

**La prise en charge des patients dépressifs et les
difficultés vécues par les assistants
en médecine générale**

*Étude qualitative réalisée auprès d'assistants en médecine générale dans les
régions Bruxelloise et Wallonne*

Dr PHAM Quynh-Vi Angélique

Master complémentaire en Médecine Générale

Travail de Fin d'Études

Promoteur: Dr Richaud Bernard

Co-promoteur: Dr Belaallam Elias

Table des matières

Remerciements	3
Glossaire	4
Résumé	5
1. Introduction	6
1.1 Contexte	6
1.2 Généralités	6
1.3 Rappels théoriques	7
1.4 Objectifs du travail	9
1.5 Épidémiologie	10
1.6 Étiologie	10
1.7 La place du médecin généraliste	11
2. Méthodologie	12
3. Résultats	15
3.1 Description de mon échantillon	15
3.2 Classement des données	16
3.2.1 La place de la dépression chez les médecins généralistes et le rôle du médecin	16
3.2.2 L'importance du rôle du psychologue et ses limites	19
a) La dépression: une prise en charge concomitante avec le psychologue	19
b) Les freins à la psychothérapie	20
c) Les limites du médecin généraliste vis à vis des compétences "psy"	21
3.2.3 La complexité de la prise en charge des patients dépressifs par les assistants	23
a) La dépression, pathologie difficilement perçue	23
b) La complexité des différentes compétences dans cette pathologie	26
c) Les sentiments négatifs qui découlent de ces difficultés	28
3.2.4 Les outils à créer pour aider les jeunes assistants	30
4. Discussion	32
4.1 Analyse méthodologique	32
4.1.1 Limites de l'étude	32
4.1.2 Points forts de l'étude	33
4.2 Analyse des résultats	34
La place et le rôle du médecin généraliste dans la dépression	34

Le rôle et la communication avec le psychologue.....	34
La perception de la maladie par les assistants	35
Les difficultés ressenties par les assistants	35
Les sentiments négatifs	36
Aides et soutiens déjà mis en place	37
4.3 Pistes de réflexion	37
5. Conclusion	39
6. Références bibliographiques	40

Remerciements

Je tiens à remercier chacune des personnes qui m'a accompagnée dans ce travail de fin d'études et toutes celles qui ont permis de le réaliser.

À mon promoteur, Docteur Bernard Richaud, pour sa disponibilité et son investissement, à mes maîtres de stages Docteur Alain Gemayel et Docteur Marie Claus, qui m'ont inculquée le goût de ce métier et l'envie d'en apprendre chaque jour.

À mon co-promoteur, mon collègue de travail et avant tout mon ami, Docteur Elias Belaallam, pour son engagement dévoué, son envie de transmettre et de donner aux autres et surtout le temps qu'il m'a consacré et qui a été précieux.

À mon mari, Hiroki, qui dans toutes les épreuves de ma vie et celle qu'a été ce long travail, a été présent et à mes côtés et a fait preuve à mon égard d'un soutien sans faille.

Aux assistants qui m'ont accompagnée dans ce travail et qui ont accepté d'y contribuer, merci infiniment pour leur temps, leurs partages et leurs sincérités.

Aux membres du jury, de prendre le temps de lire mon travail et de me donner un regard objectif.

Cet écrit marque la fin de longs mois de travail et conclut mes trois années d'assistantat, mais surtout l'aboutissement de beaucoup de sacrifices et de plus de dix ans loin des miens, de mes proches et de ma famille. Merci à eux de me donner de la force chaque jour.

Glossaire

DSM-V	Manuel Diagnostic et Statistique des troubles mentaux, 5ème édition
PHQ	Patient Health Questionnaire-9
TFE	Travail de Fin d'Études
UCL	Université Catholique de Louvain
SSMG	Société Scientifiques de Médecine Générale
HAS	Haute Autorité de Santé

Résumé

Introduction: Dans un monde où la santé mentale prend de plus en plus de place, la dépression est un trouble mental courant qui fait partie de la vie quotidienne du médecin généraliste. La dépression reste une pathologie sous-diagnostiquée et sous-traitée. Ce travail de fin d'études vise à mettre en lumière le ressenti des assistants dans la prise en charge des patients dépressifs. À travers ce travail, j'ai voulu montrer les difficultés et les obstacles que rencontrent les assistants dans cette prise en charge lourde et complexe.

Méthodologie: Cette étude qualitative a été réalisée par des entretiens individuels semi-dirigés auprès de dix assistants pratiquant la médecine générale dans la région Bruxelloise ou Wallonne. Les interviews se sont faites à l'aide d'un guide d'entretien. Les données récoltées ont été analysées puis classées selon une analyse thématique.

Résultats et discussion: Le médecin généraliste joue un rôle central dans cette pathologie. Cependant, il existe un écart entre le rôle attribué au médecin et les moyens dont ils disposent. D'après les réponses des assistants, c'est l'ensemble de la prise en charge des patients dépressifs qui est problématique, de la simple définition de la dépression au patient dépressif en passant par la médication, l'accès à la psychothérapie, la communication avec les psychiatres. Les assistants composent avec ce qu'ils peuvent et font de leurs mieux.

Conclusion: Cette étude a permis de mettre en lumière la perception des assistants de cette pathologie, leurs prises en charge en pratique et surtout les difficultés auxquelles ils sont confrontés au quotidien. La perception des assistants est déjà un point de départ de la problématique, ils naviguent dans le trouble. Leur prise en charge est semée de doute et d'incertitude et finalement, les difficultés s'accumulent, rendant ainsi la globalité de cette prise en charge lourde et problématique. Tout au long de ce travail, on a pu se rendre compte de la multitude d'obstacles auxquels les assistants se heurtent dans cette prise en charge qui est déjà par sa nature, très complexe.

1. Introduction

1.1 Contexte

Dans un monde où la santé mentale prend de plus en plus de place, la dépression est un trouble mental courant qui fait partie de la vie quotidienne du médecin généraliste. Aujourd'hui, les patients et les soignants comprennent que la santé mentale est un enjeu important et qu'une bonne santé existe à travers un équilibre entre le corps et l'esprit. La santé mentale est ébranlée par la performance et la rentabilité qui règnent dans notre société actuelle [10]. La crise du Covid n'a fait qu'aggraver les difficultés d'un système de santé déjà fragilisé et instable depuis plusieurs années, cette crise mettant à mal le monde des soignants dans lequel les médecins généralistes sont les premiers exposés par leur rôle de première ligne. Elle nous a montré les limites et les failles de notre système, elle les a mis en lumière. La santé mentale s'est notablement détériorée depuis quelques années [10,11] et chacun, soignants et soignés, en ont payé le prix.

En raison de la récurrence des problèmes mentaux dans notre société et de l'importance de leur coût en termes humains, sociaux et économiques, la santé mentale est désormais considérée comme une priorité de santé publique. J'ai, pour cette raison, choisi de m'intéresser au sujet de la dépression, car ce trouble prend une place majeure dans notre travail.

Pour remettre en contexte, j'ai commencé mon assistantat de médecine générale en octobre 2020, au moment où la crise Covid battait son plein. J'ai été frappée par la réalité du terrain où les plaintes psychologiques dont la dépression étaient omniprésentes et j'ai compris à quel point elles sont ancrées dans notre quotidien en tant que médecin.

1.2 Généralités

La dépression est une pathologie qui diffère des sauts d'humeur habituels et des réactions émotionnelles passagères. Lorsqu'elle est modérée ou sévère, la dépression peut engendrer

une maladie grave. Inéluctablement, elle cause une souffrance et bouleverse le quotidien du patient. Elle affecte la vie professionnelle, scolaire, familiale du patient. Dans les formes les plus graves, la dépression peut aboutir au suicide.

La dépression reste une pathologie sous-diagnostiquée et sous-traitée. Malgré des traitements connus et efficaces, de nombreux patients ne reçoivent aucun traitement. A contrario, d'autres qui ne sont pas atteints de ce trouble font souvent l'objet d'un diagnostic erroné et se voient prescrire des antidépresseurs [2,5,7].

Le déficit de ressources, le manque de prestataires de soins bien formés et la stigmatisation sociale associée aux troubles mentaux sont autant d'obstacles et de freins à une prise en charge efficace [5,10].

1.3 Rappels théoriques

De manière générale, le terme « dépression » désigne la dépression majeure. Elle se définit par un ou plusieurs épisodes distincts d'au moins deux semaines qui se démarquent du fonctionnement habituel du patient.

Il est important de distinguer

- La dépression avérée **légère** où il n'y a pas ou peu de symptômes et l'impact est faible dans le fonctionnement quotidien du patient
- La dépression avérée **modérée** où les symptômes et l'impact sur la vie du patient sont entre « légers » et « sévères »
- La dépression avérée **sévère** où il y a une perturbation des activités sociales, professionnelles ou relationnelles presque tous les jours [5,7,14].

