



UNIVERSITÉ CLERMONT AUVERGNE

UFR DE MÉDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMÉDICALES

THÈSE D'EXERCICE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

TÊTÉ, Karen

Présentée et soutenue publiquement le 13 février 2020

ATTENTES DES PATIENTS ENVERS LEUR MÉDECIN GÉNÉRALISTE, CONCERNANT LEUR SANTÉ PSYCHOLOGIQUE : UNE ÉTUDE QUALITATIVE PAR ENTRETIENS INDIVIDUELS, EN AUVERGNE.

Directeur de thèse : Monsieur CAMBON Benoît, Professeur associé, *UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecin généraliste à Gannat*

Président du jury : Monsieur CLEMENT Gilles, Professeur, *UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecin généraliste à Clermont-Ferrand*

Membres du jury : Monsieur BROUSSE Georges, Professeur, *UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand, CHU de Clermont Ferrand, Psychiatrie adulte/ Addictologie* ; Madame LAPORTE Catherine, Maître de conférence, *UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecin généraliste à Clermont-Ferrand.*



UNIVERSITE CLERMONT AUVERGNE

PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE D'AUVERGNE :	: JOYON Louis : DOLY Michel : TURPIN Dominique : VEYRE Annie : DULBECCO Philippe : ESCHALIER Alain
PRESIDENTS HONORAIRES UNIVERSITE BLAISE PASCAL	: CABANES Pierre : FONTAINE Jacques : BOUTIN Christian : MONTEIL Jean-Marc : ODOUARD Albert : LAVIGNOTTE Nadine
PRESIDENT DE L'UNIVERSITE et PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE PLENIER PRESIDENT DU CONSEIL ACADEMIQUE RESTREINT VICE-PRESIDENT DU CONSEIL D'ADMINISTRATION VICE-PRESIDENT DE LA COMMISSION DE LA RECHERCHE VICE PRESIDENTE DE LA COMMISSION DE LA FORMATION ET DE LA VIE UNIVERSITAIRE DIRECTEUR GENERAL DES SERVICES	: BERNARD Mathias : DEQUIEDT Vianney : WILLIAMS Benjamin : HENRARD Pierre : PEYRARD Françoise : PAQUIS François

UFR DE MEDECINE ET DES PROFESSIONS PARAMEDICALES

DOYENS HONORAIRES	: DETEIX Patrice : CHAZAL Jean
DOYEN RESPONSABLE ADMINISTRATIVE	: CLAVELOU Pierre : ROBERT Gaëlle

LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BACIN Franck - BEGUE René-Jean - BOUCHER Daniel - BOURGES Michel - BUSSIERE Jean-Louis - CANO Noël - CASSAGNES Jean - CATILINA Pierre - CHABANNES Jacques – CHAZAL Jean - CHIPPONI Jacques - CHOLLET Philippe - COUDERT Jean - DASTUGUE Bernard - DAUPLAT Jacques – DECHELOTTE Pierre - DEMEOCQ François - DE RIBEROLLES Charles - ESCANDE Georges -Mme FONCK Yvette - MM. GENTOU Claude - GLANDDIER Gérard - Mme GLANDDIER Phyllis – M. JACQUETIN Bernard – Mme LAVARENNE Jeanine - MM. LAVERAN Henri - LESOURD Bruno - LEVAI Jean-Paul - MAGE Gérard - MALPUECH Georges - MARCHEIX Jean-Claude - MICHEL Jean-Luc - MOLINA Claude - MONDIE Jean-Michel - PERI Georges - PETIT Georges - PHILIPPE Pierre - PLAGNE Robert - PLANCHE Roger - PONSONNAILLE Jean - REY Michel - Mme RIGAL Danièle - MM. ROZAN Raymond - SCHOEFLER Pierre - SIROT Jacques - SOUTEYRAND Pierre - TANGUY Alain - TERVER Sylvain - THIEBLOT Philippe - TOURNILHAC Michel - VANNEUVILLE Guy - VIALLET Jean-François - Mle VEYRE Annie

PROFESSEURS EMERITES :

MM. - BEYTOUT Jean - BOITEUX Jean-Paul - BOMMELAER Gilles - CHAMOUX Alain - DETEIX Patrice – DUBRAY Claude - ESCHALIER Alain - IRTHUM Bernard - KEMENY Jean-Louis – LABBE André - Mme LAFEUILLE Hélène – MM. LEMERY Didier - LUSSON Jean-René - RIBAL Jean-Pierre

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

PROFESSEURS DE CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	VAGO Philippe	Histologie-Embryologie Cytogénétique
M.	AUMAITRE Olivier	Médecine Interne
M.	LABBE André	Pédiatrie
M.	AVAN Paul	Biophysique et Traitement de l'Image
M.	DURIF Franck	Neurologie
M.	BOIRE Jean-Yves	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M.	BOYER Louis	Radiologie et Imagerie Médicale option Clinique
M.	POULY Jean-Luc	Gynécologie et Obstétrique
M.	CANIS Michel	Gynécologie-Obstétrique

Mme	PENAULT-LLORCA Frédérique	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	BAZIN Jean-Etienne	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
M.	BIGNON Yves Jean	Cancérologie option Biologique
M.	BOIRIE Yves	Nutrition Humaine
M.	CLAVELOU Pierre	Neurologie
M.	DUBRAY Claude	Pharmacologie Clinique
M.	GILAIN Laurent	O.R.L.
M.	LEMAIRE Jean-Jacques	Neurochirurgie
M.	CAMILLERI Lionel	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	DAPOIGNY Michel	Gastro-Entérologie
M.	LLORCA Pierre-Michel	Psychiatrie d'Adultes
M.	PEZET Denis	Chirurgie Digestive
M.	SOUWEINE Bertrand	Réanimation Médicale
M.	BOISGARD Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme	DUCLOS Martine	Physiologie
M.	SCHMIDT Jeannot	Thérapeutique
M.	BERGER Marc	Hématologie
M.	GARCIER Jean-Marc	Anatomie-Radiologie et Imagerie Médicale
M.	ROSSET Eugénio	Chirurgie Vasculaire
M.	SOUBRIER Martin	Rhumatologie

**PROFESSEURS DE
1ère CLASSE**

M.	CAILLAUD Denis	Pneumo-phtisiologie
M.	VERRELLE Pierre	Radiothérapie option Clinique
M.	CITRON Bernard	Cardiologie et Maladies Vasculaires
M.	D'INCAN Michel	Dermatologie -Vénérologie
Mme	JALENQUES Isabelle	Psychiatrie d'Adultes
Mle	BARTHELEMY Isabelle	Chirurgie Maxillo-Faciale
M.	GERBAUD Laurent	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
M.	TAUVERON Igor	Endocrinologie et Maladies Métaboliques
M.	MOM Thierry	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	RICHARD Ruddy	Physiologie
M.	RUIVARD Marc	Médecine Interne
M.	SAPIN Vincent	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	BAY Jacques-Olivier	Cancérologie
M.	COUDEYRE Emmanuel	Médecine Physique et de Réadaptation
Mme	GODFRAIND Catherine	Anatomie et Cytologie Pathologiques
M.	ABERGEL Armando	Hépatologie

M.	LAURICHESSE Henri	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	TOURNILHAC Olivier	Hématologie
M.	CHIAMBARETTA Frédéric	Ophtalmologie
M.	FILAIRE Marc	Anatomie – Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
M.	GALLOT Denis	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUY Laurent	Urologie
M.	TRAORE Ousmane	Hygiène Hospitalière
M.	ANDRE Marc	Médecine Interne
M.	BONNET Richard	Bactériologie, Virologie
M.	CACHIN Florent	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	COSTES Frédéric	Physiologie
M.	FUTIER Emmanuel	Anesthésiologie-Réanimation
Mme	HENG Anne-Elisabeth	Néphrologie
M.	MOTREFF Pascal	Cardiologie
Mme	PICKERING Gisèle	Pharmacologie Clinique
M.	RABISCHONG Benoît	Gynécologie Obstétrique

PROFESSEURS DE
2ème CLASSE

Mme	CREVEAUX Isabelle	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	FAICT Thierry	Médecine Légale et Droit de la Santé
Mme	KANOLD LASTAWIECKA Justyna	Pédiatrie
M.	TCHIRKOV Andréï	Cytologie et Histologie
M.	CORNELIS François	Génétique
M.	DESCAMPS Stéphane	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M.	POMEL Christophe	Cancérologie – Chirurgie Générale
M.	CANAVESE Federico	Chirurgie Infantile
M.	LESENS Olivier	Maladies Infectieuses et Tropicales
M.	AUTHIER Nicolas	Pharmacologie Médicale
M.	BROUSSE Georges	Psychiatrie Adultes/Addictologie
M.	BUC Emmanuel	Chirurgie Digestive
M.	CHABROT Pascal	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	LAUTRETTE Alexandre	Néphrologie Réanimation Médicale
M.	AZARNOUSH Kasra	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
Mme	HENQUELL Cécile	Bactériologie Virologie
M.	ESCHALIER Romain	Cardiologie
M.	MERLIN Etienne	Pédiatrie
Mme	TOURNADRE Anne	Rhumatologie

M.	DURANDO Xavier	Cancérologie
M.	DUTHEIL Frédéric	Médecine et Santé au Travail
Mme	FANTINI Maria Livia	Neurologie
M.	SAKKA Laurent	Anatomie – Neurochirurgie
M.	BOURDEL Nicolas	Gynécologie-Obstétrique
M.	GUIEZE Romain	Hématologie
M.	POINCLOUX Laurent	Gastroentérologie
M.	SOUTEYRAND Géraud	Cardiologie
M.	EVARD Bertrand	Immunologie
M.	POIRIER Philippe	Parasitologie et Mycologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M.	CLEMENT Gilles	Médecine Générale
Mme	MALPUECH-BRUGERE Corinne	Nutrition Humaine
M.	VORILHON Philippe	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES

Mme	BOTTET-MAULOUBIER Anne	Médecine Générale
M.	CAMBON Benoît	Médecine Générale
M.	TANGUY Gilles	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MAITRES DE CONFERENCES HORS CLASSE

Mme	CHAMBON Martine	Bactériologie Virologie
Mme	BOUTELOUP Corinne	Nutrition

**MAITRES DE CONFERENCES DE
1ère CLASSE**

M.	MORVAN Daniel	Biophysique et Traitement de l'Image
Mle	GOUMY Carole	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
Mme	FOGLI Anne	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle	GOUAS Laetitia	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M.	MARCEAU Geoffroy	Biochimie Biologie Moléculaire
Mme	MINET-QUINARD Régine	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	ROBIN Frédéric	Bactériologie
Mle	VERONESE Lauren	Cytologie et Histologie, Cytogénétique
M.	DELMAS Julien	Bactériologie
Mle	MIRAND Audrey	Bactériologie Virologie
M.	OUCHCHANE Lemlih	Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication
M.	LIBERT Frédéric	Pharmacologie Médicale
Mle	COSTE Karen	Pédiatrie
Mle	AUMERAN Claire	Hygiène Hospitalière
Mme	CASSAGNES Lucie	Radiologie et Imagerie Médicale
M.	LEBRETON Aurélien	Hématologie
M.	BUISSON Anthony	Gastroentérologie

**MAITRES DE CONFERENCES DE
2ème CLASSE**

Mme	PONS Hanaë	Biologie et Médecine du Développement et de la Reproduction
M.	JABAUDON-GANDET Matthieu	Anesthésiologie – Réanimation Chirurgicale
M.	BOUVIER Damien	Biochimie et Biologie Moléculaire
M.	COLL Guillaume	Neurochirurgie
Mme	SARRET Catherine	Pédiatrie
M.	MAQDASY Salwan	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
Mme	NOURRISSON Céline	Parasitologie - Mycologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	VAURS-BARRIERE Catherine	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	BAILLY Jean-Luc	Bactériologie Virologie
Mle	AUBEL Corinne	Oncologie Moléculaire
M.	BLANCHON Loïc	Biochimie Biologie Moléculaire
Mle	GUILLET Christelle	Nutrition Humaine
M.	BIDET Yannick	Oncogénétique
M.	MARCHAND Fabien	Pharmacologie Médicale
M.	DALMASSO Guillaume	Bactériologie
M.	SOLER Cédric	Biochimie Biologie Moléculaire
M.	GIRAUDET Fabrice	Biophysique et Traitement de l'Image
Mme	VAILLANT-ROUSSEL Hélène	Médecine Générale
Mme	LAPORTE Catherine	Médecine Générale
M.	LOLIGNIER Stéphane	Neurosciences – Neuropharmacologie
Mme	MARTEIL Gaëlle	Biologie de la Reproduction
M.	PINEL Alexandre	Nutrition Humaine
M.	PIZON Frank	Santé Publique

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES

M.	BERNARD Pierre	Médecine Générale
Mme	ESCHALIER Bénédicte	Médecine Générale
Mme	RICHARD Amélie	Médecine Générale
M.	TESSIERES Frédéric	Médecine Générale

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier **Monsieur CLEMENT Gilles**, Professeur de l'UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecin Généraliste, de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse, après m'avoir accompagnée au cours de ces trois années d'internat en tant que tuteur. Je ne pouvais espérer mieux.

