

## LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES FACE À LA « DÉPRESSION CHRONIQUE ». REPRÉSENTATIONS ET ATTITUDES THÉRAPEUTIQUES

Audrey Linder, Daniel Widmer, Claire Fitoussi, Yves de Roten, Jean-Nicolas Despland et Gilles Ambresin

La Documentation française | « [Revue française des affaires sociales](#) »

2018/4 | pages 239 à 258

ISSN 0035-2985

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2018-4-page-239.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour La Documentation française.

© La Documentation française. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

## AUTRES THÈMES

# **Les médecins généralistes face à la « dépression chronique »**

## **Représentations et attitudes thérapeutiques**

Audrey Linder, Daniel Widmer, Claire Fitoussi, Yves de Roten,  
Jean-Nicolas Despland et Gilles Ambresin<sup>1</sup>

1. L'ordre de présentation a été défini par les auteurs.

## RÉSUMÉ

Partant du constat que les représentations d'une maladie influent sur la prise en charge que les médecins en proposent, une équipe de recherche multidisciplinaire s'est intéressée aux représentations et à la prise en charge de la dépression chronique par les médecins généralistes, au moyen de *focus groups*. Dans un premier temps, nous présentons les types de patients qui sont décrits par les médecins généralistes lorsqu'est évoquée la dépression chronique. Dans un second temps, nous nous intéressons aux savoir-faire et aux savoir-être qui sont déployés par les généralistes pour faire face à ces situations complexes. Enfin, nous interrogeons la place qu'occupent les antidépresseurs dans la prise en charge de cette maladie. Il apparaît que la prise en charge proposée par les généralistes relève davantage d'un cadre conceptuel de médecine générale – qui pourrait s'appliquer à différents troubles psychiques ou psychosomatiques – que d'une compréhension spécifique de la dépression chronique.

## ABSTRACT

### **General Practitioners Facing “Chronic Depression”. Representations and Therapeutic Attitudes**

Starting from the observation that the representations of an illness impact the way physicians treat it, a multidisciplinary research team investigated the representations and treatment of chronic depression by general practitioners (GPs). This was made through a qualitative study by means of focus groups. Firstly, we outline the types of patients described by GPs when asked to talk about chronic depression. Secondly, we focus on the technical and interpersonal skills used by GPs in treating these complex situations. Finally, we question the importance of antidepressants in the treatment of chronic depression. It appears that the treatment proposed by GPs stems from a conceptual framework of general practice — which could apply to any psychic or psychosomatic disorder — rather than from a specific understanding of chronic depression.

## Introduction<sup>2</sup>

Les médecins généralistes (ci-après MG) sont souvent en première ligne pour les problèmes de santé mentale. En France, deux tiers des MG de ville sont confrontés chaque semaine à des patients présentant un état dépressif (Dumesnil *et al.*, 2012). Les MG suisses estiment à 30 % la prévalence des troubles dépressifs dans leurs consultations (Baer *et al.*, 2013) et, selon le monitoring de la santé psychique en Suisse, « ce sont en particulier la dépression, l'anxiété et la douleur qui entraînent une sollicitation accrue des prestations de médecine générale » (Schuler *et al.*, 2016). Les études internationales montrent qu'environ un patient sur sept qui consulte en médecine générale souffre de dépression majeure (Herrman *et al.*, 2002) et que 20 à 30 % de ces dernières évoluent en dépression chronique (Jobst *et al.*, 2016). Une récente étude dans une population urbaine suisse a estimé à 15 % la prévalence de la dépression chronique au cours de la vie. Les sujets souffrant de dépression chronique présentent une atteinte sévère et vont davantage chercher un traitement par rapport aux autres troubles dépressifs (Vandeleur *et al.*, 2017). De plus, une proportion élevée de personnes ayant des « symptômes dépressifs sévères (73 %) souffrent également d'importants troubles physiques » (Schuler *et al.*, 2016), ce qui explique en partie le recours aux MG – plutôt qu'à un psychiatre ou psychothérapeute – mais aussi la complexité de la prise en charge de ces patients.

La médecine générale est caractérisée par le haut degré d'incertitude avec laquelle elle doit composer (Bloy, 2008), ainsi que par l'importance du décalage entre le savoir biomédical transmis aux MG pendant leur formation et la complexité de la pratique clinique à laquelle ils sont confrontés (Membrado, 1993). La dépression est une catégorie nosographique relativement floue (Gigling *et al.*, 1996), qui a un « statut médical ambigu » (Ehrenberg, Lovell, 2001) et qui est source de discordance entre les psychiatres eux-mêmes (Tremblay, 2005). Dès lors, « chacun peut, jusqu'à un certain point, la concevoir à sa manière et entretenir des croyances et attitudes particulières à propos d'elle » (*ibid.*). C'est particulièrement vrai pour la dépression chronique, une entité clinique qui se situe à l'intersection de différents domaines des troubles de l'humeur et sur laquelle les classifications internationales ne sont pas unanimes. En effet, elle 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 qui sont présents quasiment tous les jours, (c) des épisodes dépressifs majeurs répétitifs sans véritable rémission entre les épisodes, ou encore (d) comme une combinaison de tous ces éléments. La CIM-10<sup>3</sup> ne permet pas de coder un cours chronique du trouble

### 2. Remerciements

La recherche a été menée grâce à un fonds interne de l'Institut universitaire de psychothérapie (DP-CHUV). Les auteurs remercient les médecins généralistes qui ont accepté de participer à cette étude. Merci à Lilli Herzog qui a assisté et contribué aux premiers pas de ce projet. Les auteurs remercient également Mélanie Hoffman et Maéva Bernasconi pour leur aide ponctuelle dans ce projet, ainsi que Thomas Jammet pour sa relecture attentive du manuscrit.

3. Classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> révision.

dépressif majeur, alors que le DSM 5<sup>4</sup> propose la catégorie de trouble dépressif persistant.

