

Mémoire de maîtrise en médecine No 4512

**Dépression chronique en  
médecine de famille :  
Représentations, prise en charge et  
collaboration avec les psychiatres**

*Chronic depression in family medicine: representations,  
treatment and collaboration with psychiatrists*

**Etudiante**

Fitoussi Claire

**Tuteur**

Despland Jean-Nicolas

**Co-tuteur**

Widmer Daniel

**Expert**

Von Roten Yves

# TABLE DES MATIERES

<b>REMERCIEMENTS</b> .....	<b>2</b>
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	<b>2</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>3</b>
EPIDEMIOLOGIE DE LA DEPRESSION .....	3
REPRESENTATION DE LA DEPRESSION EN MEDECINE DE FAMILLE .....	4
PRISE EN CHARGE DE LA DEPRESSION AU CABINET DU MEDECIN DE FAMILLE .....	4
COLLABORATION ENTRE LES MEDECINS DE FAMILLE ET LES PSYCHIATRES .....	6
<b>QUESTION DE RECHERCHE</b> .....	<b>7</b>
<b>METHODOLOGIE</b> .....	<b>7</b>
<b>RESULTATS</b> .....	<b>9</b>
COMMENT LES MEDECINS DE FAMILLE SE REPRESENTENT-ILS LA DEPRESSION CHRONIQUE? .....	9
<i>En définissant un profil du patient dépressif chronique</i> .....	9
<i>En évoquant des types de dépressions</i> .....	10
<i>En mesurant la place de la dépression chronique en médecine de famille</i> .....	11
<i>En évoluant dans leur représentation</i> .....	11
COMMENT LES MEDECINS DE FAMILLE PRENNENT-ILS EN CHARGE LA DEPRESSION CHRONIQUE ? .....	11
<i>En identifiant des difficultés</i> .....	11
<i>En utilisant des outils</i> .....	12
COMMENT SE PASSE LA COLLABORATION MEDECIN DE FAMILLE/PSYCHIATRE ? .....	15
<i>Les représentations du métier de médecin de famille et de psychiatre</i> .....	15
<i>Pourquoi les médecins de famille ne collaborent-ils pas avec les psychiatres?</i> .....	17
<i>Pourquoi les médecins de famille collaborent-ils avec les psychiatres?</i> .....	17
<i>Comment les médecins de famille collaborent-ils avec les psychiatres ?</i> .....	18
<b>DISCUSSION</b> .....	<b>20</b>
CARTE CONCEPTUELLE .....	20
<i>Inégalités d'accès aux psychothérapies</i> .....	22
<i>Bodily Distress Syndrome</i> .....	22
<i>Travail de liaison psychique</i> .....	23
<i>Fonds de commerce des médecins de famille</i> .....	23
<i>Accompagnement sur le long terme</i> .....	24
Remettre en marche .....	24
Prise de conscience du sentiment d'impuissance du MF .....	24
Passage du « cure » au « care » .....	25
<i>Collaboration avec les psychiatres</i> .....	25
Cadre temporel .....	25
Types de collaboration .....	26
<b>LIMITATIONS</b> .....	<b>26</b>
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>27</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b> .....	<b>28</b>
<b>ANNEXE I : LES A PRIORI DES CHERCHEURS (DOCUMENT GROUM-F)</b> .....	<b>31</b>
<b>ANNEXE II : GUIDE POUR LES FG</b> .....	<b>31</b>
<b>ANNEXE III : TABLEAUX RESUMANT LES CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS AUX FOCUS GROUPS</b> .....	<b>32</b>
<b>ANNEXE IV : LISTE DES CODES</b> .....	<b>34</b>
<b>ANNEXE V : VERBATIM ILLUSTRANT LA CARTE CONCEPTUELLE</b> .....	<b>37</b>

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement Daniel Widmer, co-tuteur de ce travail, pour sa guidance chaleureuse et sa disponibilité. À Audrey Linder, Gilles Ambresin et Yves de Roten, merci pour les échanges constructifs à l'occasion des réunions de notre groupe de travail. Je veux aussi remercier ma maman, qui a relu ce travail dont elle a encouragé la rédaction synthétique. Grand merci au GROUM.F (GROUpe Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone) pour ses précieux conseils. Merci à Sébastien Jotterand pour les cafés philo lors de mon stage chez lui.

Merci à Jean-Nicolas Despland, tuteur de ce travail, d'avoir rendu possible ma participation à cette étude.

Enfin, merci aux vingt-deux médecins qui ont participé aux focus group. Sans eux, ce travail n'aurait été qu'un projet.

## AVANT-PROPOS

Les verbatim des médecins participants sont reproduits ci-après en italique et entre guillemets, alors que les citations de référence de la littérature sont présentées entre guillemets uniquement.

Le terme et acronyme « le (ce, un) MF » désigne tant la médecin que le médecin de famille. De même, le terme « patient » est mis au masculin.

Plusieurs termes existent pour qualifier un médecin de famille. Néanmoins, nous avons choisi ce terme, dès lors qu'il est le plus répandu en Suisse.

# INTRODUCTION

## ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA DÉPRESSION

En Suisse, la prévalence des symptômes dépressifs est estimée à 19% au cours des 12 derniers mois et celle de la dépression majeure à 7%, soit environ une personne sur quinze [1], prévalence analogue à celle retrouvée en Europe [2]. Quant au trouble dépressif persistant, la prévalence vie-entière est de 18%<sup>1</sup> [3]. A l'échelle mondiale, la dépression majeure est la quatrième cause de morbidité [4].

La prévalence des troubles dépressifs est stable. Aux Etats-Unis, une étude effectuée en 2001-2002 révèle une prévalence de la dépression majeure similaire à celle retrouvée dix ans plus tôt [5][6]. En 2011, cette même prévalence était, en Europe, identique à celle retrouvée en 2005 [2][7].

Un épisode dépressif majeur dure en moyenne 12 semaines. Plusieurs études montrent qu'un épisode dépressif majeur est rarement isolé et évoluera souvent en un trouble dépressif récurrent ou chronique [1]. Environ 15% des individus ayant souffert d'un épisode dépressif majeur ne récupèrent jamais complètement et développent un trouble dépressif chronique<sup>2</sup> [8]. Seulement 27% des personnes souffrant de symptômes dépressifs sévères ne présentent pas de problèmes somatiques importants concomitants [9].

La dépression a un impact fonctionnel sur l'individu qui en souffre. Plus la dépression est sévère, plus le taux d'inactivité professionnelle est élevé, atteignant 34% lors de symptômes moyens à sévères. 22% des rentes de l'Assurance invalidité sont octroyées en raison de troubles de l'humeur. En relation avec la qualité de vie, il a été montré que les symptômes dépressifs amplifiaient le sentiment de solitude, les personnes dépressives ayant quelqu'un à qui se confier se sentant aussi seules que les personnes asymptomatiques n'ayant personne à qui se confier [1].

En Suisse, la moitié seulement des personnes dépressives bénéficient d'un traitement et l'écart entre l'apparition des symptômes et le début du traitement est de 10 ans. De plus, la moitié des traitements sont prodigués selon les recommandations psychiatriques actuelles. [1] Les médecins de famille (MF) posent le diagnostic de 41% des dépressions en Suisse, le reste d'entre elles étant diagnostiquées par le psychiatre [1].

---

<sup>1</sup> Dans le DSM-V, le trouble dépressif persistant, aussi appelé dysthymie, est un trouble dépressif chronique qui regroupe le trouble dépressif majeur chronique et le trouble dysthymique du DSM-IV. Ce trouble est caractérisé par la présence de symptômes pendant > 2 ans. La prévalence vie-entière de 18% citée ici regroupe tous les troubles dépressifs persistants ci-dessous :

- Trouble dépressif persistant purement dysthymique : absence de symptômes remplissant les critères d'un épisode dépressif majeur durant les deux dernières années.
- Trouble dépressif persistant avec épisode dépressif majeur persistant : présence de symptômes remplissant les critères d'un épisode dépressif majeur en continu durant les deux dernières années.
- Trouble dépressif persistant avec épisodes dépressifs majeurs intermittents : symptômes remplissant les critères d'un épisode dépressif majeur durant les deux dernières années mais période d'au moins 8 semaines où les symptômes ne remplissent pas ces critères.

<sup>2</sup> Se réfère à l'ancienne classification tirée du DSM-IV : un trouble dépressif chronique était défini par la présence de symptômes d'un épisode dépressif majeur > 2 ans.

## **REPRESENTATION DE LA DEPRESSION EN MEDECINE DE FAMILLE**

Le concept de dépression est imprécis aussi bien pour les professionnels de la santé que pour le public et aux yeux des sociologues.

Chez les professionnels, le regroupement de plusieurs types de dépressions distinctes sous l'entité de maladie dépressive entraîne de la confusion. Par ailleurs, un même type de dépression peut se manifester d'un individu à l'autre par une symptomatologie différente. Enfin, les hypothèses étio-pathogéniques sont multiples. La diversité des critères de classification des manuels de psychiatrie qui « tentent de remédier à cette multiplicité des conceptions (...) ne traduit-elle pas la complexité du concept plus qu'elle n'y obvie ? » [10]

Tremblay analyse les représentations sociales de la dépression :

« Comme il n'existe pas de définition claire et unique de ce qu'est la dépression, chacun peut, jusqu'à un certain point, la concevoir à sa manière et entretenir des croyances et attitudes particulières à propos d'elle. Il est cependant important de remarquer que ces croyances et attitudes pourront exercer une influence considérable sur l'efficacité de l'intervention menée auprès des personnes dépressives. » [11]

Les MF ont eux aussi une représentation qui leur est propre. Selon une étude qualitative effectuée en 1996 dans le sud de la France, sur 20 items proposés dans un questionnaire, le noyau central de la dépression décrit par les MF contient quatre éléments : « il faut toujours prendre au sérieux la dépression, même légère », « la prise en charge, le soutien psychologique sont très importants dans la dépression », « la dépression c'est une panne de vivre, une perte de tout intérêt » et « une dépression est souvent masquée ». Selon les MF, le dernier item fait référence aux dépressions se manifestant par des troubles physiques et non par une altération de l'humeur. Cette étude relève que les MF opposent les dépressions réactionnelles aux autres dépressions, établissant ainsi une « bipartition » des dépressions. En outre, ils attribuent plus d'importance à la sémiologie de la dépression que les médecins psychiatres. Ces derniers valorisent davantage le soutien psychologique et moins le traitement médicamenteux que les MF. [10] L'étude SODA, réalisée en Suisse, a montré l'intrication complexe du trouble somatoforme, de l'anxiété et de la dépression chez le patient consultant le MF pour une plainte physique [12].

Laissons la sociologie conclure :

« Si on analyse de plus près le phénomène de la dépression, tout devient nébuleux et rien ne semble tenir sans sérieuses mises en garde : ni les définitions établies du mal éprouvé, ni les causes évoquées pour l'expliquer, ni les circonstances qui sont censées l'entourer et lui donner un sens, ni encore les effets escomptés des remèdes et pratiques que l'on affirme obstinément spécifiques et thérapeutiques. Ce que l'on croyait scientifique, familier et évident, devient suspect, inconfortable et inexplicable. » [13]

## **PRISE EN CHARGE DE LA DEPRESSION AU CABINET DU MEDECIN DE FAMILLE**

En 1994, après l'apparition d'études montrant que les MF manquaient le diagnostic de 50 à 75% des troubles mentaux, l'américain Robert Spitzer a proposé l'outil « PRIME-MD » pour dépister les maladies mentales au cabinet du MF [14]. A la même période, le britannique Christopher Dowrick observe que les dépressions manquées par les MF ont un pronostic spontanément favorable, et que les praticiens savent repérer les cas graves. L'utilité du dépistage est ainsi remise en question [15]. En 2005, la Canadian Task Force on Preventive Health Care recommande de dépister la dépression au cabinet du MF si l'infrastructure pour la traiter est disponible [16]. Puis, en 2014, une étude montre qu'il n'y a pas de données qui

prouvent l'utilité de dépister la dépression au cabinet du MF [17]. Le rapport de l'OBSAN<sup>3</sup> de 2013 sur la dépression dans la population suisse donne les conclusions suivantes : un test de dépistage de la dépression chez des patients sans trouble physique ne repérerait que peu de personnes dépressives. Par contre, les troubles physiques, notamment combinés au grand âge, à la solitude et aux problèmes liés au travail, sont un risque de dépressivité<sup>4</sup>. [1] Une étude a démontré que les patients présentant des symptômes physiques et exposés à des facteurs de stress psychosociaux étaient plus sujets à développer des troubles mentaux une année plus tard [18]. La stabilité de l'emploi, les contacts sociaux ainsi que le jeune âge sont, au contraire, des facteurs protecteurs, même chez les personnes avec des troubles physiques [1].

