisses personnelles et ses échecs professionnels, il lui pose des questions qu'il n'estime pas toujours légitimes, critique sa consultation chez le spécialiste et avoue ne pas suivre correctement le traitement, l'interrompt et n'hésite pas à verbaliser son désaccord pendant la consultation.

D'une certaine façon le généraliste ne semble pas être assimilé au corps médical, pourtant le patient requiert son avis et y accorde de l'importance.

C'est cette proximité qui permet au médecin de comprendre le patient dans sa globalité, de saisir ses attentes et de proposer ensuite une prise en charge adaptée.

La place du médecin généraliste paraît donc centrale dans la prise en charge du syndrome dépressif, de par sa disponibilité, sa place dans la relation avec le patient, ses compétences empathiques et son rôle dans l'organisation de la coordination de soins.

Pourtant aujourd'hui encore, la prise en charge de l'épisode dépressif ne semble pas optimale, selon une étude, seulement 1/3 des patients bénéficieraient d'une prise en charge adéquate après leur visite chez le médecin généraliste, avec notamment un manque de recours aux psychothérapies et une surconsommation de psychotropes (12, 22).

2.2 Dépression, un diagnostic difficile à poser et à faire entendre

Dans une étude réalisée en France en 2017, on demandait à des patients de remplir seuls un questionnaire à choix multiples, ici le PHQ-9, avant leur rendez-vous avec leur médecin généraliste.

Sur tous les syndromes anxio-dépressifs et dépressions détectées par l'auto-questionnaire, le médecin généraliste en diagnostiquait environ 50% à la fin de sa consultation, la sensibilité de la détection était majorée pour les épisodes de gravité supérieure (23).

La difficulté pour le médecin généraliste semble résider dans la pose du diagnostic. Le patient arrive rarement en se présentant comme étant « dépressif », il consulte pour une fatigue depuis quelques semaines, une anxiété et des crises de larmes pendant le travail, une douleur résiduelle ou une gêne fonctionnelle dont il ignore l'origine malgré la réalisation de plusieurs examens complémentaires, ou encore pour un motif complètement différent mais dont il usera pour mentionner brièvement son mal-être, généralement à la fin du rendez-vous, ne se sentant pas légitime de consulter pour ça. L'expertise est d'autant plus complexe lorsque le patient ne fait pas partie de la patientèle du généraliste et qu'il n'a pas connaissance de son comportement habituel, ses habitudes et son mode de vie, ses antécédents médicaux et familiaux.

Heureusement la plupart des patients semblent consulter le médecin qu'ils estiment être leur médecin référant dans le cadre d'un stress psychologique (24).

Une fois qu'il a identifié l'origine psychologique du mal-être, le médecin doit encore faire la part des choses pour différencier un épisode dépressif d'une autre entité anxio-dépressive non caractérisée, et cela dans l'objectif de proposer une prise en charge adaptée.

Pour faire cette distinction, la plupart des praticiens ne se servaient pas vraiment des critères du DSM-IV qu'ils citaient malgré tout comme une de leurs références universitaires, ils pouvaient plus facilement faire appel à des outils de type échelles ou scores standardisés, mais ils étaient peu à les utiliser, les jugeant souvent trop éloignés de leur pratique courante. La plupart des médecins se fiaient plutôt à un interrogatoire approfondi et à leur intuition.

Dans le but de simplifier la prise en charge qui va suivre, il paraît donc important de définir correctement le mal dont souffre le patient. Si l'utilisation des critères du DSM-IV ou du DSM-V semble assez fastidieuse, on pourra se servir d'une échelle standardisée comme l'Échelle Européenne de la Dépression ou Euro-D Scale qui se base sur les symptômes déclarés par le patient et semble être intéressante pour évaluer de façon globale le syndrome dépressif, en incluant la recherche d'idées suicidaires (25) (annexe 2).

8 items sur 12 sont des questions ouvertes ce qui laisse plus de place aux patients pour s'exprimer librement, cependant en pratique courante et si le temps manque pour utiliser cet outil, on pourra se servir de l'échelle à choix multiple PHQ-9 qui paraît être la plus adaptée, elle reprend synthétiquement les mêmes idées que l'Euro-D Scale mais sous forme de questions fermées en prenant en compte la place du mal-être dans la vie quotidienne (annexe 4), de plus elle semble plus sensible dans le dépistage que l'échelle Hamilton (26).

On comprend pourquoi une des remarques partagées pendant l'étude concerne le manque de temps de consultation : la durée moyenne d'une consultation chez le médecin généraliste varie entre 15 et 20 minutes (27), pourtant, selon les médecins interrogés, la première consultation, pendant laquelle ils doivent dépister, évaluer la gravité et démarrer la prise en charge de leur patient, est bien souvent deux ou trois fois plus longue, et il ne leur paraît pas envisageable de raccourcir la durée de cet entretien (28).

À raison d'au moins 2 nouveaux patients se présentant dans le cadre d'un épisode dépressif chaque semaine (11, 40), on comprend facilement le sentiment d'agacement qui entourait cette prise en charge chez quelques médecins, d'autant plus que ce temps passé en consultation n'est pas valorisé par une rémunération plus conséquente.

Pour remédier à cela, il paraît impossible d'organiser ce rendez-vous au préalable au vu de la présentation de la pathologie, on peut donc se demander si, une fois que le médecin a identifié une composante anxio-dépressive chez son patient lors d'un entretien, il devient envisageable de reporter la première consultation pour un rendez-vous dédié. Le risque majeur étant de perdre le patient de vue.

La notion de réévaluation paraît d'ailleurs intéressante dans certains cas, notamment au début de la relation médecin-malade, pour conforter le diagnostic et apporter de nouveaux arguments dans l'estimation de la gravité de l'épisode.

D'un autre côté, même lorsque le tableau est clair pour le médecin généraliste, le patient n'a souvent pas le même point de vue. Les médecins interrogés mentionnaient souvent l'incompréhension et le refus catégorique de leur patient face au diagnostic de dépression.

Le fait d'imposer une prise en charge est contre-productive, encore plus pour un patient qui va devoir suivre un traitement et reconsulter pendant au moins 6 mois. Le fait de revoir et de laisser le patient prendre conscience de l'existence de sa maladie, permet certainement à terme, d'obtenir une meilleure adhésion à la proposition de soins.

2.3 La mise en place de la prise en charge, écoute active et entretien motivationnel

L'initiation d'une prise en charge peut se faire d'emblée, quand le diagnostic est posé et que le patient est demandeur, ou plus à distance si le praticien estime ne pas avoir les arguments et/ou l'observance nécessaire pour entamer une prise en charge dès la première consultation.