Voici les critères diagnostiques du DSM-5 :

« Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une période de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur, avec au moins un des symptômes étant soit une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir.

- *Humeur dépressive pendant la plupart du temps, presque tous les jours*
- *Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités*
- *Perte de poids significative ou modification de l'appétit*
- *Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours*
- *Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours*
- *Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours*
- *Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive*
- *Diminution de la capacité à penser ou se concentrer*
- *Pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires*
- *Les symptômes causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement*
- *L'épisode n'est pas attribuable à une substance ou une autre affection médicale*
- *L'apparition de l'épisode dépressif majeur n'est pas mieux expliquée par un autre trouble psychotique*
- *Il n'y a jamais eu de période hypomaniaque ou maniaque » [14]*

Il existe deux échelles pour l'aide au diagnostic de dépression, selon la HAS :

*« Il est recommandé d'utiliser le **Patient Health Questionnaire-9 (PHQ)** pour préciser la présence et l'intensité de symptômes dépressifs. Le Patient Health Questionnaire-9 peut être utilisé, pour le dépistage, le suivi aussi bien pour évaluer le diagnostic et la sévérité de la dépression (légère, modérée, sévère). La classification de légère, modérée ou sévère doit être utilisée pour établir la sévérité initiale et pour suivre l'évolution du traitement initié.*

*La **Hamilton Depression Rating Scale** (échelle d'Hamilton) est utilisée chez les patients pour lesquels le diagnostic de dépression est déjà posé et a son intérêt dans l'évaluation et la schématisation de la sévérité de la dépression. » [14]*

1.4 Objectifs du travail

Mon TFE part d'une situation réelle que j'ai vécue lors de mes premiers mois d'assistantat. À ce moment-là, je travaillais dans un centre médical dans le nord-ouest de Bruxelles. La réalité de la pratique est venue frapper à ma porte un vendredi soir, un couple suivit depuis plusieurs années au cabinet, mais que je n'avais pas encore rencontré jusqu'ici.

Devant moi, un homme affolé qui vient « demander de l'aide » et me dit « je ne sais pas vers qui me tourner », à côté de lui une femme qui semble absente. La phrase est prononcée par son mari : « Ma femme vient d'essayer de se défenestrer, je suis arrivé à temps pour l'en empêcher, mais je ne sais pas ce qu'il se serait passé sinon... » cette phrase viendra m'habiter les jours qui suivent. La violence dans ces quelques mots me frappe. Durant cette consultation, deux sentiments s'opposent: l'angoisse et l'émotion de ce mari viennent contraster au désespoir de cette femme. Mon jeune âge et mon inexpérience ne semblent pas être un frein à leurs démarches. En l'espace de quelques instants, je comprends que je ne dois pas être déstabilisée, car ces deux personnes comptent sur moi, raison pour laquelle ils sont venus jusqu'à ma consultation. Ils viennent de s'adresser à moi en dernier espoir.

Cette femme était dépressive depuis maintenant plusieurs années, mais aucune personne, soignants ou non, n'avait décelé cette pathologie chez elle. Cette tentative de suicide était le résultat d'un enchaînement de manquements...

Cette situation a déclenché chez moi un sentiment d'inquiétude et de colère. Elle m'a poussée à m'intéresser à ce sujet et d'en faire un travail complet. En effet, dans ma tête, les questions défilaient : « comment je vais faire en tant que jeune assistante pour aider cette femme ? », « est-ce que je suis la seule assistante à ressentir ces sentiments ? », « pourquoi je me sens si incompetente ? », « pourquoi je suis démunie ? », « quelles sont les difficultés que vivent les autres assistants dans cette prise en charge ? ». Ce TFE vise à mettre en lumière le ressenti des assistants dans la prise en charge des patients dépressifs. A travers ce travail, j'ai voulu montrer les difficultés et les obstacles que rencontrent les assistants.

1.5 Épidémiologie

Comme évoqué précédemment, l'épidémie Covid a influencé la proportion de la population affectée par des troubles de la santé mentale.

Selon les chiffres de Sciensano, en septembre 2022: « *La prévalence des troubles dépressifs dans la population semble suivre les contaminations et la rigueur des mesures mises en place pendant la crise du COVID-19. Plus de personnes ont présenté **des troubles dépressifs (entre 13% et 22%) par rapport à 2018 (9,5%).** **En 2022**, la proportion de personnes présentant des **troubles dépressifs (entre 13 et 16%)** a diminué par rapport à décembre 2021, date à laquelle les niveaux les plus élevés jamais vu ont été enregistrés, mais la proportion n'a jamais diminué jusqu'à atteindre son niveau de 2018.*

En mars 2022, 11% des personnes interrogées souffraient à la fois de troubles anxieux et dépressifs, 8% d'un trouble anxieux (sans dépression) et 5% d'un trouble dépressif (sans anxiété). Au total, 24% de la population belge présentait un trouble anxieux ou un trouble dépressif. » [11]

1.6 Étiologie

La dépression est le résultat d'une interaction complexe de facteurs sociaux, psychologiques et biologiques. Il est certain que les patients qui ont traversé des événements difficiles dans leur vie (deuil, traumatisme, séparation, chômage) sont exposés à un risque accru de développer une dépression. Il faut souligner que tous les patients qui ont vécu ces épreuves difficiles ne vont pas développer une dépression. Il existe aussi des patients qui présentent une dépression sans facteur déclenchant ou favorisant. Ce contraste et cette disparité montrent qu'il existe une susceptibilité individuelle à la dépression.

En plus de ces facteurs dits "déclenchants", il existe des facteurs qu'on appelle "latents" et difficilement repérables comme une fragilité affective d'un patient prédisposé à la dépression.

Le médecin généraliste reste toutefois le mieux placé pour connaître cet élément de par sa proximité et sa familiarité avec son patient.

Chaque personne a une histoire et un vécu différents, c'est probablement ce qui fait la richesse de notre métier. Un patient n'est pas un autre et nous rencontrons tout au long de notre carrière des personnalités et des histoires de vies multiples. Il existe, autant de sensibilités à développer une dépression qu'il existe de patients.

Le rôle du médecin généraliste est plus que primordial, car il a accès à une vision holistique de son patient. Il a une vue d'ensemble: il connaît souvent son cercle familial et son entourage. Il connaît les épreuves qu'il a traversées, il connaît son histoire.

1.7 La place du médecin généraliste

Le médecin généraliste joue un rôle central et fondamental dans cette prise en charge, il est celui qui dépiste, diagnostique, prend en charge et fait le suivi. Il est le lien entre le patient et les autres prestataires de soins (psychologue, psychiatre, thérapeute...). Il est confronté quotidiennement à ses plaintes [13].

Le médecin a pour rôle de créer un véritable lien avec son patient et il doit l'aider à verbaliser ses émotions. Il doit se montrer rassurant et se doit de créer un espace libre de parole et de confiance pour son patient.

De par sa proximité, il connaît souvent bien ses patients, il connaît leurs contextes de vies et les événements traversés. Ce qui lui donne une place privilégiée et une relation de confiance avec ses patients. C'est également un prestataire de soin facile d'accès, ce qui fait généralement de lui un des premiers éléments sollicités et confrontés à ce type de plainte [7,9,10,13].

2. Méthodologie

Ma volonté d'effectuer ce travail se base sur une situation clinique réellement vécue. La prise en charge des patients dépressifs est complexe et elle dépend de multiples facteurs qui sont indépendants les uns des autres. La compréhension du mal-être de notre patient comporte une grande part de subjectivité ; elle dépend de l'histoire personnelle du soignant, de son expérience et de son parcours, mais surtout de son intérêt et son attrait pour ce type de prise en charge. Elle dépend aussi de la relation que le soignant instaure avec son patient et de la confiance que ce dernier choisit de lui accorder.

Mon ressenti personnel et ma courte expérience au fil des mois d'assistantat en médecine générale m'ont poussé à vouloir questionner les autres assistants. J'ai voulu comprendre leurs approches, leurs ressentis et les obstacles et difficultés qu'ils pouvaient vivre en tant que jeunes médecins.

Pour répondre à mon questionnement, l'étude qualitative s'est révélée être la plus appropriée. En effet, mon but, étant de pouvoir laisser les personnes interviewées, s'exprimer, nuancer leurs réponses, partager avec eux leurs expériences et échanger sur cette prise en charge. Dans cette étude, l'analyse thématique va nous permettre d'identifier, d'analyser et d'interpréter les données qualitatives qui ressortiront de chaque entretien. Dans mon analyse, j'ai repéré dans les expressions verbales, langage corporel, intonations des personnes interrogées, des thèmes généraux récurrents afin de les regrouper en catégories plus concrètes et explicites pour pouvoir mieux comprendre et interpréter le ressenti des assistants.