Quid de la prise en charge des dépressions au cabinet du MF en Suisse ? Revenons aux données de l'OBSAN. Les MF observent des symptômes dépressifs chez 30% de leurs patients mais ne les traitent que dans environ 3% des cas. Dans la moitié des cas, les dépressions traitées sont sévères et récidivantes, généralement co-morbides. Si les psychiatres traitent les dépressions légères préférentiellement par psychothérapie, les MF recourent à un traitement exclusivement médicamenteux dans 60% des dépressions légères et 50% des dépressions moyennes. [1] Une étude montre que les MF français ont aussi tendance à ne pas suivre les recommandations de pratique clinique et à prescrire des antidépresseurs lors de dépressions légères à modérées [22]. Pour les dépressions sévères, les MF suisses privilégient l'approche combinée avec antidépresseurs et psychothérapie [1].

En 2014, une étude sur une cohorte australienne de patients avec une probable dépression suivis par le MF sur dix ans a montré que la prescription d'antidépresseurs sur le long terme n'était pas rare en médecine de famille : environ 20% des patients de l'étude ont pris des antidépresseurs pendant plus de 2 ans. Les personnes à qui les antidépresseurs sont prescrits sur la longue durée ont eu des visites plus longues et plus fréquentes chez le MF, ce qui indiquerait que la prescription d'antidépresseurs n'est pas dictée par le souhait du MF de recourir à une solution de facilité. L'étude suggère que les MF pourraient être plus actifs dans l'arrêt de la médication chez ces patients et ajoute que cette question pourrait être étudiée davantage. [23]

Kirsch reprend dans une méta-analyse en 2008 des données non publiées de la FDA<sup>5</sup> et montre que les antidépresseurs produisent une amélioration cliniquement significative par rapport au placebo uniquement dans le cas des dépressions les plus sévères. Ainsi, il n'y aurait pas de raison de prescrire des antidépresseurs dans d'autres cas que les dépressions les plus sévères. [19][20] Une autre méta-analyse publiée en 2011 le confirme [21].

Quant aux interventions psychologiques, une revue de littérature publiée en 2009 indique que le traitement par résolution de problèmes<sup>6</sup> prodigué par les MF est prometteur tout en précisant que son efficacité reste à démontrer [24]. En 2016, une revue de littérature sur la psychothérapie de la dépression en médecine de famille rappelle les interventions dont disposent les MF : « écoute attentive, compréhension des besoins émotionnels, processus de discussion du problème et du traitement approprié (...) peuvent avoir une valence thérapeutique en elles-mêmes pour les patients souffrant de dépression » [4]. Cette attitude, appelée par certains « psychothérapie de soutien », est fréquemment adoptée par les MF dans le traitement de la dépression [22].

---

<sup>3</sup> Observatoire Suisse de la Santé

<sup>4</sup> L'OBSAN utilise ce terme lorsqu'il s'agit « d'indicateurs fondés sur les déclarations fournies par les sujets eux-mêmes, lorsqu'il n'est pas certain que les critères diagnostiques de la dépression sont remplis » [1].

<sup>5</sup> United States Food and Drug Administration

<sup>6</sup> « Le traitement par résolution de problèmes a été élaboré pour permettre une atténuation des symptômes dépressifs en assistant les patients dans la genèse et le développement de compétences visant à alléger les événements de vie ou les problèmes qui interfèrent avec leur fonctionnement psychosocial. Il se déroule en 7 étapes au cours desquelles un problème est défini, plusieurs solutions sont proposées et les solutions préférées sont implémentées. » [4]

Christopher Dowrick préside actuellement le working party « mental health » de la WONCA<sup>7</sup>. Ce groupe travaille sur des recommandations pour la formation des MF dans le domaine de la santé mentale et notamment sur l'emploi de ressources non médicamenteuses.

En Suisse, il existe depuis 1999 un CAS<sup>8</sup> en médecine psychosociale et psychosomatique pour les médecins souhaitant développer une attitude psychothérapeutique dans leur pratique médicale. En 2005, les médecins qui ont évalué cette formation ont relevé une meilleure connaissance d'eux-mêmes et une meilleure maîtrise de leurs émotions qui « facilite la relation avec les patients, permet plus de sérénité dans la prise en charge de problèmes psychologiques et sociaux ainsi qu'une écoute plus attentive » [25].

## **COLLABORATION ENTRE LES MEDECINS DE FAMILLE ET LES PSYCHIATRES**

En Suisse, 13% des cas psychiatriques du cabinet de médecine de famille sont transférés aux spécialistes [1]. 20 à 40% des personnes souffrant de problèmes psychologiques ne consultent que le MF et manifestent leur souffrance psychique à travers des symptômes somatiques ou sous forme de comorbidité somato-psychique. Il s'agit de ce que Guex et Barbier appellent le « réseau de santé mentale caché ». [26]

Les modes de collaboration entre les MF et les soins psychiatriques sont divers : le modèle de consultation de liaison, le modèle du professionnel en santé mentale délégué, le case management, le traitement par étapes, le traitement collaboratif et le traitement intégré [4].

En France, une enquête effectuée en 2000 auprès de MF et de psychiatres a révélé que les premiers souhaitent collaborer avec un psychiatre pour la prise en charge de 44% de leurs patients présentant un trouble psychiatrique. Dans environ deux tiers des cas, ce souhait ne se concrétise pas. [27] Une étude de 2005 révèle que 88% des MF considèrent qu'il est plus difficile de référer un patient chez un psychiatre que chez un autre spécialiste [28]. Les délais d'attente [26][22], la stigmatisation des soins psychiatriques [26] et la réticence des patients à suivre une psychothérapie [22] contribuent à cette difficulté.

Un sondage réalisé en 2011 chez plus de 2000 MF français montre que 71% des interrogés reconnaissent l'efficacité des psychothérapies pour traiter la dépression légère à modérée mais réservent celles-ci aux personnes avec un niveau d'éducation élevée [22].

Un article publié en 2011 basé sur deux sondages (l'un chez une centaine de psychiatres belges, l'autre chez une centaine de MF belges) rapporte que « chacun admet la nécessité d'une collaboration efficace entre médecins traitants et psychiatres. Mais les réponses obtenues lors des sondages réalisés montrent que l'image réciproque des généralistes et des psychiatres est loin d'être toujours positive ; peu d'entre eux semblent connaître les spécificités du travail de l'autre » [29]. Cette méconnaissance réciproque et le manque de clarté sur le rôle de chacun sont évoquées dans un autre article qui souligne l'importance de la complémentarité et l'échange entre MF et psychiatres pour l'efficacité du système de santé mentale [26].

---

<sup>7</sup> Association mondiale académique de la médecine générale et de famille

<sup>8</sup> Certificate of Advanced Studies des Universités de Genève et Lausanne

## QUESTION DE RECHERCHE

L'Association Romande pour la Formation en Médecine Psychosomatique et Psychosociale (ARFMPP) a été à l'origine d'un cours sur deux ans pour les médecins somaticiens, pour la plupart médecins de famille. Cette formation basée sur les besoins des MF a été mise sur pied en étroite collaboration avec des psychiatres de Suisse Romande. Elle fait actuellement l'objet d'un CAS (cf. ci-dessus). Le CAS est validé pour le titre de formation complémentaire de la FMH en médecine psychosomatique et psychosociale. Un groupe de travail composé de MF et de psychiatres a posé les bases des compétences des porteurs de ce titre. [30]

Le présent travail qui entre dans la suite de ces réflexions est le fruit d'une collaboration entre l'ARFMPP, l'Institut de Psychothérapie et l'Institut de Médecine de Famille de l'Université de Lausanne. Il s'agissait pour nous dans un premier temps par une recherche qualitative de faire un état des lieux de l'activité du MF : comment le MF se représente-t-il la dépression chronique, comment prend-il en charge ses patients et comment collabore-t-il avec les psychiatres ?

## METHODOLOGIE

Cette recherche qualitative a été conduite par un groupe multidisciplinaire composé d'une sociologue, d'un psychologue, d'un médecin de famille, d'un psychiatre, d'une étudiante en master de psychologie et d'une en master de médecine. Avant de débiter la recherche, nous avons fait l'exercice de l'inventaire de nos présupposés (cf. *annexe I*) et nous avons des visions très différentes, le psychiatre voyant le MF plutôt dans l'action (donner des médicaments, promouvoir l'activité physique), l'étudiante en médecine considérant la prise en charge de la dépression par le MF principalement basée sur des antidépresseurs, le MF vivant le psychiatre comme nécessaire mais peu accessible, la sociologue et l'étudiante en psychologie n'ayant apparemment pas de préconceptions.

Nous avons choisi la méthode du focus group (FG) car elle permet de donner la parole à plusieurs personnes et le contenu s'enrichit par les interactions et les échanges entre les participants. Nous réserverons les entretiens individuels à une phase ultérieure de l'étude pour d'éventuelles clarifications. [31][32]

Avant les FG, nous avons établi une grille de questions ouvertes avec des questions de relance (cf. *annexe II*). L'appel à la participation aux FG a été effectué par la liste d'adresses de l'Institut Universitaire de Médecine de Famille en veillant à la diversité des participants en termes d'âge, de genre, de lieu de pratique et de formation en psychosomatique ou non. Les tableaux 1, 2 et 3 résument les caractéristiques des participants (cf. *annexe III*). On remarquera qu'environ la moitié des participants ont fait la formation en médecine psychosomatique et psychosociale.

Trois FG d'environ 1h30 ont été réalisés. Trois membres du groupe de travail y ont assisté (deux animateurs et un observateur). Les participants ont d'abord chacun été invités à rédiger une vignette clinique sur une situation de dépression chronique dans leur pratique. Ils ne la présentaient pas, celle-ci servant d'incitatif à la discussion ultérieure.

Les FG ont ensuite été retranscrits. Une erreur dans le processus de retranscription du troisième FG a malheureusement empêché de différencier les MF. Ainsi, lorsque les médecins de ce FG seront cités dans ce travail, ils apparaîtront tous sous le terme générique de « FG3 ».

Le premier FG a été codé par les six membres du groupe de travail qui se sont réunis ensuite pour un « intercoding agreement » avec établissement d'une première liste de codes. Nous avons présenté notre projet au GROUM.F (GROUpe Universitaire de recherche qualitative Médicale Francophone) pour conseils méthodologiques. Ils nous ont suggéré de privilégier les



regards croisés dans le contexte multidisciplinaire de notre étude. Les trois FG ont ensuite été codés deux à deux par trois des membres du groupe (le médecin de famille, la sociologue et l'étudiante en médecine) avec un nouvel accord entre les trois codeurs. MaxQDA a été le logiciel utilisé pour le codage. Des mémos analytiques ainsi qu'un journal de bord ont été établis, et, à partir des codes regroupés en thématiques, une carte conceptuelle a été élaborée. [33]

De nouveaux codes ayant été découverts dans le troisième FG, nous ne pouvons pas prétendre à la saturation des données. Ces nouvelles données ont certainement aussi amené de nouvelles idées théoriques, ce qui nous fait dire que les catégories théoriques n'ont pas été saturées non plus [34]. Aussi, ne pouvons-nous pas prétendre faire de la théorie ancrée, tout au plus pouvons-nous proposer une carte conceptuelle dans cette étude exploratoire. Cette carte a été conçue et discutée dans le cadre du groupe multidisciplinaire.

La revue de littérature a été réalisée en grande partie après le codage et la rédaction des résultats, ce qui a permis de conserver un regard ancré dans les données.

