

Liste des abréviations

SP : Souffrance psychique

MG : Médecin généraliste

CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants

CMP : Centre Médico-Psychologique

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

Plan

INTRODUCTION

MATÉRIEL ET MÉTHODE

RÉSULTATS

DISCUSSION

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIÈRES

Introduction

Le propos de notre travail part d'une difficulté rencontrée en stage ambulatoire de médecine générale : nous ne savions pas quelle attitude adopter face à un patient « n'allant pas bien » psychologiquement. Nous avons donc cherché, chez nos maîtres de stage, quelles attitudes, quelles démarches leur permettaient de répondre à la demande de soin de ce patient. Mais au delà de « recettes » et réponses stéréotypées, nous avons essayé de comprendre le système de pensées, les croyances qui déterminent les décisions des médecins généralistes vis à vis d'un patient en souffrance psychique (SP).

Les troubles impliquant la souffrance psychique ont une forte prévalence dans la population générale (1). Le concept de souffrance psychique est récent, datant des années 1990. Il peut être défini comme un état de mal être ne relevant pas forcément d'une pathologie mentale (2). Initialement décrit par des experts de problématiques psychosociales, il correspond à la partie la moins définie, la plus floue, des troubles mentaux et psycho-sociaux. Un rapport en 2005 de C. Haxaire (3) (4) soulignait le manque d'appropriation de ce concept par les médecins généralistes, et recommandait une amélioration de la formation des praticiens à ces prises en charge. Car le médecin généraliste, médecin de premier recours, dans une approche médico-psycho-sociale, centrée sur le patient (5), est un acteur privilégié de la prise en charge de la souffrance psychique. Sa psychothérapie a pour spécificités une approche conjointe physique et une possibilité de prescription. De plus, il bénéficie d'un « acquis de transfert » de par sa longue connaissance antérieure du patient (6).

Dans notre revue de la littérature nous avons pu constater que les pratiques des médecins généralistes relatives à la souffrance psychique avaient été étudiées dans le cadre de pathologies psychiatriques spécifiques (7). Différentes thèses se sont attachées à la prise en charge de la souffrance psychique au travail (8), ou bien à la souffrance liée à certaines pathologies comme par exemple pour les patients victimes du cancer (9) ou en post-accident vasculaire cérébral (10). Nous avons pu retrouver dans la littérature anglo-saxonne des études portant sur les comorbidités attachées à la souffrance psychique (11), ainsi que les difficultés à verbaliser cette souffrance (12). Par ailleurs la question de la souffrance psychique en médecine générale soulève la question de la somatisation des symptômes psychologiques, dénommés symptômes somatomorphes (13). L'importance de s'intéresser aux facteurs psychosociaux pour éviter un passage à la chronicité des lombalgies a été soulignée dans une récente thèse à Angers (14). Ainsi les souffrances psycho-sociales, et la SP apparaissent

comme émergeant sur un terrain fragilisé (médical, familial, professionnel, social) et potentiellement réversible.

Notre fil conducteur sera l'exploration des pratiques des médecins généralistes en vue de faire émerger les représentations qu'ils ont de ce patient en souffrance psychique. Par représentation nous entendrons : « image mentale » et nous référerons à la définition de Jean-Claude Abric: « produit et processus d'une activité mentale par laquelle un individu ou un groupe reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification particulière ». Cette définition laisse donc entrevoir deux types de représentations chez les médecins généralistes : représentations individuelles et représentations collectives.

Par une approche inductive, partant du recueil du point de vue individuel des médecins interviewés, nous répondrons à la question de recherche : quelles sont les représentations que les médecins généralistes se font de la souffrance psychique de leur patient ?

Matériel et Méthode

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens individuels semi-directifs, sur un échantillon recruté en variation maximale de 24 médecins généralistes, en Maine et Loire, en Sarthe et dans le Tarn. Le recrutement s'est opéré dans l'entourage professionnel des 2 enquêteurs soit directement soit par téléphone ou mail.

Variables de recrutement retenues :

Age, sexe, type d'exercice (seul ou en groupe), le lieu d'exercice (urbain, semi-rural), maître de stage auprès de la faculté de médecine ou pas, le mode d'exercice (libéral, salarié, mixte).

Cadre de l'interview :

Le lieu de l'entretien a été laissé au libre choix des médecins interrogés (au cabinet ou au domicile du médecin) afin de favoriser un climat de confiance.

Le sujet et le but de la thèse ainsi que les modalités de l'entretien leur ont été exposés lors de la demande et au début de l'entretien. Il leur a été précisé que souffrance psychique ne sous-entendait pas nécessairement « terrain psychiatrique sous jacent ».

Élaboration du guide d'entretien (annexe 1)

Nous avons réalisé deux entretiens préliminaires en vue de construire le guide d'entretien définitif et de se familiariser avec la technique de l'entretien. (Ils ont été inclus dans l'analyse finale). Ces derniers, ainsi que notre recherche bibliographique, nous ont conduit à envisager un guide d'entretien en trois axes : les caractéristiques de l'entretien, les facteurs intrinsèques au médecin généraliste et les effets de l'expérience.

Nous avons débuté chaque entretien par la question suivante :

Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation avec un patient en souffrance psychique ?

Pour ensuite explorer les différents thèmes :

- ✓ Caractéristiques de l'entretien : Détection de la souffrance, conduite de l'entretien et champs explorés, cadre temporel de l'entretien, outils de prise en charge, recours à un réseau de professionnels.
- ✓ Facteurs intrinsèques au médecin généraliste : Limites et autocensure, auto-perception de son efficacité, satisfaction des prises en charges, perception de son rôle.

- ✓ Effets de l'expérience : Expériences difficiles, capacité à changer sa pratique, appropriation du concept de souffrance psychique.

Déontologie

Après accord des médecins interrogés, les entretiens ont été enregistrés sur ordinateur ou cassette audio puis intégralement retranscrits par les enquêteurs (sur disque joint). L'anonymat des médecins leur a été garanti d'emblée. Nous avons supprimé des données tout élément pouvant permettre une identification des médecins interrogés. L'enregistrement s'est déroulé du 25 juin 2012 au 5 décembre 2013.

Analyse

L'analyse a débuté dès les premiers entretiens retranscrits. Ainsi nous avons pu améliorer notre technique de recueil de données grâce aux enseignements des premières interviews.

