

Pratiques et réflexivité des psychiatres-psychothérapeutes dans le diagnostic et la prise en charge de la dépression chronique

Audrey Linder^{1,8}

Daniel Widmer^{2,9,10}

Antoine Burguburu^{3,8}

Yves de Roten^{4,8,10}

Jean-Nicolas Despland^{5,6,8,10}

Gilles Ambresin^{5,7,8,10}

¹ Sociologue, chargée de recherche

² Médecin généraliste

³ Étudiant en médecine

⁴ Psychologue, PD MER

⁵ Psychiatre-psychothérapeute

⁶ Professeur ordinaire

⁷ Médecin associé

⁸ Institut universitaire de psychothérapie (IUP), Département de Psychiatrie du Centre hospitalier universitaire vaudois (DP-CHUV)

⁹ Département de médecine de famille (DMF), Unisanté, Faculté de biologie et de médecine

¹⁰ Université de Lausanne (FBM-Unil)

Résumé. Nous nous intéressons à la définition et à la prise en charge de la dépression chronique du point de vue du psychiatre, à l'aide d'une démarche qualitative. Si de nombreuses études comparent l'efficacité des traitements de la dépression chronique, on ne sait que peu de choses des pratiques réelles de ceux qui les mettent en œuvre. En analysant trois focus groups menés avec un total de 16 psychiatres suisses romands, nous montrons que les psychiatres se forment une représentation de la dépression chronique en s'appuyant à la fois sur les catégories diagnostiques, le fonctionnement psychique et des éléments sociaux et contextuels. Nous distinguons trois types de psychothérapie : la psychothérapie à visée de changement, la psychothérapie à visée conservatrice, et la thérapie par défaut. Nous discutons du rôle du vécu du psychiatre et de sa réflexivité pour lui permettre de passer d'une forme d'apathie à la mobilisation d'outils de psychothérapie.

Mots clés : psychiatre, prise en charge, psychothérapie, dépression chronique, pratique professionnelle, réflexivité

Abstract. The practices and self-reflections of psychiatric psychotherapists engaged in the diagnosis and care of chronic depression. In this article we address the definition of chronic depression and its management from the psychiatrist's point of view, using a qualitative approach. While there have been many comparative studies of treatments for chronic depression, little is known about the actual practices of those who implement these treatments. Through an analysis of three focus groups conducted with a total of 16 psychiatrists in French-speaking Switzerland, we show that psychiatrists form their representation of chronic depression on the basis of diagnostic categories, psychic functioning, and social and contextual factors. We distinguish between three types of psychotherapy: change-oriented psychotherapy, conservative psychotherapy, and default therapy. We discuss the role played by the psychiatrist's experience and self-reflection in enabling him or her to move from a form of apathy to the mobilization of psychotherapeutic tools.

Key words: psychiatry, care, psychotherapy, chronic depression, professional practice, self-reflection

Resumen. Prácticas y reflexividad de los psiquiatras-psicoterapeutas en el diagnóstico y atención de la depresión crónica desde el punto de vista del psiquiatra, utilizando un enfoque cualitativo. Aunque muchos estudios comparan la eficacia de los tratamientos para la depresión crónica, se sabe poco sobre las prácticas reales de quienes los implementan. Mediante el análisis de tres *focus groups* llevados con un total de 16 psiquiatras en la Suiza francófona, mostramos que los psiquiatras se forman una representación de la depresión crónica basada a la vez en categorías diagnósticas, en el funcionamiento psíquico y en elementos sociales y contextuales. Diferenciamos tres tipos de psicoterapia: psicoterapia orientada al cambio, psicoterapia con enfoque de conservación y la terapia por defecto. Discutimos el papel de lo vivido por el psiquiatra y la reflexividad que le permiten pasar de una forma de apatía a la movilización de las herramientas psicoterapéuticas.

Palabras claves: psiquiatra, atención, psicoterapia, depresión crónica, práctica profesional, reflexividad

En touchant 3 à 6 % de la population adulte des pays occidentaux, la dépression chronique (DC) constitue l'une des principales causes d'invalidité et engendre

une utilisation fréquente des services de santé ainsi que des coûts importants [1]. En Suisse, « les troubles de l'humeur constituent [...] la deuxième catégorie de diagnostics par ordre de fréquence (environ 26 %) dans le traitement hospitalier de patients psychiatriques » [2]. Dans au moins la moitié des cas, il s'agit de troubles

Correspondance : A. Linder
<Audrey.Linder@chuv.ch>

dépressifs récurrents [2]. Il en est de même dans les cabinets de psychiatres où les troubles de l'humeur constituent le diagnostic principal le plus courant et, pour la moitié d'entre eux, peuvent « être qualifiés de relativement chroniques » [2]. La situation est similaire en France où près de deux épisodes dépressifs caractérisés sur trois sont récurrents ou chroniques [3]¹. Le recours au psychiatre y est croissant en fonction de la sévérité et de la chronicité des troubles [3].

