

## **ANNEXE I : LES A PRIORI DES CHERCHEURS (DOCUMENT GROUM-F)**

1. Quelle est ma question initiale ?
2. Comment en suis-je venu à me poser cette question ?
3. Si j'étais moi-même interrogé, quelle serait ma réponse ?
4. Pourquoi suis-je convaincu que cette question est pertinente ?
5. Quelles réponses est-ce que j'attends des participants ?
6. Quelles réponses me sembleraient complètement aberrantes ?
7. Quelle est finalement ma question de recherche ?

## **ANNEXE II : GUIDE POUR LES FG**

### **Rédaction d'une situation clinique par les participants**

« Pour commencer ce focus group, nous vous proposons de prendre cinq minutes pour réfléchir à une situation de dépression chronique au cabinet que vous auriez envie de décrire, et de le faire par écrit »

### **Questions du FG**

1. En pensant à la situation clinique que vous venez d'écrire, qu'est-ce qui à vos yeux caractérise la dépression chronique en médecine générale ?
2. Comment faites-vous face à un patient dépressif chronique ?
  - a. Quel type de prise en charge proposez-vous ?
  - b. Pourquoi proposeriez-vous ce type de prise en charge ?
  - c. Quelles sont les difficultés que vous rencontrez ?
  - d. Quel est votre ressenti face à ces patients ?
3. Dans le cas de la dépression chronique, comment voyez-vous le rôle du psychiatre ?
  - a. En pensant à des situations cliniques que vous connaissez, pouvez-vous nous dire pourquoi et comment vous décidez de faire appel ou non à un psychiatre ?
  - b. En quoi votre action serait différente et/ou complémentaire à celle du psychiatre dans ces situations-là ?
  - c. Que devrait-on / pourrait-on faire pour que la collaboration entre les médecins de famille et les psychiatres se passe mieux ?
4. Est-ce que votre représentation de la dépression a changé au fil des années ?

### ANNEXE III : TABLEAUX RESUMANT LES CARACTERISTIQUES DES PARTICIPANTS AUX FOCUS GROUPS

Focus group N°1 4 participants					
Age	Genre	Formations complémentaires	Installation en cabinet depuis...	Activité en tant que MF	Localisation du lieu de pratique
44	Femme	Médecine psychosomatique	11 ans	En petit cabinet de groupe (2 à 5 médecins)	Rurale
56	Femme	i) Hypnose ii) Médecine psychosomatique et psychosociale iii) Phytothérapie	17 ans	En cabinet individuel	Semi-urbaine/ Agglomération
50	Femme	i) Médecine psychosomatique et psychosociale ii) Hypnose iii) Médecine manuelle	16 ans	Au sein d'une policlinique	Urbaine
45	Homme	Médecine psychosomatique et psychosociale	10 ans	En petit cabinet de groupe (2 à 5 médecins)	Urbaine

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins participants au premier FG

Focus group N°2 7 participants					
Age	Genre	Formations complémentaires	Installation en cabinet depuis...	Activité en tant que MF	Localisation du lieu de pratique
52	Homme	i) Médecine psychosomatique et psychosociale ii) Formation TCC	16 ans	En petit cabinet de groupe (2 à 5 médecins)	Semi-urbaine/ Agglomération
33	Femme	Formation pour le laboratoire du praticien	-	En formation actuellement (psychiatrie)	Urbaine
36	Homme	-	-	Au sein d'une policlinique	Urbaine
66	Homme	-	26 ans	En cabinet individuel	Urbaine
37	Homme	-	-	Au sein d'une policlinique	Urbaine
57	Homme	Médecine manuelle	25 ans	En grand cabinet de groupe (> 5 médecins)	Urbaine
56	Homme	-	24 ans	En cabinet individuel	Urbaine

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins participants au deuxième FG