Je remercie **Monsieur CAMBON Benoît**, Professeur associé de l'UFR de Médecine et des Professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecin Généraliste, de me faire l'honneur de diriger ma thèse après en avoir partagé le sujet, de m'avoir accompagnée et guidée le long de son élaboration.

J'adresse mes remerciements à **Monsieur BROUSSE Georges**, Professeur de l'UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Psychiatre et Addictologue, de m'honorer de sa présence au sein de ce jury de thèse.

J'adresse mes remerciements à **Madame LAPORTE Catherine**, Maître de conférence de l'UFR de Médecine et des professions paramédicales de Clermont-Ferrand, Médecin Généraliste, de m'honorer de sa présence au sein de ce jury de thèse.

Je remercie les **participants** à l'étude, sans qui cette thèse n'aurait pas vu le jour, ainsi qu'aux **médecins** qui y ont contribué.

Je remercie **mon papa**, de m'avoir encouragée et soutenue tout au long de ces années. Les mots me manquent, mais j'ai conscience de tout ce que tu as fait pour moi...

Merci à **Thomas** de m'avoir accompagnée ces sept dernières années d'études.

Merci à **Camille** de son aide avisée pour cette thèse, des révisions partagées et de son amitié.

Merci **Ariane, Caroline** et **Marion** pour leur amitié au cours de ces difficiles années, aux autres **internes** et **personnels médicaux** rencontrés, ainsi qu'aux **maîtres de stages** qui m'ont transmis leur savoir et amour de la profession.

Merci à la **famille**, au **ping**, aux **amis** toujours présents après ces années, aux derniers rencontrés, et en particulier à ceux qui m'ont soutenue ces derniers mois.

Un merci particulier aux personnes présentes pour cette étape, qui ont fait le déplacement.

À ma maman...

TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION	15
2	MÉTHODE	17
2.1	Type d'étude.....	17
2.2	Population de l'étude	17
2.3	Guide d'entretien	18
2.4	Recueil des données.....	19
3	RÉSULTATS.....	25
3.1	Qu'est-ce que la souffrance psychologique ?	25
3.1.1	Un mal-être	26
3.1.2	Une maladie de longue durée ou répétée	26
3.1.3	Une réaction à des évènements importants.....	27
3.2	Attentes des patients envers le médecin traitant.....	29
3.2.1	Une bonne relation médecin patient	29
3.2.1.1	Par la communication.....	30
3.2.1.2	Par un intérêt pour leur état de santé psychologique	30
3.2.1.3	Par les compétences et qualités du médecin traitant.....	31
3.2.2	Trouver des solutions	32
3.2.2.1	Donner des conseils.....	32
3.2.2.2	Un médicament ?	32
3.2.2.3	Orienter si nécessaire	33
3.2.2.4	Suivi régulier.....	33
3.2.2.5	Arrêt de travail ou reprise	34
3.2.3	La qualité du suivi	34
3.2.3.1	Un temps suffisant de consultation	34
3.2.3.2	Un accompagnement, suivi dans le temps.....	34
3.2.3.3	Une personne extérieure	35
3.2.3.4	Caractéristiques du médecin traitant.....	35
3.2.3.5	Un interlocuteur unique.....	36
3.3	Éléments bloquants le suivi psychologique.....	36
3.3.1	Difficulté à verbaliser.....	36
3.3.2	Manque d'empathie.....	38
3.3.3	Manque de temps	39

3.3.4	Mise en confiance insuffisante.....	39
3.4	Absence d'attente	39
3.5	Profils de patients.....	40
3.5.1	Consulte et aborde le sujet	40
3.5.2	Consulte mais laisse le médecin traitant aborder le sujet	41
3.5.3	En parle ailleurs	41
4	DISCUSSION	42
4.1	Principaux résultats	42
4.2	Forces et limites	43
4.3	Posture du chercheur	44
4.4	Validité externe	45
4.5	Ouverture	46
5	CONCLUSION	47
	BIBLIOGRAPHIE.....	49
	ANNEXES.....	52
	SERMENT D'HIPPOCRATE	59

LISTE DES ANNEXES

1. Documents médecins	52
1.1. Description de l'étude	52
1.2. Caractéristiques du médecin	53
1.3. Caractéristiques des patients	54
1.4. Liste des patients avec coordonnées	54
2. Document patient	55
3. Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale	56
4. Validation des résultats par les patients	57
5. Commentaires des patients sur les résultats	58

ABBREVIATIONS

ATD :	Antidépresseur
BDI :	Beck Depression Inventory (auto-questionnaire pour l'évaluation de la dépression de Beck)
CE :	Comité d'éthique
CIM10 :	Classification internationale des maladies 10 ^{ème} révision
CNIL :	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CPP :	Comité de protection des personnes
Cs :	Consultation
DSM-V :	Diagnostique et statistique des troubles mentaux 5 ^{ème} version
F :	Féminin
Gp :	Groupe
GDS :	Geriatric Depression Scale (échelle de dépression gériatrique)
HAD :	Hospital Anxiety and Depression scale (échelle évaluant l'anxiété et la dépression)
HAS :	Haute Autorité de Santé
M :	Masculin
Mj :	Moyenne
MG :	Médecin généraliste
MSU :	Maitre de stage universitaire
MT :	Médecin traitant
N :	Non
O :	Oui
RO :	Renouvellement d'ordonnance
S :	Seul
SR :	Semi-rural
R :	Rural
Relation M-P :	Relation médecin-patient
U :	Urbain
UCA :	Université Clermont Auvergne

1 INTRODUCTION

La relation médecin-patient (1) a été placée au centre des compétences du médecin généraliste (MG) par les référentiels métiers et compétences (2). Une bonne communication entre le médecin et son patient est un élément fondamental qui conditionne la qualité de cette relation au cours de la consultation et au-delà, la qualité des soins (3). D'autre part, la relation médecin-patient est considérée comme un puissant facilitateur de l'évaluation de la détresse (4). Mais la satisfaction des patients en général, à l'égard des soins des médecins généralistes, dépend en grande partie de leurs perceptions de cette relation médecin-patient et des compétences interpersonnelles (5).

Les pathologies telles une dépression, un stress post-traumatique, des troubles du sommeil, une anxiété, sont bien définies par le DSM-V ou la CIM10 (6), et les publications sont nombreuses sur ces pathologies dans les journaux de psychiatrie comparé à ceux de médecine générale. Cependant, une souffrance psychologique peut également correspondre à un simple mal-être... Les changements de vie sont une source de stress psychologique. Mais les situations de longue durée ne doivent pas être trop vite considérées comme mineures et négligées, car chronique, le stress quotidien de la vie peut dépasser l'habileté d'adaptation de l'individu (7). Les personnels de santé devraient être plus sensibilisés aux ressentis des patients et devraient en tenir compte dans leur pratique (8).

Les MG, sans être ni psychologues, ni psychiatres, sont souvent les premiers interlocuteurs des personnes en souffrance psychique, et ils peuvent être en difficulté pour répondre à cette demande (9). Une meilleure compréhension par le MG permettrait une prise en charge psychologique plus adaptée (10). Pour cela, cerner les attentes des patients paraît

indispensable : un suivi ou une orientation vers un psychologue ou psychiatre, un traitement, une psychothérapie ou une simple écoute ? Une étude publiée en 2004 concernant l'aide fournie par les médecins généralistes en cas de détresse psychologique, ayant pour but d'explorer les perceptions des femmes australiennes d'âge mûr, retrouvait l'écoute comme aide principale, suivie d'une ordonnance de médicaments et l'orientation vers des soins spécialisés (5). Qu'en est-il en France dans la population générale ?

L'objectif de notre étude était d'analyser les attentes de patients envers leur médecin généraliste, concernant leur santé psychologique, en Auvergne.

2 MÉTHODE

2.1 Type d'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés de patients, en souffrance psychique décrite par le patient ou son entourage ou par le milieu (para-)médical, sélectionnés par leur médecin traitant, en Auvergne.

2.2 Population de l'étude

Nous avons sélectionné des MG suivant des critères variés :

- Lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain)
- Sexe
- Âge
- Exercice en groupe ou seul
- Maître de stage universitaire (MSU) ou non

Ils ont été contactés dans un premier temps par téléphone afin de présenter l'étude brièvement et de collecter leur courriel. Les documents leur ont par la suite été transmis, présentant l'étude (Annexe 1.1) et les données à recueillir avec des tableaux à compléter (Annexes 1.2 ; 1.3 ; 1.4).

Nous avons retenu six MG, avec des critères variables, et leur avons demandé de sélectionner chacun jusqu'à cinq patients selon les critères de diversité suivants :

- Âge (>18ans)
- Sexe
- Niveau d'étude

- Mode de vie (célibataire/en couple, avec/sans enfant, isolé/entouré)
- Traitement psychotrope (antécédent, actuel, aucun)
- Suivi par un psychiatre et/ou un psychologue, ou uniquement par le MG.

Le recrutement des patients a donc été effectué par leur MG ayant relevé une souffrance psychique actuelle ou passée, avec l'accord du patient à la réalisation d'un entretien, en lui transmettant au besoin un document explicatif (Annexe 2) et les coordonnées de l'enquêteur.

Des médecins supplémentaires ont été recrutés devant un faible retour des premiers, ainsi qu'une réticence chez certains patients à la réalisation de l'entretien à leur domicile. Il a également été demandé aux médecins, dans un second temps, de privilégier le recrutement d'hommes et si possible sans traitement psychotrope pour rééquilibrer une participation prédominante de femmes, traitées.

2.3 Guide d'entretien

Une recherche bibliographique initiale a permis de mettre au point un guide d'entretien (Tableau 1). Il a permis de mener les premiers entretiens sous forme de questionnaire, en essayant de rester sur des questions ouvertes. Les entretiens ont progressivement évolué vers des discussions guidées par l'enquêteur en fonction des éléments apportés, sans changement des questions de base, mais parfois plus orientées, en comparant aux éléments déjà obtenus par les précédents.