Pour mener à bien cette étude qualitative, des entretiens semi-dirigés ont été effectués auprès de dix assistants en médecine générale, pratiquant en région Bruxelloise ou Wallonne, toutes pratiques confondues et toutes années confondues entre début novembre 2022 et fin janvier 2023. Les entretiens ont été enregistrés par une application d'enregistreur vocal sur téléphone avec l'accord préalable de la personne interviewée, puis après les avoir retranscrites sur un logiciel de traitement de texte (Annexe 6), elles ont été effacées.

La demande auprès du Groupe d'Éthique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG) a été introduite en date du 6 octobre 2022 et leur accord a été obtenu en date du 6 novembre 2022, sans nécessité de soumettre un dossier plus spécifique (Annexe 2).

Les dix participants ont été sélectionnés selon les critères d'inclusion suivants: exercer la médecine générale en tant qu'assistants en Belgique, toutes années confondues et toutes pratiques confondues. Les critères ont volontairement été le plus ouvert possible afin d'avoir un échantillon hétérogène et diversifié.

Les critères d'exclusion sont les suivants: exclure toutes prises en charge de maladies mentales/ troubles psychiatriques ou d'addictions, prises en charge d'enfant, pratique hospitalière.

Les interviewés ont été sollicités par le biais d'une annonce postée (Annexe 1) sur les différents groupes d'entraide de médecine générale sur un réseau social et un consentement a été mis en place afin de garantir leur anonymat (Annexe 3). L'étude a été réalisée sur base du volontariat.

Le guide d'entretien (Annexe 4) a été établi avec des questions ouvertes afin de pouvoir laisser la liberté aux personnes interviewées d'avoir un axe large de réponse. Le guide comporte 12 questions abordant chacune les thèmes pré-établis. Les entretiens semi-dirigés ont l'avantage de permettre une interaction plus spontanée, de pouvoir rebondir sur les réponses de l'assistant et d'avoir un réel échange avec la personne.

Ma recherche bibliographique a commencé en novembre 2021 et elle a été faite sur différentes bases de données au moyen de mots-clés. Ma recherche d'articles s'est limitée à des articles datant de moins de 5 ans afin d'exploiter une littérature assez récente afin qu'elle soit la plus pertinente pour mon travail. Les termes de recherches sont les suivants:

Depression	General practitioners	Management
Depressive disorder	General Practice	
Depressive syndrom		

Ma recherche est résumée dans un tableau (Annexe 5), le tableau mentionne le nombre d'articles trouvés en fonction de la base de données de recherche, le nombre d'articles sélectionnés et lus.

3. Résultats

3.1 Description de mon échantillon

Dans mon étude, dix assistants en médecine générale ont été interrogés et les interviews se sont arrêtées après quasi-saturation des données. Les interviews se faisaient à l'aide d'un guide d'entretien que j'ai établi en amont afin de pouvoir diriger facilement l'interview. La durée des entretiens varie entre 17 et 46 minutes. Les interviews se sont faites en présentiel ou en visio-conférence et en fonction des disponibilités des personnes interrogées.

Interview	Sexe	Âge	Lieu de pratique	Type de pratique	Année d'assistantat	Présence psychologues
1	F	34	Braine l'Alleud	Pratique solo	3	Non
2	H	27	Bruxelles	Maison médicale au forfait	3	Non
3	F	26	Bruxelles	Pratique solo	2	Non
4	F	26	Bruxelles	Pratique de groupe	1	Non
5	F	24	Ottignies	Maison médicale à l'acte	1	Oui
6	F	26	Bruxelles	Centre médical	2	Non
7	F	43	Villers-la-ville	Maison médicale à l'acte	2	Oui
8	H	26	Brabant-Wallon	Maison médicale à l'acte	3	Oui
9	F	24	Soignies	Pratique solo	1	Non
10	F	26	Ottignies	Maison médicale au forfait	1	Non

Tableau 1 : Description de l'échantillon de l'étude

3.2 Classement des données

Lors de la première analyse des entretiens, **576 thèmes** ont été mise en évidence. La deuxième analyse a consisté en une extraction des thèmes permettant de répondre à la question posée. À ce stade, **561 thèmes** ont été retenus et classés en **36 sous-catégories**. La troisième analyse a permis de conceptualiser les sous-catégories et de les grouper par les idées qu'elles dégagent en **4 catégories**.

3.2.1 La place de la dépression chez les médecins généralistes et le rôle du médecin

3.2.1.1 La prise en charge de la dépression demande plus de temps

La dépression est une pathologie chronophage et énergivore pour le médecin. Cette pathologie nécessite que le médecin s'y attarde et accorde du temps à son patient. Il en découle un suivi sur le long terme. Les assistants insistent sur le fait que cela prend une part importante de leur temps.

***Int 3:** " Très chronophage, ça prend beaucoup de temps"*

***Int 4:** "Ça me prend vraiment beaucoup de temps et d'énergie je dirais (...) c'est beaucoup d'implication, avant, pendant et aussi après la consultation"*

***Int 9:** " Mettre deux plages horaires, on sait déjà que c'est des patients pour lesquels il faut passer parfois deux fois plus de temps"*

3.2.1.2 L'importance d'un suivi régulier chez le médecin généraliste

Pour ces patients, un suivi régulier est nécessaire afin de réévaluer en permanence l'évolution des symptômes et l'état psychologique du patient. Ce suivi régulier permet de donner un rythme et des objectifs aux patients. Cette fréquence régulière a pour but à la fois de rassurer le patient et de lui donner des repères mais aussi permettre au médecin d'être attentif aux changements.

***Int 1:** "Vraiment que la personne est en détresse, maximum deux semaines entre les deux premiers contacts et après une fois par mois"*

Int 6: *“ Je pense que je les reverrai après deux semaines et justement pas les laisser sans rendez-vous pour qu’ils aient des objectifs”*

Int 7: *“ Je propose donc toujours qu’on puisse se voir régulièrement “*

3.2.1.3 La dépression fait partie du quotidien du médecin généraliste

Cette pathologie, de par sa fréquence dans nos populations, toutes origines et milieux sociaux confondus, fait partie du quotidien du médecin généraliste.

Int 3: *“Donc je dirais 1 à 2 par jour (patients avec un affect dépressif)”*

Int 4: *“ J’ai récolté beaucoup de patients en dépression et du coup 3 par jour”*

Int 9: *“C’est relativement fréquent, je dirais en moyenne une consultation par jour, quelque chose comme ça”*

3.2.1.4 Rôle d’écoute et création d’un espace libre de parole pour le patient

Le médecin généraliste joue un rôle central et polyvalent à la fois. Sa qualité première: il se doit d’être une oreille attentive et de créer un climat afin que le patient puisse se confier sur ses maux sans être jugé.

Int 2: *“ Je les laisse s’exprimer principalement (...) être capable d’écouter, répéter, de l’écoute hyper active”*

Int 4: *“ Déjà, mon premier objectif c’est (...) qu’il ose me parler “*

Int 5: *“C’est mon rôle d’être là et de pouvoir écouter et accompagner “*

Int 7: *“Donner une oreille attentive (...) j’essaye donc d’écouter, de leur laisser la parole, de pas trop parler moi”*

3.2.1.5 Rôle de soutien et importance de la disponibilité du médecin

Le médecin joue un rôle de soutien sur lequel le patient peut s’appuyer et il se doit de se rendre disponible pour son patient.

Int 1: *“ Je suis là pour appuyer et soutenir derrière quoi”*

Int 9: *“Je sais que je peux me consacrer particulièrement à ce type de patient”*

3.2.1.6 Rôle de rassurer le patient

Dans cette pathologie où le patient perd ses repères et émet beaucoup de doutes, le médecin doit se montrer rassurant.

Int 5: *“ J’essaye de les regarder dans les yeux, de les rassurer”*

Int 9: *“De donner une place à ses symptômes (...) et aussi de rassurer le patient”*

Int 10: *“Ils ont besoin d’être rassurés”*

3.2.1.7 Rôle de fixer des objectifs aux patients

Néanmoins, le patient ne doit pas être passif et le médecin se doit de l’inclure dans la prise en charge en lui fixant des objectifs au fur et à mesure et en fonction de ses capacités.