Focus group N°3 11 participants					
Age	Genre	Formations complémentaires	Installation en cabinet depuis...	Activité en tant que MF	Localisation du lieu de pratique
61	Homme	Formation en échographie	21 ans	En cabinet individuel et EMS	Urbaine
71	Homme	i) Médecine psychosomatique et psychosociale ii) Relaxation bio-sophro-dynamique	40 ans	En cabinet individuel	Semi-urbaine/ Agglomération
47	Homme	Médecine psychosomatique et psychosociale (formation en cours)	1 an	En petit cabinet de groupe (2 à 5 médecins)	Semi-urbaine/ Agglomération
66	Homme	Médecine psychosomatique et psychosociale	32 ans	En cabinet individuel	Rurale
44	Homme	-	9 ans	En cabinet individuel	Urbaine
30	Femme	i) Formation post graduée de psychiatrie ii) Certificat discrimination, santé et droits humains	-	Au sein d'une polyclinique	Urbaine
43	Femme	i) Médecine psychosomatique et psychosociale ii) Hypnose	10 ans	En cabinet individuel	Urbaine
54	Femme	i) Médecine psychosomatique et psychosociale ii) Formatrice en entretiens motivationnels	11 ans	En cabinet individuel	Semi-urbaine/ Agglomération
60	Femme	-	25 ans	En petit cabinet de groupe (2 à 5 médecins)	Semi-urbaine/ Agglomération
71	Homme	i) Cours post gradués en psychiatrie ii) Cours en sophrologie	27 ans	En cabinet individuel	Urbaine
41	Femme	Médecine psychosomatique et psychosociale	4 ans	En petit cabinet de groupe (2 à 5 médecins)	Urbaine

Tableau 3 : Caractéristiques des médecins participants au troisième FG

## ANNEXE IV : LISTE DES CODES

<b>COMMENT LES MEDECINS DE FAMILLE SE REPRESENTENT-ILS LA DEPRESSION CHRONIQUE ?</b>	<u>EN DEFINISSANT UN PROFIL DU PATIENT DEPRESSIF CHRONIQUE</u>	<b>Variables sociodémographiques</b>	Migration	
			Hérédité	
			Religion	
			Genre	
			Âge	
		<b>Evènements et cadre de vie</b>	Situation psychosociale complexe	
			Traumatismes	
		<b>Présentation clinique</b>	Mode de fonctionnement	
			Mode de présentation	
			Anticipent la survenance de la dépression longtemps à l'avance	
		<u>EN EVOQUANT DES TYPES DE DEPRESSIONS</u>	<b>Réactionnelles</b>	Echo à des évènements traumatiques passés
			<b>Pour garder le lien</b>	
		<b>Décrite par les classifications internationales</b>		
		<b>Dépressions saisonnières</b>		
		<b>Dépression récurrente</b>		
		<b>Début de la démence</b>		
		<b>Burn out</b>		
		<b>Dépressions masquées</b>		
		<b>Chaque dépression chronique est unique</b>		
		<b>Représentation générale de la population</b>		
	<u>EN MESURANT LA PLACE DE LA DEPRESSION CHRONIQUE EN MEDECINE DE FAMILLE</u>	<b>Beaucoup de temps</b>	Consultations longues et fréquentes	
		<b>Responsabilité de la prise en charge</b>		
	<u>EN EVOLUANT DANS LEUR REPRESENTATION</u>	<b>Augmentation de la souffrance au travail</b>		
<b>COMMENT LES MEDECINS DE FAMILLE PRENNENT-ILS EN CHARGE LA DEPRESSION CHRONIQUE ?</b>	<u>EN IDENTIFIANT DES DIFFICULTES</u>	<b>Etablissement du diagnostic</b>	Difficulté à utiliser des critères diagnostiques reconnus	
			Doute quant à la réalité de leur diagnostic	
			Obligation de catégoriser le patient	
			Obstacle de la trop grande proximité avec le patient	
		<b>L'annonce ou l'évocation du diagnostic</b>		