Malgré l'importance de la DC et du rôle des psychiatres dans sa prise en charge, force est de constater que peu d'études se sont intéressées aux représentations et à la prise en charge de ce trouble *du point de vue des psychiatres* [6, 7]. On sait pourtant que les représentations de la dépression qu'ont les médecins peuvent influencer la prise en charge proposée [6-8]. Qui plus est, la DC est une catégorie suffisamment floue pour que différentes représentations coexistent. Il s'agit d'une entité clinique à l'intersection de différents domaines des troubles de l'humeur, qui peut être comprise comme (a) un épisode dépressif majeur qui dure, (b) un ensemble de symptômes dépressifs qui ne constituent pas un épisode dépressif majeur mais sont présents quasiment tous les jours, (c) des épisodes dépressifs majeurs répétitifs sans véritable rémission entre les épisodes, ou encore (d) une combinaison de ces éléments. La CIM-10 ne permet pas de coder un cours chronique du trouble dépressif majeur, alors que le DSM-5 propose la catégorie de trouble dépressif persistant. Le DSM-IV-TR considérait comme DC une dépression pour laquelle les critères d'un épisode dépressif majeur ont été présents continuellement depuis au moins 2 ans. La CIM-11 retient les mêmes critères. McPherson et Armstrong [9] montrent que, bien que le concept de dépression chronique ne figure pas dans les classifications officielles, il est fréquemment utilisé et se retrouve largement dans la littérature. De fait, la dépression est souvent conçue comme ayant une nature chronique ou cyclique. Dans les termes de McPherson et Armstrong [9], le diagnostic de dépression « constitue une lutte constante entre les forces de standardisation – telles que représentées par les auteurs du DSM – et les particularités des systèmes d'étiquetage utilisés par les différents cliniciens ».

Outre la question de la représentation de la DC, se pose la question de sa prise en charge. Là encore, il résulte de notre revue de littérature que, s'il existe beaucoup d'études comparant l'efficacité des traitements, les pratiques des psychiatres constituent une tache aveugle. Ce constat est partagé par Roubal et Rihacek [10] qui affirment qu'une « grande quantité de littérature clinique et empirique décrit comment la psychothérapie peut aider une personne déprimée, mais on sait

comparativement très peu de choses sur l'expérience de l'aidant ». Cela est d'autant plus étonnant qu'il existe une pléthore d'études sur la prise en charge de la dépression telle qu'elle est perçue ou pratiquée par les médecins généralistes (MG) [11-13]. Ainsi, la présente étude, qui fait suite à un premier volet avec des MG [14, 15], vise à analyser les représentations de la DC qu'ont les psychiatres² en Suisse romande, mais aussi ce qu'ils mettent en œuvre pour la prendre en charge et le vécu qui en découle.

Méthodologie

Nous avons mené trois focus groups (FG) en juin 2018 avec un total de 16 psychiatres suisses romands, principalement du canton de Vaud, recrutés par différentes voies (listes professionnelles, par l'intermédiaire des MG ayant participé au premier volet de l'étude, contacts directs par l'équipe de recherche). Chaque FG était constitué de 5-6 participants, ce qui correspond aux recommandations pour cette méthodologie [17, 18]. Nous avons veillé à un échantillonnage raisonné. Parmi les 16 participants figurent autant d'hommes que de femmes, âgés de 29 à 62 ans (43,8 ans en moyenne). La majorité d'entre eux (N = 10) n'a pas fait ses études de médecine en Suisse. Les participants sont d'orientation TCC (N = 7), psychanalytique (N = 6) ou systémique (N = 3)³, travaillent dans des établissements publics (N = 6), des cabinets individuels (N = 5) ou de groupe (N = 5) ou des établissements privés (N = 3), situés en grande majorité dans un milieu urbain (N = 12). Une minorité travaille dans un milieu semi-urbain (N = 4) ou rural (N = 3)⁴.

Les FG ont été menés par une sociologue et des étudiant(e)s en médecine et en psychologie. Afin de ne pas imposer notre vision de la DC [14], nous avons demandé aux psychiatres de rédiger individuellement, en début de FG, une vignette d'un patient suivi à leur cabinet. Sur la base de ces vignettes, nous les avons amenés à expliciter ce qui, selon eux, caractérise la DC, mais aussi la manière dont ils la prennent en charge, se coordonnent avec les MG et mobilisent leur double casquette de psychiatre et psychothérapeute⁵. Chaque FG a été enregistré puis intégralement retranscrit. Le premier FG a été codé séparément par quatre chercheurs (AB, AL, DW & GA). Une séance d'accord interjuges a ensuite eu lieu afin de

² En Suisse, les psychiatres ont la spécificité d'avoir une double formation – et donc un double titre – de psychiatre et psychothérapeute [16].

³ Une personne n'a pas indiqué d'orientation, alors qu'une autre a indiqué être à la fois TCC et psychanalyste.

