

Applicabilité en médecine générale des techniques de respiration via des applications sur le smartphone ou des vidéos dans le traitement de l'anxiété chez les adolescents et les jeunes adultes

Étude qualitative par entretiens semi-dirigés

BONTRON Alexia

Travail de fin d'études

Année 2023-2024

Master Complémentaire de Médecine Générale

Promoteur : Benjamin FAUQUERT

Co-promotrice : Véronique LETOCART

Remerciements

Résumé

Introduction

L'anxiété est une pathologie courante en médecine générale (2). Le médecin généraliste est souvent le premier interlocuteur face à cette problématique, notamment chez les jeunes patients. Les techniques respiratoires permettent de soulager les symptômes de l'anxiété (15) et de nombreuses applications sur les smartphones ou des vidéos ont émergé dans ce sens.

Objectif

L'objectif primaire de ce TFE est d'analyser la faisabilité d'une technique, validée dans la littérature mais encore sous-utilisée en pratique : le médecin parvient-il ou non à proposer un outil numérique et dans quelles mesures ? L'objectif secondaire du TFE est d'évaluer qualitativement les résultats obtenus, la pertinence de la solution et son acceptabilité par les médecins et les jeunes patients dans le contexte des soins en Belgique.

Méthodologie

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens semi dirigés sur l'applicabilité d'un outil. Á cet effet, j'ai dispensé une formation à huit médecins généralistes sur les techniques respiratoires dans le traitement de l'anxiété. Ils ont testé les outils proposés sur la population cible pendant 8 à 10 semaines. Leurs expériences ont été recueillies par des entretiens individuels menés à l'aide d'un guide d'entretien fourni au préalable.

Résultats

Cette étude a été reçue très positivement par les médecins et les patients. L'outil s'est avéré pertinent et a répondu à une demande. Tous les médecins vont continuer à l'utiliser et certains prévoient de le personnaliser et de l'élargir à une plus grande patientèle et pour un plus grand panel de diagnostics. Les freins relevés ont été le manque de suivi des patients, le manque de temps pour évaluer l'efficacité de l'outil et la variabilité de sensibilité des patients ou des médecins qui sont moins formés sur ses alternatives naturelles.

Conclusion

Cette étude a montré que l'apprentissage des techniques respiratoires via un outil numérique pour le traitement de l'anxiété étaient applicables en médecine générale. Toutefois, il serait intéressant d'affiner les recherches afin qu'elles deviennent un véritable outil de santé publique.

Mots clés

Anxiété

Respiration

Application

Abréviation

M Médecin

MG Médecine Générale

TCC Thérapie cognitivo-comportementale

OMS Organisation Mondiale de la Santé

Indexation

P01

QS41 QC13 QC14

QR31

Procédure -59

I.	Introduction.....	7
I.1.	Le contexte	7
I.2.	Traitement de l’anxiété.....	9
I.3.	Les techniques respiratoires dans le traitement de l’anxiété	9
I.4.	La respiration via des applications.....	11
I.5.	Choix de cette problématique de TFE.....	12
II.	Matériel et méthodes	13
II.1.	Comité d’éthique	13
II.2.	Recrutement.....	14
II.3.	Déroulement de l’étude de la phase de collecte des données en quatre étapes 14	
II.4.	Analyse qualitative	16
II.4.1.	Analyse qualitative	16
II.4.2.	Analyse thématique.....	16
II.4.3.	Saturation des données.....	17
II.4.4.	Conflit d’intérêt	17
III.	Résultats	17
III.1.	Caractéristiques socio-démographiques des participants.....	17
III.2.	Analyses.....	18
1.	En médecine générale	18
1.1.	Motivation à participer	18
1.2.	Légitimité en MG	19
2.	Apport de l’outil.....	19
2.1.	Pour le médecin.....	19
2.2.	Pour le patient	21
3.	Évaluation de l’outil	22
3.1.	Leviers.....	22
3.2.	Freins	24
4.	Le côté des patients rapporté par les médecins.....	25
4.1.	Les impressions positives	25
4.2.	Les impressions négatives	27
5.	Dans la pratique future.....	27
5.1.	Adaptation personnelle	27

5.2. Intégration dans la pratique	29
IV. Discussion	30
IV.1. Interprétation des résultats.....	30
IV.2. Les limites de l'étude	33
IV.3. Prolongement méthodologique à envisager	34
IV.4. Dans une pratique future	35
V. Conclusion	38
VI. Bibliographie	39

I. Introduction

I.1. Le contexte

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'anxiété comme un état caractérisé par une appréhension, une tension ou une nervosité inquiétante à propos d'événements futurs, associé à des sentiments d'insécurité et d'impuissance. L'anxiété peut être normale lorsqu'elle est proportionnelle à la situation, mais peut devenir pathologique lorsqu'elle devient excessive, persistante et interfère avec les activités quotidiennes ; on parle alors de troubles anxieux. Contrairement à la peur qui répond généralement à une menace immédiate, l'anxiété est associée à des menaces futures ou potentielles, souvent moins définies.

En 2019, selon l'OMS (1), 301 millions de personnes étaient atteintes de troubles anxieux, les plaçant parmi les troubles mentaux les plus répandus. Ces chiffres varient considérablement d'un pays à l'autre en raison de différences culturelles, sociales et économiques. Selon une enquête de santé mentale menée en Belgique en 2018 (2), près d'un Belge sur cinq (18,2%) a signalé avoir souffert d'un trouble anxieux au cours de sa vie. Cette situation s'est aggravée avec la pandémie du COVID, atteignant 23% en décembre 2020, d'après l'enquête BELHEALTH menée par Sciensano (3). La prévalence de l'anxiété en Belgique en juin 2023 est de 18% (3). Toutefois, l'anxiété étant une manière très subjective de ressentir et de vivre les situations, il est prudent d'analyser ces chiffres avec précaution. De plus, les statistiques intègrent toutes les situations d'anxiété, sans préciser le degré de gravité.

Le DSM-5 (4) (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 5e édition) répertorie six troubles anxieux distincts : le trouble anxieux généralisé, le trouble panique, la phobie spécifique, le trouble d'anxiété sociale, le trouble obsessionnel compulsif et le trouble de stress post-traumatique. Un certain nombre de critères permettent de diagnostiquer ou qualifier cette anxiété. On trouve aussi d'autres outils permettant de jauger l'intensité de l'anxiété, dont l'échelle GAD, l'échelle d'anxiété d'Hamilton, l'échelle PHQ9, ou encore l'échelle SCARED.

En médecine générale, l'anxiété peut être plus ou moins facile à diagnostiquer (5). Les patients se présentent soit directement en parlant de leur stress, soit en somatisant de nombreux symptômes. De ce fait, le médecin généraliste est souvent la première personne à

qui le patient va se confier sur ses problèmes de stress ou d'anxiété. Il est donc celui qui va être capable de déceler, par la récurrence des symptômes physiques, une problématique sous-jacente d'anxiété. Le praticien adopte alors une conduite différente selon la façon dont le patient appréhende cette anxiété ; il est bien plus facile de commencer à parler des solutions de gestion du stress quand le patient en a conscience. Le médecin généraliste est donc un interlocuteur phare face à ce type de problématique. Il a à la fois un rôle éducationnel ; définir ce qu'est l'anxiété et les conséquences qu'elle entraîne ; puis dans un second temps, un rôle de thérapeute mental pour aider le patient à trouver les solutions qui lui conviennent. La médecine générale offre un suivi régulier sans réelle contrainte (changement d'habitude, financier, etc.) ce qui est un atout clé dans ce type de pathologie.

L'adolescence est une période charnière et particulièrement difficile au plan psychologique. Elle est la première construction du soi, en essayant d'enlever le cadre fixé pendant l'enfance, mais aussi le théâtre des premières expériences personnelles, sociales et affectives. Elle s'accompagne aussi de nombreux questionnements : entité de soi, construction de son avenir, comparaison avec les autres malgré des évolutions à différentes vitesses. La souffrance vécue durant l'enfance ou l'adolescence est parfois très silencieuse malgré l'intensité ressentie ; les jeunes et les adolescents manifestant de l'anxiété sont également ceux qui sont plus à même de se scarifier ou de se suicider (6). De plus, les adolescents se construisent aujourd'hui dans un contexte très différent de celui d'hier. La pandémie COVID a engendré un impact très négatif sur la santé mentale : 63% auraient été touchés sur la tranche 16-24 ans (7). A noter également, que les jeunes ayant été déshabitués du contexte scolaire du fait des confinements successifs, nombre d'entre eux se retrouvent en décrochage scolaire, les cas les plus critiques allant jusqu'à la phobie scolaire. La phobie scolaire, le harcèlement scolaire ou encore l'anxiété de performance scolaire sont autant de cas qui se traduisent par l'apparition de nombreux symptômes physiques et psychologiques de stress.

Les jeunes adultes (8) sont aussi à risque de ce genre de problématiques. Ils combinent plusieurs facteurs de stress : études, premier emploi, charge de travail, équilibre vie sociale et vie professionnelle, pression financière...

I.2. Traitement de l'anxiété

Selon les directives actuelles consultées en Belgique (9), en France (10) et au Canada (11), le traitement de l'anxiété comporte plusieurs approches. L'approche non pharmacologique (6) comprend la psychothérapie, la thérapie dynamique, la thérapie cognitivo-comportementale mais également des mesures hygiéno-diététiques comme l'activité physique, le sommeil, une alimentation saine, un évitement des stimulants (caféine, drogues). L'approche pharmacologique comprend l'utilisation d'antidépresseurs ou, dans certains cas de crises (exemple attaque de panique persistante), d'anxiolytiques.

