



HAL
open science

Prise en charge médicamenteuse de la dépression des enfants et adolescents en médecine générale : étude qualitative auprès des médecins généralistes [en] Haute Normandie

Blandine Vantomme

► To cite this version:

Blandine Vantomme. Prise en charge médicamenteuse de la dépression des enfants et adolescents en médecine générale : étude qualitative auprès des médecins généralistes [en] Haute Normandie. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04069146

HAL Id: dumas-04069146

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04069146>

Submitted on 14 Apr 2023

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.

**THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE**

(Diplôme d'Etat)

Par

VANTOMME Blandine
Née le 10/07/1993 à CROIX

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 06/04/2023

**PRISE EN CHARGE MEDICAMENTEUSE DE LA DEPRESSION DES ENFANTS ET
ADOLESCENTS EN MEDECINE GENERALE : ETUDE QUALITATIVE AUPRES DE
MEDECINS GENERALISTES DE HAUTE-NORMANDIE**

PRESIDENT DU JURY : Professeur SCHUERS Matthieu

DIRECTRICE DE THESE : Docteur RAYNAL Agathe

MEMBRES DU JURY :

Docteur RAYMOND Solen

Docteur DE MARINO Isabella

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbations.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2022 - 2023

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**
Professeur Agnès LIARD
Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Digestive
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Florian CLATOT	CB	Cancérologie – Radiothérapie
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET (disponibilité)	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique

Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophthalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Florian GUISIER	HCN	Pneumologie
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique
Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE (<i>disponibilité</i>)	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastro-entérologie
Mme Céline SAVOYE-COLLET	HCN	Imagerie médicale

Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Réanimation médicale
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Sébastien	CB	Radiothérapie
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN	Les Herbiers	Médecine Physique et de Réadaptation
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HCN	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie
Mr Kévin ALEXANDRE	HCN	Maladies Infectieuses et Tropicales
Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mr Damien COSTA	HCN	Parasitologie
Mr Pierre DECAZES	CB	Médecine Nucléaire
Mr Maxime FONTANILLES	GHH	Oncologie Médicale
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Médecine Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (détachement)	HCN	Virologie
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mme Noémie MARIE	UFR	Communication
Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais
Mme Cécile POTTIER-LE GUELLEC	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Margueritta AL ZALLOUHA	Toxicologie
Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO) (MCU-PH)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Sandrine DAHOT	Bactériologie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mr Chervin HASSEL	Virologie
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Biologie Cellulaire
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
-----------------------------------	----------------------

Mme Caroline **BERTOUX**
M. Damien **SALAUZE**

Pharmacie officinale
Pharmacie industrielle

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**
M. Pierre **BOHN**

Pharmacie
Radiopharmacie

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**

Anglais

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

M. Eric **BARAT**
M. Guillaume **FEUGRAY**
M. Henri **GONDÉ**
M. Paul **BILLOIR**
M. Romain **LEGUILLON**
M. Thomas **DUFLOT**
Mme Alice **MOISAN**

Pharmacie
Biochimie Générale
Pharmacie
Hématologie
Pharmacie
Pharmacologie
Virologie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Chaïma **EZZINE**
M. Abdelmounaim **MOUHAJIR**
M. Olivier **PERRUCHON**
M. Maxime **GRAND**

Pharmacologie
Informatique Bio-informatique
Pharmacognosie
Bactériologie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
Mme Elisabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation et économie de la santé
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie organique
Mr Loïc FAVENNEC	Parasitologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mr Rémi VARIN	Pharmacie clinique
M. Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul **MULDER** (phar) Sciences du Médicament
Mme Su **RUAN** (med) Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med) Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mr Jonathan **BRETON** (med) Nutrition
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med) Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine **CLEREN** (med) Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain **FRAINEAU** (med) Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med) Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mme Rachel **LETELLIER** (med) Physiologie
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med) Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET** Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie **PEZZINO** Orthophonie
Mme Christine **RONDANINO** (med) Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var **TAN** Immunologie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med) Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien **VALET**

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre Henri Becquerel

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation SJ – Saint Julien Rouen

REMERCIEMENTS

Au président du jury, Monsieur le Professeur SCHUERS Matthieu, professeur des Universités de Médecine Générale,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail et de présider mon jury. Je vous remercie pour votre travail au sein du Département Universitaire de Médecine Générale et pour vos enseignements auxquels j'ai eu le plaisir d'assister pendant ma formation. Veuillez trouver ici la marque de ma sincère reconnaissance et mon profond respect.

A ma directrice de thèse, Madame le Docteur Agathe RAYNAL, Pédopsychiatre au Centre Hospitalo-Universitaire de Rouen,

Un grand merci pour ta bienveillance et ta gentillesse tout au long de ce travail. Tes conseils m'ont permis d'appréhender ces derniers moments de l'internat avec plus de sérénité. Je t'exprime ma profonde reconnaissance pour m'avoir encouragée, dirigée et soutenue dans ce travail de thèse. Dans ces quelques mots, je te transmets toute ma gratitude pour ton expertise dans un moment personnel si riche.

Aux membres du jury,

Madame le Docteur DE MARINO Isabella, Assistante Universitaire du DUMG et Médecin généraliste à Grand Quevilly

Je vous remercie de me faire l'honneur d'avoir accepté de participer à ce jury. Veuillez également trouver dans ces quelques mots, l'expression de ma gratitude pour avoir accepté d'apporter votre expertise dans le jugement de ce travail.

Madame le Docteur Solen RAYMOND, Assistante Universitaire et Pédiatre au Centre Hospitalo-Universitaire de Rouen

Je te remercie de me faire l'honneur d'avoir accepté de participer à ce jury. Dès le début de mon internat, j'ai eu la chance de te rencontrer et de profiter de tes conseils. Dans ces quelques mots, j'espère exprimer ma profonde reconnaissance pour avoir accepté d'apporter ton expertise dans le jugement de ce travail.

A tous les médecins généralistes ayant participé aux entretiens,

MERCI... Merci d'avoir pu m'accorder de votre temps si précieux en cette période de l'année et surtout d'avoir pu partager votre expérience sur le sujet. Ce travail n'aurait pu exister sans votre participation. Je garde d'agréables souvenirs à chacune des rencontres qui m'ont accompagnées dans l'élaboration de ces réflexions.

Je tenais aussi à remercier mes collègues,

A Alice PETIT-LEDO et Ophélie DURAND, de m'accueillir dans le service du CETD pédiatrique. J'ai tellement appris ces derniers mois à vos côtés. Votre soutien indéfectible me touche beaucoup et j'espère continuer à pratiquer pendant encore de très longues années en votre compagnie. A Sophie GUILLER, merci pour cette agréable séance de sophrologie un midi entre deux consultations alors que j'étais en proie au doute lié à mon travail.

A Anne-Cécile DUPUIS, pour ta gentillesse et ta passion au cabinet avec tes patients. J'ai beaucoup appris et j'ai hâte de pouvoir exercer en ta compagnie ces deux prochaines années.

Et puis qui serais-je sans mes amis et ma famille qui m'accompagnent et me soutiennent depuis plus ou moins longtemps m'apportant joie et amour.

A mes amies d'enfance avec qui j'ai pu m'épanouir dans mes loisirs : **Camille, Cécile et Cécile, Joséphine**, merci les filles !

A mes plus anciens camarades lillois de médecine (WESTERN): Merci pour ces si belles années en votre compagnie. D'abord à mon parrain **Robin** qui m'a si bien surveillé lors des premières soirées, et à **Gaëlle** la maestro des chansons, surpassant même ma culture Disney je l'avoue, et qui remonte toujours le moral de la troupe. Tous mes vœux de bonheur pour votre vie à Besançon, nous passerons bientôt. A **Valentin et Vincent**, merci pour votre soutien et vos si bons conseils. Je vous souhaite de poursuivre vos passions à Bordeaux. Enfin **Madenn**, je te souhaite tout le bonheur en Belgique et j'ai hâte de goûter à tes chocolats. Tu es une source d'inspiration.

A l'équipe de médecine interne du CHU de Rouen et à mes co internes de l'époque : **Matthieu, Nicolas, Camille, Romain, Marine, Margaux, Yassaman, Alan et Solen**, quelle équipe nous avons fait, que de bons souvenirs de nos vendredis après-midi ! Je n'oublierai jamais mes débuts à Rouen avec vous.

Merci à tous mes co internes des urgences de Dieppe : **Guillaume, Séverine, Inès, Moon, Alexandre, Baudouin, Eugénie, Manon, Aurélie, Ugo**. Un stage d'urgences plus qu'agréable en votre compagnie...Merci !!

A mes co-internes des urgences gynécologiques du CHU : **Romane, Ambre, Suzan, Cassandre et Quentin**. Confinement et COVID se sont invités au cours de ce semestre ; nous avons pu nous serrer les coudes pour gérer ce contexte si particulier.

A mes co-internes des urgences pédiatriques du CHU : **Mathilde, Elodie et Elodie, Ahmed, Lucie, Malcolm, Marie, Thomas et Thomas, Dainnis, Matthieu, Mahery, Grégoire, Manon, et Hélène** pour votre soutien et votre bienveillance lors de ma reprise après mon congé maternité.

A mes co-internes du CETD : **Hélène et Ouriel** cet été 2022 était une bouffée d'oxygène. J'ai pu compter sur vous lors de mes débuts dans cette étude. Merci pour votre aide, je n'étais pas facile à gérer ahah. **Maxime**, mon dernier acolyte de l'internat au CETD, une dernière pensée pour toi qui a dû supporter ces derniers mois d'angoisse et de folie dans l'écriture de ce travail.

Au **Dr DE GOLMARD** et mes anciens co-internes de GEP : **Audrey, Alexandre, Maëlys, Emile, Flavien, Juliette et Leslie, Quentin, Clémentine, Emmanuelle**, ces 3 années d'échange de parole et de conseils étaient très constructives et formatrices. Les barbecues mémorables de fin d'année étaient extra.

J'aimerais adresser plus personnellement quelques remerciements à :

- **Guillaume et Séverine** : mes acolytes de « Sport et Bouffe », ces jeudis à la salle de sport avant le COVID... **Guillaume** merci pour t'être occupé de Raphaël au pied levé, tu m'as sauvé ce jour et je ne saurais assez te remercier. **Séverine**, tes conseils tout au long de l'internat m'ont plus qu'aider, tu es et a été une excellente présidente du syndicat de médecine générale. Ton soutien dès lors est irremplaçable.

- **Inès et Moon**, merci pour votre soutien et votre partage d'expérience. Nous avons été toutes 3 mamans pendant l'internat et je ne peux que vous féliciter pour vos si belles familles. Vous m'avez apporté une grande aide.

- **Hélène**, merci pour m'avoir remonté le moral à un moment où je pensais ne pas arriver à m'en sortir. Je me souviens de notre sortie plage sur un coup de tête, d'ailleurs la seule fois de tout mon internat, que du bonheur !

- **Nicolas et Madeline**, merci pour ces soirées en votre compagnie. Nicolas, notre « Reich » en médecine interne. Tu as été et tu es un modèle de médecin que j'ai toujours admiré. Merci pour tes conseils et ta bienveillance. Très heureuse pour toi et Madeline, je vous souhaite tous mes vœux de bonheur.

- **Gaëlle**, merci pour tes coachings sur la confiance et l'affirmation de soi. J'y travaille encore. Ta semaine à Rouen de babysitting a été un pur régal pour nous, merci !

- Enfin, **Mathieu et Jérôme**... On ne se connaît que depuis 4 ans et demi et pourtant... Très belle rencontre. **Jérôme**, merci pour ton aide à la fin de ma grossesse (#congéloparty), les repas préparés en sortie de maternité, ton aide dans la relecture et la mise en page de ce travail. Tu es une amie adorable et une tata formidable. **Mathieu**... Par où commencer, tu as été mon acolyte de départ d'internat. Tu aimes parler et ça tombe bien moi aussi... Ces heures dans le bureau de médecine interne à m'écouter alors que fx était en déplacement, une vraie thérapie. Tu as été l'intermède indispensable dans la réalisation de mon épanouissement professionnel. Une vraie passion, sans toi je n'aurais pu suivre cette voie et enrichir ma formation. Merci d'avoir accepté d'être le parrain de Raphaël.

Enfin, je voulais terminer par ma famille, qui sans elle, je ne serai parvenue aujourd'hui à ce que je suis.

- **Lucile**, ma petite sœur, tu es une jeune fille pleine de ressources. Merci pour tes encouragements qui m'émeut. J'admire ton courage et ta détermination en ces jours difficiles qui seront bientôt récompensés.

- **Laurence**, je vous remercie pour votre soutien et votre aide.

- **Mamie et Papi**, merci pour ces étés mémorables. Votre gentillesse et bienveillance m'ont fait avancer toutes ces années.

- **Maman et Papa**, merci pour votre amour, vos conseils ainsi que votre soutien inconditionnel, à la fois moral et économique. **Papa**, merci pour ces heures de relecture et ton soutien dans tout ce que j'ai pu entreprendre. Ce travail n'aurait pu aboutir sans toi. **Maman**, je n'ai pas de mot pour décrire ta bienveillance et ton soutien depuis toujours. Tu m'as soutenu et appris à avancer malgré les obstacles. Merci !

- **Raphaël**, mon tout petit... Tu es ma plus grande fierté. Chaque jour, j'apprends avec toi les joies mais aussi les peurs de toute maman. Tu grandis si vite mon chéri. Je te souhaite de poursuivre tes rêves. Merci de m'apporter force et courage au quotidien.

- Ma juju d'amour **Hélène**, nous avons traversé tellement d'obstacle ensemble. Pas besoin de mot pour nous comprendre. Depuis plus de 5 ans, nous avons choisi des voies différentes afin de nous affirmer individuellement, cela n'a pas été simple. Notre lien reste toujours aussi fort et je ne peux me décrire sans toi. Tu as toujours été là pour moi, je ne sais comment te remercier. Tu es mon modèle, ma confidente, ma sœur jumelle. Merci, merci d'être là. Ton éternel soutien, ta gentillesse et ton talent font de toi une personne si remarquable, que j'admire depuis toujours. Ne change pas ma chérie, je ne peux exprimer toute ma gratitude pour ce qui nous unis.

- Enfin, **François-Xavier, Fx, mon cœur** : nous nous sommes rencontrés il y a plus de 8 ans. Depuis, tu m'apportes un soutien sans faille. Les horaires à rallonge et les discussions « médecine » dont tu as appris à en faire ton quotidien. Tu m'as suivi à Rouen, supportant mes caprices et mes sauts d'humeur qui peuvent t'en faire voir toutes les couleurs. Ces derniers mois ont pu être dur, avec une certaine appréhension de ma part pouvant mettre à rude épreuve mes nerfs et les tiens. Tu as su rester calme et m'apporter la sérénité, merci. Promis, l'année prochaine j'arrête (temporairement) avec les formations supplémentaires. Merci de m'aimer toujours si profondément. Je chéris chaque moment passé ensemble, ton amour me rend plus forte chaque jour. L'année prochaine une nouvelle page de notre histoire se tournera, concrétisant la passion qui nous lie. Merci mon cœur d'avoir rempli ma vie d'une joie et d'un amour si radieux. Comme le dit Alfred Musset : "Je ne sais où va mon chemin mais je marche mieux quand ma main serre la tienne." Je t'aime mon cœur à tout jamais.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	XVII
INTRODUCTION	- 1 -
I. La dépression des enfants et adolescents.....	- 2 -
I.1 Généralités	- 2 -
I.1.1 Epidémiologie et contexte.....	- 2 -
I.1.2 Des répercussions marquées chez l'enfant et l'adolescent.	- 3 -
I.2 Définitions	- 4 -
I.2.1 Diagnostic clinique.....	- 4 -
I.2.2 Particularités cliniques pédiatriques	- 7 -
I.2.3 Facteurs de risque et facteurs protecteurs	- 9 -
I.3 Les moyens de dépistage	- 11 -
I.4 Thérapeutiques	- 12 -
I.4.1 Recommandations générales de prise en charge	- 12 -
I.4.2 La psychothérapie en première intention	- 15 -
I.4.3 Les psychotropes	- 15 -
II. La place du médecin généraliste	- 18 -
II.1 Le médecin généraliste, acteur pivot du soin	- 18 -
II.2 Missions du médecin généraliste auprès des jeunes.....	- 19 -
II.3 Les interlocuteurs au médecin généraliste dans le cadre de la santé mentale	- 20 -
III. La place de l'étude qualitative	- 21 -
III.1 Définition et contexte.....	- 21 -
III.2 Objectifs de l'étude	- 22 -
MATERIEL ET METHODE	- 23 -
I. Type d'étude.....	- 23 -
II. Constitution de l'échantillon	- 24 -
III. Guide de l'entretien	- 24 -
IV. Collecte des données.....	- 25 -
V. Analyse qualitative des données	- 25 -
VI. Cadre légal et éthique	- 26 -
RESULTATS.....	- 27 -
I. Description de la population interrogée	- 27 -
II. Le jeune patient, une personne en interaction.....	- 28 -
II.1 L'enfant/l'adolescent : une clinique adaptée.....	- 29 -
II.1.1 Un contact personnalisé.....	- 29 -
II.1.2 L'épisode dépressif caractérisé, une évaluation globale	- 30 -
II.2 Une souffrance partagée	- 31 -

II.2.1	Avec ses parents.....	- 31 -
II.2.2	Avec l'école.....	- 33 -
II.3	Un contexte social non négligeable	- 34 -
II.4	L'application de la prescription	- 34 -
II.4.1	Les retours du patient évoqués.....	- 34 -
II.4.2	Les retours de la famille évoqués.....	- 35 -
III.	Les acteurs de la pédopsychiatrie	- 36 -
III.1	Un contexte sous tension.....	- 37 -
III.1.1	Des mesures déjà mises en place.....	- 37 -
IV.	Le médecin généraliste : une personne au centre de la prise en charge.....	- 38 -
IV.1	Une personnalité singulière	- 39 -
IV.1.1	Une posture adaptée.....	- 39 -
IV.1.2	Avec ses faiblesses.....	- 41 -
IV.1.3	Et ses forces.....	- 42 -
IV.2	Une consultation sur-mesure	- 44 -
IV.2.1	Des motifs variés.....	- 44 -
IV.2.2	Dans un cadre sur-mesure.....	- 44 -
IV.2.3	Un temps consacré.....	- 45 -
IV.3	Une relation singulière	- 46 -
IV.3.2	Avec la famille du patient.....	- 48 -
IV.3.3	Et avec les acteurs de pédopsychiatrie.....	- 49 -
IV.4	L'abord du médicament	- 49 -
IV.4.1	Un point de vue contrasté.....	- 49 -
IV.4.2	Une prescription choisie.....	- 51 -
IV.4.3	Un suivi coordonné.....	- 55 -
IV.5	Un vécu contrasté.....	- 58 -
IV.6	Des perspectives envisagées	- 60 -
IV.6.1	Une accessibilité des patients aux soins.....	- 60 -
IV.6.2	Un approfondissement des ressources.....	- 61 -
DISCUSSION	- 63 -
I.	Les limites et forces de l'étude.....	- 63 -
I.1	Les limites	- 63 -
I.1.1	La population interrogée.....	- 63 -
I.1.2	L'environnement des lieux d'entretiens.....	- 63 -
I.1.3	Le lieu d'exercice des médecins généralistes.....	- 63 -
I.1.4	Le manque d'expérience et le temps de mise en place de l'étude.....	- 64 -
I.1.5	Un moyen d'enregistrement unique	- 64 -
I.1.6	Le temps des entretiens	- 64 -

I.2	Les forces.....	- 64 -
I.2.1	Originalité du sujet.....	- 64 -
I.2.2	Méthode de recrutement.....	- 65 -
I.2.3	Richesse des entretiens.....	- 65 -
I.2.4	La COREQ.....	- 65 -
II.	Discussion des principaux résultats confrontés à la littérature.....	- 65 -
II.1	Une population cible hétérogène et plurielle.....	- 65 -
II.2	La pédopsychiatrie, un secteur sous tension.....	- 66 -
II.3	Le médecin généraliste, le « chef d’orchestre » de la prise en charge.....	- 69 -
III.	Pour aller plus loin.....	- 72 -
	CONCLUSION.....	- 73 -
	ANNEXES.....	I
	BIBLIOGRAPHIE.....	XI

LISTE DES ABREVIATIONS

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

ARS : Agence Régionale de la Santé

CAMSP : Centre d'Action Médico-Social Précoce

CIM : Classification Internationale des Maladies

CMP : Centre Médico-Psychologique

CMPP : Centre Médico-Psycho-Pédagogique

CMU-c : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

COREQ : Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research

COVID-19 : Maladie à coronavirus 2019

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ECG : Electrocardiogramme

EDC : Episode Dépressif Caractérisé

ESCAPAD : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de la journée d'Appel et de Préparation à la Défense

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de santé

IMAO : Inhibiteur de la Monoamine Oxydase

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IRS : Inhibiteur de la Recapture de la Sérotonine

MDA : Maison Des Adolescents

SFPEADA : Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent

TSH : Thyroid Stimulating Hormone Beta

INTRODUCTION

“Il y a des blessures qui ne se manifestent jamais sur le corps qui sont plus profondes et plus blessantes que tout ce qui saigne” Laurell K.Hamilton-Le baiser de Mistral

D’après un rapport de l’INSERM datant de décembre 2019, la dépression touche 15 à 20% de la population. La notion de dépression de l’enfant et de l’adolescent reste récente. Ce n’est qu’à partir de 1980 qu’elle a été inscrite dans la classification des maladies psychiatriques. (1)

Quand un enfant souffre, c’est toute la dynamique familiale qui est remise en cause. La question de sa prise en charge est essentielle. Elle représente la première cause de maladie et de handicap chez les enfants de plus de dix ans. (2)

La définition même de dépression chez les enfants et adolescents est évolutive et complexe. A l’adolescence il existe de nombreuses manifestations dépressives allant du sentiment dépressif modéré et transitoire à l’épisode dépressif majeur dit « épisode dépressif caractérisé », durable dans le temps. (3)

La prise en charge psychologique en France reste un sujet sensible. De nombreux facteurs à la fois structurels, relationnels, culturels et individuels freinent la sollicitation de soin et la compliance aux traitements d’autant plus pour les adolescents. (3)

La situation de la pédopsychiatrie fait débat ces dernières années, il y a un décalage marqué entre l’offre et la demande. Des mesures ont été mises en place dont l’action est encore à évaluer.