⁴ Certains travaillent dans deux lieux différents, c'est pourquoi les totaux de types d'établissement et de localisation de ces derniers sont supérieurs à 16.

⁵ Pour des questions éditoriales, la collaboration avec les MG et l'utilisation de la double casquette seront traitées dans un autre article.

¹ La question de la récurrence et de la chronicité des épisodes dépressifs caractérisés n'est malheureusement abordée que dans le baromètre de 2005, et plus dans ceux de 2010 et 2017 [4, 5].

définir une première liste de codes. Sur la base de cette liste, les deux FG suivants ont été codés en binôme (AB & DW et AL & GA) à l'aide du logiciel MaxQDA, puis de nouvelles séances d'accord interjuges ainsi que de discussion et d'analyse des résultats ont été organisées.

Résultats

Représentations de la dépression chronique

Lorsqu'on demande aux psychiatres ce qui, selon eux, caractérise la DC, ils commencent par évoquer les définitions officielles du trouble (DSM-5, CIM-10) et une histoire de vie marquée par les traumatismes. La suite des FG confirme que les éléments diagnostics et contextuels/sociaux sont au cœur des représentations de la DC. Un troisième élément complète celles-ci : les aspects psychopathologiques ou de fonctionnement psychique.

Les éléments diagnostics : classifications officielles et symptômes

Si les classifications officielles constituent une référence pour les participants aux FG, ils font preuve d'une certaine ambivalence face à celles-ci. De fait, elles sont considérées comme utiles, mais aussi difficiles à mobiliser :

« On peut aussi utiliser peut-être des classifications diagnostiques, par exemple la CIM-10 ou du DSM 5, donc oui, je différencierais épisodes dépressifs, dépression, dépression chronique, dépressivité, syndrome dépressif, donc je trouve que ce n'est pas tellement facile de bien différencier, puis de classer et puis du coup de traiter correctement un trouble dépressif récurrent. » (F2P6)

Pour d'autres, les diagnostics des classifications officielles sont trop limités pour rendre compte de l'hétérogénéité des formes cliniques qui se présentent à eux.

« Maintenant, on se base beaucoup sur CIM-10, DSM-IV, DSM-5, mais c'est tellement plus hétérogène que ça ! » (F3P7).

Les liens entre la DC et les troubles de la personnalité ont fait débat pendant les FG. Pour certains, la DC serait l'un des symptômes d'un trouble de la personnalité ; pour d'autres, il s'agit d'un trouble de la personnalité qui s'exprime sous la forme d'une DC ; pour d'autres encore, troubles de l'humeur et troubles de la personnalité s'entremêlent et se complexifient mutuellement⁶.

Les psychiatres évoquent également une série de symptômes typiques de la DC. Les principaux sont, d'une part, la durée, avec des suivis qui ont parfois cours

depuis plus de 15 ans, et d'autre part les symptômes physiques tels que les douleurs chroniques, les problèmes de dos ou de poids, les maux de tête. Le fait que la dépression se manifeste « aussi par le corps » est souligné à plusieurs reprises.

Les éléments psychopathologiques : une hétérogénéité de fonctionnements

Les éléments de psychopathologie sont à la fois nombreux et hétérogènes. Les psychiatres parlent d'une forme de « résistance » de la part du patient « pour en quelque sorte rester dans cet état » (F2P6). Il s'agit de patients qui mettent en échec le thérapeute et les traitements, refusent d'augmenter la médication ou encore cessent le traitement ou le suivi chez le psychiatre dès lors que ce dernier constate un aller-mieux. Cette résistance s'accompagne d'un sentiment d'impuissance du psychiatre. Certains « jettent l'éponge » (F2P5), d'autres ont « l'impression qu'on a tout essayé parce qu'il y a plusieurs médecins qui sont passés, et que c'est très compliqué » (F2P7). Pour certains, cette résistance s'explique par le fait que les symptômes deviennent une partie de l'identité, que la personne a « besoin » de ses symptômes ou qu'ils lui apportent des « bénéfices secondaires » (F1P7 ; F3P4) :

« À un moment donné, la personne se confond avec ce symptôme que nous appelons dépression. C'est son identité, son rapport au monde. Il est comme ça. Donc comme si je lui dis à un moment donné, je vais vous enlever un bout de vous-même, je vais faire disparaître le symptôme. » (F2P5)

Les psychiatres décrivent également des patients qui ont des « sentiments d'injustice récurrents », de la « frustration » ou un « vécu de préjudice » qui vont de pair avec des « ruminations » par rapport à des événements dont les patients ne parviennent pas à « sortir » :

« J'ai remarqué très souvent [...] comme une espèce de... je ne trouve pas un terme meilleur, mais de castration. Donc, un désir, quelque chose qui quelque part n'a pas pu être réalisé et qui petit à petit a créé une frustration, une frustration, une frustration [...] Ils vont s'arrêter sur ça. [...] Ce n'est pas que de la culpabilité. C'est vraiment un peu : "je n'ai pas pu me réaliser. Je n'ai pas pu faire ça. Je n'ai jamais découvert exactement qu'est-ce que je voulais faire, où je voulais aller." » (F1P6)

La frustration des patients serait en lien avec des besoins qui n'ont pas été remplis : « Le besoin d'attention, de valorisation, de protection, de sécurité, le besoin de solidarité et tout ça » (F2P3). Outre la frustration, cela peut générer des « carences », des « insatisfactions vitales ». Les patients souffrant de DC, selon les psychiatres, se sentent peu soutenus, ressentent de la solitude. Ils manquent d'estime de soi, se dénigrent et expriment de la culpabilité.