L'analyse du contenu a été effectuée sur l'ensemble des verbatims recueillis lors des entretiens. Elle n'était pas neutre, il s'agissait d'une lecture exogène du corpus. Elle visait à une simplification du contenu pour en présenter une première approche intelligible. Nous avons choisi l'analyse thématique. C'est une analyse transversale, utilisant un mode de découpage stable d'un entretien à l'autre : la grille d'analyse. A la lecture des retranscriptions, le texte a été codé manuellement sur Excel et reporté dans une grille d'analyse organisée en thèmes et sous-thèmes, construite au fur et mesure des premières lectures d'entretien.

Répartition des rôles

La répartition des rôles entre chaque thésard peut se résumer de la manière suivante :

- Réalisation de douze entretiens chacun
- Double analyse thématique de chaque entretien,
- Rédaction et valorisation en collaboration

La coordination du travail entre les deux auteurs s'est faite grâce à des réunions régulières. D'abord mensuelles, puis hebdomadaires.

Résultats

Bilan de participation

Au total 25 médecins furent sollicités, et 24 ont répondu positivement notre demande d'interview. Un seul médecin a été contacté par mail. Il est le seul à avoir refusé une interview. Les entretiens ont duré de 17 à 53 minutes.

Caractéristiques des médecins

Tableau I: tableau de population

Médecins	Sexe		Tranche d'âge			Département			Lieux d'Exercice			Maitre de stage	Type d'exercice			Associés
	M	F	<40	40-50	>50	49	72	81	Urbain	Semi-rural	Rural		Libéral	Mixte	Salarié	
Dr 1	X			X			X			X		X	X			1
Dr 2		X	X				X		X			X	X			4
Dr 3		X		X			X		X				X			2
Dr 4		X			X		X		X			X	X			4
Dr 5	X		X				X		X			X			X	NC
Dr 6	X				X	X				X		X		X		0
Dr 7	X				X			X		X			X			0
Dr 8	X			X		X				X		X		X		1
Dr 9		X	X				X		X				X			4
Dr 10		X	X				X			X			X			3
Dr 11	X				X	X				X		X	X			4
Dr 12	X				X			X		X			X			3
Dr 13		X			X		X		X			X	X			1
Dr 14	X				X		X		X			X	X			1
Dr 15	X		X			X				X		X	X			2
Dr 16	X				X	X			X				X			0
Dr 17		X		X		X					X		X			0
Dr 18	X		X			X				X			X			2
Dr 19	X				X	X			X				X			0
Dr 20		X			X	X			X				X			1
Dr 21	X				X	X					X	X		X		0
Dr 22		X		X		X				X		X	X			0
Dr 23		X		X		X				X			X			2
Dr 24	X			X		X					X	X	X			0
Total	14	10	6	7	11	13	9	2	10	11	3	13	20	3	1	

La grille d'analyse

La grille d'analyse qui a émergé après l'analyse de plusieurs entretiens est la suivante :

Tableau II: grille d'analyse

Thèmes	Sous-Thèmes
Diagnostic	Exemple Principal
	Exemples Secondaires
Prise en Charge	Moyens
	Éléments Favorisants
	Limites
	Méthode
	Temps
	Attitude du médecin
	Rôle du Médecin Généraliste
	Intérêt à la prise en charge
La Souffrance Psychique	Évolution
	Fréquence subjective
	Définition personnelle

L'analyse thématique

Le diagnostic :

Les exemples :

Les situations cliniques sont très diverses. Nous sont fréquemment rapportés : les problèmes de souffrance au travail, les souffrances dans le couple ainsi que les fins de vie (du patient ou d'un proche).

Dr 1 « *les actes qu'elle subissait verbalement de la part de, de collègues, collègues aides-soignantes* »

Dr 2 « *là il y avait un cadre en banque plutôt dynamique qui s'est effondré littéralement* »

Dr 22 « *j'ai vu que moralement il n'allait pas bien. Il s'est mis à pleurer et tout...suite à sa séparation d'il y a un an et demi* »

Dr 8 « *nous avons un monsieur qui est en soins palliatifs (...) et ce patient découvre dans un concert d'angoisse très marquée, sa fin, sa mort prochaine* »

Dr 17 « *Je pense que l'histoire qui a tout fait basculé, c'est surtout l'histoire de son frère qui était dépressif, qui avait sombré dans l'alcool, qu'elle a tenté d'aider à maintes reprises, qui continuait de plonger jusqu'à ce qu'il en décède* »

Les symptômes

La séméiologie rapportée gravite autour de deux pôles : symptômes psychiques et symptômes physiques.

Les symptômes psychiques :

Les symptômes psychiques sont dominés par les manifestations anxieuses et les symptômes de fléchissement thymique (tristesse et troubles du sommeil principalement). La notion de changement par rapport au comportement habituel, notamment dans ses relations avec ses proches apparaît être un indicateur pertinent.

Dr 3 « *c'est plutôt des patients qui arrivent angoissés, c'est l'angoisse qui domine. Donc elle peut se présenter de différentes façon on a tous les profils de patients, on a tous les âges* »

Dr 20 « *il était quand même en larmes sur le bureau!* »

Dr 17 « *Elle vient vraiment consulter, parce qu'elle ne peut pas dormir* »

Dr 17 « *ce qu'elle mettait en avant et ce qui était très nouveau aussi, c'était de ne plus être patiente avec ses enfants, son mari, d'être irritable, d'être agacée un petit peu de toute situation, alors que ce n'est pas son tempérament habituel* »

Les symptômes physiques :

Les symptômes physiques sont représentés d'une part par l'asthénie et d'autre part par les douleurs, souvent rachidiennes. Des examens complémentaires et avis d'autres spécialistes sont souvent demandés, dans le but d'exclure une cause organique.

Dr 9 « *il est fatigué, il en a marre* »

Dr 19 « *c'est la plainte rachidienne* » « *La sciatique ne lui faisait mal que l'après-midi, entre deux heures et cinq heures, ou un truc comme ça* »

Dr 12, citant une patiente, « *j'ai une violente douleur épigastrique, mais je sais que c'est nerveux* »

Dr 17 « des vertiges, alors qu'on a écarté par la clinique, on a écarté des choses par une prise de sang aussi, il peut y avoir un avis ORL. Et puis, voilà, on a fait le tour de la question. Et puis, bah manifestement: L'ORL a suggéré que c'était peut être un petit peu psychosomatique, le bilan est strictement normal »

Enfin il apparaît de nos entretiens que les patients se présentant avec des plaintes multiples retiennent l'attention du médecin sur une éventuelle SP.