Ainsi, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est une partie importante du traitement de l'anxiété. Dans la TCC, le patient est éduqué et formé à reconnaître ses symptômes personnels d'anxiété (palpitations, douleurs abdominales), puis à les contrôler. Le patient apprend ensuite à les gérer en utilisant la relaxation ou des stratégies cognitives (11). Les techniques qui permettent d'apaiser les symptômes ressentis de l'anxiété sont la relaxation, l'image mentale et les techniques de respiration. La TCC est utilisée chez tout type de patients, y compris les jeunes adultes et les adolescents (12). Toutefois, dans certains cas d'anxiété majeure ou chronique invalidante, il peut être nécessaire de mettre des antidépresseurs de type inhibiteurs des récepteurs sélectifs de la sérotonine (SSRI). Cependant, la prise de médicaments s'accompagne comme tout traitement d'effets secondaires et de risques. On note également des risques de dépendance notamment s'il y a usage de benzodiazépines. Lorsqu'une thérapie médicamenteuse est instaurée seule, le patient perd l'empouvoirement qu'il peut avoir sur ses symptômes. La thérapie médicamenteuse peut également être mise en ajout de la TCC ; les études montrent que la combinaison des deux est plus efficace que la prise de médicament seule (13). La thérapie cognitivo-comportementale est habituellement conduite par un ou une psychologue mais dans la mesure où la respiration est l'une des composantes essentielles de la thérapie comportementale, donner au patient un accès aux techniques respiratoires lui permet de bénéficier d'une partie de la TCC (14).

I.3. Les techniques respiratoires dans le traitement de l'anxiété

Différents types de respiration sont utilisés dans le traitement de l'anxiété (15) :

La respiration abdominale (16) consiste à expirer complètement l'air en vidant les poumons puis à inhaler lentement et profondément en gonflant le ventre. Cette technique a pour effet de ralentir le rythme cardiaque en activant le système nerveux parasympathique, favorisant ainsi la relaxation.

La respiration en 4-7-8 se résume à inhaler par le nez pendant 4 secondes, puis de retenir sa respiration, et enfin d'expirer complètement par la bouche pendant 8 secondes.

La respiration carrée divise la respiration en quatre phases égales : inhalation pendant 4 secondes, retenir pendant 4 secondes, expiration pendant 4 secondes et retenir de nouveau pendant 4 secondes. On peut s'allonger le temps des phases, surtout celui de l'expiration pour être plus à l'aise.

La respiration nasale alternée, aussi appelée respiration de Nadi Shodhana, est une technique de respiration traditionnelle de yoga qui implique d'alterner les narines en se bouchant une narine puis l'autre avec les doigts.

La respiration consciente (17) consiste à se concentrer sur sa respiration, en étant attentif au flux d'air entrant et sortant, par quel orifice, et à quelle vitesse.

Enfin la cohérence cardiaque (18) est une technique de respiration qui vise à synchroniser le rythme cardiaque avec la respiration. Elle est calquée sur le concept de la variabilité de la fréquence cardiaque (VFC), qui est la variation du temps entre chaque battement cardiaque. Si la VFC est élevée, le niveau de stress et d'anxiété est bas et inversement. La cohérence cardiaque va donc augmenter la VFC. Pour appliquer cette méthode, il faut inhaler pendant 5 secondes puis expirer pendant 5 secondes. Pour une efficacité optimale, il est recommandé de le faire 10 à 20 minutes par jour, en général 5 minutes 3 fois par jour, bien que quelques minutes suffisent à réduire le stress.

Dans le domaine de la recherche scientifique, de nombreuses études (15) ont été menées pour évaluer l'efficacité des techniques respiratoires. Bien que certaines études aient montré des résultats prometteurs, il peut parfois y avoir un manque de consensus absolu en raison de divers facteurs, tels que la conception de l'étude, la taille de l'échantillon, les méthodes de mesure et les populations étudiées. Les techniques respiratoires sont justifiées scientifiquement dans le contexte de l'anxiété par la réponse physiologique (16) en augmentant l'activité du système nerveux sympathique, par la réduction des symptômes observée significativement, par leur apport combiné en comparaison à d'autres interventions

(médicamenteux ou psychothérapeutiques), par les changements observés dans l'activité cérébrale associée à la régulation des émotions et à la régulation du stress et enfin par certaines méta-analyses et études randomisées cliniques (19).

I.4. La respiration via des applications

L'application des techniques de respiration varie selon les personnes. En effet, les personnes adeptes de yoga/méditation/sophrologie seront familières avec l'idée de respirer, respirer longuement et se concentrer sur sa respiration. Mais dans la grande majorité des cas, les personnes n'ont pas été préalablement sensibilisées, il est donc nécessaire d'avoir des explications claires : comment respirer, combien de temps, pourquoi ? C'est ici que les applications (20) sont intéressantes, car elles vont à la fois « joindre l'utile à l'agréable », fournir un support visuel et auditif, qui peut être adapté en fonction des gens, et répondre aux différentes interrogations soulevées par ces techniques. Les paramètres peuvent être modifiés à la convenance des utilisateurs. Pour les plus motivés, ils peuvent recevoir des rappels/notifications de l'application pour les stimuler à faire l'exercice. Au même titre que certains applications sportives, certaines applications enregistrent le suivi et la progression ce qui offre un bon moyen d'entretenir la motivation. Les applications sont compatibles avec un très grand nombre de smartphones, mais aussi d'autres supports (ordinateurs, tablettes, montres connectées) les rendant accessibles au plus grand nombre. Pour les plus sophistiquées, certaines applications permettent également de suivre la fréquence cardiaque et sont recommandées par des psychiatres.

De nombreuses études ont été menées (21) sur l'utilisation des applications, des logiciels ou des vidéos pour répondre aux problématiques d'anxiété. Dans l'ensemble, les résultats de ces études sont plutôt positifs malgré un manque de directives claires. Les recherches continuent d'être menées dans ce sens et on voit émerger de nouvelles applications remboursées par la mutuelle (22). Elles sont néanmoins plus complexes et je me suis tournée vers quelque chose de plus simple comme première approche à proposer au patient. De fait, certaines applications étaient payantes et comprenaient beaucoup de fonctionnalités différentes, cela aurait alors demandé un temps d'apprentissage plus long pour le médecin et pour le patient. En effet, que ce soit les médecins ou les patients, il faut déjà être

sensibilisé à la thématique et à ses éventuels bienfaits. J'ai voulu proposer quelque chose de très instinctif et donc choisi comme axe principal de réflexion la respiration. On voit cependant que toutes les techniques de méditation et de pleine conscience sont aussi efficaces pour appréhender ce genre de problématiques (17).

I.5. Choix de cette problématique de TFE

J'ai choisi cette problématique pour mon TFE car je voulais allier un outil pratique à la santé mentale. En effet, j'ai un tropisme particulier pour la santé mentale, et notamment l'anxiété dont j'ai moi-même particulièrement souffert lors de mes études. De plus, de nombreux médecins généralistes se sentent peu formés et peu outillés face aux problématiques de santé mentale. Il m'a alors semblé intéressant et pertinent de leurs apporter les deux : une formation et un outil.

Pour mener à bien mon projet et tester cet outil, j'ai décidé de cibler les jeunes qui constituent une population intéressante. Étant moi-même jeune médecin, une partie de ma patientèle est constituée d'adolescents et de jeunes adultes, et je souhaitais leurs apporter une réponse en faisant parler mon expérience, ma jeunesse et mon style de vie comparable au leur : plus naturel, connecté mais aussi stressé. Le numérique est omniprésent chez les jeunes d'aujourd'hui : ils sont accompagnés partout par leurs smartphones ce qui permet une accessibilité totale. Quand on constate le nombre de cas liés au stress à l'école ou dans le cadre sportif, c'est un véritable atout que d'avoir l'outil qui peut aider à gérer une crise de stress sur soi tout le temps. Que ce soit les jeunes à l'école, les étudiants avant un examen, ou les jeunes adultes au travail, c'est un outil facile d'emploi et discret. On peut aussi considérer que si les sources de stress viennent des conflits à la maison, il permet aux jeunes de s'isoler du monde et l'application fournit le cadre idéal (audio et visuel). Les applications offrent un apprentissage flexible et ergonomique de la gestion du stress. Une fois que les patients savent utiliser cet outil, ils deviennent autonomes et peuvent continuer ou non à utiliser les applications selon leurs besoins.

De plus, les écrans et les smartphones constituent la principale source d'information des jeunes. Il est important, dans ce flot d'informations et d'images, de pouvoir ajouter quelque chose leur permettant de soigner leur santé mentale. Ils sont constamment exposés

à ces flux d'informations, aux réseaux sociaux et aux applications de streaming, tous générateurs de stress. Disposer d'une porte de sortie qui leur est bénéfique est précieux dans ce monde de l'instantanéité. C'est une véritable éducation à la fois sur leur santé mentale mais un développement de compétences également. Les applications peuvent pour la plupart être personnalisées ce qui permet de s'approprier pleinement l'outil.

J'ai ainsi formulé ma question de recherche comme suit : dans quelles mesures l'utilisation des techniques de respiration via les applications ou les vidéos est-il un outil thérapeutique applicable par le médecin généraliste dans le traitement de l'anxiété chez les patients adolescents ou jeunes adultes ?

II. Matériel et méthodes

Il s'agit de l'évaluation qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes d'une procédure thérapeutique reconnue efficace et utilisée par les MG de manière répétée préalablement aux entretiens.

II.1. Comité d'éthique

J'ai soumis mon TFE au GEIMG le 27 novembre 2023 qui n'était pas unanime et qui m'a enjoint de soumettre mon TFE au comité d'éthique. J'ai alors réalisé le dossier pour le comité d'éthique de l'UCL. Afin qu'il soit exhaustif, j'ai demandé une assurance à la responsable et la question se posait de savoir si ce TFE était soumis à la loi du 4 mars 2004 portant sur l'expérimentation. Sur ce point précis, le comité a répondu par email (Annexe 1) que ce TFE *« ne doit pas être considéré comme une expérimentation sur la personne humaine et ne requiert dès lors, pas d'avis (contraignant) d'un comité d'éthique. Il s'agit plutôt d'un retour d'expérience du médecin pour savoir si il est à l'aise de la proposer et si pas, pourquoi (analyse de l'applicabilité et non de l'efficacité). Un consentement n'est donc pas indispensable et la couverture d'une assurance de type sans faute n'est pas indispensable non plus. »*

II.2. Recrutement

L'objectif était de recruter 10 à 15 médecins généralistes. Ils ont été sollicités par mail une méthode boule de neige, après avoir identifié une « population » cible, il leur a été demandé d'indiquer d'autres personnes à contacter. Les informations résumant le TFE et son objectif leurs ont été transmis (Annexe 2). La participation au TFE a été également ouverte aux assistants, tout en respectant une bonne proportion raisonnée médecins agréés/assistants. Il est intéressant d'avoir deux types de pratiques pour évaluer la divergence ou convergence d'avis.