Différentes représentations de la dépression « feront en sorte que les causes, les symptômes et les traitements [...] seront interprétés différemment, et qu'en retour, ces différentes interprétations engendreront probablement des conduites différentes » (*ibid.*). De fait, les représentations que les MG ont de la dépression contribuent à influencer leurs pratiques (Gigling *et al.*, 1996 ; McPherson, Armstrong, 2009). Toutefois, il n'existe pas, à notre connaissance, d'études sur les représentations de la dépression chronique chez les MG. Ce sont ces représentations, ainsi que le type de prise en charge qui en découle, que nous nous proposons de présenter et discuter sur la base d'une étude menée en Suisse romande par une équipe de recherche multidisciplinaire, composée d'une sociologue, d'un médecin généraliste, d'une étudiante en médecine, d'un psychologue et de deux psychiatres-psychothérapeutes. Après avoir présenté la méthodologie, nous développons trois aspects centraux de nos résultats. Dans un premier temps, nous observons que la dépression chronique est perçue par les MG essentiellement comme un mal qui ne se dit pas, les patients venant au cabinet du MG avec des plaintes physiques en lien avec des situations psychosociales complexes. Dans un second temps, nous analysons la façon dont les MG prennent en charge ces patients, en mettant l'accent sur la relation qui s'établit entre eux. Une telle relation apparaît compliquée pour le MG qui cherche alors des solutions pour être capable de prendre en charge le patient dépressif chronique sur le long terme. Enfin, nous précisons la place et le rôle des antidépresseurs dans la prise en charge<sup>5</sup>.

## Méthodologie

La majorité des études sur les représentations de la dépression ont été faites au moyen d'enquêtes par questionnaire. Or, comme le soulignent F. Beck *et al.* (2009), « une enquête par questionnaire fermé empêche les personnes interrogées de verbaliser leurs opinions selon des modalités d'énonciation respectant l'organisation spécifique de celles-ci et le lexique utilisé pour le décrire ». Lorsque des études qualitatives ont été effectuées, les discussions se basaient sur une vignette rédigée par les chercheurs et inspirée de la définition de la dépression par le DSM (Tremblay, 2005). Ce faisant « les auteurs de ces études décident en quelque sorte à la place des participants ce qu'est (ou ce que devrait être) la dépression [...] Cette vignette se révèle incomplète et inappropriée si on souhaite rendre compte de la diversité des conceptions pouvant exister dans l'esprit des gens » (*ibid.*).

4. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

5. Une part importante de l'étude s'intéresse à la collaboration des MG avec les psychiatres. Nous avons renoncé à présenter ces résultats ici, qui feront l'objet d'un prochain article, ceci afin d'en permettre une discussion détaillée.

Afin d'éviter ces écueils et d'être au plus proche des représentations des MG, nous avons adopté une méthodologie qualitative sous forme de *focus groups* (ci-après FG) qui présentent l'intérêt, au travers de la discussion collective, de mettre en lumière les valeurs, les normes et les cadres de compréhension professionnels des MG, mais aussi d'encourager le partage d'expériences, y compris au travers d'anecdotes, ce qui permet d'aller au plus près des pratiques cliniques et diminue le risque d'être confronté à un discours de vitrine sur ce qui serait considéré comme les « bonnes » pratiques (Kitzinger, 1995 ; Wong, 2008). Au lieu d'imposer une vignette, nous avons demandé aux MG, en début de FG, de rédiger individuellement une vignette clinique d'un patient souffrant de dépression chronique suivi à leur cabinet. C'est sur la base de ces vignettes que nous avons amené les MG à détailler ce qui caractérise selon eux la dépression chronique, ainsi que la manière dont ils la prennent en charge<sup>6</sup>. Trois FG ont été effectués avec des MG suisses romands (janvier-mars 2017), que nous avons recrutés par annonce au travers d'une liste de diffusion électronique du groupement professionnel des MG ainsi que par contacts personnels. Nous avons veillé à un échantillonnage raisonné en termes d'âge, de sexe, de lieu de pratique et de formation complémentaire<sup>7</sup>. Les FG ont été menés par une sociologue, accompagnée d'une étudiante en médecine et d'une étudiante en psychologie. Ils ont été enregistrés (audio) puis intégralement retranscrits, afin d'être codés.

La liste des codes a été établie en plusieurs étapes. Le premier FG a été codé individuellement par chacun des membres de l'équipe de recherche et a servi de base pour établir une liste de codes commune. Le codage des trois FG a ensuite été effectué par trois membres de l'équipe de recherche (AL, DW et CF) à l'aide du logiciel MaxQDA, selon un processus itératif. Ce processus a permis de développer la liste des codes et d'obtenir un accord entre les juges : chaque codeur a reçu la liste du codeur précédent, a codé un FG, complété la liste puis l'a transmise au codeur suivant. Le processus a été répété jusqu'à ce que chaque FG ait été codé par deux codeurs indépendants. L'accord interjuges a ainsi été obtenu à chaque étape. Les désaccords sur les codages ont été signalés par l'outil « mémo » de MaxQDA et ensuite débattus jusqu'à l'obtention d'un accord. Une fois que les FG ont été codés, des discussions en équipe de recherche complète ont eu lieu afin de procéder aux derniers accords et de supprimer et/ou regrouper certains codes. Au terme du processus, les nouveaux codes sont apparus comme de légères variantes d'autres codes existants ; dès lors, nous pouvons considérer que la saturation des données est suffisante. À partir du matériel codé, une analyse détaillée de contenu a été effectuée sur les codes qui regroupaient un grand nombre d'extraits et/ou qui contenaient des extraits particulièrement surprenants pour l'équipe de recherche, eu égard à leur expérience professionnelle respective et/ou à la littérature scientifique.

6. Le guide utilisé pour les FG comportait trois questions principales, déclinées en questions de relance : (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 ? ; (3) Dans le cas de la dépression chronique, comment voyez-vous le rôle du psychiatre ?

7. Les MG suisses ont la possibilité d'accéder à une formation complémentaire en médecine psychosomatique et psychosociale reconnue par l'association professionnelle.

Les FG ont compté respectivement quatre, sept et onze participants, ce qui correspond aux recommandations pour cette méthodologie. Les vingt-deux participants exercent en Suisse romande, principalement dans le canton de Vaud, en cabinets individuel (N = 10), de groupe (N = 7) ou en policlinique (N = 5), situés dans des zones urbaines (N = 14), semi-urbaines (N = 6) ou rurales (N = 2). Huit sont des femmes et quatorze des hommes, âgés de 30 à 72 ans (51,8 ans en moyenne)<sup>8</sup>. La moitié des participants a une formation complémentaire en médecine psychosomatique et psychosociale. Le profil et les propos tenus les situent davantage sur le pôle « relationnel » que sur le pôle « technique » des MG (Membrado, 1993)<sup>9</sup>.