## RÉSULTATS

Dans ce chapitre seront présentés les propos des MF des FG en relation avec les trois axes de notre question de recherche. Premièrement, comment les MF se représentent-ils la dépression chronique ? Ils définissent un profil du patient dépressif chronique, évoquent des types de dépressions, mesurent la place de la dépression chronique en médecine de famille et évoluent dans leur représentation. Deuxièmement, comment les MF prennent-ils en charge la dépression chronique ? Cette prise en charge est exposée en deux parties : les difficultés identifiées et les outils utilisés. Troisièmement, comment se passe la collaboration MF/psychiatre ? Les représentations des MF de leur propre métier, ainsi que de celui des psychiatres, seront développées. Seront également exposées les raisons pour lesquelles la collaboration n'a pas lieu et celles qui, au contraire, y conduisent. Enfin, les modalités de cette collaboration seront explorées.

Remarques typographiques : les têtes de chapitre correspondent aux thèmes regroupant plusieurs codes. Les codes sont en gras dans le texte, les sous-codes sont soulignés et les autres degrés de sous-codes sont soulignés en pointillés. La liste des codes se trouve en annexe IV. Les sous-codes soulignés en pointillés n'y figurent pas.

Les verbatim des participants aux FG apparaissent en italique et entre guillemets, soit dans la continuité du texte, soit détachés. Quant aux références de ces verbatim, le numéro du FG se trouve entre parenthèses, suivi par le numéro du médecin cité, sauf pour le troisième FG où les médecins ne sont pas différenciés. Ces numéros n'ont pas de lien avec l'ordre des médecins dans les tableaux regroupant les caractéristiques des MF participants en annexe III.

### COMMENT LES MÉDECINS DE FAMILLE SE REPRÉSENTENT-ILS LA DÉPRESSION CHRONIQUE ?

#### EN DÉFINISSANT UN PROFIL DU PATIENT DÉPRESSIF CHRONIQUE

Les MF se représentent la dépression chronique en définissant un profil du patient dépressif chronique. Les MF mettent en évidence des **variables sociodémographiques** telle que la migration, l'hérédité, la religion, le genre et l'âge.

Quant aux **événements et cadre de vie**, les problèmes relationnels, l'isolement et les difficultés en lien avec le travail constituent les éléments d'une situation psychosociale complexe qui sont typiques de la dépression chronique au cabinet du MF.

*« Mais j'insiste à dire que la majorité des cas chroniques que j'ai, ce n'est pas le sujet lui-même, c'est l'ambiance, c'est la famille, c'est le travail, c'est vraiment complexe. »  
FG3*

Les traumatismes font souvent partie des événements de vie du dépressif chronique :

*« Je trouve que souvent chez les gens déprimés chroniques (...) on sent qu'ils n'ont pas été rassurés quand ils étaient petits ; mis en confiance quand ils étaient petits peut-être c'était fruste, peut-être qu'il y avait des traumatismes, (...) ouais, ils fonctionnent avec des micro traumatismes tout le temps un peu comme si, un os on le micro-traumatise, ben au bout d'un moment il se casse. » FG1.3*

Un consensus se dégage parmi presque tous les MF de tous les FG quant à la **présentation clinique** du dépressif chronique : son mode de fonctionnement le plus caractéristique est de parler du corps plutôt que du psychisme, avec « *des plaintes somatiques qui sont souvent le reflet d'une souffrance qui n'est pas validée autrement.* » (FG2.2). Certains patients n'évoquent pas leurs problèmes psychiques car ils n'assument pas leur dépression, d'autres résistent à l'entrée matière. Nous verrons dans le chapitre consacré à la prise en charge quels

outils utilisent les MF pour lever cette barrière et amener le patient à parler de son psychisme.

Un médecin du deuxième FG est convaincu que la chronicisation de la dépression n'existe pas chez les personnes capables d'aborder leur vécu psychique :

*« Les gens chez qui on pourrait aborder les problèmes, les réels problèmes qu'ils ont, soit nous, soit le psychiatre, ils vont trouver des solutions et je pense qu'on ne pourra plus parler de dépression chronique. » FG2.8*

Une adhésion imparfaite au traitement, une tendance à la victimisation et un désintérêt d'entreprendre, sont des attitudes également retrouvées chez le dépressif chronique. Ce dernier est défini par son besoin d'avoir des disponibilités autour de lui, « *des gens qui le connaissent et qu'il peut joindre facilement* » (FG3). Sont également décrits des individus manquant de confiance, fragiles, avec « *un p'tit côté obsessionnel* » (FG2.6) ou une personnalité un peu « revêche » (FG1.7). Ils manquent de positivité, sont « *fondamentalement négatifs* » et n'arrivent pas à « *sublimer la souffrance (...) pour en faire quelque chose de positif* » (FG3). Des patients qui n'auraient peut-être finalement pas de volonté de s'en sortir, comme si certains se sentaient « *bien dans ce caquelon* » (FG3), comme s'ils se complaisaient dans le rôle du dépressif chronique.

Quant au mode de présentation, la durée des symptômes est mise en évidence. A la question de relance « qu'est-ce qui est caractéristique de la dépression chronique pour vous ? », l'un des MF répond que « *c'est le temps, la notion du temps. Ça fait des années et des années que je suis un patient par exemple, c'est normal que ce soit chronique.* » (FG3) Ce sont des patients qui ont tendance à être multi plaintifs et dont les comorbidités peuvent prendre beaucoup de place. La présence de symptômes dépressifs est caractéristique, néanmoins les MF décrivent quelques cas où ils reçoivent une personne souriante à leur consultation, rendant la clinique dépressive moins évidente. La présence d'accès dépressifs fluctuants suivis de périodes d'amélioration est aussi évoquée. Des symptômes anxieux peuvent fréquemment s'ajouter au tableau clinique.

Dans certaines situations, les MF anticipent la survenance de la dépression longtemps à l'avance. Cette idée de voir « *arriver le bateau* » (FG1.2) se retrouve dans les deux premiers FG.

Lorsque les MF définissent le profil du patient dépressif chronique, ils dépeignent généralement un mélange des éléments décrits ci-dessus sans se focaliser sur une caractéristique.

#### EN EVOQUANT DES TYPES DE DEPRESSIONS

Les MF décrivent des sous-types de dépressions chroniques. Certaines seraient **réactionnelles**, secondaires à des incidents de vie faisant parfois écho à des événements traumatiques passés. Il existe aussi des dépressions chroniques que les patients « *entretiennent* » (FG3) **pour garder le lien** avec le MF. Enfin, certains MF évoquent la dépression majeure **décrite par les classifications internationales** CIM-10 et DSM.

Un MF du deuxième FG hésite à considérer les **dépressions saisonnières** à répétition comme de réelles dépressions chroniques. Un MF du troisième FG décrit les caractéristiques de la **dépression récurrente** comme « *très différentes* » (FG3) de la dépression chronique. Pour certains MF, les symptômes du **début de la démence** peuvent ressembler à ceux d'une dépression. Un autre pense que les **burn out**, les troubles de l'adaptation, les **dépressions masquées** et les dépressions secondaires présentent des symptômes proches de ceux de la dépression chronique. L'expression « dépression masquée » (ou « larvée ») revient dans les deux derniers FG, et certains MF rappellent que ce terme n'existe plus.

Un MF du deuxième FG expose, pour sa part, que **chaque dépression chronique est unique** et qu'il est possible de différencier les épisodes dépressifs de chaque patient. On voit que la définition de la dépression chronique n'est pas univoque pour le MF. Il en va de même pour la **représentation générale de la population**, la dépression chronique « *veut tout dire et rien dire pour les gens. Ils y mettent tout, vous pouvez faire une crise psychotique et puis vous êtes dépressif pour eux.* » (FG1.2)

#### EN MESURANT LA PLACE DE LA DEPRESSION CHRONIQUE EN MEDECINE DE FAMILLE

« *La dépression c'est le pain quotidien, on en voit beaucoup* » (FG1.7). La dépression chronique prend une place importante au cabinet, constituant une « *bonne partie de la consultation* » (FG2.5) d'un MF. Les MF consacrent **beaucoup de temps** aux dépressifs chroniques. Lors d'un suivi, ils augmentent vite « *la cadence* » (FG1.7) et les voient lors de consultations longues et fréquentes :

« *Parce qu'ils reviennent toujours. Si on leur dit ben, allez, vous revenez dans trois mois, on peut être sûr que dans deux semaines ils sont de retour.* » FG3

La **responsabilité de la prise en charge** de la dépression chronique est évoquée par un MF du premier FG : « *on doit, on se doit de trouver, d'aider [les patients] à trouver des réponses* » (FG1.3).

#### EN EVOLUANT DANS LEUR REPRESENTATION

La représentation de la dépression chronique par les MF évolue au fil de leur carrière.

« *Le fait d'avoir suivi des patients sur vraiment dix, quinze ans, on a une expérience, un vécu avec des dépressions qui sont pas, enfin, qui sont totalement différentes de ce qu'on a pu imaginer quand on avait la définition dans le DSM. C'est du concret, du vécu, des émotions, en plus des formations.* » FG1.3

En outre, dans l'évolution au cours du temps, l'**augmentation de la souffrance au travail** ces 25 dernières années est constatée par un MF.

### **COMMENT LES MEDECINS DE FAMILLE PRENNENT-ILS EN CHARGE LA DEPRESSION CHRONIQUE ?**

#### EN IDENTIFIANT DES DIFFICULTES

En relation avec l'**établissement du diagnostic**, certains MF relèvent leur difficulté à utiliser des critères diagnostiques reconnus et leur doute quant à la réalité de leur diagnostic :

« (...) *j'ai parfois un peu de difficultés à utiliser des critères de diagnostic très bien établis, comme il existe dans le DSM, parce que ce n'est pas forcément très facilement applicable à une personne. (...) Bon voilà, c'est utile aussi pour mesurer un peu l'évolution, pour donner un peu plus de supports théoriques à notre impression diagnostique. C'est parfois une impression, je trouve, et pas forcément un diagnostic complètement clair.* » FG2.3

Poser le diagnostic de dépression chronique est considéré par un MF comme l'obligation de catégoriser le patient. De plus, un autre MF rapporte l'obstacle de la trop grande proximité avec le patient :

« *Et après on trouve les dépressifs chroniques qui sont stables qu'on n'arrive jamais à définir de manière assez claire (...) parce qu'on connaît suffisamment bien la personne,*

*parfois trop, et ça donne quand même parfois un biais de diagnostic au généraliste. »*  
FG2.3

Ce même médecin décrit également la difficulté de **l'annonce ou de l'évocation du diagnostic** :

*« Et le médecin généraliste (...) n'arrive pas forcément à diagnostiquer la dépression, (...). C'est qu'on sait qu'on a devant nous quelqu'un qui nécessite de l'aide, (...) mais que, malgré notre continuité de soins, la relation, la proximité que l'on a, l'empathie avec cette personne, on n'arrive pas forcément à dire de manière très franche et très honnête qu'elle nécessite de l'aide, probablement qu'elle n'a pas encore eu cette ouverture pour recevoir de l'aide. Ça, je trouve, c'est parfois pour le généraliste un peu difficile. »* FG2.3

**Dans le suivi** du patient dépressif chronique, les difficultés rencontrées sont la gestion des demandes de l'entourage, l'évaluation des idées suicidaires et les relations conflictuelles avec les assurances. Dans les trois FG, les MF disent se sentir parfois impuissants, seuls, inefficaces ou coincés dans la prise en charge de ces patients :

*« Alors on est dans une situation où on se trouve dans une sorte d'impasse, où on n'arrive pas à s'en sortir. »* FG3

Le manque de temps pour effectuer le suivi des patients est également rapporté :

*« Moi je dirais peut-être ce qui nous manque par rapport à la dépression, là c'est le temps nécessaire... Au fond, ça c'est notre problème, je pense, à tous en tant que médecin de famille. Quand j'ai fait mes stages en psy, au fond, je prenais des heures à investiguer l'histoire (...) on peut plus, on ne peut pas faire ça. C'est très difficile, je pense, là probablement on fait des erreurs, enfin... on fait pas juste quand on n'a pas le temps de remonter à des choses importantes au fond. (...) Mais on n'a pas assez de temps parce qu'on a tous trop de patients. C'est un peu ça le problème. (...) Parce qu'on n'a pas le temps même si on en a envie. »* FG2.2

## EN UTILISANT DES OUTILS

Pour faire face à la prise en charge des dépressifs chroniques, les MF utilisent les outils du savoir-faire et ceux du savoir-être.