II.3. Déroulement de l'étude de la phase de collecte des données en quatre étapes

La première étape a consisté à sélectionner les participants à l'étude. 5 médecins généralistes et 3 assistants ont finalement été retenus. 4 médecins généralistes et deux assistantes font partie d'une maison médicale au forfait à Bruxelles tandis que 2 autres médecins et une assistante sont une association de médecins à Genval.

La deuxième étape après le recrutement fut la formation que j'ai dispensée pour leurs présenter les différentes techniques respiratoires, les applications, les vidéos et les former à leur utilisation. La formation (Annexe 3) a duré entre 20 et 30 minutes et a eu lieu entre le 12 décembre 2023 et le 2 janvier 2024. Elle a été groupée, pour certains médecins (3 médecins), ou individuelle (5 médecins) afin de répondre aux disponibilités et aux contraintes de chacun. Pour mener à bien l'étude, j'avais sélectionné préalablement des applications gratuites et des liens de vidéos qui me semblaient les plus simples et les plus pertinents à tester.

La troisième étape fut la phase de test et de maniement de l'outil. Les médecins ont proposé à leur convenance et quand ils le jugeaient pertinent les techniques respiratoires à leurs patients dans la population cible, les jeunes de 13 à 24 ans. Ils ont eu environ 8 à 10 semaines pour tester les différents outils proposés. Une aide-mémoire (Figure 1) avec quelques exemples d'applications et de liens YouTube avait été déposée sur leur bureau afin de garder en tête cette proposition et qu'ils pouvaient transmettre ou non à leurs patients.

Stress ? Nervosité ? Anxiété => RESPIRER

Exemples de support pour faciliter les techniques de respiration

- Applications

RESPIRELAX +



RESPIRE



RESPIRA


- Vidéos

<https://www.youtube.com/watch?v=r2wCA9SN4i4>

https://www.youtube.com/watch?v=_mn04Wc-X3o

Figure 1 - Aide mémoire

La dernière étape a été de réaliser un entretien semi-dirigé individuel des médecins avec un guide d'entretien (Annexe 4). Le guide a été pré-testé avant d'être utilisé. Une série de dix-huit questions avait été préparée en vue de servir de support aux entretiens. Les questions ont été divisées en quatre catégories : les modalités, l'évaluation de l'outil, la pratique future et enfin les autres remarques. Le choix de la méthode a été de laisser parler librement les médecins tout en orientant la discussion auprès de sujets prédéfinis. Les entretiens ont duré entre 25 et 35 minutes chacun. Ils ont été réalisés au cabinet des différents médecins et enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Ils ont ensuite été retranscrits (Annexe 5).

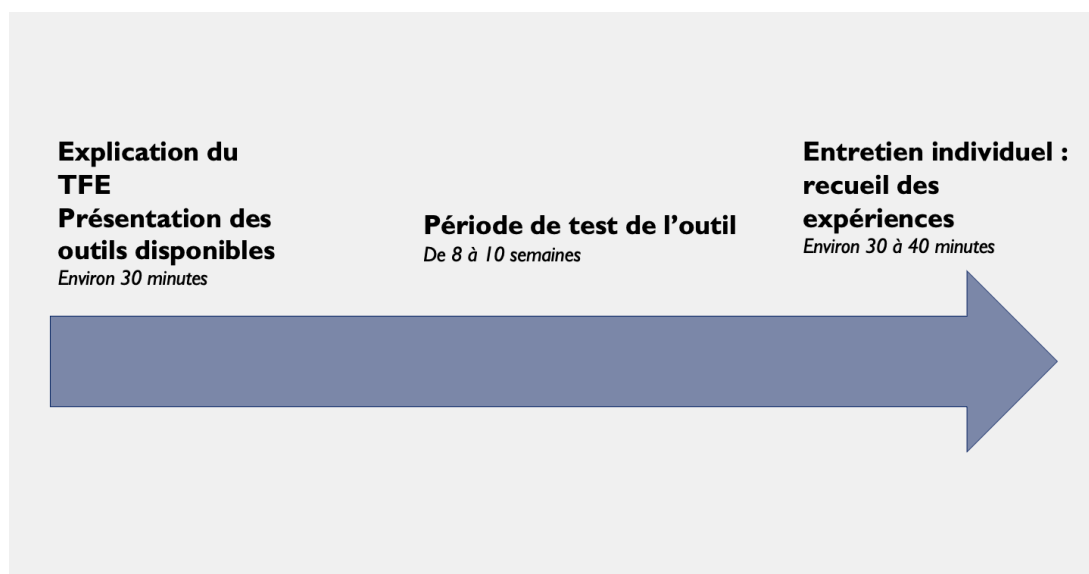


Figure 2 - Timeline de l'étude

II.4. Analyse qualitative

La manière la plus adéquate pour traiter les données des entretiens a été l'analyse qualitative par thématique.

II.4.1. Analyse qualitative

L'analyse qualitative était la plus adaptée à ma recherche. En effet, il s'agissait de recueillir l'expérience des médecins. Tout d'abord, cela a permis une compréhension avancée des ressentis de chacun et d'avoir la possibilité de rebondir sur les réponses pour expliciter et approfondir. De plus, les médecins avaient plus de liberté pour exprimer leur ressenti, celui de leurs patients, et même de préciser dans quel contexte ils disaient cela. Par exemple, beaucoup de médecins ont parlé de cas précis de patients, chose difficile à implanter dans une étude quantitative. Le recours à un entretien semi-dirigé favorise la restitution exhaustive de toutes les expériences, ce qui constitue la substance même de l'analyse qualitative. Dans le cas de cette étude, ils pouvaient par exemple préciser que l'outil avait été utilisé chez des personnes hors de la tranche d'âge. Ils avaient la place d'énoncer également de nouvelles idées ou perspectives. L'analyse qualitative permet d'extraire les thèmes principaux et de faire émerger de nouveaux thèmes, même s'ils ont été abordés seulement une fois ou de façon très minoritaire. Cela permet d'obtenir un avis nuancé, qu'il soit positif ou négatif, et de ne pas catégoriser les réponses grâce à l'utilisation de questions ouvertes.

II.4.2. Analyse thématique

Une première hiérarchisation par thème a pu être réalisée après lecture de la littérature. Suite à l'écoute des entretiens effectués, elle a été modifiée pour être la plus exhaustive possible. Les entretiens ont duré entre 25 et 35 minutes et ont été enregistrés entre le 21/02/2024 et le 21/03/2024. Ils ont tous été réalisés en présentiel au cabinet des différents médecins. Les super-catégories ont été ensuite divisées en catégories puis en thèmes. Les résultats ont premièrement été codés en reprenant toutes les données (Annexe 6) puis ils ont été ajustés en fonction de la pertinence pour cette étude et de leur récurrence.

Certains éléments ont été fusionnés sous un même thème, tandis que d'autres ont été abandonnés par irrélevance ou parce qu'ils répondaient à un aspect de l'étude non traité ici.

II.4.3. Saturation des données

La saturation des données n'a pas été atteinte dans le cadre de ce TFE. La taille de l'échantillon était trop petite pour capturer la diversité des expériences et des perspectives des participants. Aussi le sujet étant vaste et comprenant de nombreux aspects à explorer, les données recueillies ne couvrent pas tous les aspects.

II.4.4. Conflit d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt n'a été relevé lors de ce travail.

III. Résultats

III.1. Caractéristiques socio-démographiques des participants

Participants	Nombre d'années de pratique	Type de pratique	Province de pratique	Sexe	Lieu de pratique	Type de patientèle
Médecin 1	8	Maison médicale au forfait	Bruxelles	F	Urbain	Défavorisé
Médecin 2	15	Maison médicale au forfait	Bruxelles	F	Urbain	Défavorisé
Médecin 3	3,5	Maison médicale au forfait	Bruxelles	F	Urbain	Défavorisé
Médecin 4	1,5	Maison médicale au forfait	Bruxelles	F	Urbain	Défavorisé
Médecin 5	0,5	Maison médicale au forfait	Bruxelles	F	Urbain	Défavorisé

Médecin 6	0,5	Association de médecins	Gerval	F	Semi-urbain	Favorisé
Médecin 7	33	Association de médecins	Gerval	F	Semi-urbain	Favorisé
Médecin 8	15	Association de médecins	Gerval	F	Semi-urbain	Favorisé

Tableau 1 – Caractéristiques socio-démographiques des participants

III.2. Analyses

1. En médecine générale

1.1. Motivation à participer

1.1.1. Intérêt pour le TFE

Les médecins étaient tous très enthousiastes quand à ma proposition. Ils étaient déjà plus ou moins déjà sensibilisés aux techniques respiratoires. Certains proposaient déjà des exercices de respiration mais « *avais pas, de allez de, de oui, d'applications à proposer ou de vidéos* » M2. Certains ont accepté pour « *avoir autre chose que de sauter pieds joints sur un traitement médicamenteux directement ... J'aime toujours avoir, changé un petit peu notre façon de travailler, voir s'il n'y a pas d'autres possibilités, surtout dans le traitement de l'anxiété et, et chez les jeunes.* » M7.