Dr 14 « une espèce de récurrence de symptômes. Des symptômes qu'il présente toujours, qu'il ramène tout le temps, tout le temps, tout le temps! A un moment on va se dire que ce n'est pas normal »

Pour conclure, les médecins que nous avons rencontrés nous ont fait part de l'importance du « sens clinique », de la perception subjective « que quelque chose ne va pas ».

Dr 7 « on le sent avant qu'elles le disent » « j'ai très bien senti sa détresse » « C'est l'intuition! Mais ça c'est ma nature »

Dr 13 « lorsqu'à la fin de la consultation, il y a une sorte d'insatisfaction, que l'on sent qu'il y a quelque chose qui ne va pas chez le patient »

Le contexte

Le contexte dans lequel évolue le patient renseigne les médecins généralistes. Les situations de traumatisme de l'enfance, de conflits familiaux ainsi que la grande précarité sociale sont présentées comme particulièrement pourvoyeurs de SP.

Dr 5 « c'est des attouchements par son frère dans l'enfance, c'est un père violent, c'est les décès successifs d'un beau père qu'elle a considéré comme son père, des séparations »

Dr 24 « Elle m'a déroulé une histoire familiale avec un enfant difficile, que je ne connais pas donc que je ne peux pas vous décrire. Un enfant en difficulté, parce que hyperactif (...) Avec aussi un mari qui a des soucis aussi professionnels »

Dr 4 « c'est une femme d'une trentaine d'année, d'origine africaine, (...) qui s'est mariée au Cameroun avec un français et qui sont venus s'installer en France et ils ont eu un bébé. Très vite après il y a eu des violences conjugales, donc elle est partie avec son bébé il y a 4 ans et demi. (...) Ben là c'est la période de chômage, qui aggrave (...) Et donc c'est dur car elle a peut-être des problèmes de compréhension »

L'isolement, en particulier des personnes âgées est aussi cité.

Dr 18 « *Une patiente âgée, qui a 80 ans (...) qui souffre de solitude parce que personne ne vient la voir* »

Deux médecins ont mis en avant les différences de présentation en fonction de la population : personnes âgées, patients originaire d'Afrique sub-saharienne, adolescents.

Dr 13 « *pour les personnes âgées, ça va être de ne plus sortir, de ne plus parler des enfants, des petits enfants, ou alors une multiplicité des plaintes, une diminution des échanges* »

Dr 13 « *Certains vont attendre de nous, médecin occidental, le médicament miracle (...) D'autres nous amènent sur un niveau semi-scientifique mais on n'a pas l'espace pour répondre. Et on va être bien embêté parce qu'on ne peut pas être le marabout ou le gourou* »

Dr 14 « *Les ados ça va être l'absentéisme, les passages fréquents aux urgences, les bobos à tout va, des consultations de plus en plus nombreuses* »

La prise en charge :

La position d'écoute et d'accompagnement :

Les médecins nous disent adopter tout d'abord une position d'écoute. Elle est présentée comme un prérequis fondamental à la mise en place du lien de confiance nécessaire à l'expression et à la prise en charge de la SP.

Dr 14 « *il faut aussi demander : et à la maison, comment ça se passe?* »

Dr 3 « *on essaie de le faire réfléchir en lui disant qu'il existe des solutions* » « *c'est une psychothérapie que tout problème a une solution* » « *si en fin de consultation le mal être est toujours présent, au moins ils ont pu l'exprimer, ils en ont pris conscience ils ont mis le doigt dessus* »

Dr 17 « *Notre écoute, je pense que ça fait partie de la thérapeutique...* »

Après avoir perçu la SP, ils envoient un message de compréhension au patient en créant une relation positive via plusieurs attitudes. Tout d'abord la verbalisation de leur perception clinique, puis l'expression de leur empathie, tout en ménageant une juste distance avec leur patient.

Dr 14 « *Je vais être amenée à dire : « j'ai l'impression qu'il y a quelque chose d'autre qui ne va pas ». Et, très souvent, ces espèces de petites phrases ouvertes là, surtout chez les femmes qui gardent une vitrine entraînent un écroulement et un pleur »*

Dr 17 « *Quelle compétence il faut pour écouter? Je ne sais pas (rires) un peu d'empathie »*

Dr 5 « *Tu peux pas non plus être trop intrusif » « Si tu sens que les gens veulent pas t'insistes pas »*

Dr 14 « *je reste derrière le bureau. Le bureau est important, comme la blouse: c'est une protection: on est médecin, on n'est pas l'individu »*

Enfin, leur volonté de prendre parti est forte, mais souvent ambivalente face à une neutralité érigée en valeur nécessaire

Dr 1 « *J'essaie d'être très très neutre » « ils donnent des confidences, ils soumettent leurs problèmes dès le début de la consultation. Et on essaie d'expliquer euh... j'essaie de leur apporter une réponse à leur question »*

L'évolution de leur pratique a permis à certains de détecter plus rapidement la SP. Ils se reposent moins sur les médicaments et plus sur l'écoute, tout en arrivant mieux à se protéger.

Dr 24 « *je pose peut-être un peu plus les bonnes questions, je vais peut-être un peu plus vite »*

Dr 2 « *je pense que je prescris moins qu'avant » « je propose plus l'écoute, de revoir aussi les gens plus régulièrement »*

Dr 7 « *j'ai moins de temps (à consacrer au patient). J'arrive à me protéger. »*

Des contingences matérielles gênent pourtant ce processus. Tout d'abord la longueur des consultations, puis la rémunération perçue comme insuffisante pour des consultations dépassant souvent la demi-heure.

Dr 1 « *ça va pas se traiter en cinq jours, c'est long, et je crois que c'est le principal, la principale difficulté de la prise en charge »*

Dr 8 « *elle a été là une heure un quart. Alors ça vaut pas 23€! »*

Dans leur démarche scientifique ils nous disent aussi avoir des difficultés à évaluer l'impact, l'efficacité de leurs actions, cela générant un sentiment d'impuissance.