Int 5: *“ Je donne souvent le conseil de faire une chose pour soi par jour (...) Je dis faite une chose qui vous fait plaisir, un petit truc “*

Int 8: *“ Je leur demande de revenir en consultation avec des petits objectifs”*

Int 9: *“ J’essaye de fixer avec lui quelques objectifs faisables”*

3.2.1.8 Établir une vraie relation de confiance avec son patient

Le rôle le plus important du médecin est évidemment de pouvoir créer une véritable relation de confiance et un lien avec son patient afin que ce dernier puisse se confier, se livrer et décharger toutes ses émotions. Le patient doit se sentir serein pour parler et ne pas se sentir juger.

Int 4: *“J’établis une relation de confiance, voilà ici on est à l’aise, on peut parler (...) mon premier objectif c’est qu’il ait confiance en moi “*

Int 5: *“Je préfère créer un lien avec eux (...) y’a vraiment une relation de confiance énorme qui se crée (...) les gens n’ont plus peur de venir voir leurs médecins en disant qu’en fait là ça va pas”*

Int 8: *“De lier un lien thérapeutique (...) montrer au patient qu’il peut avoir confiance en toi pour qu’après il revienne”*

3.2.2 L'importance du rôle du psychologue et ses limites

a) La dépression: une prise en charge concomitante avec le psychologue

3.2.2.1 La communication entre médecin et psychologue

Dans cette prise en charge, le psychologue joue un rôle essentiel dans une relation triangulaire médecin-patient-psychologue. La communication entre les deux prestataires de santé permet une meilleure prise en charge.

Int 1: *“ J’avais une psychologue avec laquelle j’envoyais beaucoup, donc elle m’envoyait même des rapports, on se parlait au téléphone (...) on était en contact et ça c’était une bonne plus-value je trouve”*

Int 3: *“Ah oui certainement, oui c’est un atout (d’avoir des psychologues dans son équipe) et en plus ce sont des psychologues de première ligne”*

Int 8: *“Qu’il (le psychologue) doit s’articuler avec nous et le patient (...) Maintenant je suis en maison médicale avec une psychologue dans l’équipe donc c’est plus facile”*

3.2.2.2 L'importance de pouvoir référer aux psychologues

La psychothérapie est un élément indispensable dans le traitement de la dépression. Le médecin réfère toujours chez le psychologue.

Int 1: *“En invitant le patient à aller faire une psychothérapie (...) Je ne me substitue pas au psychothérapeute (...) je propose directement qu’il y ait un suivi psychothérapeutique”*

Int 3: *“Je propose aussi la psychothérapie (...) Psychothérapie d’emblée toujours “*

Int 8: *“J’évoque assez vite le psychologue parce que je pense qu’il a toute sa place”, “ tout de suite évoquer le rôle des psychologues “*

3.2.2.3 La dépression est une prise en charge commune avec les psychologues

Chacun a un rôle distinct dans cette prise en charge et ce travail en binôme entre médecin et psychologue permet une prise en charge optimale.

Int 1: *“Si j’avais besoin de plus je lui passais un petit coup de fil “*

Int 5: *“C’est un travail qu’on doit faire ensemble pour aider le patient au mieux.”*

Int 8: *“ Construire une équipe autour du patient “*

b) Les freins à la psychothérapie

Il existe cependant de nombreux freins à la psychothérapie, ce qui rend la prise en charge encore plus complexe.

3.2.2.4 Certains patients sont réfractaires au suivi chez le psychologue

Certains patients sont clairement réfractaires à la psychothérapie, certains pensent que c’est inutile, d’autres pensent que c’est pour les fous. Il existe de nombreux préjugés et idées préconçues des patients qui constituent un obstacle à la psychothérapie.

Int 1: *“Des gens qui disent : je ne suis pas fou, y’a encore malheureusement cette idée chez beaucoup de monde “*

Int 3: *“Y’a ceux qui disent j’ai déjà fait beaucoup de psychothérapies ça a abouti à rien”*

Int 10: *“Moi j’essaye même pas de parler de psychiatre ou psychologue parce qu’elles sont tellement loin que ... enfin elles sont pas ouvertes”*

3.2.2.5 Pénurie de psychologue et délai d’attente long

Les médecins rencontrent une difficulté pour référer chez les psychologues, les délais d’attente sont très longs et ils sont fort sollicités.

Int 2: *“Il manque des psychologues mais il manque aussi des moyens pour accéder rapidement (...) on fait ce qu’on peut dans un système qui est surchargé”*

Int 7: *“Y’a un vrai manque de psychologues, les psychologues sont over bookés et pour référer des patients c’est compliqué”*

Int 9: *“En sachant qu’il y a des listes d’attente (chez le psychologue)”*

3.2.2.6 Frein financier des patients à la psychothérapie

Les médecins notent également qu'il existe un frein financier à la psychothérapie. Pour certains de leurs patients, c'est un prestataire de soin qui n'est pas accessible pour eux, de par le coût conséquent de la psychothérapie.

Int 3: " Je remarque que pas mal de patients dépressifs sont pas très à l'aise au niveau financier"

Int 7: "Et souvent c'est des psychologues qui sont pas conventionnés donc y'a l'aspect financier qui rentre en jeu"

Int 10: " Le principal obstacle c'est l'argent, c'est très précaire. Donc les psychologues bah c'est cher"

3.2.2.7 Manque d'interaction entre psychologue et médecin généraliste

Les médecins relèvent également un manque de communication et d'interaction entre médecin et psychologue.

Int 5: "On n'est pas du tout en contact avec des psychologues (...) Moi j'ai pas de contact avec les psychologues"

Int 7: " J'ai jamais eu vraiment l'occasion d'échanger avec elle (la psychologue).. J'ai pas trop de retours. J'ai aucune interaction avec elle."

Int 8: "On communique pas tellement entre psychologues et médecins ce qui est dommage, on a pas de rapport, on a pas de contact si ça se passe bien (...) Je pense qu'on serait bien plus efficace si on communiquait entre nous par rapport à certaines choses (...) peu de contact entre médecin et psychologue"

c) Les limites du médecin généraliste vis à vis des compétences "psy"

3.2.2.8 La place importante des consultations "psy" chez le médecin généraliste

Les consultations dites "psy" qui incluent la dépression prennent une part importante chez le médecin généraliste. Elles englobent toutes les plaintes dites "psychologiques".

Int 1: *“ J’en fais même beaucoup. Dans mon équipe j’étais la référente psy, c’était chez moi qu’on envoyait les patients un peu psy”*

Int 2: *“Donc oui je trouve que ça prend trop de place (les consultations “psy”) par rapport à ce que ça devrait prendre en pratique”*

Int 5: *“Non, y’a des jours où c’est 1 patient sur 2 (...) En médecine générale, on fait beaucoup de psy mais on est là aussi pour ça”*

3.2.2.9 Le médecin se substitue parfois au psychologue

Du fait de cette part importante de consultations dites “psy” et les freins cités plus haut, comme le frein financier et le manque de psychologue, le médecin se retrouve parfois à devoir suppléer le rôle du psychologue.

Int 2: *“ Je pense qu’on prend parfois un peu la place des psychologues et psychothérapeutes (...) je trouve ça un peu dérangent de, entre guillemets, de prendre la place du psychologue”*

Int 4: *“C’est moi qui me transforme en psychologue ou en psychiatre (...) j’ai beaucoup de consultations qui se transforment , je deviens psy”*

Int 7: *“Parfois je sentais que je devrais faire la psychologue alors que je suis pas psychologue”*

Int 9: *“ Ça aussi parfois ça me gêne parce que je me dis qu’en fait c’est pas du tout mon rôle, c’est au psychologue de faire ça”*

3.2.2.10 Le manque de compétences “psy” des assistants

Dans cette prise en charge déjà complexe, les assistants ressentent également un manque de compétences. Au fil des interviews, plusieurs assistants expriment cette frustration de ne pas se sentir assez formés, tout en soulignant que cela semblerait pertinent.