⁶ De fait, la littérature montre que la comorbidité entre DC et troubles de la personnalité est importante. Selon Jobst, *et al* [1], dès les années 1980, la DC est envisagée comme une forme de trouble de la personnalité ou comme étant fortement associée aux troubles de la personnalité.

Certains psychiatres ont tenu à souligner l'« agresseivité passive » de ces patients, notamment au travers des menaces suicidaires. L'une des participantes affirme qu'il s'agit de ne pas considérer le patient uniquement comme « une pauvre victime », mais de tenir compte du fait que derrière la dépression, le dénigrement, la mélancolie, « il y a souvent une énorme colère, enfin soit de l'injustice, une injustice beaucoup plus ancienne ou une situation présente. Et pouvoir un peu essayer d'aller chercher la colère, pour ne pas qu'elle se retourne contre la personne » (F1P2). La colère, l'agressivité, la rage sont ainsi considérées par certains comme des leviers thérapeutiques :

« Je pense que l'on ne peut pas guérir d'une dépression sans traverser la rage, l'explorer, la connaître, la reconnaître. Et quand les gens deviennent irritables, une fois qu'ils sortent de leur lit, qu'ils lèvent le store et qu'ils deviennent irritables, c'est bien. Il y a de nouveau de l'énergie, c'est-à-dire on peut de nouveau miser sur les forces. » (F1P5)

Plusieurs participants soulignent l'aspect procesuel de la DC. Les patients vivent une accumulation d'événements difficiles, tiennent le coup, supportent pendant longtemps puis, tout à coup, survient l'événement « de trop » qui les fait « craquer » (ce que certains appellent un « effondrement narcissique »). Enfin, parmi les autres éléments psychopathologiques figurent l'inhibition, la passivité, des cognitions rigides, un manque d'outil pour s'adapter, de l'abandonnisme, un pessimisme qui contamine le thérapeute, de l'auto-sabotage, ou encore de la dépendance affective « en rapport avec le besoin de protection, de ne pas être agressé, avec le sentiment d'être fragile » (F2P3).

Les éléments sociaux et contextuels : situations psychosociales défavorables et traumatismes

Le troisième type d'éléments caractéristiques de la DC est social et contextuel. Souvent, les personnes cumulent des situations psychosociales défavorables et des traumatismes :

« Elle a comme antécédent familial beaucoup de personnes qui se sont suicidées [...] et un épisode traumatique, le décès de sa mère [...]. Elle a fait le premier épisode dépressif peu après le décès de sa mère. Après elle a eu une rechute et une autre après le divorce [...] Et [récemment], elle a vécu un licenciement abusif. Bon ça a cumulé un petit peu avec les problèmes du divorce, et tout ça, elle a maintenant des problèmes locatifs. » (F2P2)

Selon les psychiatres, les personnes qui souffrent de DC ont souvent vécu un ou des traumatismes, tels que de la maltraitance infantile, de la négligence, des deuils ou des abandons. Les psychiatres évoquent également une enfance difficile et/ou des relations familiales compliquées, par exemple une dame « parentifiée très tôt, avec des parents alcooliques, une sœur bipolaire » (F1P6), ou

encore des personnes rejetées par leurs enfants ou qui font face à un divorce.

Les situations professionnelles compliquées sont fréquemment mentionnées, notamment un accident de travail ou un licenciement qui enclenchent une série de difficultés (perte du sens à la vie, ne plus pouvoir envoyer d'argent à la famille à l'étranger, précarité sociale). Si certains patients sont bénéficiaires de l'assurance invalidité⁷, pour les psychiatres cela ne constitue pas une caractéristique de la DC en soi. « Je pense qu'il y a des dépressifs chroniques qui sont moins gravement touchés et qui continuent à avoir une activité » affirme un participant (F1P5). Un autre mentionne des patients souffrant de DC qui parviennent à conserver des postes à responsabilité.

Prise en charge de la dépression chronique

L'analyse des FG montre que la prise en charge de la DC par les psychiatres repose sur quatre piliers : (1) la prescription d'antidépresseurs, (2) la psychothérapie, (3) la collaboration avec une grande diversité d'acteurs et enfin (4) ce que nous avons appelé les « autres » traitements, tels que les traitements « biologiques » (sismothérapie, kétamine) ou « alternatifs » (hypnose, *mindfulness*). Dans la mesure où nous nous intéressons en particulier à « l'expérience de l'aidant » [10] dans la prise en charge de la DC, d'une part, et que la majeure partie des discussions au cours des FG s'est concentrée sur la psychothérapie, d'autre part, nous nous focaliserons sur cette question.