## La dépression chronique qui ne se dit pas : entre souffrance psychosociale et plaintes somatiques

Lorsque nous demandons aux MG de décrire les situations de dépression chronique qu'ils rencontrent dans leur consultation, ils évoquent essentiellement des femmes « d'un certain âge ». Parmi les vingt-et-une vignettes rédigées, quatorze concernent des femmes, ce qui est cohérent avec le fait qu'en Suisse « la prévalence des maladies dépressives [est] près de deux fois plus importante chez les femmes » (Baer *et al.*, 2013). Dix-sept vignettes mentionnent des patients âgés de 45 à 65 ans, trois mentionnent des patients plus âgés (70-80 ans) et une seule concerne un patient plus jeune (35 ans). Le type d'emploi occupé par ces patients est très présent dans les situations décrites ; il s'agit souvent d'un travail difficile, de nuit ou avec des horaires irréguliers, dans des milieux « où il y a passablement de risques anxio-dépressifs »<sup>10</sup> comme les soins ou l'enseignement, des « petits métiers », par exemple aide de cuisine ou caissière, où l'on est « facilement malmené », avec des licenciements ou des départs à la retraite mal vécus ou encore du « mobbing »<sup>11</sup>. On retrouve également des relations compliquées avec les collègues, mais aussi au sein de la famille, tel qu'un conjoint violent ou qui a des problèmes d'alcool, des enfants qui consomment de la drogue ou avec qui le patient n'est pas en bons termes, des problèmes de santé d'un membre de la famille ou encore un divorce. Les MG décrivent des personnes isolées qui « ne se sentent pas écoutées ou pas comprises par leur entourage ». Elles ont souvent vécu des traumatismes, tels que des maltraitances, des abus sexuels, des violences conjugales

8. Les caractéristiques des MG interrogés reflètent bien certaines tendances actuelles de la pratique de la médecine générale, telles que le vieillissement des médecins, la féminisation de la profession ou encore l'installation croissante en cabinets de groupe (Lévy, 2011).

9. Membrado (1993) distingue les MG du « pôle technique » qui accordent la priorité aux maladies organiques, aux actes techniques et à l'observation du corps, des médecins du « pôle relationnel » qui vont davantage chercher une raison psychologique sous la demande organique et se focalisent sur les problèmes sociaux et familiaux de leurs patients.

10. Les citations entre guillemets non référencées sont des verbatims issus des *focus groups*.

11. Harcèlement moral au travail.



ou encore, assez fréquemment, une histoire de migration<sup>12</sup>. Enfin, les parcours des personnes souffrant de dépression chronique rencontrées par les MG sont souvent marqués par d'autres pathologies, parfois graves (cancer, problèmes somatiques divers, troubles alimentaires, consommation de toxiques).

En somme, les personnes souffrant de dépression chronique semblent cumuler les difficultés, pour reprendre les mots d'un participant : « 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 ». Les MG favorisent une prise en compte de situations de vie caractérisées par une multiplicité de facteurs psychosociaux défavorables plutôt qu'une compréhension uniquement médicale ou psychologique de la dépression chronique. Certaines représentations des MG que nous avons interrogés correspondent aux items qui forment le « noyau central » de la représentation de la dépression chez les MG de l'étude de M. Gigling *et al.* (1996), comme l'image d'une « panne de vivre » ou d'une « perte de tout intérêt », qui est « souvent masquée » et pour laquelle « la prise en charge, le soutien psychologique sont très importants » (*ibid.*). Cependant, alors que la référence à la complexité des situations est prégnante dans notre étude, elle n'apparaît pas dans les items principaux de Gigling *et al.*, ce que nous comprenons, d'une part, comme une spécificité de notre focalisation sur la dépression chronique et, d'autre part, par la formation de la moitié des MG en médecine psychosociale et psychosomatique. Cette dernière les rend particulièrement attentifs au contexte psychosocial dans lequel s'inscrit la dépression, à l'instar des MG britanniques, dont l'étude menée par S. McPherson et D. Armstrong (2009) révèle qu'ils favorisent une compréhension sociale ou psychologique de la dépression et décrivent leurs patients comme des personnes qui accumulent les échecs relationnels, les disputes, les problèmes familiaux et les relations conflictuelles avec leurs collègues. De même que les MG britanniques, ceux que nous avons interrogés peuvent parfois laisser de côté le diagnostic médical afin de faire recours à des explications profanes de la dépression chronique ou se focaliser sur les problématiques de vie concrètes.

En effet, les MG que nous avons rencontrés n'accordent qu'une importance secondaire au diagnostic : « On se comprend très volontiers dans un flou diagnostique [...] La dépression chronique, est-ce que c'est vraiment comme ça que je considère les situations ? Non. [...] L'étiquette est secondaire parce que ce qui compte c'est le lien, le rythme des suivis, la prise en charge des autres problématiques sociales, toxicologiques, somatiques, et autres<sup>13</sup> ». Cet extrait laisse entendre que, si le diagnostic est secondaire, c'est parce qu'il est considéré comme réducteur par rapport aux difficultés et aux besoins du patient, ce qui correspond à l'idée d'une « faible adéquation des catégories du savoir biomédical enseignées à la faculté aux symptômes et demandes auxquels sont confrontés les généralistes » que

12. Cette « intuition » des MG est confirmée par de récentes études qui établissent un lien entre les traumatismes dans l'enfance et la chronicité de la dépression (Jobst *et al.*, 2016).

13. Haxaire *et al.* (2010) montrent que sur 175 courriers dans lesquels un MG adresse son patient aux urgences psychiatriques, 107 comportent le diagnostic de dépression ou anxi-dépression ; or, sur ces 107 courriers, seuls 58 « comportent des signes qui justifieraient ce diagnostic aux yeux des psychiatres », le diagnostic de dépression apparaissant dès lors comme une « désignation par défaut » face à la souffrance psychique des patients pour laquelle les MG « ne disposent pas de clinique pour la diagnostiquer en tant qu'entité ».

décrit G. Bloy (2008). Par ailleurs, il y a une volonté accrue, en médecine générale, d'adopter une « approche centrée patient » (Bloy & Schweyer, 2010), le diagnostic exact étant alors davantage utile pour les assurances que pour la prise en charge.