Dr 8 « *j'oscille entre : tu perds ton temps mon petit X et l'impression d'avoir soulagé (...)
C'est très délicat de savoir quelle efficacité on a* »

Dr 24 « *on est toujours un petit peu démuni. On parle, on appuie où ça fait mal et puis après c'est déjà une partie du chemin de faite. Mais y en a encore beaucoup à faire pour que ça aille mieux* »

Dr 15 « *je pense après, voilà, ne plus pouvoir répondre à leurs attentes, sortir des choses de leur intimité, et après je vais dire « ben oui, oui.. » Je ne vais pas savoir quoi en faire* »

Malgré leur volonté d'attitude bienveillante et empathique, la qualité de l'écoute apparaît variable en fonction de la lassitude et de la personnalité du médecin

Dr 9 « *Mais même avec le temps quand on est fatigué, on écoute pas bien quelqu'un* »

Dr 3 « *Il y a des gens qui instinctivement ont un pouvoir d'écoute, d'autres pas du tout. Je vois chez mes confrères, il y a en qui ne supporte pas ce genre de choses* »

Dr 11 « *je n'aime pas faire une consultation purement de suivi psychologique ou psychiatrique* »

Ils évoquent aussi la peur du risque médico-légal comme frein aux prises en charge

Dr 18 « *aujourd'hui où les gens sont de plus en plus revendicatifs donc voilà. Donc si j'ai le moindre doute sur un risque médico-légal quelconque, oui, je prendrai les devants, j'adresserai vers le psychiatre, vers les urgences, vers un centre spécialisé* »

Les prescriptions :

Les prescriptions médicamenteuses sont souvent envisagées avec des réserves, les prescriptions d'arrêt de travail leur paraissent être un recours utile.

Dr 11 « *hypnotiques jamais ou quasiment jamais* » « *Parce qu'on peut plus s'en séparer* »
« *c'est irritant d'avoir à faire des ordonnances, à faire tous les 28 jours* »

Dr 14 « *Les médicaments: il y a plein de gens qui diabolisent les médicaments: il y a le médecin qui y voit un recours merveilleux* » « *Quand les médicaments deviennent nécessaires, il y a vraiment un travail d'explication à faire* »

Dr 4 « *et bon un arrêt de travail si il faut* »

Le recours aux autres professionnels :

Les psychologues sont présentés comme un moyen privilégié de faire bénéficier le patient d'une psychothérapie. Les psychiatres sont aussi cités, en particulier lorsque existe une relation collaborative entre le généraliste et le psychiatre. Dans ce cas, elle est perçue comme très productive. Enfin les structures publiques (CMP et CHS) leur servent d'appuis.

Dr 10 « *Quand ça va être réactionnel j'adresse facilement au psychologue* » « *Mais souvent le psychologue ça fait un boulot monstrueux* »

Dr 23 « *quand je sens que la personne perd pied malgré éventuellement une aide médicamenteuse. Là, j'adresse à une psychologue. Mais rarement à un psychiatre* »

Dr 3 « *après je vois mon confrère psychiatre : on vient ici déjeuner et on débriefe* » « *en quelques séances il peut très bien résoudre les problèmes et c'est moi qui fait les prescriptions médicamenteuses et c'est lui qui se charge du travail de psychothérapie* »

Dr 10 « *quand il y a un doute diagnostique, un tableau sévère, quand c'est ancien plutôt le psychiatre* » « *le Dr X (psychiatre) m'a donné des conseils et c'est vachement sympa* »

Les psychiatres les poussent à aller plus loin

Dr 14 « *Les psychiatres m'ont poussée de plus en plus à aller de plus en plus loin! Peut-être chez eux par manque de disponibilité. Peut être parce que ceux qui me connaissent, connaissent ma capacité à réagir aux choses* »

Dr 18 « *c'est plus sur un besoin d'écoute, je les adresse plutôt vers le CMP* »

Dr 5 « *Donc un autre moyen c'est l'hospitalisation, un autre mode de soin* »

Les autres moyens :

Bon nombre de médecins proposent des moyens originaux, qu'ils adaptent à tel ou tel patient. Nous ont été rapportés les conseils de pratique sportive, la sexologie, l'hypnose ou encore l'acupuncture.

Dr 2 « *J'envoie pas mal faire du sport* »

Dr 2 « *kiné sexothérapeute, pour tous les problèmes, enfin c'est plus spécifique. Les problèmes chez les femmes de vaginisme* »

Dr 10 « *de l'hypnose (...) Ca se passe super bien* »

Dr 12 « *je fais beaucoup d'acupuncture, et donc dans l'acupuncture on est amené à soigner de plus en plus le fonctionnel* »

Rôle du médecin généraliste et formation

Les médecins nous ont fait part de leur conviction du rôle privilégié du médecin généraliste dans ces prises en charge, se référant au modèle bio-psycho-social.

Dr 8 « *Alors le médecin généraliste est le mieux placé pour pouvoir être à l'écoute de ce type de souffrance. Parce que le médecin généraliste dans son savoir et pouvoir a la possibilité de répondre aux trois éléments que l'on vient de dire : la souffrance d'ordre physique, la souffrance psychologique, la souffrance sociale.* »

Dr 14 « *On apporte bien quelque chose par notre humanité, notre chaleur et notre connaissance (de leur vie, de leurs mécanismes dans la vie, leurs gamins, etc...) qu'une autre personne n'a pas forcément* »

Face à cette volonté de faire, se dressent plusieurs obstacles. D'abord face aux syndromes psychiatriques jugés sévères et dépassant leurs compétences (psychoses, troubles graves de la personnalité, troubles bipolaires décompensés). Ils se sentent plus à l'aise dans la prise en charge des anxiétés ou troubles de l'humeur réactionnels. Lorsque le tableau leur paraît « lourd » ou encore lorsque l'état de souffrance se chronicise ils sont demandeurs d'un soutien par l'intervention d'un autre professionnel, souvent un psychiatre.

Dr 2 « *Il y a des situations pour lesquelles je suis plus à l'aise que d'autre. Le Burn Out par exemple, ou la dépression réactionnelle à une rupture* »

Dr 11 « *Je me sens pas compétent dans les grandes prises en charge des grands syndromes psychiatriques, des grands états dépressifs, les psychoses* »

Dr 1 « *je saurais pas analyser votre personnalité* »

Dr 24 « *quand c'est vraiment quelque chose de lourd et de chronique (...) Quand on se voit, je veux bien en parler mais je ne vais pas me considérer comme l'acteur principal* »

Quelques situations semblent spécifiquement difficiles à gérer. Certains médecins semblent particulièrement mal à l'aise face aux problèmes d'addiction ou de psycho-gériatrie. Par ailleurs les violences sexuelles restent délicates à aborder.