1.1.2. Faisabilité

Les applications ou les vidéos ont été proposées sans contrainte. Il n'y avait pas de donnée à récolter pour l'étude ou le TFE donc les médecins ont trouvé « *que c'était facile à implémenter dans la pratique, ça ne m'a pas demandé beaucoup d'efforts et parce que c'était une réponse autre que, on en reviendra à mon avis après, mais que c'était quelque chose de facile à expliquer aux patients qui ne prenaient pas beaucoup de temps.* » M1. 6 médecins sur 8 ont insisté sur le fait que c'était très facile à faire. Ils ont trouvé que l'ensemble du processus était simple : la proposition, l'explication, les outils et l'implication que demandait le TFE.

1.2. Légitimité en MG

1.2.1. Anxiété chez les jeunes

Tous les médecins ont utilisé l'outil pour l'anxiété et ont rapporté que l'anxiété est une problématique très fréquente en médecine générale : « *dans la plupart des consult, on a des patients anxieux* » M2 ou encore « *parce que c'est un sujet qui est vachement présent dans pas mal de nos consultations* » M8. Ils ont également confirmé que c'était très pertinent chez les jeunes « *Parce que on a, enfin, on a vraiment beaucoup, beaucoup de patients de cet âge-là justement, qui souffrent de stress, d'anxiété, de déprime* » - M3. « *Le sujet est très intéressant parce qu'en effet, envers les jeunes, on est assez démuni pour leur proposer des prises en charge au niveau de leur santé mentale.* » - M4

1.2.2. Autres diagnostics courants en médecine générale

Cinq médecins (M2,M4,M6,M7,M8) ont ajouté les troubles du sommeil. Plus rarement, certains (M3 et M4) l'ont utilisé pour les migraines, la fatigue chronique, les douleurs chroniques ou encore les troubles alimentaires.

2. Apport de l'outil

2.1. Pour le médecin

2.1.1. Satisfaction des médecins

Trois médecins (1,2,5) ont rapporté que cela augmentait leur satisfaction dans la consultation d'avoir une réponse à cette problématique : « *pour moi c'est clair que ça augmente ma satisfaction dans la consultation, de pouvoir donner une solution au problème du patient sans devoir passer par des médicaments.* » M1 ou « *satisfaisant de pouvoir donné une solution, un outil à utiliser et quelque chose à tester* » M5. Un médecin a également rapporté qu'au-delà de la satisfaction cela a été « *émotionnellement pour moi, je me sentais utile d'avoir donné quelque chose* » M7.

2.1.2. Solution

Un élément qui a été relevé à 7 reprises (1,3,4,5,6,7,8) est que cela offrait le moyen au médecin d'avoir une solution à donner au patient : *« tu leur proposes un outil et tu leur proposes quelque chose pour aller mieux. Et parce que parfois, en fait, tu te sens démuni, ils refusent tout ce que tu veux et là c'est tellement facile et tellement, et ça fonctionne a priori assez bien que ouais, c'est, moi, je vais continuer à l'utiliser, c'est sûr »* M3. Un médecin (M5) a fait la remarque que c'était également une solution applicable en cas de barrière linguistique. Deux autres (5,8) ont utilisé l'outil pour créer un suivi avec le patient sur l'évolution de sa santé mentale. Un médecin (M2) a utilisé cette solution comme sevrage aux anxiolytiques *« au lieu de prendre un Lorazepam pour faire votre sieste la journée : allumez l'application et essayez, mettez cinq minutes et essayez »* M2. Beaucoup (6/8) ont utilisé cette solution au même stade que la phytothérapie *« ça mettait un arc en plus que Sedistress et Sedisleep »* M4. Cela a ajouté aux premières lignes de traitement actuellement utilisés *« je trouve que c'est pas mal parce que ça permet d'un peu augmenter nos capacités et pouvoir nous dire voilà, en fait, je peux te proposer autre chose, quelque chose un peu traditionnel »* M6.

2.1.3. Santé mentale

L'utilisation de cet outil a permis selon 6 médecins (1,2,4,5,7,8) sur 8 une ouverture sur la santé mentale en général : *« ça permet de, moi de rajouter un peu une option et aussi d'axer plus sur le bien-être, sur la respiration »* M1. Certains en même ont profité pour faire de l'éducation de la pathologie au patient *« Et donc ça a ajouté en fait plutôt pour moi un espèce de de panel, un rayon de choses à aller explorer et toute une discussion autour de la respiration et à quel point en fait finalement tout est lié et que si on respire pas, tout reste très tendu. Enfin voilà, ça me permettait en fait d'expliquer plus facilement ce que entraîne le stress et l'anxiété à travers des niveaux, un peu plus de science quoi »* M4. Au-delà d'un traitement, cela a ouvert une discussion simple autour de l'hygiène de vie et le bien-être, cela permet au patient *« de se recentrer sur lui »* M7 et le fait que ça peut être quelque chose qui perdure dans le temps *« ça peut devenir une routine »* M2.

2.2. Pour le patient

2.2.1. Support

7 médecins (1,2,3,4,5,7,8) sur 8 ont relevé qu'un apport majeur de l'outil était la mise à disposition d'un support visuel et/ou oral. Cela offre le moyen au patient « *qui peut être justement un peu perdu, d'avoir quand même un soutien, une base pour apprendre correctement comment le faire* » M8. Cela s'accompagne d'un cadre temporel « *Je pense que ça te permet de te dire ok, je fais ça deux minutes et en fait, faire les secondes toi-même dans ta tête, c'est beaucoup plus difficile que si tu as quelqu'un qui te dicte ou si tu as un support visuel quoi* » M3 et un cadre ludique « *Parce que sinon, si tu dis au patient bon, inspirer dix secondes, expirer cinq secondes, tu le fais pendant les trois premières respirations et après tu oublies un peu et c'est un peu. Enfin regarder un chrono aussi, je pense que c'est un peu anxiogène de se dire ok, je dois encore tenir trois secondes sur respiration alors que la boule c'est beaucoup plus visuel.* » M5

2.2.2. Autonomie

Deux médecins (1,7) ont indiqué que cela donnait au patient une autonomie face à la gestion de sa pathologie « *Mais je trouve ça peut être vraiment bien chez un jeune qui n'est pas au stade de devoir prendre un médicament, mais qui se sent anxieux, qui n'est pas à son aise. Il peut faire ça à l'aise chez lui, donc ne pas en parler au médecin, c'est important parfois aussi, et de pouvoir faire les choses seul chez soi* » M7.

2.2.3. Repartir avec une solution

5 médecins (5,7,8) sur 8 ont apprécié le fait que le patient repartait avec une solution. Au-delà de l'efficacité, le patient se sentait entendu « *parce qu'un patient souvent sort d'une consultation s'il n'a rien reçu, même pas un petit conseil, il n'a pas été aidé quoi* » M7 « *Et même, je pense que les patients aussi sont rassurés si si, quelque chose est mis en place.* » M5 « *mais je pense qu'en tout cas, le patient en tout cas, il ressort d'ici en en ayant déjà. Voilà pour*

lui une solution, même s'il n'a pas encore expérimenté. Mais déjà ça, voilà, il se sent déjà un peu apaisé, je trouve que c'est déjà pas mal » M8

3. Évaluation de l'outil

3.1. Leviers

3.1.1. Contexte actuel

Pour 6 médecins (1,2,3,4,6,7) sur 8, l'initiative s'inscrivait dans le contexte actuel de la médecine où *« les gens commencent à comprendre aussi que des médicaments pour dormir c'est pas spécialement ou pour être moins stressé, c'est pas spécialement le meilleur et donc ils sont assez ouverts à d'autres choses j'ai l'impression » M4. « Donc si on peut se passer du médicament, c'est d'autant mieux. Et eux ils sont tout à fait d'accord, ils savent que c'est pas la solution de facilité » M7*

3.1.2. Facilité

7 médecins (1,2,3,5,6,7,8) sur 8 ont constaté que l'outil était très facile d'utilisation pour eux-mêmes ou pour le patient : *« C'est hyper facile tu vois : t'ouvres l'appli, tu dois pas chercher des trucs, tu mets démarrer et puis hop! » M2. De plus, les explications liées à l'outil ont été perçues comme faciles « je trouvais très facile à expliquer et très, très facile à comprendre visuellement » M5. L'outil a été perçu comme particulièrement facile à utiliser chez les jeunes : « Donc je trouve que les jeunes, c'est plus facile à amener parce qu'ils sont déjà un peu plus. Enfin, je trouve le fait de leur montrer une application, que ce soit une application, etc. Pour eux c'est déjà plus facile et ça leur parle pas mal. » M6*

3.1.3. Gratuité

6 médecins (1,2,3,4,7,8) sur 8 ont reconnu qu'un grand facilitateur était le fait que ce soit entièrement gratuit et sans la contrainte d'accepter une quelconque publicité : *« Oui, c'est gratuit, effectivement. Oui, c'est un grand levier. Que ce soit gratuit, c'est super. » M1. Un médecin a mis en avant que la comparaison avec d'autres traitements était favorable d'un*

point de vue financier : « *une première ligne de traitement qui peut être super intéressant, facile, pas invasive, gratuite et, et où justement le magnésium ou des trucs comme ça, ça coûte vite super cher* » M3. Le fait que ce soit gratuit a été vu comme important chez les jeunes qui « *sont pour avoir la gratuité des soins en général les jeunes et donc parce qu'il n'y a pas de monnaie* » M7.