Int 2: *“J’estime ne pas avoir été formé à faire des séances de psychothérapie ou thérapies comportementales”*

Int 8: *“ Je ne suis pas forcément formé à ça (à la psychothérapie)”*

3.2.3 La complexité de la prise en charge des patients dépressifs par les assistants

a) La dépression, pathologie difficilement perçue

3.2.3.1 La définition de la dépression perçue par les assistants

Il semble important de souligner la définition de la dépression que donnent les assistants et la manière dont ils perçoivent cette définition. Chacun des assistants a sa propre définition de la dépression. Ainsi, elle se définit comme suit:

Int 1: *“Pour moi la dépression c’est un chamboulement émotionnel (...), quelqu’un qui n’arrive plus à gérer un trop plein d’émotions et se sent envahi par un sentiment de vide et de perte de sens, et qui se sent malheureux”*

Int 2: *“C’est un état de santé qui implique une modification de l’humeur dans le sens négatif et aussi une perte de plaisir et de motivation”*

Int 3: *“ Ensemble de symptômes qui dure plus de 14 jours, caractérisé par de la tristesse, fatigue, altération de l’appétit, du sommeil, perte d’intérêt pour les choses qui intéressaient la personne auparavant”*

Int 4: *“Quelque chose dont il souffre qui est complexe, qui peut être causé par plein de choses différentes, il peut y avoir plusieurs causes, qu’on ne sait pas toujours bien identifier”*

Int 6: *“C’est un état psychologique où on n’arrive pas forcément à apprécier les côtés positifs, on voit tout en négatif. Au niveau énergie basale, on est fatigués pour tout, y’a beaucoup de choses qui nous demandent beaucoup d’efforts pour des choses qu’on fait habituellement facilement “*

Int 9: *“Une perte d’élan vital, de motivation, un sentiment de ne pas se sentir capable (...),c’est plutôt un état dans lequel il est, de manière plutôt prolongée, qui empêche ses activités quotidiennes, personnelles ou en lien avec le travail”*

3.2.3.2 La dépression se caractérise par différentes entités

Les assistants perçoivent la dépression comme un ensemble d’entités distinctes et toute la difficulté est de les différencier. Souvent la dépression peut être associée à autre chose, comme de l’angoisse ou de l’anxiété, il est alors difficile de faire la part des choses.

Int 1: *“Détresse psychologique, au sens large, du mineur (petit coup de blues) à la dépression majeure (...) Je pense qu’il y a beaucoup d’entités qu’on mélange un peu, c’est tout un programme de différencier”*

Int 4: *“ Y’a des patients que je caractérise comme des dépressions épisodiques puis y’a des patients on voit très bien que c’est des dépressions depuis leurs plus jeunes âges”*

Int 7: *“Et en creusant un petit peu on se rend compte qu’il y a une grosse angoisse derrière et que y’a potentiellement une dépression”*

3.2.3.3 La dépression se manifeste de manière variée

Il existe autant de manifestations de la dépression qu’il existe de patients. La dépression se manifeste par une multitude de plaintes et de symptômes.

Int 2: *“ Ils viennent avec des plaintes, on va dire un peu variés, fatigue (...) Le problème de la dépression et toutes les plaintes de détresse psychologique c’est que c’est hyper unique à chaque personne (...) Je trouve que c’est trop individuel pour pouvoir conclure”*

Int 3: *“Peut-être pas un motif de consultation premier, ils viennent pour d’autres raisons (...) ils sollicitent la plupart du temps mais pas de façon directe”*

Int 4: *“C’est des patients que je vois souvent pour un peu tout, pour rien”*

Int 5: *“Chaque patient est différent, chaque prise en charge est différente”*

3.2.3.4 La dépression est perçue autrement par certaines populations

Dans certaines cultures, la dépression est perçue différemment et elle entraîne fatalement une approche de la prise en charge différente. Il faut pouvoir aller au-delà des barrières du patient, de sa culture et de ses valeurs.

Int 4: *“C’est important parce que les troubles dépressifs tout ça, c’est vu d’un autre œil dans ses populations (...) c’est quand même un tabou dans cette communauté... la maladie psychiatrique c’est la honte (...) moi j’avais des aprioris là-dessus, parce que tu vois je t’ai dit il y a beaucoup de tabous, mais pas que chez les arabes, mêmes chez les africains, au final nous aussi chez les européens”*

3.2.3.5 La dépression peut s'exprimer par des plaintes somatiques ou physiques

La dépression, en tant que maladie mentale, peut chez certains patients, se manifester par des symptômes physiques très importants. Il est alors très complexe pour le médecin généraliste de faire la part des choses.

Int 5: *“Ils viennent avec « je suis fatigué, je dors mal » ou alors « ça va pas au travail » mais souvent je dois creuser (...) Souvent le motif c'est fatigue et insomnie”*

Int 7: *“Souvent ce que j'ai déjà eu c'est des patients qui disent par exemple qu'ils sont fort stressés, qu'ils ont des palpitations, des douleurs thoraciques.”*

Int 10: *“J'ai souvent des plaintes somatiques (...) souvent c'est encore des plaintes somatiques: ah j'ai mal à la poitrine, ah je suis fatiguée”*

3.2.3.6 Une formation théorique insuffisante qui entraîne un manque de connaissances

Cette pathologie suscite chez les assistants, un sentiment de manque de connaissances qui serait, selon eux, probablement dû à une formation théorique lacunaire. La théorie sur la dépression est insuffisante et surtout inadaptée à la pratique de la médecine générale.

Int 1: *“ À quel moment est-ce qu'on lance une procédure d'urgence ?”, “ mais en général, on n'apprend rien quoi (...) beaucoup trop clinique et pas assez pratique”*

Int 2: *“ Moi j'ai eu 10 heures de cours en bac 2 et quelques heures de cours mais surtout de la psychanalyse en master ; clairement je suis pas assez formé”*

Int 5: *“ Je suis pas assez formée là-dedans(...) Quand je mets un antidépresseur, je me dis j'y connais rien (...) ils vont pas nous expliquer comment prendre en charge un patient psychotique ou dépressif, (...) Franchement je trouve qu'on est pas bien formés (...) Je suis pas assez préparée pour cette prise en charge, je suis pas armée”*

Int 6: *“ Mes connaissances sont hyper limitées (...) Difficulté de savoir quoi prescrire, en fonction de quels critères”*

Int 8: *“Ben donc les connaissances théoriques, je me rends compte que j'en ai pas beaucoup (...) je trouve pas qu'on est si bien formés que ça pendant nos études à la pratique de la médecine générale (...) même en troisième année d'assistantat j'ai encore des lacunes”*

b) La complexité des différentes compétences dans cette pathologie

3.2.3.7 La définition et la prise en charge restent floues

Les assistants expriment un manque de clarté quant à la définition et également la prise en charge de la dépression. Ils ont l'impression de naviguer dans le flou.

Int 4: *“ Il peut y avoir plusieurs causes, qu'on ne sait pas toujours bien identifier (...) une dépression, c'est abstrait”*

Int 9: *“Ça reste assez flou comme définition (...) c'est très difficile pour moi de les appliquer à tous mes patients (...) c'est encore un peu vague. Je pense que je n'arrive pas à dire que ça c'est un patient dépressif ou ça c'est surtout pas un patient dépressif”*

3.2.3.8 La place des antidépresseurs et les difficultés de leurs utilisations

Tous les assistants évoquent les antidépresseurs mais ils avouent une certaine difficulté quant à leurs utilisations en pratique, que ce soit dans la mise en place de la médication, son utilisation et ses effets secondaires.

Int 5: *“ Quand je mets un antidépresseur, je me dis j'y connais rien(...) y'en a dans tous les sens et y'a aussi tous les effets secondaires (...) Je suis pas du tout à l'aise avec ça”*

Int 7: *“J'ai peur des effets secondaires (...) C'est souvent des médicaments qu'on prend au long cours, qui sont potentiellement dur à arrêter (...) Même au niveau des médicaments, quel antidépresseur il faut utiliser, comment switcher l'un vers l'autre, comment augmenter les doses”*

Int 9: *“Alors non, je ne prescris pas. J'ai, d'un, un manque de connaissances pour savoir à quel moment (...) j'ai peur de ne pas le donner au bon moment et donc j'ai toujours l'impression que c'est trop tôt (...) S'il faut instaurer un médicament antidépresseur, je ne vais jamais le faire toute seule. Je vais d'abord demander en réunion d'équipe ce qu'ils pensent et à ce moment-là ça se fera”*

3.2.3.9 L'importance de relayer dans les cas complexes mais l'existence de limites à la seconde ligne

Les assistants peuvent trouver une aide précieuse auprès de la seconde ligne, les psychiatres, lorsque la situation se complexifie. Mais ces derniers sont difficilement accessibles et la communication est inadaptée.

Int 2: *“Il y a énormément de patients qui vont régulièrement chez un psychiatre mais y’a encore une sorte de tabou sur la question et du coup on n’a pas de diagnostic, on a pas la prise en charge, on a pas l’évolution, on sait absolument rien du tout”*

Int 3: *“ Je trouve que c’est indispensable une intervention de la deuxième ligne, ça ne vient pas rapidement (...) Le fait que les psychiatres ne nous envoient que très très rarement un rapport. On ne sait pas quelle est leur médication aux patients, je trouve ça vraiment problématique (...) très très problématique, parce qu’ils nous envoient pas de rapport donc on ne sait pas, c’est très compliqué (...) Sinon y’a un manque je trouve, de contact avec la deuxième ligne, avec les psychiatres, c’est très difficile d’avoir un rendez-vous. En plus.. il y a des délais qui sont énormes, c’est très compliqué “*

Int 4: *“Y’a pas vraiment d’échange avec les psychiatres.. ils envoient pas de rapport”*

3.2.3.10 La complexité du patient dépressif

La complexité de cette prise en charge réside également dans la complexité du patient dépressif en lui-même. Le médecin doit parfois se battre avec les fausses croyances, les préjugés et les réticences du patient.

