



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par Aude REGNIER (CARLIER)

Le 28 MARS 2014

**EVALUER LA REPRESENTATION ET LA
CONNAISSANCE DES THERAPIES
COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES PAR LE
GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES
TROUBLES ANXIEUX**

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Raymund Schwan
M. le Professeur Pierre Gillet
Mme le Docteur Elisabeth Steyer
Mme le Docteur Evelyne Cahen
M. le Docteur Jean-Marie Bievez

Président de Jury
Juge
Maître de conférence de Médecine Générale
Juge
Juge et Directeur

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement dans le cadre du troisième cycle de
Médecine Générale

Par Aude REGNIER (CARLIER)

Le 28 MARS 2014

**EVALUER LA REPRESENTATION ET LA
CONNAISSANCE DES THERAPIES
COMPORTEMENTALES ET COGNITIVES PAR LE
GENERALISTE DANS LA PRISE EN CHARGE DES
TROUBLES ANXIEUX**

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Raymund Schwan
M. le Professeur Pierre Gillet
Mme le Docteur Elisabeth Steyer
Mme le Docteur Evelyne Cahen
M. le Docteur Jean-Marie Bievez

Président de Jury
Juge
Maître de conférence de Médecine Générale
Juge
Juge et Directeur

UNIVERSITÉ DE LORRAINE FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université de Lorraine : Professeur Pierre MUTZENHARDT

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Vice-Doyen « Finances » : Professeur Marc BRAUN
Vice-Doyen « Formation permanente » : Professeur Hervé VESPIGNANI
Vice-Doyen « Vie étudiante » : M. Pierre-Olivier BRICE

Asseseurs

- 1er Cycle et délégué FMN Paces :	Docteur Mathias POUSSEL
- 2 ^{ème} Cycle :	Mme la Professeure Marie-Reine LOSSER
- 3 ^{ème} Cycle :	Professeur Marc DEBOUVERIE
• « <i>DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques</i> »	Professeur Associé Paolo DI PATRIZIO
• « <i>DES Spécialité Médecine Générale</i> »	Mme la Professeure I. CHARY-VALKENAERE
• «GestionDU–DIU»	Professeur Bruno LEHEUP
- Plan campus :	Professeur Laurent BRESLER
- Ecole de chirurgie et nouvelles pédagogies :	Professeur Didier MAINARD
- Recherche :	Professeur Jacques HUBERT
- Relations Internationales :	Docteur Christophe NEMOS
- Mono appartenants, filières professionnalisantes :	Docteur Stéphane ZUILY
- Vie Universitaire et Commission vie Facultaire :	Mme la Docteure Frédérique CLAUDOT
- Affaires juridiques, modernisation et gestions partenaires externes:	Mme la Professeure Annick BARBAUD
- Réingénierie professions paramédicales :	Mme la Professeure Annick BARBAUD

DOYENS HONORAIRES

Professeur Jean-Bernard DUREUX - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Patrick NETTER

=====

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain AUBREGE - Gérard BARROCHE - Alain BERTRAND - Pierre BEY
 Marc-André BIGARD - Patrick BOISSEL – Pierre BORDIGONI - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE Jean-Louis
 BOUTROY - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET - Daniel BURNEL - Claude CHARDOT - François CHERRIER
 Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE - Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS
 Jean DUHEILLE - Jean-Bernard DUREUX - Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH Alain GAUCHER - Pierre
 GAUCHER - Hubert GERARD - Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ Oliéro GUERCI - Pierre
 HARTEMANN - Claude HURIET - Christian JANOT - Michèle KESSLER - Jacques LACOSTE Henri LAMBERT - Pierre
 LANDES - Marie-Claire LAXENAIRE - Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE - Pierre LEDERLIN Bernard LEGRAS
 - Jean-Pierre MALLIÉ - Michel MANCIAUX - Philippe MANGIN - Pierre MATHIEU - Michel MERLE Denise
 MONERET-VAUTRIN - Pierre MONIN - Pierre NABET - Jean-Pierre NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN
 Gilbert PERCEBOIS - Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU - Jacques
 POUREL Jean PREVOT - Francis RAPHAEL - Antoine RASPILLER – Denis REGENT - Michel RENARD - Jacques
 ROLAND René-Jean ROYER - Daniel SCHMITT - Michel SCHMITT - Michel SCHWEITZER - Claude SIMON - Danièle
 SOMMELET Jean-François STOLTZ - Michel STRICKER - Gilbert THIBAUT- Augusta TREHEUX - Hubert UFFHOLTZ
 - Gérard VAILLANT Paul VERT - Colette VIDAILHET - Michel VIDAILHET - Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Gérard BARROCHE Professeur Pierre BEY - Professeur Patrick BOISSEL
Professeur Michel BOULANGE – Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Jean-Pierre CRANCE Professeur Jean-
Pierre DELAGOUTTE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ - Professeure Simone GILGENKRANTZ Professeure
Michèle KESSLER - Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD Professeur
Michel PIERSON - Professeur Michel SCHMITT - Professeur Jean-François STOLTZ - Professeur Michel STRICKER
Professeur Hubert UFFHOLTZ - Professeur Paul VERT - Professeure Colette VIDAILHET - Professeur Michel
VIDAILHET Professeur Michel WAYOFF