Face à ce constat, la question de l’utilisation de psychotropes chez les jeunes se pose. Elle est recommandée dans certains cas définis, mais pour cette population pédiatrique, les médecins de première ligne sont souvent confrontés à des situations complexes. En novembre 2014, une recommandation de la HAS est parue pour accompagner la prise en charge. (3)

Le médecin généraliste reste l'interlocuteur privilégié des jeunes, au plus proche de son domicile et du quotidien. Chaque médecin de famille a pu expérimenter une telle situation dont le vécu est sensible. La prise en charge bio-psycho-sociale est l'essence même de la pratique du médecin généraliste en termes de ses compétences.

Afin d'appréhender au mieux la dimension globale du soin et le vécu du praticien, les études qualitatives se développent dans le domaine de la santé. La question de la dynamique du traitement, en lien avec la situation posée en consultation de médecine générale, prend alors son sens dans l'analyse qualitative.

I. La dépression des enfants et adolescents

I.1 Généralités

I.1.1 Epidémiologie et contexte

L'enfance est une période riche en découvertes et l'interaction avec ce qui l'entoure conditionne sa vie future. D'après l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la **santé mentale** est « *le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une communauté* ». Afin de s'épanouir, les enfants et adolescents ont donc besoin d'une santé mentale équilibrée.

Pourtant un rapport de l'Unicef de 2014, établit que 30.2% des enfants âgés de 6 à 11 ans expriment une souffrance psychologique. (4) En France, selon les données de l'INSERM de 2002, 5% des enfants de moins de 12 ans souffrent de troubles anxieux et 0.5% de dépression. Ce taux augmente avec l'âge. A l'adolescence, 3% d'entre eux sont touchés par la dépression. Les filles étant plus souvent affectées à cette période, avec un sexe ratio de deux filles pour un garçon à 17-18 ans. (5) La plupart d'entre eux ont aussi d'autres comorbidités psychiatriques. (1,6)

La prescription médicamenteuse reste une option de deuxième recours. Dans une étude française de 2015, l'usage des psychotropes a été observé chez 2.5% des enfants et adolescents, dont 1.9% d'anxiolytiques et 0.3% (7) à 0.83% (8) d'antidépresseurs. Ce recours à la médication est plus souvent rencontré dans les milieux sociaux précaires. Ainsi, au Royaume Uni, il est prescrit deux fois plus de psychotropes dans les 10% des zones les plus défavorisées par rapport aux 10% des zones moins défavorisées. (9) Cette observation peut s'expliquer par les difficultés financières d'accès aux prises en charge pour les familles moins aisées. (6)

Dernièrement, la pédiatrie fait l'actualité avec une saturation du système de santé. En parallèle, le nombre de pédopsychiatres exerçant sur le territoire a été divisé par deux en dix ans avec une moyenne d'âge de 62 ans. (10) La situation de la pédopsychiatrie est préoccupante. Il y a un manque de professionnels pour une demande croissante de consultation en psychiatrie. La saturation des structures d'entrées au parcours de soins psychiatriques adaptés pose un réel problème dans la prise en charge des enfants et adolescents. Le temps d'attente pour bénéficier d'un suivi en CMP ou CMPP est de neuf mois par exemple dans les CMP des Bouches du Rhône mais il peut même atteindre plus d'un an dans d'autres départements. (6)

La pandémie de COVID-19 et les différentes mesures de confinement ont majoré cette tendance déjà précaire. (11) La détresse psychique des jeunes s'est intensifiée et le recours aux hospitalisations a bondi de 63% pour les idées suicidaires, de 96% pour les troubles anxieux et dépressifs mais aussi de 68% pour les troubles du comportement alimentaires au CHU de Rouen. (12)

1.1.2 Des répercussions marquées chez l'enfant et l'adolescent.

Les conséquences de l'épisode dépressif caractérisé sont durables dans toutes les dimensions de vie de l'enfant et de l'adolescent. La morbidité associée à une dépression précoce est importante. La dépression infantile est décrite comme un facteur de risque non négligeable dans les problèmes de santé mentale chez les adultes en cas d'une pérennisation des troubles. (13)

Le Dr COPELAND, professeur au Département de psychiatrie de l'Université de Vermont en Virginie, a lancé en 1993 une étude sur le suivi de plus de 1400 participants confirmant ce constat. Le diagnostic de dépression dans l'enfance était associé à la dégradation d'indicateurs de bien-être à l'âge adulte. Ce lien persiste même après la prise en compte des expositions précoces comme le faible statut socio-économique, les problèmes familiaux ou une éventuelle maltraitance, etc... Un autre constat a pu surprendre les chercheurs. Une dépression survenue tardivement à l'adolescence avait un impact plus important à long terme que si la personne avait déjà eu un premier épisode de dépression plus tôt dans l'enfance. (13)

Ces répercussions sont visibles jusque dans la scolarité. STERLING en 1959, décrit des « équivalents dépressifs » qui s'inscrivent dans l'échec et les phobies scolaires en lien avec un absentéisme scolaire inquiétant. (14)

La dépression n'affecte pas seulement l'enfant ou l'adolescent, mais plutôt l'ensemble de la dynamique familiale qui en est ébranlée. Cette souffrance exprimée est communicative, source d'angoisse et d'incompréhension avec ceux qui l'accompagnent au quotidien à domicile. Les interactions sont alors limitées.

Avant de s'intéresser à la prise en charge de la dépression, il est essentiel d'en connaître les termes et d'en saisir les symptômes.

I.2 Définitions

Il existe deux manuels de classification : le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), et la classification internationale mondiale (CIM 11), respectivement 5ème et 11ème version actuellement.

I.2.1 Diagnostique clinique

I.2.1.1 Le diagnostic selon le DSM-5 (15)

Le diagnostic d'EDC est alors posé selon les critères du DSM-5 suivants :

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

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection générale.

1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres.

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

3. Perte ou gain de poids significatif (5 %) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours. Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.

6. Fatigue ou perte d'énergie tous les jours.

7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une **détresse cliniquement significative** ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

C. Les symptômes ne sont **pas imputables** aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.

D. L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à un **autre trouble psychotique**.

E. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

1.2.1.2 *Le diagnostic selon la CIM 11 (16)*

Cette nouvelle version de la classification internationale des maladies est effective en France depuis janvier 2022.

Le diagnostic repose sur la présence d'au moins **quatre critères qualitatifs**,

avec la présence **d'au moins deux des trois critères** suivants :

- une humeur dépressive, à un degré nettement anormal pour le sujet ;
- une diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour des activités habituellement agréables
- une réduction de l'énergie ou une augmentation de la fatigabilité.

Les **sept autres critères** sont les suivants :

- la perte de la confiance en soi ou de l'estime de soi ;
- des sentiments injustifiés de culpabilité ou une culpabilité excessive ou inappropriée ;
- des pensées récurrentes de mort ou des idées suicidaires récurrentes, ou un comportement suicidaire de n'importe quel type ;
- une diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, se manifestant par exemple par une agitation ou un ralentissement
- une modification de l'activité psychomotrice, caractérisée par une agitation ou un ralentissement ;
- une perturbation du sommeil ;
- une modification de l'appétit (diminution ou augmentation) avec variation pondérale correspondante.

Il est important de rappeler que « la souffrance liée à une dépression » chez l'enfant s'exprime différemment que chez l'adulte. Elle se manifeste dans l'ensemble de ses interactions à son environnement, avec des difficultés à la fois comportementales, relationnelles, familiales et scolaires qui sont durables et d'apparition brutale. (17)

1.2.1.3 Critères de gravité

Des stades de gravité ont été définis dans chaque classification. Globalement, ils rendent compte de l'impact des troubles et donc son retentissement dans le quotidien de l'enfant ou de l'adolescent. Trois grades ont été décrits : léger, modéré et sévère dont les caractéristiques ont été regroupées dans le tableau ci-dessous. (3)

	EDC léger	EDC modéré	EDC sévère
DSM-5	Peu de perturbation de l'état antérieur. Suffisance minimale des symptômes au diagnostic	Perturbation modérée de l'état antérieur. Symptômes plus présents que nécessaire au diagnostic	Idem EDC modéré avec retentissement très marqué sur son état antérieur.
CIM-11	4-5 critères qualitatifs maximum	6-7 critères qualitatifs maximum	8 critères qualitatifs minimum

1.2.2 Particularités cliniques pédiatriques

1.2.2.1 Chez l'enfant de moins de 12 ans

Tout événement de perte et d'abandon, réel ou vécu comme tel, est susceptible d'être une entrée dans un épisode dépressif chez l'enfant. C'est la réunion d'au moins cinq symptômes, associée à une rupture franche avec l'état antérieur, qui doivent orienter vers le diagnostic de dépression de l'enfant.

En 2003, le Dr MARCELLI dans la revue psychologie clinique et projective, décrit bien l'ensemble de ces symptômes évocateurs de la dépression chez l'enfant. (18)

Ainsi, le ***ralentissement psychomoteur*** peut être marqué par un visage inexpressif en écho à un enfant « trop sage » mais le plus souvent il est marqué par une agitation peu commune. Les parents le mentionnent très fréquemment. Un autre élément important est l'absence de jeu possible, avec une interruption précoce sans prise de plaisir.

L'irritabilité prend la forme de colère ou d'opposition à toutes les formes de propositions avec peu d'intérêt à ce qui lui est proposé et la formulation marquée de l'ennui.

La dévalorisation s'accompagne d'une culpabilité profonde. Cette perte d'estime de soi est souvent exprimée par l'enfant.

Les difficultés de concentration se traduisent le plus souvent par un refus scolaire que les parents décrivent comme une « paresse ». Plus rarement, il y a plutôt l'augmentation du temps passé à travailler sans résultats probants. L'échec scolaire en est souvent la résultante.

Les troubles de l'appétit sont plutôt de type d'anorexie chez les tous petits et responsables de grignotage chez les plus grands.

Les troubles du sommeil sont quasi constants à type d'opposition au coucher et majoritairement les oppositions précédemment décrites. Plus rarement l'enfant peut se réfugier dans le sommeil et refuser les contacts, l'isolement est recherché.

Enfin, ***les plaintes somatiques*** sont très fréquentes et le plus souvent à type de céphalées et douleurs abdominales, témoins de la part anxieuse très fréquemment associée chez les enfants.

1.2.2.2 Chez les adolescents.

L'adolescence est une période de transition entre l'enfant et l'adulte. Elle est un temps de construction de son identité et d'acquisition de son autonomie. C'est une période de grande vulnérabilité avec des effets à la fois psychiques et physiques de la puberté. Il reste difficile de reconnaître à la fois les symptômes dépressifs réactionnels à cette « crise » et ceux entrant dans le champ de la dépression comme maladie. Il est important de retenir qu'aucun signe n'est spécifique à l'EDC chez l'adolescent. (3)

Les adolescents ont du mal à éprouver ce qu'ils ressentent. Ainsi, les *plaintes physiques* peu spécifiques telles que les douleurs musculaires, céphalées, douleurs abdominales ou encore la sensation de malaise sont très fréquentes à cette période de la vie. (1)

L'irritabilité est au cœur de l'épisode dépressif de l'adolescent. La colère peut être orientée sur tout ce qui l'entoure, parents, fratrie, amis, enseignant et contre soi-même. Les conséquences de cette irritabilité accentuent la rupture de contact avec ses proches et peuvent aboutir aux tentatives de fugue. (19)

Le vécu dépressif reste difficile à qualifier par l'adolescent. Il évoque une vive douleur émotionnelle et craint d'en être submergé. Le fait de ne pas comprendre ce qui lui arrive accentue cette sensation désagréable. Son auto-dévalorisation est importante et ses ruminations l'entravent dans ses activités. (19)

Le ralentissement psychique a des répercussions sur la scolarité. Il s'en suit un désinvestissement majeur associé à une honte qui renforce l'aspect négatif qu'il a de sa personne. (18)

Le sommeil est « chaotique », de mauvaise qualité, avec des cauchemars. L'adolescent exprime le besoin de rester au lit la journée et accentue alors son isolement. (19)

Les loisirs sont également impactés. La perte de plaisir dans la réalisation des activités extrascolaires est exprimée par les adolescents dépressifs. (19)

La consommation de tabac, d'alcool ou d'autres substances est également incontrôlée chez ces jeunes en souffrance. Selon l'Étude ESCAPAD de 2017, l'usage aux substances psychoactives à cette période de vie est associé plus volontiers aux tentatives de suicide. (20)

1.2.3 Facteurs de risque et facteurs protecteurs

Il n'y a pas un facteur de risque ou protecteur particulier. C'est plutôt l'hypothèse d'une plurifactorialité des caractères individuels, familiaux et socio-économiques qui s'entremêlent, de façon à soit augmenter ou diminuer le risque de développer un trouble dépressif. Ces facteurs dits respectivement de risque ou protecteur sont présents aux différentes étapes de développement de l'enfant. Il serait alors plus à risque si, à la fois ses capacités personnelles pour faire face aux obstacles et ses ressources sociales ou familiales, sont envahies par l'intensité et la récurrence de vulnérabilité à long terme. Il est du devoir du soignant d'être attentif à ces facteurs. (21)

1.2.3.1 Facteurs de risque

Les facteurs de risque peuvent être classés en deux parties, ceux en lien à la personne en elle-même (dits internes) et ceux liés à ce qui entoure le patient, à son environnement (dits externes). La liste non-exhaustive est résumée dans le tableau ci-dessous. (3)

Facteurs individuels	Facteurs environnementaux
<p>1-Antécédents de souffrance néonatale, de pathologies somatiques de la naissance et de la petite enfance</p> <p>2- Antécédents de maladie chronique ou handicapante</p> <p>3- Antécédents de trouble psychiatrique (symptômes dépressifs, EDC, risque suicidaire, troubles des conduites alimentaires, et plus largement les troubles internalisés (cognitions négatives) et externalisés (fugues, conduite à risque, consommation de substances, transgression et déscolarisation)</p> <p>4- Antécédents traumatiques : états de stress post traumatique, agression physique ou sexuelle, violences communautaires, témoins de violence</p> <p>5- Orientation sexuelle non hétérosexuelle</p> <p>6- Puberté précoce</p> <p>7-Sexualité à risque et grossesse à l'adolescence</p>	<p>1-Mauvaises relations familiales et conflit intra-familial</p> <p>2- Mauvaises relations sociales</p> <p>3- Evènement négatif : agression, deuil, perte interpersonnelle, conflit, séparation parentale, dépression maternelle (risque relatif à 3) (22)</p> <p>4- <i>Suicide : Couverture médiatique d'un suicide</i></p> <p>5- <i>Suicide : Arme à feu au domicile</i></p>

Plus particulièrement chez les adolescents, être une fille est plus à risque de dépression. (23)

I.2.3.2 Facteurs protecteurs

Cinq facteurs ont pu être identifiés : (3)

- ✓ Une bonne estime de soi
- ✓ Des styles cognitifs positifs (confiance dans ses capacités d'adaptation, optimisme, activités créatives, perception des situations comme résolubles, etc.) ;
- ✓ La qualité du soutien familial ;
- ✓ La capacité à utiliser le soutien amical et les adultes ressources ;
- ✓ La pratique sportive récréative.

I.3 Les moyens de dépistage

L'échelle de référence chez les adolescents est l'**ADRS** (annexe 1). C'est une échelle qui a deux versions. Une première version pour le patient avec dix questions. Un score supérieur à 3 a une sensibilité à 79% et une spécificité de 60% par rapport au diagnostic clinique en consultation. La deuxième version pour le clinicien comporte 10 items cotés de 0 à 6. Un score supérieur à 15 a une sensibilité à 76% et une spécificité de 80% par rapport au diagnostic clinique en consultation.

Une autre échelle est aussi utile pour déterminer le risque suicidaire chez l'adolescent, c'est le **TSTS-CAFARD** (annexe 2). Il est composé de cinq premières questions aisément intégrables en consultation et utilisées en ouverture du dialogue avec l'adolescent, suivi de cinq autres questions qui témoignent de la gravité. Un score supérieur ou égal à 3 est sensible à 79% et une spécifique à 55% par rapport à une intentionnalité au suicide.

Une nouvelle échelle utilisée en médecine générale a été proposée en 2021 par le Dr BINDER pour détecter les tendances suicidaires de l'adolescent. Il s'agit du **BITS-test** qui s'évalue en quatre questions (annexe 3). Une réponse positive équivaut à 1 point et le cas échéant sera complétée par un complément de question équivalent lui aussi à 1 point. Là aussi un score supérieur ou égal à 3 est sensible à 66% et spécifique à 83% par rapport au repérage des antécédents de suicidalité. (24)

I.4 Thérapeutiques

I.4.1 Recommandations générales de prise en charge

La Haute Autorité de Santé a publié une Recommandation de Bonne Pratique en novembre 2014 sur les manifestations dépressives à l'adolescence entre 12 et 18 ans. (3)

Les objectifs de soins reposent avant tout sur le développement de l'enfant afin de favoriser son épanouissement à la fois physique, psychique et comportemental. Il est important d'intégrer l'enfant ou l'adolescent au réseau de soin tout en restaurant le lien avec son environnement. (3)

La recherche d'un diagnostic différentiel est de mise avant d'évoquer le diagnostic et, le cas échéant, vérifier l'absence de contre-indication aux traitements.

Un algorithme de prise en charge a été réalisé par l'équipe du Dr DRIOT en 2020 après méta analyse des revues sur le sujet.