3.1.4. Rapidité

4 médecins (1,3,5,7) ont validé que l'outil était rapide à expliquer et rapide d'utilisation : « *Et, mais sinon ça, allez, même en voulant bien l'expliquer, bien montrer, ça prend 5-6 minutes quoi, max.* » M3. Un médecin (M1) a trouvé que l'utilisation d'une application permettait de réduire le temps d'explications au patient et l'encourageait à l'utiliser « *Tandis que là, comme il y a l'application qui les guide, qui va leur expliquer le temps et tout ça, enfin que c'est très intuitif aussi comme application. Donc du coup, on se permet de réduire peut être la durée d'explication du truc et de montrer comment ça fonctionne et donc on l'utilise plus.* » M1. Un médecin (M7) a soulevé également que cela était un atout par rapport à d'autres thérapies qui nécessitent une attente : « *Et donc moi j'irai plus vers vers l'idée que ça c'est la rapidité, c'est pas l'attente du psychologue qui me verra que dans un mois et puis entre temps, qu'est-ce que je vais faire, j'ai rien.* » M7

3.1.5. Accessibilité

6 médecins sur 8 (1,3,5,6,7,8) ont apprécié qu'un des avantages de l'outil était son accessibilité « *Parce que c'est hyper accessible pour en tous cas à part des gens qui n'ont pas téléphone. La plupart des gens ont des smartphones aussi pour les gens qui toujours déjà mais j'ai pas le temps parce que si ça, ça en vrai, ça c'est quelque chose si tu y penses dans ta journée, les moments où tu glandes, où tu fais rien, ça te prend trois minutes.* » M5. Le fait que ce soit une application sur le smartphone le rend à porter de main : « *le fait de l'avoir sur son téléphone, de l'avoir tout le temps avec soi* » M1, « *que ce soit sur leur smartphone et que donc ils peuvent le sortir quand ils veulent,* » M3.

3.2. Freins

3.2.1. Barrière numérique

7 médecins sur 8 (1,2,3,4,5,6,8) ont déploré le fait que c'était très difficilement utilisable chez les personnes qui n'ont pas d'accès à la technologie, tout en soutenant qu'ici chez les jeunes il n'y avait pas trop de problème : « *des gens qui ont, tu sais, qui savent pas très bien utiliser les smartphones* » M2. Mais cela peut être également comme le souligne un médecin (6) « *Que ce soit sur les téléphones, il y en a que ça peut embêter* » M6.

3.2.2. Attitude du patient et du médecin

7 médecins sur 8 (1,2,3,4,5,6,8) ont rapporté qu'un frein majeur est l'attitude du patient à laquelle l'application est proposée. En effet, « *tout le monde n'est pas ouvert à ce genre de technique. Il y a des gens qui détestent le yoga, qui détestent la méditation, qui ne savent pas rester et fermer les yeux et ne rien faire. Donc oui, j'ai une patiente par exemple, je sais que je lui proposerais pas, même si elle en a beaucoup besoin* » M2 ou encore « *Tu sais un peu en le disant qu'il fera et qu'il le fera pas. Tu as des gens qui sont très terre à terre et qui disent : oui oui, mais tu te doutes qu'ils vont pas le faire* » M3. Le médecin 4 a évoqué une catégorie de patients chez qui il ne voulait pas proposer : « *Donc j'ai pas été voir, c'est peut être vraiment du tri débile, mais monsieur PDG de 55 ans blanc et, lui je n'ai pas été. Parce qu'en fait je crois que je me sentais pas assez les armes d'aller expliquer un truc comme ça chez lui. Je sais pas trop. Enfin je crois que je ressentirais plus de jugement et plus : non mais vous êtes médecin, vous devez me donner un médicament et pas une application* » M4.

Un médecin (3) a pu remarquer que « *les filles sont plus réceptives à ce genre de d'alternatives que les mecs* » et qu'un facteur qui pouvait jouer aussi c'est « *la flemme des ados* ».

Un médecin (2) a évoqué également que le style du médecin pouvait être un frein : « *beaucoup de médecins ne sont pas très ouverts à ce genre, peut-être moins les nouveaux* »

médecins qui sortent maintenant, la nouvelle génération, mais je, ouais, les plus vieux, ça m'étonnerait qu'ils proposent ce genre de trucs » M2.

Deux médecins (3, 5) ont décrit que la croyance des patients sur la santé mentale était un frein. Le médecin 5 a notamment parlé de la communauté africaine où « *la place du psy dans la, dans la dans la vie tout court, dans la santé mentale, ça n'existe pas* ». M5

Enfin, le médecin 5 se représente l'outil comme « *tout ce qui est exercices de respiration et tout ça, c'est quelque chose qui est en vogue depuis quelques années. Avant c'était on en parlait pas, on voyait pas l'intérêt, voilà. Et donc du coup c'est vrai que quelqu'un qui est âgé de plus 50 ans, je vais avoir tendance à me dire en fait je vais lui parler de ça, il va me regarder comme ci, voilà* » M5.

3.2.3. Nécessité d'une implication du patient

Pour 3 médecins sur 8 (1,4,6) , un des freins pouvait être le fait que ça demandait de l'implication de la part du patient et « *un peu de motivation et de volonté de la part de la personne qui le fait. Et donc c'est vrai que si je réfléchis à tout ça, je me dis les gens se diront peut être ah je vais prendre un Sedistress au lieu d'aller faire l'application et de le faire, ça demande un peu de conscientiser fort son problème. Donc il faut être assez acteur. Donc j'ai l'impression que c'est un travail, ouais, à réaliser sur du plus long terme* » M6. De plus, selon le médecin 1, le patient doit y penser « *Je dirais plus, il faut qu'il y pense en fait* ». M1

4. Le côté des patients rapporté par les médecins

4.1. Les impressions positives

4.1.1. Efficacité

Deux médecins ont eu des retours de patient concernant l'efficacité. Le médecin 3 a eu deux retours de patients : l'outil avait été utilisé pour des migraines « *Elle est, elle est jeune, elle a, je crois seize ans. Et on ne trouve pas de traitement qui l'aide au niveau de ses migraines, et en fait, on pense vraiment que c'est fort lié à l'anxiété. Mais ça, elle est en déni un peu par rapport à ça. Et je lui ai proposé ça et elle a dit que ça fonctionnait super bien pour ses migraines aussi.* » M3 et pour du surmenage « *un feedback super intéressant où la personne*

elle est, elle est en surmenage mais elle est angoissée, elle est en surmenage au travail, avec son bébé et tout ça. Donc il y a beaucoup de stress, de nervosité, etc, et elle, elle dit qu'elle le fait deux fois par jour et que ça l'aide bien. » M3

Le médecin 7 a reçu deux retours sur l'efficacité. Le premier est un jeune homme de 17 ans très stressé qui a « *testé uniquement la fonctionnalité apaisement et apaisement et il faut dire que ça marche super bien. Cinq minutes d'exercices le matin et je me sens plus relaxé pendant les premières heures de la journée*» M7. Le deuxième est une jeune fille étudiante en première année de médecine qui rapporte que « *Personnellement cela fonctionne la majeure partie du temps, c'est à dire avant de dormir, quand je me sens angoissée et quand je sens que ça que la crise va arriver, » M7.*

4.1.2. Praticabilité

Le médecin 7 a eu deux retours sur l'aspect plus technique de l'application Respirelax « *Respirelax super facile à utiliser, cool parce qu'on peut choisir de mettre du son. C'est une jeune fille de quinze ans ou pas, donc possibilité de la faire les yeux fermés. » M7.*

La jeune fille étudiante en première année de médecine a aussi détaillé le fonctionnement des applications et en quoi c'était un mécanisme facilitateur : « *J'ai aimé aussi le fait qu'on puisse choisir la durée de l'exercice en fonction du besoin et aussi surtout le fait que sur cette application, contrairement aux autres proposées, il y a possibilité de mettre un son de fond, ce qui pour ma part fait toute la différence car pendant un moment d'angoisse, les bruits autour sont très dérangeants et j'ai besoin dans ces moments-là de me sentir isolée de tous les bruits extérieurs. Par exemple, dans le train, j'ai pu mettre mon casque et écouter ce bruit de fond pendant l'exercice, ce qui m'a permis de m'isoler au maximum et par conséquent de mieux gérer la crise. Donc pour moi, cohérence cardiaque est un bon moyen de plus facilement faire passer une crise et également se relaxer avant d'aller dormir au moment où le ruminement mental est très présent. Mais l'aspect visuel et auditif est un facteur à prendre en compte durant cet exercice » M7*

4.2. Les impressions négatives

4.2.1. Concentration

Un retour reçu par le médecin 7 a déploré que les techniques de respiration nécessitaient de pouvoir se concentrer et que pour ce patient de 12 ans, il était « *trop difficile pour lui de se mettre dedans tout seul car il doit beaucoup se concentrer, se taire par exemple, il sait pas se taire, plus appliquer ce qui est demandé, plus le lâcher prise* » M7. Un des patients du M7 a aussi précisé après avoir témoigné de l'efficacité, qu'« *il faut cependant avoir un esprit assez relâché pour pouvoir en profiter* ».

4.2.2. Ressenti sur la respiration

Un médecin a connu un cas de réticence d'une patiente de 23 ans lié à un traumatisme antérieur : « *J'ai essayé avec une patiente qui était en dépression post-partum et justement, c'est elle qui m'a dit qu'elle, pour elle, c'était ça lui provoquait en fait des angoisses, des angoisses très importantes parce que ça lui rappelait son accouchement de faire des exercices sur la respiration et elle a été complètement traumatisée par son accouchement et du coup elle, ça n'a pas fonctionné* » M3.

5. Dans la pratique future

5.1. Adaptation personnelle

5.1.1. Choix de la patientèle

5 médecins (1,2,3,7,7) sur 8 ont émis le souhait d'élargir cette solution à une plus large patientèle en plus des jeunes : « *Clairement, je ne vais pas axer que sur les jeunes, je vais élargir à toute personne qui a un smartphone.* » M1. « *Franchement même je trouve pour, pour les personnes de 50 ans etc, on a beaucoup, beaucoup de patients, surtout des patientes qui ont de l'angoisse comme ça et ça je trouve que c'est bien de pouvoir leur proposer aussi cet outil-là, même en étant plus âgé quoi.* » M3

6 médecins sur 8 (1,2,3,5,6,7) avaient d'ailleurs déjà commencé à le proposer à d'autres personnes que celles de la tranche d'âge concernée : « *En fait j'ai proposé à d'autres aussi, j'ai pas proposé que, parce que je trouve que ça se propose à, ça peut se proposer à tout le monde ce genre de trucs, c'est facile et, c'est et ça, c'est hyper efficace.* » M2.