Int 1: *“Il y a en a beaucoup qui sont très demandeurs d’un certificat”, “ la difficulté parfois c’est quand on a des patients qui partagent des idées sombres et qu’on ne sait pas trop quoi faire avec ça (...) idées suicidaires et qui mettent vraiment en place un schéma, voilà que faire avec ces gens ? parce que c’est très difficile”*

Int 3: *“ Très résistants au début d’un traitement, que ce soit psychothérapeutique ou médicamenteux (...) La plupart des patients sont très étonnés d’entendre qu’un antidépresseur ne cause pas de dépendance”, “oui la compliance c’est instable”*

Int 4: “ Quand y’a vraiment une dépression où l’utilisation des antidépresseurs est vraiment justifiée et que le patient ne veut vraiment pas (...) ou que c’est un truc pour les fous. La première réticence c’est qu’ils pensent être dépendants”

Int 8: “ Les patients ont peut-être moins confiance (concernant les assistants)”, “ beaucoup de patients pensent que ça c’est pas une maladie”, “ Les patients ont peur des antidépresseurs parce qu’ils pensent que si on le met c’est pour toute la vie alors que non”

c) Les sentiments négatifs qui découlent de ces difficultés

De toutes ces difficultés de cette prise en charge complexe, découlent des sentiments ressentis par les assistants.

3.2.3.11 Le sentiment de ne pas se sentir à sa place face à ses patients

Les assistants partagent un sentiment de ne pas se sentir à leur place face à des patients dépressifs.

Int 1: “ Parfois je me sens pas à ma place”

Int 2: “J’ai l’impression de jouer un rôle qui n’est pas du tout le mien (...) clairement je ne me sens pas à ma place”

Int 5: “ Les premières semaines j’avais l’impression de faire semblant avec tous mes patients”

Int 10: “ Si je me sens pas à ma place, je peux pas être rassurante”

3.2.3.12 Le sentiment de manque de légitimité pour ce rôle

Les assistants partagent également un sentiment d’absence de légitimité pour ce rôle, par leurs jeunes âges et leurs manques d’expériences.

Int 4: “ Je me sentais pas du tout légitime à faire ses consultations”

Int 5: “ Je suis là j’ai 25 ans, j’ai une dame de 55 ans qui pleure (...) qu’est-ce que je peux apporter moi ?”

Int 9: “Je donne des conseils, je sais pas si, de par mon expérience de vie, j’estime correcte ce que je donne. Parfois je me dis « qui suis-je pour donner ce genre de conseils ?”

3.2.3.13 Le sentiment d'être démuni et frustré dans cette prise en charge

Les assistants dépeignent un sentiment de frustration et se sentent parfois démunis.

Int 1: *“J’imagine un assistant de première année face à un patient profondément dépressif, il est démuni”*

Int 5: *“ Je me sentais impuissante, c’est l’impression que je sers à rien (...) je me sens complètement inutile”*

Int 7: *“Trop souvent démunie face à ça (...) je me suis souvent sentie démunie face aux gens (...) donc on se décourage un petit peu. C’est frustrant au final”*

Int 9: *“Oui, je pense qu’il y a plutôt un stand-by, une stagnation (...) c’est assez frustrant en tant qu’assistant, on voit pas beaucoup de résultats”*

3.2.3.14 Le sentiment de doute dans nos décisions

Tous les sentiments cités plus haut engendrent fatalement un sentiment de doute chez les assistants.

Int 2: *“ Je suis un petit peu perdu (...) quand je réagis je me dis : est-ce que ma réaction pourrait être néfaste, je me pose la question et je n’ai pas la réponse (...) Ce qui est difficile c’est de savoir si on fait bien la chose et surtout est-ce qu’on est en train de faire pire que mieux”*

Int 5: *“Moi je suis pas sûre que je suis bonne. C’est parce que j’ai pas confiance”*

Int 8: *“Je me rends compte que peut-être je fais pas la bonne manière non plus”*

Int 9: *“Je connais pas d’assistant qui est confiant quand il fait cette prise en charge”*

3.2.3.15 Le sentiment de gêne et de malaise dans cette prise en charge

Les assistants se retrouvent ainsi parfois dans des situations inconfortables où ils se sentent mal à l’aise.

Int 4: *“C’est que ça me met vraiment dans des situations beaucoup plus inconfortables (...) je me sentais gênée (...) oui j’étais vraiment gênée, j’osais pas poser mes questions”*

Int 5: *“Je vais jamais dire tiens ça c’est une dépression. Je me sens pas à l’aise avec ce diagnostic”*

Int 8: *“En tant qu’assistant on est moins à l’aise”*

3.2.3.16 Le sentiment de subjectivité

Et pour conclure sur ces sentiments, les assistants partagent aussi le fait que toute la difficulté de cette prise en charge réside dans la part importante du caractère subjectif à la fois de la pathologie et de ses patients.

Int 1: *“ Les patients que je connais alors je sens, au feeling, au fil des échanges qui ne sont pas au top de leurs formes (...) bien que voilà le feeling, c’est pas du tout EBM, c’est vraiment du feeling”*

Int 4: *“ Comment tu veux expliquer une prise en charge pour une dépression, c’est abstrait”*

Int 8: *“ C’est pas objectivable parce qu’il y a une grosse part de subjectif (...) Maintenant dans les problématiques plus subjectifs comme ça c’est quasi-impossible de se faire aider, je trouve”*

Int 9: *“ Je le fais un peu au feeling (...) c’est que par pur feeling que je fais ça, sans me baser sur le fait qu’il y ait une réelle utilité ni un réel impact pour la prise en charge de mon patient”*

3.2.4 Les outils à créer pour aider les jeunes assistants

À la fin de mes entretiens, j’ai voulu interroger les assistants sur les potentiels outils ou aides à créer pour guider un jeune assistant en médecine générale qui débiterait. Je voulais savoir ce qui les aurait aidés. Par ailleurs, spontanément les assistants ont mentionné des conseils à donner qu’ils auraient aimé recevoir.

3.2.4.1 Les outils à créer

Dans les outils à créer, on retrouve surtout un moyen facilité pour contacter les psychiatres afin d’avoir des avis plus rapidement et la création d’outils pratiques à utiliser en consultation.

Int 1: *“Je pense à une hotline en fait. Avoir quelqu’un qui est facile d’accès, pas spécialement un psychiatre, ça peut être un psychologue aussi “*

Int 3: *“Un carnet de contact (...) des psychiatres qu'on pourrait avoir en ligne”*

Int 5: *“Des psychiatres qu'on pourrait avoir en ligne”*

3.2.4.2 Les conseils à donner

Et pour finir, les conseils donnés par les assistants sont l'importance d'avoir des contacts et donc un bon réseau autour de soi et que la meilleure formation reste l'expérience que l'on acquiert au fil du temps.

Int 1: *“ J'aime bien avoir des contacts, avoir un contact direct (...) c'est juste l'expérience au cours de la vie. Les expériences personnelles, je pense que ça joue beaucoup (...) je pense qu'il y a une question d'expérience de vie et de maturité aussi (...) je pense qu'il faut avoir de la bouteille, avoir vu des retours d'expériences, voir plusieurs patients dépressifs, avoir vu leurs expériences pour voir le large panel qu'est la dépression”*

Int 2: *“J'aborde ça avec un peu plus de tranquillité (...) je pense quand même qu'il y a une amélioration d'office, c'est avec l'expérience (...) je pense honnêtement que ce qui peut le mieux nous former c'est l'expérience”*

Int 8: *“ C'est plutôt au fur et à mesure des années que j'ai l'impression d'avoir acquis une expérience (...) Mais oui j'étais moins à l'aise en première que maintenant donc au fur et à mesure, on apprend, on tire des leçons”*

4. Discussion

À travers cette étude qualitative, j'ai voulu mettre en évidence la prise en charge des patients dépressifs par les assistants en médecine générale, à la fois la manière dont les assistants fonctionnent dans cette prise en charge mais surtout les difficultés et obstacles auxquels ils sont confrontés. Les assistants ont partagé des ressentis et des sentiments, avec beaucoup de véracité, d'honnêteté et d'humilité.