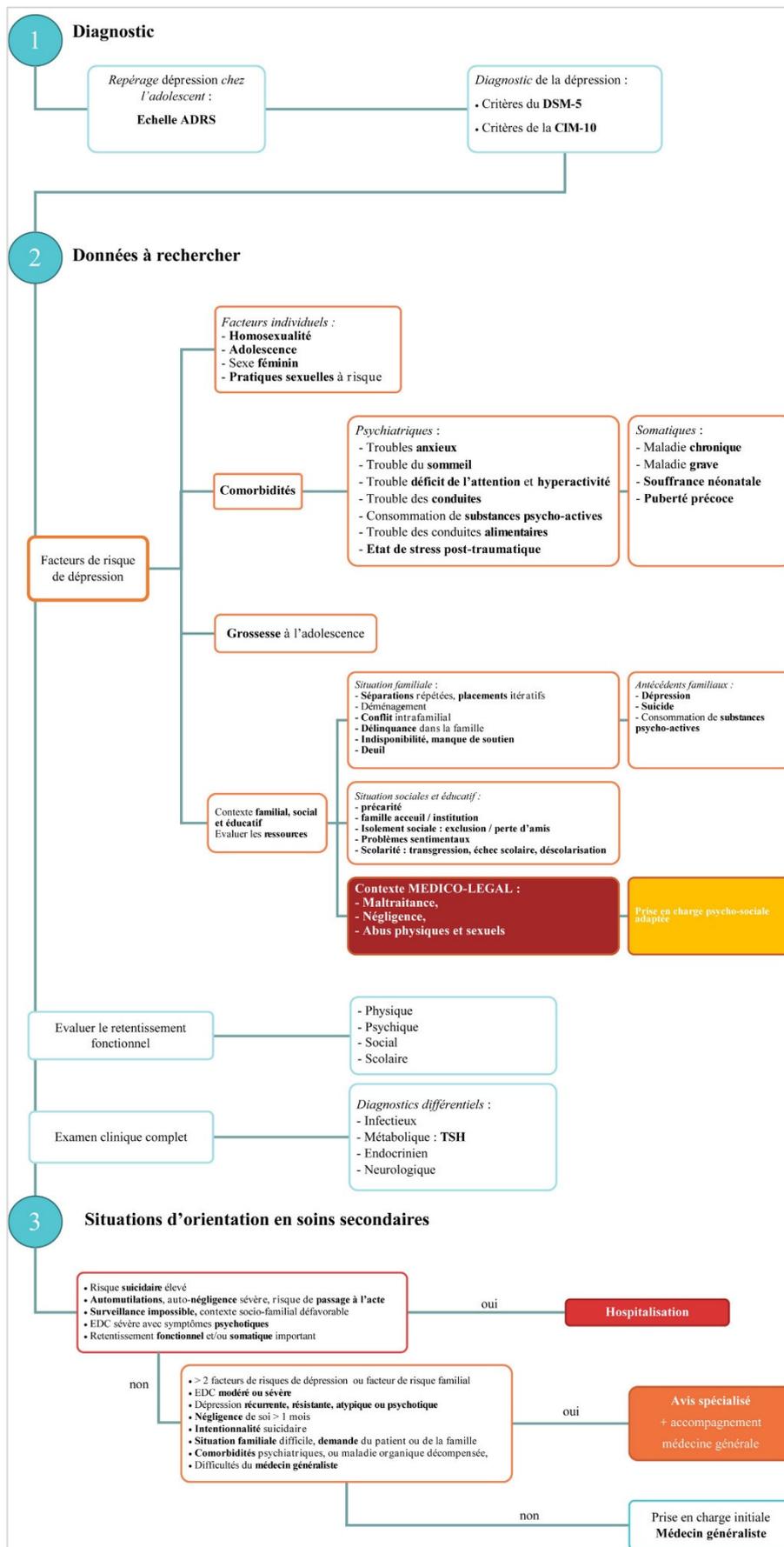


Figure 1 : Algorithme de prise en charge de la dépression des adolescents selon DRIOT de 2020

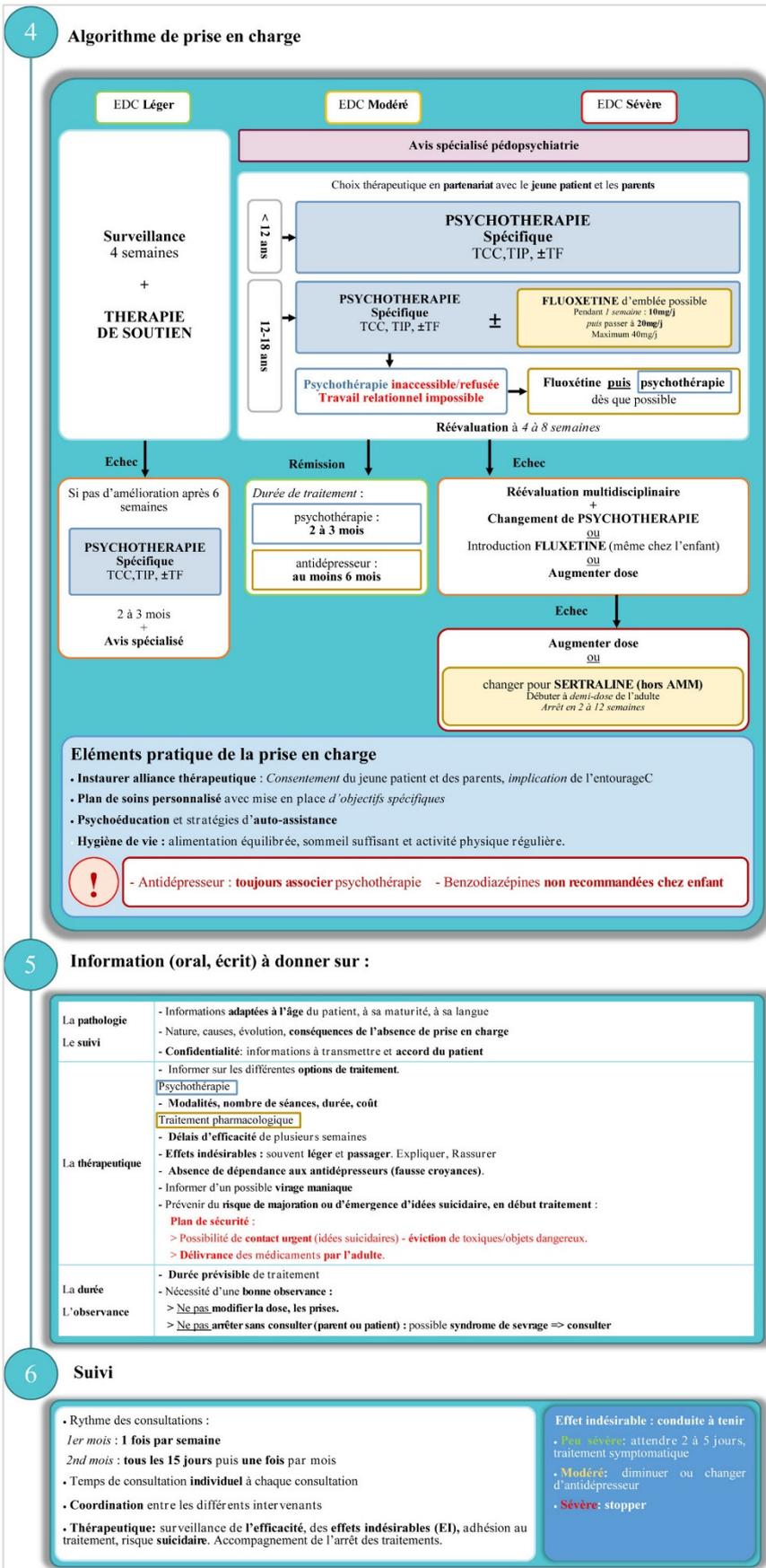


Figure 2: Algorithme de prise en charge de la dépression des adolescents selon DRIOT de 2020 (suite)

Tout au long de sa prise en charge, l'adolescent doit rester l'acteur de sa prise en charge.

(3)

1.4.2 La psychothérapie en première intention

Elle est LE traitement de première ligne de la dépression chez les jeunes. Il est recommandé de réaliser en première intention une psychothérapie chez un adolescent présentant un EDC. Des approches à médiation corporelle, imaginaire ou créatrice peuvent être proposées en association pour favoriser l'acceptation des soins psychothérapeutiques par l'adolescent et sa famille. (3)

La psychothérapie doit être poursuivie pendant quatre à huit semaines avant de juger de son efficacité. Après ce délai, et devant un EDC modéré à sévère, la prise en charge médicamenteuse est recommandée en association. (3)

Plusieurs techniques peuvent être proposées : les psychothérapies de soutien et analytiques, la thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie interpersonnelle et la thérapie systémique. Dans le cas où la psychothérapie spécifique exercée par un professionnel qualifié est refusée ou d'accessibilité compliquée, la recours à la prescription d'un psychotrope est recommandé toujours associé à la thérapie de soutien initiée par le médecin généraliste. (25)

1.4.3 Les psychotropes

1.4.3.1 Généralités

En France, la prescription d'un antidépresseur chez les enfants et adolescents concerne moins de 28,5% des prescriptions de psychotropes. (26) Cette prescription est plus souvent mise en place dans certaines circonstances tenant à l'âge, au sexe féminin, ou à la situation économique et sociale. Dans certaines études, chez les enfants de moins de 13 ans, la prescription concernait 0.15 à 0.25% des jeunes alors qu'en grandissant elle peut atteindre en moyenne jusqu'à 1,4%. La prescription de psychotropes chez les filles est retrouvée deux fois plus souvent. La proportion d'enfants sous antidépresseurs est trois fois plus fréquente chez les patients bénéficiant la CMU-c (9,27,28)

Prescrire un médicament chez un enfant doit être discuté avec l'enfant mais pas seulement. Les parents participent à la prise en charge et il est indispensable de recueillir leur adhésion d'autant plus si l'enfant est jeune. (29)

Dès lors que la problématique dépressive est mise en lumière, il est recommandé de ne pas prescrire d'anti-dépresseur dès la sortie de la première consultation. La réévaluation est de mise de façon rapprochée selon le contexte clinique. (3)

I.4.3.2 Les inhibiteurs sélectifs de recapture de la sérotonine

Seule la FLUOXÉTINE (Prozac®) a obtenu l'AMM dans la prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé chez les enfants de plus de huit ans.

Avant l'instauration du traitement, le bilan biologique n'est pas obligatoire. Il peut être indiqué un contrôle de la TSH, de l'hémoglobine, une glycémie à jeun, une fonction rénale et une fonction hépatique si aucun bilan n'avait été réalisé auparavant afin de ne pas méconnaître une pathologie somatique sous-jacente (23). Une évaluation clinique minutieuse à la recherche de comorbidités à la fois somatique et psychiatrique (trouble bipolaire) doit être réalisée. Cette évaluation doit être effectuée sur une période suffisante afin d'aborder toutes les problématiques de l'enfant et de l'adolescent. (10) La réalisation d'un ECG peut être nécessaire avant l'instauration du traitement. (30,31)

Il est recommandé d'initier le traitement à une faible dose (10 mg) et d'augmenter très progressivement en veillant à atteindre la posologie maximale efficace. (31) La dose maximale recommandée est de 60 mg par jour. Les contre-indications à sa prescription sont l'association avec les inhibiteurs non sélectifs et irréversibles de la monoamine oxydase (IMAO).

C'est lors de son introduction, que l'enfant est le plus à risque de développer des effets indésirables. Il est indispensable de savoir les reconnaître. Il est décrit que ses effets peuvent toucher 10 à 25% des jeunes. (10) Il faut être attentif tout particulièrement à la majoration des comportements de type suicidaires et agressifs, plus souvent décrits dans cette population. Utilisée au long cours, il peut y avoir des effets sur la croissance en raison d'un effet sur la densité osseuse (30,31) et la maturation sexuelle. Un contrôle clinique doit être systématiquement réalisé avec le suivi du stade de Tanner, et le contrôle de l'IMC.

Les autres effets les plus souvent décrits sont les troubles digestifs (nausée, vomissement, douleur abdominale et variation de l'appétit), les troubles neurovégétatifs à type de rash cutané ou hypersudation et tremblements, l'allongement du QT et les saignements. Le syndrome sérotoninergique est peu décrit mais à bien garder en tête en cas de prescription. (30,31)

Après la prescription, il convient de garder un contact hebdomadaire avec l'enfant ou l'adolescent au moins le premier mois du traitement. Le suivi peut se poursuivre toutes les deux semaines pendant le deuxième mois puis tous les mois si le médicament est bien toléré. Le traitement doit être poursuivi six à douze mois. (29)

L'arrêt de la FLUOXÉTINE se fait progressivement. Il peut y avoir un phénomène de rebond à surveiller attentivement du fait d'une demi-vie longue de la FLUOXÉTINE et de son métabolite actif (respectivement de quatre et seize jours). (32) Le suivi clinique doit être poursuivi encore au moins six à douze mois après l'arrêt de l'antidépresseur. (29)

En cas d'inefficacité ou de mauvaise tolérance de la FLUOXÉTINE, il convient d'utiliser un autre ISRS : la SERTRALINE (Zoloft®). Cette prescription est hors AMM pour l'épisode dépressif caractérisé de l'enfant, son autorisation est limitée aux troubles obsessionnels et compulsifs. (3)

1.4.3.3 Les anxiolytiques

L'anxiété est fréquemment associée à la dépression de l'ordre de 60%, elle représente un facteur de suicidalité élevé associé. Cependant la prescription d'un anxiolytique ne doit pas être systématique. Si c'est le cas, leur prescription doit rester la plus courte possible et accompagnée d'une psychothérapie. (31)

L'HYDROXYZINE (Atarax®) est indiquée chez les adultes pour les manifestations mineures de l'anxiété. Il est souvent utilisé par extension chez les enfants. C'est un antihistaminique antagoniste des récepteurs H1. Chez les enfants, il est plutôt indiqué en deuxième intention pour les insomnies d'endormissement lié à un état d'hyper éveil et seulement après échec des mesures comportementales.(33)

L'effet indésirable redouté est la torsade de pointe en rapport avec un allongement du QT. Il reste le plus souvent bien toléré, mais peut être responsable d'une somnolence accrue liée à son anxiolyse, des réactions cutanées, des troubles gastro-intestinaux (nausées, vomissements et constipation), une rétention aiguë d'urine et une sécheresse buccale pour ses effets anticholinergiques. (33)

Les benzodiazépines n'ont pas l'AMM pour les pathologies psychiatriques de l'enfant. Le risque de dépendance et la survenue d'effets paradoxaux tels que la recrudescence anxieuse, l'agressivité et les hallucinations sont majeures dans cette population. (26)

Selon une étude française, la prescription de psychotropes chez les jeunes est faite très majoritairement par les médecins généralistes. (7) Ce constat pose débat. Situation très peu rencontrée en médecine générale, l'instauration d'un psychotrope dans la prise en charge de la dépression des enfants et adolescents peut être controversée parmi les médecins généralistes. Cette prescription est-elle du ressort du spécialiste ou du généraliste ? La recommandation de la HAS de novembre 2014 clarifie cette interrogation. Le médecin généraliste est habilité à prescrire des psychotropes chez les jeunes en suivant les directives.

II. La place du médecin généraliste

II.1 Le médecin généraliste, acteur pivot du soin

Le médecin généraliste de par ses qualités d'écoute empathique et de communication (34), mais aussi par sa proximité et sa disponibilité (35), est l'interlocuteur privilégié pour l'enfant et l'adolescent.

Depuis la loi de 2004, « *tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus doit indiquer le nom de son médecin traitant afin de coordonner les soins, un accord est lié entre le médecin et le patient* ». (36) Le médecin traitant choisi est dans l'immense majorité des cas (98%) le médecin généraliste. (37)

Il est le premier acteur de santé rencontré et peut être idéalement engagé à la prise en charge des enfants. La relation du médecin avec l'enfant et l'adolescent, tissée depuis ses premiers jours, lui confère un statut particulier aux yeux du jeune. Son intervention n'en est que plus efficace. (34) Il a des connaissances privilégiées sur l'environnement de l'enfant ou de l'adolescent.

Comme le décrit le Dr VOISEUX-FOURNIER en 2019 dans sa thèse, 80% des adolescents consultent au moins une fois par an pour un motif somatique. (38) Un adolescent consulte rarement initialement pour un motif psychiatrique. Ils se confient peu. (31) La répétition des consultations et la relation instaurée au fil des années et des consultations amènent le médecin généraliste à poser le diagnostic précocement.

Le Dr BINDER définit trois postures du médecin généraliste : l'ingénieur planificateur avec un souci de performance de soin, le technicien dans une démarche paternaliste et le collaborateur dont l'objectif est d'autonomiser le patient dans une posture d'accompagnant. Cette dernière posture reste la plus adaptée au suivi de cette population. (39)

II.2 Missions du médecin généraliste auprès des jeunes

Dans sa formation, le médecin généraliste organise ses connaissances à partir de six compétences principales au service de sa patientèle.

- D'une part, il met en œuvre une **démarche centrée sur le patient selon un modèle global** de santé en prenant en compte les complexités de la demande.
- Il accompagne ses patients afin de les autonomiser et intègre dans sa pratique **l'éducation et la prévention**.
- Il est le **médecin de premier recours**, gérant tous les problèmes de santé de façon indifférenciée.
- Il assure le suivi et la **coordination des soins**.
- Il construit une relation non seulement avec le patient mais pas que, de façon à **inclure l'entourage, l'ensemble des professionnels de santé et les institutions** nécessaires à la prise en charge du patient.
- Enfin, il s'engage à répondre aux attentes du patient en développant son activité **professionnelle** de façon à privilégier leur bien-être **par une pratique éthique et déontologique**. (40)

La connaissance de l'ambiance familiale en sa qualité de médecin de famille est un atout dans la prise en charge de l'adolescent, qui se développe par ses interactions avec autrui. Il est l'interlocuteur privilégié avec sa famille. (31,41)

La force de la pratique du médecin généraliste est que malgré « *l'absence de temps, il a la durée* » selon le Dr POMMEREAU. Répéter les consultations brèves, le fait d'apporter son soutien lors d'événements intercurrents pendant l'apprentissage de l'enfant et de l'adolescent, voilà le petit plus de la pratique du généraliste. (31)

Une fois le diagnostic posé, le médecin généraliste entreprend de principe une thérapie de soutien. Elle est définie par le temps de la rencontre avec l'adolescent sur la durée tout en abordant ses souffrances. Il s'enquiert de son quotidien à domicile, sa scolarité et ses loisirs, ses relations sociales, son sommeil, son appétit, ses craintes... tout en favorisant son estime de soi et son ouverture au monde. Il va soutenir ses projets et actions engagées dans son environnement, afin d'optimiser son image de soi. (31,41)

Il va lui proposer des remèdes simples en pratique quotidienne. (42) Dans certaines situations et le cas échéant, il oriente les patients vers les professionnels qualifiés ou est amené à prescrire des psychotropes.

Il constitue un partenaire indispensable aux pédopsychiatres, notamment pour le suivi somatique et l'évaluation rapprochée. (10)

II.3 Les interlocuteurs au médecin généraliste dans le cadre de la santé mentale

L'offre de soin publique en psychiatrie est sectorisée. Le champ des soignants dans ce secteur est vaste.

Ainsi, il y a les acteurs médicaux de santé mentale : à savoir les psychiatres pour enfant et adolescent (pédopsychiatres) qui exercent soit en libéral soit en structure spécialisée. Pour les enfants de moins de 6 ans, c'est le Centre d'Action Médico-Social Précoce (CAMSP) qui intervient dans la prise en charge multidisciplinaire du handicap et des difficultés en termes de neurodéveloppement. D'autres structures pluridisciplinaires responsable du soin des troubles psychiques de l'enfant existent également : le Centre Médico Psychologique Pédagogique (CMPP) pour les moins de 20 ans, le Centre Médico Psychologique (CMP) accompagnant les enfants, la Maison Des Adolescents (MDA) plutôt pour les jeunes de 13 à 20 ans. Dans ces structures exercent des psychologues et infirmiers mais aussi des acteurs accompagnant le développement de l'enfant à savoir des orthophonistes, ergothérapeutes, psychomotriciens, éducateurs spécialisés...

Depuis avril 2022, un dispositif de prise en charge des séances de psychothérapie en libéral (maximum huit) par l'Assurance Maladie a été mis en place. Il concerne toutes personnes de plus de 3 ans et particulièrement les enfants en souffrance psychique d'intensité légère à modérée pouvant susciter une inquiétude auprès de l'entourage. Cette demande est appuyée par le médecin généraliste avec un « courrier d'adressage » remis au patient qui le transmettra au psychologue agréé et un « courrier d'accompagnement » afin de transmettre l'ensemble des données utiles à la prise en charge du patient. (43)

Le point de vue du médecin généraliste dans cette prise en charge pourrait apporter un éclairage qualitatif quant à l'application et au vécu de cette directive sur le terrain.

III. La place de l'étude qualitative

III.1 Définition et contexte

L'approche qualitative permet à la fois d'explorer des phénomènes, de comprendre des personnes ou encore de trouver du sens à une action singulière correspondante aux spécificités du médecin généraliste. Les soins premiers sont essentiellement centrés sur l'humain dont les décisions s'effectuent avec une certaine indécision du fait des plateaux techniques réduits et de la complexité inhérente au contexte. A l'image de toute consultation ; l'écoute active et l'empathie, tout comme la reformulation et l'habileté à décrire les réponses apparentes, sont des outils de collecte des données pour la recherche qualitative. (44)

La méthode qualitative s'appuie sur une démarche inductive c'est-à-dire sans aucune hypothèse de recherche formulée au préalable. Les hypothèses vont alors émerger au fur-et-à mesure des entretiens entre le sujet participant et le chercheur. Le point de départ de l'enquête reste un contexte ou une question particulière. (45)

La recherche qualitative en santé est en constant développement ces dernières années notamment en médecine générale. L'approche phénoménologique, qui en est un support, est un courant philosophique mené par HUSSERL au début du XXème siècle. Il s'agit d'observer et de décrire le sens attribué à une expérience sans la déformer en reprenant l'histoire du sujet qui la vit. (46) Cette approche rejoint l'évolution sociétale de la place du patient dans les soins et de la relation malade-médecin. (45)

Par définition donc, l'approche phénoménologique place au premier plan l'expérience vécue du sujet sans y substituer un mécanisme explicatif. Pour le chercheur, il s'agit de suspendre tout jugement et laisser le phénomène venir à lui afin de le décrire. Cette constatation est ce qui conditionne la rigueur de la méthode. (47)

III.2 Objectifs de l'étude

La question de recherche a pour objet la prise en charge médicamenteuse de la dépression des enfants et adolescents en médecine générale

L'objectif de l'étude est de s'interroger sur la place du médecin généraliste et à son vécu dans la prescription de psychotropes chez un enfant ou adolescent souffrant d'un épisode dépressif caractérisé.

MATERIEL ET METHODE

I. Type d'étude

L'étude réalisée est une étude qualitative, particulièrement adaptée pour décrire et analyser à la fois des situations complexes et l'expérience humaine afin d'éclairer les comportements de soins. (44)

Dans le but de comprendre la situation présentée, l'approche suivie au cours de l'étude s'est inspirée de l'analyse par théorisation ancrée (44). Selon le Pr Pierre PAILLE, il s'agit « *d'une démarche de conceptualisation des phénomènes étudiés qui se réfère à l'analyse des données observées de l'enquête* ». Elle s'intéresse à l'action ou à l'expérience des personnes et non la forme de leur discours. (48) Son objectif est donc de produire sous forme de modélisation synthétique des résultats susceptibles d'être utiles aux soins. (44)

La subjectivité du médecin généraliste, sa manière d'être en relation avec le patient, ont également été incluses dans l'étude. Cette dimension inhérente au médecin émergeant dans les réponses recueillies, a été prise en compte en analysant au maximum le contexte général de la situation et en étudiant l'adaptation de sa décision finale.