La pratique d'une écoute active semble être, pour la majorité des médecins interrogés, un premier pas vers le malade pour l'accueillir dans sa maladie et lui montrer leur implication. Un article paru en 2005 intitulé *active listening: more than just paying attention* synthétise l'importance mais aussi la difficulté de laisser le patient s'exprimer sans intervenir pendant son discours, c'est une méthode avare en temps et en énergie mais qui enrichit la relation médecin-patient : le médecin qui fait preuve d'empathie comprend l'histoire du patient et saisit ses motivations, de son côté le patient, en confiance, suivra plus volontiers la prise en charge (29).

Lorsque le patient a entendu le diagnostic et avant de débiter la prise en charge, les médecins généralistes vont pouvoir informer le patient sur la nature de son mal-être et sa capacité à y faire face, s'assurer qu'il a bien compris les tenants et aboutissants du traitement et fixer avec lui des objectifs atteignables pour lui permettre de se réapproprier son quotidien tout en valorisant sa démarche.

On rappellera que l'objectif de la prise en charge n'est pas d'obtenir une réponse au traitement avec une amélioration des symptômes invalidants, mais une rémission complète avec un retour à un état stable, antérieur à l'épisode dépressif. C'est un traitement qui s'étale sur une durée de 6 à 12 mois pour un premier épisode, il est donc très important de placer le patient en tant qu'acteur de sa santé, pour éviter une interruption de la prise en charge, qui est malheureusement très fréquente dans le cas de la dépression (12).

2.4 Place du traitement médicamenteux

Pour ce qui est des traitements médicamenteux, contrairement aux idées reçues, la France n'est pas le plus gros consommateur d'antidépresseurs d'Europe et se situait jusqu'en 2017 au moins, sous la moyenne des 28 pays de l'Union Européenne (30), on notera que le nombre de prescriptions a néanmoins explosé depuis l'apparition du COVID-19 (31).

Cependant on notera aussi que la France est un très gros consommateur de psychotropes, parmi lesquels on dénombre les anxiolytiques en première ligne, les hypnotiques et ensuite les antidépresseurs (32).

Le médecin généraliste est le praticien qui initie la prescription d'antidépresseurs dans la grande majorité des cas (33).

Les praticiens de l'étude les introduisaient soit de façon rapide voire immédiate dès la première consultation, soit à distance, pour réévaluer le patient au préalable ou par crainte de créer une accoutumance ou de provoquer un passage à l'acte à l'introduction de la molécule.

Pour ce qui est de la levée d'inhibition, particulièrement crainte par les médecins interrogés, on mentionnera cette méta-analyse de l'Académie Nationale de Médecine, sortie en 2014, qui reprend les résultats de précédentes études et qui ouvre la discussion sur l'effet protecteur de la mise en place d'un traitement antidépresseur par rapport au risque suicidaire, pour les populations dépressives unipolaires de plus de 18 ans (34).

Lors de la première prescription, les médecins adaptaient la molécule en fonction des symptômes et des antécédents psychiatriques de leurs patients, et les avertissaient des potentiels effets secondaires. On rappellera que pour les antidépresseurs ils sont principalement d'ordre digestif, problèmes de transit, nausées et vomissements (35), ils peuvent aussi entraîner une prise pondérale et des dysfonctions sexuelles (36). Les inhibiteurs de la recapture de sérotonine, qui n'ont pas ou peu d'effet anticholinergique, sont très bien tolérés, y compris chez le sujet âgé, moyennant une surveillance clinique et biologique, à la recherche d'une hyponatrémie (37).

Concernant les indications, la prescription d'un antidépresseur est fortement recommandée dans la prise en charge d'un épisode dépressif majeur avec une balance bénéfice-risque nettement positive; elle doit être plus mesurée dans la prise en charge des épisodes de moindre gravité où la mise en place de mesures hygiéno-diététiques, notamment la pratique d'une activité physique régulière (38), associées à une psychothérapie, semblent souvent suffisantes (28, 39).

On soulignera qu'en consultation de médecine libérale, il est souvent plus simple de proposer un traitement médicamenteux répondant rapidement à la demande du patient, plutôt que de lui proposer de revenir ou de l'adresser à un confrère pour faire des séances de psychothérapie (40).

Les médecins interrogés dans l'étude n'avaient pas de difficulté à proposer un anxiolytique ou un hypnotique pour soulager les symptômes comme l'anxiété et l'insomnie, symptômes qui motivaient souvent la venue de leurs patients en consultation.

Ces traitements pouvaient être prescrits seuls ou en association avec un antidépresseur.

Les anxiolytiques tels que les benzodiazépines présentent de nombreux effets secondaires; à court terme on note des troubles de la vigilance ainsi que des troubles psychomoteurs et à long terme un risque d'accoutumance pouvant déclencher des conduites addictives, mais aussi des signes paradoxaux à type d'insomnie et d'anxiété qui ont tendance à déclencher une surconsommation de la molécule prescrite (41). On notera aussi l'apparition de troubles cognitifs avec des risques de chutes chez les patients âgés, première population à bénéficier de ces traitements au long cours (42).

Puisque l'on en connaît les risques, on peut se demander pourquoi les anxiolytiques sont encore prescrits de façon aussi importante par les généralistes en France. Une thèse réalisée en 2015 met en parallèle plusieurs études réalisées sur le sujet, en explorant les conditions de prescriptions des benzodiazépines. Il semble que la première inquiétude du médecin soit d'apporter une réponse rapide à la demande parfois envahissante du patient, faute d'autre solution ou par manque de temps, menant à ce que l'étude nomme des prescriptions « empathiques ». Il ne semble pas y avoir de facteurs sociodémographiques favorisant ou non cette surprescription, mais elle apparaît plus importante chez les médecins en surcharge de travail et soumis à la pression professionnelle (43).

Si les anxiolytiques ne doivent pas être diabolisés puisqu'ils présentent des effets intéressants dans le soulagement des symptômes liés à l'anxiété et qu'ils sont toujours recommandés pour introduire l'antidépresseur chez les patients à risque, on rappellera qu'ils doivent être utilisés sur de courtes périodes, entre 7 et 14 jours, avec une réévaluation rapide suivant leur mise en route, et que leur initiation doit être particulièrement réfléchie chez les sujets âgés.

Il arrive encore fréquemment que la prescription initiale débouche sur une prescription pérenne, l'anxiolytique étant pris comme une aide à l'endormissement qui devient quasi impossible à stopper par la suite. Aujourd'hui encore la prise d'un quart de Lexomil® est banale et ne semble pas marquer les consciences au même titre que la prise d'un traitement antidépresseur.

2.5 Coordination de soins, déléguer ou ne pas déléguer

Si l'importance de la psychothérapie semble évidente pour les médecins, ils mentionnent des difficultés pour y faire accéder leurs patients et lorsqu'ils la réalisent eux-mêmes, ils la trouvent très chronophage, pas ou mal adaptée à la pratique courante, et non valorisée par une rémunération en conséquence.