En revanche, seulement un médecin (7) sur 8 compte l'élargir aux personnes âgées « *Mais jusqu'à 100 ans. Non, je rigole pas ... Parce que le problème des mamies, elles ne connaissent pas les psychologues, elles n'ont pas l'habitude. C'est pas dans leur mentalité d'aller chez un psychologue et donc elles sont, elles sont partantes je pense, autant que les tout jeunes* ».

5.1.2. Élargissement des diagnostics

8 médecins sur 8 continueront à utiliser l'outil pour l'anxiété et 5 médecins (1,2,6,7,8) sur 8 pour les troubles du sommeil.

2 médecins (1,3) sur 8 prévoient de l'utiliser pour des douleurs chroniques ou des migraines « *Clairement tout ce stress, mais aussi tout ce qui est psychosomatique aussi, maux de tête à répétition ou des migraines ou des difficultés d'endormissement, ça peut être aussi des phobies, enfin un peu tout, plein de choses du coup* » M1.

3 médecins (2,3,6) sur 8 l'ont déjà testé pour des burn-out, des surmenages ou des anxio-dépressions : « *des personnes qui commencent une dépression ou un burn out et des choses comme ça, on pourrait le mettre un peu dans l'ordonnance, ça pourrait être un truc qu'on pourrait leur proposer* » M6.

Un médecin (4) s'en est servi pour des troubles alimentaires et prévoit de le tester en amont des troubles : « *je pense que est-ce que ça pourrait être quand même en prévention ?* ».

5.1.3. Selon l'évolution de l'outil

4 médecins (4,5,6,7) sur 8 auraient aimé avoir plus de feedbacks des patients et prévoient d'adapter leur pratique en fonction des résultats auprès des patients donc il « *pense que dans un premier temps, je vais continuer à le proposer, voir un peu les retours que j'ai* » M6.

Un médecin (7) sur 8 aurait *« voulu avoir la possibilité d'avoir une année pour le proposer parce que les jeunes viennent pour un rhume, pour un mal d'orteils, pour un genou. Ton travail devrait être révisé ou re. On devrait revoir tous les gens après après x mois et voir ce qu'ils ont continué à faire, ce qu'ils ont pu continuer à faire aussi »*.

5.2. Intégration dans la pratique

5.2.1. Plus-value

7 médecins (1,2,3,4,6,7,8) sur 8 ont conclu que selon eux l'outil apportait une plus-value dans la gestion de l'anxiété en médecine générale chez les jeunes : *« je pense que c'est un levier donc d'office une plus-value. »* M8 et dans le traitement de l'anxiété *« Au contraire, je trouve qu'il faut plus proposer ce genre de trucs en consult et moins des, oui, moins d'anxiolytiques, des trucs comme ça »* M2. Le médecin 6 voit cela également comme alternative à la phytothérapie *« parce que je crois que ça peut vraiment permettre de justement diminuer l'apport de Sedistress ou de choses comme ça »*. Au-delà de l'outil, un médecin (M4) *« pense que simplement se connaître soi-même et savoir à un moment juste respirer et savoir juste se dire que pendant x minutes on est juste là à respirer, ce qui est juste élémentaire et fondamental, c'est une plus-value pour tout »*.

8 médecins sur 8 vont continuer à l'utiliser après le TFE *« Ça a vraiment rajouté quelque chose de neutre dans ma pratique en tout cas, et que je vais perpétuer »* M1.

5.2.2. Pertinence

6 médecins sur 8 (2,3,4,6,7,8) ont jugé l'outil très judicieux pour son utilisation en première ligne : *« je trouve que c'est vraiment pertinent parce que en tout cas en première ligne »* M4. L'outil a été vu comme pertinent *« parce que ça permet en fait de, du coup, moi je trouve qu'il y a deux choses. Ça a un réel impact sur, je sais pas, physiologique sur le patient s'il l'utilise bien et, et ça permet aussi d'aller gérer vraiment les moments un peu aigus de l'anxiété et de pouvoir agir directement »* M6. Un des points qui a été relevé est le fait que *« c'est pas un médicament et c'est ça qui change la donne. C'est une fois autre chose et quelque chose qui m'apporte quelque chose aussi »* M7.

5.2.3. Médecine de demain

5 médecins (1,2,3,4,7) sur 8 ont considéré que cette solution s'inscrivait dans la médecine de demain. Le médecin 1 a relevé que pour lui c'était « *le début de quelque chose, j'ai plus l'impression que un truc un test pendant deux mois quoi* ». Le médecin 4 « *pense que c'est vraiment prometteur de manière générale pour tout le monde et pour les jeunes encore plus* ». Le médecin 2 suggère que ce serait intéressant d'en parler plus parce que « *beaucoup de médecins seraient ouverts à utiliser ce genre d'applications et de la proposer à des patients* ». Le médecin 7 propose de continuer sur cette lignée pour que cela devienne un automatisme « *il faut continuer là-dessus parce que c'est vraiment des outils vraiment super intéressants qui sont vieux comme le monde à mon avis. Mais voilà, c'est pas proposé systématiquement et du fait le fait de me l'avoir proposé m'a fait que maintenant ça devient un outil comme, comme de prendre le poids etc quand il y a, quand il y a lieu quoi* » M7.

IV. Discussion

IV.1. Interprétation des résultats

Les médecins ont tous reçu favorablement cette proposition d'outil de gestion de l'anxiété ce qui suggère qu'il répond à un réel besoin dans la pratique clinique. Les patients à qui cela a été proposé ont aussi été enthousiastes face à cette proposition. Plusieurs aspects ont été identifiés comme des avantages majeurs par le praticien, notamment la facilité d'utilisation et l'absence de coût pour le patient : il ressort de l'étude que les praticiens sont ouverts à des solutions nouvelles pouvant bénéficier à leurs patients pour autant qu'elles soient simples et économiques. Les patients qui ont eu recours à cette solution ont aussi été enthousiastes face à cette proposition. De plus, on retrouve les mêmes résultats chez les médecins en maison médicale à Bruxelles que ceux en association de médecins à Genval.

L'étude a mis en lumière que l'anxiété était une problématique courante parmi les jeunes patients consultant en médecine générale. Ces résultats soulignent l'importance de disposer d'outils de gestion efficaces et accessibles en médecine générale pour répondre à ce

besoin croissant. La mise à disposition d'un outil fournit également une solution face à une problématique que le praticien est alors plus enclin à explorer et dépister. Cette stratégie de gestion de l'anxiété est particulièrement adaptée aux jeunes puisqu'elle leur propose selon les médecins une intervention en accord avec eux à savoir quelque chose de gratuit, accessible et une garantie d'autonomie, tout en s'inscrivant dans le cadre d'une génération ultra connectée. Via leurs propos rapportés par les médecins, les jeunes quant à eux mettent l'accent sur les côtés pratiques et efficaces du dispositif. De plus, cette solution immédiate est de plus en plus en phase avec le monde contemporain, où les individus sont habitués à des réponses rapides.

Bien que cet outil ait été initialement pensé pour les jeunes, certains médecins ont rapporté l'avoir utilisé avec succès chez des patients d'autres tranches d'âge. Il est aussi intéressant de constater que certains praticiens ont élargi les indications d'utilisation (migraines, douleurs chroniques) ou prévoient de le faire à l'avenir (par exemple en prévention). Ces observations suggèrent que l'outil pourrait avoir une portée plus vaste que celle initialement envisagée, ouvrant ainsi des perspectives prometteuses pour son utilisation dans divers contextes cliniques.

En premier lieu, le défi que représente pour certains patients l'utilisation d'outils numériques souligne l'importance de prendre en compte la diversité des compétences technologiques et des préférences individuelles lors de la conception et de la mise en œuvre de telles interventions. Ensuite, le scepticisme de certains médecins quant à l'efficacité des approches non médicamenteuses souligne la nécessité de sensibiliser et de former davantage les professionnels de la santé sur les preuves soutenant l'utilisation de ces méthodes alternatives. Certains médecins ont également fait remarquer que la durée de l'étude était trop courte pour permettre une évaluation complète de l'efficacité et pour recueillir des retours adéquats.

Les retours des patients ont été largement positifs, soulignant l'efficacité perçue de l'utilisation de l'outil dans la gestion de leur anxiété. Ce constat suggère que l'intégration d'outils de gestion de l'anxiété dans la pratique médicale peut avoir un impact bénéfique sur les résultats des patients et leur satisfaction à l'égard des soins de santé (23) et donc sur la confiance dans leur thérapeute plus que de par l'efficacité de l'outil en lui-même. Ces retours

laissent entrevoir un rôle significatif joué par l'outil dans l'amélioration de la gestion de l'anxiété en médecine générale, et met en lumière l'importance de l'incorporation de tels outils dans les pratiques cliniques habituelles. L'accent doit être mis sur l'accessibilité, l'acceptabilité et l'efficacité des interventions de gestion de l'anxiété pour améliorer les résultats des patients et leur satisfaction à l'égard des soins de santé.

Par ailleurs, il est à noter que les patients expriment une préférence croissante pour des solutions naturelles. Dans le contexte post-Covid, marqué par une perte de confiance envers le corps médical (24) et les traitements médicamenteux, ces techniques semblent répondre de manière adéquate aux besoins actuels. De nombreux patients manifestent également une réticence à l'égard des approches traditionnelles telles que la consultation de psychologues ou l'utilisation de la phytothérapie. Ainsi, cet outil se présente-t-il comme un outil complémentaire ou préalable à des interventions plus importantes en fonction de l'évaluation du patient ?

En résumé, cette étude dévoile à la fois les opportunités et les défis associés à l'intégration d'outils de gestion de l'anxiété en médecine générale. Elle souligne l'importance de concevoir des interventions adaptées aux besoins des patients et des praticiens, tout en reconnaissant la diversité des préférences et des compétences qui peuvent influencer l'acceptation et l'efficacité de ces outils.