Dr 4 « *Je ne sais pas faire la psycho gériatrie. C'est très compliqué : Alzheimer, dépression, démence, mélange de tout ça* »

Dr 2 « là où vraiment ça attaque sérieusement ma patience, c'est tout ce qui est addiction »

Dr 1 « des abus sexuels ou des attouchements lors de l'enfance et qui euh... C'est un sujet que je n'aborderais pas, même si c'est une question qui me taraude euh c'est quelque chose qui viendra de lui même au cours des consultations différentes. »

Dr 8 « à partir du moment où il y a violence : que cela ait été lui, la personne que tu reçois qui soit victime de ce viol ou qui soit acteur de ce viol ou de cette violence, ça devient hautement délicat d'en parler »

Enfin il leur paraît difficile de prendre en charge le volet socio-économique

Dr 20 « un patient qui travaille dans une grande entreprise (...) le médecin du travail n'a pas de motif pour mettre inapte temporaire.(...) Mais bon y a quand même une impasse parce que bon on lui a bloqué une mutation. (...) il avait quand même accepté de vendre sa maison et de changer de site (...) je pense que c'est un homme coincé »

En guise de synthèse, ils nous disent l'importance de considérer les patients globalement, de ne pas en rester uniquement au niveau technique et scientifique

Dr 6 « on a nos mains, nos oreilles et notre langue, c'est à peu près tout, je pense que ça nous évite de se réfugier derrière des examens complémentaires » « Le danger serait de toujours vouloir se retrancher derrière la technique »

Mais sans pour autant faire de la SP le centre de leur pratique ou se « psychiatriser »

Dr 15 « on ne va non plus pas tout psychanalyser, psychologiser (...) Je reste persuadé qu'il ne faut pas non plus tout prendre sur le plan psychique »

Concernant leur formation les avis sont divergents. La formation initiale est perçue comme n'étant qu'une simple initiation et les avis concernant les demi-journées relatives à la SP sont contrastés.

Dr 1 « je pense pas que la formation reçue pendant les années de fac suffirait »

Dr 23 « dès que je sens que ça devient beaucoup plus travaillé et que y a de la matière à réfléchir, là je dis « Non, ce n'est pas ma spécialité, je ne peux pas.. » (...)Je n'ai pas la formation pour »

Dr 5 « je regrette la formation des 10 demies-journées qui ne servent à rien ! C'est complètement superficiel » « C'est comme si tu demandais de connaître la pédiatrie en 10 demi-journées »

Dr 18 « *C'était très intéressant les stages de souffrance psychique* »

Concernant la formation continue, plusieurs médecins se sont engagés spontanément dans différentes formations, ou expériences professionnelles, traduisant la recherche d'amélioration de leurs pratiques.

Dr 9 « *on se retrouve pour des cas cliniques (...) C'est un groupe de pairs on est 7 ou 8* »

Dr 13 « *Les cours de FMC par rapport aux prises en charge médicamenteuses. En parler avec des collègues. Le psychodrame, groupe Balint ; j'en ai fait pendant 1 an et demi* »

Dr 21 « *dans notre formation « TACT outils », c'est-à-dire qu'on leur met, on leur présente, un certain nombre d'outils de relation et de prise en charge thérapeutique* » (Techniques de communication)

Enfin des références théoriques ressort surtout un fond de références analytiques concernant les psycho-traumatismes de l'enfance :

Dr 10 « *c'était une névrose en relation avec quelque chose dans l'enfance* »

Les limites liées aux patients

Elles sont souvent évoquées en premier lieu par le médecin. Parmi les arguments on retrouve la peur d'être étiqueté « fou » et la crainte de dévoiler son intimité psychique. Les médecins se plaignent aussi d'une inertie au changement de leur patient ainsi que d'attentes déraisonnables vis à vis de leur prise en charge. Par ailleurs demeure un frein économique, en particulier vis à vis des psychologues libéraux et une mauvaise observance des traitements médicamenteux. Enfin la crainte du médecin de se faire manipuler par son patient est bien présente.

Dr 15 « *Je pense que son obstacle, c'est son refus à elle, déjà. (...) Je pense que pour qu'il y ait une prise en charge psychologique (...) Ca fait un moment que je propose. Jusqu'à maintenant, elle a toujours refusé* »

Dr 1 « *Un déni probablement culturel de la reconnaissance de cette souffrance, pour ne pas être considéré comme un malade mental, un fou* »

Dr 15 « *je pense qu'il y a certains patients qui ont peur un peu de se dévoiler, de se mettre un peu à nu* »

Dr 22 « *On voit des gens qui ne veulent pas s'en sortir, qui se complaisent là dedans. On tourne en rond, là. Là, on peut les envoyer chez le psy mais ça n'avance pas non plus* »

Dr 22 « *On voit bien quand ils vont chez le psychiatre: Ils nous disent toujours: « il ne me dit pas ce qu'il faut que je fasse » C'est typique. Ils voudraient que quelqu'un pense pour eux* »

Dr 2 « *au niveau des psychothérapies de ville le frein c'est que ça coute 50 euros* »

Dr 2 « *parce que au bout de deux jours comme il avait bien dormi, et qu'il était plutôt shooté : ben il a arrêté* »

Dr 18 « *on peut se laisser rapidement berner dans des situations où ce n'est pas entre les plaintes alléguées et la réalité de la situation, ça peut être complètement différent* »

La souffrance psychique :

Fréquence subjective

Les médecins perçoivent une augmentation des demandes de soins en rapport avec une SP, avec souvent une souffrance au travail au premier plan.

Dr 2 « *m'a raconté un surmenage sur le plan du travail avec des heures à rallonge, peu de reconnaissance, voilà. On a beaucoup de ça, en ce moment* »

Définitions avancées par les médecins

Plusieurs concepts complémentaires sont avancés pour définir ce terme nébuleux de souffrance psychique.

La notion de douleur entraînant des distorsions cognitives, une désorganisation, avec un retentissement fonctionnel sur la vie quotidienne.

Dr 2 « *je pense que c'est une douleur qui est handicapante, je pense que c'est une douleur qui va entraîner un dysfonctionnement dans l'appréhension de l'entourage, dans ce qui arrive, et la manière de réagir face aux choses* »

Dr 5 « *C'est un mal être profond, obsédant qui désorganise la vie globalement : sentimentale, professionnelle, existentielle. Et qui peut conduire à (...) Tentative de suicide, réussie, conduite addictive, alcool, oui désorganisation profonde. Et puis une réelle souffrance personnelle* »

Dr 7 « *La détresse ça se définit en soi, ça peut aboutir à la mort. C'est le stade avant la destruction peut être* »

Dr 24 « *C'est quelque chose qui nous empêche d'être nous-même et qui rencontre des tas de complications. Des tas de symptômes* »

Ou encore la confrontation, sans échappatoire, de deux idées ou situations inconciliables, inadmissibles.