Il semble cependant que les médecins généralistes, même s'ils ne réalisent pas de psychothérapies à proprement parler, proposent déjà un entretien motivationnel avec des notions de psychoéducation dont l'impact est majeur pour le patient (12).

En termes de professionnels capables de délivrer une psychothérapie, on rappellera qu'actuellement le territoire français compte 4 fois plus de psychologues que de psychiatres en exercice, en région PACA l'écart est encore plus grand puisque la densité était d'environ 29 psychiatres et 124 psychologues pour 100 000 habitants sur des estimations de 2019 et 2021 (44, 45, 46).

Dans l'étude, deux motifs principaux justifiaient une demande de consultation chez le psychiatre, d'une part une évaluation rapide pour un patient qui présentait une forme grave et d'autre part une demande plus à distance après échec d'un ou deux traitements de première intention.

Le dialogue entre les 2 confrères ne semble pas toujours évident, souvent indirect à base de courriers échangés par l'intermédiaire du patient, il pâtit souvent d'une défiance mutuelle qui limite leur interaction. Il semble primordial de retravailler l'image que le médecin généraliste porte sur le spécialiste et inversement, afin de mieux comprendre les compétences et rôles de chacun, dans le but de créer une collaboration plus efficiente et respectueuse (47). Ce dialogue ouvert et cordial serait sans doute bénéfique aux patients, notamment dans la prise en charge des cas d'épisodes dépressifs majeurs où leur collaboration est essentielle (48).

Quand ils avaient la nécessité de déléguer la réalisation d'une psychothérapie, les médecins adressaient parfois vers le psychiatre, et parfois vers le psychologue, le psychanalyste ou le sophrologue.

Chacun de ces professionnels peut proposer des thérapies cognitives en fonction de ses différentes formations, parmi lesquelles on dénombre les techniques de TCC, EMDR, PST, hypnose, psychanalyse... Les études ne concluent pas à une supériorité d'efficacité pour une thérapie par rapport à une autre, que la thérapie soit modeste ou plus intense, réalisée en face-à-face ou par le biais d'un écran, elles démontrent une efficacité similaire (49, 50).

Il n'existe donc pas de recommandation particulière quant au choix de la psychothérapie dans l'épisode dépressif caractérisé (16), le principal sera d'y faire participer le patient.

À ce jour encore, les interactions entre psychologues et médecins traitants sont rares, particulièrement en libéral (13). Le chemin vers une coordination entre les deux professionnels semble important à travailler pour l'avenir, des pistes ont déjà été abordées dans un communiqué de l'HAS datant de 2018 (14) et on peut espérer que les remaniements autour du remboursement des séances auront des répercussions positives à l'avenir.

Il en va de même pour les autres acteurs de la santé mentale cités précédemment.

À l'aide de son réseau, en connaissant les différents professionnels de sa région ainsi que les compétences et formations de chacun, le médecin généraliste peut adresser au mieux son patient et lui proposer un parcours de soins adapté.

2.6 Réévaluation et suivi

Dans les points évoqués pendant l'étude, l'importance du suivi du patient dépressif est retenue par une majorité de médecins, et plus particulièrement au début de la prise en charge, après la mise sous traitement.

C'est une notion que l'on retrouve dans la littérature, la HAS recommande une reconvoque du patient 7 à 14 jours après la première consultation afin de prévenir l'apparition des effets secondaires de l'antidépresseur, s'assurer du sevrage des benzodiazépines et maximiser l'observance thérapeutique (16, 28).

Si le suivi semble interrompu après le relais de la prise en charge, notamment avec le psychiatre qui peut prescrire les traitements et renouveler les arrêts de travail, le patient consultera à nouveau pour d'autres problèmes de santé ce qui permettra au généraliste de garder contact avec lui et de rester acteur dans le parcours de soins.

Par ailleurs, le risque de rechute, c'est-à-dire la reprise des symptômes lors d'un épisode dont la prise en charge n'était pas aboutie, et le taux de récurrence, c'est-à-dire l'apparition d'un nouvel épisode dépressif majeur après une période de guérison complète, sont colossaux (7). On estime qu'un patient a 50% de récidiver après un premier épisode, 70% de récidiver après un deuxième épisode, et 90% après un troisième.

Pour prévenir le risque de rechute, les recommandations soulignent l'intérêt d'une prise d'antidépresseur pour une durée minimale de six mois à un an pour les premiers épisodes dépressifs avec une phase de consolidation à partir du retour à l'état antérieur asymptomatique (16).

En prévention on privilégiera la poursuite de bonnes conduites hygiéno-diététiques et sportives, voire des séances de psychothérapie d'entretien en fonction du profil du patient, associées à une surveillance clinique.

En cas de récurrence, la HAS recommande de prolonger encore la durée du traitement antidépresseur associé à une psychothérapie lors des épisodes suivants, en particulier chez les populations âgées qui répondent de façon plus lente et qui sont plus susceptibles aux rechutes (51).

2.7 Le risque suicidaire, une crainte universelle

Les personnes interrogées avaient toutes une vision différente vis-à-vis de la pathologie et sa gestion, mais le sentiment qui était le plus souvent partagé était une anxiété vis-à-vis d'un potentiel passage à l'acte chez leur patient. On pouvait en isoler deux craintes, celle de ne pas dépister le risque suicidaire à temps et celle de ne pas pouvoir prévenir le passage à l'acte.

L'inquiétude de manquer une tendance suicidaire chez un patient est rattachée aux difficultés de poser le diagnostic mais aussi à celles d'explorer un épisode dépressif majeur malgré un interrogatoire rigoureux. Le fait de poser la question ouvertement est un premier pas dans la recherche d'une crise suicidaire, c'était une habitude prise par la majorité des médecins interrogés, pourtant ils ne semblaient pas pleinement satisfaits par cette méthode.

La présence d'idées suicidaires n'est pas continue, elle varie d'un jour à l'autre de façon plus ou moins violente, c'est pourquoi la question « avez vous envie de vous tuer ? » qui demande une réponse binaire ne semble pas suffisante pour rechercher une tendance suicidaire. Une méta-analyse menée en 2021 reprend cette idée et mentionne l'importance d'évaluer le risque « actif » avec idéation de scénarios bien établis, mais aussi le risque « passif » qui consiste à souhaiter sa mort sans la provoquer délibérément, puisque le nombre de passage à l'acte est similaire dans les deux populations (52).

Il semble donc préférable d'utiliser par exemple l'échelle PHQ-9, précédemment mentionnée, qui comprend un item revêtant ces 2 aspects : « Au cours des 2 dernières semaines, avez-vous pensé que vous préféreriez être mort ou avez-vous songé à vous faire du mal ? », auquel on répondra par un chiffre croissant en fonction de la récurrence de cette affirmation (annexe 4).