Les représentations que les MG ont de la dépression chronique engagent un mélange de savoirs théoriques et pratiques (Baszanger, 1983 ; Bernadou, 2011). En effet, comme l'a montré Bloy (2008), face à l'incertitude qui caractérise certaines prises en charge, les MG opèrent une « articulation pragmatique de [...] différentes grilles [de lecture] ». Dans le discours des MG que nous avons rencontrés transparaissent des références implicites à M. Balint concernant le rôle et la position du médecin, ainsi qu'aux symptômes médicalement inexplicables et à la psychosomatique pour penser le vécu de la maladie. L'un des MG utilise le terme de « patient polypointif » pour décrire les patients dépressifs chroniques. Il s'agit de patients pour qui le MG « voit la dépression arriver », mais face à laquelle il se sent impuissant : « on pressent qu'il y a quelque chose qui est de nature dépressive derrière, mais qui ne se dit pas parce qu'il n'y a pas de mots pour le dire ». L'un des aspects extrêmement présent dans le discours des MG est le fait qu'une grande partie de ces patients expriment leur dépression uniquement par le corps – avec des somatisations multiples – et sont incapables d'« élaborer », de parler de leurs émotions ou même de faire le lien entre leurs plaintes physiques et la dépression. On retrouve alors, en creux, le concept de « dépression masquée<sup>14</sup> » qui est l'un des items du noyau central de la représentation de la dépression chez les MG (Gigling *et al.*, 1996). Tout se passe comme si la plainte somatique « cachait » la dépression chronique et empêchait le patient comme le soignant de parler de ce qu'il y a « derrière » :

« [Les dépressifs chroniques sont des personnes] qui ont mal par-ci, mal par-là, ils somatisent, souvent y a tous les écrans de somatisations avant de trouver la dépression, on les voit par plein de biais, donc ils viennent que pour la somatisation puis décident pas dans leur tête, hein ! »

« Je pars de l'idée que [...] le phénomène psychiatrique ne peut pas être toujours dissocié de la maladie somatique et que très souvent il y a un train qui cache l'autre [...] c'est le challenge que je me donne toujours quand il y a une possibilité de voir derrière la plainte officielle somatique, s'il n'y a pas quelque chose sur le plan psychiatrique. »

À partir de ce présupposé, les MG font la différence entre deux types de patients : ceux que l'on pourra amener à parler de leurs émotions, qui pourront aller mieux, être référés à un psychiatre et potentiellement faire une psychothérapie, et ceux qui ne pourront jamais reconnaître qu'ils souffrent de dépression, continueront de somatiser et feront toujours partie du « fonds de commerce » des MG :

« Ça dépend en fait des patients et puis comment on peut entrer 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, ils restent à leurs plaintes somatiques. Et puis d'autres avec lesquels on arrive à aborder un

14. Ce concept désigne des tableaux cliniques dans lesquels la symptomatologie affective de la dépression semble occultée par des plaintes somatiques. Il a rencontré un grand succès dans les années 1970 (Kielholz, 1979).

petit peu plus profondément le sujet. Qu'est-ce qui se passe à domicile, dans la famille, etc. Et puis à ce moment-là, ça devient un outil et peut-être qu'on peut par ce biais-là entrer un peu dans le fond du problème »

« J'ai le sentiment que pour envoyer au psychiatre, il faut que les gens soient capables de mentaliser un minimum, soient capables d'élaborer [...] donc du coup, les autres, ceux qui s'expriment par le corps, par la plainte, qui ont de la peine à lire au fond d'eux-mêmes, ils restent accrochés à nos consultations et puis à cette partie de notre fonds de commerce, pour finir, quoi ».

Pour ce second type de patient, les MG entrent dans une prise en charge au long cours, qui nécessite de prendre soin à la fois du patient et du soignant, comme nous allons le voir à présent.

## **Soigner le patient dépressif chronique : importance du lien et souffrance du généraliste**

Ce que nous disent les MG de leur prise en charge de la dépression chronique reflète la tension connue entre approches technique et relationnelle (Bloy, Schweyer, 2010), ou encore entre les savoir-faire et les savoir-être. En effet, une prise en charge sur le long terme de la dépression chronique nécessite des MG qu'ils déploient à la fois des savoir-faire, propres à la médecine générale ou externes à celle-ci, et un important savoir-être. Les savoir-faire sont composés d'outils acquis notamment lors de formations complémentaires, tels que des outils psychothérapeutiques issus des thérapies comportementales et cognitives (TCC) ou de la thérapie psychodynamique brève, l'entretien motivationnel pour valoriser les ressources du patient, mais aussi l'hypnose ou la relaxation. Conséquemment à leur rôle de coordinateurs des soins (*ibid.*), les MG collaborent avec divers thérapeutes dans le cas des dépressions chroniques, tels que des assistants sociaux, des art-thérapeutes, des ergothérapeutes, des infirmiers en psychiatrie, des physiothérapeutes et des psychiatres. La collaboration est perçue comme un outil en tant que tel pour le MG, tout comme les arrêts de travail, la médication ou les médecines complémentaires (la sophrologie, les fleurs de Bach, l'homéopathie). Ce sont donc principalement des ressources ou compétences acquises en dehors de leur formation initiale, et parfois également extérieures à la médecine, que les MG mobilisent pour faire face à la dépression chronique.

Parallèlement, les savoir-être occupent une place centrale dans le suivi qu'ils proposent. Pour ce faire, les MG semblent s'appuyer sur les théories de Balint, et en particulier sur la notion de « médicament-médecin » (Balint, 1960). En effet, les MG insistent sur la construction d'une « relation thérapeutique » (Membrado, 1993) qui s'inscrit sur le long terme, où l'idée de guérir (*cure*) le patient est abandonnée à la faveur du soin par le développement de la dimension empathique (*care*) (de Valck *et al.*, 2001), comme l'illustre cet extrait : « 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 les guérir, et puis on les accompagne des années ». Cet accompagnement nécessite de créer un lien privilégié avec le patient pour l'amener, au fil du temps, à mettre en mots une souffrance qui s'exprime par le corps :

« On travaille beaucoup aussi sur le lien, la confiance, peut-être apprivoiser les gens, s'intéresser à eux. Je trouve au début, ces gens qui sont un peu revêches, qui sont plaintifs, qui sont dans la douleur, etc., ils ont de la peine à imaginer qu'on puisse s'intéresser à eux. Je trouve qu'on peut faire beaucoup de choses en les aidant à se raconter petit à petit, découvrir leur univers, et souvent je trouve que c'est ça qui permet sur le très long terme d'amener un certain type de patients qui sont peu enclins à communiquer sur leur monde intérieur, de petit à petit donner des pistes, puis peut-être évoluer un tout petit peu pour donner du matériel petit à petit sur lequel on peut travailler sur le plan du ressenti intérieur. »