		<b>Dans le suivi</b>	<u>Gestion des demandes de l'entourage</u> <u>Evaluation des idées suicidaires</u> <u>Relations conflictuelles avec les assurances</u> <u>Se sentir impuissants, seuls, inefficaces ou coincés</u> <u>Manque de temps</u>
	<u>EN UTILISANT DES OUTILS</u>	<b>Savoir-faire</b>	<u>Diagnostic différentiel</u> <u>Mise en place d'un cadre</u> <u>Suivis régulier</u> <u>Réponse aux e-mails/lettres/SMS</u> <u>Prescription d'arrêts de travail</u> <u>Eviter trop d'investigations</u> <u>Elaborent autour de la plainte somatique</u> <u>Valorisent les ressources</u> <u>Interviennent dans le milieu du patient</u> <u>Remettre en marche</u> <u>En collaborant avec d'autres intervenants</u> <u>Exposent au patient les différentes possibilités de traitement</u> <u>Médecines complémentaires</u> <u>Prescription d'antidépresseurs</u> <u>Entreprennent des formations complémentaires</u>
		<b>Savoir-être</b>	<u>Avec l'expérience</u> <u>Prise en charge s'adaptant de situations en situations</u> <u>Soigner le soignant</u> <u>Tenir</u> <u>Apprennent à gérer leurs émotions</u> <u>Instauration d'un lien avec le patient</u> <u>Renoncer à guérir</u>
<b>COMMENT SE PASSE LA COLLABORATION MEDECIN DE FAMILLE/PsYCHIATRE ?</b>	<u>LES REPRESENTATIONS DU METIER DE MEDECIN DE FAMILLE ET DE PSYCHIATRE</u>	<b>Leur propre métier</b>	
	<u>POURQUOI LES MEDECINS DE FAMILLE NE COLLABORENT-ILS PAS AVEC LES PSYCHIATRES ?</u>	<b>Celui de leurs collègues spécialistes en santé mentale</b>	
		<b>Nombre insuffisant de psychiatres</b>	

		<b>Refus du patient</b>	<u>Image négative du psychiatre</u>
			<u>Défaut de motivation</u> <u>Peur</u>
		<b>Le MF assume lui-même la prise en charge</b>	
<u>POURQUOI LES MEDECINS DE FAMILLE COLLABORENT-ILS AVEC LES PSYCHIATRES ?</u>		<b>Bons cas</b>	
		<b>Mûr</b>	
		<b>Demande du patient</b>	
		<b>Demande de l'employeur</b>	
		<b>Expertises requises par les assurances</b>	
		<b>Demandée par le MF</b>	<u>Etablir le diagnostic</u>
			<u>Introduire le traitement médicamenteux</u>
			<u>Symptomatologie anxieuse envahissante</u>
			<u>Risque suicidaire</u>
			<u>Etat du patient, ordinairement stable, s'aggrave</u>
			<u>Résultat de la thérapie qu'il a entreprise n'est pas favorable</u>
			<u>Faute de temps disponible</u>
			<u>Utile aux patients</u>
			<b>Psychiatre adresse le patient au MF</b>
<u>COMMENT LES MEDECINS DE FAMILLE COLLABORENT-ILS AVEC LES PSYCHIATRES ?</u>		<b>Manque de clarté quant aux rôles respectifs</b>	
		<b>S'adapter</b>	
		<b>Médication</b>	
		<b>Arrêts de travail</b>	
		<b>Ne revoit plus le patient</b>	
		<b>Effectuer un bon de délégation une fois par année</b>	
		<b>Un suivi chez le MF demeure en parallèle</b>	
		<b>Alternance de la prise en charge entre le MF et le psychiatre</b>	
		<b>Types de communication</b>	<u>Communiquent bien</u>
			<u>Contacts sont rares</u>
			<u>Contacts que s'ils se rencontrent dans le privé</u>
			<u>Jamais de contact</u>
			<u>Communiquer par le biais de réseaux</u>
			<b>Psychiatres sont très soutenant</b>
		<b>Selon la région</b>	

## **ANNEXE V : VERBATIM ILLUSTRANT LA CARTE CONCEPTUELLE**

### **1**

1.7 : (...) c'est des gens qui sont capables justement de lire au fond d'eux-mêmes leurs émotions, d'élaborer, de faire des liens, c'est le profil plutôt intellectuel, si on veut bien. J'aurais tendance à envoyer plutôt ces patients chez le psychiatre.

### **2**

1.7 : Et puis après, il y a la question de la disponibilité aussi, parce qu'il faut reconnaître, moi j'aime bien, aussi, ces patients intéressants où on a l'impression qu'ils font des liens, et puis j'aime bien faire ça avec eux. Mais après, assez vite il faut augmenter la cadence, il faut les voir plus longtemps et plus fréquemment, puis là, la réalité c'est que, en tout cas mon contexte campagnard, médecine de premier recours, je n'ai pas le temps pour voir plus que quelques-uns de mes patients aussi régulièrement qu'il faudrait pour pouvoir faire un... bien avancer, donc, ça c'est souvent un petit peu la limite, aussi.