L'intention de l'étude ne se destine pas à quantifier les prescriptions médicamenteuses émises mais plutôt à saisir et rendre compte de la complexité des déterminants et d'en décrire le ressenti qui en découle.

II. Constitution de l'échantillon

La population étudiée est constituée de médecins généralistes exerçant en (Haute) Normandie. Ils ont été recrutés par échantillonnage raisonné théorique, c'est-à-dire de façon intentionnelle, qui ne soit ni représentatif, ni choisi au hasard. (49) La période d'échantillonnage s'est effectuée de septembre 2022 à novembre 2022, orientant la recherche de nouveaux participants en fonction des analyses précédentes. L'échantillon définitif a été constitué par « effet boule de neige ». (49) Il a été demandé à chaque participant interrogé de transmettre le nom d'un confrère qui pourrait accepter et correspondre aux caractéristiques recherchées. (Annexe 5) Un tableau récapitulatif a été réalisé au fur et à mesure afin de garder en tête chaque caractéristique recherchée. Le tableau est intégré dans la partie « Résultats ».

Chaque participant a été recruté directement, après un contact initial téléphonique ou par messagerie instantanée, permettant de présenter la thématique globale de l'étude. Un rendez-vous a ensuite été fixé. Le choix du lieu et de la date leur était libre.

Les médecins généralistes ont été caractérisés selon leur sexe, âge, ancienneté d'installation, type d'activité, et nombre de consultation pédiatrique par jour.

La saturation liée à la diversité des interrogés a été atteinte après inclusion de 13 médecins généralistes. Les derniers entretiens n'ont pas apporté d'éléments nouveaux.

III. Guide de l'entretien

La réalisation d'entretiens individuels a été réalisée de façon semi-dirigée.

Un premier guide d'entretien a été élaboré avec le chercheur et son directeur de thèse selon les données de la littérature. (Annexe 5) Il a ensuite été affiné au fur et à mesure des entretiens en prenant en compte les informations collectées. Il n'y a pas eu de modification notable hormis dans la formulation de certaines questions.

IV. Collecte des données

Les entretiens étaient réalisés par un unique investigateur (fille, interne) après consentement écrit du participant. Ils ont été effectués en présentiel hormis un entretien qui a été réalisé en visioconférence via la plateforme BigBlueButton préféré par le médecin. Pour les entretiens réalisés en présentiel, ils se sont déroulés soit en cabinet soit à la faculté de médecine.

Les entretiens ont été enregistrés via le microphone à condensateur omnidirectionnel BOYA BY-M1000C connecté à un Samsung S20.

Chaque enregistrement audio a été retranscrit de façon anonymisée ad-integrum à l'aide du logiciel Microsoft Word® sur un ordinateur portable de marque Lenovo®.

V. Analyse qualitative des données

Chaque entretien a été retranscrit intégralement sous forme de verbatim. Au sein du texte, pouvaient être ajoutés des éléments marquants tels que des expressions non verbales afin d'être le plus fidèle possible au sens donné par l'interlocuteur.

Trois entretiens ont été relus et codés par deux personnes étrangères à ce travail, tous deux à l'aise dans la technique du codage. Cette relecture a mis en évidence un accord à plus de 90% avec le codage réalisé par le chercheur.

Après cette phase de retranscription, l'intégralité des entretiens a été importée dans le logiciel NVivo 11.0, logiciel d'analyse qualitative. Un codage ouvert a d'abord été réalisé suivi d'une analyse axiale afin d'articuler entre elles les catégories des entretiens autour des axes les plus porteurs de sens. Trois cartes mentales illustrent ce cheminement dans la partie "Résultats". Enfin, une dernière analyse plutôt sélective a été suivie. Une table conceptuelle a ainsi pu être élaborée pour représenter le flux d'informations et les différentes influences entrant en jeu. Cette visualisation des informations sera présentée dans la partie « Résultats ».

VI. Cadre légal et éthique

Avant chaque début d'entretien, le consentement écrit du participant (Annexe 5) a été recueilli à propos de l'enregistrement audio et de la retranscription de chaque entretien. Aucun refus n'a été mis en évidence. Chaque participant était libre de mettre fin à l'entretien à tout instant de l'étude. Les données ont été anonymisées. Les enregistrements retranscrits ont été détruits. Les participants étaient des connaissances directes et indirectes du chercheur, aucun lien n'a été mis en évidence pour les autres participants au préalable de l'étude. Cette étude a nécessité l'accord préalable auprès du délégué de protection des données (DPO).

RESULTATS

I. Description de la population interrogée

Au total, quinze médecins généralistes ont été interrogés et renommés de MG1 à MG15 dont huit femmes et sept hommes. Ils étaient âgés de 28 à 67 ans répartis de la façon suivante : six avaient moins de 35 ans, quatre étaient âgés entre 35 et 55 ans, et cinq avaient plus de 55 ans. Quatre d'entre eux exerçaient en tant que remplaçant. Tous les modes d'exercice étaient représentés avec une majorité exerçant en zone urbaine. Le nombre de consultations pédiatriques quotidiennes était varié : quatre médecins voyaient moins de cinq enfants par jour, six en voyaient entre cinq et six par jour et cinq en voyaient plus de six par jour. Tous exerçaient en cabinet de groupe. Aucun des médecins généralistes contactés n'a refusé l'entretien.

La durée des entretiens était comprise entre dix et trente-sept minutes avec une moyenne de vingt-trois minutes.

Les principales caractéristiques de la population étudiée sont résumées dans le tableau 1 ci-dessous.

Identité	Sexe	Age	Expérience	Exercice	Activité	Consultation pédiatrique	Durée de l'entretien
MG1	Homme	28 ans	0,5 ans	Remplaçant	Rurale	3,5 par jour	14''26
MG2	Homme	64 ans	40 ans	Installé	Semi rurale	5 par jour	24''22
MG3	Femme	31 ans	0,3 ans	Remplaçant	Urbaine	3 par jour	17''41
MG4	Femme	33 ans	5 ans	Installé	Urbaine	4 par jour	26''38
MG5	Femme	28 ans	2 ans	Remplaçant	Urbaine	4,5 par jour	22''23
MG6	Homme	67 ans	> 40 ans	Installé	Urbaine	10 par jour	10''19
MG7	Homme	63 ans	37 ans	Installé	Urbaine + Semi rurale	2 à 7 par jour	25''02
MG8	Femme	30 ans	2 ans	Remplaçant	Semi rurale + Rurale	5 à 8 par jour	21''56
MG9	Homme	33 ans	6 ans	Installé	Urbaine	5 à 6 par jour	37''27
MG10	Femme	43 ans	16 ans	Installé	Rurale	4 à 5 par jour	34''43
MG11	Homme	39 ans	11 ans	Installé	Rurale	4 à 5 par jour	21''22
MG12	Femme	41 ans	12 ans	Installé	Semi rurale	10 par jour	28''35
MG13	Femme	42 ans	13 ans	Installé	Semi rurale	8 à 10 par jour	21''51
MG14	Femme	63 ans	38 ans	Installé	Urbaine	7 à 10 par jour	24''28
MG15	Homme	62 ans	30 ans	Installé	Urbaine	5 par jour	24''19

Tableau 1 : Principales caractéristiques de la population

Après analyse des verbatims rapportés aux différents entretiens effectués, il a été décidé de présenter les résultats à travers les trois acteurs de la relation de soin étudiée. Dans un premier temps, il a été nécessaire de s'intéresser au patient comme objet d'analyse du médecin généraliste, en prenant en compte le contexte environnemental qui détermine sa prise en charge. Dans un second temps, les acteurs de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent décrits par le regard du médecin généraliste vont être mis en avant. Enfin, il s'est agi de s'intéresser au positionnement du médecin généraliste dans sa globalité, de l'accueil du patient aux éléments vécus, l'amenant à se positionner dans la relation vis à vis du patient. La prescription médicamenteuse associée s'établit dans une certaine pluridisciplinarité.

II. Le jeune patient, une personne en interaction

L'enfant ou l'adolescent, évolue dans un environnement qui lui est propre. Au fil des entretiens, chaque médecin généraliste dressait une pluralité de profils de patients. Il est nécessaire de se centrer sur les caractéristiques du patient comme « objet » d'analyse par le médecin généraliste.

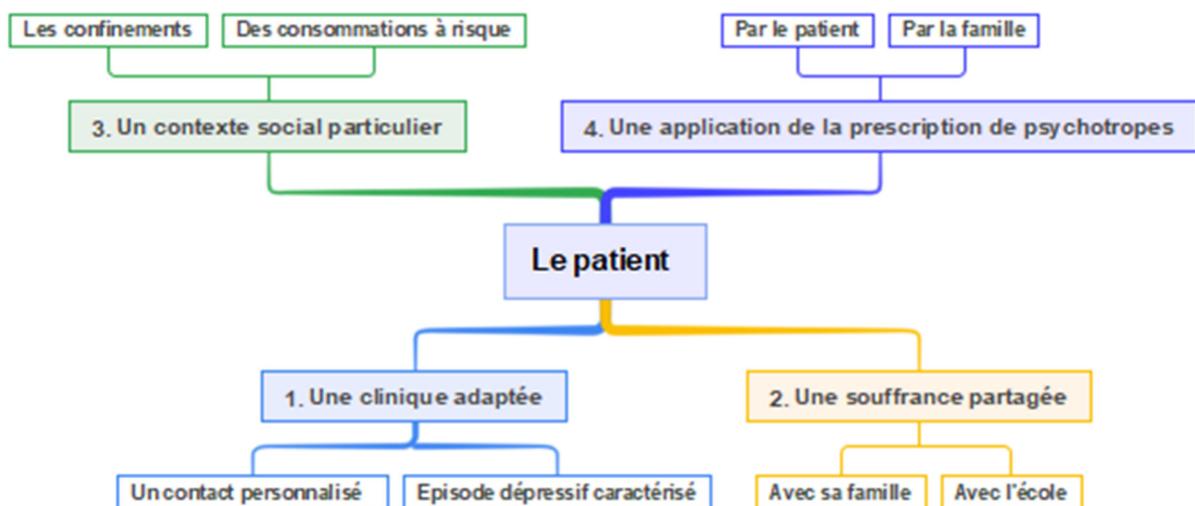


Figure 3. Le patient, « objet » d'analyse décrit lors des entretiens

II.1 L'enfant/l'adolescent : une clinique adaptée

II.1.1 Un contact personnalisé

Selon son âge, la communication avec l'enfant peut être compliquée à instaurer. Chez certains enfants, il y a une certaine appréhension à la consultation comme le relève plusieurs médecins interrogés.

« Je trouve le champ lexical de l'enfant considérablement limité [...] C'est très difficile pour eux de verbaliser. » MG13

« spontanément ils n'ont pas forcément envie de consulter ou ils ont peur de consulter tout seul » MG10

Selon les médecins, l'abord avec l'adolescent peut être tout aussi complexe. L'absence d'écoute est souvent soulignée par le jeune. La consultation est moins courante dans cette tranche d'âge avec un contact particulier. L'adolescent se démarque par son caractère impulsif. Il est considéré comme un adulte en devenir : il présente une certaine maturité, une autonomie, il est capable d'être actif dans les décisions et les soins mais il reste sous l'autorité parentale, parfois en opposition avec celle-ci, dans une recherche de liberté et des limites. Plusieurs médecins soulignent d'ailleurs l'impulsivité propre à cette tranche d'âge.

« Et que j'ai remarqué qu'ils ne sont pas forcément écoutés comme ils veulent toujours par l'entourage et le personnel de santé en général. » MG8

« Après quand même c'est qu'on les voit très ponctuellement les ados [...] pour faire verbaliser et rentrer en contact avec eux, avec l'ado c'est difficile » MG9

« avec les ados c'est qu'il y a une impulsivité » MG4

« Chez l'ado c'est plus simple parce qu'il y a un côté mature, adulte qui fait que le parent peut plus facilement laisser la main. » MG12

« mais ils sont assez impatients quand même par rapport à des adultes » MG14

II.1.2 L'épisode dépressif caractérisé, une évaluation globale

Dès le début de la prise en charge, le médecin généraliste identifie les éléments de gravité conditionnant le suivi.

*« il y a des choses que l'on demande s'il y a des scarifications si...si...si.. s'il y a de l'auto
agression » MG13*

“s'il a eu recours à des gestes suicidaires. » MG2

Certains contextes environnementaux, connus du médecin de famille, imposent une vigilance accrue de la part du professionnel vis-à-vis du patient en face.

*« elle avait une certaine précocité ce qui la mettait très à l'écart des autres jeunes de son
âge » MG3*

*« des situations familiales précaires mais avec un mode de vie qui les met aussi en
difficulté » MG11*

« dans un contexte de violence sexuelle sur mineur » MG12

*« plus fréquemment aux troubles des comportements alimentaires qui est un mode d'entrée
dans la discussion. » MG6*

*« Je dis elles parce que j'ai quand même beaucoup plus de filles que de garçons quand
même. » MG10*

La souffrance morale est rarement amenée spontanément par le jeune, ce sont d'autres plaintes cliniques qui mettent sur la piste les professionnels. Ainsi pour la plupart des médecins interrogés, dans certains cas les symptômes « psychiques » sont évidents avec un impact marqué sur ses activités.

« Le maître symptôme quand ils sont dans un syndrome dépressif, le maître symptôme c'est vraiment l'anxiété. » MG13

« il avait une phobie sociale » MG8

« elle avait toujours sa problématique de ne pas arriver à dormir » MG12

Alors que dans d'autres cas, la souffrance peut être exprimée d'une façon différente. Soit par des plaintes somatiques au 1er plan, soit par un comportement inhabituel mis en avant par les proches ou l'école.

« des enfants qui sont complètement emmurés [...] ou expriment un manque de concentration » MG1

« enfin plein de douleur que l'on n'explique pas à répétition » MG12

« malaise entre guillemet, mal de ventre, douleur intercostale, maux de tête » MG13

II.2 Une souffrance partagée ...

II.2.1 Avec ses parents

Sa famille, qui est à la fois modèle et source de conflit à l'adolescence, peut être un élément de tension tout comme un soutien dans cette prise en charge. La culpabilité ou alors la difficulté à entendre la souffrance de son enfant (qui passe souvent par une banalisation) est souvent perçue par le médecin généraliste

« c'est toujours très très culpabilisant pour les parents c'est très difficile » MG14

« la mère avait tendance à toujours minimiser les plaintes » MG12

La dynamique familiale est souvent perturbée, les interactions se complexifient, avec parfois des ruptures de communication ou un climat de tension et d'opposition exacerbé.

« ça reste un enjeu au sein des couples dysfonctionnels » MG15

« ils sont très en conflit et donc ils n'arrivent plus à se parler et ils sont tous les 2 en recherche d'une solution » MG8

« quelquefois les parents sont eux-mêmes impliqués dans le mal-être de leur enfant et ils ne s'en rendent pas compte » MG10

Le médecin généraliste peut se sentir mis en échec face à l'annonce du diagnostic et la prise en charge proposée.

« Tout dépend aussi de la compréhension et de l'ouverture des parents. » MG7

« les parents ils sont un peu agressifs. Après et bien c'est violent pour eux je pense que c'est très douloureux » MG14

« en me disant que j'étais un incapable » MG15

Ce patient, mineur, partage également la décision du soin avec ses représentants légaux qui sont associés à la prise en charge (adhésion au suivi psychologique, observance de la prise médicamenteuse). Ainsi, l'adhésion du parent dans la prise en charge de son enfant, à savoir sa participation dans le soin, est recherchée. Pour la plupart des médecins interrogés, il organise le soutien à domicile et contribue à l'adhérence du suivi.

« ils vont faire le chemin ensemble quoi » MG14

« par l'intermédiaire des parents je leur dis de solliciter les professeurs » MG12

II.2.2 Avec l'école

Source de soutien ou au contraire facteur de risque de dépression, la scolarité via les apprentissages permet à l'enfant un bon développement mais peut parfois être source de stress, de mise en échec ou de dévalorisation. Plus tard, les échanges sociaux qui se jouent au collège/lycée et l'intégration au groupe de pairs sont au premier plan de la vie adolescente. Ainsi, l'école peut être le terrain de jeu de ce mal-être, comme l'évoquaient plusieurs médecins.

« souffrait de harcèlement à l'école à cause de son surpoids » MG13

« très souvent ça vient de l'école quand même » MG3

« Les choses s'expriment d'abord par une déscolarisation » MG7

Selon certains médecins, le personnel éducatif reste sensibilisé à cette problématique dont l'écoute active est suivie par l'ensemble de l'équipe. Des dispositifs ont été établis pour les aider.

« l'école a averti qu'il s'est passé quelque chose » MG10

« ils remettent les enfants à l'école, ils adaptent le planning, ils savent quand un enfant ne va pas bien, ils l'isolent dans une pièce enfin je trouve qu'au niveau scolaire les établissements ont réussi à s'adapter. » MG4

II.3 Un contexte social non négligeable

L'adolescent vit dans une société hyper-connectée avec une utilisation importante des écrans et réseaux. Cette période de vie est également souvent associée aux expériences notamment du côté de la consommation de substances plus ou moins nocives. Ces deux éléments étaient mis en avant par les médecins interrogés comme catalyseurs de l'émergence de l'épisode dépressif.

« et bien ils sont sur les écrans toute la journée. » MG13

« des consommations de substance ... de drogue de tabac » MG3

Des événements tels que les confinements en lien avec la situation sanitaire dernièrement ont ébranlé la santé mentale des jeunes.

« avec les confinements et les sorties du COVID où euh.. il y a quand même beaucoup plus de malades chez ce profil de population » MG1

II.4 L'application de la prescription

Dans certaines circonstances, le médecin généraliste est amené à proposer un traitement médicamenteux. Cette solution peut être critiquée ou soutenue par l'enfant ou sa famille, mais aussi directement crainte par certains d'entre eux.

II.4.1 Les retours du patient évoqués

La prescription de psychotrope émise par le médecin généraliste peut être contestée par le jeune. Il émet des réticences à la fois sur le diagnostic, le besoin du médicament et sur les effets indésirables possibles.

« la connotation du fait d'avoir un antidépresseur c'est qu'on est fou ou voilà qu'on est fou, voilà toute cette peur de l'aspect psychiatrique et tout » MG3

« les ados sont assez réticents à prendre un traitement déjà » MG10

Cette prescription médicamenteuse nécessite non seulement l'adhésion du jeune mais également l'accord des parents. Plusieurs médecins interrogés révèlent que parfois, l'adolescent consent à ce traitement mais craint la réaction de ses parents, dans la désapprobation voire le rejet ou l'hostilité.

« quelquefois tellement peur de représailles ou de la réaction des parents » MG12

Dans certaines situations évoquées par les médecins, la prescription ne pose pas d'opposition vis-à-vis du patient.

« L'ado en lui-même je ne ressens pas vraiment de réticence en général ils n'ont pas trop de préjugés » MG4

« les anxiolytiques un petit peu moins je dirai parce qu'ils voient le bénéfice assez rapidement sur... ça calme les angoisses » MG10

II.4.2 Les retours de la famille évoqués

Elle peut être contestée également par la famille. Le plus souvent la réticence à la prescription de psychotrope repose sur une peur de l'addiction au médicament et sur des croyances. La crainte d'un effet sur la scolarité est aussi vivement critiquée.

« surtout je pense au risque sédatif, de dépendance ou d'accoutumance » MG4

« Les parents ont peur du traitement à vie, de la dépendance. » MG13

« il y a un certain fantasme là-dessus » MG10

*« situation d'échec pour certain aussi de se dire que mon enfant est sous antidépresseur »
MG3*

« que par rapport à l'école ça puisse poser problème aussi, qu'il ne soit plus capable de suivre les cours. » MG5

Dans certaines situations, les médecins rapportent que des parents refusent de prime abord toute médication.

« dans un premier temps il y a au moins 50% qui refusent lors de la consultation de première fois » MG4

Mais une fois l'antidépresseur instauré et les effets constatés, la discussion d'un arrêt est également compliquée par la famille comme le souligne un médecin.

*« quand on propose de diminuer ou d'arrêter, ce sont les parents qui sont réticents. »
MG13*

Cette prise en charge complexe, qui mobilise plusieurs acteurs autour du médecin généraliste, nécessite parfois un appui spécialisé. Le médecin traitant se tourne alors vers la pédopsychiatrie. Malheureusement beaucoup évoquent un secteur en crise.

III. Les acteurs de la pédopsychiatrie



Figure 4 : Les acteurs de la pédopsychiatrie

III.1 Un contexte sous tension

La sectorisation des structures est la base de la prise en charge en psychiatrie en France. Malheureusement, ce secteur est le plus souvent saturé avec une demande qui explose ces dernières années. La plupart des médecins interrogés évoquent une méconnaissance du réseau et un manque de lisibilité sur les acteurs de soins. Une fois l'interlocuteur trouvé, ils mettent en avant des difficultés de communication et des délais de réponse en inadéquation avec la situation de terrain.

« ils ne savent même pas comment ils bossent entre eux. Ils ont des structures très éclatées sur le plan psychiatrique, en tout cas pédopsy et ils ne savent pas qui fait quoi, c'est un peu usant d'entendre ça » MG9

« On a un an à un an et demi de délai au CMPP là maintenant » MG12

Les médecins généralistes décrivent un système de santé limité dans ce domaine en termes de budget déployé et avec peu de personnel formé. Les consultations auprès de psychologues ne sont que rarement prises en charge et le coût rebute bon nombre de patients.