Tableau 1 : Guide d'entretien

Thèmes	Questions
Souffrance psychique	<i>Pouvez-vous m'expliquer ce que représente pour vous la souffrance psychique ? Racontez une situation où vous avez été en difficulté psychologique.</i>
Place du Médecin Traitant (MT) parmi les autres aides à disposition	<i>Quelles sont vos ressources dans une telle situation ? (Famille, amis, psychologue, psychiatre, MT ?) Comment les utilisez-vous ? Qu'en attendez-vous ? Pourquoi ? Si votre MT n'en fait pas partie, pourquoi ? À quelle occasion pourriez-vous lui en parler? Consultation (Cs) dédiée ou Cs pour un autre motif, à l'occasion d'un renouvellement d'ordonnance (RO) ou en second motif, ou vous attendez-vous à ce que votre MT vous interroge à ce sujet ?</i>
Repérage par le MT	<i>Lorsque vous consultez pour un autre motif, quelles questions aimeriez-vous que votre MT vous pose pour aborder une situation où vous êtes en souffrance psychologique ?</i>
Difficulté à parler	<i>Quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour parler de vos problèmes psychologiques à votre MT ?</i>
Consultation dédiée	<i>Pour vos difficultés psychologiques seriez-vous prêt à voir votre MT pour des consultations dédiées à ce suivi ou aimeriez-vous être adressé à une autre personne ? À qui ? Pourquoi ? (suivi, orientation, traitement, psychothérapie, simple écoute).</i>

2.4 Recueil des données

Le recrutement des MG a été compliqué et réalisé en deux fois, suite au peu de participants actifs : cinq refus dès la secrétaire, trois refus de médecins directement contactés. Sur les quinze ayant acceptés de participer, seuls sept ont transmis des données et permis la réalisation d'entretiens.

Un premier recueil de caractéristiques devait être réalisé par les MG pour leurs propres critères de diversités, ainsi que ceux des patients, à l'aide de tableaux qui leur ont été communiqués (Annexes 1.2 ; 1.3 ; 1.4). Cependant, seules leurs caractéristiques personnelles ont été communiquées, ainsi que les noms et numéros de téléphone des patients acceptant de participer, souvent au compte-goutte et après de nombreuses relances, avec parfois seulement quelques informations comme l'âge ou la situation. Les tableaux ont donc été complétés par l'enquêteur à l'issue des entretiens avec les patients (Tableaux 2 et 3 regroupant l'ensemble des données collectées).

Afin de respecter l'anonymat, une lettre a été attribuée à chaque médecin et chacun de leur patient a été remplacé par cette lettre, associée à un chiffre (exemple : patient 1 du médecin A sera nommé A1). Ce codage s'est fait dès réception des listes des patients et sans en conserver l'ordre.

Tableau 2 : Caractéristiques des médecins

Médecins	A	B	C	D	E	F	G	Total
Caractéristiques								
Sexe F=féminin, M= masculin	M	F	F	F	M	M	F	3M ; 4F
Âge Extrêmes [] ; Moyenne=M,	32	37	62	38	64	57	33	[32-64] ; M _j =46
Milieu rural=R, semi-rural=SR, urbain=U	SR	R	SR	U	U	R	R	3R ; 2SR ; 2U
Exercice en groupe=Gp ou seul=S	Gp	S	Gp	Gp	Gp	S	S	3S ; 4Gp
Maître de stage universitaire (MSU)	non	oui	non	oui	oui	oui	non	4 MSU sur 7

Tableau 3 : Caractéristiques des patients

Caractéristiques Patients	Sexe	Âge	Niveau d'étude	Mode de vie	Enfant	Isolé / Entouré	Traitement psychotrope	Suivi psychiatre/ psychologue
A1	F	66	BEPC	Couple	Avec	Entouré	Aucun	Jamais
A2	M	53	BAC+2	Couple	Sans	Entouré	Actuel (Anti-dépresseur)	Jamais
B1	F	61	BAC	Couple	Avec	Entouré	Actuel (ATD)	Les deux
B2	F	67	BAC+2	Couple	Avec	Entouré	Actuel (ATD)	Psychiatre
B3	M	82	BEPC	Couple	DCD	Entouré	Ancien (anxiolytique)	Jamais
C1	F	57	BAC	Couple	Avec	Entouré	Actuel (ATD + anxiolytique)	Les deux
C2	F	47	BAC	Couple	Pas à charge	Entouré	Ancien (anxiolytique)	Les deux
C3	M	68	BEPC	Seul	Pas à charge	Isolé	Actuel (anxiolytique)	Les deux
D1	M	26	BAC	Seul	Sans	Isolé	Actuel (ATD + anxiolytique)	Jamais
D2	F	26	BAC+5	Couple	Avec	Isolé	Actuel (ATD)	Psychologue
D3	F	26	BAC+3	Seul	Sans	Entouré	Actuel (ATD + anxiolytique)	Jamais
E1	F	37	BAC+3	Couple	Avec	Entouré	Actuel (ATD)	Jamais
F1	M	56		Seul	Sans	Entouré	Actuel (anxiolytique)	Les deux
F2	M	49	BEP	Seul	Sans	Isolé	Actuel (anxiolytique)	Jamais
G1	F	73	BAC	Couple	DCD	Entouré	Ancien (anxiolytique)	Jamais

Caractéristiques des patients

L'âge moyen des participants était de 57 ans, le plus jeune avait 26 ans et le plus âgé 82 ans au moment des entretiens. On notait un plus jeune âge en milieu urbain (moyenne de 29 ans environ) qu'en milieu rural (64 ans et demi) ou semi-rural (58 ans) chez les participants

à cette étude, ainsi qu'une prédominance féminine : neuf femmes pour six hommes. Il a fallu insister auprès des médecins recruteurs afin de ne pas avoir que des femmes dans l'étude. Seul un participant n'a jamais pris de traitement psychotrope, onze en prenaient lors de l'entretien et trois en avaient pris auparavant : pour six d'entre eux il s'agissait d'anxiolytique seul, pour cinq autres un antidépresseur seul, et trois prenaient ou avaient pris les deux.

Entretiens

Les entretiens ont été réalisés au domicile des patients, et précédés d'une présentation succincte de l'étude. Il a été précisé au patient le respect du secret médical, l'anonymisation des entretiens et l'absence de communication d'informations découlant des entretiens aux médecins respectifs. Avant de débiter l'entretien, l'accord du patient a été demandé concernant l'acceptation de l'entretien et son enregistrement. Il a été précisé au patient qu'il pouvait interrompre l'entretien à tout moment s'il le souhaitait et cela sans avoir à se justifier.

Une retranscription intégrale des entretiens enregistrés a été faite sur le logiciel Word. Toutes données permettant de retrouver le patient a été systématiquement supprimé (lieux, dates, noms...). Il a ensuite été réalisé un encodage et analyse thématique à l'aide du logiciel NVivo.

Les entretiens ont débuté le 14 février 2019 et pris fin le 3 octobre 2019 avec le 15^{ème} patient, suite à l'absence d'élément prédominant nouveau au cours des quatre derniers. À noter que deux patients ont été exclus de l'étude avant entretien car leur milieu de vie ne correspondait pas à celui de leur médecin traitant, et deux autres ont refusé de participer lors de la prise de contact par l'enquêteur. Le temps moyen d'un entretien était de 31 minutes, avec 17 minutes pour le plus court et 1 heure et 27 minutes pour le plus long.

Test anxiété-dépression

Une évaluation de l'état anxieux/dépressif par échelle HAD (Annexe 3) a également été proposée aux patients en fin d'entretien. Le but était de connaître leur niveau d'anxiété et de dépression au moment de l'entretien (Tableau 4). Huit patients ne présentaient aucun symptôme lors de l'entretien. Quatre présentaient des symptômes d'anxiété et un seul de dépression. Deux ont eu un résultat intermédiaire pour l'anxiété uniquement et deux autres pour la dépression mais avec des signes d'anxiété.

Tableau 4 : Évaluation état anxieux et dépressif des patients

Évaluation état Patients	Anxiété	Dépression	<=7 : absence de symptomatologie De 8 à 10 : symptomatologie douteuse >=11 : symptomatologie certaine
A1	<=7	<=7	Absence de symptomatologie
A2	>=11	De 8 à 10	Anxiété certaine, dépression douteuse
B1	<=7	<=7	Absence de symptomatologie
B2	<=7	<=7	Absence de symptomatologie
B3	<=7	<=7	Absence de symptomatologie
C1	<=7	>=11	Dépression certaine
C2	De 8 à 10	<=7	Anxiété douteuse
C3	>=11	De 8 à 10	Anxiété certaine, dépression douteuse
D1	<=7	<=7	Absence de symptomatologie
D2	<=7	<=7	Absence de symptomatologie
D3	<=7	<=7	Absence de symptomatologie
E1	>=11	<=7	Anxiété certaine
F1	De 8 à 10	<=7	Anxiété douteuse
F2	>=11	<=7	Anxiété certaine
G1	<=7	<=7	Absence de symptomatologie

Validation des résultats par les participants

À l'issue des entretiens, une fois l'analyse effectuée, l'ensemble des participants a été recontacté par téléphone ou mail, selon leur préférence, afin de valider avec eux les résultats

obtenus. Il s'agissait de répondre si oui ou non, ils étaient en accord avec chacune des attentes mises en évidence par cette étude. Deux participants ont répondu en complétant le tableau envoyé par mail et treize ont fait part de leurs réponses directement par téléphone à l'enquêteur (Annexes 4 ; 5).

Anonymat

Toutes les informations collectées ont été regroupées sur un drive privé et accessible uniquement à l'enquêteur. L'anonymat étant attribué avant les entretiens, les données personnelles (nom, prénom, courriel, téléphone, adresse) ne figurent que sur les premiers tableaux remplis par l'enquêteur et non publiés. Ils n'ont servi qu'à la prise de contact, la réalisation des entretiens et la validation des résultats obtenus. Ils ont été détruits par la suite.

Législation

Cette étude entraine dans le cadre de la « Méthodologie de Référence » (MR-003).

Une déclaration CNIL a été effectuée auprès de la référente de l'UCA.

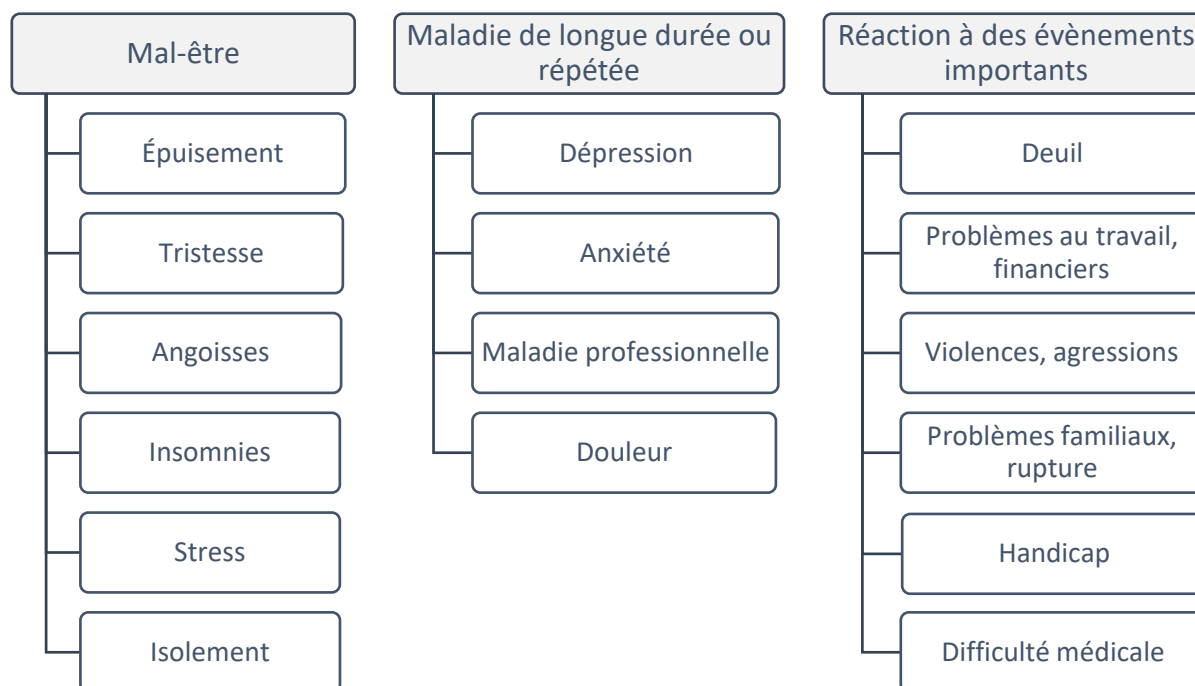
Un avis éthique a été obtenu du comité d'éthique CPP sud est 6, stipulant que cette étude qualitative ne soulevait pas de problème éthique particulier et ne relevait pas du domaine d'application de la réglementation régissant les recherches biomédicales, au sens de l'Article L.1121-1 et des Articles R.1121-1 et R.1121-2. (Hors loi Jardé) Avis CE 19-64.