### **3**

2.8 : Bon, il y a aussi le bon de délégation, hein ? (*Rires*) Il y a souvent les gens, non mais alors c'est des gens qu'ils [les psychiatres] suivent et qu'on ne revoit pas, et une fois par année, on a un téléphone comme quoi est-ce qu'on pourrait nous refaire un bon de délégation.

### **4**

2.2 : (...) au fond je crois que ce qu'on remarque tous un p'tit peu c'est que souvent, nous on est des somaticiens au fond, et les gens viennent avec des plaintes somatiques qui sont souvent le reflet d'une souffrance qui n'est pas validée autrement. Quand on voit tous ces gens qui viennent avec un Burn-out ils arrivent toujours avec des symptômes physiques pas très clairs au fond qui sont en fait des signaux d'alarme, et si on arrive à les choper à ce moment-là, on arrive à éviter des dégâts. Les êtres humains résistent avec leurs ressources et souvent c'est le corps qui parle et puis quand le corps il peut plus, ben pouf (...)

### **5**

1.2 : (...) la personne avait tous les ingrédients prêts pour qu'elle ait à un moment donné vraiment un diagnostic de dépression, mais que moi je l'avais, disons, anticipé longtemps à l'avance (...)

1.3 : (...) le cas que j'ai choisi c'est aussi quelque chose où on voit que ça va arriver, ça, c'était aussi, c'est une femme, aussi, 50-60 ans, 55 ans, originaire du Portugal, et puis ce qui fait, alors, les motifs de consultation qui fait qu'on va voir pour des douleurs chroniques (...)

### **6**

2.2 : On est quand même la première porte d'entrée vers les soins, les gens ils viennent avec, ils nous balancent leurs trucs et puis moi, je suis frappé, je ne sais pas si c'est votre expérience, mais ces patients qui ont des sortes de somatisations, des douleurs pas claires, qu'on comprend pas, chez qui on multiplie les examens dans le fond. Ces gens-là, à un moment donné, il faut s'arrêter et se dire... Enfin moi j'essaie de rentrer en matière là-dedans, je parle du corps comme le théâtre des émotions, ce genre de choses, puis des fois ça ouvre. Puis des fois, il faut attendre six mois, une année, deux ans pour que ça ouvre. Au fond c'est un billet d'entrée pour finalement créer un lien important avec le patient. Et quand on a ce lien correct, au fond les gens là peuvent des fois rentrer en matière, et des fois ils résistent comme des brutes, et puis tout d'un coup, il y a un gros clash. Je pense que souvent dans ces troubles physiques atypiques au fond, il y a toujours anguille sous roche, au fond ça vaut la peine d'aller tatouiller le bouillon.

## 7

1.3 : Et puis, après... Les thérapies médicamenteuses, moi, j'aime moyennement, donc, parfois on met mais je n'ai pas l'impression que ça fait des miracles, 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, et puis voilà.

2.3 : C'est là où je trouve que la facilité de diagnostic de dépression par le spécialiste ou par un autre collègue généraliste qui n'a pas forcément un lien privilégié, une relation prolongée, une certaine continuité de soins, favorisera éventuellement un diagnostic, parce que sur une évaluation épisodique, ponctuelle, il pourra quand même établir un diagnostic de manière plus précise et être plus frappant lorsqu'il y a l'argument de proposition thérapeutique.

2.4 : Je ne serai pas à l'aise pour mettre un antidépresseur sans voir un psychiatre avant.

## 8

1.7 : Puis une difficulté de thématiser sur la problématique sur le conflit psychique, sur la problématique et le vécu émotionnel. Et puis qu'il faut des années avant que petit à petit le matériel émotionnel émerge puis qu'on puisse commencer au travers du lien à faire émerger des choses, et puis mon expérience c'est que souvent, à certains moments, (...) j'ai l'impression que c'est bingo, c'est quand les gens peuvent être branchés sur la prise en charge psychothérapeutique. Tout d'un coup, les éléments sont là et puis ils peuvent passer la vitesse supérieure.