Le médecin devient ainsi « le principal médicament, le traitement » et il apprend à « se prescrire lui-même ». L'attitude positive du MG étant considérée comme nécessaire pour permettre aux patients de retrouver de l'espoir, le MG doit s'efforcer de leur montrer qu'il « pense qu'on va pouvoir faire quelque chose, qu'ils sont intéressants, qu'ils ont des qualités, des ressources, qu'on va pouvoir travailler là-dessus et [...] qu'on est sûrs que ça va pouvoir aller ». Il devient une personne de référence pour les patients et leur offre son écoute. Pourtant, comme le soulèvent C. Haxaire *et al.* (2010), cette écoute est difficile pour le MG dans la mesure où il n'a pas de « théorie de la parole et de l'écoute comme telle », cette dernière relevant essentiellement d'une « pratique privée, variable selon les praticiens, une "recette" plutôt qu'un savoir ». Le MG reçoit alors « le discours du patient de manière souvent un peu abrupte, sans outils pour gérer ce qui se dit à ce moment, à savoir des histoires de vie bien loin de sa compétence technique. Il ne peut pas toujours maintenir la bonne distance avec son patient » (Haxaire *et al.*, 2010). La réalisation de certains gestes techniques peut toutefois être réintroduite de façon tactique au cours de la consultation, lorsque l'écoute devient trop difficile pour le MG, comme l'exprime l'un des participants au FG : « Même pendant la consultation on peut prendre des petits moments pour souffler par des petits rituels, on prend la tension, on prend le pouls, " je vais vous palper ce ventre, cet estomac ". Enfin ce sont des moments où on peut pfff, on souffle, on arrête de causer. Nous on a de la chance par rapport au psy, on a vraiment un avantage, on a plein d'outils en fait, mais pour tenir sur la longueur ».

Le fait de « tenir sur la longueur » est un thème récurrent dans nos données, et certains MG mentionnent également la nécessité de travailler en réseau pour ce faire, considérant que « tout seul, c'est très ambitieux ». La difficulté à trouver la « bonne distance », que soulèvent Haxaire *et al.* (2010), est une autre des préoccupations importantes des MG que nous avons rencontrés. S'ils insistent sur la nécessité d'instaurer un cadre, avec des rendez-vous réguliers et définis à l'avance, ils sont plusieurs à mentionner des échanges de SMS ou d'e-mails entre les rendez-vous, les poussant parfois à « déborder » de leur rôle de médecin :

« C'est comme si c'est des patients qui ont besoin d'un investissement particulier, différent du médecin, qui déborde presque de son rôle de médecin [...] C'est vrai que typiquement, la majorité des patients dépressifs chroniques ils ont mon numéro de téléphone portable, s'il y a un souci ils peuvent m'envoyer un petit SMS, un petit... qu'on leur donne un signe de disponibilité même si on n'est pas disponible immédiatement ».

Cette implication évoque ce que J. Marcum (2008) a appelé la dimension « sacerdotale » du médecin, qui selon lui a perdu en importance au cours de l'évolution scientifique et de la sécularisation de la pratique de la médecine, et qui consiste à s'impliquer pleinement auprès du patient, de partager la souffrance causée par la maladie de façon « expérientielle » et non seulement « technique ». Or, l'écoute qualifiée d'« empathique » ou « compatissante » est considérée par Haxaire *et al.* (2010) comme « la modalité d'écoute qui mobilise le plus le médecin généraliste en le poussant dans ses limites qu'elles soient professionnelles ou personnelles, c'est la plus éprouvante pour lui, celle à propos de laquelle il exprime sa difficulté, son impuissance, son insatisfaction, bref sa propre souffrance ». De fait, le sentiment d'impuissance du MG face à la dépression chronique a été évoqué à de multiples reprises dans les trois FG, en particulier face à l'inertie et aux plaintes répétées des patients :

« 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 [...] 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 ».

Les MG mentionnent que ce sentiment d'impuissance est plus facile à gérer avec l'expérience, les novices se sentant davantage démunis. Cependant, ce sentiment sert également de « moteur », en début de carrière, pour faire des formations complémentaires qui donnent « des outils pour cette espèce de magma qu'on a décrit tout à l'heure et face auquel je me sens impuissante ». Dans cet ordre d'idée, l'étude de H. Dumesnil *et al.* (2012) auprès des MG en France indique que 78 % des participants sont « demandeurs de formations complémentaires » sur « la pratique de la psychothérapie de soutien ». L'un des risques de cette empathie émotionnelle est en effet que cela les conduise à la fatigue compassionnelle ou au *burn-out*. Dès lors, outre l'expérience et les formations, les participants aux FG insistent sur la nécessité de « soigner le soignant » pour « être capable d'éviter la fatigue compassionnelle qui existe par rapport à ces patients qui sont multiplaintifs, qui ne sont pas forcément très adhérents au traitement et qui sont pas très positifs ». Les interventions, les supervisions et les groupes Balint sont considérés comme des ressources indispensables, mais il peut également s'agir de *débriefings* informels et très courts avec des collègues qui partagent leur cabinet. Certains MG constatent une amélioration de l'état du patient après leur participation à un groupe Balint, établissant des liens directs entre l'état du MG et celui du patient.

Nos résultats contrastent ainsi avec ceux de McPherson et Armstrong (2009) qui rapportent une perte d'empathie des MG britanniques face aux patients dépressifs chroniques et le recours à des représentations potentiellement dénigrantes de ces derniers. Les MG que nous avons interrogés cherchent activement une manière de lutter contre la perte de compassion, et y font face en s'affiliant à des pairs et en évoquant avec eux leurs patients. Ce faisant, ils peuvent partager « existentiellement », et non pas uniquement « techniquement », la souffrance de leurs patients – comme le préconise Marcum (2008) – ce qui leur permet de réarticuler les dimensions technique et affective de leur pratique.

## Une prescription relationnelle et complémentaire des antidépresseurs

Après s'être longtemps vu reprocher de sous-diagnostiquer la dépression (Spitzer *et al.*, 1995), les MG sont actuellement pointés du doigt quant au fait de la surdiagnostiquer et de prescrire trop d'antidépresseurs (ci-après AD) (Dowrick, Frances, 2013). Pourtant, lors de nos FG, plusieurs MG ont exprimé des réticences à la prescription :

« – Au début quand on n'a pas tellement d'expérience, c'est un peu compliqué à le prescrire. Et puis une fois qu'on l'a fait quelques fois, et qu'on commence à avoir un peu plus d'expérience, on peut le faire un peu plus facilement [...] C'est des traitements avec lesquels, on a plus de réticences [...] D'introduire un traitement peut-être lourd, ou qui doit se prendre à long terme [...] peut-être un peu des réticences par rapport au niveau du diagnostic. Est-ce qu'on a le bon diagnostic ? On va commencer quelque chose qui va suivre le patient longtemps, alors qu'il n'y avait pas forcément d'indications.