« on est loin de tout » MG10

« la situation sociale a fait que les consultations avec la psychologue ce n'était pas possible financièrement » MG13

III.1.1 Des mesures déjà mises en place

Toutefois, il est bon d'ajouter que ces structures de relais existent et sont recherchées par les médecins généralistes.

« on a mis en place un protocole d'urgence avec la psychologue » MG10

Certaines propositions ont été soumises telles que les consultations dispensées par les psychologues remboursées mais en pratique le dispositif est récent et semble peu effectif.

« c'est qu'il y a un tarif pour ces consultations-là qui n'est pas du tout au tarif des psychologues et qu'il y a un bon nombre qui refuse de se mettre dans la liste des psychologues prenant en charge euh les consultations remboursées. » MG7

« c'était un peu le parcours du combattant » MG6

« l'intérêt c'est de fonctionner en local aussi avec des gens que l'on ne connaît pas, des psy qui sortent de nulle part » MG12

De son côté, le médecin généraliste, inscrit aussi sa pratique en interaction avec son propre environnement. De nombreux éléments entrent en jeu dans la prise de décision inhérente au soin.

IV. Le médecin généraliste : une personne au centre de la prise en charge

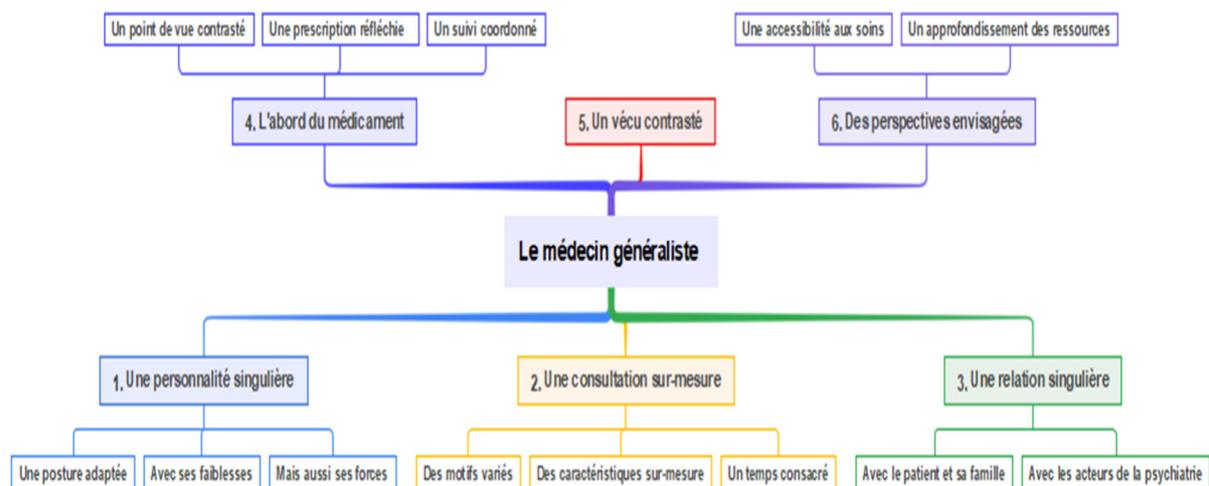


Figure 5 : Le médecin généraliste, une personne au centre le prise en charge

Comme tout être humain, le médecin généraliste vit en société et exerce sa pratique dans son environnement à partir de ses expériences passées. Face à la détresse psychique exprimée par les enfants et adolescents, il adapte sa pratique en fonction de son expérience afin d’offrir une prise en charge adaptée.

IV.1 Une personnalité singulière

IV.1.1 Une posture adaptée

D'une façon générale, le médecin généraliste adapte sa posture à l'âge de l'enfant tout en gardant sa position de soignant au cours du soin.

« ça dépend de l'âge, l'attitude ne sera pas la même » MG1

« et pour le coup c'est un phénomène pervers, je ne veux pas qu'elle s'attache à moi »

MG9

Il exerce sa pratique dans un espace particulier, à la recherche d'un consentement et reste vigilant à éliminer les urgences diagnostiques.

« je lui demande son consentement pour voilà pour euh tout dévoiler ou pas [...] tout de suite j'essaye d'éliminer une situation comme je l'ai dit avec un risque de passage à

l'acte » MG3

Pour se faire, il adapte le style de l'entretien en fonction de ce que renvoie son interlocuteur et ce sans marque de jugement.

« Je démedicalise l'entretien » MG9

« Je fais attention aux mimiques, au non verbal à ce moment-là » MG12

« voilà la consultation médicale ça reste un endroit où il peut tout dire, je n'aurai pas de jugement. » MG8

Il développe également une certaine empathie en adoptant une écoute attentive, une compréhension, un soutien et une sensibilité auprès du jeune.

« Enfin ma principale ressource c'est d'écouter, de dépister » MG13

« je reste très attentif au moindre mot » MG2

« on a tous des sensibilités différentes » MG9

La communication est recherchée par l'ouverture de la consultation autour de la santé mentale et une facilité à pouvoir poser des mots sur la souffrance ressentie, parfois tabou dans les cercles familiaux ou amicaux du jeune.

« mon but a été de discuter et d'ouvrir un petit peu une parole, une voix, d'ouvrir un contact » MG2

« ils se sont exprimés plutôt facilement une fois que l'on en parle » MG5

L'installation de la confiance est travaillée afin d'assurer l'accompagnement. L'utilisation du tutoiement et le recours à l'autodérision y sont proposés, tout en laissant à l'enfant son intimité.

« respecter l'intimité de l'enfant et on ne peut pas le mettre mal à l'aise [...] j'ai tendance à le tutoyer. » MG3

« Je dis des conneries. Alors c'est mon profil aussi. On gère les consultations en fonction de sa personnalité donc moi, j'utilise beaucoup l'autodérision. [...] Après si on arrive à tisser un lien à ce moment-là, c'est déjà beaucoup. Et qu'ils arrivent à exprimer, à parler de leur souffrance » MG9

IV.1.2 Avec ses faiblesses...

IV.1.2.1 En lien avec sa pratique

La prise en charge est affinée par l'expérience, cette dimension étant peu vue au cours de la formation en médecine générale.

« c'est très vague... » MG2

« c'est très peu vu en médecine générale » MG3

La responsabilité à poser le diagnostic chez l'enfant n'est pas sans appréhension. Le fait d'émettre un jugement à certains diagnostics somatiques peut être difficile à prononcer pour certains médecins généralistes.

« c'est difficile de juger [...] on ne veut pas non plus parfois lui coller une étiquette » MG4

« il y a quand même la certitude du diagnostic parce que c'est vrai que la dépression chez les enfants j'ai l'impression qu'il y a beaucoup plus de forme atypique et notamment chez les adolescents » MG1

« ce sont les effets indésirables chez les enfants, avec le risque suicidaire qui est plus important que chez les adultes euh du coup mmh je ne préfère pas trop prendre cette responsabilité » MG5

Cette problématique de soin est souvent dépendante à chaque médecin. Le médecin est un être humain qui comme chacun a des affinités à certains soins, et certaines pratiques.

« je ne fais pas forcément de suivi car je fais des remplacements. Je enfin je n'ai que longtemps après des nouvelles après je n'ai pas vraiment un grand suivi. » MG8

« Finalement nous on la fait un peu la psychothérapie mais enfin plus ou moins car je sais que j'ai certains confrères je ne nommerai pas, pas ici au cabinet où les consultations de plus de 5 minutes ça existe rarement. » MG7

IV.1.2.2 En lien avec son environnement

Même si le médecin généraliste est au plus proche de son patient, actuellement les délais de consultation peuvent être problématiques, en écho aux autres spécialistes.

« quand même il faut passer certaines étapes avec la difficulté d'accès aux soins qui nous concerne aussi. J'ai des délais qui sont ultra importants » MG9

Certains professionnels se perçoivent isolés, notamment par leur installation dans certaines zones géographiques.

« le fait que je n'ai pas envie d'être seul » MG7

IV.1.3 Et ses forces

IV.1.3.1 De par son statut

Le médecin généraliste ne suit pas seulement le patient mais l'ensemble de la famille. Il a une connaissance de la dynamique familiale, et peut disposer d'un certain recul.

« Je connais toute la famille enfin pas tout le monde encore mais j'en connais pas mal et je connais tous les problèmes qu'il peut y avoir chez cette ado-là. C'est ça notre arme supplémentaire [...] c'est toute la force de notre métier » MG9

Il opère son suivi au plus proche du patient et en amont de toute prise en charge.

« Nous on est en amont de ça, des fois on est à la phase où les gens ils n'ont pas conscience que c'est là [...] Il ne sortait pas de son domicile donc c'est moi qui y allais en visite. »MG12

Il est inscrit au centre de la prise en charge et s'occupe de la coordination locale.

« j'ai une responsabilité à les faire rentrer dans le circuit pédopsychiatrique » MG5

« nous on développe beaucoup le travail de coordination tu vois avec les pharmaciens, les infirmières, les sages-femmes, les ergothérapeutes, les machins, les trucs et donc c'est vrai qu'en ville en libéral on a beaucoup développé ce truc-là. » MG14

IV.1.3.2 De par sa formation

Le médecin généraliste agit avec l'ensemble de ses moyens dont il dispose.

*« mais bon on attend donc on fait avec ce que l'on peut on va au moins soulager les gens
quoi » MG14*

*« avec les entretiens on essaye de faire de la psychothérapie avec les moyens du bord. »
MG1*

Il s'occupe de la formation des équipes.

*« je gère la formation médicale continue locale et je vais faire une soirée notamment sur le
retour des pédopsy » MG9*

L'expérience accumulée à la fois lors de sa formation initiale ou les formations effectuées par la suite l'oriente dans sa prise en charge actuelle.

*« J'ai fait des autoformations en psychiatrie, j'ai beaucoup lu sur les sujets. J'ai lu des
livres sur la psychothérapie de soutien. » MG12*

IV.2 Une consultation sur-mesure

IV.2.1 Des motifs variés...

La dépression des enfants et adolescents est rarement un motif initial de consultation en médecine générale. Beaucoup d'autres motifs sont amenés en premier plan et c'est la répétition de certaines consultations qui orientent le diagnostic.

« Alors des dépressions vrais pas temps que ça et tant mieux » MG13

« C'est soit dit un peu cinq minutes avant la fin de la consultation pour le certificat de sport ou bien un autre truc de ce genre » MG5

« C'est un motif que nous on découvre au fil du temps, c'est nous qui allons creuser dans ce sujet-là » MG12

IV.2.2 Dans un cadre sur-mesure

Un médecin garantit l'anonymat dans certaines situations.

« je peux faire des consultations anonymes où je me ferai payer mais pour lesquelles les parents ne seront pas au courant de leur venue donc la porte est ouverte » MG2

La richesse de ces consultations est souvent relevée par les médecins généralistes, riches non seulement pour le patient mais aussi pour le soignant.

« ce sont des consultations assez riches » MG2

IV.2.3 Un temps consacré

Le plus souvent, il est important de laisser le temps au temps et la consultation est adaptée à la discussion. Ce temps nécessaire qui est non prévu doit être pris en compte dans sa pratique.

« c'est que j'utilise tout le temps un temps long ça c'est sûr, donc je suis encore plus à la bourre » MG9

« je pense qu'il faut aborder ce sujet-là que quand on a un minimum le temps à le faire parce qu'une fois qu'on a ouvert la brèche et que euh il y a des choses qui sont prêtes à sortir » MG12

« la plupart du temps ce n'est pas prévu comme ça, ces motifs ne sont pas annoncés » MG11

Cette notion de temps peut être répartie dans la durée avec un fractionnement des consultations en médecine générale.

« on les voit souvent par petite tranche de temps » MG7

IV.3 Une relation singulière

IV.3.1.1 Avec le patient...

La relation malade-médecin dans cette situation est un point singulier d'ancrage dans l'application du soin. Le suivi maintenu depuis le plus souvent la naissance de l'enfant, ses connaissances sur la constellation familiale et son exercice au plus proche du patient renforcent le recours particulier du jeune à son médecin traitant

« le médecin traitant est quand même la première personne vers qui les parents et aussi les jeunes se tournent » MG1

*« c'est aussi la relation que l'on a avec le patient, il se sent à l'aise pour en parler »
MG10*

L'abord peut être compliqué et la crainte de rupture est présente en cas d'échec.

« on est sur des charbons ardents » MG15

« si on est dans l'échec soit de la consultation en oral soit de l'échec thérapeutique je pense que là il tourne les talons et fiche le camp » MG14

Dans son exercice, le médecin généraliste éduque sa patientèle à sa pratique et inversement.

« on fait une patientèle à son image » MG2

« Ce sont les patients qui font construire nos compétences et là c'est quelque chose que je n'avais pas pensé auparavant. On devient ce que l'on est aussi par la personne qui vient nous voir » MG9

La confiance installée au fur et à mesure des consultations, en lien avec un secret médical garanti dans les limites du possible, favorise une certaine alliance de soin qui en est renforcée par la suite.

« elle me fait confiance » MG9

« je rappelle à l'adolescent que je suis sous le secret médical et que je ne peux pas tout cacher à ses parents » MG8

« ils adhèrent vraiment bien après cela dépend du feeling » MG4

« Il y avait déjà une alliance qui s'était faite, oui qui existait déjà avec la famille. Mais là qui s'est encore renforcée je crois. » MG7

Il y a une certaine coopération avec le patient.

« Le rendez-vous je leur dis de le prendre à la sortie et ceux auxquels j'ai peur qu'ils ne reviennent pas, je les donne moi-même comme ça il y a un contrat tacite » MG9

« ils étaient plutôt bien coopérants » MG5

« ils sont surtout demandeurs d'échange, d'écoute » MG2

Par cette confiance installée, le médecin généraliste propose instinctivement une psychothérapie de soutien avec ses moyens.

« avec les entretiens on essaye de faire de la psychothérapie avec les moyens du bord [...] en sachant que nous on n'est pas formés pour ça. » MG1

« je fais quand même de temps en temps des exercices c'est vrai avec les tous petits enfants quand les parents me signalent qu'ils ont des troubles du comportement ou enfin un peu de tristesse je leur demande d'écrire ou de raconter ou de dessiner » MG6

IV.3.2 Avec la famille du patient...

Pour la plupart des médecins interrogés, la famille est le plus souvent l'initiatrice de la consultation. C'est un appui indispensable.

« soit c'est ses parents qui l'ont obligé à prendre rendez-vous. » MG14

« il vient rarement tout seul tout du moins la 1ère fois [...] on a besoin des parents car c'est un appui » MG2

Il y a de l'écoute mutuelle, une compréhension du diagnostic. Le médecin est disponible pour soulager cette souffrance partagée par l'échange proposé.

« Tout dépend aussi de la compréhension et de l'ouverture des parents. » MG7

« ils sont soulagés qu'il y ait pu avoir un échange et que voilà il a un traitement. » MG14

Il y a une discussion dédiée, avec pour certains une vraie adhérence à la prise en charge proposée.

« Je n'ai jamais eu d'opposition avec les parents parce que cela découle toujours d'un long suivi au préalable, de beaucoup de discussions. » MG13

La plupart des médecins généralistes évoquent que des parents peuvent émettre un avis discordant, avec des échanges agressifs. Le médecin généraliste peut être vu comme « incapable » à gérer la situation. La discussion peut être difficile.

« les parents ils sont un peu agressifs » MG14

« en me disant que j'étais un incapable » MG15

« J'essaye toujours de ne pas me braquer ni avec l'enfant ni avec les parents. » MG13

IV.3.3 Et avec les acteurs de pédopsychiatrie...

Les médecins généralistes peuvent être critiqués sur leur capacité de prise en charge.

« en tant que généraliste vous êtes notoirement incompetent » MG2

Selon certains médecins, la coordination avec les équipes de pédopsychiatrie semble être compliquée dans certaines situations même si pour d'autres un contact a pu être instauré.

« on a des retours nulle part autour de la psychiatrie. » MG3

« moi j'appelle le psychiatre d'avis du CHU pour être orienter puis après les copains, les collègues psychiatres que je connais » MG1

IV.4 L'abord du médicament

IV.4.1 Un point de vue contrasté

D'une part certains médecins généralistes évoquent une position confortable dans cette prise en charge de par leur formation effectuée, leur habitude de soin et la patientèle suivie.

« J'ai fait des autoformations en psychiatrie, j'ai beaucoup lu sur les sujets. J'ai lu des livres sur la psychothérapie de soutien » MG12

« j'ai dédramatisé les traitements psychiatriques » MG4

« J'explique souvent que la dépression c'est comme n'importe quelle maladie et qu'il y a un traitement. » MG13

Alors que la plupart des autres médecins généralistes émettent des réticences à la prescription d'un psychotrope. Plusieurs n'en ont d'ailleurs jamais prescrit car peu nécessaire.

« La place des psychotropes est quasiment nulle. » MG13

« je prescris de moins en moins et j'essaie de trouver de plus en plus ... de leur apporter du soutien » MG2

« L'expérience et les difficultés d'accès aux spécialistes qui ... qui font que maintenant voilà font que je... je peux être amené à le faire. » MG7

De nombreux motifs ont pu être émis par rapport à ce malaise de prescription : le refus de poser une étiquette au patient par la prise d'un traitement, son incapacité par sa formation et une manipulation difficile des substances pour les enfants et des effets indésirables, la peur transmise du patient et l'absence de relai psychologique adéquat.

« prescrire un antidépresseur chez un ado, je ne m'en sens pas capable. » MG9

« on ne veut pas non plus parfois lui coller une étiquette » MG7

« je ne manipule pas très bien les différents produits » MG2

« je ne préfère pas trop prendre cette responsabilité » MG5

IV.4.2 Une prescription choisie

IV.4.2.1 A partir de ressources variées

Le médecin généraliste peut s'appuyer sur des ressources qui lui sont propres de par les formations suivies et ses connaissances.

« surtout sur ma connaissance des molécules en général » MG10

« c'est par rapport à ma pratique, par rapport à ce que j'ai fait, à mon expérience, ce que j'ai pu voir aussi car on a pu voir lorsque j'étais interne en pédiatrie, j'ai fait quelques consultations à l'époque aussi. Plus par mimétisme » MG9

« j'utilise beaucoup le TSTS CAFARD » MG14

« je connais le BITS test » MG4

« si on arrive à faire un protocole d'ALD, cela peut permettre une prise en charge des transports » MG10

Chaque médecin a sa source d'information, de nombreux ouvrages sont consultés pour les aider.

« j'avais relu c'était la société canadienne qui avait fait un document là-dessus sur les psychotropes de l'enfant » MG5

« tous les travaux de BINDER il y a des choses intéressantes et c'est parce que je les connais aussi[...]les revues exercer, pubmed, prescrire » MG9

« j'utilise le site psychiaclic, enregistré sur mon ordinateur. » MG8

« sur la HAS il y a un guide de pratique » MG10

Des ressources externes auprès d'un réseau tissé mêlant à la fois des intervenants de pédopsychiatrie, des collègues, l'entourage du patient et des contacts avec l'école.

« j'essaie de m'appuyer sur l'entourage familial et amical » MG5

« j'ai une collègue infirmière en pratique avancée qui va venir au cabinet[...] j'ai l'avantage de connaître personnellement la pédopsy qui va venir » MG9

« Comme les infirmières scolaires. Important là je pense qu'elles ont un rôle important dans ce domaine-là » MG7

*« mais aussi avec les infirmiers et pharmaciens qui nous donnent des infos notamment sur la famille, le milieu familial, la façon dont ils se comportent à l'intérieur. Ce sont des informations qui sont toujours très utiles que l'on ne peut pas avoir en consultation. »
MG11*

« je sais à qui je peux orienter, je sais comment avec qui où elle travaille et quelle est leur accessibilité et avec qui on communique bien ensemble »MG12

IV.4.2.2 De nombreux psychotropes disponibles

L'utilisation d'anxiolytiques et d'antidépresseurs varie selon la pratique du médecin généraliste. La plupart utilise les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS) et de l'ATARAX. D'autres ont l'habitude de prescrire la VENLAFAXINE ou du THERALENE.

« de préférence je mets un antihistaminique même chose pour préserver les capacités cognitives » MG11

« Chez les ados je prescris des IRS » MG13

« finalement je l'ai mise de mémoire sous SERTRALINE » MG7

« s'il y avait une valence d'angoisse majoritairement j'avais l'habitude d'introduire de la VENLAFAXINE » MG11

Les benzodiazépines sont peu utilisées et leur usage reste limité.

« J'évite autant que possible, bon cela m'est arrivé de prescrire des benzodiazépines chez l'ado vraiment. » MG13

« Les benzo chez les jeunes je ne les introduis pas... » MG3

IV.4.2.3 Une prescription conditionnelle

Le recours aux antidépresseurs n'est pas systématique. Les médecins généralistes y sont très peu confrontés.

« je ne prescris pas d'antidépresseur d'emblée, parce que déjà si je peux m'en passer c'est mieux » MG10

Cette prescription est discutée selon la souffrance exprimée par l'enfant avec un environnement sain et des parents en accord. Elle est le plus souvent évoquée en deuxième intention.