2.7 : (...) 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, je ne sais plus qui disait quand on l'envoie, 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.

## 9

Le patient n'est pas mûr pour le psychiatre :

2.5 : (...) je pense que ça dépend en fait des patients et puis comment on peut entrer en fait en discussion avec eux autour de la plainte somatique qu'ils amènent. J pense qu'il y a certains patients pour lesquels c'est difficile. Et puis, ils restent à leurs plaintes somatiques.

Le MF prend la responsabilité de la prise en charge :

2.3 : 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 aussi 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.

## 10

Accompagnement au long cours :

1.2 : Comme tu disais, on se prescrit, mais ça, c'est vrai qu'au début, on n'ose pas se prescrire, mais le lien, c'est ce qui est le plus important. D'ailleurs ça a été mis en évidence dans les études. Le lien, c'est ce qui aide la personne à se sentir vivre, donc.

- 1.7 : Moi, j'adore l'idée qu'il faut les aimer nos patients, je trouve que ça ne passe jamais, cette idée-là, mais je la dis de nouveau parce que c'est quelque chose auquel je tiens. Je trouve que, au bout d'un moment, quand on a pu dépasser ce stade où ils nous repoussent un peu parce qu'on a l'impression qu'ils sont plaintifs, que voilà. Et puis finalement, ils deviennent attachants, on se met à les apprécier et à les aimer, je pense que c'est réciproque et je pense que là, y a quelque chose, quand on est là-dedans, y a quelque chose qui bouge, ouais.

- 1.3 : Ou qui peut bouger. Après, on peut faire des propositions auxquelles ils vont adhérer parce qu'il y a une confiance qui s'est faite, et c'est vraiment ça le gros travail, c'est juste, c'est mis en mots.

3 : Mais de simplement expérimenter un lien humain... euh bienveillant, un peu spontané, bien sûr qu'on n'a pas le même objectif que les psychiatres, mais je crois que c'est déjà de... qu'ils puissent expérimenter ça dans leur vie et c'est majeur pour eux. Pis de savoir qu'il y a quelqu'un qui est là pour entendre, et qui sera toujours là pour entendre, entre guillemets toujours, on est d'accord, mais, je veux dire que ça, c'est hyper thérapeutique pour eux, ne serait-ce que... Ben, moi, avec cette dame, j'ai eu parfois des échanges sur Whatsapp juste « bonjour, je ne me sens pas très bien aujourd'hui », puis je lui réponds voilà, « est-ce qu'il faut qu'on appelle le médecin de garde parce que moi je ne suis pas disponible aujourd'hui », puis elle dit « non, non, juste cet échange ça va aller », puis je lui refixe un rendez-vous dans deux jours, puis ça lui permet d'avoir des petits points, comme ça (...)

3 : mais, voilà, la dépression, ils doivent peut-être repasser chaque fois ce chemin-là et ben, voilà, je suis dans le... je rebondis sur l'accompagnement, enfin, qu'ils fassent ce chemin, mais pas tout seuls, puis qu'ils s'entendent raconter ce chemin, et même si c'est un chemin qui tourne un peu en rond, des fois, peut-être, de temps en temps, ils vont pouvoir trouver une autre sortie (...)

3 : Mais c'est qu'au fond, ce qui prime sur le diagnostic pis le traitement d'un diagnostic c'est au fond un accompagnement je dirais existentiel d'êtres humains qui pour certains ont un parcours dramatique comme on a pu en entendre, d'autres sur un plan peut-être plus symbolique.

#### Difficultés au cours du suivi :

1.7 : Peut-être que le sentiment d'impuissance c'est aussi ce sentiment un peu désespérant de se dire, mais ces gens, finalement on est vraiment installé dans la chronicité, ces gens ils sont accrochés à nous un peu comme tu le disais. Et puis, il faut leur offrir ce cadre dans la continuité, sur la longueur, et puis des fois on a l'impression qu'on bouge pas, qu'on n'avance pas, et puis ça, on sait que ça fait partie du jeu. Mais des fois malgré tout on est rattrapé par ce sentiment de vacuité ou de manque d'efficacité (...)