Nous allons tout d'abord nous concentrer sur les qualités de **savoir-faire** du MF dans la prise en charge du dépressif chronique. Devant une symptomatologie dépressive chronique, les MF recourent à un diagnostic différentiel portant sur des affections somatiques et des affections psychiatriques autres que la dépression chronique.

La mise en place d'un cadre thérapeutique avec suivis réguliers et la réponse aux e-mails/lettres/SMS des patients sont des outils utilisés par les MF. Dans le premier FG, les MF évoquent la prescription d'arrêts de travail comme faisant partie de la « *panoplie* » (FG1.7) des outils du MF : « *On a ce pouvoir-là, les gens le savent* » (FG1.7).

Devant des symptômes somatiques peu clairs, ils décrivent éviter trop d'investigations ; certains élaborent autour de la plainte somatique, comme un MF qui parle à son patient du « *corps comme le théâtre des émotions* » (FG2.2), avec comme objectif d'ouvrir le patient à parler de sa vie psychique. Cette ouverture n'est cependant pas possible chez certains patients, avec, pour conséquence, une somatisation perpétuelle de leur mal être : « *les patients qui n'arrivent pas à intérioriser, qui n'arrivent pas à intellectualiser leurs problèmes, ils vont toujours somatiser.* » (FG2.8)

Les MF valorisent les ressources du patient dépressif chronique, notamment via l'entretien motivationnel. Ils interviennent dans le milieu du patient :

*« Et, je trouve, ce que j'aime dans la médecine générale et dans la psychiatrie qu'on peut faire en médecine générale, c'est qu'on essaie de les mettre dans leur contexte et de soigner leur contexte pour que ce ne soit pas un déprimé en psychiatrie, mais une personne qui passe un moment difficile ou qui a une vie difficile ou qui accumule des difficultés, mais que dans tout ce qui se passe autour, ça change, ça bouge, et ça peut évoluer. » FG1.3*

Remettre en marche le patient est l'objectif que se fixent certains MF, notamment en collaborant avec d'autres intervenants, tels les assistants sociaux, les art-thérapeutes, les ergothérapeutes ou les infirmiers en psychiatrie. La participation à des groupes de gym, sport ou marche est également encouragée. Le travail en réseau avec le psychiatre et les autres thérapeutes impliqués dans la prise en charge est valorisé.

Certains MF exposent au patient les différentes possibilités de traitement avec comme objectif de chercher « ensemble un chemin pour aller mieux » (FG3).

Du millepertuis aux fleurs de Bach en passant par les huiles essentielles de lavande, les MF donnent une place aux médecines complémentaires, tout en s'interrogeant sur l'importance de l'effet placebo. La sophrologie et l'homéopathie sont également mentionnées, et un MF du deuxième FG aborde parfois avec le patient *« le côté philosophique, la méditation, des choses un peu moins médicales, mais dans le fond qui donnent un sens à la vie. »* (FG2.2)

La prescription d'antidépresseurs est abordée dans les trois FG. Une partie des MF les prescrivent avec réticence. Le long terme d'un tel traitement, alors que réside un doute diagnostique, est une des raisons évoquées. De plus, le risque suicidaire lié aux antidépresseurs, notamment chez les adolescents, et le manque de temps pour effectuer un suivi psychothérapeutique en parallèle afin d'évaluer ce risque, poussent certains MF à ne pas prescrire d'antidépresseurs. La possibilité d'interactions médicamenteuses chez les personnes âgées polymédicamentées constitue un autre motif de non prescription.

Parfois, c'est le patient qui ne veut pas d'antidépresseurs en raison des effets secondaires somatiques ou de la crainte de développer une dépendance ou de ne plus être lui-même. Une discussion avec le patient à propos de la médication peut alors se développer.

Un des MF explique l'effet des antidépresseurs au patient et lui propose parfois d'essayer des antidépresseurs pour une durée d'un mois en promettant qu'il n'insistera pas auprès de lui si, au terme de ce mois, la médication ne lui conviendrait pas. Deux MF du deuxième FG réfléchissent avec le patient sur le sens de la médication et l'impact de celle-ci sur *« la qualité de vie, la fonctionnalité de l'individu »* (FG2.3). Il faut donner du sens à l'antidépresseur en visant un symptôme *« qui est concret, qui dérange [le patient] dans sa vie courante »* (FG2.7). Les troubles du sommeil ou les attaques de paniques sont cités comme exemple.

Selon des MF du deuxième FG, le traitement par antidépresseur n'est pas ponctuel mais doit être pris sur la durée. Un MF considère que plusieurs rechutes sont nécessaires pour que *« les gens soient à perpète sous antidépresseurs »* (FG2.6). Un autre MF du même FG prescrit souvent des antidépresseurs car, de son point de vue, ceux-ci peuvent aider à la relation avec le patient. Toutefois, il fait part de la difficulté rencontrée lorsque les patients ne veulent pas arrêter la médication. Il relativise par ailleurs considérablement l'efficacité médicamenteuse des antidépresseurs en rapportant la diversité des réponses à ce traitement :

*« Il y a tellement de gens qui ne réagissent pas, ou qui font tous les effets secondaires, ils veulent nous montrer que c'était là vraiment quelque chose qu'il ne fallait pas leur donner, puis d'autres où c'est vraiment le médicament miracle, voilà, on est*

content. » FG2.8

De même, un autre MF rapporte en prescrire facilement. Par contre, la prescription est occasionnelle dans le cas d'un autre MF. Un MF du premier FG recourt d'abord à la phytothérapie, déclarant ne pas être très porté « *chimie comme grande formation en médecine* » (FG1.2). Il prescrit des antidépresseurs si le diagnostic est avéré et « *en se disant qu'il ne reste plus que cette solution-là sur le plan de la thérapie médicamenteuse.* » (FG1.2) Un autre MF du premier FG apprécie moyennement les thérapies médicamenteuses, ne considérant pas celles-ci miraculeuses car « *les dépressions endogènes, pharmacologiques, je sais pas s'il y en a beaucoup. Et ça, c'est plutôt, j'aime bien que ce soit le psychiatre, qui prenne ces décisions s'il faut* » (FG1.3). Nous verrons dans le chapitre consacré à la collaboration MF/psychiatre quelles autres raisons poussent un MF à travailler avec un psychiatre.

En outre, la prescription d'antidépresseurs serait plus facile avec l'expérience, comme le rapporte un MF du deuxième FG. Au contraire, un MF du premier FG pense, pour sa part, que l'expérience donne des outils permettant d'autres options thérapeutiques que les antidépresseurs. A cet égard, certains MF, portés par le sentiment d'impuissance évoqué précédemment, entreprennent des formations complémentaires d'hypnose, de relaxation, de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) ou de thérapie psychodynamique brève. Ils disposent ainsi de traitements alternatifs aux antidépresseurs :

*« Moi j'utilise volontiers des outils de thérapie cognitivo-comportementale, surtout pour la gestion des émotions qui entourent cette dépression. Puis ça leur [aux patients] permet de mettre en mots justement qu'est-ce qui sont en train de faire, qu'est-ce qu'ils ressentent. Ces fameux tableaux, lire les colonnes comme ça, c'est un peu scolaire, mais... pour eux c'est plus concret. Y'en a qui crochent, d'autres pas du tout, ça ne marche pas avec tous les patients. » FG2.7*

En parallèle du savoir-faire, les MF utilisent leurs qualités de **savoir-être** dans la prise en charge du dépressif chronique. Avec l'expérience, une partie des MF se dit plus à l'aise. Ils deviennent plus souples, leur prise en charge s'adaptant de situations en situations.

Soigner le soignant est une notion qui ressort des FG. Que ce soit pour « *éviter la fatigue compassionnelle qui existe par rapport à ces patients [dépressifs chroniques]* » (FG2.3) ou pour soigner leur propre sentiment d'impuissance, les MF participent à des supervisions, intervisions (notamment sous forme de groupes Balint) et consilium. Combinées avec le réseau de soignants autour du patient, ces aides leur permettent de ne pas travailler seuls et de « tenir », selon le terme utilisé par certains MF.

Ils apprennent à gérer leurs émotions et à moins prendre sur eux-mêmes :

*« (...) se positionner en tant qu'humain, qui a aussi un vécu avec ses complexités, avec ses écueils, et puis d'être dans une rencontre avec l'autre. Je pense qu'on est moins désarçonné, (...) on a moins l'impression que c'est un gouffre immense dans lequel une tâche est impossible à surmonter, quand on peut se contenter de, voilà, d'aller à la rencontre d'un autre en difficulté. » FG1.7*

L'instauration d'un lien avec le patient est au cœur de la thérapie au cabinet du MF. Une relation qui prend souvent la couleur d'un accompagnement sur le long terme.

*« Au fond, ce qui prime sur le diagnostic et le traitement d'un diagnostic, c'est un accompagnement existentiel d'êtres humains qui, pour certains, ont un parcours dramatique (...), d'autres sur un plan peut-être plus symbolique. (...) et puis c'est comme si le diagnostic lui-même, dépression chronique, les troubles, ont moins d'importance. Parce qu'au fond, c'est l'être, c'est la personne qu'on*

accompagne. » FG3

Parfois, élaborer autour de la plainte somatique est « le billet d'entrée pour finalement créer un lien important avec le patient » (FG2.2). Au travers de la relation de confiance qui s'installe, le patient est amené à parler de ses émotions :

« Il faut des années avant que, petit à petit, le matériel émotionnel [des patients] émerge, puis qu'on puisse commencer au travers du lien à faire émerger des choses. » FG1.7

Les patients dépressifs chroniques peuvent parfois « *rejouer plein de fois cette chose-là qu'ils n'ont pas réussie, puis même s'ils redisent chaque fois la même chose, c'est qu'ils ont besoin de le redire* » (FG3) et accepter d'entendre cette répétition fait aussi partie du rôle d'accompagnement adopté par le MF. De plus, lorsque le MF a confiance dans le rétablissement du patient, ce dernier peut sentir ces « ondes » (FG1.3), et cela apporte une plus-value à la consultation.

Une complicité entre le MF et patient dépressif chronique s'installe si le MF partage son propre vécu :

« (...) je parle beaucoup de moi et de mes émotions. Je fais des analogies avec des aventures de vie, alors je les censure hein, je les adapte au fond. Et à quelque part, ça permet de faire une complicité qui est très forte et qui est souvent très thérapeutique, je trouve. C'est pas du tout ce que j'ai appris, mais voilà... c'est la fonction du généraliste des fois, de faire le contraire de ce que... c'est notre mission (petits rires). Ça fait du bien au fond, c'est d'essayer de faire du bien et de partager quelque chose, et l'autre ça lui ouvre des portes, des fois ça atténue, ça donne de la légèreté, c'est juste incroyable. » FG2.2

Accepter de déborder du rôle de médecin « qui devrait avoir un certain recul » (FG3), faire partie de la famille des patients et aller jusqu'à les aimer sont des attitudes qu'adoptent les MF dans la prise en charge des dépressifs chroniques. Une prise en charge où le MF peut être identifié par les patients comme la personne de référence, une personne « *qui maîtrise un peu ses problèmes et qui a cette disponibilité, volonté, énergie, motivation et positivité dans la prise en charge.* » (FG2.3)

Ce sont les soins (de l'anglais « care ») et non les actes de guérisons (de l'anglais « cure ») qui sont envisagés, étant entendu que « *suivre [les patients] ce n'est pas rien faire. (...) Ce n'est pas les guérir, ce n'est pas rien faire. C'est ça. On ne peut pas guérir tout le monde.* » (FG3). Certains MF paraissent donc renoncer à guérir les dépressifs chroniques.

« Il y a une espèce d'acceptation avec ces dépressifs chroniques finalement, on les accompagne. Enfin, à un moment donné, on arrête d'essayer de vouloir à tout prix guérir, il me semble. » FG2.7

Accompagner sur le long terme, écouter et soutenir les patients, ainsi que s'intéresser à eux font partie intégrante de la prise en charge, dans laquelle « *le médecin serait le principal médicament, le traitement* » (FG2.3), le sens étant de se prescrire.