« mais je suis moins enclin à mettre un traitement d'emblée s'ils vont être tout seul avec leur traitement » MG14

« je l'adresse systématiquement au CMP ensuite de façon à ce qu'il y ait une prise en charge personnelle et familiale des ressources psychothérapeutiques qui soient mises en place. » MG5

IV.4.2.4 Des alternatives proposées

D'une part, les techniques non médicamenteuses sont préconisées par les médecins.

« hypnose, acupuncture toutes ces choses-là ils les connaissent » MG4

« j'ai commencé par lui conseiller de la relaxation, des tutos sur internet pour les parents pour essayer de mettre en place des choses avant d'en venir à une prescription médicamenteuse » MG10

Le recours à d'autres thérapies telles que l'homéopathie et la phytothérapie peut être proposé par les médecins. La mélatonine et la spasmine ont été évoquées.

« euh l'homéopathie ou la phytothérapie, je ne suis pas franchement convaincue par l'homéopathie mais je me dis que si l'enfant et les parents y croient et que de ce fait ça l'améliore c'est déjà ça de gagner [...] en parallèle on va essayer peut-être de la mélatonine pour dormir » MG4

« j'utilise de la spasmine » MG2

IV.4.2.5 Un encadrement de la prescription

Chaque médecin généraliste à sa propre image pour expliquer l'usage des psychotropes dans la prise en charge.

« j'utilise l'expression "comme une béquille" pour les aider justement à faire passer les étapes [...] qui va le permettre à plus participer à la psychothérapie. » MG1

« un peu comme la cocotte-minute, on essaie de faire baisser la pression pour euh après avoir réussi à parler » MG10

« Je présente cette prescription comme un coup de pouce et souvent ils le perçoivent bien » MG13

« c'est comme une sorte de coussin affectif des émotions extérieures et internes » MG2

Comme tout médicament, la prescription de psychotropes s'accompagne d'information sur les effets indésirables et le délai d'efficacité. Des examens complémentaires peuvent être demandés par le médecin.

« pour les antidépresseurs l'idée que l'efficacité ne se met pas en place toute suite il faut facilement trois semaines pour le juger » MG11

« en commençant par la plus petite dose possible » MG4

*« il va y avoir plein de choses qui sont assez désagréables et que c'est les premiers temps »
MG14*

« réalisation d'un ECG s'il est possible » MG8

*« on est censé faire une bio notamment avec la TSH euh ba c'est au cas par cas en fait.
C'est vrai que je le fais de façon moins systématique » MG4*

Selon certains médecins, la prescription est suivie par les parents et une réévaluation sur mesure est instaurée.

« Délivrance par les parents plutôt » MG4

« on fait du sur-mesure » MG7

IV.4.3 Un suivi coordonné

IV.4.3.1 Une organisation de groupe

Le médecin généraliste organise son suivi en partenariat avec le psychologue.

« je ré-évalue régulièrement justement avec la psychologue en fonction de la fréquence des rendez-vous [...] que l'enfant ne soit pas dans la nature tout seul » MG1

IV.4.3.2 Un contact assuré

Le contact est systématique et régulier. Le délai n'est pas protocolisé et variable en fonction du jeune.

« alors systématiquement tant que l'ado ne va pas bien je reprogramme une consultation »

MG4

« Moi je leur dis toujours que la porte est ouverte » MG7

« il n'y a pas de recette enfin sur tous les suivis psy on s'adapte en fonction du patient en fait » MG12

Le médecin généraliste est réclamé par le patient. Chez certains, la mise en place de créneaux d'urgence est un plus.

« elles sont demandeuses et euh et voilà elles réclament presque le suivi » MG4

« dans notre planning on a des créneaux d'urgence » MG10

« il peut appeler et s'il n'y a pas quelque chose qui ne va pas, je le revois plus tôt » MG7

La plupart des médecins rapportent l'absence de place à la télémédecine, qu'ils jugeraient non adaptée dans ce contexte.

« pas d'appel téléphonique entre deux. » MG5

« la télémédecine, non. » MG7

« je veux bien faire de la visio ça ne me pose pas de soucis mais souvent ils viennent en fait ils ne posent pas du tout de soucis » MG4

IV.4.3.3 Une surveillance indispensable

Une surveillance clinique est systématique pour tous les médecins. L'observance de la prise du psychotrope est également soutenue lors des rendez-vous pour éviter une rupture thérapeutique.

« C'est plutôt un suivi médical. » MG5

« Quand on a connu les enfants en souffrance, l'adulte plus tard on a toujours un œil là-dessus » MG9

« ça marche très bien et puis au bout d'un mois ils vont mieux et ils ont tendance à arrêter même si on les prévient et cetera » MG14

La consultation n'est pas uniquement centrée sur l'épisode dépressif caractérisé. Elle est aussi l'occasion de refaire le point sur la consommation de toxiques et de prévenir d'éventuelles situations à risque. Elle est également l'opportunité d'évaluer les interactions sociales de l'enfant avec son environnement.

« ça permet de revoir un peu par rapport à leur consommation d'alcool, de shit, de tabac [...] et s'ils ont une vie sociale » MG14

IV.5 Un vécu contrasté

La plupart des médecins généralistes interrogés évoquent une difficulté de prise en charge. La solitude en consultation, la responsabilité endossée en cas d'idée suicidaire et l'impression de ne pas être aussi bien formé que sur la médecine somatique

« Je me suis sentie très seule dans sa prise en charge parce que je voyais sa détresse [...] J'ai toujours de sentiment de ne pas pouvoir faire le boulot correctement » MG12

« Ce ne sont jamais des consultations simples, moi je trouve ça toujours compliqué » MG7

« On fait forcément des erreurs » MG13

« c'est un peu l'inconnu » MG3

L'émotion rapportée est vive : la douleur partagée, la culpabilité de la situation avec une certaine impuissance face à des situations touchantes. Il peut être mal à l'aise, démuni. Le stress et l'épuisement en font écho.

« ce n'est pas toujours évident d'avancer dans ce domaine-là [...] j'avais l'impression d'être un mauvais docteur » "c'est la pire des souffrances » MG2

« on se sent plus impuissant » MG12

« Ah je trouve ça super douloureux [...] ça me stresse beaucoup [...] Tu as vraiment l'impression de te débattre » MG14

« je suis très prise par les sentiments qu'ils ressentent [...] d'avoir peur de faire un truc de côté, de travers. » MG8

« à la fin de la journée on se sent épuisé » MG15

« moi je suis un petit peu frileux par rapport à la psychiatisation des troubles de l'enfant [...], je suis un peu mal à l'aise. » MG6

Toutes ces émotions renforcent une sensation de prise en charge incomplète et une insatisfaction dans sa pratique chez certains médecins.

« On fait forcément des erreurs [...] J'ai l'impression d'une demi-prise en charge » MG13

« il y a des situations dures dans un contexte social et dont on n'a pas forcément de solution à apporter » MG5

« Je dois avouer que l'on est un peu désarmé par rapport à ça. » MG6

Le médecin généraliste peut être confronté à cette problématique dans sa vie personnelle, faisant écho à sa propre histoire. Cette notion de transfert et contre-transfert est soulignée par certains des médecins interrogés.

« surtout quand on a soi-même des adolescents où on fait l'expérience aussi de certains moments difficiles » MG2

*« ça a été une expérience personnelle mais qui m'a apporté au niveau professionnel »
MG14*

Malgré ces émotions vives, il peut y avoir un vécu gratifiant d'être présent pour le patient. Cette ambivalence est vivement exprimée par les médecins.

« c'est toujours ambivalent » MG12

« quand on a réussi à faire passer à un ado cette période-là et bien on se dit qu'on a bien fait d'y avoir passé du temps quoi, mais c'est rétrospectivement. » MG7

Pour certains médecins interrogés, le retour est plutôt satisfaisant, cette prise en charge est maîtrisée.

« Finalement cela se passe très très bien » MG13

« je me sens légitime de le faire. » MG9

« c'est l'ensemble des consultations qui peuvent être satisfaisantes une fois que l'on arrive à avancer » MG10

IV.6 Des perspectives envisagées

IV.6.1 Une accessibilité des patients aux soins

Les médecins rapportent, qu'à leur sens, la pédopsychiatrie a besoin d'être remobilisée et ne serait-ce qu'avec des moyens financiers adaptés à la demande.

« là c'est de la politique, là pour le coup il faut remuscler la psychiatrie [...] il faut des investissements massifs dans le secteur. » MG11

« il y a des très bonnes idées et il n'y a absolument rien mis financièrement parce que le nerf de la guerre c'est le fric » MG14

« Avoir des possibilités autrement que des galères sans non pour rembourser les psychologues » MG12

« former plus de pédopsychiatres et de psychologues spécialisés » MG1

Un relai psychiatrique accessible par tous avec des délais satisfaisants est soutenu par la plupart des médecins généralistes interrogés.

« des relais spécialistes un peu plus accessibles » MG2

« malheureusement il n'y a pas d'urgence psychiatrique pour les enfants » MG11

IV.6.2 Un approfondissement des ressources

La plupart des médecins estiment que le partenariat des médecins généralistes avec les acteurs de la psychiatrie gagnerait à être approfondie par la supervision, les échanges cliniques ou les réunions pluridisciplinaires.

« un pédopsychiatre avec qui on pouvait échanger facilement en télé expertise sur des situations » MG11

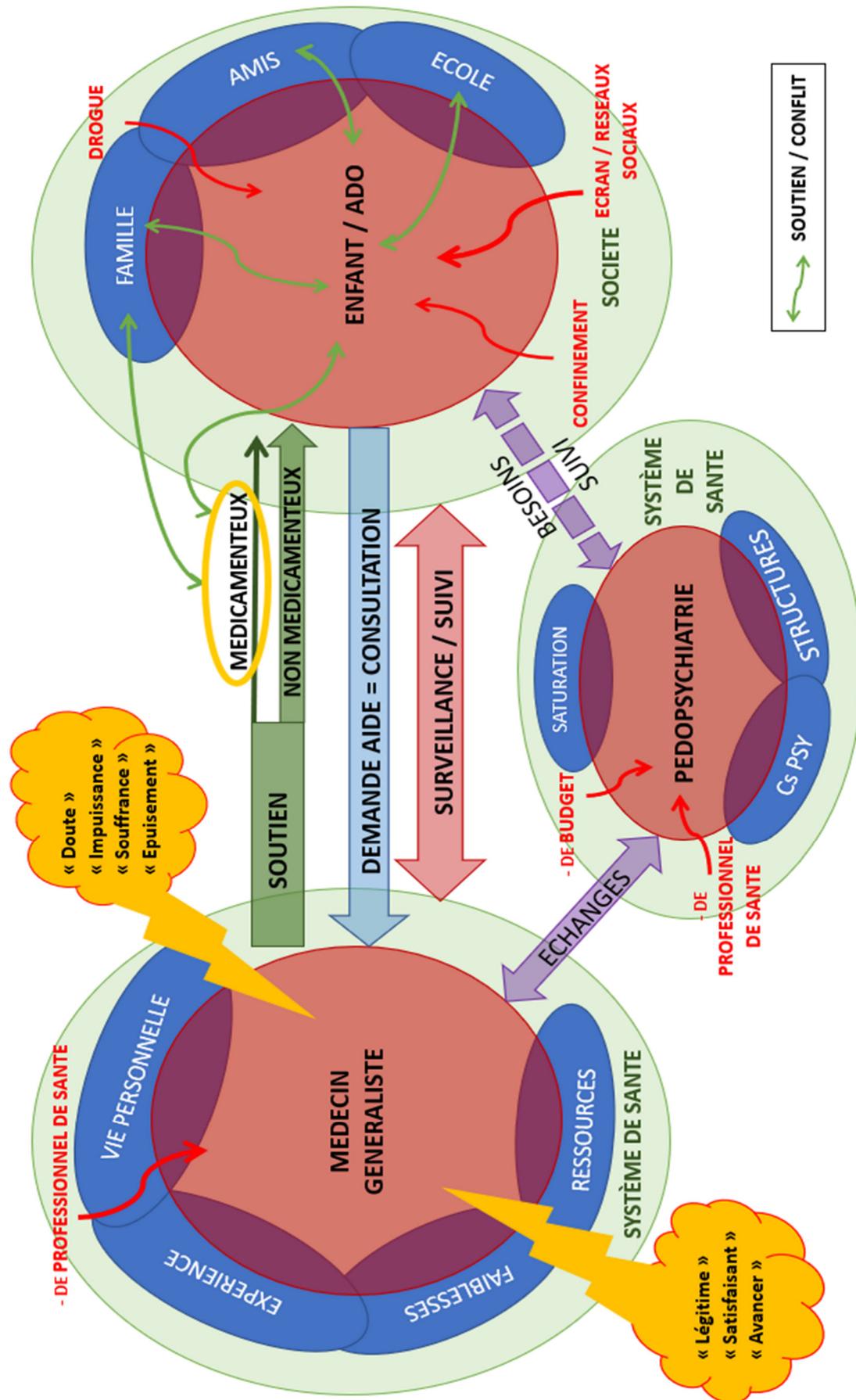
« on aimerait bien pouvoir avoir des liens pour soit les hospitaliser soit pour soit pour avoir des conseils au niveau de la thérapeutique qui n'est quand même pas tout à fait la même que les adulte » MG14

Certains médecins souhaitent une formation adaptée et encadrée dans le projet d'internat par le biais de formations continues accessibles tout au long de sa pratique. La formation pour davantage de professionnels en psychiatrie de l'enfant est également avancée.

« que l'on ait plus facilement des stages en psychiatrie pendant notre internat » MG8

« d'organiser des FMC alors peut-être qu'il y en a déjà qui existent alors j'avoue que de mon côté je n'ai pas recherché sur ce sujet. » MG5

Modélisation des résultats : table conceptuelle



DISCUSSION

L'objectif de ce travail était d'analyser la place du médecin généraliste et son ressenti dans la prise en charge médicamenteuse de l'épisode dépressif caractérisé de l'enfant et de l'adolescent.

Il a bien été vu que le médecin généraliste jouait un rôle de première ligne dans cette prise en charge. Cette situation reste plus ou moins bien vécue sous de nombreux aspects.

I. Les limites et forces de l'étude

I.1 Les limites

I.1.1 La population interrogée

L'âge moyen d'un médecin généraliste est de 51 ans. (50) Les médecins généralistes interrogés dans l'étude étaient pour la plupart assez jeunes, avec une moyenne d'âge de 42 ans. Or les adolescents choisissent préférentiellement de jeunes médecins pour les suivre. (51) La population interrogée était peut-être plus souvent confronté aux adolescents et sûrement mieux formée à la médecine de l'adolescent.

I.1.2 L'environnement des lieux d'entretiens

Le choix des entretiens a été libre et sélectionné par le médecin interrogé. Un entretien a été réalisé en visioconférence et la dynamique n'était pas la même. Le plus souvent, il était réalisé au cabinet du praticien sur les heures de pauses précédant les consultations.

I.1.3 Le lieu d'exercice des médecins généralistes

Le choix de se limiter aux médecins généralistes exerçant en Seine Maritime et dans l'Eure à moins d'une heure de route en voiture de Rouen avait été décidé par l'investigateur. Le périmètre d'étude a donc été restreint.

1.1.4 Le manque d'expérience et le temps de mise en place de l'étude

Il s'agit d'une première expérience d'étude qualitative tant pour l'investigateur que pour le directeur de thèse. Les entretiens ont été menés sur une période assez courte (deux mois). La formation à l'étude qualitative a été faite à l'aide d'un tutorat au département de médecine générale.

1.1.5 Un moyen d'enregistrement unique

Le chercheur n'avait en sa possession qu'un seul moyen d'enregistrement au cours des entretiens. Malheureusement, des données essentielles ont été formulées après la coupure de l'enregistrement. Un deuxième moyen d'enregistrement aurait été souhaitable afin de les intégrer.

1.1.6 Le temps des entretiens

La durée moyenne des entretiens était de vingt-trois minutes. Un investigateur avec plus d'expérience aurait pu mieux développer certains thèmes prolongeant ainsi l'entretien.

Même si l'étude comporte de nombreuses limites que nous venons de citer, les données ont été obtenues avec une certaine rigueur de recherche et des forces qui méritent d'être soulignées.

I.2 Les forces

1.2.1 Originalité du sujet

A ce jour, cette étude est la première étude qualitative réalisée sur la prescription de psychotropes chez les enfants et adolescents auprès des médecins généralistes de Seine Maritime et de l'Eure.

I.2.2 Méthode de recrutement

L'échantillonnage théorique suivi a permis de recruter des participants offrant un éclairage utile à la situation étudiée avec une certaine diversité d'expérience (parité, mode d'exercice et expérience du médecin).

I.2.3 Richesse des entretiens

La réalisation d'entretiens semi dirigés évolutifs ont permis une expression sincère des sentiments de l'interlocuteur. Le guide d'entretien réalisé en amont de ces entrevues était enrichi au fur et à mesure des retranscriptions.

I.2.4 La COREQ

Un total de 28 critères sur 32 de la Consolidated criteria of Reporting Qualitative research (COREQ) a été respecté. Elle est détaillée en annexe 6.

II. Discussion des principaux résultats confrontés à la littérature

II.1 Une population cible hétérogène et plurielle

La santé mentale des jeunes est un aspect très souvent citée ces dernières années notamment dans les pays développés. Aborder un enfant ou un adolescent n'est pas si simple et l'adaptation du médecin généraliste doit être optimale. « *Cette polyvalence associée à la médecine générale exprime bien l'aspect d'omnipraticien au médecin généraliste* » propos souligné par le Dr DALEM. (52)

Le jeune patient vulnérable apprend et évolue dans un environnement complexe à bien des égards (familial, social, scolaire, amical etc..) indispensable à prendre en compte lors du soin. L'approche bio-psycho-sociale analyse ces interactions en intégrant son apprentissage de la vie. Elle constitue la base de l'évaluation de tout enfant ou adolescent. Le Dr BINDER illustre bien ce qui a été relevé lors des entretiens. Il promeut « *une investigation globale à la fois somatique et psychique, associée à une attitude adaptée, afin d'installer une relation de confiance avec l'enfant et permettre au médecin généraliste d'occuper son rôle en termes de prévention, d'éducation et de coordination des soins* ». (53) L'assurance maladie vient de publier en février 2023, un guide d'accueil de l'adolescent en médecine générale avec les différentes ressources disponibles dont les nombreux travaux du Dr BINDER. (54)

La prise en charge psychologique peut être difficile à entendre pour quelques patients. Plusieurs médecins interrogés évoquent son caractère encore tabou dans certaines familles même si elle se démystifie avec les nouvelles générations. (55) Cette problématique peut s'expliquer par un manque d'information et de prévention en santé mentale chez le grand public. En 2018, l'ARS s'est penchée sur ce sujet et a établi une feuille de route pour sensibiliser l'importance des acteurs de première ligne et du système éducatif dans l'évolution des représentations. (56) Un programme Mondial « Youth Aware of Mental health » (YAM) vise à sensibiliser les jeunes de 13 à 17 ans sur la notion de santé mentale au sein de la scolarité. Des études menées dans de nombreux pays participants ont évalué positivement ce dispositif, incitant à poursuivre son expansion. (57)

II.2 La pédopsychiatrie, un secteur sous tension

L'accès aux soins psychiatriques reste une problématique souvent mise en avant au cours des entretiens avec des recours psychologiques actuels difficiles à mettre en place et à coordonner par le médecin généraliste. Cette situation chronophage pour le médecin généraliste a déjà été signalée dans le rapport Mission Bien Être et Santé des Jeunes en 2016. (58,59) Il évoque un manque de moyen en matière d'effectif avec un nombre de professionnel qualifié en déclin. (53)

L'insuffisance de prise en charge financière à l'image du non-remboursement des consultations psychologiques est critiquée, alors même qu'il s'agit du premier soin à apporter aux enfants selon toutes les recommandations. (12) Face à ce constat, des dispositifs ont été déployés dans différents pays. H-M VASILADIS décrit dans son article, une volonté d'améliorer l'accès à la psychothérapie au Québec. En Australie, les autorités locales mettent en place en 2006 des séances gratuites ou très peu coûteuses de psychothérapies en soins primaires. Il y a toute une coordination entre le médecin généraliste et les professionnels de santé mentale. En Angleterre en 2007, un programme a vu le jour suivant ce même principe sur un nombre de séances échelonné selon la sévérité du trouble. (60)

De notre côté, en France, jusqu'à récemment les consultations psychologiques au sein de structures publiques (CMP et CMPP, MDA, Points d'Accueil Ecoute Jeunes, hôpitaux publics) étaient les seules prises en charge ainsi que les consultations auprès de pédopsychiatres. Les consultations dispensées par les psychologues libéraux n'étaient pas remboursées. Le gouvernement a mis en place un nouveau programme après les événements sanitaires de 2020. Ce dispositif, dénommé « *PsyEnfantAdo* », permet aux enfants âgés de 3 à 17 ans exprimant une souffrance psychologique de bénéficier de séances en libéral auprès de personnels qualifiés et conventionnés. La prise en charge est adaptée à l'intensité des souffrances exprimées. (12) Dans ce dispositif, les consultations libérales psychologiques sont fixées à un certain plafond peu attrayant pour les professionnels concernés. Cela limite l'offre possible sur notre territoire très souvent critiquée par les médecins généralistes interrogés. Un autre dispositif existe sur le net avec le site, « *FilSantéJeune* », à l'écoute des jeunes de 12 à 25 ans. Il aborde toutes les questions de prévention et notamment les troubles de l'humeur. (28)

Une autre problématique peut être soulignée, celle de l'adressage au secteur de la pédopsychiatrie et les conditions de passage de relai. Le champ de la pédopsychiatrie est vaste et concerne l'ensemble des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent, associant à la fois les troubles neurodéveloppementaux, affectifs et émotionnels. Comme l'indique le Dr KOVESS-MAFETY, le secteur de la pédopsychiatrie est actuellement en crise. Il en définit la conjoncture de trois points :

« - par une demande incessante des familles s'enfermant à des comportements non écoutés par la société

- par une difficulté d'approche de certains professionnels de santé

- et enfin par un déclin d'effectif sur le territoire au regard d'une vocation qui ne fait plus l'unanimité pour diverses raisons (formation, financier...). » (7)

Le secteur de la pédopsychiatrie innove et cherche à améliorer son accessibilité en mettant en place des dispositifs locaux d'accueil et d'écoute. Par exemple, en île de France, il existe un Service d'Accueil et d'hospitalisation d'Urgence de Psychiatrie infanto-juvénile de la fondation Vallée (SAUP) à Bicêtre. En 2002, le Pr SPERANZA, pédopsychiatre responsable de cette unité, évoquait les avantages d'un tel dispositif multidisciplinaire dans ces situations complexes. Il mettait l'accent sur l'importance de l'articulation des intervenants en amont et en aval de l'urgence. (61)

En Seine Maritime aussi avec la mise en place du projet « ECLIPSE » en 2022. Il propose, à la maison des adolescents, un rendez-vous rapide avec une équipe pluriprofessionnelle de l'enfance pour les enfants ayant consulté aux urgences pédiatriques du CHU de Rouen pour un motif d'ordre psychologique. Une évaluation de la situation de crise y est proposée. Au décours de cette consultation, un suivi est organisé au plus proche du domicile du patient.