4.1 Analyse méthodologique

4.1.1 Limites de l'étude

Certaines limites doivent être soulevées dans cette étude qualitative:

1. Un biais de sélection: dans mes interviews, uniquement des assistants de l'UCL y ont participé. En effet, lors de ma sélection de participants, j'ai d'abord posté mon annonce sur les groupes de l'UCL et finalement j'ai eu assez de réponses auprès d'eux afin de pouvoir arrêter mes interviews à ses assistants. Du fait que notre formation théorique influence notre pratique, mon étude n'est pas applicable pour les assistants des autres facultés. De plus, je n'ai récolté que des réponses d'assistants pratiquant dans la région Bruxelloise ou Wallonne.
2. Un biais de recrutement: pour les interviews, les assistants devaient se porter volontaire pour y participer. Par conséquent, uniquement les assistants intéressés et ayant un attrait pour ce sujet se sont manifestés. De plus, j'ai utilisé un réseau social afin de transmettre mes annonces, et donc les personnes n'utilisant pas ou peu ses réseaux, n'ont pas pu être au courant.
3. Un biais de subjectivité: chaque étape de l'analyse, du guide d'entretien à l'analyse des données, a été réalisée par une seule et même personne, il existe de ce fait, une certaine subjectivité à cette étude. Mes résultats ont pu être influencés par ma propre interprétation.
4. Guide d'entretien non exhaustif: après avoir fait l'analyse de mes résultats, je me suis rendu compte que mon guide d'entretien aurait pu être plus complet. Par exemple,

j'aurais pu investiguer plus sur l'aspect des ressources et des aides que les assistants utilisent, s'ils les connaissent, et sinon, savoir pourquoi (problème d'accès, de connaissance, de temps). Il existe dans cette pathologie une grande part de subjectivité, mais aussi une part objective qui n'est pas mentionnée au fil de mes interviews par les assistants.

4.1.2 Points forts de l'étude

Certains points de mon étude viennent consolider la qualité à cette étude:

1. La qualité de mon échantillon: j'ai pris soin d'avoir un échantillon hétérogène et varié afin qu'il soit le plus représentatif possible. On y trouve un équilibre dans les années d'assistantat. De ce fait, j'ai pu avoir différents regards et ressentis, de par leurs années d'expérience. Par ailleurs, les assistants exercent dans des villes variées, milieu urbain et rural confondus avec des pratiques diverses également. Il faut noter cependant qu'il y a plus de femmes que d'hommes dans mon échantillon.
2. La méthode sélectionnée: à la fin de mes interviews, j'ai constaté que l'étude qualitative via des entretiens semi-dirigés s'est avérée la méthode la plus adaptée et adéquate pour mon sujet. Elle m'a permis de comprendre le vécu des assistants et l'expérience qu'ils traversent, de révéler des sentiments et ressentis propres à chacun, de saisir toutes les difficultés qu'ils vivent dans leurs quotidiens mais avant tout de partager un questionnement avec eux.
3. Le public ciblé: dans ma recherche de littérature, j'ai pu constater qu'il existe très peu d'articles qui s'intéressent aux assistants, jeunes médecins en formation. Pour ce sujet qui concernait la prise en charge des patients dépressifs, j'ai voulu mettre en avant l'opinion des assistants. D'abord, car il semblait essentiel que ce sujet m'intéresse et qu'en tant qu'assistante, il apporte une réponse à mes propres questions. Mais aussi pour pouvoir partager avec mes jeunes collègues, un sujet concret qui les concerne et qui reste ancré dans leurs réalités.
4. La quasi-saturation des données: à la fin de mes interviews, la dixième personne interrogée n'a rien apporté de nouveau concernant les questions posées.

4.2 Analyse des résultats

La place et le rôle du médecin généraliste dans la dépression

Le médecin généraliste joue un rôle central dans cette pathologie qui demande une certaine organisation de la part du médecin du fait qu'elle prenne beaucoup de place dans son agenda et qu'elle nécessite un suivi régulier. Dans cette pathologie, le médecin a différentes casquettes. Il doit jongler en permanence avec une limite très mince: laisser un espace pour que le patient se libère et se sente écouté et entendu mais également rassurer et fixer des objectifs au patient qui traverse un moment difficile et où il a besoin d'être guidé [4].

Cependant, il existe un écart entre le rôle attribué au médecin et les moyens dont ils disposent, c'est pourquoi les assistants soulignaient le fait que parfois cela prenait même trop de place dans leurs pratiques. Ils se sentent fortement sollicités. Les patients présentant des symptômes dépressifs choisissent de consulter en premier leurs médecins généralistes, car plus facile d'accès et plus disponible. Le médecin généraliste constitue l'interlocuteur privilégié pour les problèmes psychologiques, de par ses qualités d'accessibilité et de proximité [9, 10, 12, 13].

Le rôle et la communication avec le psychologue

Les assistants s'accordent également à dire l'importance du rôle du psychologue dans cette prise en charge. Plus qu'un rôle, il place le psychologue dans une relation triangulaire avec le patient et médecins-psychologues viennent se compléter dans leurs rôles. Ils forment un binôme sur lequel les médecins s'appuient et peuvent y trouver de l'aide [13]. Cependant, les assistants déplorent le fait que tous les patients ne sont pas enclins à consulter un autre prestataire de soin que le médecin. La relation triangulaire est alors mise à mal et l'assistant se retrouve seul et se substitue parfois à un rôle qui n'est pas le sien.

Les assistants regrettent aussi le manque de psychologue face à une demande grandissante et les délais d'attente parfois très longs. Ces derniers remarquent aussi l'existence d'un frein financier concernant ces thérapies qui ont un réel coût parfois et qui ne sont pas à la portée

de tous les patients [4]. Finalement face à ces problèmes, ils déplorent un manque de solutions [10].

Par ailleurs, les assistants relèvent qu'il existe un réel manque de communication entre psychologues et médecins, ce qui semble pour eux, inadapté. Cependant, en faisant mes recherches, j'ai appris qu'il existait une notion de confidentialité des psychologues auprès de leurs patients.

La perception de la maladie par les assistants

Avant de commencer mes interviews, j'avais ma propre perception de cette pathologie, une perception personnelle et façonnée par mon expérience et au fil des interviews, les assistants m'ont confortée dans le fait que la définition reste encore floue à notre stade d'expérience. La grande part de subjectivité de la dépression et le caractère individuelle de son expression rendent son diagnostic complexe. Le jeune assistant qui débute sa pratique et qui a besoin de se raccrocher souvent à du concret, ne trouve pas ses repères.

La dépression présente des manifestations diverses et variées et se caractérise par différents symptômes en fonction du patient concerné. Des dires des assistants, il ressort que ce qui est applicable à un patient n'est pas applicable à un autre patient dans la dépression [8].

Par ailleurs, la plupart des assistants interrogés avouent un réel manque de connaissances: à la fois sur l'utilisation et le bon usage des antidépresseurs mais aussi l'utilisation de la deuxième ligne, à savoir quand et comment. Cette lacune est la conséquence directe, selon eux, d'une formation théorique déficiente. Le volet sur la dépression dans le cours de psychiatrie n'est pas du tout adapté à notre pratique de médecine générale et finalement les assistants débutent leurs assistanats avec une impression de se sentir désarmés.

Les difficultés ressenties par les assistants

La première difficulté à laquelle sont exposés les assistants est de savoir dans la pratique: suis-je devant un patient dépressif ? Pour la plupart d'entre eux, la définition reste trop vague et elle ne s'applique pas à la réalité des patients qui se présentent [8].

La deuxième difficulté réside dans l'utilisation des antidépresseurs, beaucoup de questions et finalement peu de réponses. Les assistants expriment largement un sentiment de malaise et ne trouvent pas les ressources pour les aider. Et finalement quand ils décident de l'instaurer, ils doivent parfois se confronter au refus de certains patients ou tout du moins à la réticence de ces derniers.

La troisième difficulté se trouve dans le réseau autour du médecin. Les assistants s'accordent tous à dire qu'il est important de référer dans les cas de dépressions plus complexes mais cette seconde ligne n'est pas optimale. En effet, comme pour les psychologues, les psychiatres ont un délai d'attente important et ils ne sont pas facilement joignables et accessibles [4].

Les assistants déplorent également un manque de communication entre psychiatres et médecins généralistes. Il n'y a quasiment aucun échange avec eux: aucun rapport médical, aucune information sur le suivi et la médication en cours. Finalement ce qui est censé être une aide devient un énième problème [10, 13].

Et enfin la dernière difficulté rencontrée par les assistants se trouve finalement dans le patient dépressif lui-même. Le patient dépressif est une complexité à lui seul, de par sa singularité et la subjectivité de sa pathologie. Il existe beaucoup d'idées préconçues et fausses croyances autour de la dépression chez les patients.

Les sentiments négatifs

De toutes ces difficultés découlent fatalement des sentiments négatifs chez les assistants. Chacun des assistants interrogés s'est livré avec beaucoup de sincérité, d'honnêteté et de transparence, sur ce qu'il traversait.