2.6 : (...) le poids sur nos épaules de ces consultations où jamais rien ne va (...)

#### Soigner le soignant :

1.7 : Moi, je pense que ce que ces formations [complémentaires] nous permettent, c'est nous défaire de cette idée qu'on doit absolument faire quelque chose et sauver le monde, et puis que, nous défaire de l'ampleur de la tâche finalement, et puis nous autoriser à aller à la rencontre des gens, et puis de se positionner en tant qu'humains, qui y a aussi des, 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 est moins dans une position comme ça, 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 (...)

1.2 : Mais je pense qu'en fait les facteurs d'impuissance qu'on a dû vivre au début de notre installation en tant que médecins généralistes, en tout cas moi, je sais, que c'est ça qui m'a poussée à faire des formations. Je me disais, mais, je n'ai pas d'outils, même si j'ai fait la formation en médecine interne générale selon les règles de l'art, machin, j'ai pas d'outils pour cette espèce de magma qu'on a décrit tout à l'heure, et je me sens impuissante, hein, je veux dire. Moi, j'avais fait quand même de la psychiatrie, disons, à l'hôpital psychiatrique, donc, j'étais censée avoir plein d'outils, mais en fait, moi je me suis sentie rapidement... Donc, ça m'a poussée, ce sentiment d'impuissance, et l'intérêt m'a poussée à faire des formations.

2.3 : C'est exactement soigner le soignant pour être capable d'éviter la fatigue compassionnelle qui existe par rapport à ces patients qui sont multi plaintifs, qui ne sont pas forcément très adhérents au traitement et qui sont pas très positifs aussi. C'est probablement l'aspect que je valoriserai.

2.7 : Pis effectivement, des fois, on en peut plus, et puis les Balint c'est vraiment très utile. Parce qu'on peut parler, puis on va mieux, on aborde le patient différemment, et le patient va mieux souvent après qu'on ait parlé en Balint, ça c'est vrai, c'est bien de le signaler, ça.

3 : Et c'est pour ça qu'il y a des groupes de pairs, ou je ne sais pas comment on appelle ça, des supervisions, parce que ça pèse à certaines personnes, et ça les aide à continuer à soutenir ces patients chroniques dépressifs.

#### Remettre en marche :

1.3 : Mais je trouve que travailler tout seul, ce n'est pas... il faut vraiment aborder sous différentes choses, pour un peu redonner de la vie puis redonner de... remettre en marche. Donc dans ces cas-là, moi, j'aime bien m'adresser à des centres où on a ces possibilités, art thérapie, des choses comme ça, groupes de gym, groupes de marche. Moi j'essaie vraiment, je vais là-dedans.

1.6 : Et plus souple, ouais, et plus, moins... moi, en ce moment je pars beaucoup sur les ressources du patient, les choses extérieures, et moins prendre sur moi, et puis beaucoup plus remettre le patient au milieu de son milieu, quoi, quand il en a un. C'est, donc, je ne sais pas, je porte moins, j'essaie de moins porter.

1.7 : Mais les outils, pour rebondir sur ce que tu disais, moi j'aime bien aussi l'ergothérapie, hein, ça fait partie aussi des outils que j'utilise quand précisément la patiente c'est pas forcément la psychiatre qu'il faut, et plutôt de réinsérer les gens, de leur permettre de travailler dans du concret, d'occuper aussi leurs journées, de se mettre un rythme. Donc, ça, je trouve que c'est très pratique, je le fais aussi volontiers. Des fois, c'est plutôt par le biais de la physiothérapie, parce que c'est des gens qui ont plutôt besoin d'être soignés sur le plan corporel ou des douleurs (...)

#### Renoncer à guérir (passage du « cure » au « care ») :

1.7 : Il y'a une espèce d'acceptation avec ces dépressifs chroniques finalement, on les accompagne, quoi. Enfin à un moment donné on arrête d'essayer de vouloir à tout prix de guérir, il me semble. Et puis on les accompagne des années.

2.2 : Quand on commence à être médecin au fond, on a la certitude profonde qu'on va sauver tout le monde et tout de suite. Et puis avec le temps et l'expérience, on se rend compte que ce n'est pas tout à fait comme ça, au fond. Souvent on arrive, je pense avec l'expérience, à limiter nos objectifs à quelque chose de raisonnable.