– Si on ne connaît pas trop le patient, et on n'a pas trop de temps pour discuter avec lui, AD comme ça sans un suivi psychothérapeutique derrière, moi j'ai très peur d'un risque suicidaire, d'avoir pas assez de temps avec le patient ».

Ces deux MG avancent des explications multiples à la réticence à prescrire des AD. La première concerne l'incertitude diagnostique. Lors des FG, les MG évoquent différents types de dépression, différenciant notamment les « dépressions endogènes » des dépressions « réactionnelles », et considérant que seules les premières peuvent être traitées par AD : « Les thérapies médicamenteuses j'aime moyennement, parfois on met mais j'ai pas l'impression que ça fait des miracles, les dépressions endogènes, pharmacologiques, je sais pas s'il y en a beaucoup ». Ces représentations des types de dépressions et de l'efficacité des AD rejoignent les constats de J. Hyde *et al.* (2005) selon lesquels les MG ont un modèle dichotomique de la dépression, l'une « sociale » et l'autre « biologique », les MG prescrivant moins facilement des AD pour la dépression qu'ils attribuent à des causes sociales.

D'autres réticences sont liées au fait que le traitement par AD est relativement lourd et qu'il se fait sur le long terme, avec passablement d'effets secondaires et, parfois, un risque suicidaire inhérent au traitement. Par ailleurs, certains MG ne souhaitent pas prescrire d'AD sans assurer, en parallèle, un suivi du patient, et renoncent donc à la prescription lorsqu'ils n'ont pas suffisamment de temps pour voir le patient régulièrement. Une telle prise de position fait voir que les MG conçoivent la prescription d'AD comme inséparable d'un suivi rapproché et de soutien par le MG ou par un psychiatre. La prescription d'AD, en particulier au long cours, n'est donc pas « une méthode expéditive pour disposer des cas complexes » (Ambresin *et al.*, 2015) et n'est pas considérée comme un traitement en soi, mais bien comme un traitement qui s'inscrit dans une relation entre le médecin et son patient.

Dans le même ordre d'idée, un MG évoque l'effet placebo des AD, en soulignant leur efficacité en termes d'« aide à la relation »<sup>15</sup>. Un autre MG insiste sur la nécessité de donner un sens au traitement, ce qui peut notamment être fait en se focalisant sur un symptôme particulièrement dérangerant pour le patient : « J'aime bien réfléchir avec le patient : à quoi il pense que ça peut servir cet AD ? Il faut donner du sens à ce traitement. Souvent c'est pour aider à dormir [...] C'est plus pour le symptôme que pour la dépression elle-même, parce qu'ils sont très anxieux [...] L'AD il est mieux accepté parce qu'on vise un symptôme [...] qui est concret, qui dérange le patient dans sa vie courante ».

Il arrive ainsi que les AD soient prescrits pour traiter d'autres choses que la dépression, par exemple l'anxiété, ou encore les douleurs chroniques : « L'une des caractéristiques [de la dépression chronique], c'est que souvent y a déjà une médication antidépressive qui a été introduite un petit peu sous le couvert du traitement de l'antalgie pour des douleurs chroniques et puis on espère qu'avec ça on soutient l'humeur aussi ». Ce type de prescription « sous couvert » d'autre chose est à mettre en lien avec le constat, évoqué plus haut, que les patients dépressifs chroniques se plaignent d'abord par le corps, et qu'il est souvent difficile pour le MG d'évoquer la dépression dès lors que ce n'est pas un terme que ces patients « peuvent entendre ». De plus, les patients sont souvent réticents aux AD, selon les dires des MG, craignant de « devenir dépendants » ou souhaitant « rester eux-mêmes ». Dès lors, un travail d'information et de réassurance de la part du MG paraît nécessaire, et engendre parfois des formes de négociations autour de la prise de médicaments : « Avec un peu d'expérience de la prescription, vous pouvez expliquer ce qui va se passer dans la tête du patient. Parfois je leur dis "on fait un exercice ensemble, vous prenez ma drogue pendant un mois et puis on tirera les conclusions dans un mois. Si vous ne les voulez pas, on arrêtera, et je n'insisterai pas". Et ça marche souvent très bien ».

D'importantes divergences existent dans ce « contrat de base ». Certains MG proposent de partir sur trois à six mois de traitement alors que d'autres proposent d'emblée une année à deux ans. Une si longue durée est justifiée par l'évocation de certaines études « qui montrent que si on interrompt le traitement

15. Haxaire *et al.* (2010) parlent des médicaments comme « supports de discours ».

prématurément, souvent il y a un risque de rechute ». Dans le cas de dépressions chroniques avec plusieurs rechutes, il peut arriver « que les gens soient à perpète sous AD. [...] Alors dans ces cas-là, les gens se connaissent souvent tellement bien qu'ils peuvent dire exactement quel dosage il leur faut. Ils sont devenus les vrais spécialistes de leur traitement ».

En somme, il existe une importante diversité de pratiques concernant la prescription, ce que Beck *et al.* (2013) considèrent comme un « aspect essentiel de la profession des médecins généralistes », soulignant que ces disparités sont peu liées aux caractéristiques des patients et davantage aux « critères individuels des médecins (âge, genre, etc.) et de leur contexte d'exercice ». Il apparaît en effet, dans le cas des AD, que ces pratiques se transforment avec l'expérience. En début de carrière, les jeunes médecins auraient ainsi des réticences à prescrire des AD, mais le feraient davantage « parce qu'on n'a pas d'autres outils ». Au fur et à mesure que les MG acquièrent de l'expérience et s'engagent dans des formations complémentaires, ils auraient davantage de facilité à prescrire des AD mais le feraient conjointement à d'autres outils, voire y renonceraient.

Ainsi, les résultats des FG font apparaître que les AD sont un outil parmi d'autres et que, s'ils ne visent pas nécessairement à « éviter le médicament », les MG souhaitent dans tous les cas y « donner une alternative ». Le rapport aux AD des MG suisses romands correspond à ce que McPherson et Armstrong (2009) ont qualifié de « démedicalisation du comprimé ». Leur étude a montré que les MG britanniques se représentent l'efficacité des AD davantage à partir de leur effet placebo que de leurs propriétés pharmacologiques. De plus, ils considèrent que l'efficacité des AD peut être réduite par la présence, chez les patients, de certains facteurs psychosociaux et de conditions de vie difficiles. Les MG britanniques restent cependant davantage en faveur de la prescription d'AD que leurs confrères suisses romands.