Souvent les assistants ne se sentent pas à leur place et ils se questionnent sur leur légitimité à prendre ce rôle et soigner ses patients. Cette question de légitimité est liée à leur jeune âge et leur manque d'expérience.

Ils se sentent démunis et parfois isolés, sans savoir vers qui se tourner pour trouver de l'aide. La communication est quasi inexistante avec les autres prestataires de soins (psychologues et psychiatres) et finalement les assistants se sentent frustrés [10, 12]. Les assistants partagent cette envie d'être mieux formés afin d'avoir une meilleure prise en charge [6].

Quand on synthétise les réponses des assistants, c'est l'ensemble de la prise en charge des patients dépressifs qui est problématique, de la simple définition de la dépression au patient dépressif en passant par la médication, l'accès à la psychothérapie, la communication avec les psychiatres. Les assistants composent avec ce qu'ils peuvent et font de leur mieux. Après avoir dépeint un tableau assez sombre de cette prise en charge, je veux terminer sur une note plus positive en insistant sur le fait qu'au fil de mes interviews j'ai ressenti beaucoup d'empathie pour mes confrères mais aussi beaucoup d'admiration car malgré nos jeunes expériences, les assistants essayent toujours de faire de leur mieux pour le patient.

Aides et soutiens déjà mis en place

Tout au long des interviews, aucune référence n'a été faite à propos des soutiens et des aides déjà en place comme le service de santé mentale, les équipes mobiles de crise, les urgences psychiatriques, le projet 107 mais surtout le rôle du maître de stage. Le maître de stage reste le premier référent auquel l'assistant peut faire appel. Les assistants s'attardent sur ce qui n'existe pas, sur ce qui ne fonctionne pas, sur ce qu'il faudrait mettre en place mais il existe déjà tout un panel d'aide et outil concernant la santé mentale et il me semble essentiel d'en faire une mention dans ce travail. Peut-être qu'il s'agit plutôt d'une méconnaissance des assistants.

4.3 Pistes de réflexion

Trois grands thèmes ressortent de mon analyse et mérite qu'on s'y attarde afin de trouver une éventuelle piste de solution:

- **Les freins à la psychothérapie**: nombreux freins ont été décrits au cours de cette étude alors que la psychothérapie et le renvoi vers un psychologue reste la pierre angulaire du traitement d'un patient dépressif. Pendant mes recherches sur le sujet, j'ai pu trouver une aide afin de faciliter l'accès à la psychothérapie: il s'agit de *la réforme sur les soins psychologiques de première ligne et spécialisés via les réseaux de santé mentale*. Cette réforme étant récente, j'ai choisi de créer une fiche explicative qui

résume cet outil pour la rendre la plus accessible possible aux assistants (*voir fiche 1 en annexe 8*)

- **Le manque de connaissances sur la théorie:** tout au long de l'étude, les assistants ont déploré un manque de connaissances sur les différents aspects théoriques de la dépression, j'ai alors choisi de créer une fiche pratique qui résume les recommandations de bonnes pratiques de la dépression chez l'adulte, tiré du site *healthbelgium.be* et traduit par la SSMG [1]. Cet outil pratique est une aide à la consultation pour les jeunes assistants (*voir fiche 2 en annexe 8*)
- **La communication avec les psychiatres:** les assistants ont aussi insisté sur le fait que la communication avec les psychiatres constitue un frein à leur prise en charge. J'ai alors choisi d'aller interroger une assistante en psychiatrie pour trouver un début de piste et confronter la réalité de leurs métiers avec le nôtre (*Annexe 9*).

Dans l'ensemble, l'assistante en psychiatrie venait confirmer notre ressenti d'assistant: une formation théorique insuffisante, un cours de psychiatrie incomplet, un manque de formation à la psychothérapie, une non connaissance des bons repères cliniques.

Concernant la prise en charge de la dépression: elle s'accorde sur le fait que la psychothérapie est essentielle et qu'il ne faut pas prescrire d'emblée des antidépresseurs.

Elle explique aussi le rôle important du médecin généraliste selon elle. La présence de ce dernier autour du patient est rassurante pour les spécialistes.

Évidemment, ces propos ne sont pas généralisables car cela concerne l'avis d'une seule assistante en psychiatrie mais cela permet de comprendre et de s'intéresser à leur travail.

5. Conclusion

Le sujet de mon travail prend naissance d'une situation clinique personnellement vécue qui a déclenché en moi de nombreux questionnements et j'ai voulu trouver des réponses à travers l'étude que j'ai menée. J'ai choisi d'interroger des assistants car je voulais en premier lieu savoir si d'autres de mes pairs traversaient les mêmes questionnements, peut-être pour me rassurer et trouver un peu de réciprocité mais surtout pour mettre en avant toute la complexité de cette prise en charge, surtout pour de jeunes médecins.

Cette étude a permis de mettre en lumière la perception des assistants de cette pathologie, leurs prises en charge en pratique et surtout les difficultés auxquelles ils sont confrontés au quotidien. La perception des assistants est déjà un point de départ de la problématique, ils naviguent dans le trouble. Leur prise en charge est semée de doute et d'incertitude et finalement les difficultés s'accumulent, rendant ainsi la globalité de cette prise en charge lourde et problématique.

Tout au long de ce travail on a pu se rendre compte de la multitude d'obstacles auxquels les assistants se heurtent dans cette prise en charge qui est déjà par sa nature, très complexe. La théorie incomplète et peu adaptée à notre pratique, la saturation du système de santé mentale, le manque de communication entre les prestataires, l'absence de ressources et d'aide forment une accumulation de remparts et d'obstacles. En finalité les assistants se sentent désarmés.

Mon travail fait sens dans cette société actuelle où les troubles mentaux prennent de plus en plus de place, du simple épisode dépressif à la dépression plus sévère, nombreux sont ceux qui traversent cette épreuve. Et je crois fondamentalement, que notre rôle est de pouvoir les accompagner au mieux.

6. Références bibliographiques

1. Domus Médical, Recommandations de bonne pratique, La dépression chez l'adulte [Internet]. 2017. Available from: https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_the_me_file/depression_fr.pdf (consulté le 4 avril 2022)
2. Alex J Mitchell , Amol Vaze, Sanjay Rao, Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis, *Lancet*, 2009, vol 37
3. Eric Constant, Stratégie du médecin généraliste face au patient déprimé, *Louvain médical*, 2019
4. Hélène Dumesnil, Sébastien Cortaredona, Marie Cavillon et al. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville, Résultats issus d'une enquête menée auprès d'un panel national de médecins généraliste français, *Dans L'information psychiatrique* 2014/5 (Volume 90), pages 341 à 352
5. World Health Organization (WHO), Depressive Disorder (dépression) [Internet] 2023. Available from: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression> (consulté le 10 mai 2022)
6. C Sikorski, M Luppá, HH König et al. Does GP training in depression care affect patient outcome ? A systematic review and meta-analysis, *BMC Health Services Research*, 2012; 12: 10
7. Jean-Yves Nau, Du bon diagnostic de la "dépression" et de l'usage des antidépresseurs, *La Revue médicale Suisse*, 2017
8. Adam W A Geraghty, Miriam Santer, Charlotte Beavis et al. 'I mean what is depression ?' A qualitative exploration of UK general practitioners' perceptions of

distinctions between emotional distress and depressive disorder, Geraghty AWA, et al. *BMJ Open*, 2019

9. Nina Tusa, Hannu Koponen, Hannu Kautiainen, et al. The profiles of health care utilization among a non-depressed population and patients with depressive symptoms with and without clinical depression, *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2019,37:3, 312-318
10. FAMGB, Fédération des Associations de Médecins Généralistes à Bruxelles, *Livre noir de la santé mentale à Bruxelles*, Le vécu des médecins généralistes [Internet] 2018. available from: <http://docs.toubipbip.be/docs/7a40c4ac167c7f30.pdf> (consulté le 17 janvier 2023)
11. Vers une Belgique en bonne santé, Anxiété et dépression [Internet] Mise à jour en septembre 2022. Available from: <https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/sante-mentale/anxiete-et-depression> (consulté le 10 mai 2022)
12. SSMG, Dépression: Usage optimal des options thérapeutiques [Internet] 2014. Available from: <https://www.ssmg.be/depression-usage-optimal-des-options-therapeutiques/> (consulté le 16 juin 2022)
13. Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrants de troubles mentaux, Haute Autorité de Santé, HAS [Internet] 2018. Available from: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-10/guide_coordination_mg_psy.pdf (consulté le 16 juin 2022)
14. Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours, Haute Autorité de Santé, HAS [Internet] 2017. Available from : https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_argumentaire_diagnostic.pdf (consulté le 16 juin 2022)