II.3 Le médecin généraliste, le « chef d'orchestre » de la prise en charge

Tout au long de l'étude, il a été montré que de nombreux éléments participaient à la prise de décision du médecin généraliste. La question de l'introduction du psychotrope reste de la responsabilité du médecin. Elle se détermine en fonction de ses compétences et de son expérience, au regard de l'évaluation du contexte et de la souffrance du patient. Introduire un médicament, mais plus encore un éventuel psychotrope, questionne le médecin tout comme l'entourage du patient qui reste vulnérable sur la balance bénéfice/risque et les idées reçues autour des traitements médicamenteux psychiatriques.

Pour accompagner le soin de ces jeunes patients en souffrance, des directives ont été émises pour les acteurs de première ligne dont la pratique sur le terrain est bien plus complexe : il y a la spécificité et la complexité du patient longuement décrites dans les entretiens.

Aujourd'hui, selon le Dr KOVESS-MASFETY, il est donc indispensable de réfléchir à l'utilisation de nos ressources en santé mentale en pédopsychiatrie en France en hiérarchisant les besoins de soins. Il serait important que tous les intervenants de proximité, soient les médecins généralistes, pédiatres, psychologues scolaires et enseignants puissent accéder à une formation. La formation ou l'information doit être accessible à tout soignant à partir de ressources sur le web par exemple. (7)

La situation est peu rencontrée en médecine générale, comme décrite lors des entretiens. Il a pourtant été évoqué de nombreuses situations qui ne correspondent pas à celles décrites par les recommandations de 2014 de la HAS. Certains enfants ou adolescents présentent des pathologies plus complexes associant des troubles du comportement à des conduites addictives ou auto-agressives, le tout dans un contexte social dramatique.

Cette situation est plus ou moins bien vécue par le médecin en regard de la détresse exprimée par le patient. La modalité du soutien proposée est soumise au doute. Le Dr PRIEUR évoque la prescription comme une solution afin de panser l'impact fonctionnel de leur souffrance dans l'attente d'une prise en charge psychologique associée. (62) Il est important d'être bien entouré, à la fois pour le soignant comme pour le soigné, à l'image des groupes de Balint. (63) La majorité des soignants interrogés exercent en maison de santé pluridisciplinaire où le travail en équipe est apprécié. Chaque médecin a plus ou moins une affinité avec cette prise en charge et il est important de solliciter l'aide de nos collègues si nécessaire.

La question de la coopération et de la coordination des soins est donc cruciale comme abordée dans le rapport Mission Bien Être et Santé des Jeunes en 2016. (58) Le Dr CATHERINE évoque dans sa thèse rédigée en 2012 que le lien avec le secteur de la pédopsychiatrie gagnerait à être approfondi. Des échanges se tissent progressivement avec les médecins généralistes. (35)

Cette coordination étroite entre les secteurs de première ligne et le secteur de la pédopsychiatrie est donc le corollaire indispensable à un accès équitable aux ressources nécessaires à la prise en charge de l'enfant ou de l'adolescent souffrant de dépression. La HAS en octobre 2018 proposait que l'échange puisse se faire par le biais d'une ligne téléphonique dédiée accessible à tous professionnels de première ligne, ou par une transmission de courriers standardisés ou messagerie sécurisée. (7,64) Il serait intéressant d'organiser des réunions de concertation pluridisciplinaire avec les acteurs de proximité de pédopsychiatrie dans l'optique de renforcer ce lien. Au cours des entretiens, de nombreux médecins se sont constitués un réseau dans ce domaine avec un effort de partage de connaissances et de coordination des soins.

Pour terminer, l'implication du médecin généraliste dans cette prise en charge a été bien soulignée. Naturellement et de façon intuitive, il réalise une psychothérapie de soutien. Le Dr POMMERAU évoque en 2014 que « *par le temps consacré à cette rencontre et son écoute empathique, il aborde les difficultés qu'exprime l'enfant ou l'adolescent dans son quotidien et l'incite à prendre soin de soi dans l'espoir de retrouver un certain bien-être psychique. Il va évaluer l'ensemble des répercussions sur son environnement et instaurer un climat de confiance assimilé à une bouffée d'oxygène face aux pressions internes et externes exprimées par le jeune* ». (31) Selon les Drs TUDREJ et MARCELLI, ce constat est encore plus marqué chez l'adolescent. (65) Pour affiner cette observation, le Dr JC AMEISEN parle de « médecine narrative » au cours de l'ouverture de la leçon inaugurale d'intronisation du Dr Cynthia Fleury à la Chaire « Humanité et Santé » du CNAM en décembre 2018. (66) Cette notion a été développée par Mme Rita CHARON en Amérique du Nord dans les années 1990. Elle est en faveur d'une médecine sensibilisée à la manière dont vit la personne par l'interrogatoire. Elle est en elle-même un pouvoir thérapeutique pour permettre à la personne d'avancer dans le soin. (67)

Il n'est pas sans rappeler que cette approche prend du temps si souvent relevé au cours des entretiens. Or ce temps reste peu valorisé en médecine générale. La revalorisation de la consultation de pédiatrie permettrait un accompagnement et un soutien apaisé pour le médecin de famille au contact de ces jeunes en souffrance. Cette question fait l'actualité avec des négociations depuis le début d'année 2023. Une revalorisation de consultation complexe élargie avait déjà été adoptée en avril 2022 dont le champ est restreint aux troubles du neurodéveloppement. (68)

En parallèle, une étude néerlandaise récente de septembre 2022 évaluant les soignants de première ligne (à savoir les médecins généralistes et infirmiers en santé mentale pour les jeunes) dans la prise en charge de l'anxiété retrouve de grandes similarités avec notre étude. Les chercheurs concluent dans un premier temps à la nécessité de davantage de confort en termes de pratique en médecine générale à savoir un temps consacré revalorisé, une éducation adaptée, des outils et traitements disponibles avec une accessibilité aux ressources sur le web. Deuxièmement, le besoin d'apporter un soutien en réseau auprès de ceux qui entourent l'enfant (école, famille, amis) au regard des pressions sociétales de performance. Enfin, une réorganisation des soins en psychiatrie par une réduction des listes d'attente en établissement en soin de santé mentale avec un triage des patients référés, une accessibilité aux professionnels libéraux de proximité et surtout une communication facilitée avec les acteurs de soin en santé mentale. (69)

III. Pour aller plus loin

Afin de poursuivre la réflexion, il serait intéressant toujours par une approche qualitative, d'aborder l'épisode dépressif des enfants et adolescents en ouvrant la parole à d'autres intervenants de soins de proximité (pédiatres, infirmiers, professionnels de l'éducation) et aux familles. La question de l'interaction avec les médecins généralistes au cœur du soin pourrait être à explorer.

Par ailleurs, il peut être pertinent d'évaluer la satisfaction de l'utilisation d'une brochure relative à l'usage des psychotropes prescrits indiquant les effets indésirables et contre-indications. Une thèse de médecine réalisée en 2020 avait abouti à un livret explicatif sur l'utilisation des anxiolytiques et antidépresseurs chez les enfants, à partir des données du site de pharmacologie de la Société Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent et Disciplines Associées (SFPEADA). (10,26)

CONCLUSION

L'épisode dépressif chez les enfants et adolescents est un diagnostic auquel les professionnels de santé d'une part et le grand public d'autre part ont été sensibilisés relativement récemment. Sa prise en charge est un enjeu majeur de santé publique, la crise du COVID 19 semble avoir été un puissant catalyseur dans l'expansion de cette pathologie et l'information a été largement relayée dans les médias

Elle met en jeu un certain nombre d'acteurs dont la place centrale est occupée par le médecin généraliste. Des recommandations ont été émises quant à l'utilisation des psychotropes afin d'aider les acteurs de première ligne. Pourtant dans la pratique, l'introduction de tels traitements reste une source d'inquiétudes ou de questionnements à la fois pour le jeune, sa famille et parfois même le prescripteur pouvant être plus ou moins bien vécue par le médecin de famille.

Cette étude axée sur la place du médecin généraliste et de son vécu, liée à la prescription médicamenteuse associée, a permis d'éclairer par l'analyse d'entretiens semi-dirigés les réflexions faisant écho à des études internationales.

L'approche bio-psycho-sociale adoptée bouscule les paradigmes de la pratique médicale et promeut une médecine personnalisée et humaniste (pratique du « care »). (70) Le médecin généraliste, par sa position et les qualités inhérentes à sa place privilégiée dans le soin, est en première ligne face à ces prises en charge complexes et longues.

Beaucoup d'initiatives ont vu le jour à la fois dans le secteur de la pédopsychiatrie et de la médecine générale afin d'accompagner au mieux les jeunes en souffrance. La coordination de tous les acteurs de proximité en est la clé. L'adaptation collective du soin assure un vécu optimal autant pour le soigné que pour le soignant.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Echelle ADRS

Version patient

Cochez « vrai » si cela correspond à ce que vous vivez en ce moment, « faux » si cela ne correspond pas :

Item	Vrai	Faux
1 – Je n'ai pas d'énergie pour l'école, pour le travail		
2 – J'ai du mal à réfléchir		
3 – je sens que la tristesse, le cafard me débordent en ce moment		
4 – Il n'y a rien qui m'intéresse, plus rien ne m'amuse		
5 – Ce que je fais ne sert à rien		
6 – Au fond, quand c'est comme ça, j'ai envie de mourir		
7 – Je ne supporte pas grand-chose		
8 – Je me sens découragé (e)		
9 – Je dors très mal		
10 – A l'école, au boulot, je n'y arrive pas		

NB : Pour un seuil de 3, la sensibilité est de 79 % et la spécificité de 60 % vis-à-vis d'un diagnostic clinique.

Version clinicien

1.Irritabilité

Absence d'irritabilité, ressentie par le sujet ou perçue par l'observateur	0
Irritabilité perceptible ou ressentie dans la relation, le patient peut néanmoins se contenir	2
Irritabilité importante dans la relation, source de conflits, de difficultés relationnelles rapportées	4
Irritabilité intense, envahissante, rendant les relations et échanges quasi impossibles	6

2.Envahissement par le vécu dépressif

Pas d'élément dépressif (cafard, désespoir, tristesse)	0
Vécu dépressif encore contenu	2
Sensation d'être débordé par le vécu dépressif	4
Sensation intense d'un débordement par une souffrance dépressive impossible à contenir	6

3.Perceptions négatives de soi

Absence de perceptions négatives de soi	0
Tendance à la dévalorisation de soi et de ses réalisations	2
Dévalorisation de soi et de ses réalisations	4
Perception de soi totalement dévalorisée, disqualifiée, ou avec désespoir envahissant	6

4. Idées de mort

Absence de préoccupation concernant la mort ou le suicide	0
Préoccupations occasionnelles à propos de la mort ou du suicide	2
Préoccupations récurrentes à propos de la mort ou du suicide	4
Idées de mort ou de suicide envahissantes	6

5. Ralentissement psychique

Aucun signe de ralentissement psychique, fluidité de la pensée et du discours	0
Difficulté occasionnelle à rassembler ses idées, inertie de la pensée qui gêne la concentration	2
Difficulté récurrente pour se concentrer, retentissement manifeste sur le quotidien ou le scolaire	4
Inertie massive de la pensée pouvant se traduire par une concentration impossible ou par un entretien difficile	6

6. Sommeil

Aucun trouble du sommeil, ni en durée ni en qualité	0
Troubles du sommeil occasionnels mais inhabituels (insomnie, hypersomnie, cauchemars, sommeil non réparateur)	2
Troubles du sommeil importants, persistants	4
Troubles majeurs du sommeil, insomnie envahissante	6

7. Investissement de la scolarité, du travail, ou de la recherche d'emploi

Motivation maintenue pour la scolarité ou des activités professionnelles	0
Perte de motivation pour les activités scolaires avec maintien de ces activités	2
Perte de motivation marquée avec désinvestissement des activités scolaires ou professionnelles	4
Perte totale de motivation avec désinvestissement majeur des activités scolaires ou professionnelles	6

8. Investissement des activités non scolaires (ANS)

Intérêt et plaisirs préservés avec bon investissement des ANS habituelles	0
Diminution du plaisir et de l'intérêt pour les ANS habituelles. Rétrécissement possible du champ des activités mais maintien des activités	2

Perte de plaisir et de l'intérêt avec absences répétées pour les ANS habituelles. Rétrécissement marqué des activités	4
Absence d'intérêt et de plaisir pour les ANS, arrêt total des ANS total	6

9. Retrait relationnel

Pas de retrait	0
Retrait relationnel	2
Retrait relationnel jusqu'à l'isolement	4
Isolement total	6

10. Perception empathique du clinicien

Entretien perçu dans une ambiance tranquille	0
Perception d'une tristesse diffuse en entretien	2
Sensation de débordement émotionnel et/ou d'une tristesse incoercible	4
Perception d'une détresse intense et silencieuse	6

NB : Pour un seuil de 15, la sensibilité est de 76 % et la spécificité de 80 % vis-à-vis d'un diagnostic clinique

ANNEXE 2 : Echelle TSTS-CAFARD

1- questions d'ouvertures

Thème	Question	OUI	NON
Traumatologie	« As-tu déjà eu des blessures ou un accident (même très anodin) cette année ? »		
Sommeil	« As-tu des difficultés à t'endormir le soir ? »		
Tabac	« As-tu déjà fumé (même si tu t'es arrêté) »		
Stress	« Es-tu stressé ou tendu par le travail scolaire ? » « Es-tu stressé ou tendu par la vie familiale ? »		

2- Les clés de gravité proposées pour chaque réponse positive

Thème	Question	OUI	NON
Sommeil : Cauchemars ?	« Fais-tu souvent des cauchemars ? »		
Traumatologie : Agression ?	« As-tu été victime d'une agression physique ? »		
Tabac : Fumeur quotidien ?	« Fumes-tu tous les jours du tabac ? »		
Stress scolaire : Absentéisme	« Es-tu souvent absent ou en retard à l'école ? »		
Stress familial : Ressenti Désagréable familial	« Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable ? »		

NB : Pour un seuil de 3 réponses positives, la sensibilité est de 79 % et la spécificité de 55 % vis-à-vis d'un antécédent de tentative de suicide dans la vie ou d'idées suicidaires dans l'année.

ANNEXE 3 : BITS test

Thème	1 point	2 points	Score
Brimades	A l'école	Hors école	/2
Insomnies	Fréquentes	Cauchemars	/2
Tabac	Irrégulier	Quotidien	/2
Stress	Scolaire (travail) OU Familial	Scolaire (travail) ET Familial	/2

A 3 points : interroger sur les idées ou actes suicidaires ou scarifications

ANNEXE 4 : Guide d'entretien et questionnaire

Introduction : Présentation de l'étude

Le sujet de l'étude est "LA PRISE EN CHARGE MÉDICAMENTEUSE DE LA DÉPRESSION DES ENFANTS ET ADOLESCENTS EN MÉDECINE GÉNÉRALE : ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES DE HAUTE NORMANDIE"

En effet, la santé mentale des jeunes est préoccupante. La situation sanitaire que nous avons connue a amplifié ce constat. Les structures de pédopsychiatrie ont été saturées, le système de santé étant déjà en équilibre précaire.

Les délais d'attente auprès des psychologues mais aussi le coût associé, a compliqué sa prise en charge. L'utilisation de psychotropes est alors nécessaire dans certaine situation néanmoins cette prescription reste conflictuelle et prudente en médecine générale. Depuis la recommandation de la HAS en 2014, cette prescription reste très limitée et encadrée et dans ce contexte son recours reste complexe en médecine générale.

C'est dans ce contexte que je m'intéresse au point de vue des médecins généralistes quant à leur ressenti face à cette prescription mais aussi à son encadrement et selon quels critères le cas échéant. Je souhaite donc évaluer les différentes modalités de prescription des psychotropes chez les enfants et adolescents dans un contexte de dépression par le médecin généraliste, et notamment son ressenti face à cette prescription à l'aide d'entretien semi dirigé.

Seriez-vous intéressé à participer à cette étude et m'accorder un entretien plus tard ?

Règles de l'entretien

- 1- Anonymat de chaque participant
- 2- Consentement à la réalisation de l'entretien et de son enregistrement audio
- 3- Aucun jugement ne sera effectué
- 4- Chaque témoignage est important

Questions ouvertes

Question "BRISE GLACE" : Tout d'abord, la dépression des jeunes est une situation inconfortable, y a-t-il une histoire marquante au cours de votre pratique à ce sujet dont vous pourriez me confier ?

1-Type d'enfant/d'adolescent concerné

Quelle est la proportion d'enfants/adolescents dans votre patientèle ? Quelle est la proportion de vos enfants/adolescents déprimés ? Quelle est la proportion de vos enfants/adolescents sous psychotropes ? Quelle est la place de la prise en charge médicamenteuse dans votre pratique ?

2-Gestion de la consultation

Quelle est votre attitude dans un premier temps face à un enfant/adolescent déprimé ? Comment se déroule votre consultation ?

3-Les psychotropes

Quel type de psychotropes avez-vous l'habitude de prescrire ou de renouveler ? Quelles informations donnez-vous au patient et à la famille ? Comment encadrez-vous cette prescription ?

Quels freins rencontrez-vous lors de cette prescription ? De votre côté, du côté du patient ou de la famille ?

4-Suivi de l'enfant

Quelle suite donnez-vous à cette consultation ?

5- Ressenti du médecin généraliste

Il y a une recommandation de la HAS qui a été réalisée en 2014 à ce sujet, comment a-t-elle influencé vos pratiques ?

Plus généralement, quel est votre vécu face à ces motifs de consultation ? Quelles seraient vos suggestions pour améliorer cette prise en charge en cabinet ?

Fin de l'entretien

Existe-t-il des choses non abordées au cours de l'entretien que vous souhaiteriez ajouter ?

Anonymat
Age :
Sexe :
Date d'installation :
Lieu d'exercice :
Type d'activité : Urbaine <input type="checkbox"/> Semi-rurale <input type="checkbox"/> Rurale <input type="checkbox"/>
Nombre de consultation par jour :
Formation complémentaire :
Date et durée d'entretien :

ANNEXE 5 : Fiche de consentement

Consentement au traitement de données personnelles

Je, soussigné(e) Drconsens au traitement de mes données à caractère personnel par Mme VANTOMME Blandine pour la réalisation d'une étude portant sur la prise en charge médicamenteuse de la dépression des enfants et adolescents et entrant dans le cadre de sa formation en docteur en médecine générale à l'Université de Rouen Normandie.

Je reconnais avoir pris connaissance et m'être vu remettre une copie de la page 1 de ce document « Informations relatives à la participation à une étude » décrivant les conditions dans lesquelles sera mis en œuvre le traitement.

J'ai également été informé(e) du fait qu'aucune donnée directement identifiante me concernant ne figurera dans la thèse produite.

Consentement à l'enregistrement audio et/ou vidéo

J'autorise Mme VANTOMME Blandine à effectuer un enregistrement audio de l'entretien que nous avons ce jour pour les besoins de son étude.

Je reconnais avoir été informé(e) que cet enregistrement sera détruit après retranscription écrite de l'entretien et ne fera l'objet d'aucune communication au public.