On aurait pu s'attendre à ce que les AD occupent une place plus importante dans le propos des MG interrogés, compte tenu des résultats des études existantes en la matière. Ainsi, en Suisse, « plus de 60 % des patients présentant une dépression légère et 50 % des patients présentant une dépression moyenne font l'objet d'un traitement basé exclusivement sur une médication antidépressive en médecine générale » (Baer *et al.*, 2013). En France, une étude a montré que le traitement médicamenteux est choisi par plus de huit MG sur dix et qu'il « reste leur principal outil de prise en charge » (Dumesnil *et al.*, 2012). Il est possible que nos résultats soient en partie liés à notre échantillon, qui était composé d'une moitié de MG ayant une formation complémentaire en médecine psychosociale et psychosomatique.



## Conclusion

Nous avons montré que la dépression chronique se présente au cabinet du médecin généraliste sous la forme de situations psychosociales complexes et se divise en deux catégories de patients : ceux qui parviennent à mettre des mots sur leur souffrance et ceux qui l'expriment uniquement par le corps. Ces patients sont qualifiés par les MG de « polyplaintifs ». Face à de telles situations, les généralistes ont une approche pragmatique mobilisant, en fonction des situations, différents outils qu'ils ont souvent acquis lors de formations complémentaires, dans et hors du champ de la médecine. Ce pragmatisme s'inscrit dans une approche centrée sur la personne, adaptant les prises en charge aux besoins spécifiques du patient qui se présente à leur cabinet. De plus, les MG remplissent leur rôle de coordinateurs des soins en collaborant avec d'autres professionnels. Enfin, nous avons vu que les antidépresseurs font partie des outils des MG, mais qu'ils ne sont pas centraux et qu'ils ne peuvent pas être séparés d'un suivi rapproché. Pourtant, ce dernier n'est pas sans risque pour les MG, qui craignent la fatigue compassionnelle ou le *burn-out*. Afin de lutter contre cela, ils insistent sur la nécessité des supervisions, des intervisions et des groupes Balint, sur le fait de « soigner le soignant » ou encore d'abandonner l'idée de guérir le patient pour se focaliser sur un accompagnement au long cours. En général, plus le soignant a de l'expérience – et des outils acquis lors de formations complémentaires – moins il est difficile pour lui de prendre en charge la dépression chronique.

La principale limite de notre article est la surreprésentation des MG qui ont suivi une formation en médecine psychosociale et psychosomatique, ainsi que le biais d'inclusion habituel selon lequel les personnes acceptant de participer à la recherche sont celles qui ont un intérêt marqué pour la thématique abordée. Chaque fois que nos résultats nous ont semblé influencés par ces limites, nous l'avons signalé et discuté en regard de la littérature.

Les résultats obtenus font apparaître que la prise en charge que déploient ces médecins est spécifique à la médecine générale, dans la mesure où ce qu'ils en disent est très similaire aux « compétences de base » récemment définies par l'Organisation mondiale des MG (WONCA, 2018) concernant la prise en charge de la santé mentale. Parmi celles-ci figurent notamment l'adoption d'une approche centrée sur la personne, le fait de prendre soin conjointement des problèmes de santé mentale et de santé physique des personnes souffrant de troubles psychiques, d'utiliser un large éventail d'options et de ressources et de les adapter aux besoins des patients, ou encore, en tant que MG, de prendre soin de sa propre santé et de son bien-être. Ainsi, la prise en charge proposée relève d'un cadre conceptuel de médecine générale – qui pourrait s'appliquer à différents types de troubles psychiques ou psychosomatiques – davantage que d'une compréhension spécifique de la dépression chronique.

L'adoption d'une telle démarche fait que le diagnostic précis n'est souvent pas considéré comme nécessaire à la prise en charge. Cela est cohérent avec la recherche récente de H. Dumesnil *et al.* (2018) qui montre que « la terminologie utilisée par les MG pour désigner la dépression est essentiellement non technique,

très proche de la terminologie quotidienne et ordinaire », et que les MG ne font globalement pas référence aux classifications internationales. Dans le même ordre d'idée, à aucun moment les MG n'ont mentionné de recommandations de bonnes pratiques concernant la prise en charge de la dépression chronique. Cela est cohérent avec d'autres recherches qui montrent que les MG sont globalement réticents aux recommandations de bonnes pratiques de par l'uniformisation qu'elles induisent, mettant à mal les valeurs humaines et relationnelles de la médecine générale tel que le fait de s'adapter à l'individu particulier auquel s'adresse le MG (Bachimont *et al.*, 2006). Dès lors, comme le montrent nos résultats et à l'instar des analyses de F. Bonjour-Theurillat *et al.* (2018 : 143) pour les douleurs chroniques, les MG ont tendance à mobiliser des outils qui sont des « fragments triés des enseignements ou de leur propre vécu au long de leur carrière ». Enfin, cet appui implicite sur un cadre conceptuel de médecine générale peut expliquer la convergence des pratiques des MG interrogés. Il est possible qu'il se soit également manifesté dans les *focus groups* par une hétérogénéité des représentations plus limitée qu'attendue, suggérant que les MG avaient là des valeurs à défendre (niveau normatif) et pas seulement une pratique et une méthode à partager (niveau épistémique).

La spécificité de la prise en charge en médecine générale ainsi que le fait d'abandonner l'idée de guérir pour celle d'accompagner, sans forcément poser de diagnostic précis ni se référer aux recommandations de bonnes pratiques, doit cependant ouvrir sur un questionnement éthique global et une réflexivité de la part du MG afin de s'assurer qu'il s'agit de véritables choix thérapeutiques raisonnés, et non pas d'un renoncement face à une situation complexe. Un second questionnement émerge alors, qui porte sur d'autres modèles de prise en charge de la dépression chronique, et notamment celle qui est effectuée par les psychiatres qui, en Suisse, ont la particularité d'avoir le double titre de psychiatre et de psychothérapeute. Est-ce que « la dépression chronique » que rencontrent les MG est la même que celle que rencontrent les psychiatres ? Dans quelle mesure les prises en charge que proposent les psychiatres sont différentes de celles proposées par les MG ? Ce sont sur ces questions que se penche notre équipe de recherche multidisciplinaire, puisqu'une réplique de cette étude auprès de psychiatres est en cours.