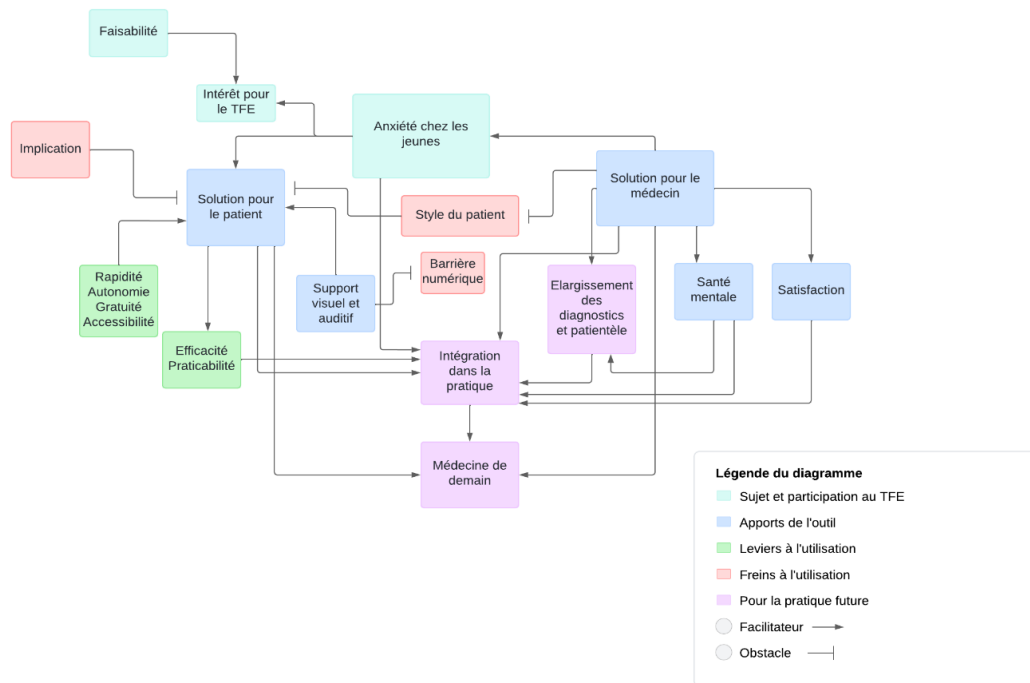


Figure 3 – Diagramme des liens entre les différents résultats

IV.2. Les limites de l'étude

L'étude comporte plusieurs limites. Premièrement, la composition exclusivement féminine de l'échantillon pourrait introduire un biais de genre dans les conclusions de l'étude. De plus, il est également envisageable que les participants aient été plus enclins à participer parce qu'ils étaient déjà favorables à l'utilisation d'approches non médicamenteuses, ce qui pourrait à nouveau biaiser les résultats en faveur de ces approches.

Deuxièmement, la durée relativement courte du test, limitée à 10 semaines, s'est révélée insuffisante pour mener une analyse approfondie, surtout en ce qui concerne le suivi des patients par les praticiens. Cette contrainte temporelle a restreint la capacité de recueillir des données longitudinales et d'évaluer pleinement l'efficacité de l'outil sur le long terme. Par ailleurs, les médecins ont été formés à ces techniques dans le but de les utiliser ce qui entraîne un biais.

Les mesures d'efficacité de l'outil reposaient principalement sur des auto-évaluations des participants, ce qui introduit un biais de subjectivité dans les résultats. Il n'y a pas eu d'analyse directe du retour des patients. Leurs ressentis ont plutôt été rapportés par les médecins, introduisant ainsi un biais d'interprétation. En outre, il existe un biais de sélection des patients opéré par les médecins. A noter que j'ai moi-même proposé des applications et des vidéos que j'ai choisies au préalable pour leur facilité d'utilisation et leur qualité mais il s'agit donc d'un choix personnel, ajoutant un biais supplémentaire à l'étude.

Enfin, l'analyse des entretiens a généré un volume considérable de données, nécessitant de limiter le nombre de thèmes à analyser.

IV.3. Prolongement méthodologique à envisager

Compte tenu des limites identifiées dans cette étude, il serait pertinent d'envisager une recherche quantitative axée sur les patients. Une approche envisageable consisterait à mener une étude sur l'efficacité de l'outil sur une période prolongée, sur plusieurs semaines par exemple. Dans cette optique, il serait nécessaire de concevoir un protocole incluant à la fois une population test et une population témoin, toutes deux diagnostiquées avec un trouble anxieux établi. Il serait également intéressant de mener une recherche qualitative sur l'outil lui-même : le stockage des données, la convivialité des écrans. A cela, on pourrait approfondir aussi les recherches sur les indications : adaptation à la patientèle, à la pathologie et la posologie exacte recommandée.

Par ailleurs, certains retours de médecins suggèrent une amélioration des symptômes chez les patients utilisant l'outil, mais il conviendrait d'explorer plus en profondeur l'impact sur la cause sous-jacente de l'anxiété et ses effets à long terme. Cette analyse serait essentielle pour évaluer l'efficacité réelle de l'outil dans la gestion à long terme de l'anxiété (25).

L'intention de certains médecins d'élargir l'étude à d'autres populations et à d'autres diagnostics soulève la nécessité d'une exploration approfondie de l'efficacité et de l'acceptabilité de l'outil dans ces nouveaux contextes. Cette idée est également présente dans la littérature, notamment chez les personnes âgées (26) ou même pour les pathologies

chroniques comme la bronchopneumopathie chronique obstructive. Une telle extension de l'étude offrirait des perspectives supplémentaires sur l'applicabilité de l'outil dans diverses situations cliniques, nécessitant ainsi une évaluation approfondie de son efficacité et de son acceptabilité.

IV.4. Dans une pratique future

Suite à cette étude, une initiative intéressante serait d'offrir une formation aux médecins généralistes intéressés. Dans cette optique, j'ai élaboré un guide d'utilisation (Figure 4) à l'intention tant des médecins généralistes que des patients.

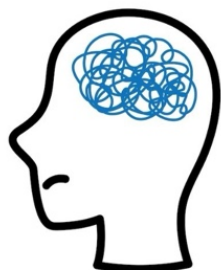
Ce guide synthétise les principaux concepts abordés dans ce travail, à savoir l'anxiété, les techniques respiratoires pour la gérer, ainsi qu'un échantillon non exhaustif des outils disponibles. Le praticien peut alors le proposer selon les circonstances aux patients. Si le praticien est intéressé par ces outils, il est encore plus bénéfique pour lui de savoir en manier deux ou trois pour pouvoir les montrer à ses patients. Une fois l'explication donnée, le praticien peut donner ce petit guide au patient reprenant les éléments majeurs.

Deux options de présentation peuvent être imaginées : si le médecin souhaite utiliser le guide à la fois en prévention et en amélioration de dépistage, il peut l'afficher dans son cabinet ou dans la salle d'attente, ou alors si le praticien préfère l'utiliser selon les cas qui se présentent, il peut l'utiliser comme une prescription.

Au niveau de la fréquence et de la posologie, on peut distinguer deux manières de procéder : l'utilisation quand les symptômes apparaissent et dans ces cas-là ce sera plus une thérapie de crise ou essayer de l'incorporer au long terme par exemple la règle du 3-6-5 pour la cohérence cardiaque, à savoir 3 fois par jour 6 respirations par minute pendant 5 minutes. Cette proposition ne doit cependant pas remplacer un suivi régulier et une vérification de l'intensité de la symptomatologie. Le suivi sera défini par le médecin au même titre que toute consultation pour troubles anxieux : par exemple toutes les deux semaines en phase aiguë, tous les mois en phase chronique. Bien que la littérature n'ait pas clairement défini de contre-indications, leur appréciation demeure du ressort du médecin.

GUIDE D'UTILISATION

Stressé(e) ?
Anxieux(se) ?
Nerveux(se) ?



SAVEZ-VOUS QUE RESPIRER PEUT VOUS AIDER ?



Reconnaître les symptômes du stress/ de l'anxiété

- Nausées, vomissements, diarrhée
- Difficultés à respirer, étouffement
- Vertiges
- Évanouissements, sueurs, bouffées de chaleur et de froid
- Palpitations, augmentation de la fréquence cardiaque
- Tension musculaire, douleur ou oppression thoracique

Comment ça marche ?

Cerveau : stress/pensées/émotions



Réponse du corps : symptômes
(Exemple : palpitations)

RESPIRATION



Réponse du corps : pas de symptôme

Cerveau : pas de stress

COMMENT RESPIRER ?

Différents exemples de respirations possibles

• Respiration en 4-7-8

LA RESPIRATION 4-7-8

INSPIREZ SUR 4 SECONDES RETENEZ VOTRE SOUFFLE POUMONS PLEINS SUR 7 SECONDES

1 2

3 EXPIREZ SUR 8 SECONDES

Effets : pour s'endormir rapidement

• Cohérence cardiaque

TECHNIQUE DE COHÉRENCE CARDIAQUE
Un exercice de respiration qui aide à gérer son stress.

3 fois par jour
Matin
Midi
Soir

6 respirations par minute
Inspiration - 5 secondes
Expiration - 5 secondes

5 minutes

Source : Conférence nationale des guides de prévention cardiovasculaire pour adultes (2016), 2018

• Respiration en carré

Passez poumons pleins 1.2.3.4

Expiration 1.2.3.4

Passez poumons vides 1.2.3.4

Inspiration 1.2.3.4

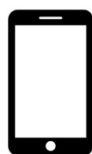
paperactive.fr

• Respiration abdominale

Inspiration **Expiration**
Ventre Gonflé **Dégonflé**

SCHULZE Institut für Präventive Gesundheitsförderung

OUTILS MIS A MA DISPOSITION



- Applications sur le smartphone

Quelques exemples d'applications

-Respiration

Respirelax, Respira, Respire

-Méditation

Calm, Petit BamBou, Insight Timer,
HeadSpace, MeditBe*



Exemple - Application Respirelax+



- Vidéos

Exemples :

“Cohérence cardiaque”

“Méditation guidée”

“Respiration en carré”

*Certaines mutuelles remboursent les applications
si elles sont payantes : renseignez-vous !