Dr 8 « *c'est deux idées qui s'opposent et que j'arrive pas à gérer* »

Dr 20 « *c'est quelqu'un qui n'est pas en adéquation avec sa personnalité, soit dans sa vie quotidienne, soit en famille, soit au travail* »

La souffrance psychique du médecin

Des situations particulières (suicide d'un patient, accumulation de patients en SP) ou faisant écho à des événements personnels sont perçues comme particulièrement à risque.

Dr 10 « *il s'est pendu. 40 ans... Là ça a été dur et je m'en suis voulu* »

Dr 23 « *Ca faisait écho à des choses, certainement. J'en ai reparlé à une formation où il y avait un psychiatre qui était là et qui m'a dit : « Ca vous a choquée parce que on vous demandait, on venait vous voir pour vous demander votre position de mère »* »

Dr 24 « *Faut beaucoup de patience, de générosité pour écouter les problèmes des autres quand on en a. Y a beaucoup de suicides chez les médecins. C'est pas évident quand on doit faire l'éponge, être en capacité d'absorber les problèmes des gens comme ça* »

Dr 20 « *si vous voulez, y en a, on pleurerait avec eux, si on se laissait faire. Ils en ont tellement sur les épaules, même s'ils sont solides, ils sont tellement fragilisés que faut pas en avoir trois dans la journée* »

Enfin, il leur paraît nécessaire de mettre en place des stratégies de protection et de dépistage du Burn Out.

Dr 4 « *je pense qu'un médecin devrait être accompagné pour voir si son état psychologique est compatible avec son travail. On parle de souffrance au travail* »

Dr 14 « *J'ai fait appel quand la souffrance était trop grande. Trop grande pour moi* »

Discussion

Les forces de ce travail sont le nombre important de médecins interviewés, 24, avec un fort de taux de participation. Il est vrai que les données sont déclaratives, que la qualité de l'interview dépend des qualités de communication de l'enquêteur et que l'interprétation des données peut introduire un biais. Cependant, les résultats sont concordants avec ceux des autres études (3,15) menées avec des méthodes complémentaires : difficultés des médecins face au flou de la souffrance psycho-sociale (solitude, sentiment d'incompétence) avec pour réponses « une recette » (plus qu'un savoir) basée sur : écoute, prescription, avis spécialisé.

Dans notre travail, la démarche du médecin généraliste apparaît comme suit :

- ✓ « sentir » que quelque chose ne va pas au delà du discours superficiel du patient. Le médecin généraliste se sent concerné par la souffrance psychique dont il pointe la forte prévalence. Il est plutôt à l'aise avec sa détection et en maîtrise la sémiologie. L'expérience permet « d'affiner ce sens », de détecter plus rapidement. De même la longue histoire commune avec certains patients facilite la « détection ».
- ✓ envoyer un message de compréhension au patient en établissant une relation positive avec lui (16). Le médecin voit et entend ce qui se passe et surtout il renvoie quelque chose au patient. Il ne fait pas semblant de ne rien voir sauf exception. Un cas particulier paraît être les violences sexuelles, les médecins ne s'autorisant pas forcément à interroger le patient par crainte des réponses.
- ✓ travailler avec le patient sur la compréhension de cette souffrance (17) dont les causes sont en partie psycho-sociales : écoute et discussion (18), puis éventuellement conseils, réflexion sur les solutions ou travail sur les pensées, les émotions, les comportements. Ce sont également les principales attitudes relevées par J Cape dans sa revue de la littérature (19).

E Carras, dans sa thèse, a réfléchi sur la place du médecin face au patient ayant des troubles psychiques à expression somatique. Elle dégage 3 attitudes du médecin permettant de créer l'alliance thérapeutique : empathie, authenticité (qu'elle définit comme « se sentir à l'aise avec le patient » et sans doute également avec les situations qu'il raconte) et chaleur (trouver le patient sympathique)(20). Cela vient compléter nos résultats.

C'est surtout dans cette prise en charge que le médecin rencontre ses limites. Limites d'abord personnelles. Une souffrance peut naître en miroir chez le médecin. Burn out et fatigue de la compassion sont liés. «pour certains médecins l'empathie peut aller jusqu'à une obligation éthique de sacrifier leurs besoins à ceux du patient. Ceux-là risquent la fatigue de la compassion et sont plus vulnérables à une évolution vers un burnout» (21). Certaines situations de SP chez les patients peuvent également faire écho à des problèmes personnels. Les MG rapportent un vécu difficile quand ils ont trop de patients en SP en même temps. Qui s'occupe de ces médecins? Certains pays ont mis en place des outils ou plate-formes pour les médecins en souffrance (22). Par ailleurs, quelle relation ces médecins ont-ils avec leur médecin traitant (s'ils en ont un) ? Y aurait-il la place pour une médecine du travail spéciale pour les généralistes, comme l'évoque un des médecins interviewés ? Préventivement, ne faudrait-il pas mettre les étudiants tôt dans le cursus devant des situations de SP qu'ils pourraient ensuite travailler en groupe d'échange de pratique pour apprendre à «métaboliser» ces situations?

Mais, à côté du vécu émotionnel, le médecin peut aussi se heurter à un manque de connaissances: manque parfois de repères en matière de normes psycho-sociales, même s'il en a plus ou moins acquis (3). Un exemple de repère psycho-social pourrait être le cycle de vie normal et les éléments perturbant le cycle, documents produits par le CNGE (23) (annexe 2). D'où viennent ces repères psycho-sociaux? Comment les introduire dans l'enseignement initial de sciences humaines? (quel abord? épidémiologique? sociologique? anthropologique?). Les sciences humaines font déjà partie de l'enseignement initial car la médecine générale repose sur un modèle théorique particulier, global: le modèle bio-psycho-social. Comparable à l'approche bio-psychosociale d'Engel (23), il est cité dans les grands principes de la médecine générale, rédigés par le Collège National des Généralistes Enseignants.