3 : Mais moi, je voulais dire que les suivre ce n'est pas rien faire. C'est assez important de le dire, parce que voilà, ils sont dépressifs chroniques, je fais rien. Non. Je les accompagne. Ce n'est pas rien faire. Ça, c'est un psychiatre qui m'avait dit « mais, oui, c'est très important, continuez d'y aller, vous n'allez pas l'améliorer, mais voilà c'est un soutien ». Ce n'est pas rien faire. Ce n'est pas les guérir, ce n'est pas rien faire. Mais c'est vrai qu'en tant que généraliste au bout d'un moment on doit apprendre. C'est ça. On ne peut pas guérir tout le monde.

3 : Ce que je trouve important c'est qu'ils ont besoin d'être vus régulièrement. Et puis ça, c'est vraiment le travail qu'on fait, c'est de soutenir, et puis il faut accepter notre incapa... il faut accepter qu'on n'arrive pas à les guérir.

3 : Et c'est vrai qu'on les, enfin, j'ai l'impression de leur offrir plutôt une sorte d'accompagnement et je ne sais pas où ça va mener, (...) je peux proposer, comme tous les collègues proposent, relancent, font du lien autour, 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, en fait.

3 : Et d'accepter la plainte. Je veux dire, voilà, on est impuissant, mais moi je m'en fous d'être impuissant. L'essentiel c'est que je l'aide. Il faut accepter de, je trouve que c'est, je n'aime pas ce terme d'impuissance. C'est comme si c'était un échec, en fait. Quand on dit qu'on est impuissant, c'est un échec. Mais si c'est un échec, le patient, il va plus continuer à venir chez nous, il va s'aggraver. Mais comme il ne s'aggrave pas forcément, c'est que, au contraire, c'est qu'on est très utile.

## 11

2.2 : C'est un monsieur costaud de 120 kg comme ça, avec un bon accent jurassien, effondré en pleurs. Enfin il n'en peut plus, il n'arrive plus à s'adapter aux nouvelles technologies, machin tout ça. Et puis j'estimais en fait que je pouvais le prendre en charge tout seul. Et j'introduis des antidépresseurs. C'est

quelqu'un avec qui on s'entend très bien. Et l'employeur convoque le patient, et il lui dit, écoutez, il faudrait voir un psychiatre. Pis lui, il me dit, « j'suis bien avec vous et puis je n'ai pas envie », mais, enfin, il me demande, parce qu'autrement, il risque de lui couper les prestations.

## 12

1.2 : Et puis c'est de tenir bon, je ne sais pas, une espèce de, c'est comme si on était un phare, finalement. On dit attention, attention, attention. Puis à un moment donné, on dit oui, mais là, ça ne va apparemment pas aller, enfin. Donc, en fait, c'est de tenir bon, et puis il y a un moment donné où il faut, effectivement, dans ce genre de situations, moi j'ai besoin d'un partenaire spécialisé, quoi. Ouais, ça c'est important.

1.7 : Et puis on aimerait bien des fois être aidé, et puis des fois, aidé, ce serait envoyer au psychiatre

2.7 : Moi quand je me dis, tiens je vais prendre cette situation tout seul, c'est dans mes cordes, je dis toujours au patient, si à un moment donné, ça devient trop pour moi, il faut que vous m'autorisiez à vous proposer un psychiatre. Déjà, ça aide. Comme ça de savoir pile le moment où effectivement où cela devient trop complexe, 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. Ou effectivement ça devient, il y a trop de dangerosité, avec des risques suicidaires, des choses comme ça, effectivement.

2.2 : 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, de faire les choses que nous. Et ça, il faut être conscient de nos limites par rapport à ce truc très factuel au fond.

2.7 : Il y a quand même tout le cortège de l'anxiété qu'il y a autour de la dépression. Souvent on prescrit un antidépresseur d'abord pour calmer l'anxiété. Enfin, souvent je me trouve dans cette situation. Donc, il y a toute la dépression à gérer quoi sur le plan psychologique j'entends. Ça c'est aussi quelque chose qui décide des fois à remonter plus vers le psychiatre. L'anxiété prend tellement de place, qu'on tourne en rond, quoi.