Parlez-en à votre médecin

Figure 4 – Guide d'utilisation

Au cours de mes recherches, j'ai constaté un manque d'applications médicalement homologuées (25), bien que l'évolution de la recherche semble s'orienter dans cette direction. Il serait intéressant d'avoir une utilisation plus systématique et plus étendue de la pyramide de validation créée par l'INAMI (21) permettant aux patients d'évaluer le degré de validation médicale des différentes applications. De plus, on pourrait envisager que les praticiens puissent paramétrer ces applications à l'avenir, afin de les adapter et de les personnaliser selon les besoins spécifiques de leurs patients. A noter que cette solution est tout aussi envisageable indépendamment des applications. On pourrait alors imaginer alors un journal manuscrit des symptômes ou des crises pour effectuer le suivi. A contrario si on veut complexifier l'aspect technique, on pourrait concevoir des applications plus complexes où le patient enregistre ses différents symptômes et la gestion qu'il en a, permettant ainsi au médecin de voir comment sa pathologie évolue. Si la médecine se dirige dans ce sens, il serait indispensable de sécuriser le traitement des données auxquelles les applications auraient accès. On peut également se demander dans quelle mesure, la publicité et l'industrie derrière auraient une part influente sur ce type de thérapies ? (27) Est-ce que la gratuité de l'application serait conditionnée par la

publicité ou au contraire deviendrait-elle payante pour en protéger le patient, la rendant moins accessible ?

Ce type de thérapie s'inscrit dans la médecine du futur dans une démarche non médicamenteuse pour des plaintes dont on sait la problématique de prescriptions inappropriées et de manque de solutions à proposer et mérite de poursuivre les recherches dans ce sens (28). Cette démarche complexe et exhaustive contribuerait à intégrer ces thérapies naturelles dans le domaine de la santé publique (29).

Dans cette lignée, le SPF Santé Publique a publié un avis (30) le 23 avril 2024. Cet avis rejoint les différents résultats relevés à travers ce TFE. L'article décrit la possibilité et l'importance croissante des soins de santé mentale numériques en Belgique et propose 12 recommandations pour son utilisation. Il met en évidence les avantages de ces services, notamment l'accessibilité accrue, la personnalisation des soins et la réduction de la stigmatisation associée aux troubles mentaux. L'article discute également des différentes formes de soins de santé mentale numériques disponibles, telles que les applications mobiles, les plateformes en ligne et les consultations vidéo. En outre, il aborde les initiatives gouvernementales visant à soutenir le développement et l'utilisation de ces services, ainsi que les considérations éthiques et légales liées à la confidentialité des données et à la qualité des soins. En résumé, l'article souligne le potentiel des soins de santé mentale numériques pour compléter les services traditionnels et améliorer l'accès aux soins pour une population plus large.

V. Conclusion

Cette étude a montré que les techniques respiratoires via des applications étaient applicables en médecine générale et semblaient amener un bénéfice pour le praticien et peut-être pour le patient. Son utilisation devra être personnalisée à la fois par le médecin mais aussi par le patient lui-même. Dans un monde où la technologie est en augmentation et en confrontation, cela permettrait d'allier le meilleur des deux pour soulager les symptômes d'une pathologie courante.

VI. Bibliographie

- (1) World Health Organization : WHO. (2023, 27 septembre). **Troubles anxieux.**
- (2) Mental health - Vers une Belgique en bonne santé. (s. d.). **Vers une Belgique En Bonne Santé.**
- (3) Drieskens. (s. d.). **Bulletin n°4 - BELHEALTH - FR.** sciensano.be.
- (4) **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders** (5th ed.; DSM–5; American Psychiatric Association [APA], 2013)
- (5) Combs, H., & Markman, J. (2014). **Anxiety disorders in primary care.** *The Medical clinics of North America*, 98(5), 1007–1023.
- (6) Wehry, A. M., Beesdo-Baum, K., Hennelly, M. M., Connolly, S. D., & Strawn, J. R. (2015). **Assessment and treatment of anxiety disorders in children and adolescents.** *Current psychiatry reports*, 17(7), 52.
- (7) **La santé mentale des femmes et des jeunes a été affectée négativement par le COVID-19**|Statbel. (s. d.).
- (8) Lakasing, E., & Mirza, Z. (2020). **Anxiety and depression in young adults and adolescents.** *The British journal of general practice: the journal of the Royal College of General Practitioners*, 70(691), 56–57.
- (9) Conseil Supérieur de la Santé. (2013, décembre). **Anxiété : prise en charge du patient et usage optimal du système de soins et des orientations thérapeutiques (Rapport n° CSS 8898).**
- (10) ALD n° 23 - **Troubles anxieux graves.** (s. d.). Haute Autorité de Santé.
- (11) Bobbitt, S., Kawamura, A., Saunders, N., Monga, S., Penner, M., & Andrews, D. (2023). **Anxiety in children and youth: Part 2-The management of anxiety disorders.** *Pediatrics & child health*, 28(1), 52–66.
- (12) Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J., & Hooper, L. (2012). **Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents: a meta-analytic review.** *Clinical psychology review*, 32(4), 251–262.
- (13) Pamaiahgari, P. Evidence Summary. **Generalized Anxiety Disorder: Cognitive Behavioral Therapy.** The JBI EBP Database. 2021; JBI-ES-1432-1.
- (14) Zhang, A., Borhneimer, L. A., Weaver, A., Franklin, C., Hai, A. H., Guz, S., & Shen, L. (2019). **Cognitive behavioral therapy for primary care depression and anxiety: a secondary meta-**

analytic review using robust variance estimation in meta-regression. Journal of behavioral medicine, 42(6), 1117–1141.

(15) Leyro, T. M., Versella, M. V., Yang, M. J., Brinkman, H. R., Hoyt, D. L., & Lehrer, P. (2021). **Respiratory therapy for the treatment of anxiety: Meta-analytic review and regression.** Clinical psychology review, 84, 101980.

(16) Magnon, V., Dutheil, F., & Vallet, G. T. (2021). **Benefits from one session of deep and slow breathing on vagal tone and anxiety in young and older adults.** Scientific reports, 11(1), 19267.

(17) Harrison, O. K., Köchli, L., Marino, S., Luechinger, R., Hennel, F., Brand, K., Hess, A. J., Frässle, S., Iglesias, S., Vinckier, F., Petzschner, F. H., Harrison, S. J., & Stephan, K. E. (2021). **Interoception of breathing and its relationship with anxiety.** Neuron, 109(24), 4080–4093.e8.

(18) Goessl, V. C., Curtiss, J. E., & Hofmann, S. G. (2017). **The effect of heart rate variability biofeedback training on stress and anxiety: a meta-analysis.** Psychological medicine, 47(15), 2578–2586.

(19) Fincham, G. W., Strauss, C., Montero-Marin, J., & Cavanagh, K. (2023). **Effect of breathwork on stress and mental health: A meta-analysis of randomised-controlled trials.** Scientific reports, 13(1), 432.

(20) Slade, S. **Evidence Summary. Anxiety: Smartphone-based Interventions.** The JBI EBP Database. 2021; JBI-ES-1693-1.

(21) Firth, J., Torous, J., Nicholas, J., Carney, R., Rosenbaum, S., & Sarris, J. (2017). **Can smartphone mental health interventions reduce symptoms of anxiety? A meta-analysis of randomized controlled trials.** Journal of affective disorders, 218, 15–22.

(22) mHealthBELGIUM - **Toutes les apps** (s. d.) <https://mhealthbelgium.be/fr/toutes-les-apps>

(23) Hermes, E. D., Lyon, A. R., Schueller, S. M., & Glass, J. E. (2019). **Measuring the Implementation of Behavioral Intervention Technologies: Recharacterization of Established Outcomes.** Journal of medical Internet research, 21(1), e11752.

(24) Pougnet, R., & Pougnet, L. (2022). **En quoi la pandémie Covid-19 a-t-elle mis en question le pouvoir médical ?** *Ethique & sante*, 19(1), 31–38.

(25) Donker, T., Petrie, K., Proudfoot, J., Clarke, J., Birch, M. R., & Christensen, H. (2013). **Smartphones for smarter delivery of mental health programs: a systematic review.** Journal of medical Internet research, 15(11), e247.

- (26) Gould, C. E., Kok, B. C., Ma, V. K., Wetherell, J. L., Sudheimer, K., & Beaudreau, S. A. (2019). **Video-Delivered Relaxation Intervention Reduces Late-Life Anxiety: A Pilot Randomized Controlled Trial.** *The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry*, 27(5), 514–525.
- (27) Socala, M., Cuijpers, P., Muench, F., Cardoso, R., Soflau, R., Dobrea, A., Achimas-Cadariu, P., & David, D. (2017). **Anxiety: There is an app for that. A systematic review of anxiety apps.** *Depression and anxiety*, 34(6), 518–525.
- (28) Goldberg, S. B., Lam, S. U., Simonsson, O., Torous, J., & Sun, S. (2022). **Mobile phone-based interventions for mental health: A systematic meta-review of 14 meta-analyses of randomized controlled trials.** *PLOS digital health*, 1(1), e0000002.
- (29) Bentley, T. G. K., D'Andrea-Penna, G. M., Rakić, M., Arce, N., LaFaille, M., Berman, R., Cooley, K. D., & Sprimont, P. (2023). **Breathing Practices for Stress and Anxiety Reduction: Conceptual Framework of Implementation Guidelines Based on a Systematic Review of the Published Literature.** *Brain Sciences*, 13(12), 1612.
- (30) Avis 9475 - **Applications numériques de santé mentale** (2024, 23 avril) SPF Santé Publique