3 RÉSULTATS

3.1 Qu'est-ce que la souffrance psychologique ?

En début d'entretien, nous avons demandé aux participants ce que représentait, pour eux, la souffrance psychologique, afin de les amener à évoquer ce qu'ils attendaient de leur MG, concernant leur santé psychologique. La majorité a partagé un évènement de vie propre, comme cela leur fut suggéré. D3 : « *Ben santé psychologique c'est tout ce qui fait mal mais du coup qu'on ne ressent pas, bah du coup pas une douleur physique quoi. C'est une douleur, enfin c'est un, la colère, tout ce qui peut amener à l'agacement, la colère, la tristesse. Tout ce qui est lié, ben au cerveau... »*

Schéma 1 : La souffrance psychologique selon les patients



3.1.1 Un mal-être

La principale définition apportée par les participants à l'étude était un mal-être, qui pouvait se traduire de différentes façons : épuisement, tristesse, angoisses, insomnies, stress ou isolement.

La majorité des patients a placé l'**épuisement** en première ligne du mal-être, à force d'accumulation pour certains, d'autres ont mis la **tristesse** en avant. C2 : « (...) *c'est très difficile pour moi et je ne peux pas m'empêcher de me mettre à pleurer et émotionnellement c'est très... C'est très lourd quoi, c'est difficile.* »

Pour quelques-uns, les **troubles du sommeil**, les **angoisses**, le **stress**, ont révélé ce mal-être. E1 : « *Et du coup quand je sens que ce, pour différentes raisons, ce que je vous ai dit au début, que le stress m'envahit, que je perds l'appétit, le sommeil.* »

L'**isolement** fut un facteur de mal-être mais aussi une conséquence selon quelques patients.

3.1.2 Une maladie de longue durée ou répétée

Le mal-être pouvait aboutir à une maladie tout comme une maladie pouvait aboutir au mal-être et donc à une souffrance psychologique qui dure dans le temps. Par exemple des angoisses provoquaient un mal-être et pouvaient aboutir à un trouble anxieux ; mais l'entrée dans une maladie comme une dépression ou l'annonce d'un cancer étaient également des souffrances psychologiques.

La **dépression** fut la première maladie évoquée par la majorité des patients, à différents niveaux. Certains n'ont présenté qu'une partie des symptômes et ont simplement évoqué la dépression, d'autres y ont abouti. La distinction a été faite entre déprime et dépression par certains, la prise de médicament signifiant parfois l'entrée dans la maladie.

E1 : « *Donc en fait à chaque fois je viens voir mon médecin, je dirais un peu tard pour moi, mais pas trop tard non plus c'est-à-dire je ne suis pas en dépression ou en burn-out. Mais en tout cas je sens que je suis... Atteinte psychologiquement, que je n'arrive plus à dormir.* »

L'**anxiété** fut décrite par une partie des patients, lorsque l'angoisse aboutit à des crises incontrôlées, par exemple au travers d'attaques de panique. B1 : « *Et ça me, ça m'a fait peur et j'ai bloqué là-dessus et ça me, ça a commencé une attaque panique.* »

Une maladie physique a pu être à l'origine de la souffrance psychologique comme par exemple dans la **maladie professionnelle** qu'a décrit A2 : « *Y a, oui maladie professionnelle, ben y a deux choses, maladie professionnelle pour les tendons de l'épaule. J'ai été opéré trois fois et puis ça fait une algodystrophie.* ». Il s'agit de conséquences physiques qui ont engendré d'autres problèmes décrits par la suite (travail, finances, famille).

Les patients ont distingué deux types de **douleur** : physique et psychique. E1 : « *Mais en tout cas je sens que je suis, atteinte psychologiquement, que je n'arrive plus à dormir. Oui moi j'ai des lombalgies, sciatiques, blocage de la mâchoire.* »

3.1.3 Une réaction à des évènements importants

L'adaptation aux évènements de la vie, parfois compliquée, engendrait des conséquences. Le **deuil** en faisait partie, évoqué par de nombreux patients. G1 : « *(...) la souffrance psychologique elle a été surtout quand j'ai perdu mon fils (voix serrée).* »

L'incapacité de travailler, qu'elle soit physique ou psychique, a été rapportée par certains patients, faisant partie des **problèmes au travail** pouvant mener à une souffrance, tout comme le fait d'être congédié de son travail, ce qui fut le cas pour une personne. E1 : « *C'est-à-dire oui c'est normal que je ne sois plus en état de travailler en ce moment (...)* ».

De cela a pu découler des **problèmes financiers**. A2 : « *Ben sur l'exploitation oui, puisque j'ai le service de remplacement, donc bon. Les conséquences financières ben ça coute cher.* »

Parmi les évènements importants pouvant engendrer de la souffrance, la **violence** et les **agressions** furent mentionnées par certains patients, évoquant harcèlement, viol et vol.

D3 : « *Ben le harcèlement moral ! C'est un... problème dans la santé psychologique.* »

Les **problèmes familiaux** et la **rupture**, qu'elle soit au niveau du couple ou au niveau familial après dispute ou éloignement, furent responsables de souffrance psychologique.

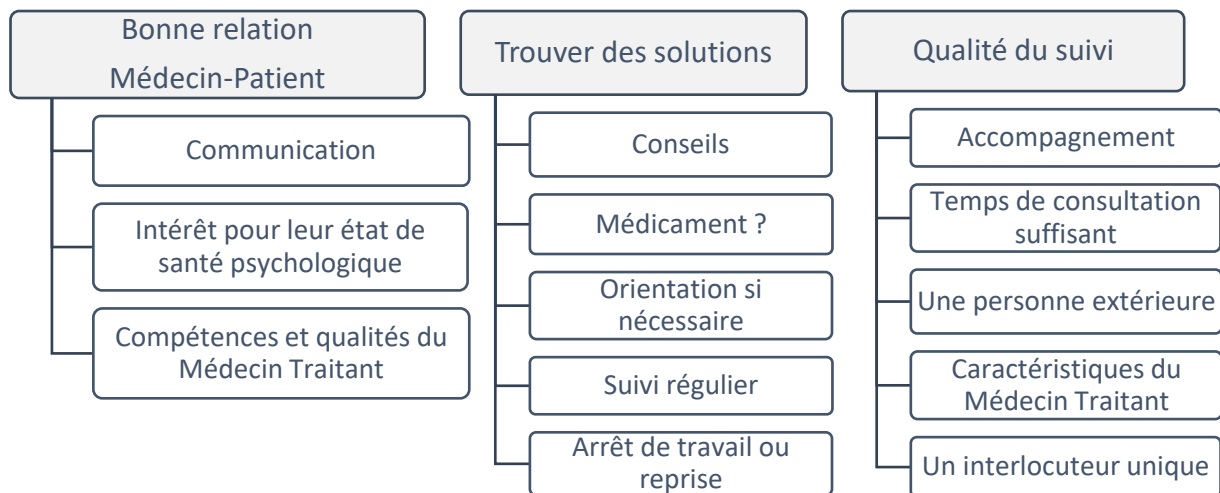
D1 : « *(...) quand je suis allé chez le médecin je lui ai dit : oui, machin, je suis triste, machin, ma copine m'a quitté.* »

Un patient a parlé de **handicap**. Il pouvait correspondre à une invalidité et être responsable des problèmes financiers, comme évoqué précédemment, ou toucher l'entourage et avoir des conséquences sur la vie au quotidien. B2 : « *Mais la souffrance psychologique par exemple j'ai une grande souffrance qui fait partie de ma vie, c'est que j'ai une grande fille handicapée qui est autiste ...* »

Les **difficultés médicales** ont également été évoquées, comme l'erreur médicale, et un patient a fait l'expérience d'être hospitalisé en psychiatrie et a vécu cela comme une souffrance.

3.2 Attentes des patients envers le médecin traitant

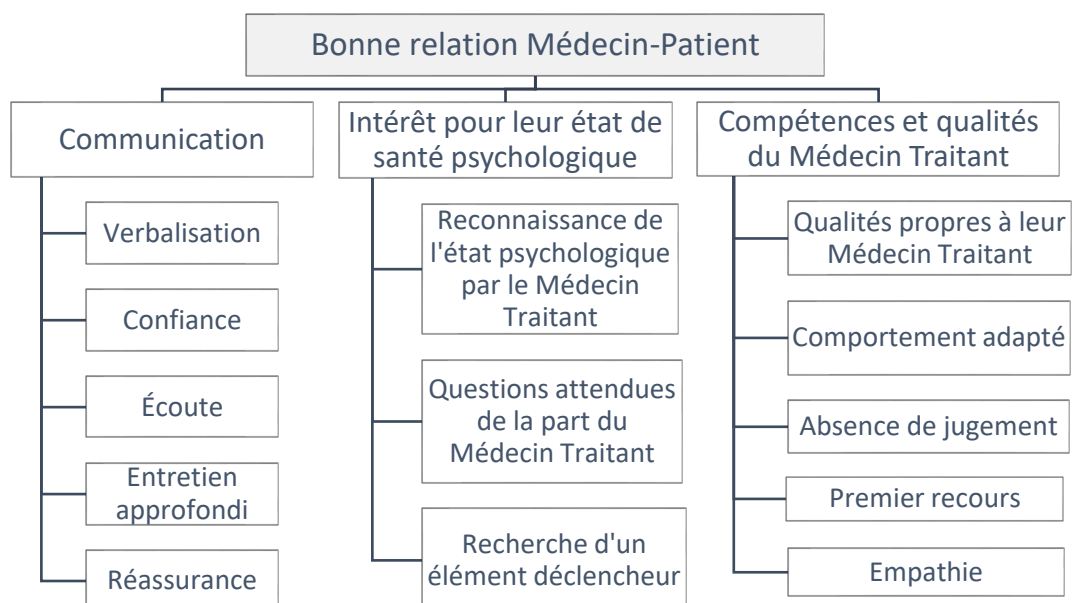
Schéma 2 : Attentes des patients envers le médecin traitant



3.2.1 Une bonne relation médecin patient

À l'exception d'un patient, tous ont mis en avant leur bonne relation avec leur médecin traitant, nécessaire pour la gestion de leur santé psychologique.