D'autres outils spécifiques à la recherche d'un risque suicidaire existent, comme la *grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire*, échelle colorimétrique qui, comme son nom l'indique, permet de niveler le risque d'une tentative de suicide et le degré d'urgence de la prise en charge à proposer (annexe 3). Son utilisation est notamment recommandée par le ministère de la Santé et des Services Sociaux québécois, et même si son application ne semble pas optimale en consultation, il paraît néanmoins judicieux de connaître son existence pour pouvoir s'y référer face à un patient qui nous inquiète pour ensuite décider de la meilleure conduite à tenir (53, 54).

Par ailleurs les médecins interrogés dans l'étude rapportaient le sentiment d'insécurité qu'ils ressentaient face à un patient qu'ils estimaient en danger du fait du manque de recours dont ils disposaient pour le prendre en charge, particulièrement dans leur pratique libérale.

En fonction de leur réseau, les médecins contactaient un psychiatre ou un CMP à proximité si le risque de passage à l'acte était faible, ou se rabattaient sur l'appel du 15 afin d'adresser directement leur patient aux urgences psychiatriques de la région pour l'hospitaliser le temps de la crise dans les cas plus préoccupants.

Le collège de psychiatrie recommande une hospitalisation, libre ou à la demande d'un tiers si le patient n'est pas consentant, de manière certaine dans le cas d'un risque très important de passage à l'acte à court terme, ou chez des patients dont l'environnement, les antécédents psychiatriques ou le comportement ne sont pas propices à une réévaluation rapprochée en cabinet de médecine libérale (6).

L'importance de la création d'un réseau est indissociable de la bonne pratique du médecin généraliste, surtout s'il exerce en libéral. On trouve de nombreux travaux qui soulignent son impact, dont cette étude, réalisée en 2020, qui recommande la conservation d'un lien étroit entre médecin généraliste et les structures d'urgences pour intervenir plus efficacement sur la crise suicidaire (55).

On peut imaginer la complexité décuplée d'une telle organisation pour un médecin fraîchement installé ou exerçant dans un territoire dépourvu de structures adaptées.

2.8 Impact de cette prise en charge sur le médecin généraliste

La prise en charge d'un épisode dépressif caractérisé semble être une situation qui engendre un fort vécu émotionnel.

Pour les médecins interrogés, parmi les émotions recueillies on isole 4 groupes, chaque praticien appartenant à au moins une des catégories suivantes :

- les médecins à l'aise et plutôt satisfaits de leur prise en charge, ressenti que l'on retrouvait principalement chez ceux qui avaient été sensibilisés à la psychiatrie et connaissaient les tenants et aboutissants du traitement de la maladie,
- les médecins anxieux et gênés en particulier face à un patient qu'ils jugeaient grave, ceux qui ont vu un patient passer à l'acte après leur consultation et ceux qui appréhendent la situation qu'ils n'ont pourtant jamais vécue, mais aussi ceux qui se remémorent leurs propres angoisses ou celles de leurs proches,
- les médecins agacés de voir sans cesse des syndromes anxio-dépressifs en consultation, réaction qui semble être la conséquence d'une fatigabilité face à la prise en charge non optimisée d'un nombre de plus en plus important de patients,
- et les médecins qui s'identifiaient à leur patient et faisaient preuve de compassion.

De par sa place dans une relation médecin-patient horizontale, le généraliste est souvent le premier à recevoir la tristesse et la détresse d'une personne dont il est responsable le temps de sa consultation.

Il met en avant sa compétence d'empathie, que l'on définit comme la capacité à comprendre l'autre et à se mettre à sa place pour mieux appréhender son ressenti. C'est un concept à différencier donc de la sympathie qui consiste à vouloir soutenir quelqu'un dont on partage l'émotion, mais sans forcément la comprendre (56). Il apparaît donc que dans certaines situations, si le récit du patient fait écho à celui du praticien, si la relation est un peu déséquilibrée parce que les 2 personnes se connaissent depuis longtemps et ont créé un lien fort, si le médecin est lui-même plus sensible de par sa personnalité ou son histoire de vie ou simplement parce qu'il est épuisé, l'empathie peut se transformer en sympathie, ce qui brise l'écart protecteur qui isole ordinairement le médecin.

Certains des praticiens interrogés avouaient se sentir parfois dépassés par leurs émotions lors de ces consultations, ce qui avait des répercussions sur leur vie personnelle et leur travail. Les expériences façonnent l'exercice de la médecine générale, l'importance pour le praticien est de pouvoir reconnaître son implication et de faire la part des choses entre l'expérience tirée de son vécu et la réalité de la situation, afin de proposer une prise en charge adéquate.

3. Des pistes d'amélioration possibles

Devant la montée de la prévalence des troubles anxio-dépressifs qui ne semble pas prête à s'atténuer, on peut se demander s'il ne serait pas intéressant d'inclure une formation pratico-pratique dans le parcours de l'internat afin de mieux cerner, et avoir une prise en charge plus efficace, des épisodes dépressifs caractérisés.

S'il semble que la formation continue proposée soit satisfaisante, on notera bien sûr que le manque d'intérêt envers la spécialité reste toujours un frein à son apprentissage.

L'utilisation d'outils standardisés permettrait d'établir de manière plus objective et avec une plus grande sensibilité le diagnostic d'épisode dépressif caractérisé. Cela permettrait également de différencier plus efficacement les épisodes graves des épisodes mineurs et d'ainsi adapter au mieux la suite de la prise en charge. On gardera l'échelle PHQ-9 comme référentiel, qui de par sa forme, semble moins fastidieuse à appliquer en médecine générale, et qui pourrait s'avérer être un gain de temps et une chance supplémentaire de proposer un parcours de soins optimisé.

L'utilisation des traitements médicamenteux de l'épisode dépressif peut être améliorée, notamment en réduisant la consommation des traitements symptomatiques type benzodiazépines et somnifères à des utilisations précises et de courte durée, mais aussi en optimisant les prescriptions d'antidépresseurs, en les réservant aux épisodes dépressifs de gravité importante ou modérée et en adaptant au mieux la molécule au patient et à ses comorbidités.

Il semble important de travailler sur la coordination de soins avec le psychiatre en créant un dialogue plus ouvert et simplifié, permettant un échange d'informations plus direct. Là encore, concernant le travail de l'image du médecin et de sa spécialité, c'est une chose que l'on pourrait envisager d'entamer pendant l'internat.

Le remboursement d'un certain nombre de consultations chez le psychologue dans le cadre de la maladie dépressive pourrait changer la prise en charge de celle-ci, il serait intéressant de voir si l'inclusion de ces consultations dans le parcours de soins validé par la Sécurité sociale valorise le travail du psychologue et favorise le lien de coordination entre le psychologue et le médecin généraliste.