Trois types de psychothérapie

Nous avons mis en évidence qu'il existe des distinctions relativement subtiles entre trois types de psychothérapie. La plus valorisée est la psychothérapie à visée de changement, où il s'agit de transformer le mode de fonctionnement du patient. Ce type de psychothérapie est toutefois considéré comme relativement peu accessible aux personnes souffrant de DC : « Dans la DC, en général, je n'ai pas vraiment de patients en psychothérapie, comment dire... fréquente. C'est des suivis, parce que les choses ne bougent pas tellement » (F3P7). Les psychiatres font plutôt ce que nous avons appelé de la psychothérapie à visée conservatrice. Le patient est vu régulièrement, le thérapeute lui offre une écoute, du soutien et l'objectif est de maintenir un état stable et éviter une décompensation, plutôt que de « guérir ». Le choix d'une psychothérapie à visée conservatrice se justifie par une adaptation aux possibilités du patient, mais aussi par une forme de protection du thérapeute, comme l'illustre cet échange au cours du FG1 :

⁷ L'assurance invalidité est l'équivalent suisse de l'allocation aux adultes handicapés.

P3 : Ce que vous dites, c'est qu'on ferait un peu du seuil bas sans s'en rendre compte ?

P2 : Ben je me demande des fois, parce que bon, il faut tenir le coup. Donc, il ne faut pas non plus, nous, trop attendre, parce qu'après on est très déçus, puis après je pense que c'est nous qui sommes agressifs (rires).

La notion de « seuil bas sans s'en rendre compte » nous amène au troisième type de psychothérapie que nous avons appelé la thérapie par défaut et qui est en lien avec l'aspect « contagieux » de la DC. Cette dernière induit chez le thérapeute une forme de découragement, un sentiment de lourdeur et d'impuissance : « peut-être que l'on devient aussi soi-même en tant que thérapeute avec les patients déprimés chroniques un peu aussi pas dépressifs, mais ... » (F3P7). Il peut alors arriver que le psychiatre « s'endorme » avec son patient, qu'il s'installe dans un suivi routinier en cessant de mobiliser sa réflexivité pour questionner la pertinence des soins qu'il propose. Une décompensation du patient ou une reprise réflexive de la part du thérapeute peut permettre de passer d'un type de psychothérapie à un autre, comme l'illustre la prise de conscience d'un psychiatre lors du FG :

« Je suis en train de me poser une question, [...] j'ai quelques patients en DC depuis des années, et je me cantonne à me dire "il y a une stabilité dans la chronicité, ça me satisfait et puis je ne peux pas faire plus" comme si c'est une sorte de lésion irrémédiable, une amputation ou quelque chose comme ça, on ne peut pas changer ça. Et je ne me pose plus les questions comme "est-ce que je peux faire intervenir un physiothérapeute ?" C'est comme si les choses se sont installées, ça me satisfait et peut-être que le patient est aussi satisfait comme ça. En vous écoutant, je me dis qu'il faudrait peut-être que je fasse de nouveau un peu plus. » (F3P7)

Un autre psychiatre affirme que :

« des fois, il faut oser ou penser à remettre en question ce qu'on croit savoir d'un patient, d'un processus, etc. Parce que des fois on est un peu enfermé dans une situation, comme ça. Il faudrait avoir un œil neuf dessus. Ou bien des fois il y a un événement qui nous pousse à avoir un œil neuf dessus » (F1P3).

Les actions du psychothérapeute : envers le patient, envers lui-même et envers le cadre

Si les psychiatres ne font pas toujours de psychothérapie à proprement parler avec les personnes souffrant de DC, ils n'en utilisent pas moins leurs savoir-faire de psychothérapeute en déployant des actions envers le patient, envers eux-mêmes et envers le cadre.

Les actions envers le patient varient en fonction du type de psychothérapie (à visée de changement ou conservative) et de l'orientation psychothérapique. Dans les actions qui s'inscrivent plutôt dans une visée de changement se trouvent le fait d'activer les gens (cadrer leur

journée, les faire sortir, les faire s'inscrire à des activités), confronter le patient, travailler le sens en essayant « de comprendre avec la personne ce qui est en train de se jouer » (F1P2), aller « chercher la colère » (F1P2), « passer par la rage » (F1P5) ou « travailler le conflit interne » (F1P2), chercher à favoriser la flexibilité psychique ou encore « échapper la pensée » du patient, la requalifier (F2P3). Dans les actions qui s'inscrivent plutôt dans la visée conservative se trouvent des éléments comme faire du bas seuil – avec une interrogation autour de l'éventuelle participation du thérapeute à la chronicité –, « chouchouter le corps » (F2P3), ne pas avoir des attentes trop élevées ou encore « tenir le coup » (F1P2).