Schéma 3 : Une bonne relation médecin-patient selon les patients



3.2.1.1 Par la communication

Une bonne communication fut la première attente à ressortir pour une relation médecin-patient de qualité, chez l'ensemble de ces patients.

Le cabinet de consultation du médecin traitant était considéré comme un lieu de parole, de **verbalisation**, permettant d'extérioriser la souffrance psychologique pour une grande partie des patients. La majorité parlait sans tabou à leur médecin traitant. Cela leur permettait d'aller mieux. G1 : « *Ça m'aide après, quand j'ai vraiment besoin d'en parler parce que ça me soulage, plein de choses.* »

La **confiance** et l'**écoute** étaient des éléments nécessaires à la bonne communication selon l'ensemble des patients. La confiance du patient envers son médecin traitant, était primordiale. Mais celle du médecin envers le patient était nécessaire également.

E1 : « (...) *il y a une confiance qui s'est installée (...)* » ; « (...) *qui va pouvoir, me faire confiance dans ce que je décris.* »

Certains souhaitaient un **entretien approfondi**, ne le trouvant pas assez poussé, et que le MT les interroge sur leur santé psychologique. D1 : « (...) *qu'elle rentre en fait plus en détail (...) qu'elle me demande mon état psychologique.* »

La **réassurance** du médecin traitant était souhaitée par quelques patients.

3.2.1.2 Par un intérêt pour leur état de santé psychologique

Dans la relation médecin-patient, des éléments prouvant l'intérêt du MT pour l'état de santé psychologique des patients, ont été regroupés.

La principale attente de l'ensemble des patients qu'on pouvait classer dans les éléments diagnostiques était **la reconnaissance de l'état psychologique par leur médecin traitant**. Cela se traduisait principalement par l'état physique du patient analysé par son MT,

donc la connaissance du patient par son MT qui serait alerté par un changement d'attitude ou encore qui attendrait que le patient soit prêt à en parler. D2 : « *Ben oui c'est vrai qu'on s'attend à ce que notre médecin soit capable de se rendre compte quand ça ne va pas en fait.* »

Certaines **questions** étaient **attendues** par une majorité des patients, **de la part de leur médecin traitant**, afin de les amener à parler ou développer le sujet concerné. B2 : « (...) *qu'est-ce que vous ressentez là ? Et je pense qu'à ce moment-là, je me serai effondré.* »

Une grande partie aurait souhaité que son médecin **recherche un élément déclencheur**, qui expliquerait sa souffrance. D1 : « *Et savoir ma vie, s'il y a eu un élément dans ma vie qui m'a bouleversé, au fait que j'ai les yeux tout rouge (...)* ».

3.2.1.3 Par les compétences et qualités du médecin traitant

Dans la relation médecin-patient, de nombreux patients mettaient en avant les compétences et qualités du médecin, et leur satisfaction.

Des **qualités propres à leur médecin traitant** ont été mises en avant par l'ensemble des patients tel que le feeling, être psychologue, bienveillant ou gentil. D'autres évoquaient la douceur, le fait d'être sauveur, avenant, humain, d'avoir de la valeur, de la sagesse. G1 : « (...) *je trouve que c'est quelqu'un de gentil, d'avenant.* »

Tous exprimaient le souhait que leur médecin traitant ait un **comportement adapté** : mettre à l'aise pour parler de sujet sensible, avoir du répondant, une réaction adaptée, et une bonne communication. D3 : « (...) *en fait les médecins, en tout cas je sais que D. avait plus les mots. Elle savait... Elle savait quoi dire, elle savait comment me faire parler.* »

Chez une majorité de patients, **l'absence de jugement** était un élément important. D2 : « *Donc le médecin en fait, au final il n'a pas ces attentes-là envers nous, et, du coup on se sent moins, on ne se sent pas jugé quand on lui parle en fait.* »

Pour certains, le MT était le premier interlocuteur en milieu professionnel, le **premier recours** en cas de souffrance psychologique. D3 : « (...) *c'est le médecin quand on a un problème on va, enfin, on va chez le médecin. Pas on va chez le médecin mais on compte aussi sur notre médecin.* »

Bien qu'on ait retrouvé de nombreux éléments d'**empathie** au travers des attentes des patients, seul un en a parlé directement et plusieurs ont validé cette attente. B2 : « (...) *il y a des gens qui sont bien, et qui font leur métier avec empathie.* »

3.2.2 Trouver des solutions

Après la relation de qualité, l'ensemble des patients attendait des solutions, thérapeutiques ou non, de la part de leur médecin traitant.

3.2.2.1 Donner des conseils

Tous les patients ont mis en avant les conseils apportés par leur médecin traitant, parmi les solutions attendues. E1 : « (...) *à chaque fois les solutions qu'il a proposées nous ont permis d'avancer.* »

3.2.2.2 Un médicament ?

L'ensemble des patients a parlé de médicaments : certains étaient pour, d'autres contre. La majorité évoquait le **refus**, au moins initial, face à la proposition de leur médecin. C1 : « *Enfin moi je ne voulais pas d'antidépresseur au début. Je me disais je ne veux pas rentrer dans le cercle.* »

Les patients favorables aux médicaments, ou qui en ont finalement fait l'expérience, utilisaient principalement des **anxiolytiques** en cas de souffrance psychologique, mais

nombreux étaient ceux qui parlaient également d'**antidépresseur**. B2 : « (...) *j'en suis arrivée effectivement à prendre des médicaments à dire STOP, il faut que ça s'arrête.* »

Les troubles du sommeil faisaient partie intégrante de la majorité des souffrances psychologiques décrites. Quelques patients ont évoqué les **somnifères**. D3 : « *Donc j'ai pris, somni...des somnifères parce que je ne dormais pas la nuit.* »

La douleur n'étant que physique pour l'un, les **antalgiques** étaient souhaités.

3.2.2.3 Orienter si nécessaire

La majorité des patients plaçait l'orientation par le médecin traitant, si c'était nécessaire, au cœur de leurs attentes. Cette orientation se faisait vers le **psychologue** pour l'ensemble de ces patients, et vers le **psychiatre** pour certains. G1 : « *Il m'a accompagné, après il m'a indiqué un psychologue (...)* ». Certains patients demandaient eux-mêmes à être orientés par leur médecin traitant. E1 : « (...) *je lui ai demandé que lui m'adresse vers un confrère psychiatre ou psychologue. En lui disant que je sentais que le combat allait être long et que j'avais besoin de, d'un suivi (...)* ».

Un patient a été orienté vers une **assistante sociale** par son médecin traitant, un autre vers un **centre médico-psychologique**. C1 : « (...) *elle m'a aiguillé au CMP et j'ai tout trouvé. Et là, c'est, il y a psychologue, psychiatre, infirmière, il y a tout ce qu'il faut.* »

3.2.2.4 Suivi régulier

La quasi-totalité des patients évoquait le besoin d'un suivi régulier, que ce soit pour parler de leur souffrance ou pour obtenir une nouvelle solution, parmi celles évoquées.

C1 : « *Donc elle me fait les ordonnances d'anxiolytique et d'antidépresseur que pour un mois, de façon à ce que je revienne tous les mois pour refaire le point et tout.* »

3.2.2.5 Arrêt de travail ou reprise

Parmi les solutions attendues, de nombreux participants ont évoqué les arrêts de travail. Pour eux, il était nécessaire de faire une pause, d'arrêter de travailler. E1 : « (...) *j'étais dans un état d'épuisement, qui faisait que je sollicitais en fait mon médecin pour un arrêt de travail.* »

Cependant, la reprise du travail pouvait également être une solution pour d'autres.

C2 : « (...) *j'étais contente d'avoir repris le travail à mi-temps, ça me faisait du bien.* »

3.2.3 La qualité du suivi

Après une bonne relation médecin-patient et des solutions apportées, une grande partie des patients attendait un suivi de qualité.

3.2.3.1 Un temps suffisant de consultation

Le temps de consultation devait être suffisant pour l'ensemble des patients, sans que le suffisant soit précisé. Certains souhaitaient clairement que leur médecin **prenne le temps**, et qu'il ait de la **patience**. E1 : « *Non en plus y a jamais cette sensation qu'il faut aller vite, qu'on doit passer à l'entretien suivant. Il donne en tout cas le temps, enfin voilà, il donne le temps nécessaire.* »

3.2.3.2 Un accompagnement, suivi dans le temps

Parmi les attentes de leur prise en charge psychologique, une grande partie des patients évoquait l'accompagnement et le suivi dans le temps. Cet accompagnement dans le temps permettait de résoudre des difficultés qui ne pouvaient l'être en une consultation. E1 : « *J'ai senti que, quand même, le chemin allait être long et j'avais sûrement besoin de,*

d'avoir quelqu'un qui connaisse cette histoire et qui puisse par le biais de quelques rendez-vous, comme ça, que je sollicite, pouvoir continuer de m'accompagner en fait. »

Cet accompagnement et ce suivi passaient par la **proximité relationnelle** du médecin traitant pour certains d'entre eux. Elle était même comparée à de l'amitié pour un patient.

D2 : « (...) *le médecin traitant, je ne sais pas, il y a une confiance, une proximité supplémentaire. »*

Quelques patients témoignaient de la **visite spontanée de leur médecin traitant**, qui prouvait l'importance de cet accompagnement et de ce suivi qu'ils appréciaient. F1 : « (...) *le jour de l'enterrement, il est venu nous voir, parce qu'il n'a pas pu assister aux obsèques (...) »*.

Le **suivi** effectué par le médecin traitant était jugé **suffisant** pour certains d'entre eux.

3.2.3.3 Une personne extérieure

Il était plus facile pour certaines personnes de se confier à un étranger plutôt qu'à son entourage proche, au médecin traitant plutôt qu'à la famille. C3 : « (...) *je révélerai plus facilement, ben devant vous par exemple, devant une personne inconnue. Ça me serait peut-être plus facile, je pense. »*

3.2.3.4 Caractéristiques du médecin traitant

Quelques patients ont évoqué certaines caractéristiques du médecin, comme être une femme, jeune ou ne dépassant pas un certain âge. Elles étaient nécessaires pour eux à une bonne relation médecin-patient et donc à un bon suivi. Un profil particulier propre à certains, leur facilitait l'expression. D3 : « (...) *j'aurai plus de facilité à parler, à un médecin, à une fille qu'à un garçon. »*