Au vu du temps que le médecin doit accorder à son patient, en particulier pendant la première consultation, le tarif de 25 euros pose problème.

La cotation ALQP003 est la seule prévue pour revaloriser cette première entrevue, longue et fastidieuse. Pourtant elle ne peut être appliquée qu'à condition d'user d'un score standardisé parmi la liste suivante, l'échelle MADRS, le test Beck, et l'échelle Hamilton qui sont trois scores utilisés pour évaluer la dépression, le questionnaire MMPI qui est un test de personnalité, et enfin l'échelle STAI dont on se sert pour estimer l'anxiété. On regrette donc la présence d'un score plus simple à orchestrer pendant cette consultation de dépistage et de diagnostic de l'épisode dépressif caractérisé, motif pour lequel l'item ALPQ003 a été conçu.

Cette cotation était néanmoins fréquemment utilisée par certains médecins de l'étude; elle peut-être notée une fois par an pour un patient donné.

Il est intéressant de noter qu'il existe déjà des outils informatiques pour aider le généraliste dans la prise en charge des troubles anxio-dépressifs, on citera le site « psychotropes.fr » qui, à la manière d'un site comme [antibioclic](http://antibioclic.com) ou [gestaclic](http://gestaclic.com), propose des outils d'aide au diagnostic qu'il est possible de remplir directement sur le site, mais aussi des recommandations de prise en charge en fonction du profil du patient et de la gravité de l'épisode dépressif caractérisé.

On pourrait désormais souhaiter l'apparition d'un annuaire national référençant les différents acteurs de la santé, par régions et par spécialités.

Avant de conclure, on soulignera aussi qu'il y a un grand travail à faire quant aux informations qui sont transmises au patient, un travail que les médecins ne devraient pas être les seuls à entreprendre.

Les patients s'informent autant par des recherches hasardeuses sur internet et des commérages entre voisins qu'auprès des professionnels de santé, ce qui explique les interrogations et craintes qui entourent les prises en charge, et pas seulement pour les épisodes dépressifs.

À l'avenir, la diffusion de campagnes d'informations, claires et répétées, et la mise à disposition de sites certifiés paraissent importantes pour lutter contre les idées reçues et les préjugés qui entravent aujourd'hui l'exercice de la médecine.

4. Ouverture vers d'autres travaux de recherches

Les médecins de l'étude exerçaient dans des lieux relativement bien fournis en termes de spécialistes, de structures de soins et d'urgences, il serait intéressant de refaire une étude similaire avec des médecins travaillant en zone rurale ou au sein de déserts médicaux, afin d'étudier leur façon d'appréhender le problème en tant que praticiens « isolés ».

On a vu que l'utilisation de thérapie cognitive était importante quelle que soit sa nature, et qu'elle soit réalisée en présentiel ou par écrans interposés. Les deux années qui viennent de s'écouler ont fait émerger à grande vitesse les consultations en visio; si leur utilisation en médecine générale paraît limitée, on peut imaginer qu'elles seront intéressantes à l'avenir, par exemple pour la réalisation de séances de psychothérapie, notamment pour les patients réfractaires; à moins que leur effet ne soit en partie délétère si l'absence de contact réel isole encore plus le patient dépressif.

CONCLUSION

Le syndrome dépressif est une entité complexe que le médecin généraliste est de plus en plus amené à rencontrer dans sa pratique courante puisque sa prévalence explose, c'est une tendance qui s'aggrave chaque année, avec un rebond particulièrement préoccupant à la suite de la pandémie du COVID-19.

La place du médecin généraliste semble centrale dans cette prise en charge de par sa disponibilité, sa proximité avec le patient et sa capacité à organiser une prise en charge adaptée à celui-ci. Le diagnostic reste difficile et l'utilisation d'outils standardisés, notamment le score PHQ-9, paraît intéressant pour dépister et définir la gravité d'un épisode dépressif caractérisé dans la pratique courante.

La prescription des médicaments n'est pas obligatoire mais souvent nécessaire dans les cas d'épisodes dépressifs majeurs, leur utilisation semble pouvoir être optimisée afin de limiter la prescription « empathique » de benzodiazépines et maximiser l'utilisation des antidépresseurs. La mise en place d'une psychothérapie est couramment proposée au patient, souvent associée au traitement médicamenteux; les études tendent à la proposer comme seul traitement des épisodes dépressifs mineurs à modérés.

La coordination entre les différents soignants de la maladie psychiatrique peut être améliorée, d'une part avec le psychiatre de ville, pour simplifier l'accès à ses consultations, mais aussi avec le psychologue qui est amené à prendre une place plus importante dans la prise en charge du patient dépressif à l'avenir.

Le médecin généraliste qui pratique l'écoute active et/ou la psychothérapie se voit endosser les souffrances et traumatismes de ces patients, ce qui à terme semble avoir des conséquences sur son propre état émotionnel, c'est une réalité dont nous devons avoir conscience afin de prévenir l'apparition de phénomènes d'évitement et d'épuisement.

ABRÉVIATIONS

AVC :	Accident vasculaire cérébral
EMDR :	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
IRSNA :	Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
ISRS :	Inhibiteur sélectif de la recapture de sérotonine
PST :	Problem Solving Therapy
TCC :	Thérapie Cognitivo-Comportementale

BIBLIOGRAPHIE

1. La dépression en Europe [Internet]. [cited 2022 Mar 2]. Available from: <https://www.euro.who.int/fr/health-topics/noncommunicable-diseases/mental-health/news/news/2012/10/depression-in-europe>
2. Organisation mondiale de la Santé. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 2013 [cited 2022 Mar 2]. 50 p. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/89969>
3. Feuille de route, Stratégie santé mentale et psychiatrie, Ministère de la santé. 2018 Jun 28 .Avaible from: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf
4. Santomauro DF, Mantilla Herrera AM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*. 2021 Nov;398(10312):1700–12.
5. Une dégradation de la santé mentale chez les jeunes en 2020 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cited 2022 Mar 6]. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/une-degradation-de-la-sante-mentale-chez-les-jeunes-en-2020>
6. Référentiel ECN [Internet]. 2014 [cited 2022 Mar 6]. Available from: <http://www.asso-aesp.fr/enseignement/1er-et-2e-cycle/referentiel-ecn/>
7. Dépression · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cited 2022 Feb 10]. Available from: <https://www.inserm.fr/dossier/depression/>
8. Incapacité de travail de longue durée : Combien de burnouts et de dépressions de longue durée ? Quel coût pour l'assurance indemnités ? - INAMI [Internet]. [cited 2022 Mar 6]. Available from: <https://www.inami.fgov.be/fr/statistiques/indemnites/Pages/incapacite-travail-longue-duree-combien-burn-outs-depressions.aspx>

9. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cited 2022 Mar 3]. Available from: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-prise-en-charge-de-la-depression-en-medecine-generale-de-0>
10. OECD. Panorama de la santé 2011: Les indicateurs de l'OCDE [Internet]. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2011 [cited 2022 Mar 6]. Available from: https://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/panorama-de-la-sante-2011_health_glance-2011-fr
11. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville | Cairn.info [Internet]. Available from: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2014-5-page-341.htm>
12. CNGE 2021 - Plénière : Le parcours de soins en santé mentale | Yohann Vergès - YouTube [Internet]. [cited 2022 Apr 15]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=x0Nxftx2EOI>
13. HAS. Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. 2017. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_pec.pdf
14. Barré-Detrimont C. Les facteurs influençant la prescription d'antidépresseurs en médecine générale. :97.
15. Bachmann CS, Berg EA, Spigset O, Slørdal L. [Benzodiazepine-like hypnotics-attitudes and prescription practice among general practitioners]. Tidsskr Nor Laegeforen. 2008 Jan 17;128(2):166–70.
16. Vergès Y, Vernhes S, Vanneste P, Braun É, Poutrain J-C, Dupouy J, et al. Collaboration entre médecins généralistes et psychologues en libéral. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2021 Oct 1;179(8):757–67.
17. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux – états des lieux, repères et outils pour une amélioration [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cited 2022 Mar 2]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2874187/fr/coordination-entre-le-medecin-generaliste-et-les-differents-acteurs-de-soins-dans-la-prise-en-charge-des-patients-adultes-souffrant-de-troubles-mentaux-etats-des-lieux-reperes-et-outils-pour-une-amelioration
18. Catherine P-H. Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes: une enquête qualitative. 2012.

19. Ydema A, Valli A. Étude qualitative sur le ressenti des médecins généralistes de Haute-Savoie face à leur rôle et à leur place dans le parcours de soins en santé mentale. :230.
20. Soulard C, Stamer M. Les émotions du médecin généraliste suscitées par les patients en pratique quotidienne: quelles conséquences et quelle gestion? :155.
21. Patient et professionnels de santé : décider ensemble [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cited 2022 Apr 16]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1671523/fr/patient-et-professionnels-de-sante-decider-ensemble
22. Recours aux soins et adéquation des traitements de l'épisode dépressif majeur en France. [Internet]. [cited 2022 Apr 16]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/depression-et-anxiete/documents/article/recours-aux-soins-et-adequation-des-traitements-de-l-episode-depressif-majeur-en-france>
23. Norton J, Engberink AO, Gandubert C, Ritchie K, Mann A, David M, et al. Health Service Utilisation, Detection Rates by Family Practitioners, and Management of Patients with Common Mental Disorders in French Family Practice. *Can J Psychiatry*. 2017 Aug;62(8):521–30.
24. Norton J, David M, Gandubert C, Bouvier C, Gutierrez L-A, Frangeuil A, et al. [Ability of French General Practitioners to detect common mental disorders identified using the Patient Health Questionnaire: Has this changed with the introduction of gatekeeping and registration with a chosen doctor?]. *Encephale*. 2018 Feb;44(1):22–31.
25. Maskileyson D, Seddig D, Davidov E. The EURO-D Measure of Depressive Symptoms in the Aging Population: Comparability Across European Countries and Israel. *Frontiers in Political Science* [Internet]. 2021 [cited 2022 Apr 1];3. Available from: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpos.2021.665004>
26. Ma S, Yang J, Yang B, Kang L, Wang P, Zhang N, et al. The Patient Health Questionnaire-9 vs. the Hamilton Rating Scale for Depression in Assessing Major Depressive Disorder. *Front Psychiatry*. 2021;12:747139.
27. Auge S, Gonsolin M. Durée de consultation et satisfaction en médecine générale: point de vue du médecin et du patient. 2020;80.
28. Arroll B, Chin WY, Moir F, Dowrick C. An evidence-based first consultation for depression: nine key messages. *Br J Gen Pract*. 2018 Apr 1;68(669):200–1.

29. Robertson K. Active Listening: More than just paying attention. :3. Available from : https://www.go2itech.org/HTML/CM08/toolkit/links/print/Mentoring/Active_Listening.pdf
30. Infographie: Les plus gros consommateurs d'antidépresseurs au monde [Internet]. Statista Infographies. [cited 2022 Apr 10]. Available from: <https://fr.statista.com/infographie/4032/les-plus-gros-consommateurs-dantidepresseurs-au-monde/>
31. COVID19: la consommation d'anxiolytiques et d'antidépresseurs en forte hausse [Internet]. VIDAL. [cited 2022 Apr 10]. Available from: <https://www.vidal.fr/actualites/27177-covid-19-la-consommation-d-anxiolytiques-et-d-antidepresseurs-en-forte-hausse.html>
32. SPF. Les consommations de médicaments psychotropes en France. [Internet]. [cited 2022 Apr 10]. Available from: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/les-consommations-de-medicaments-psychotropes-en-france>
33. La revue francophone de médecine générale : Cohorte de patients ayant débuté un antidépresseur au cours de l'année 2011, suivi à 1 an [Internet]. [cited 2022 Apr 13]. Available from: <https://www.exercer.fr/search?s=depression&page=2#revueArticleModal>
34. Courtet P, Olié É. Les antidépresseurs préviennent le suicide... en attendant mieux ! Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 2014 Apr;198(4–5):881–92.
35. Oliva V, Lippi M, Paci R, Del Fabro L, Delvecchio G, Brambilla P, et al. Gastrointestinal side effects associated with antidepressant treatments in patients with major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. 2021 Jul 13;109:110266.
36. David DJ, Gourion D. Antidépresseurs et tolérance : déterminants et prise en charge des principaux effets indésirables. L'Encéphale. 2016 Dec 1;42(6):553–61.
37. Pancrazi M-P. Le sujet âgé et les psychotropes. L'information psychiatrique. 2010;86(1):91–7.
38. Kandola A, Ashdown-Franks G, Hendrikse J, Sabiston CM, Stubbs B. Physical activity and depression: Towards understanding the antidepressant mechanisms of physical activity. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2019 Dec 1;107:525–39.