Deux études concordent avec nos résultats:

L'étude de B. Cambon (15), via des focus group, s'interrogeait sur ce que faisaient les généralistes face à la souffrance psycho-sociale ordinaire de leurs patients (décrite comme une souffrance ressentie et exprimée par le patient et faisant suite à une difficulté de la vie, en dehors de toute pathologie psychiatrique). Ils écoutaient, prescrivaient (en se questionnant), adressaient. Émergeait la satisfaction d'être aidant, perçu comme quelqu'un à qui on peut parler et d'être en accord avec leurs valeurs philosophiques, humaines et spirituelles. Les mêmes difficultés que dans notre étude ressortaient : « médecin « éponge », solitaire » ; « l'écoute ne paie pas (financièrement) », « le médecin a déjà ses propres souffrances », « le

MG ne voit pas ce qu'il produit », « sentiment d'incompétence » mais aussi d'autres idées complémentaires : « consulter sans examen clinique : pas toujours facile », « appréhension à reconvoquer pour parler : reconvoquer pour faire du chiffre ? », « lien affectif : consultation plus lourde ».

L'étude de C Haxaire (3) avait pour but d'analyser le **savoir pratique** développé par les **médecins généralistes** en matière de prise en charge de la **souffrance psychosociale**. La souffrance psycho-sociale y était ébauchée comme une nouvelle maladie avec une clinique plutôt dépressive, un traitement fait de quelques médicaments et d'écoute, et une étiologie sociale (même si tout cela reste très flou). Comme dans notre étude, la problématique sociale émergeait. Face à cette nouvelle maladie, les médecins généralistes ne savaient plus si c'était des problèmes sociaux ou des symptômes qu'ils traitaient, mais ils traitaient une souffrance que la communauté avait ainsi médicalisée.

Les généralistes, tout comme le montrent nos résultats, disaient manquer de « techniques », d'outils d'analyse et de prise en charge, ce qui traduisait le besoin d'une formation complémentaire et le désir d'une meilleure collaboration avec d'autres professionnels de la santé. L'étude suggérait aussi du côté collectif, d' « introduire ou développer les dimensions sociologiques et anthropologiques autour de cette même problématique de la plainte et de la douleur pour mieux saisir ce qui, dans le social, les transforme en souffrance. », ce qui ouvre la voie à la sociologie en médecine.

La recherche, concernant la souffrance psychosociale a évolué en 3 temps : sa prévalence en soins primaires puis sa détection et enfin sa prise en charge (24). Apparaît la nécessité de faire encore des études sur l'amélioration de la prise en charge de la souffrance psychique par les médecins généralistes (par exemple, projet de collaboration en maison de santé pluridisciplinaires entre médecins généralistes et spécialistes de santé mentale, récemment recommandé par le rapport Robiliard (18,19,25)), mais aussi recherche sur les prises en charge individuelles médecin généraliste-patient qui sont le lot commun, recherches sur les attentes des patients (15), évaluation et développement de la formation initiale (17) et continue (stages en CMP, stages d'initiation à la prise en charge de la souffrance psychique, apprentissage autour des repères psycho-sociaux).

Conclusion

De nombreux objectifs restent encore à atteindre pour mieux prendre en charge la souffrance psychique des patients dans le modèle bio-psycho-social. Ce travail objective le rôle central du médecin généraliste auprès de ces patients. Le médecin les identifie surtout par la perception subjective que « quelque chose ne va pas ». Il leur renvoie un message de compréhension et adopte une position d'écoute empathique en veillant à la juste distance, s'aidant éventuellement de prescriptions médicamenteuses et d'avis de spécialistes de santé mentale. S'autoriser à interroger sur les violences sexuelles est encore un défi. Une réflexion doit être engagée dès la formation initiale, et poursuivie lors la formation continue pour apprendre à « métaboliser » les situations de confrontation à la SP des patients. L'acquisition de repères psychosociaux lors de la formation initiale donnerait des outils pour mieux prendre en charge cette souffrance à étiologie en partie sociale. Tout cela a du sens, les remerciements épisodiques des patients en sont un signe. Repérer précocement la SP permet bien souvent de désamorcer la situation et d'en limiter les conséquences comme l'évolution vers une dépression ou la transformation de la vie en souffrance (15).

Bibliographie

1. Norton J, David M, Boulenger J-P. General practitioners are bearing an increasing burden of the care of common mental disorders in France. *Eur J Psychiatry*. 2007 Mars;21(1):63-70.
2. Lazarus A, Strohl H. Une souffrance qu'on ne peut plus cacher. Rapport du Groupe de Travail « Ville, Santé mentale, précarité et exclusion sociale ». 1995.
3. Haxaire C, Richard E, Dumitru-Lahaye C. Représentation de la santé mentale et de la souffrance psychique par les médecins généralistes du Finistère et des Côtes d'Armor. Rapport MIRE DRESS. 2005.
4. Noubissi-Nana CC. Souffrance psychique : prise en charge en médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. [[S.l.]]: [s.n.]; 2004 [cité 29 mars 2012]. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/084112719>
5. Collège National des Généralistes Enseignants. Référentiel métier et compétences des médecins généralistes. 2009. 42 p.
6. Velluet L, Catu-Pinault A. La psychothérapie spécifique du médecin généraliste. *Exercer*. 2001 Jan;(60):4-10.
7. Pull L. Etude de la prise en charge des troubles anxieux par les médecins généralistes au Luxembourg [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2009.
8. Fondin É, Le Vaillant P. Dépistage de la souffrance psychique au travail en médecine générale : intérêt de l'utilisation de l'outil de Karasek : regard sur les pratiques de 30 médecins généralistes des Pays de la Loire, un an après une campagne de prévention réalisée entre mai et août 2009. [S.l.], France: [s.n.]; 2011.
9. Bensoussan P, Dudoit É. Les souffrances psychologiques des malades du cancer : comment les reconnaître, comment les traiter ? Paris ; Berlin ; Heidelberg [etc.], France: Springer; 2008. 181 p.
10. White JH, Magin P, Attia J, Sturm J, Carter G, Pollack M. Trajectories of Psychological Distress After Stroke. *Ann Fam Med*. 2012 Jan 9;10(5):435-442.
11. Fortin M, Bravo G, Hudon C, Lapointe L, Dubois M-F, Almirall J. Psychological Distress and Multimorbidity in Primary Care. *Ann Fam Med*. 2006 Jan 9;4(5):417-422.
12. Bell RA, Franks P, Duberstein PR, Epstein RM, Feldman MD, Garcia EF y, et al. Suffering in Silence: Reasons for Not Disclosing Depression in Primary Care. *Ann Fam Med*. 2011 Jan 9;9(5):439-446.
13. Dubas F, Thomas-Antérion C. Le sujet, son symptôme, son histoire : étude du symptôme somatomorphe. Paris, France: les Belles lettres; 2012. 210 p.