## 13

Pas de psychiatre :

1.7 : (...) ceux qui s'expriment par le corps, ceux qui s'expriment par la plainte, qui ont de la peine à se... à lire au fond d'eux-mêmes, ben, ceux-là, ils restent accrochés à nos consultations et puis à cette partie de notre fonds de commerce, pour finir, quoi.

3 : (...) c'est une dame que je suis depuis trente ans à peu près. Ça fait une vingtaine d'années qu'elle est dépressive à la suite de conflits conjugaux, divorce, des enfants qui ont posé des problèmes, l'un parce qu'il refusait de se lever le matin pour aller à l'école, enfin, etc. C'était très complexe. Elle a perdu son emploi, ce qui a aggravé les choses. Je l'ai envoyée chez un psychiatre. Je ne vous dirai pas qui parce qu'il l'a complètement démolie et puis elle n'a pas... je crois qu'elle a fait quelques mois puis elle a ensuite arrêté ce traitement.

Psychiatre superviseur :

- 2.8 : 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, les gens étaient aussi moins... C'était à Château d'Oex... Et là de prendre un superviseur, un psychiatre superviseur, on avait présenté, c'est un Balint, non ce n'est pas tout à fait un Balint, j'sais pas, mais c'était ciblé, mais de pouvoir s'aider de cette façon-là. Et là je crois qu'ils essaient à la polyclinique de mettre quelqu'un, d'avoir un consilium possible (...)
- 2.2 : Moi, j'ai suivi deux patients.
- 2.4 : Ça marche très bien.
- 2.8 : Oui je pense ! C'est une bonne chose.

## 14

- 1.7 : 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 , il y a une espèce de, de
- 1.2 : ... de mélasse ! (*rires*)
- 1.7 : C'est vraiment à la carte, quoi.
- 1.3 : Ouais, c'est juste, t'as raison, c'est vraiment à la carte. Des fois t'es très surpris ! (*silence*) Qui décide quoi, et puis, on sait pas très bien, si c'est le psychiatre, si c'est le patient, oui, des fois tu te poses la question. Qui décide, qui fait le...
- 1.7 : Oui, d'ailleurs, des fois, ça nécessite d'être explicite.
- 1.3 : Ouais, d'être... ce n'est pas toujours clair. (*silence*)

1.3 : En fait, ils viennent chez nous, et puis nous, on dit ben, il y a un fond dépressif, mais ils viennent parce que souvent, ils viennent par un abord physique, hein. Donc, ce n'est peut-être pas tout à fait les mêmes patients, donc il y a quand même, on a créé un lien, et il y a quand même ce lien qui reste et puis il y a pas tout qui va s'arrêter comme ça, même s'ils vont chez le psychiatre. (*petit rire*)

- 3 : On est quand même le coordinateur de tout ça, finalement.
- 3 : Un coordinateur peut-être plus actif justement que parfois le psychiatre peut-être parce qu'on connaît aussi la famille.
- 3 : Exactement. On connaît la situation.
- 3 : On est plus en lien avec le CMS où on cherche justement à chaque fois, je pense, quand même des solutions même si parfois d'une certaine façon, voilà, on aimerait, on doit faire avec. Que faire, il y a tous ces aspects qu'on ne peut pas changer, mais en effet je suis d'accord par rapport au fait que, par rapport à cette impuissance qu'on peut ressentir, ben de continuer à être toujours dans la recherche de mettre le doigt sur de nouvelles ressources, ou sur des choses qu'on n'a pas vues.

## 15

3 : Et le problème majeur pour moi, c'est que lorsque je vois que la situation dépasse ma compétence, et je demande l'aide d'un psychiatre, j'envoie le patient ou la patiente au psychiatre, je le perds. Je n'ai plus aucun feedback. Je le perds, et ça, c'est regrettable. Alors je dois toujours écrire pour demander quelques... j'ai dû même intervenir auprès du médecin cantonal à plusieurs reprises pour que je puisse avoir des rapports de patients que j'ai envoyés moi-même pour affiner le diagnostic, pour le prendre d'une façon différente que moi, puisque certainement le psychiatre a plus d'expérience que moi, mais je perds le patient.

## 16

2.6 : 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 ».