## COMMENT SE PASSE LA COLLABORATION MEDECIN DE FAMILLE/PSYCHIATRE ?

### LES REPRESENTATIONS DU METIER DE MEDECIN DE FAMILLE ET DE PSYCHIATRE

Les représentations que l'on a de nous-même et de l'autre conditionnent la manière dont on collabore avec cet autre. Ainsi, avant d'examiner la collaboration entre les MF et les



psychiatres, il convient de se pencher sur les représentations qu'ont les MF de **leur propre métier**, ainsi que de **celui de leurs collègues spécialistes en santé mentale**.

« *Le médecin, c'est le stéthoscope et puis le paquet de mouchoirs. C'est les deux instruments qu'on utilise le plus.* » (FG2.8) La double casquette somatique/psychique du MF est vue comme positive, car elle permet de poser un diagnostic différentiel avant de conclure « *tiens, c'est psy* » (FG1.3). Outre cet avantage, le MF peut, contrairement au psychiatre, utiliser le status clinique pour « *prendre des p'tits moments pour souffler (...) et arrêter de causer* » (FG2.7), ce qui permet de tenir sur la longueur.

Les MF se font aussi une représentation de certains de leurs confrères, certains prescrivant avec réticence des antidépresseurs, et d'autres à qui « *des patients psy, faut pas leur en parler. Donc, ce sera plutôt la consultation brève, et la prescription [d'antidépresseurs] et c'est tout.* » (FG1.2)

Est également relevé le risque pour le médecin lui-même de prendre en charge la dépression chronique s'il n'a pas fait de formations complémentaires et n'a ni outils ni groupe de référence. Le manque de temps et le nombre élevé de patients contribuent à la difficulté de la pratique du MF, un travail qui, comme décrit par un MF du premier FG, « *n'est pas un long fleuve tranquille.* » (FG1.2)

La prescription d'arrêts de travail confère au MF un rôle qu'il considère comme social ; des arrêts de travail que les patients préfèrent, selon les MF, voir délivrés par le MF plutôt que par le psychiatre. En lien avec ces certificats, les MF considèrent que, par le passé, ils étaient décriés (des « *nuls* » (FG1.2)) par les assurances s'ils n'avaient pas prescrit en parallèle des médicaments ou référé le patient dépressif chronique à un psychiatre : « *on avait beau avoir toutes sortes de diplômes, on était disqualifié par des ronds de cuir.* » (FG1.2)

Le MF est la « *première porte d'entrée vers les soins* » (FG2.2), et plus encore, il devient le coordinateur de la prise en charge du patient.

« *Un coordinateur peut être parfois plus actif que le psychiatre, parce qu'on connaît aussi la famille.* » FG3

Les MF se jugent eux-mêmes plus soutenant que les psychiatres. Autre différence, ils ne mettent pas d'étiquettes sur les patients. Les psychiatres, pour leur part, auraient tendance à isoler les gens et à être « *dans l'étiquette diagnostic* » (FG1.3). Un MF du troisième FG pense que l'objectif thérapeutique du MF et du psychiatre n'est pas le même. Il valorise le fait que les patients peuvent expérimenter avec les MF « *un lien humain bienveillant, un peu spontané* » (FG3). Les objectifs du traitement et les rôles sont donc différents de ceux du Psy, comme le précise ce MF :

« *Puis on a un rôle qui est très différent du psychiatre qui voit [le patient] plus comme un spécialiste finalement et qui a moins cette, entre guillemets, je vais être méchante, mais « humanité » alors que nous, on le voit vraiment dans sa globalité.* » FG3

L'attitude dans la prise en charge diffère également, car le MF écoute et parle au patient, alors que « *souvent le psychiatre écoute et dit rien* » (FG3). Un MF pense que les psychiatres ressassent l'histoire des patients inutilement, un autre qu'ils n'utilisent pas la pensée positive et que, dans certaines situations, l'intervention d'un psychiatre est source d'aggravation de l'état du patient. Les psychiatres seraient également moins accessibles que les MF. Toutefois, les psychiatres sont « *nettement meilleurs* » (FG2.2) dans le traitement de la dépression chronique, car ils ont davantage de temps de consultation avec les patients.

Il est rare que « *les gens réclament de voir le psychiatre* » (FG2.8), contrairement à leurs demandes de recours aux autres spécialistes. Le même MF considère que les patients

acceptent plutôt de prendre des antidépresseurs que de voir un psychiatre et que « *si on veut attendre qu'il y ait un psychiatre qui donne un antidépresseur, il y aura beaucoup de patients qui n'auront ni psychiatre ni antidépresseur.* » (FG2.8)

Un MF considère que les psychiatres sont « *un peu plus modernes* » (FG1.2) et que la communication est plus facile de nos jours, alors qu' « *avant c'était vraiment (...) une sorte d'autre planète, et puis il y avait une espèce de clivage, quand même.* » (FG1.2)

### POURQUOI LES MEDECINS DE FAMILLE NE COLLABORENT-ILS PAS AVEC LES PSYCHIATRES?

Avant de discuter des raisons pour lesquelles un MF collabore avec un psychiatre, quelques causes de non collaboration vont être abordées. A cet égard, **le nombre insuffisant de psychiatres** est d'abord mis en cause. Le **refus du patient** de consulter un psychiatre empêche aussi une telle collaboration, refus lié à une image négative du psychiatre, à un défaut de motivation ou encore à une peur de « *ce qu'ils vont trouver chez eux* » (FG3).

Parfois, la collaboration avec le psychiatre n'a pas lieu car **le MF assume lui-même la prise en charge** de la dépression chronique :

*« Il y a des situations et des troubles psychiatriques qui sont extrêmement complexes, mais qui au vu de notre connaissance, notre proximité, continuité avec le patient, et parfois un peu aussi notre courage d'aborder et de pas forcément déléguer la responsabilité de la prise en charge à un collègue spécialiste, d'être aussi généraliste proche des patients, je pense que ça parfois c'est un potentiel thérapeutique énorme. Parfois, c'est vrai que ça nous fait dépasser un tout petit peu les limites de prise en charge, mais je pense que ça dépend de la réponse, si ça correspond effectivement au bon résultat, je pense qu'on peut continuer dans cette démarche. »* FG2.3

### POURQUOI LES MEDECINS DE FAMILLE COLLABORENT-ILS AVEC LES PSYCHIATRES?

Quant aux raisons qui conduisent le MF à collaborer avec le psychiatre, elles sont variées. Tout d'abord, il y a de **bons cas** à envoyer au psychiatre, c'est-à-dire des patients qui sont « *capables de mentaliser un minimum, (...) d'élaborer* » (FG1.7). Le même MF continue en expliquant ce qu'il advient des autres patients : « *ceux qui s'expriment par le corps, ceux qui s'expriment par la plainte, qui ont de la peine à lire au fond d'eux-mêmes restent accrochés à nos consultations et puis à cette partie de notre fonds de commerce* » (FG1.7).

Comme il ressort de la discussion ci-dessous, l'évolution du patient peut le conduire à être suffisamment « **mûr** » (FG1.7) pour recevoir les soins d'un psychiatre :

- « *Cette notion de temps quand on parle de dépression chronique, il faut que le patient mûrisse ça, quoi. Il faut qu'il soit prêt à aller chez le psychiatre. Sinon (...) s'il n'est pas motivé lui-même, qu'il y va juste pour faire plaisir à son médecin traitant, cela ne va mener à rien.* » FG2.7
- « *Et pour qu'il soit prêt à y aller, est-ce que c'est finalement juste l'évolution normale entre guillemets du patient ou est-ce que c'est vous qui l'amenez à ce qui soit prêt à aller chez le psychiatre ?* » FG2.1 – animatrice
- « *Il peut y avoir les deux situations mais, des fois, cela peut arriver qu'il y ait à un moment donné une demande : "Mais, vous ne croyez pas que j'aurais besoin d'un psychiatre ?" J'trouve que c'est un grand pas quand ça arrive, mais ça arrive. Et puis je pense que là, on a fait du bon boulot si on a pu tenir jusque-là. (Rires) Prêt à y aller. En général, cela se passe quand même mieux.* » FG2.7
- FG2.2 est d'accord avec FG2.7
- « *Je partage exactement le même avis. C'est vrai qu'il faut quand même obtenir un tout petit plus. Parfois, il y aura le bon moment certainement. Mais là, ce serait*

*beaucoup plus effectif, et beaucoup plus clair aussi pour le psychiatre, parce qu'il le verra aussi dans un contexte beaucoup plus dynamique en termes de présentation des symptômes du patient. Il [le patient] sera vraiment investi dans cette prise en charge et pas uniquement pour faire plaisir au médecin généraliste, parce qu'il a besoin de cette prise en charge et qu'on est dans l'asséculo-logique. » FG2.3*

Une partie de cet échange se réfère au cas où le MF et le psychiatre collaborent à la suite de la **demande du patient**. La **demande de l'employeur** et les **expertises requises par les assurances** sont d'autres motifs d'impliquer un psychiatre dans la prise en charge du dépressif chronique :

*« Quand ils opposent une expertise d'un médecin psychiatre à un médecin généraliste, c'est toujours l'avis de l'expert psychiatre qui a le dessus. Et puis on sait que ces experts ne sont pas toujours neutres, donc, quand on a vécu un ou deux cas comme ça, on se dit qu'il faut (...) mettre un psy dans notre moteur. » FG1.7*

La collaboration peut aussi être **demandée par le MF**. Parfois, le psychiatre est « mis dans le moteur » du généraliste dès le début, pour établir le diagnostic ou encore pour introduire le traitement médicamenteux. Il arrive également au MF de contacter son collègue psychiatre lorsque ses compétences sont dépassées, par exemple dans le cas d'une symptomatologie anxieuse envahissante ou encore d'un risque suicidaire important. Il peut également référer lorsque l'état du patient, ordinairement stable, s'aggrave ou si le résultat de la thérapie qu'il a entreprise n'est pas favorable. Dans ces cas-là, si le psychiatre n'a pas non plus de résultat, son impuissance peut rassurer le MF :

*« Ce serait extrêmement inconfortable de mon point de vue de suivre un certain nombre de patients déprimés chroniques qui ne vont jamais mieux, s'il n'y avait pas de psychiatre. Parce que... toujours l'idée... mais on pourrait faire quelque chose, alors le psychiatre nous calme en disant "Non, on ne peut pas, ça ne va pas, on n'y arrive pas". » FG2.6*

Enfin, le psychiatre peut aussi être mis dans la course, faute de temps disponible :

*« (...) des fois on a de la peine à gérer justement toutes ces plaintes physiques, qu'on a plus le temps de passer au sujet psychologique, c'est déjà la fin de la consultation. Des fois, on ne sait plus comment faire. Là on a besoin du psychiatre effectivement. » FG2.7*

Un MF du deuxième FG précise que la rencontre avec le psychiatre est aussi utile aux patients « pour légitimer un peu le fait qu'ils souffrent et puis qu'ils ont besoin d'aide dans ce domaine-là. Enfin qu'on reconnaît qu'il y a quelque chose, une souffrance là-dedans. » (FG2.5)

Il existe aussi des cas où, inquiet par les comorbidités somatiques, **le psychiatre adresse le patient au MF**.

### COMMENT LES MEDECINS DE FAMILLE COLLABORENT-ILS AVEC LES PSYCHIATRES ?

Un des sujets abordés dans les FG était le rôle du MF une fois le psychiatre impliqué. Le **manque de clarté quant aux rôles respectifs** oblige les MF à **s'adapter**, selon que les psychiatres se chargent ou non de la **médication** et des **arrêts de travail**.