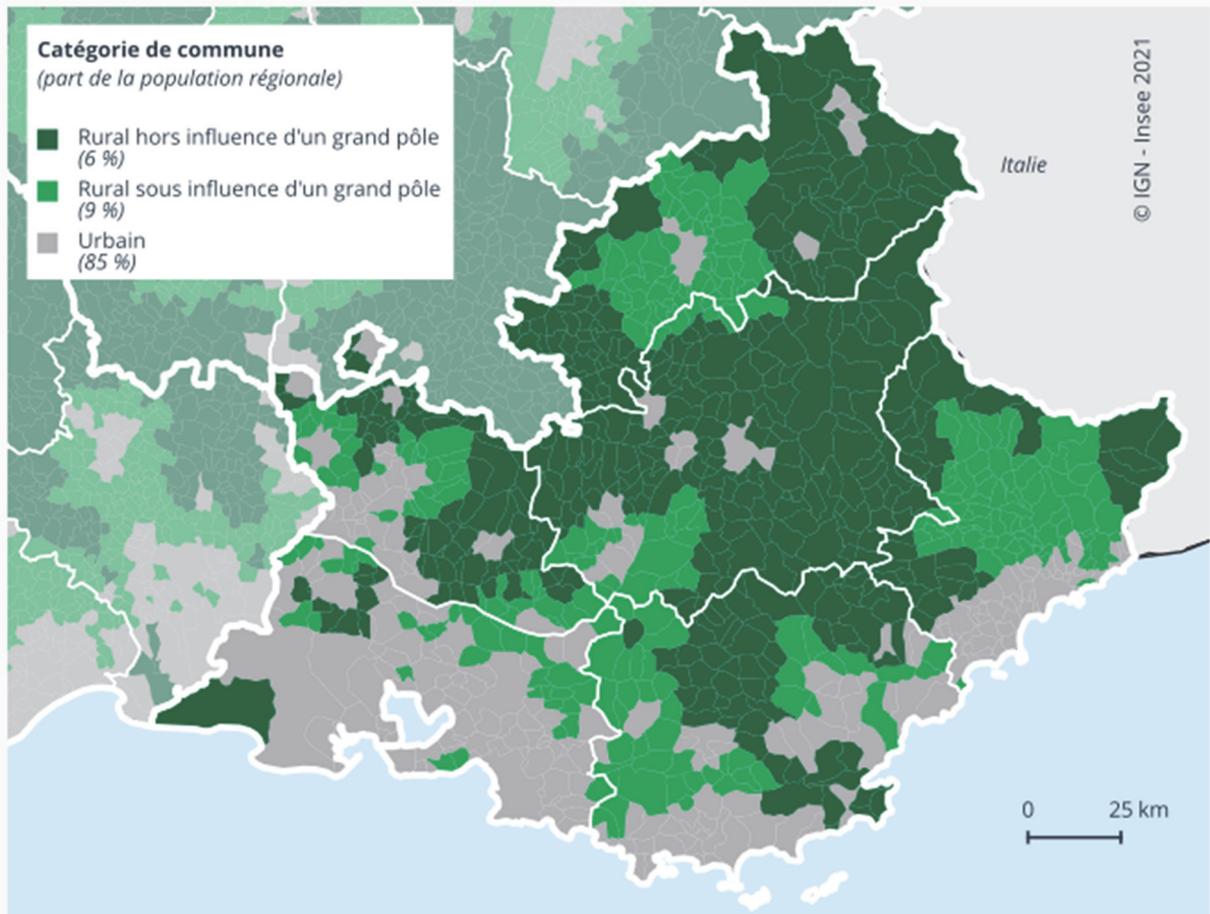
39. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, et al. Antidepressant Drug Effects and Depression Severity: A Patient-Level Meta-analysis. *JAMA*. 2010 Jan 6;303(1):47–53.
40. La revue francophone de médecine générale : Quels sont les types de traitements utilisés dans la dépression en France par les médecins généralistes de l'observatoire de médecine générale ? [Internet]. [cited 2022 Apr 13]. Available from: <https://www.exercer.fr/search?s=depression&page=2#revueArticleModal>
41. Lader M. Benzodiazepine harm: how can it be reduced? *Br J Clin Pharmacol*. 2014 Feb;77(2):295–301.
42. Uzun S, Kozumplik O, Jakovljević M, Sedić B. Side effects of treatment with benzodiazepines. *Psychiatr Danub*. 2010 Mar;22(1):90–3.
43. Duboy A. Surconsommation des benzodiazépines anxiolytiques et hypnotiques en France : perspectives d'amélioration de la prescription et du sevrage en médecine générale. 2015 Sep 30;125.
44. Chiffres clés : Psychiatre [Internet]. Profil Médecin. 2019 [cited 2022 Apr 4]. Available from: <https://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-psychiatre/>
45. Psychologues par région France 2021 [Internet]. Statista. [cited 2022 Apr 4]. Available from: <https://fr.statista.com/statistiques/588982/psychologues-region-france/>
46. Comparateur de territoire – Région de Provence-Alpes-Côte d'Azur (93) | Insee [Internet]. [cited 2022 Apr 4]. Available from: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=REG-93>
47. Philippe P. [General practitioner--psychiatrist: friends or enemies?]. *Rev Med Liege*. 2011 Feb;66(2):92–101.
48. Katon W, Robinson P, Von Korff M, Lin E, Bush T, Ludman E, et al. A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry*. 1996 Oct;53(10):924–32.
49. Linde K, Sigterman K, Kriston L, Rucker G, Jamil S, Meissner K, et al. Effectiveness of psychological treatments for depressive disorders in primary care: systematic review and meta-analysis. *Ann Fam Med*. 2015 Feb;13(1):56–68.

50. Cuijpers P, Quero S, Dowrick C, Arroll B. Psychological Treatment of Depression in Primary Care: Recent Developments. *Curr Psychiatry Rep.* 2019 Nov 23;21(12):129.
51. Haute Autorité de santé. Affections psychiatriques de longue durée. 2013;76.
52. Harmer B, Lee S, Duong T vi H, Saadabadi A. Suicidal Ideation. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 [cited 2022 Apr 1]. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565877/>
53. Prévention du suicide - Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux [Internet]. [cited 2022 Apr 16]. Available from: https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000751/?&txt=suicide&msss_valpub&date=DESC
54. Peyron P-A, David M. Les outils cliniques d'évaluation du risque suicidaire chez l'adulte en médecine générale. *La Presse Médicale.* 2015 Jun 1;44(6, Part 1):590–600.
55. Stigter RW, de Graaf AP. [The role of the general practitioner in the treatment of suicidal patients: the problems they encounter in practice]. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2020 Aug 27;164:D5163.
56. L'empathie dans la relation médecin – patient | Cairn.info [Internet]. [cited 2022 Apr 16]. Available from: <https://www.cairn.info/revue-cahiers-critiques-de-therapie-familiale-2002-2-page-213.htm>

ANNEXES

1. Carte ayant servi à la classification démographiques des lieux d'exercice des médecins interrogés <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6011880>

Figure 2 – Communes de Provence-Alpes-Côte d'Azur selon le type d'espace



Retrouver les données de la carte dans le **fichier en téléchargement**.

Source : Insee, recensement de la population 2019.