Ce dernier élément fait le lien avec les actions des psychiatres envers eux-mêmes, qui doivent leur permettre précisément de « tenir le coup » et de continuer à être dans une relation thérapeutique avec le patient. Sans surprise, les échanges entre pairs (intervisions) ou les supervisions sont les plus fréquemment mentionnées :

« Je participe à des intervisions, parce que c'est impossible de rester seul. La pression est telle que... ça nous aide à sortir de notre champ d'idées, ça nous oblige à mettre la caméra ailleurs dans la pathologie, de voir les choses autrement. On a besoin de ça, c'est un outil dans la thérapie. Pour moi, c'est indispensable, pour le bien du patient et pour le bien du thérapeute. » (F3P4)

Les psychiatres évoquent également leurs outils professionnels et personnels qui se « nourrissent mutuellement » :

« Comment moi je fais pour tenir, pour me relever d'un découragement ? Déjà, je sais que ça va passer. (Rires). Puis il y a les outils, bien sûr, les outils professionnels qu'on porte à l'intérieur de soi. Il y a la propre satisfaction dans sa vie à soi, c'est-à-dire de se faire une belle vie, de savoir se reposer, de savoir faire des choses agréables. Ça donne beaucoup de force. » (F1P5)

L'un des participants évoque les trois piliers de la prise en charge des « patients compliqués » que sont les supervisions, le développement personnel et le travail en équipe (F1P7). Prendre soin de soi et de sa santé pour pouvoir prendre soin du patient est un élément central.

Enfin, le dernier type d'actions concerne le cadre de la thérapie. Il s'agit de « mettre des limites » (F1P2), de définir les règles de fonctionnement et les rôles de chacun, de « poser un cadre » et « savoir rester à sa bonne place » (F1P5), régler la bonne distance.

Discussion

Au-delà du diagnostic

Dans les représentations que les psychiatres ont de la DC, les classifications officielles constituent un appui important. De fait, ce sont elles qu'ils évoquent en pre-

mier lorsqu'on les interroge sur ce qui caractérise la DC. Toutefois, bien qu'ils soient souvent accusés de « coller des étiquettes diagnostiques » [19], force est de constater que leurs représentations dépassent largement celles-ci. La littérature montre que le rôle du diagnostic est d'organiser la maladie, en permettant d'identifier les options de traitement, de prévoir les résultats (*outcomes*) et de fournir un cadre explicatif [20]. Ce qu'indiquent nos résultats est que, dans le cas de la DC, les diagnostics à disposition ne sont pas suffisants pour organiser la maladie dans la mesure où ils sont jugés difficiles à mobiliser et/ou trop limités pour rendre compte de la complexité de ces troubles. Afin de pouvoir proposer une prise en charge et fournir un cadre explicatif, les psychiatres se réfèrent donc davantage au fonctionnement psychique de leurs patients et aux aspects psychosociaux de la DC.

L'étude de Forgeard et al. [7] montre qu'au cours de l'internat en psychiatrie, les psychiatres construisent deux représentations de la dépression, l'une plutôt biologique qui englobe les épisodes dépressifs majeurs et les épisodes mélancoliques pour lesquels le traitement médicamenteux est prépondérant, et l'autre plutôt psychologique, existentielle, qui fait suite à une séparation ou un deuil et pour laquelle les médicaments semblent moins nécessaires. Ces résultats ne sont pas retrouvés chez les psychiatres que nous avons interrogés, qui s'attachent à faire tenir ensemble les aspects biopsychosociaux de la DC. Ainsi, ils n'ont eu de cesse de rappeler la manifestation somatique de la DC, l'importance de prendre soin du corps, ainsi que la situation sociale souvent complexe des personnes qu'ils soignent. Nous formulons l'hypothèse que c'est la spécificité suisse de la double formation de psychiatre et de psychothérapeute [16] qui ouvre sur une meilleure intégration du modèle biopsychosocial.

Enfin, les psychiatres accordent une grande importance au fonctionnement psychique de leurs patients et, plus encore, s'interrogent sur ce que ces patients leur font vivre et ce que cela dit de leur pathologie. Les psychiatres interrogés considèrent que leurs expériences d'irritation, d'ennui ou de colère envers leur patient sont des « données cliniques qui sont aussi importantes pour comprendre le client que l'obtention d'une histoire familiale ou d'un score sur une liste de contrôle des symptômes » [21]. Ainsi, les représentations et la prise en charge de la DC sont liées : la compréhension du fonctionnement et des troubles du patient influence la prise en charge qui, à son tour, donne de nouvelles clés de compréhension des troubles.