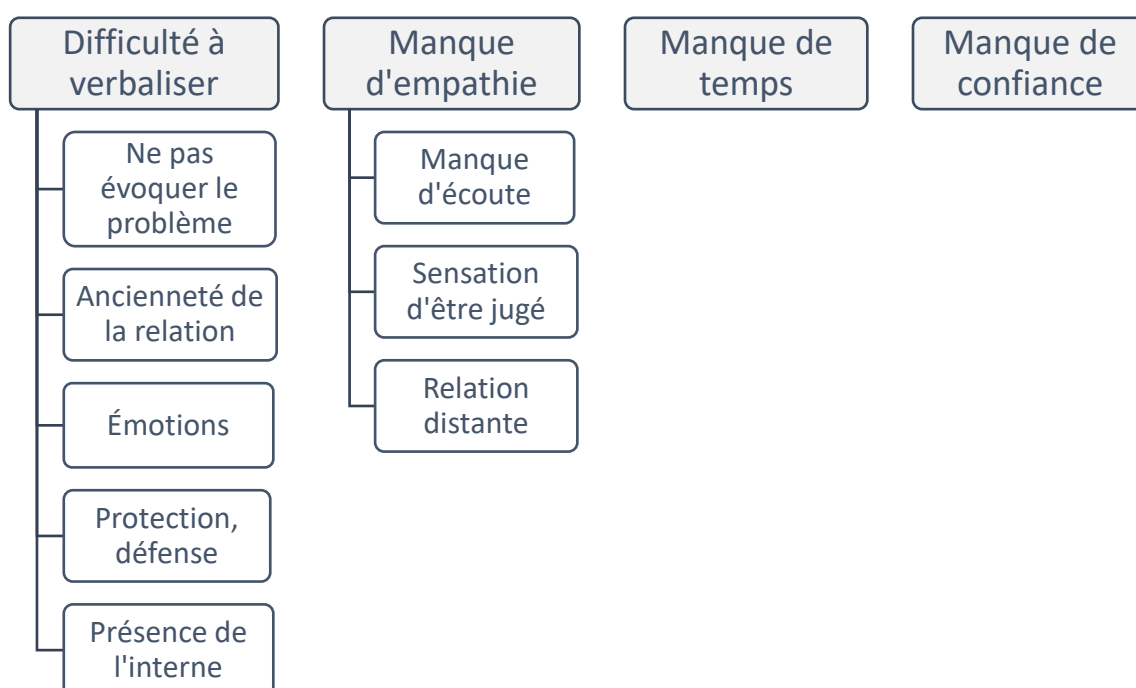
3.2.3.5 Un interlocuteur unique

Certains patients ne souhaitent pas multiplier les interlocuteurs en ce qui concernait la souffrance psychologique, préférant centraliser avec leur médecin traitant. D3 : « *Non mais c'est vrai que c'est bien ce suivi psychologique des médecins. Déjà ça évite, ça évite d'aller voir 15 000 personnes et ça peut suffire.* »

3.3 Éléments bloquants le suivi psychologique

Les participants ont fait part d'éléments qui pouvaient bloquer le suivi psychologique, en particulier par leur médecin traitant.

Schéma 4: Éléments bloquants le suivi psychologique



3.3.1 Difficulté à verbaliser

La difficulté à parler, propre au patient, était la première chose évoquée chez une grande partie des patients. La plupart **n'évoquait pas le problème** avec leur médecin traitant.

A1 : « *Je ne penserai pas, poser, lui parler de ça non.* »

La difficulté pour verbaliser la souffrance était due à **l'ancienneté de la relation** avec leur médecin traitant pour certains. Tout dépendait si la personne était plus à l'aise avec quelqu'un qu'elle connaissait ou le contraire. Une relation ancienne avec son médecin traitant pouvait donc être un frein. C3 : « *Puisqu'elle soignait ma femme, tout ça. Donc. Les problèmes que j'ai pu avoir dans ma vie, même au niveau psychologique quoi. Elle les connaît quoi, donc ça me bloque un peu de rentrer davantage dans les détails.* »

Par ailleurs, une personne considérait le manque de connaissance envers elle d'un nouveau médecin, comme une limite au suivi psychologique. Mais l'inverse a également été soulevé : un remplaçant aurait besoin d'obtenir plus d'informations auprès du patient, ne le connaissant pas, et pourrait donc l'inciter à se livrer davantage qu'il ne l'aurait fait avec son médecin habituel. C1 : « *Un médecin qui ne m'aurait pas connu aurait peut-être essayé de chercher (...)* ».

Enfin, la notion d'amitié avec le médecin traitant, élément révélé dans la qualité de la relation médecin-patient, pouvait également être un frein. F1 : « *Parce que nous comme on est ami... On peut pas parler vraiment.* »

Les **émotions** pouvaient limiter la parole pour quelques patients, quand d'autres étaient bloqués par **la protection, la défense** qu'ils s'étaient créées. Un patient a évoqué le fait d'avoir une carapace. D3 : « *(...) j'aurai aimé qu'elle pousse, l'entretien un peu plus loin pour, pour effectivement qu'elle enlève, qu'elle réussisse à fendiller la carapace.* »

Un autre a rejeté la cause psychologique. A2 : « *(...) on sait pas trop ce que vous avez, c'est psychologique. Ça j'ai l'impression que c'est un peu la grande mode maintenant, ça aussi. (...)* »

quand on n'arrive pas à donner, à dire voilà ça-ça vient de ça, et ben c'est psychologique. C'est un peu la facilité. »

Quelques patients, dont les médecins étaient maîtres de stage universitaires, ont été confrontés à des internes. Ils expliquaient que **la présence de l'interne** modifiait leur relation avec leur médecin. L'un avait eu l'occasion de croiser l'enquêteur au cours d'un de ses stages précédents. B2 : *« Je la trouvais trop doc quand vous étiez présente. Elle se laissait moins à, elle... »* ; L'enquêteur : *« Moins de temps à l'écoute ? »* ; B2 : *« Oui. Oui. Ça m'a frappé ça. C'est pour ça qu'après je demandais des rendez-vous sans que vous soyez là. Non pas parce que ça me gênait que vous soyez là, mais ce qui me gênait c'était son comportement. »*

Un autre patient avait une appréhension, mais a finalement accepté la présence de l'interne.

Lors des entretiens, certains participants expliquaient leur difficulté à extérioriser et à consulter pour évoquer leur souffrance psychologique. Mais lors de la validation des résultats, tous estimaient qu'ils consulteraient, que ce soit leur médecin traitant ou une autre personne. D2 : *« (...) je suis quelqu'un qui a tendance à énormément garder en fait. Je... Je ne parle pas facilement de ce que je ressens. »*

3.3.2 Manque d'empathie

La seconde chose évoquée et déduite des entretiens de certains patients, bloquant le suivi psychologique, était le manque d'empathie. Il se traduisait en premier lieu chez quelques patients par le **manque d'écoute**, pour d'autres c'était la **sensation d'être jugé**. D2 : *« (...) à partir du moment qu'on se sent un peu, qu'on sent un peu du reproche ou du jugement ben automatiquement on se ferme. »*

Certains signalaient une **relation distante** qui empêchait le médecin de ressentir leur souffrance, de se mettre à leur place. E1 : « (...) *ses réponses elles restent assez protocolaire, et de l'ordre de la médecine générale. (...) ils sont pas dans l'affecte, il y a une barrière, il y a quelque chose qui fait que... Voilà il n'y a pas de, il y a pas vraiment de conseil personnel, (...). Il y a une distance, il est pas dans l'empathie, il n'est pas dans l'empathie.* »

3.3.3 Manque de temps

La troisième chose bloquant le suivi chez certains patients était le manque de temps, que leur médecin traitant était souvent pressé, les consultations rapides, le délai parfois long pour obtenir un rendez-vous et l'attente au cabinet. C2 : « *Ben, disons que le médecin traitant on a, enfin ils sont très pris et il y a pas beaucoup de temps quoi. Donc ça, ça c'est un frein quand même.* »

3.3.4 Mise en confiance insuffisante

Le quatrième élément limitant le suivi psychologique, était la mise en confiance insuffisante par le médecin traitant. Pour quelques patients, cela les empêchait de s'exprimer. C3 : « *Ça serait d'être mis plus en confiance. J'ai confiance en elle, hein. Mais pas au point de révéler certaines choses, certains trucs et tout.* »

3.4 Absence d'attente

Quelques participants à l'étude n'avaient aucune attente initiale envers leur médecin traitant concernant leur santé psychologique. Demander de l'aide ne faisait pas partie de leur tempérament. G1 : « *Je suis pas quelqu'un qui attend après quelqu'un d'autre.* »

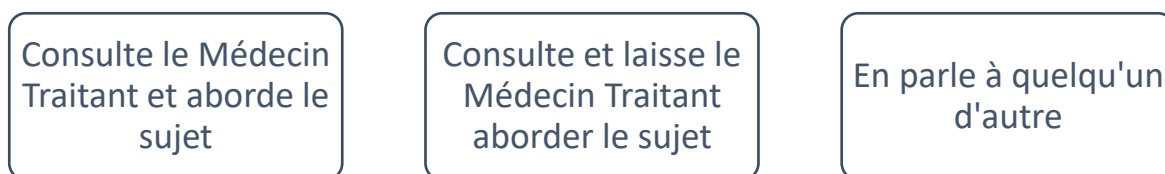
Le médecin traitant n'avait pas le même rôle pour chaque personne, et pour certains, il ne s'occupait pas de la santé psychologique, ce n'était pas son rôle à lui. Quelques-uns décrivaient le médecin traitant comme ne gérant que le physique, pas la santé psychologique. A1 : « *Il regarde le corps mais pas, oui c'est ça, pas l'esprit.* » Certains patients le différenciaient du psychologue qui, pour eux, avait ce rôle.

Enfin, un patient ne considérait pas que son médecin traitant puisse l'orienter vers un autre spécialiste. L'enquêteur l'a reformulé : « (...) *s'il y a besoin d'aller voir un psychologue ou s'il y aurait besoin d'aller voir un psychiatre vous le feriez de vous-même, vous ne passez pas par votre médecin traitant pour ça, c'est pas lui qui va vous orienter, ou...* ».

3.5 Profils de patients

La validation de cette étude par les patients n'a pas modifié les résultats obtenus, mais a permis de définir trois principaux groupes de participants, en fonction de la gestion de leur santé psychologique.

Schéma 5 : Profils de patients



3.5.1 Consulte et aborde le sujet

L'ensemble des patients était prêt à consulter son médecin traitant concernant sa santé psychologique. Une grande partie des patients parlait déjà de sa souffrance

psychologique et consultait spontanément. D1 : « (...) *c'était bien parce que j'en parlais spontanément et j'avais pas de soucis.* »

Certains ne pensaient pas consulter spontanément, mais l'auraient fait au besoin, à la prochaine occasion. D2 : « *Et finalement en discutant avec le médecin, je m'étais rendu compte qu'au final, ben fallait quand même que je lui en parle.* »

3.5.2 Consulte mais laisse le médecin traitant aborder le sujet

Quelques-uns allaient consulter pour un autre motif par exemple, et attendaient que leur MT aborde le sujet afin d'échanger dessus. G1 : « (...) *d'un renouvellement je pourrais l'aborder, oui mais pas, j'irai pas spontanément lui parler (...)* ».

3.5.3 En parle ailleurs

La moitié des participants n'avait jamais été suivie par un autre spécialiste, tel un psychologue ou un psychiatre. Cependant, un petit nombre préférait gérer sa santé psychologique directement avec ces spécialistes. Certains ont fait appel à d'autres, comme une infirmière sophrologue, et parfois hors du milieu médical (famille, amis, ...) lorsqu'ils n'arrivaient pas à s'exprimer dans ce cadre. F2 : « (...) *ce serait quelqu'un de pas du tout médicalisé. Un ami ou une amie ou une personne tout à fait neutre.* »

Le rôle du MT n'était pas le même pour chacun, et pour certains patients de l'étude, gérer la santé psychologique n'en faisait pas partie. Dans ce cas, le psychologue ou le psychiatre étaient les interlocuteurs choisis. A1 : « (...) *j'ai toujours vu un médecin traitant nous regarder le corps, aus-cusculter le corps voilà c'est tout.* ».

4 DISCUSSION

4.1 Principaux résultats

Différentes causes de souffrance psychologique ont été soulevées dans les entretiens : un mal-être, une maladie et la réaction à d'autres évènements de vie.

Les personnes interrogées étaient en attente d'une bonne relation médecin-patient pour pouvoir se confier, d'une écoute, de conseils, d'une reconnaissance de la souffrance et d'un temps suffisant de consultation. Cependant, l'entretien approfondi, la réassurance, l'orientation vers un autre spécialiste, le suivi régulier et le fait que le médecin soit une personne extérieure, étaient également importants.