## Références bibliographiques

- Ambresin G., Palmer V., Densley K. et al. (2015)**, « What Factors Influence Long-term Antidepressant Use in Primary Care? Findings from the Australian Diamond Cohort Study », *Journal of affective disorders*, 176, p. 125-132.
- Bachimont J., Cogneau J., Letourmy A. (2006)**, « Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? », *Sciences sociales et santé*, 14, n° 2, p. 75-103.
- Baer N., Schuler D., Füglistler-Dousse S. et al. (2013)**, « La dépression dans la population suisse : données concernant l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socioprofessionnelle », Rapport Obsan n° 56, Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.
- Balint M. (1960)**, *Le médecin, son malade et la maladie*, Paris, Payot.
- Baszanger I. (1983)**, « La construction d'un monde professionnel : entrée des jeunes praticiens dans la médecine générale », *Sociologie du travail*, 3, p. 275-294.
- Beck F., Guignard R., Gautier A. et al. (2013)**, « La prise en charge des usagers d'opiacés par les médecins généralistes », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, avril-juin, p. 24-41.
- Beck F., Guignard R., Rolland Du Roscoat E. et al. (2009)**, « Attitudes et opinions vis-à-vis de la dépression », in Chan Chee C., Beck F., Sapinho D. et al. (dir.), *La dépression en France. Enquête Anadep 2005*, Saint-Denis, INPES, p. 119-140.
- Bernadou A. (2011)**, « Savoir théorique et savoirs pratiques. L'exemple médical », in Barbier J.-M., *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, Paris, Presses universitaires de France, p. 29-41.
- Bloy G. (2008)**, « L'incertitude en médecine générale », *Sciences sociales et santé*, 26, n° 1, p. 67-91.
- Bloy G., Schweyer F.-X. (2010)**, « Introduction », in Bloy G., Schweyer F.-X. (dir.), *Singuliers généralistes*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 11-20.
- Bonjour-Theurillat F., Widmer D., Spencer B. et al. (2018)**, « Comment le médecin généraliste induit le processus du changement chez son patient : l'exemple de la douleur chronique », *Exercer*, n° 143, p. 204-211.
- De Valck C., Bensing J., Bruynooghe R. et al. (2001)**, « Cure-oriented Versus Care-oriented Attitudes in Medicine », *Patient Education and Counseling*, 45, n° 2, p. 119-126.
- Dowrick C., Frances A. (2013)**, « Medicalising unhappiness », *British medical journal* [en ligne] <http://www.bmj.com/content/347/bmj.f7140>, consulté le 25 octobre 2018.
- Dumesnil H., Cortaredona S., Cavillon M. et al. (2012)**, « La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville », *Études et Résultats*, DREES, n° 810, p. 1-8.
- Dumesnil H., Apostolidis T. & Verger P. (2018)**, « Opinions of General Practitioners about Psychotherapy and their Relationships with Mental Health Professionals in the Management of Major Depression : a Qualitative Survey », *Plos One*, 13, n° 1, p. 1-14.
- Ehrenberg A., Lovell A. (2001)**, *La maladie mentale en mutation. Psychiatrie et société*, Paris, Odile Jacob.

- Gigling M., Guimelli C. & Penochet J.-C. (1996)**, « Les représentations sociales de la dépression chez des médecins : entre pratiques et normes », *Papers on Social Representations*, 5, p. 27-40.
- Haxaire C., Genest P. & Bail P. (2010)**, « Pratiques et savoir pratique des médecins généralistes face à la souffrance psychique », in Bloy G., Schweyer F.-X. (dir.), *Singuliers généralistes*, Rennes, Presses de l'EHESP, p. 133-146.
- Herrman H., Patrick D., Diehr P. et al. (2002)**, « Longitudinal Investigation of Depression Outcomes in Primary Care in Six Countries : the LIDO Study », *Psychological Medicine*, 32, n° 5, p. 889-902.
- Hyde J., Calnan M., Prior L. et al. (2005)**, « A Qualitative Study Exploring how GPs Decide to Prescribe Antidepressants », *British Journal of General Practice*, 55, n° 519, p. 755-762.
- Jobst A., Brakemeier E.-L., Buchheim A. et al. (2016)**, « European Psychiatric Association Guidance on Psychotherapy in Chronic Depression across Europe », *European Psychiatry*, 33, p. 18-36.
- Kielholz P. (1979)**, « Le concept de la dépression masquée », *L'Encéphale*, V, p. 459-462.
- Kitzinger J. (1995)**, « Qualitative Research. Introducing Focus Groups », *British Medical Journal*, 311, p. 299-302.
- Lévy D. (2011)**, « Le métier de médecin aujourd'hui », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, avril-juin, p. 297-309.
- Marcum J. (2008)**, « Reflections on Humanizing Biomedicine », *Perspectives in biology and medicine*, 51, n° 3, p. 392-405.
- McPherson S., Armstrong D. (2009)**, « Negotiating "Depression" in Primary Care », *Social Science & Medicine*, 69, p. 1137-1143.
- Membrado M. (1993)**, « La construction médicale de la relation thérapeutique : pour une définition des enjeux », *Ethnologie française*, 23, n° 4, p. 526-533.
- Schuler D., Tuch A., Buscher N. et al. (2016)**, « La santé psychique en Suisse. Monitoring 2016 », Rapport Obsan n° 72, Neuchâtel, Observatoire suisse de la santé.
- Spitzer R., Kroenke K., Linzer M. et al. (1995)**, « Health-related Quality of Life in Primary Care Patients with Mental Disorders », *Journal of the American Medical Association*, 274, n° 19, p. 1511-1517.
- Tremblay P. (2005)**, « Les représentations sociales de la dépression : vers une approche pluriméthodologique intégrant noyau central et principes organisateurs », *Journal international des représentations sociales*, 2, n° 1, p. 44-56.
- Vandeleur C., Fassassi S., Castelao E. et al. (2017)**, « Prevalence and Correlates of DSM-5 Major Depressive and Related Disorders in the Community », *Psychiatry Research*, 250, p. 50-58.
- WONCA (2018)**, « Core Competencies of Family Doctors in Primary Mental Health Care » [en ligne] <http://www.globalfamilydoctor.com/site/DefaultSite/filesystem/documents/Groups/Mental%20Health/Core%20competencies%20January%202018.pdf>, consulté le 25 octobre 2018
- Wong L. (2008)**, « Focus Group Discussion : a Tool for Health and Medical Research », *Singapore Medical Journal*, 49, n° 3, p. 256-261.