Je consens au traitement de mes données à caractère personnel pour cette thèse

Je consens à l'enregistrement de ma voix à des fins de retranscription de notre entretien

Fait à :

Le :

Signature :

ANNEXE 6 : GRILLE D'ANALYSE MÉTHODOLOGIQUE SELON LES LIGNES DIRECTRICES COREQ

Domaine 1 : équipe de recherche et de réflexion

Caractéristiques personnelles

<i>Numéro</i>	<i>Item</i>	<i>Guide questions/Description</i>	<i>Réponse</i>
1	Enquêteur	Quel auteur a mené l'entretien ?	Blandine VANTOMME
2	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ?	Interne de médecine générale 8 ^{ème} semestre
3	Activité	Quelle était son activité au moment de l'étude ?	Interne
4	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?	Une femme
5	Expérience et Formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?	Première expérience en recherche qualitative

Relations avec les participants :

<i>Numéro</i>	<i>Item</i>	<i>Guide questions/Description</i>	<i>Réponse</i>
6	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?	Non
7	Connaissance des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ?	Présentation de l'enquêteur au début de l'entretien
8	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur ?	Absence de conflit d'intérêt

Domaine 2 : conception de l'étude

Cadre théorique :

<i>Numéro</i>	<i>Item</i>	<i>Guide questions/Description</i>	<i>Réponse</i>
9	Orientation méthodologique et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ?	Analyse de contenu

Sélection des participants :

<i>Numéro</i>	<i>Item</i>	<i>Guide questions/Description</i>	<i>Réponse</i>
10	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ?	Echantillonnage raisonné
11	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ?	Par courriel et/ou téléphone

12	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?	15 participants
13	Non participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?	Aucun refus

Contexte :

<i>Numéro</i>	<i>Item</i>	<i>Guide questions/Description</i>	<i>Réponse</i>
14	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies ?	Selon les préférences et la disponibilité des interrogés
15	Présence de non-participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?	Non
16	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?	Tableau récapitulatif dans « Résultats »

Recueil des données :

<i>Numéro</i>	<i>Item</i>	<i>Guide questions/Description</i>	<i>Réponse</i>
17	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?	Guide d'entretien non fourni Testé 1 fois au préalable
18	Entretien répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?	Non , un seul entretien par participant
19	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?	Enregistrement audio avec accord des participants
20	Cahier de terrain	Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ?	Oui
21	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ?	Durée moyenne de 23 minutes
22	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?	Seuil de saturation atteint au 13 ^{ème} entretien
23	Retour des retranscriptions	Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?	Non

Domaine 3 : analyse et résultats

Analyse des données :

<i>Numéro</i>	<i>Item</i>	<i>Guide questions/Description</i>	<i>Réponse</i>
24	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?	Une seule personne : l'enquêteur Triangulation de 3 entretiens avec 2 autres personnes
25	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?	Non
26	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?	Thèmes déterminés à partir des données
27	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?	NVivo
28	Vérification par les participants	Les participants ont-ils pu exprimer des retours sur les résultats ?	Non

Rédaction :

<i>Numéro</i>	<i>Item</i>	<i>Guide questions/Description</i>	<i>Réponse</i>
29	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ?	Oui, présentation de verbatims
30	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?	Oui
31	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?	Oui
32	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?	Oui

BIBLIOGRAPHIE

1. Les particularités de la dépression à l'adolescence [Internet]. Revue Medicale Suisse. [cité 6 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2003/revue-medicale-suisse-2425/les-particularites-de-la-depression-a-l-adolescence>
2. L'OMS appelle à en faire plus pour la santé des adolescents [Internet]. [cité 16 août 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news/item/14-05-2014-who-calls-for-stronger-focus-on-adolescent-health>
3. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 12 août 2021]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1782013/fr/manifestations-depressives-a-l-adolescence-reperage-diagnostic-et-prise-en-charge-en-soins-de-premier-recours
4. Catheline N. Projet pour le CMP de demain. L'évolution nécessaire des CMP pour la psychiatrie de demain de l'enfant et de l'adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 nov 2018;66(7):399-406.
5. Acquaviva E, Peyre H, Falissard B. Panorama de la prescription et de la consommation des psychotropes chez l'enfant et l'adolescent en France. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 janv 2012;60(1):77-85.
6. Situation de la psychiatrie des mineurs en France [Internet]. [cité 21 août 2022]. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r16-494/r16-4949.html>
7. Kovess-Masfety V, Shojaei T, Pitrou I, Gilbert F. Besoin de soins en santé mentale versus besoin de soins en pédopsychiatrie. Approche épidémiologique. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 1 sept 2009;57:494-501.
8. Nguyen-Soenen J. Prescriptions des antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent en Midi-Pyrénées : une étude transversale, descriptive, quantitative et rétrospective [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2019 [cité 14 août 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2638/>
9. Ball WP, Black C, Gordon S, Ostrovska B, Paranjothy S, Rasalam A, et al. Inequalities in children's mental health care: analysis of routinely collected data on prescribing and referrals to secondary care. medRxiv [Internet]. 2022 [cité 7 sept 2022]; Disponible sur: <https://www.semanticscholar.org/paper/Inequalities-in-children%27s-mental-health-care%3A-of-Ball-Black/ad8deb3f2af26738c9170d200f05a9fa0cf80c3c>
10. Roisin V, Darnis N, Verley JB. Partenariat pédopsychiatrie – médecine générale pour le suivi clinico-biologique des psychotropes chez le patient mineur: état des lieux durant « la vague psychique » COVID-19 [Internet]. France; 2021 [cité 17 août 2022]. Disponible sur: <http://aurore.unilim.fr/theses/nxfile/default/7fb557f9-3873-4945-b69f-dfe636723956/blobholder:0/M20213212.pdf>
11. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, et al. Rapid Systematic Review: The Impact of Social Isolation and Loneliness on the Mental Health of Children and Adolescents in the Context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* nov 2020;59(11):1218-1239.e3.

12. BB D. Pédopsychiatrie : on coule... [Internet]. Mediapart. [cité 2 sept 2022]. Disponible sur: <https://blogs.mediapart.fr/dr-bb/blog/060721/pedopsychiatrie-coule>
13. La DÉPRESSION chez l'enfant laisse des marques à vie [Internet]. santé log. 2021 [cité 9 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.santelog.com/actualites/la-depression-chez-lenfant-laisse-des-marques-vie>
14. Arbiso C. Le diagnostic clinique de la dépression chez l'enfant en période de latence. Psychol Clin Proj. 2003;9(1):29-58.
15. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie. 2e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2016. (L'officiel ECN).
16. Outil de codage ICD-11 Statistiques de mortalité et de morbidité (MMS) [Internet]. [cité 4 sept 2022]. Disponible sur: https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release
17. AFSSAPS. Mise au point - Le bon usage des antidépresseurs chez l'enfant et l'adolescent [Internet]. 2008. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/uploads/2021/03/11/ed7152def72a8978b38d4c32fc49b6e9.pdf>
18. Marcelli D. Dépression de l'enfant. Psychol Clin Proj. 2003;9(1):59-78.
19. Pull C. 12. Critères diagnostiques qualitatifs d'un épisode dépressif. In: Actualités sur les maladies dépressives [Internet]. Cachan: Lavoisier; 2018 [cité 4 sept 2022]. p. 131-40. (Psychiatrie). Disponible sur: <https://www.cairn.info/actualites-sur-les-maladies-depressives--9782257207333-p-131.htm>
20. SPF. Tentatives de suicide, pensées suicidaires et usages de substances psychoactives chez les adolescents français de 17 ans. Premiers résultats de l'enquête Escapad 2017 et évolutions depuis 2011 [Internet]. [cité 14 août 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/drogues-illicites/tentatives-de-suicide-pensees-suicidaires-et-usages-de-substances-psychoactives-chez-les-adolescents-francais-de-17-ans.-premiers-resultats-de-l-e>
21. Piché G, Cournoyer M, Bergeron L, Clément MÈ, Smolla N. Épidémiologie des troubles dépressifs et anxieux chez les enfants et les adolescents québécois. Santé Ment Au Qué. 2017;42(1):19-42.
22. Beardslee WR, Versage EM, Gladstone TR. Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. nov 1998;37(11):1134-41.
23. Birmaher B, Ryan ND, Williamson DE, Brent DA, Kaufman J, Dahl RE, et al. Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years. Part I. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. nov 1996;35(11):1427-39.
24. Binder P, Heintz AL, Haller DM, Favre AS, Ingrand P, Vanderkam P. Détection des problématiques suicidaires en soins premiers. Une étude internationale du BITS-Test (Brimade-Insomnie-Tabac-Stress). :10.

25. Driot D, Nguyen-Soenen J, Costes M, Pomier M, Birebent J, Oustric S, et al. Prise en charge de la dépression de l'enfant et l'adolescent en soins premiers : une métarevue systématique de la littérature. *L'Encéphale*. févr 2020;46(1):41-54.
26. SFPEADA | Site de pharmacologie [Internet]. [cité 15 août 2022]. Disponible sur: <https://pharmacologie.sfpeada.fr/>
27. Bessières C. Etat des lieux des délivrances d'anxiolytiques chez les mineurs en Midi-Pyrénées : étude transversale, descriptive, quantitative et rétrospective [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2020 [cité 14 août 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/3086/>
28. Santé mentale des enfants et adolescents : un suivi renforcé et une prévention sur-mesure [Internet]. [cité 17 août 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/sante-mentale-des-enfants-et-adolescents-un-suivi-renforce-et-une-prevention-sur-mesure>
29. Overview | Depression in children and young people: identification and management | Guidance | NICE [Internet]. NICE; [cité 16 août 2022]. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng134>
30. Welniarz B. Actualités du traitement pharmacologique de la dépression de l'adolescent. *Inf Psychiatr*. 2018;94(6):468-74.
31. Pommereau DX. Toute rupture dans le parcours est un contresens. 2014;29.
32. Gauthier C, Abdel-Ahad P, Gaillard R. Recommandations pour switcher et arrêter les antidépresseurs. *L'Encéphale*. 1 sept 2018;44(4):379-86.
33. Résumé des caractéristiques du produit - ATARAX 25 mg, comprimé pelliculé sécable - Base de données publique des médicaments [Internet]. [cité 9 févr 2023]. Disponible sur: <https://base-donnees-publique.medicaments.gouv.fr/affichageDoc.php?specid=61519586&typedoc=R>
34. Adolescents et jeunes adultes suicidaires : rôle du médecin généraliste [Internet]. [cité 16 août 2022]. Disponible sur: <https://www.larevuedupraticien.fr/article/adolescents-et-jeunes-adultes-suicidaires-role-du-medecin-generaliste>
35. Catherine PH. Point de vue des psychiatres sur leur communication avec les médecins généralistes : une enquête qualitative. 2012.
36. LOI n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (1). 2004-810 août 13, 2004.
37. Les enfants doivent pouvoir choisir leur médecin traitant - MG France [Internet]. [cité 11 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.mgfrance.org/index.php/actualite/profession/540-les-enfants-doivent-pouvoir-choisir-leur-medecin-traitant>
38. Voiseux-Fournier A. Coordination entre médecins dans la prise en charge de l'adolescent en souffrance psychique dans la région de Vannes: état des lieux, obstacles et pistes d'amélioration [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Bretagne Loire; 2019 [cité 17 août 2022]. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/85f498d3-e9f6-4868-a924-04c100c05766>

39. Comme un possible. Le film [Internet]. [cité 24 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.medecin-ado.org/comme-un-possible>
40. Coulibaly L. Les 6 compétences du médecin généraliste [Internet]. Santé. Lalia Coulibaly; [cité 11 févr 2023]. Disponible sur: <https://sante.u-pec.fr/formation-initiale/etudes-medicales/medecine-generale/les-6-competences-du-medecin-generaliste>
41. Binder P, Heintz AL, Tudrej B, Haller DM, Vanderkam P. L'approche des adolescents en médecine générale Première partie. L'adolescent, cet inconnu. Exercer. 2018;141:122.
42. Practitioners TRAC of general. Depression in children [Internet]. Australian Family Physician. The Royal Australian College of general Practitioners; [cité 9 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.racgp.org.au/afp/2017/december/depression-in-children>
43. Le point sur le dispositif de remboursement de séances avec des psychologues [Internet]. 2022 [cité 14 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/rouen-elbeuf-dieppe-seine-maritime/medecin/actualites/le-point-sur-le-dispositif-de-remboursement-de-seances-avec-des-psychologues>
44. Lebeau JP. Initiation à la recherche qualitative en santé : le guide pour réussir sa thèse ou son mémoire. Global Media Santé, CNGE productions. 2021. 192 p.
45. Sibeoni J. The Contribution of Qualitative Methods in the Field of Adolescent Psychiatry Care Research [Internet] [phdthesis]. Université Paris Saclay (COMUE); 2017 [cité 8 févr 2023]. Disponible sur: <https://theses.hal.science/tel-01802086>
46. Ribau C, Lasry JC, Bouchard L, Moutel G, Hervé C, Marc-Vergnes JP. La phénoménologie : une approche scientifique des expériences vécues. Rech Soins Infirm. 2005;81(2):21-7.
47. Oude Engberink A, Amouyal M, David M, Bourrel G. Étude qualitative du sentiment « d'être prêt à exercer » la médecine générale chez des internes et de jeunes médecins généralistes. Pédagogie Médicale. nov 2011;12(4):199-212.
48. Paillé P. Chapitre 3. L'analyse par théorisation ancrée. In: Les méthodes qualitatives en psychologie et sciences humaines de la santé [Internet]. Paris: Dunod; 2017 [cité 6 févr 2023]. p. 61-83. (Psycho Sup). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-methodes-qualitatives-en-psychologie--9782100742301-p-61.htm>
49. La recherche qualitative en médecine de premier recours [Internet]. Revue Medicale Suisse. [cité 3 sept 2022]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2004/revue-medicale-suisse-2497/la-recherche-qualitative-en-medecine-de-premier-recours>
50. La démographie des professionnels de santé | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 14 févr 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/la-demographie-des-professionnels-de-sante>
51. Emmanuelle P. Regard des adolescents sur la notion de confidentialité en médecine générale. [S.l.]: [s.n.]; 2010.
52. Dalem L. La consultation de l'adolescent en médecine générale: d'après une enquête menée auprès de 116 médecins généralistes de la région de Chambéry et d'Aix-les-Bains (Savoie, 73).

53. Binder et al, L'approche des adolescents en médecine générale Deuxième partie, exercer 2018;142:169-81 [Internet]. [cité 20 févr 2023]. Disponible sur: https://www.medecin-ado.org/addeo_content/documents_annexes/ado2-binder-exercer142-2018.pdf
54. Accueil de l'adolescent en médecine générale [Internet]. [cité 21 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/enfants-et-adolescents/accueil-adolescent-medecine-generale>
55. Jourdan C. Dire qu'on voit un psy est encore trop souvent tabou (et ça ne devrait pas) [Internet]. Slate.fr. 2021 [cité 7 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.slate.fr/story/211166/pourquoi-tabou-aller-voir-psychologue-therapies-confinement-patient>
56. Santé mentale et psychiatrie : changer le regard sur la santé mentale et les personnes atteintes de troubles psychiques [Internet]. 2018 [cité 20 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.ars.sante.fr/sante-mentale-et-psychiatrie-changer-le-regard-sur-la-sante-mentale-et-les-personnes-atteintes-de>
57. Jeunes sensibilisés à la santé mentale [Internet]. [cité 20 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.y-a-m.org/>
58. Mission bien-être et santé des jeunes [Internet]. Ministère de l'Education Nationale et de la Jeunesse. [cité 21 août 2022]. Disponible sur: <https://www.education.gouv.fr/mission-bien-etre-et-sante-des-jeunes-6518>
59. La pédopsychiatrie : prévention et prise en charge Avis présenté par M. Jean-René Buisson au Conseil économique, social et environnemental, 2010 (extrait). J Droit Jeunes. 2016;354-355(4-5):52-8.
60. Vasiliadis HM, Dezetter A, Lesage A, Drapeau M. Améliorer l'accès aux psychothérapies au Québec et au Canada : réflexions et expériences de pays francophones. Santé Ment Au Qué. 2015;40(4):15-30.
61. Speranza M, Laudrin S. Accueil d'urgence en pédopsychiatrie. Enfances Psy. 2002;18(2):84-91.
62. Prieur C. Rendre la psychothérapie accessible à l'adolescent en dépression : un choix de société. In: Le bonheur des enfants sur ordonnance ? [Internet]. Toulouse: Érès; 2019 [cité 5 sept 2022]. p. 139-53. (Psychanalyse et clinique). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-bonheur-des-enfants-sur-ordonnance--9782749264363-p-139.htm>
63. Reznik F. Le groupe Balint, une autre façon de penser le soin. J Psychol. 2009;270(7):29-30.
64. 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. [cité 2 févr 2023]. Disponible sur: 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
65. Tudrej BV, Heintz AL, Rehman MB, Marcelli D, Ingrand P, Binder P. Even if they are not aware of it, general practitioners improve well-being in their adolescent patients. Eur J Gen Pract. 2 oct 2017;23(1):183-90.

66. Cynthia Fleury - Leçon inaugurale de la chaire Humanités et santé [Internet]. 2018 [cité 5 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.youtube.com/watch?v=uHhcjo5uwUA>
67. Rossi S. Médecine narrative. In: Vocabulaire des histoires de vie et de la recherche biographique [Internet]. Toulouse: Érès; 2019 [cité 7 févr 2023]. p. 236-8. (Questions de société). Disponible sur: <https://www.cairn.info/vocabulaire-des-histoires-de-vie-et-de-la-recherch--9782749265018-p-236.htm>
68. Revalorisations : ce qui change au 1er avril [Internet]. Le Généraliste. [cité 21 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.legeneraliste.fr/actu-pro/vie-conventionnelle/revalorisations-ce-qui-change-au-1er-avril>
69. Koet LBM, Bennenbroek JJM, Bruggeman AYS, de Schepper EIT, Bohnen AM, Bindels PJE, et al. GPs' and practice nurses' views on their management of paediatric anxiety problems: an interview study. Cabinet Médecine Fam BMC [Internet]. 12 sept 2022 [cité 27 janv 2023];(235 Urgences-). Disponible sur: <http://www.scopus.com/inward/record.url?scp=85137678399&partnerID=8YFLogxK>
70. Soins. Donald Winnicott, cure et care [Internet]. 2022 [cité 5 mars 2023]. Disponible sur: https://www.youtube.com/watch?v=J_bDelbCYRM

RESUME

Titre : La prise en charge médicamenteuse de la dépression des enfants et adolescents en médecine générale : étude qualitative auprès de médecins généralistes de Haute-Normandie.

Introduction : L'épisode dépressif de l'enfant et de l'adolescent est souvent mis en avant dans l'actualité et d'autant plus depuis les événements sanitaires récents. Cependant, ce constat ne date pas d'aujourd'hui. Le médecin généraliste est l'interlocuteur privilégié des jeunes. Des recommandations ont été rédigées afin de guider les acteurs de première ligne. Face à ces situations, le médecin est soumis à une prise en charge complexe et longue de son jeune patient dans un environnement particulier.

Méthode : Une étude qualitative a été menée à l'aide d'entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes thésés de (Haute) Normandie entre septembre et novembre 2022. L'analyse a été réalisée dans une approche qualitative phénoménologique et par théorisation ancrée avec triangulation des données.

Résultats : La saturation des données a été atteinte avec 15 entretiens. Le médecin généraliste est le chef d'orchestre de la prise en charge. Il est présent sur tous les fronts et adapte sa posture et sa pratique en fonction de son patient. Son évaluation bio-psycho-sociale centrée sur le jeune est déterminante et conditionne la prise en charge. La médication de l'enfant est interrogée à la fois par le médecin et par l'enfant avec un mal-être psychique encore difficilement accepté pour une majorité. Le secteur de la pédopsychiatrie est souvent cité faisant face à une augmentation des demandes avec des moyens encore sous évalués. Des formations se mettent en place chez les médecins généralistes. La coordination des soins avec l'ensemble des acteurs est recherchée. Le médecin exerce le soin avec ses forces et ses faiblesses. Un vécu contrasté de la prise en charge est mis en avant au cours des entretiens.

Conclusion : Ces constatations relevées lors des entretiens sont aussi partagées par d'autres études internationales.

Mots clés : dépression / enfant / adolescent / médecin généraliste / médicament / psychotrope / étude qualitative

Title : Medication management of depression in children and adolescents in general practice : a qualitative study of general practitioners in Haute-Normandie.

Introduction: The depressive episode of the child and the adolescent is often put forward in the current events and even more since the recent health events. However, this observation is not new. The general practitioner is the privileged interlocutor of young people. Recommendations have been drafted to guide front-line workers. Faced with these situations, the doctor is subjected to a complex and long treatment of his young patient in a particular environment

Method: A qualitative study was carried out using semi-directed interviews with postgraduate general practitioners in (Upper) Normandy between September and November 2022. The analysis was carried out using a qualitative phenomenological approach and grounded theory with data triangulation.

Results : Data saturation was reached with 15 interviews. The general practitioner is the conductor of the care process. He is present on all fronts and adapts his posture and practice according to his patient. His bio-psycho-social evaluation centered on the young person is decisive and conditions the treatment. The child's medication is questioned both by the doctor and by the child, with a psychological malaise that is still difficult to accept for a majority. The child psychiatry sector is often cited as facing an increase in requests with means that are still under evaluated. Training courses are being set up for general practitioners. The coordination of care with all the actors is sought. Doctors provide care with their strengths and weaknesses. A contrasting experience of care is highlighted during the interviews.

Conclusion : These findings from the interviews are also shared by other international studies.

Key word : depression / child / teenager / general practitioner / medication / psychotropic / qualitative study