2. Echelle européenne de la dépression, Euro-D Scale

Depression	In the last month, have you been sad or depressed ? What are your hopes for the future ?	1 = Yes
Pessimism	What are your hopes for the future ?	1 = Any hopes mentioned
Suicidality	In the last month, have you felt that you would rather be dead ?	1 = Any mention of suicidal feeling or wishing to be dead
Guilt	Do you blame yourself or feel guilty about anything	1 = Obvious excessive guilt or self-blame
Sleep	Have you had trouble sleeping recently ?	1 = Trouble with sleep or recent change in pattern
Interest	In the last month, what is your interest in things ?	1 = Less interest than usual mentioned
Irritability	Have you been irritable recently ?	1 = Yes
Appetite	What has your appetite been like ?	1 = Diminution in desire for food
Fatigue	In the last month, have you had too little energy to do the things you wanted to do ?	1 = Yes
Concentration	How is your concentration ? For example, can you concentrate on a television program, film or radio program ?	1 = Difficulty in concentration on entertainment
Enjoyment	What have you enjoyed doing recently ?	1 = Fails to mention enjoyable activity
Tearfulness	In the last month, have you cried at all ?	1 = Yes

3. Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire

<i>Pas de planification</i>					<i>Passage à l'acte imminent / en cours</i>
<i>Aucune tentative</i>					<i>Tentative récente</i>
<i>Capable d'espérer</i>					<i>Grand désespoir</i>
<i>Consomme peu ou pas</i>					<i>Abus grave de substances</i>
<i>Contrôle</i>					<i>Forte impulsivité</i>
<i>Présence d'un proche</i>					<i>Seul- e et isolé- e</i>
<i>Prend soin de lui- d'elle</i>					<i>Se laisse aller</i>

Estimation finale

Absence d'indice de danger	Indices de danger (faible)	Danger grave à court terme	Danger grave et imminent
----------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------

4. Echelle PHQ-9

Nine-symptom Checklist				
Name _____		Date _____		
Over the <i>last 2 weeks</i> , how often have you been bothered by any of the following problems?	Not at all	Several days	More than half the days	Nearly every day
1. Little interest or pleasure in doing things	0	1	2	3
2. Feeling down, depressed, or hopeless	0	1	2	3
3. Trouble falling or staying asleep, or sleeping too much	0	1	2	3
4. Feeling tired or having little energy	0	1	2	3
5. Poor appetite or overeating	0	1	2	3
6. Feeling bad about yourself—or that you are a failure or have let yourself or your family down	0	1	2	3
7. Trouble concentrating on things, such as reading the newspaper or watching television	0	1	2	3
8. Moving or speaking so slowly that other people could have noticed? Or the opposite—being so fidgety or restless that you have been moving around a lot more than usual	0	1	2	3
9. Thoughts that you would be better off dead or of hurting yourself in some way	0	1	2	3
(For office coding: Total Score ____ = ____ + ____ + ____)				
If you checked off <i>any</i> problems, how <i>difficult</i> have these problems made it for you to do your work, take care of things at home, or get along with other people?				
Not difficult at all	Somewhat difficult	Very difficult	Extremely difficult	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<p>PHQ-9 is adapted from PRIMEMDTODAY, developed by Drs. Robert I. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke, and colleagues, with an educational grant from Pfizer Inc. For research information contact Dr. Spitzer at rls8@columbia.edu. Use of the PHQ-9 may only be made in accordance with the Terms of Use available at http:// www.pfizer.com. Copyright 1999 Pfizer Inc. All rights reserved. PRIME MD TODAY is a trademark of Pfizer Inc.</p>				

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les Hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

RÉSUMÉ

Objectif : Comprendre et analyser la prise en charge du syndrome dépressif par le médecin généraliste et entendre son ressenti et ses appréhensions.

Méthode : Étude qualitative menée auprès de médecins généralistes installés en région PACA. Le recueil de données était effectué lors d'entretiens individuels semi-dirigés à l'aide d'un guide d'entretien. Les verbatims étaient étudiés selon une analyse phénoménologique thématique à l'aide du logiciel NVivo. Les résultats ont été recueillis, décrits puis interprétés par la même personne.

Résultats : Les médecins rencontrent de plus en plus souvent des patients qui présentent les symptômes d'un épisode dépressif caractérisé en consultation. L'étude révèle la difficulté de poser le diagnostic, mais aussi de le faire entendre au patient. La prise en charge, complexe et pluridimensionnelle, consiste le plus souvent en l'introduction de traitements médicamenteux, associée à la mise en place d'une psychothérapie. La gestion de la crise suicidaire paraît être la plus laborieuse et représente une source d'inquiétude pour le praticien. La coordination entre les différents acteurs de soins pourrait être améliorée, notamment dans le dialogue avec le psychiatre et les autres acteurs de la santé mentale comme le psychologue. Les médecins exprimaient plusieurs émotions, satisfaction ou anxiété dans la gestion de la pathologie, agacement voir colère envers le système de santé dont ils dépendent, et paraissaient très impliqués vis-à-vis de leur patient jusqu'à basculer dans la sympathie et la compassion.

Conclusion : Le syndrome dépressif est une entité complexe que le médecin généraliste est de plus en plus amené à rencontrer dans sa pratique courante puisque sa prévalence explose, c'est une tendance qui s'aggrave chaque année, avec un rebond particulièrement préoccupant à la suite de la pandémie du COVID-19.

La place du médecin généraliste semble centrale dans cette prise en charge de par sa disponibilité, sa proximité avec le patient et sa capacité à organiser une prise en charge adaptée à celui-ci. Le diagnostic reste difficile et l'utilisation d'outils standardisés, notamment le score PHQ-9, paraît intéressant pour dépister et définir la gravité d'un épisode dépressif caractérisé dans la pratique courante.

La prescription des médicaments n'est pas obligatoire mais souvent nécessaire dans les cas d'épisodes dépressifs majeurs, leur utilisation semble pouvoir être optimisée afin de limiter la prescription « empathique » de benzodiazépines et maximiser l'utilisation des antidépresseurs. La mise en place d'une psychothérapie est couramment proposée au patient, souvent associée au traitement médicamenteux; les études tendent à la proposer comme seul traitement des épisodes dépressifs mineurs à modérés. La coordination entre les différents soignants de la maladie psychiatrique peut être améliorée, d'une part avec le psychiatre de ville, pour simplifier l'accès à ses consultations, mais aussi avec le psychologue qui est amené à prendre une place plus importante dans la prise en charge du patient dépressif à l'avenir.

Le médecin généraliste qui pratique l'écoute active et/ou la psychothérapie se voit endosser les souffrances et traumatismes de ces patients, ce qui à terme semble avoir des conséquences sur son propre état émotionnel, c'est une réalité dont nous devons avoir conscience afin de prévenir l'apparition de phénomènes d'évitement et d'épuisement.

Mots-clés : Dépression, médecine générale, trouble dépressif majeur.