- « Oui, il y a des psys, en tout cas dans notre région qui font de l'approche plutôt psychanalytique donc il n'y a pas de médication, donc médication, vous la continuez chez votre généraliste, donc. » FG1.7
- « On doit être souple, comme généraliste. » FG1.3
- « Voilà, il faut être souple. Puis d'autres, au contraire, où la prise en charge doit aussi

*inclure les médicaments et les arrêts de travail. C'est aussi intéressant parce que parfois le psychiatre reprend les arrêts de travail, puis parfois au contraire, le patient vient chez nous plus que pour les arrêts de travail. Enfin, y a vraiment tous les cas de figure. Je trouve vraiment là y a une espèce de, de... » FG1.7*

- « ... de mélasse ! » FG1.2
- « C'est vraiment à la carte, quoi. » FG1.7

Parfois le MF **ne revoit plus le patient** et le « perd » (FG3), parfois son rôle se limite à **effectuer un bon de délégation une fois par année**, mais parfois un **suivi chez le MF demeure en parallèle** du suivi psychiatrique : « *il y en a d'autres qui font une espèce de consultation double, moi j'en ai plusieurs, hein, ils vont chez le psychiatre et chez moi, pas forcément pour des raisons somatiques.* » (FG1.7) Dans le troisième FG, un MF évoque des cas de prise en charge où il existe une **alternance de la prise en charge entre le MF et le psychiatre** :

*« C'est difficile de trouver des collègues [psychiatres] avec qui il y a cette finesse où on peut dire bon OK pendant un moment je la suis [la patiente], moi, même si on est un petit peu désemparé d'être tout seul dans la course avec toutes les comorbidités, mais on se dit le temps qu'elle refasse surface, puis après, hop, on va essayer de recoller, puis elle va faire une nouvelle étape avec le psychiatre, d'aller en avant, faire de nouvelles choses, digérer ça. » FG3*

Plusieurs **types de communication** MF/psychiatre sont décrits : certains MF communiquent bien avec le psychiatre, pour d'autres les contacts sont rares, d'autres n'ont des contacts que s'ils se rencontrent dans le privé, puis d'autres n'ont « jamais de contact » (FG2.6). Lorsque le MF continue de suivre le patient, le psychiatre et lui peuvent communiquer par le biais de réseaux. Quant à l'attitude du psychiatre envers le MF, un MF décrit « *qu'habituellement les psychiatres sont très soutenant*s du médecin traitant, je trouve, qu'on les connaisse ou qu'on ne les connaisse pas. » (FG2.6)

Est également notée la plus grande facilité de collaborer avec un psychiatre **selon la région** : il est plus difficile d'avoir accès à un psychiatre en campagne.

## DISCUSSION

### CARTE CONCEPTUELLE

Cette étude montre que les représentations de la dépression chronique, les manières de la traiter ou encore les modalités de collaboration entre MF et psychiatres sont très diverses. La manière dont chaque médecin se représente, accueille et soigne la souffrance de ses patients est unique. Il en va de même pour la collaboration entre les MF et les psychiatres.

*« Après je pense qu'il y a autant de manières de décliner la médecine qu'il y a de médecins, finalement. » FG 1.7*

Sur la base des trois FG, nous avons essayé d'ordonner cette réalité complexe par une carte conceptuelle (*figure 1*). Par volonté de respecter les propos des MF, nous avons établi en annexe V un tableau de certains verbatim illustrant les liens de la carte conceptuelle. Les chiffres sur les flèches renvoient à ces verbatim. Notre carte conceptuelle modélise le travail du MF dans le traitement de la dépression chronique, ainsi que sa collaboration avec les psychiatres. Elle met en évidence les deux types de patients dépressifs retrouvés au cabinet du MF : ceux qui expriment leur souffrance psychique par des mots et ceux qui l'expriment par des maux.

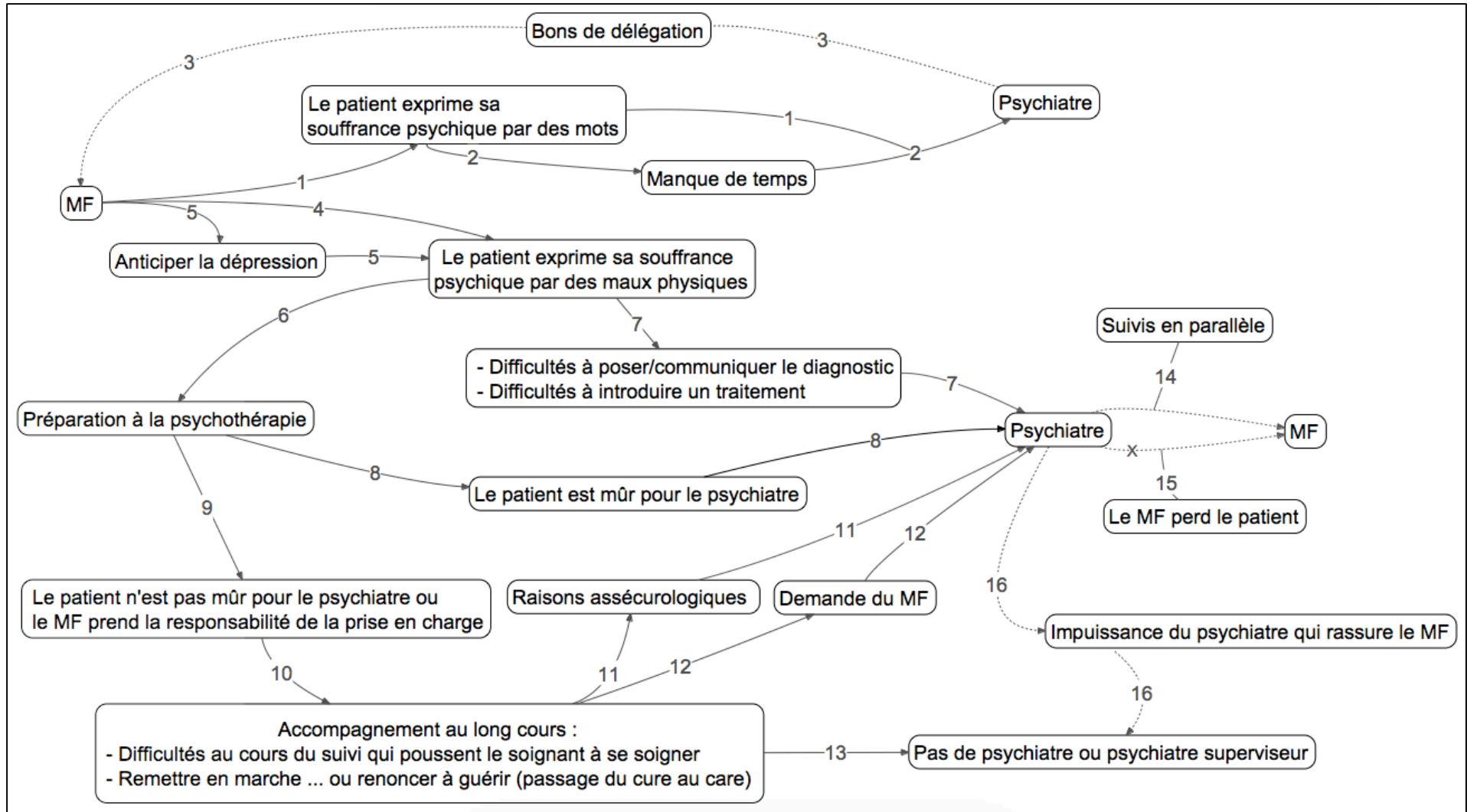


Figure 1 : Carte conceptuelle.

Le texte ci-après décrit et discute la carte conceptuelle successivement.

### INEGALITES D'ACCES AUX PSYCHOTHERAPIES

*Carte* : La partie haute de la carte conceptuelle dépeint les cas où le MF accueille à son cabinet des patients dépressifs chroniques exprimant leur souffrance psychique par des mots, « *c'est le profil intellectuel, si on veut bien. J'aurais tendance à envoyer plutôt ces patients chez le psychiatre.* » (FG1.7) Le manque de temps pour effectuer le suivi de tels patients est évoqué pour les référer au psychiatre. Le MF peut être sollicité pour le renouvellement annuel des bons de délégation thérapeutique demandés par certaines assurances maladie<sup>9</sup>.

*Discussion* : L'acronyme YAVIS (Young, Attractive, Verbal, Intelligent and Successful<sup>10</sup>) désigne un profil de personne idéal pour la psychothérapie [35]. Les psychothérapeutes considèrent que ces patients s'engagent davantage dans la psychothérapie, et ainsi ces professionnels, possiblement sans s'en rendre compte, sont plus confiants dans l'efficacité du traitement et s'impliquent davantage également.

Il est possible que les MF, inconsciemment ou non, réfèrent au psychiatre principalement les YAVIS. Ceci est conforme à un sondage réalisé en France en 2011 indiquant que les MF réservent les psychothérapies aux personnes avec niveau d'éducation élevée et prescrivent moins de psychothérapies aux patients de faible statut socio-économique [22]. En France, une étude de 2008 a montré qu'en effet, les personnes de faible statut socio-économique sont moins sujettes aux psychothérapies, suggérant une inégalité sociale d'accès à ce traitement [36]. Les représentations du MF définissant un patient idéal pour la psychothérapie jouent certainement un rôle dans cette inégalité.

### BODILY DISTRESS SYNDROME

*Carte* : La suite de la carte conceptuelle décrit le cas du patient dépressif chronique qui exprime sa souffrance psychique par des « *plaintes somatiques qui sont souvent le reflet d'une souffrance qui n'est pas validée autrement.* » (FG2.2) Pour certains d'entre eux, les MF anticipent, selon leurs dires, l'arrivée de la dépression chronique.

*Discussion* : Le Bodily Distress Syndrome (BDS), anciennement appelé Medically Unexplained Symptoms (MUS), est une maladie caractérisée par la présence de symptômes somatiques dont on ne trouve pas la cause. Environ 25 à 50% des patients qui consultent le MF souffrent d'un BDS. [37] La maladie a tendance à se chroniciser, comme le souligne une revue de littérature parue en 2009 [38].

Une étude a montré une forte corrélation entre le nombre de symptômes somatoformes et la présence de détresse émotionnelle [39]. Ce sont des patients qui expriment leur détresse psychologique par des symptômes somatiques [40]. Une autre étude, conduite dans la population générale norvégienne, a montré que 44% des participants présentant un MUS souffraient également de dépression ou d'anxiété [41]. Les interventions par TCC et les antidépresseurs ont prouvé leur efficacité pour le traitement du BDS [37].

Même s'ils ne le nomment pas, les médecins des FG semblent faire référence au BDS pour les cas de dépression chronique où les patients expriment leur souffrance psychique par le corps.

---

<sup>9</sup> Certaines assurances demandent à leurs assurés un bon de la part de leur médecin de famille afin de pouvoir consulter un spécialiste (exceptions : ophtalmologue et gynécologue).

<sup>10</sup> Traduction : Jeunes, beaux, qui verbalisent, intelligents et qui rencontrent du succès.

## TRAVAIL DE LIAISON PSYCHIQUE

*Carte* : A ce stade, le MF recourt au spécialiste pour établir le diagnostic ou pour l'introduction d'un traitement médicamenteux. Toutefois, le MF peut aussi décider que son patient ne fait pas partie des « bons cas » à envoyer au psychiatre, ou du moins, pas encore. A travers le lien thérapeutique, le MF élabore la plainte somatique en essayant de préparer le patient à la prise en charge psychothérapeutique, ce qu'un des médecins appelle « *aller tatouiller le bouillon* » (FG2.2).

*Discussion* : Ce processus est appelé par Guex et Barbier le « travail de liaison psychique ». C'est un travail préparatoire qui « facilite l'élargissement à une prise en soins psychiatriques » et qui est possible grâce à la confiance entre le médecin et son patient. Cette liaison « réintroduit le patient en tant que sujet de son histoire, et non plus seulement comme demandeur de prestations ». [26] On trouvera aussi dans la littérature anglo-saxonne la notion de « réattribution symptomatique » quand il s'agit de déplacer la cause somatique présumée du trouble vers des phénomènes émotionnels ou psychiques [42].

## FONDS DE COMMERCE DES MEDECINS DE FAMILLE

*Carte* : Les MF décrivent le moment où le patient est « *comme un fruit mûr* » (FG1.7), prêt pour une démarche introspective. Dans certains cas, le MF assume tout de même la responsabilité du traitement.

En revanche, si l'expression de la dépression chronique par des symptômes du corps persiste, le MF ne réfère pas le patient au psychiatre.

*Discussion* : Dans son effort d'approcher le patient qui ne peut relier son corps et son esprit, il arrive que le MF finisse par parler le même langage clivant que son patient : le psychiatre, c'est tabou.