Une analyse des éléments pouvant bloquer les patients dans leur suivi psychologique a permis de confirmer les attentes mises en évidence : difficulté à verbaliser, manque d'empathie, de temps ou de confiance.

Trois profils de patients ont pu être définis : ceux qui consultent et abordent spontanément le sujet avec leur MT, ceux qui attendent que le MT aborde le sujet, et ceux qui préfèrent consulter ailleurs, tel un psychologue ou psychiatre, ou encore quelqu'un hors du milieu médical. Il faut préciser qu'initialement, certains ne souhaitaient pas consulter car ils refusaient de parler de leur souffrance psychologique. Mais à l'issue d'une première expérience où leur MT a pris en charge le suivi de leur santé psychologique, et parfois suite à l'entretien réalisé pour cette étude, en ayant pris conscience de ce que pouvait leur apporter leur MT, ils se sont positionnés dans un des groupes précités.

4.2 Forces et limites

La méthode qualitative était bien adaptée à cette étude et a permis, par des entretiens assez longs, de laisser le temps aux participants de partager de nombreux éléments concernant notre sujet. De plus, recontacter les patients pour valider les résultats donnait plus d'importance aux attentes évoquées et confirmées.

L'étude a été réalisée et analysée par un seul enquêteur. Les entretiens se sont tous déroulés dans le même état d'esprit. Peut-être qu'un autre enquêteur, avec une approche différente n'aurait pas obtenu les mêmes réponses des patients.

L'échantillonnage se démarquait par une population plus jeune en milieu urbain qu'en milieu rural ou semi-rural, qui pouvait s'expliquer par les lieux d'études, puis du premier emploi dans les villes universitaires (11), et par le vieillissement de la population dans les milieux ruraux (12). Une prédominance de femmes, acceptant d'évoquer la souffrance psychologique, paraissait plus à l'aise avec le sujet et a fourni davantage d'éléments, de verbatims, à l'étude. D'autre part, seul un patient n'avait jamais pris de psychotrope, ce qui marque la souffrance vécue par l'ensemble des participants.

Le manque de temps du médecin traitant décrit par les patients s'est retrouvé dès le recrutement pour l'étude, avec un filtrage par les secrétaires lorsqu'il y en avait et le refus si un cabinet de plusieurs médecins venait de subir le départ ou l'arrêt maladie de l'un d'eux. Il peut exister un biais de sélection par rapport aux MSU qui sont en majorité et peut-être plus sensibilisés à la participation aux études. Ils ont l'habitude de déléguer plus facilement avec leurs étudiants, il est possible qu'ils fassent de même dans leur pratique et orientent plus facilement leurs patients que d'autres confrères.

L'échelle HAD a été choisie selon les recommandations HAS pour l'évaluation de l'état anxieux et dépressif, d'utilisation facile et rapide en médecine générale, ne comprenant que 14 questions, pour dépister deux réels fardeaux en santé publique (13). Il existe une échelle de bien-être au travail SERENAT (14) qui n'avait pas sa place ici, certains patients étant retraités ou ne travaillant pas. De même pour d'autres échelles (GDS, BDI) n'évaluant que la dépression, ici il s'agissait de souffrances psychologiques diverses.

La définition de souffrance psychologique est propre à chacun, suivant le vécu, en témoignent les différentes situations évoquées, qui pourraient être aussi nombreuses que le nombre de patient. Il en est de même pour les attentes envers leur MT concernant leur santé psychologique, qui nous intéresse ici. À raison identique, certains éléments, même énoncés par un seul patient, ont été pris en compte. En effet, étant donné le faible échantillonnage, ils pourraient représenter bien plus de personnes sur un échantillon élargi. De plus, les souffrances psychologiques détaillées par les participants évoquent le modèle développé par Selye en 1956, le syndrome général d'adaptation avec ses trois étapes : la réaction d'alarme, la phase de résistance et d'adaptation et la phase d'épuisement (15).

4.3 Posture du chercheur

Au cours de mes stages, j'ai été sensibilisée à la création du lien de confiance et l'ouverture d'un dialogue avec mes patients. J'ai parfois été frustrée de ne pas pouvoir accorder le temps que j'aurai souhaité à un patient qui me paraissait en avoir besoin, en particulier lors de souffrance psychologique. J'ai pris l'habitude de leur proposer de consulter uniquement pour cela et de prévoir un rendez-vous en fin de journée par exemple pour avoir davantage de temps à leur consacrer. Mais ma question était : est-ce vraiment quelque chose

qu'ils attendent de leur médecin ? Mes entretiens en ont été influencés, avec une écoute attentive, sans limite de temps, et parfois un partage d'expérience.

Il m'a en effet paru difficile de cacher mon appartenance au milieu médical lors de la réalisation des entretiens (Interne en médecine générale), lorsque les patients me demandaient la motivation de ce sujet d'étude, et face aux événements personnels de vie sur lesquels ils se confiaient. Certains ont profité de cet entretien pour avoir un avis médical ou vider leur sac comme ils l'auraient fait avec un psychologue, qui avait le temps et l'écoute nécessaire. Cette posture a pu influencer sur l'analyse des entretiens, mais en même temps, elle a permis aux patients de se livrer pendant les entretiens.

4.4 Validité externe

Dans l'étude publiée en 2004, ayant pour but d'explorer les perceptions des femmes australiennes d'âge mûr, concernant l'aide fournie par les médecins généralistes en cas de détresse psychologique, l'écoute était retrouvée comme aide principale, suivie d'une ordonnance de médicaments et l'orientation vers des soins spécialisés (5). Il était fait mention que le médecin traitant s'occupait du physique et le psychologue de l'émotionnel. Dans notre étude, l'écoute et l'orientation vers d'autres spécialistes sont retrouvées, tout comme le rôle du médecin traitant et du psychologue a été décrit de la même façon par certains patients. Cependant, les médicaments étaient évoqués mais peu de nos patients étaient prêts à en prendre, lorsque leur médecin considérait que cela était nécessaire. De plus, la relation médecin-patient est mise en avant avec la relation de confiance, les conseils, la recherche de souffrance par le médecin traitant et un temps de consultation suffisant.

Les femmes, plus nombreuses dans notre étude, parlaient plus facilement de la souffrance psychologique. Cela peut s'expliquer du fait que les femmes soient plus enclines à exprimer leur douleur et considèrent celle-ci comme le symptôme d'une maladie plutôt qu'un inconfort à supprimer, d'une part, selon la revue médicale suisse de 2012 (16). De même, elles vont plus facilement demander de l'aide et consulter un médecin alors que l'homme aura tendance à minimiser. D'autre part, selon le bilan épidémiologique hebdomadaire du 25 juin 2015 (17), le taux de prévalence de la souffrance psychique liée au travail était, chaque année, deux fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Cela était retrouvé également dans la thèse de Mme VIGNOLA (18), sur la souffrance mentale au travail en médecine générale. Tout comme le médecin généraliste était le premier interlocuteur dans la majorité des cas, un quart des participants à cette thèse n'abordait pas spontanément le sujet de sa souffrance avec son MT, et l'utilisation d'anxiolytiques devançait de peu les antidépresseurs.

À travers la bonne relation médecin-patient, l'ensemble des résultats des attentes des patients évoque l'alliance thérapeutique, par un savoir-faire communicationnel et des attitudes thérapeutiques adaptées (1) (19).

4.5 Ouverture

L'ensemble des patients était ou avait été en souffrance. Les expériences vécues par chacun ont modifié leur prise en charge respective de leur santé psychologique. Interroger des patients indemnes de souffrance pourrait élargir les attentes obtenues. Mais ce type de patient paraît difficile à intégrer dans une étude. En effet, certains ont refusé de participer car ils ne se sentaient pas ou plus concernés par notre sujet. D'autres, n'ayant pas de problème, ne consultaient pas forcément le médecin et nécessiteraient un autre mode de recrutement.

5 CONCLUSION

Cette étude qualitative, réalisée par entretiens individuels auprès de personnes sur leur santé psychologique, a permis de faire ressortir plusieurs attentes envers le médecin traitant. Ces patients souhaitaient une écoute, un temps de consultation suffisant permettant un entretien approfondi, et pour certains une réassurance. Une relation de confiance avec le médecin et un suivi dans le temps étaient également des attentes importantes pour une relation médecin-patient de qualité.

Afin d'être pris en charge correctement, les patients souhaitaient que leur situation soit comprise en tenant compte du contexte, ce qui est facilité par l'ensemble des attentes précitées. Cela passe également par la reconnaissance de l'état psychologique du patient, à travers des questions qui peuvent permettre de rechercher un élément déclencheur.

Les résultats obtenus pourraient être étendus à une population de patients majeurs vivant en France. Cependant, il peut exister autant d'attentes différentes que de participants dans ce type d'étude, suivant l'expérience de chacun. Il est donc important pour tout soignant, et en particulier pour le médecin généraliste, de s'intéresser au ressenti des patients afin d'adopter l'attitude et la prise en charge appropriée pour chacun, tout particulièrement en ce qui concerne la santé psychologique. Cela peut donc passer d'une écoute à un simple conseil lors d'une consultation, à la mise en place d'un traitement lors d'un suivi régulier, et parfois à un arrêt ou une reprise de travail, ou encore une orientation vers un autre spécialiste.

Il serait intéressant d'étudier les attentes de patients exempts de souffrance psychologique afin d'évaluer si elles ont des similitudes ou sont différentes de celles retrouvées dans notre étude avec des patients ayant consulté pour des souffrances psychologiques.

Clermont-Ferrand, le 23/09/2020
Pierre CLAVELOU
Doyen - Directeur



Clermont-Ferrand, le 21/07 2020
Le Président du Jury
Pr G. CLAVIER

BIBLIOGRAPHIE

1. *Perdrix C, Gocko X, Plotton C.* La relation médecin-patient. *Exercer.* 2017;132:187-8.
2. *Mission nationale Evaluation des compétences professionnelles des métiers de la santé, CNGE, CNOSF, CASSF CNGOF.* Référentiels métiers et compétences : médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues -obstétriciens. Paris: Berger Levrault ; 2010. 155 p.
3. *Boguet C, Ariot C.* CONSTRUCTION D'UNE ÉCHELLE D'ÉVALUATION DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT EN MÉDECINE GÉNÉRALE. [Thèse d'exercice]. [France]: Université Grenoble Alpes. UFR Médecine ; 2014.
4. *Carolan CM, Campbell K.* General practitioners' 'lived experience' of assessing psychological distress in cancer patients: an exploratory qualitative study. *European Journal of Cancer Care [Internet].* 2016 ;25(3):391-401.
5. *Outram et al.* The role of GPs in treating psychological distress.pdf. 2004
6. *Schulz P.* Traitement des troubles psychiatriques selon le DSM 5 et la CIM-10. Paris : 2016. 1436p.
7. *Fava GA, Guidi J, Sonino N.* The Psychosomatic Practice. *Acta Derm Venereol.* 2016;96(217):9-13.
8. *Guillaume S, Courtet P, Chabannes J-P, Meynard J-A, Moreau-Mallet V.* Prises en charge, besoins et attentes de patients souffrant de troubles bipolaires I (Étude ECHO – France). *L'Encéphale.* 2011;37(4):332-8.
9. *Schweyer C.* Réponses à la souffrance psychologique : de l'écoute thérapeutique à la prescription de psychotropes. *Journal du droit des jeunes.* 2012;N° 313(3):30-5.