14. Deloisy C, Huez J-F. Prise en charge par les médecins généralistes des facteurs psycho-sociaux associés à la pérennisation des lombalgies (Enquête qualitative) [Internet] [Thèse d'exercice : Médecine]. [Angers]: Université Angers; 2013. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/20066123/2013MCEM577/fichier/577F.pdf>
15. Cambon B, Marty L, Lafon A. Que font les médecins généralistes face à la souffrance psycho-sociale ordinaire de patients? [Internet]. 13^e congrès du CNGE. 2013 [cité 24 mars 2014]. Disponible sur: http://congresmg.fr/presentations/vendredi/salle_gallieni7/11-00-com-orale/cambon/index.html
16. Derksen F, Bensing J, Lagro-Hansen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract.* 2013 Jan;(606):76-84.
17. Davidsen AS. How does the general practitioner understand the patient? A qualitative study about psychological interventions in general practice. *Psychol Psychother.* 2009 Jun;(82):199-217.
18. Davidsen AS. Talking therapy as part of the general practitioner's normal working day. *Ugeskr Laeger.* 5 juill 2010;(172):2025-29.
19. Cape J, Barker C, Buszewicz M, Pistrang N. General practitioner psychological management of common emotional problems (II): a research agenda for the development of evidence-based practice. *Br J Gen Pract.* 2000 May;(454):396-400.
20. Carras E. Place du médecin généraliste devant des troubles psychiques à expression somatique: étude prospective à partir de trois cas cliniques [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2010.
21. Benson J, Magraith K. Compassion, fatigue and burnout. The role of Balint groups. *Aust Fam Physician.* 2005 Jun;(34):497,498.
22. Wallace JE, Lemaire JB, Ghali WA. Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet.* 2009 Nov;(374):1714-21.
23. Pouchain D, Attali C, De Butler J. Médecine générale: concepts et pratiques. Paris: Masson; 1996.
24. Cape J, Barker C, Buszewicz M, Pistrang N. General practitioner psychological management of common emotional problems (I) : definition and literature review. *Br J Gen Pract.* 2000 Apr;(453):313-318.
25. Robiliard D. Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie. Assemblée Nationale; 2013.

Table des tableaux

Tableau I: tableau de population _____ 9

Tableau II: grille d'analyse _____ 18

Table des matières

REMERCIEMENTS	8
REMERCIEMENTS DE LISE PAINEAU	9
REMERCIEMENTS DE CHARLES-HENRI SERRE	10
LISTE DES ABRÉVIATIONS	11
PLAN	12
INTRODUCTION	13
MATÉRIEL ET MÉTHODE	15
VARIABLES DE RECRUTEMENT RETENUES :	15
CADRE DE L'INTERVIEW :	15
ÉLABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN (ANNEXE 1).....	15
DÉONTOLOGIE	16
ANALYSE.....	16
RÉPARTITION DES RÔLES	16
RÉSULTATS	17
BILAN DE PARTICIPATION	17
CARACTÉRISTIQUES DES MÉDECINS	17
LA GRILLE D'ANALYSE	18
L'ANALYSE THÉMATIQUE.....	18
<i>Le diagnostic</i> :	18
Les exemples :	18
Les symptômes	19
Les symptômes psychiques :	19
Les symptômes physiques :	19
Le contexte	20
<i>La prise en charge</i> :	21
La position d'écoute et d'accompagnement :	21
Les prescriptions :	23
Le recours aux autres professionnels :	24
Les autres moyens :	24
Rôle du médecin généraliste et formation	25
<i>Les limites liées aux patients</i>	27
<i>La souffrance psychique</i> :	28
Fréquence subjective.....	28
Définitions avancées par les médecins	28
La souffrance psychique du médecin	29
DISCUSSION	30
CONCLUSION	33
BIBLIOGRAPHIE	34
TABLE DES TABLEAUX	36
TABLE DES MATIÈRES	37
ANNEXE 1 : GUIDE D'ENTRETIEN	38
ANNEXE 2 : ÉLÉMENTS PERTURBANT LE CYCLE DE VIE	39
ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT	40

Annexe 1 : Guide d'entretien

Pouvez-vous me raconter votre dernière consultation d'un patient en SP ?

Thèmes :

1. Détection :
A quoi reconnaissez-vous les patients en SP ?
2. Conduite de l'entretien et champs explorés:
Comment menez-vous l'entretien ?
3. Cadre temporel de l'entretien :
Quel temps consacrez-vous et quel moment choisissez-vous pour recevoir ces patients ?
4. Outils de prise en charge ?
Quels outils thérapeutiques utilisez-vous ?
5. Réseau de professionnel:
Faites-vous appel à d'autres professionnels ? Lesquels ?
6. Expériences difficiles :
Avez-vous eu des expériences difficiles ?
7. Limites et autocensures :
Jusqu'où vous autorisez-vous à aller dans l'intimité psychique de vos patients ?
8. Auto-perception de leur efficacité :
Vous diriez-vous compétent pour ces prises en charges ?
9. Satisfaction des prises en charge :
Trouvez-vous gratifiant la prise en charge des patients en souffrance psychique ?
10. Évolution des pratiques :
Quand vous avez commencé à exercer aviez-vous la même pratique ? Comment avez-vous évolué ?
11. Perception du rôle du médecin généraliste :
Comment qualifieriez-vous votre position vis à vis de ces patients ?
12. Appropriation du concept de souffrance psychique :

Au final au vu de tout ce que nous avons dit que représente le concept de souffrance psychique ?

Annexe 2 : Éléments perturbant le cycle de vie

Dissociation de la famille durant l'enfance
Mésentente conjugale
Dissociation du couple
Enfant gravement malade
Non départ des enfants
Maladie grave du conjoint
Déracinement, déménagements
Accidents, catastrophes naturelles
Décès précoce d'un membre de la famille
« Petits deuils » (d'un proche, d'un animal familier)
Traumatismes évènementiels : vol, viols, agression
Chômage
Etc...

In : Pouchain D, Attali C, De Butler J. Médecine générale: concepts et pratiques. Paris: Masson; 1996. Page 90.