« Les patients et leurs médecins semblent partager les mêmes représentations à propos de l'étrangeté des psychiatres et de leur cadre. En effet, les uns et les autres soulignent les différences entre le cadre de la médecine générale qui ne « bouscule » pas la relation, « rassure », « conseille », « soulage », (...) et le cadre du psy qui est vécu comme « distant », « rigide », « frustrant » (...) » [43].

Les MF tentent-ils de protéger leur patient du psychiatre qui « cumule une identité floue et variable et une image dans le public qui peut être telle que le fait de consulter un psychiatre est parfois vécu comme une désignation plus inquiétante que le bénéfice qu'on en escompte, d'où la difficulté de certains généralistes à faire effectuer à un patient, qu'il connaît bien et auquel il est identifié, un saut qui peut leur apparaître un peu périlleux » [44] ?

Comme évoqué dans l'introduction de ce travail, 20 à 40% des personnes souffrant de problèmes psychologiques manifestent leur souffrance psychique à travers des symptômes somatiques ou sous forme de comorbidité somato-psychique et ne consultent que la médecine de famille [26]. Ce sont des patients qui, comme décrit par des médecins du premier FG, « *restent accrochés à nos consultations et puis à cette partie de notre fonds de commerce.* » (FG1.7)



## ACCOMPAGNEMENT SUR LE LONG TERME

*Carte* : Ainsi commence un travail de longue haleine, un accompagnement sur le long terme, où certains MF choisissent d'être dans les actions de guérison, dans le « cure », de remettre en marche le patient ; et d'autres, soit immédiatement, soit plus tard, prennent conscience que leur agir n'est qu'une réponse à leur propre sentiment d'impuissance, ce qui leur permet de renoncer à guérir pour être dans une démarche de soins, de « care », d'accompagnement.

### Remettre en marche

*Carte* : Intervenir dans le milieu du patient et le remettre en marche est un des objectifs que se fixent les MF dans la prise en charge des dépressifs chroniques.

*Discussion* :

« Le généraliste se doit d'être dans la situation, [d'] apporter une aide de l'extérieur (...) » [29]

Le MF intervient sur l'environnement du patient, essaie de le remettre sur pied pour aller mieux. Dans notre groupe de travail pluridisciplinaire, certains se demandaient si le MF ne cherchait pas par son activisme un dérivatif pour ne pas affronter le silence de la dépression chronique, comme si de rester au bord du gouffre était intolérable, comme s'il faisait un déni de l'affect dépressif, un déni partagé avec le patient. Il est certain que les recommandations contemporaines pour la prise en charge du BDS, même si elles font une certaine part au « care », sont souvent dans le « cure » : rassurer le patient, lui apprendre à se relaxer, à éviter les pensées négatives, lui recommander d'augmenter son activité physique et de s'adonner à des tâches plaisantes [45].

### Prise de conscience du sentiment d'impuissance du MF

*Carte* : Au fil de ce long suivi, les MF décrivent un sentiment d'impuissance et de solitude qui les pousse à s'occuper d'eux-mêmes. Certains le font dans le cadre de supervisions ou de groupes Balint.

*Discussion* : Etre en relation avec la souffrance des autres peut, par plusieurs mécanismes, avoir un impact sur le psychisme des soignants. L'un de ces mécanismes est l'identification projective :

« Dans certaines situations, le patient ne va pas se contenter d'exprimer sa souffrance par une plainte physique ou morale. Il va, par ce mécanisme psychique assez archaïque, faire vivre à ses soignants un malaise intense, gênant, prenant et assez inexplicable, en tout cas en apparence (...) La communauté de symptômes installée va plonger le soignant dans le même vécu de débordement psychique incontenable que celui qu'éprouvait, ou qu'éprouve, le patient. » [46]

Par ce mécanisme, les soignants sont poussés à « répondre dans le registre de l'agir (...) afin de réduire l'anxiété que provoque l'impossibilité d'élaborer ce qui les envahit » [46]. Le travail de liaison psychique évoqué plus haut peut permettre d'éviter ce mécanisme [26].

Ce mal être du MF dans les situations de dépressions chroniques s'explique par d'autres raisons. La rencontre entre le souci de l'efficacité thérapeutique et l'absence de guérison<sup>11</sup>, intrinsèque à la chronicité de la maladie dépressive chronique, peut être une source du sentiment d'impuissance ressenti par le MF.

---

<sup>11</sup> Phrase largement inspirée d'une phrase de Nicolas Bouvier : « Le souci de l'efficacité et la crainte de l'échec [est l'une des faiblesses de notre société] ».

Ce sentiment explique peut-être pourquoi certains médecins remettent en question la sincérité de la souffrance de leurs patients : si celle-ci n'est pas réelle, l'impuissance n'a pas lieu d'être.

#### Passage du « cure » au « care »

*Discussion* : Selon Balint, la rencontre à l'autre est possible lorsque le médecin modère sa fonction apostolique. Il décrit celle-ci comme suit :

« Tout se passe comme si chaque médecin avait la connaissance révélée de ce qui est juste et faux que son patient attende et supporte. Et au-delà, comme s'il avait un devoir sacré de convertir à sa foi toute la part d'ignorance et d'incroyance de son patient. » [47]

Toujours selon Balint, le MF doit prendre conscience de cette fonction apostolique, c'est-à-dire de son besoin d'agir, puis trouver un nouvel équilibre pour travailler sur un autre registre : celui de la relation. Balint parle d'un changement « *de personnalité considérable bien que limité* » du médecin. [47] Le renoncement à l'agir peut permettre de passer des actes de guérison aux soins, en plaçant le lien médecin-patient et l'accompagnement sur le long terme au cœur de ceux-ci.

« *Suivre [les patients] ce n'est pas rien faire. (...) Ce n'est pas les guérir, ce n'est pas rien faire. C'est ça. On ne peut pas guérir tout le monde.* » FG3

Nos résultats décrivent donc trois situations : celle où le patient est rapidement prêt à un travail psychothérapeutique, celle où le MF fait avec lui un travail d'élaboration et celle où il s'agit d'un accompagnement chronique.

#### COLLABORATION AVEC LES PSYCHIATRES

*Carte* : La prise en charge peut se faire exclusivement par le MF, supervisé ou non. Si parfois pour le MF son patient n'est pas un bon candidat pour le psychiatre, cela ne ferme pas pour autant les portes de la collaboration. Outre les raisons asséculologiques ou les demandes de l'employeur, le MF contacte également le psychiatre lorsque la situation dépasse ses compétences ou sa disponibilité en temps.

#### Cadre temporel

*Carte* : Le manque de temps pour le suivi psychique, évoqué à plusieurs reprises dans les FG, est un facteur qui conduit les MF à contacter un psychiatre.

« *Des fois, on a besoin du spécialiste, ils sont nettement meilleurs que nous. Ils ont plus de temps. Je veux dire, nous c'est trente patients par jour, le psychiatre c'est huit en moyenne, maximum. Et puis fatalement, de ce setting temporel, au fond fait qu'ils ont probablement une meilleure capacité de faire les choses que nous. Et ça, il faut être conscient de nos limites par rapport à ce truc très factuel au fond.* » FG2.2

*Discussion* : Une revue de littérature effectuée en 2007 s'intéresse au temps dans la prise en charge des maladies psychologiques en médecine de famille. Trois conclusions en sont tirées. Premièrement, les consultations avec des patients souffrant psychologiquement sont davantage chronophages que les autres. Deuxièmement, les MF considèrent le manque de temps comme une des barrières principales à la prise en charge optimale de ces patients. Enfin, le diagnostic des maladies psychiques est amélioré lorsque les consultations sont plus longues. [48] Les deux premières conclusions concordent avec ce qui a été dit dans les FG ; en voici un exemple :

« *Moi je dirais peut-être ce qui nous manque par rapport à la dépression, là c'est le*

*temps nécessaire... Au fond, ça c'est notre problème, je pense, à tous, en tant que médecins de famille. Quand j'ai fait mes stages en psy, au fond, je prenais des heures à investiguer l'histoire (...) on peut plus, on ne peut pas faire ça. C'est très difficile, je pense, là probablement on fait des erreurs, enfin... on fait pas juste quand on n'a pas le temps de remonter à des choses importantes au fond. (...) Mais on n'a pas assez de temps parce qu'on a tous trop de patients. C'est un peu ça le problème. (...) Parce qu'on n'a pas le temps, même si on en a envie. » FG2.2*

Le temps à disposition des MF doit ainsi être pris en compte lorsqu'est examinée leur prise en charge de la dépression chronique, d'autant plus dans le contexte actuel de manque de MF en Suisse [49].

### Types de collaboration

*Carte* : Une fois chez le psychiatre, le patient dépressif chronique peut continuer de consulter son MF en parallèle. Dans ce cas, les MF relèvent leur obligation de souplesse liée au manque de clarté quant à leur rôle et celui du psychiatre. Il arrive que le MF prenne la charge de coordinateur d'un réseau impliquant des soignants supplémentaires.

Parfois, le MF « perd » son patient, parfois, lorsque la prise en charge du psychiatre ne donne pas de résultat, cela peut rassurer le MF dans ses propres compétences. S'ensuit alors une prise en charge sans psychiatre ou avec un psychiatre superviseur.

*« Ça me fait penser, j'avais fait un remplacement en campagne, où il n'y a pas de psychiatres, enfin non pas qu'il y en ait pas, mais c'est plus difficile d'accès (...) Et là de prendre un superviseur, un psychiatre superviseur, (...) de pouvoir s'aider de cette façon-là (...) » FG2.8*

*Discussion* : Notre étude a mis en lumière une certaine méconnaissance mutuelle des MF et des psychiatres. Nous faisons l'hypothèse que la promotion de l'intervision/supervision MF/psychiatres pour les cas difficiles serait une excellente façon d'améliorer les liens entre ces deux professions.

## **LIMITATIONS**

La carte conceptuelle décrit la situation en Romandie et n'est donc pas à généraliser au-delà. Les MF suisses sont rétribués pour le temps consacré à leurs patients et ont accès à une formation en psychosomatique, ce qui n'est pas nécessairement le cas à l'étranger. Nous avons essayé de repérer malgré tout des similitudes avec la littérature internationale.

Malgré notre souci d'utiliser uniquement les éléments en lien avec la dépression chronique, il est important de mentionner que celle-ci n'a pas toujours été explicite dans les FG.

Par ailleurs, dans nos FG, il existe un biais d'intérêt pour le sujet, de par la représentation des porteurs du titre en psychosomatique (50% des MF des FG). Le MF non formé a peut-être une attitude plus réticente à se charger de responsabilités en santé mentale.

La limite de temps est également à relever. Nous n'avons pas eu la possibilité de clarifier certains points (exploration sur la base de récits cliniques de la prescription des antidépresseurs par le MF et des interactions psychiatres/MF, par exemple) par des entretiens individuels pour ce travail de master. En outre, nous n'avons pas eu la possibilité dans cette étude d'analyser la restitution des résultats aux participants.

## CONCLUSION

Notre carte conceptuelle illustre deux types de patients dépressifs chroniques retrouvés au cabinet du MF : ceux qui expriment leur souffrance psychique par des mots et ceux qui l'expriment par des maux physiques. Le MF aura plutôt tendance à référer au psychiatre ceux-là, jugeant la psychothérapie non adaptée pour ceux-ci. Sa représentation du patient idéal pour la psychothérapie suggère une inégalité d'accès aux soins psychiatriques. Même s'ils n'y font pas directement allusion, les MF des FG semblent se référer au BDS lorsqu'ils parlent des cas de dépressions chroniques où la souffrance est exprimée par le corps. Un travail de liaison psychique, ou de réattribution symptomatique, peut permettre au patient de mettre en lien ses symptômes somatiques et sa détresse psychologique. Si la souffrance reste exprimée par le corps, le MF sera au premier plan pour gérer son « *fonds de commerce* » (FG1.7), comme l'a exprimé un MF de nos FG.

Dans la prise en charge, le MF se trouve dans l'agir et se fixe l'objectif de guérir le patient ou, soit immédiatement, soit plus tard, y renonce et se concentre sur la relation médecin/patient. La souffrance du patient peut faire naître un sentiment d'impuissance chez le MF. Les supervisions, les formations complémentaires, les interventions entre pairs ou groupes Balint lui sont des aides précieuses. La prise de conscience de ce sentiment d'impuissance permet au médecin de passer du « *cure* » au « *care* ».