Le vécu et la réflexivité du thérapeute

Deux éléments sont centraux dans ce que les psychiatres disent de leurs prises en charge, à savoir le vécu et la réflexivité du thérapeute. Dans un article récent, Roubal et Rihacek modélisent le processus

expérientiel des psychothérapeutes au cours d'une session avec un client en dépression [10]. Ils montrent que ce processus expérientiel est fait d'oscillations entre rapprochement et distanciation de l'expérience dépressive en six phases. De manière intéressante, l'ensemble de ces phases se retrouvent dans nos données, qui ne portent pourtant pas sur une session de psychothérapie spécifique. Par analogie, nous discutons nos résultats à l'aune de ces différentes phases d'une part et, d'autre part, nous éclairons à partir de nos données la manière dont ces phases s'articulent autour du pivot que constitue la réflexivité.

La première phase est le partage de l'expérience dépressive : les thérapeutes doutent d'eux-mêmes, ont des sentiments d'échec, d'impuissance, de désespoir, d'ennui et de fatigue [10]. Les psychiatres que nous avons interrogés évoquent « des patients qui contaminent beaucoup », « ça vide en fait, on n'a plus d'énergie » (F1P7), le fait de se sentir « impuissant » (F3P4), avec une sensation de « lourdeur » (F1P5 ; F3P7). La phase 2 constitue une reprise réflexive : le thérapeute se tourne vers lui-même, prend conscience de sa co-expérience de la dépression et commence à s'en protéger [10]. Cela l'amène à la phase 3 qui est la recherche d'un changement de symptômes, où le thérapeute adopte une approche plus directive en donnant des conseils, en essayant de résoudre les problèmes, en aidant le patient à voir ses compétences, les aspects positifs de la vie, à être plus optimiste. Plus le patient est morose, plus le thérapeute s'active [10].

Dans nos FG, un psychiatre explique que, sur de longues périodes, il essaie de se « focaliser sur comment améliorer les symptômes dépressifs, et puis après pour finir, je me dis "j'ai tout fait" » (F3P7). Une autre raconte qu'à ce moment-là, elle confronte le patient sur l'absence de changement et le questionne sur sa volonté réelle d'être aidé (F1P6). Cette confrontation du patient ressemble à ce que certains ont appelé « l'acting du thérapeute » (F3P7 ; F3P5) qui correspond à la 4^e phase identifiée par Roubal et Rihacek, à savoir la distanciation de l'expérience dépressive. Cette phase intervient en réaction aux efforts importants du thérapeute pour agir sur les symptômes et le constat d'échec des stratégies mises en place. Les thérapeutes sont alors impatients et frustrés. Ils blâment implicitement leur client pour leurs échecs et ressentent de la colère envers celui qui ne semble pas *vouloir* changer [10]. Les psychiatres que nous avons interrogés évoquent un agacement face à des patients qui « auto-entretiennent » leur dépression (F1P5 ; F3P3), ils se surprennent à rêver d'un médicament « miracle » qui guérirait la dépression (F3P1) ou à vouloir se « débarrasser du patient » en l'adressant à un collègue (F3P1).

À ce stade, le thérapeute a tellement cherché à se protéger de la co-expérience de la dépression qu'il a « perdu l'empathie » pour son patient et « temporairement quitté son rôle d'aidant » [10], ce qui l'amène à une nouvelle

reprise réflexive, qui constitue la phase 5 : il accepte la réalité de son client et change son approche thérapeutique, en se focalisant davantage sur la relation que sur les symptômes, ce qui constitue la dernière phase du modèle de Roubal et Rihacek [10]. Les psychiatres que nous avons interrogés disent alors « s'accrocher au lien thérapeutique » (F1P6), trouver la bonne distance en étant « à côté » plutôt qu'en essayant de « porter » à la place du patient (F1P5), ou encore en passant de l'épuisement à l'acceptation, avec « quelque chose qui se construit dans la relation thérapeutique » (F3P7).

L'aspect contagieux de la dépression est bien documenté [21, 22] et paraît non seulement inévitable mais aussi nécessaire puisque, dans les termes de Roubal et Rihacek, cette réaction de co-expérience de la dépression constitue la « porte de l'empathie » et ouvre « l'intersubjectivité de la conscience » [10]. Cela dit, les psychiatres de notre étude mettent également beaucoup de choses en place pour lutter contre cette « dépression avec le patient », pour ne pas s'y enfermer et pour maintenir leur réflexivité active, tels que les interventions, les supervisions, la collaboration avec divers professionnels, la mobilisation des savoirs acquis par la formation ou l'expérience. Tant qu'ils restent dans cette lutte active et que leur réflexivité se déploie, ils sont dans ce que nous avons appelé la psychothérapie à visée conservatrice voire, dans certains cas, la psychothérapie à visée de changement. Toutefois, il peut arriver que les psychiatres « s'endorment » avec leur patient dépressif chronique, qu'ils restent dans une forme d'apathie, en voyant leur patient plus ou moins régulièrement mais en ayant cessé de s'interroger sur la pertinence du traitement proposé ou sur d'autres options potentielles de traitement. C'est ce que nous avons appelé la thérapie par défaut.