10. *Cape J, Geyer C, Barker C, Pistrang N, Buszewicz M, Dowrick C, et al.* Facilitating understanding of mental health problems in GP consultations: a qualitative study using taped-assisted recall. *British Journal of General Practice*. 2010;60(580):837-45.
11. *Morin B.* Qui habite en milieu rural ? *Informations sociales*. 2011;n° 164(2):11-22.
12. *Gucher C.* Vieillesse dans les espaces ruraux en France et « effets de milieu » : enjeux humains et territoriaux des mutations démographiques. *cdq*. 2014;43(1):103-31.
13. *Chan Chee C, Badjadj L.* Prise en charge des patients avec troubles anxieux entre 2010 et 2014 dans les établissements ayant une autorisation en psychiatrie en France métropolitaine : analyse des données du RIM-P. Article - Bulletin épidémiologique hebdomadaire. 2018.
14. *Servant D, Drumez E, Raynal S, Demarty AL, Salembier A, Deschepper MH, et al.* Élaboration et qualités psychométriques d'une échelle de bien-être au travail. Étude SERENAT auprès de salariés vus en médecine du travail. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*. 2019;67(5):303-9.
15. *Koleck M, Bruchon-Schweitzer M, Bourgeois ML.* Stress et coping : un modèle intégratif en psychologie de la santé. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2003;161(10):809-15
16. *Netgen.* Hommes et femmes : sommes-nous tous égaux face à la douleur ? *Revue Médicale Suisse*. 2012; volume 8. 1470-1473.
17. *Khiredine I, Lemaître A, Homère J, Plaine J, Garras L, Riol MC, et al. ; Groupe MCP* 2012. La souffrance psychique en lien avec le travail chez les salariés actifs en

France entre 2007 et 2012, à partir du programme MCP. Bull Epidemiol Hebd. 2015;(23):431-8.

18. *Vignola E.* La souffrance mentale au travail en médecine générale: enquête auprès de 77 patients en Franche-Comté suivis par 21 médecins [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Franche-Comté. Faculté de médecine et de pharmacie; 2011.

19. *Consoli SM.* Alliance thérapeutique. Annales d'Endocrinologie. 2006; Vol 67, N° 6 - pp. 645-647.

1. Documents médecins

1.1. Description de l'étude

Cher confrère, chère consœur,

Nous vous sollicitons pour recruter des patients pour une thèse de médecine générale.

L'objectif de l'étude est d'analyser les attentes des patients concernant leur prise en charge psychologique par leur médecin généraliste.

La **souffrance psychique** correspond à une souffrance profonde à l'origine d'un trouble mental. La dépression, le stress post-traumatique, et autres troubles du comportement sont des souffrances psychiques. Elles peuvent apparaître dans diverses circonstances de la vie et faire basculer l'individu dans une maladie somatique ou psychique. L'intensité varie selon que la personne est en détresse psychologique ou est atteinte d'une pathologie mentale. La souffrance psychique est aujourd'hui traitée par la psychiatrie. Cependant le médecin généraliste sans être ni psychologue, ni psychiatre, est souvent le premier interlocuteur de ces personnes, et cela le place dans une difficulté à répondre à la demande de prise en charge. D'autre part, la définition d'une souffrance psychique ou psychologique n'est peut-être pas la même pour le patient.

L'enquête se fait par entretiens individuels des patients à leur domicile.

Il est demandé à chaque médecin de recruter 5 patients acceptant l'entretien, si possible aux critères variés.

Il doit s'agir de **patients majeurs** dont vous êtes le **médecin traitant**, pour qui vous avez relevé une **souffrance psychique** (qu'elle soit décrite par le patient, son entourage ou le milieu (para-)médical) actuelle ou passée.

Vous trouverez 3 tableaux en pièce jointe :

Tableau 1 : Caractéristiques du médecin

Tableau 2 : Caractéristiques des patients

Tableau 3 : Liste des patients avec coordonnées

Merci de **remplir ces tableaux** joints et de **les retourner par mail**. Les caractéristiques des patients seront complétées au besoin lors des entretiens. Pour limiter les biais de sélection, l'idéal est de proposer systématiquement aux patients correspondants à l'étude de participer aux entretiens, sans mettre de côté les patients susceptibles de refuser l'entretien. Les noms des patients et de leurs généralistes n'apparaîtront pas dans la thèse.

Nous pourrions vous communiquer les résultats de l'étude si vous le souhaitez.

En vous remerciant par avance du temps que vous accorderez à ce travail.

1.2. Caractéristiques du médecin

Médecin	X
Sexe	
Age	
Lieu d'exercice (rural, semi-rural, urbain)	
Exercice en groupe ou seul	
Maître de stage universitaire (MSU)	

1.3. Caractéristiques des patients

NOM Prénom					
Sexe					
Âge					
Niveau d'étude					
Mode de vie : -célibataire/en couple, -avec/sans enfant, -isolé/entouré.					
Traitement psychotrope : -anciens, -actuel, -aucun.					
A déjà vu ou a été suivi par un psychiatre et/ou un psychologue					

1.4. Liste des patients avec coordonnées

NOMS, Prénoms	Téléphone	Adresse mail
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

2. Document patient

Madame, Monsieur,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à un entretien pour l'étude que je mène sur la prise en charge psychologique en médecine générale.

L'objectif est de connaître les attentes des patients concernant leur prise en charge psychologique par leur médecin généraliste.

L'entretien durera entre 20 minutes et 1 heure et se déroulera à votre domicile.

Je vous contacterai par téléphone pour convenir d'un rendez-vous.

A tout moment vous pourrez choisir d'interrompre votre participation à l'étude. L'ensemble des données sera anonymisé et votre nom n'apparaîtra jamais dans l'étude.

Nous pourrions vous communiquer les résultats de l'étude si vous le souhaitez.

En vous remerciant par avance du temps que vous m'accorderez.

3. Échelle HAD : Hospital Anxiety and Depression scale

<p>1. Je me sens tendu(e) ou énervé(e)</p> <ul style="list-style-type: none"> - La plupart du temps 3 - Souvent 2 - De temps en temps 1 - Jamais 0 	<p>8. J'ai l'impression de fonctionner au ralenti</p> <ul style="list-style-type: none"> - Presque toujours 3 - Très souvent 2 - Parfois 1 - Jamais 0
<p>2. Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, tout autant 0 - Pas autant 1 - Un peu seulement 2 - Presque plus 3 	<p>9. J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jamais 0 - Parfois 1 - Assez souvent 2 - Très souvent 3
<p>3. J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, très nettement 3 - Oui, mais ce n'est pas trop grave 2 - Un peu, mais cela ne m'inquiète pas 1 - Pas du tout 0 	<p>10. Je ne m'intéresse plus à mon apparence</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plus du tout 3 - Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais 2 - Il se peut que je n'y fasse plus autant attention 1 - J'y prête autant d'attention que par le passé 0
<p>4. Je ris facilement et vois le bon côté des choses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autant que par le passé 0 - Plus autant qu'avant 1 - Vraiment moins qu'avant 2 - Plus du tout 3 	<p>11. J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, c'est tout à fait le cas 3 - Un peu 2 - Pas tellement 1 - Pas du tout 0
<p>5. Je me fais du souci</p> <ul style="list-style-type: none"> - Très souvent 3 - Assez souvent 2 - Occasionnellement 1 - Très occasionnellement 0 	<p>12. Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autant qu'avant 0 - Un peu moins qu'avant 1 - Bien moins qu'avant 2 - Presque jamais 3
<p>6. Je suis de bonne humeur</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jamais 3 - Rarement 2 - Assez souvent 1 - La plupart du temps 0 	<p>13. J'éprouve des sensations soudaines de panique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vraiment très souvent 3 - Assez souvent 2 - Pas très souvent 1 - Jamais 0
<p>7. Je peux rester tranquillement assis(e) à ne rien faire et me sentir décontracté(e)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui, quoi qu'il arrive 0 - Oui, en général 1 - Rarement 2 - Jamais 3 	<p>14. Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission de radio ou de télévision</p> <ul style="list-style-type: none"> - Souvent 0 - Parfois 1 - Rarement 2 - Très rarement 3

L'échelle HAD est un instrument qui permet de dépister les troubles anxieux et dépressifs. Elle comporte 14 items cotés de 0 à 3. Sept questions se rapportent à l'anxiété (total A) et sept autres à la dimension dépressive (total D), permettant ainsi l'obtention de deux scores (note maximale de chaque score = 21).

4. Validation des résultats par les patients

THÈMES	A	A	B	B	B	C	C	C	D	D	D	E	F	F	G	Total
Attentes	1	2	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	1	2	1	O
RELATION MÉDECIN-PATIENT																
Communication																
Pouvoir parler	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	15
Confiance	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	15
L'entretien approfondi	O	O	O	O	O	O	N	O	O	N	O	O	O	O	O	13
Écoute	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	15
Réassurance	O	O	O	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	14
Éléments diagnostiques et contextuels																
Reconnaissance de l'état psychologique par le médecin	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	15
Questions souhaitées du médecin par le patient	N	O	O	N	N	O	N	O	O	N	O	O	O	O	O	10
Recherche d'un élément déclencheur par le médecin	O	O	O	N	O	O	N	O	O	O	O	N	O	O	O	12
Compétences et qualités du médecin																
Qualités propres à un médecin (douceur, sauveur, sagesse, humaine, de valeur)	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	15
Comportement adapté (mettre à l'aise, avoir du répondant, réaction adaptée, bonne communication)	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	15
Absence de jugement	O	O	O	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	13
Premier recours	O	O	O	N	O	O	O	N	N	O	O	O	O	O	O	12
Empathie	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	N	O	O	O	13

SOLUTIONS THÉRAPEUTIQUES																
Médicament	O	O	N	O	O	O	N	O	O	O	N	O	O	O	O	12
Arrêt de travail	N	O	N	N	O	O	N	N	O	O	N	O	N	O	N	7
Orientation vers un autre spécialiste si nécessaire	N	O	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	O	O	13
Conseils	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	15
Suivi régulier	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	14
QUALITÉS DU SUIVI																
Accompagnement	N	O	O	O	O	O	O	N	O	O	O	N	O	O	O	12
Temps de consultation suffisant	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	15
Personne extérieure	N	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	O	14
Caractéristiques du médecin	O	N	N	N	O	N	O	N	O	N	O	N	N	N	N	5
Interlocuteur unique	O	N	O	N	O	N	O	O	N	O	O	N	O	N	O	9
En cas de souffrance psychologique, dans quel groupe vous considérez-vous :																
vous consultez votre médecin traitant et abordez spontanément le sujet ?	O	N	O	O	O	N	O	O	O	O	O	O	N	O	O	12
vous consultez votre médecin traitant et attendez qu'il aborde le sujet ?	N	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	O	N	N	2
vous consultez plutôt un psychologue ou psychiatre pour aborder le sujet ?	N	N	N	N	N	O	N	N	N	N	N	N	N	N	N	1
vous ne consultez pas ?	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	0

6. Commentaires des patients sur les résultats

Patients	Commentaires
A2	Ajouter le suivi des conséquences à l'arrêt de travail (assurances, salariés).
B2	Consulte un psychologue ou psychiatre en 2 ^{ème} intention.
D2	Arrêt de travail depuis le 1 ^{er} épisode (n'attendait pas cela avant).
D3	Préfère les méthodes comme la naturopathie. « L'arrêt de travail c'est pas la solution, parfois il faut affronter le problème avec les solutions, avant de s'arrêter. »
G1	Un médecin qui parle.

(Conseil national de l'ordre des médecins)

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Nom, Prénom

Signature

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette FACULTE et de mes chers CONDISEIPLES, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'Honneur et de la Probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et je n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes MAÎTRES, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les HOMMES m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'OPPROBRE et méprisé de mes confrères si j'y manque.

Nom, Prénom

Signature