Les raisons pour lesquelles le MF requiert la collaboration du psychiatre sont multiples. Sont cités les motifs asséculogiques, le besoin du MF d'être aidé lorsque la situation dépasse ses compétences, et le manque de temps. Le MF aborde tous les aspects du patient, travail complexe et chronophage. Ce facteur doit être pris en compte lorsqu'est analysée sa prise en charge du dépressif chronique, d'autant plus dans un contexte de manque de MF en Suisse.

L'importance que les MF ont donnée à l'accompagnement du dépressif chronique sur le long terme m'amène à m'interroger sur différents points. Est-il possible de créer un espace de « *care* » sur la durée sans avoir une capacité d'attention ?

« Etre, c'est être attentif à l'autre »  
Nicolas Bouvier

Etre attentif à l'autre, l'accueillir dans toute sa complexité, ses travers et ses lumières, de manière bienveillante et non jugeante, telle est l'attitude idéale à adopter dans toute relation humaine. L'attention portée au patient n'est pas une fin en soi, mais l'outil de toute thérapie.

Le développement de cette capacité d'attention passe-t-elle par une démarche d'introspection ? En parlant de leur sentiment d'impuissance, les MF font précisément appel à leur capacité d'introspection. Serait-ce utile pour la prise en charge de la dépression chronique par le MF d'encourager un travail psychothérapeutique chez tout médecin en formation de médecine interne générale ? Ou, dans les circonstances actuelles, serait-ce moins utopique d'encourager davantage une supervision régulière chez un spécialiste en santé mentale, une intervention par des groupes de pairs ou une formation en médecine psychosomatique et psychosociale ?

Les psychiatres et les MF traitent-ils le même type de dépression chronique ? Pour répondre à cette question, le même format d'étude qualitative sous forme de FG sera effectué avec des psychiatres. Cette étude pourrait également permettre de mieux comprendre la collaboration entre les MF et les psychiatres.

Une troisième étude où se rencontreraient lors de FG des MF et des psychiatres ne devrait-elle pas être conduite ? De tels FG permettraient de se focaliser non plus sur les différences entre ces deux professions mais sur leurs convergences : intérêt pour l'humain dans sa globalité, ses histoires de vie, ses récits, intérêt pour la personne individuelle et pour la relation.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] N. Baer, D. Schuler, S. Füglistner-Dousse et F. Moreau-Gruet, "La dépression dans la population suisse : Données concernant l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socioprofessionnelle", *Obsan*, rapport 56, 2013.
- [2] H. U. Wittchen *et al.*, "The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010", *Eur. Neuropsychopharmacol.*, vol. 21, no. 9, pp. 655–679, 2011.
- [3] C. L. Vandeleur *et al.*, "Prevalence and correlates of DSM-5 major depressive and related disorders in the community", *Psychiatry Res.*, vol. 250, no. January, pp. 50–58, 2017.
- [4] G. Ambresin, Y. De Roten et J-N. Despland, "Psychothérapie de la dépression en médecine de premier recours", vol. 167, no. 5, pp. 147–154, 2016.
- [5] R. C. Kessler *et al.*, "The Epidemiology of Major", *JAMA*, vol. 289, no. 23, pp. 3095–3105, 2003.
- [6] D. Blazer, R. Kessler, K. McGonagle et M. Swartz, "The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: the national comorbidity survey", *AM J Psychiatry*, vol. 151, pp. 976-86, 1994.
- [7] H. U. Wittchen et F. Jacobi, "Size and burden of mental disorders in Europe - A critical review and appraisal of 27 studies", *Eur. Neuropsychopharmacol.*, vol. 15, no. 4, pp. 357–376, 2005.
- [8] W. W. Eaton, H. Shao , G. Nestadt, B. H. Lee, O. J. Bienvenu et P. Zandi, "Population-Based Study of First Onset and Chronicity in Major Depressive Disorder", *October*, vol. 65, no. 5, pp. 513–520, 2009.
- [9] D. Schuler, A. Tuch, N. Buscher et P. Camenzind, "La santé psychique en Suisse. Monitoring 2016", *Obsan*, rapport 72, 2016.
- [10] M. Gigling et J.-C. Penochet, "Les représentations sociales de la dépression chez des médecins : entre pratiques et normes", *Papers on Social Representations*, vol. 5, pp. 27-40, 1996.
- [11] P. Tremblay, "Les représentations sociales de la dépression : vers une approche pluriméthodologique intégrant noyau central et principes organisateurs", *J. Int. sur les Représentations Soc.*, vol. 2, no. 1, pp. 1–56, 2005.
- [12] L. Herzig, N. Mühlemann et T. Bischoff, "Troubles émotionnels en médecine de famille ou le visage caché d' une souffrance", *Revue Médicale Suisse*, vol. 6, pp. 1000-1005, 2010.
- [13] M. Otero, "Grand résumé de L'Ombre portée : l'individualité à l'épreuve de la dépression, Montréal, les Éditions du Boréal, 2012", *SociologieS [En ligne]*, Grands Résumés, pp. 0–16, 2017.
- [14] R. L. Spitzer, "Utility of a New Procedure for Diagnosing Mental Disorders in Primary Care", *Jama*, vol. 272, no. 22, pp. 1749-56, 1994.
- [15] C. Dowrick, "Does testing for depression influence diagnosis or management by general practitioners?", *Fam. Pract.*, vol. 12, no. 4, pp. 461–465, 1995.
- [16] H. L. Macmillan, C. J. S. Patterson et C. N. Wathen, "Screening for depression in primary care: Task Force on Preventive Health Care", *Cmaj*, vol. 172, no. 1, pp. 33–35, 2005.
- [17] B. D. Thombs, R. C. Ziegelstein, M. Roseman, L. A. Kloda et J. P. Ioannidis, "There are no randomized controlled trials that support the United States Preventive Services Task Force guideline on screening for depression in primary care: a systematic review", *BMC Med.*, vol. 12, pp. 13-23, 2014.
- [18] L. Herzig *et al.*, "Development of mental disorders one year after exposure to psychosocial stressors; a cohort study in primary care patients with a physical complaint", *BMC Psychiatry*, vol. 12, no. 1, pp. 120-128, 2012.
- [19] I. Kirsch, B. J. Deacon, T. B. Huedo-Medina, A. Scoboria, T. J. Moore et B. T. Johnson, "Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the food and drug administration", *PLoS Med.*, vol. 5, no. 2, pp. 0260–0268, 2008.

- [20] J. J. C. Fournier, R. R. J. Derubeis, S. D. Hollon, R. C. Shelton et J. Fawcett, "Antidepressant drug effects and depression severity", *JAMA*, vol. 303, no. 1, pp. 47-53, 2010.
- [21] C. Barbui, A. Cipriani, V. Patel, J. L. Ayuso-Mateos et M. Van Ommeren, "Efficacy of antidepressants and benzodiazepines in minor depression: Systematic review and meta-analysis", *Br. J. Psychiatry*, vol. 198, no. 1, pp. 11–16, 2011.
- [22] H. Dumesnil *et al.*, "Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Résultats issus d'une enquête menée auprès d'un panel national", *Inf. Psychiatr.*, vol. 90, no. 5, pp. 341-52, 2014.
- [23] G. Ambresin, V. Palmer, K. Densley, C. Dowrick, G. Gilchrist et J. M. Gunn, "What factors influence long-term antidepressant use in primary care? Findings from the Australian diamond cohort study", *J. Affect. Disord.*, vol. 176, pp. 125–132, 2015.
- [24] M. Huibers, A. Beurskens, G. Bleijenberg et C. Van Schayck, "Psychosocial interventions by general practitioners", *Cochrane Database Syst. Rev.*, vol. 3, no CD003494, 2007.
- [25] M. Gognalons-Nicolet et D. Lefebvre, "De la cécité des connaissances à des savoirs par l'expérience", *Revue Médicale Suisse*, vol. 1, 2005.
- [26] P. Guex et Y. Barbier, "Le généraliste et le psychiatre : échec ou réussite ?", *Revue Médicale Suisse*, vol. 1, 2005.
- [27] M. C. Hardy-Baylé et N. Younès, "Comment améliorer la coopération entre médecins généralistes et psychiatres?", *Inf. Psychiatr.*, vol. 90, no. 5, pp. 359–371, 2014.
- [28] N. Younes *et al.*, "General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals", *BMC Fam. Pract.*, vol. 6, pp. 18-24, 2005.
- [29] P. Philippe, "Généralistes - Psychiatres : amis ou ennemis?", *Rev Med Liège*, vol. 66, no. 2, pp. 92-101, 2011.
- [30] D. Widmer, "Les spécificités et compétences du porteur de titre AFC-AMPP", *Primary Care*, vol. 6, no. 23, pp. 424–426, 2006.
- [31] C. Pope, S. Ziebland et N. Mays, "Qualitative research in health care Analysing qualitative data", *Bmj*, vol. 320, no. January, pp. 114–116, 2000.
- [32] L. Marty, P. Vorilhon, H. Vaillant-Roussel, P. Bernard, C. Raineau et B. Cambon, "Recherche qualitative en médecine générale : expérimenter le focus group", *Exercer*, vol. 98, pp. 129-35, 2011.
- [33] M. Blais et S. Martineau, "L'analyse inductive générale: description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes", *Rech. Qual.*, vol. 26, no. 2, pp. 1–18, 2006.
- [34] K. Charmaz, *Constructing grounded theory, second edition*, Thousand Oaks, CA : Sage Publications, 2013.
- [35] W. Schofield, *Psychotherapy: The Purchase of Friendship*, Transaction Publishers, 1986.
- [36] X. Briffault, D. Sapinho, M. Villamaux et K. V, "Factors associated with use of psychotherapy", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 43, pp. 165-171, 2008.
- [37] G. Ivbijaro, *Companion To Primary Care Mental Health*, London, Wonca and Radcliffe Publishing, 2012.
- [38] T. Hartmann, "Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis : course and prognosis : a systematic review", *J. Psychosom. Res.*, vol. 66, pp. 363–377, 2009.
- [39] N. Rasmussen, M. Bernard, and Harmsen WS, "Physical symptoms that predict psychiatric disorders in rural primary care adults", *J. Eval. Clin. Pract.*, vol. 14, pp. 399–406, 2008.
- [40] Z. J. Lipowski, "Somatization: The concept and its clinical application", *Am. J. Psychiatry*, vol. 145, no. 11, pp. 1358–1368, 1988.
- [41] K. Leiknes, "Overlap, comorbidity, and stability of somatoform disorders and the use of current versus lifetime criteria", *Psychosomatics*, vol. 49, pp. 152–162, 2008.

- [42] C. Dowrick *et al.*, "General practitioners' views on reattribution for patients with medically unexplained symptoms: a questionnaire and qualitative study", *BMC Fam. Pract.*, vol. 9, no. 1, pp. 46-55, 2008.
- [43] L. Nils, "Le médecin généraliste, le patient... et le psy : une concertation?", *Ethica Clinica*, vol. 33, pp. 6-7, 2003 ; cité dans : P. Philippe, "Généralistes - Psychiatres : amis ou ennemis?", *Rev Med Liège*, vol. 66, no. 2, pp. 92-101, 2011.
- [44] J. Lescanne, "Du bon usage du psychiatre par le médecin généraliste", *Psychologie Médicale*, vol. 27, pp. 61-62, 1995.
- [45] A. Budtz-Lilly, A. Schröder, M. T. Rask, P. Fink, M. Vestergaard et M. Rosendal, "Bodily distress syndrome: A new diagnosis for functional disorders in primary care?", *BMC Fam. Pract.*, vol. 16, no. 1, pp. 180-190, 2015.
- [46] L. Morasz, *Prendre en charge la souffrance à l'hôpital : patients, soignants, familles*, Editions Dunod, 2003.
- [47] M. Balint, *Le médecin, son malade et la maladie*, Payot, 1996.
- [48] C. Hutton et J. Gunn, "Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice? A systematic literature review", *BMC Health Serv. Res.*, vol. 7, no. 1, pp. 71-85, 2007.
- [49] N. Senn, S. T. Ebert et C. Cohidon, "La médecine de famille en Suisse. Analyse et perspectives sur la base des indicateurs du programme SPAM (Swiss Primary Care Active Monitoring)", *Obsan*, dossier 55, 2016.