Conclusion

Les reprises réflexives permettent de passer d'une thérapie par défaut à une thérapie à visée conservatrice ou de changement. Elles peuvent être déclenchées par des échanges avec des collègues – comme ça a été le cas pendant l'un des FG – ou lorsque l'état du patient change subitement, ce qui amène à repenser la prise en charge. Les reprises réflexives sont ce qui permet de naviguer entre les différentes phases décrites par Roubal et Rihacek [10], de donner du mouvement à la prise en charge souvent figée de la DC. Sans réflexivité, les thérapeutes risquent de rester soit dans la co-expérience de la dépression, soit dans une distanciation qui ne permet pas l'instauration d'un travail thérapeutique. L'attention que les psychiatres accordent à leur vécu dans le suivi de personnes souffrant de DC et la réflexivité qu'ils déploient en lien avec ce vécu,

permettent ainsi de passer de l'apathie à la mobilisation d'outils de psychothérapie.

Liens d'intérêt les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. Jobst A, Brakemeier EL, Buchheim A, et al. European Psychiatric Association Guidance on psychotherapy in chronic depression across Europe. *Eur Psychiatry* 2016; 33: 18-36.
2. Baer N, Schuler D, Füglistner-Dousse S, Moreau-Gruet F. *La dépression dans la population suisse*. Neuchâtel: Obsan, 2013.
3. Morvan Y, Prieto A, Briffault X, et al. La dépression en France : prévalence, facteurs associés et consommation de soins. In : François B, Philippe G, Arnaud G, eds. *Baromètre santé 2005*. Paris: Inpes, 2007, pp. 459-85.
4. Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010) : prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. *Sante Homme* 2012; 421: 43-5.
5. Léon C, Chan Chee C, Du Roscoât E, et al. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. *BEH* 2018; 32-3, http://beh.santepubliquefrance.fr/beh/2018/32-33/2018_32-33_1.html.
6. Gigling M, Guimelli C, Pénochet JC. Les représentations sociales de la dépression chez des médecins : entre pratiques et normes. *Pap Soc Representations* 1996; 5: 27-40.
7. Forgeard L, Gansel Y, Giret G, Gollier-Briant F, Courtois A-C, Salmona I. Constitution d'une représentation de la dépression au cours de l'internat en psychiatrie. *Inf Psychiatr* 2007; 83(3): 195-202.
8. McPherson S, Armstrong D. Negotiating 'depression' in primary care: a qualitative study. *Soc Sci Med* 2009; 69(8): 1137-43.
9. McPherson S, Armstrong D. Social determinants of diagnostic labels in depression. *Soc Sci Med* 2006; 62(1): 50-8.
10. Roubal J, Rihacek T. Therapists' in-session experiences with depressive clients: a grounded theory. *Psychother Res* 2016; 26(2): 206-19.
11. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, et al. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. *Inf Psychiatr* 2014; 90(5): 341-52.
12. Hyde J, Calnan M, Prior L, Lewis G, Kessler D, Sharp D. A qualitative study exploring how GPs decide to prescribe antidepressants. *Br J Gen Pract* 2005; 55(519): 755-62.
13. McPherson S, Byng R, Oxley D. Treatment resistant depression in primary care: co-constructing difficult encounters. *Health* 2014; 18(3): 261-78.
14. Linder A, Widmer D, Fitoussi C, de Roten Y, Despland J-N, Ambresin G. Les médecins généralistes face à la « dépression chronique ». Représentations et attitudes thérapeutiques. *Rev Fr Aff Soc* 2018; 4: 239-58.
15. Fitoussi C, Linder A, Widmer D, De Roten Y, Despland J-N, Ambresin G. La médecine de famille face à la dépression chronique. *Rev Med Suisse* 2020; 708(6): 1818-21.
16. Fussinger C. Formation des psychiatres et psychothérapie : regards croisés sur les situations suisse et française. *PSN* 2005; 3(4): 193-206.
17. Kitzinger J. Qualitative research: introducing focus groups. *BMJ* 1995; 311(7000): 299-302.
18. Markova I. Les focus groups. In : Moscovici S, Buschini F, eds. *Les méthodes des sciences humaines*. Paris: PUF, 2003, pp. 221-42.
19. Linder A, Widmer D, Fitoussi C, de Roten Y, Despland J-N, Ambresin G. Les enjeux de la collaboration entre médecins généralistes et psychiatres. Le cas de la dépression chronique en Suisse romande. *Sante Publique* 2019; 31(4): 543-52.
20. Jutel A. Sociology of diagnosis: a preliminary review. *Social Health Illn* 2009; 31(2): 278-99.
21. Wolf AW, Goldfried MR, Muran CJ. *Transforming negative reactions to clients. From frustration to compassion*. Washington, DC: American Psychological Association, 2013.
22. Joiner TE. Contagious depression: Existence, specificity to depressed symptoms, and the role of reassurance seeking. *J Pers Soc Psychol* 1994; 67(2): 287-96.