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)* Professeur Gilles GROSDIDIER - Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Professeur Bernard FOLIGUET – Professeur Christo CHRISTOV

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médecine)*

Professeur Michel CLAUDON – Professeure Valérie CROISÉ-LAURENT Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain
BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER - Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2ème sous-section : *(Physiologie)*

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUÉL – Professeur Christian BEYAERT

3ème sous-section : *(Biologie Cellulaire)*

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT - Professeure Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIIEWSKI – Professeure Evelyne SCHVOERER

2ème sous-section : *(Parasitologie et Mycologie)*

Professeure Marie MACHOUART

3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN Professeur Denis
ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : *(Médecine et santé au travail)*

Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Professeur François KOHLER – Professeure Eliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : (Hématologie ; transfusion)

Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY - Professeur Didier PEIFFERT Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : (Immunologie)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marcelo DE CARVALHO-BITTENCOURT

4ème sous-section : (Génétique)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : (Anesthésiologie - réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ - Professeur Gérard AUDIBERT Professeur Thomas FUCHS-BUDER – Professeure Marie-Reine LOSSER

2ème sous-section : (Réanimation ; médecine d'urgence)

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT - Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

3ème sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)

Professeur François PAILLE – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP ET RÉÉDUCATION

1ère sous-section : (Neurologie)

Professeur Hervé VESPIGNANI - Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE Professeur Luc TAILLANDIER - Professeur Louis MAILLARD

2ème sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE – Professeur Olivier KLEIN Professeur Thierry CIVIT - Professeure Sophie COLNAT-COULBOIS

3ème sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

5ème sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : (Rhumatologie)

Professeure Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD - Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : (Dermato-vénérologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeure Annick BARBAUD

4ème sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Professeur François DAP - Professeur Gilles DAUTEL - Professeur Etienne SIMON

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

1ère sous-section : (Pneumologie ; addictologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE Professeur Nicolas SADOUL - Professeur Christian de CHILLOU
DE CHURET

3ème sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT – Professeur Thierry FOLLIGUET

4ème sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF ET URINAIRE

1ère sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-BIROULET

3ème sous-section : (Néphrologie)

Professeure Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : (Urologie)

Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE ET CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY - Professeur Athanase BENETOS Professeure

Gisèle KANNY – Professeure Christine PERRET-GUILLAUME

2ème sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Laurent BRESLER - Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

**54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

1ère sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER - Professeur François FEILLET

Professeur Cyril SCHWEITZER – Professeur Emmanuel RAFFO – Professeure Rachel VIEUX

2ème sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

3ème sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Olivier MOREL

4ème sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Roger JANKOWSKI – Professeure Cécile PARIETTI-WINKLER

2ème sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeure Karine ANGIOI

3ème sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeure Muriel BRIX

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Professeur Walter BLONDEL

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeure Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur Jean-Marc BOIVIN

PROFESSEUR ASSOCIÉ DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Professeur associé Paolo DI PATRIZIO

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS
HOSPITALIERS**

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteure Manuela PEREZ

2ème sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT - Docteure Françoise TOUATI – Docteure Chantal KOHLER

3ème sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteure Aude MARCHAL – Docteur Guillaume GAUCHOTTE

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDECINE

1ère sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Jean-Claude MAYER - Docteur Jean-Marie ESCANYE

2ème sous-section : (Radiologie et imagerie médecine)

Docteur Damien MANDRY

**44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET
NUTRITION**

1ère sous-section : (Biochimie et biologie moléculaire)

Docteure Sophie FREMONT - Docteure Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN Docteure Catherine MALAPLATE-
ARMAND - Docteure Shyue-Fang BATTAGLIA

2ème sous-section : (Physiologie)

Docteur Mathias POUSSEL – Docteure Silvia VARECHOVA

3ème sous-section : (Biologie Cellulaire)

Docteure Véronique DECOT-MAILLERET

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : (Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)

Docteure Véronique VENARD – Docteure Hélène JEULIN – Docteure Corentine ALAUZET

3ème sous-section : (Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales)

Docteure Sandrine HENARD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : (Epidémiologie, économie de la santé et prévention)

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE – Docteure Frédérique CLAUDOT – Docteur Cédric BAUMANN

2ème sous-section (Médecine et Santé au Travail)

Docteure Isabelle THAON

3ème sous-section (Médecine légale et droit de la santé)

Docteur Laurent MARTRILLE

4ème sous-section : (Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)

Docteur Nicolas JAY

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

2ème sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)

Docteure Lina BOLOTINE

4ème sous-section : (Génétique)

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteure Céline BONNET

**48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

3ème sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)

Docteure Françoise LAPICQUE – Docteur Nicolas GAMBIER – Docteur Julien SCALA-BERTOLA

**50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE ET CHIRURGIE
PLASTIQUE**

1ère sous-section : (Rhumatologie)

Docteure Anne-Christine RAT

3ème sous-section : (Dermato-vénérologie)

Docteure Anne-Claire BURSZTEJN

4ème sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)

Docteure Laetitia GOFFINET-PLEUTRET

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIO-RESPIRATOIRE ET VASCULAIRE

3ème sous-section : (Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire)

Docteur Fabrice VANHUYSE

4ème sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Docteur Stéphane ZUILY

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)

Docteure Laure JOLY

**54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-
OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5ème sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRE DE CONFÉRENCE DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

Docteure Elisabeth STEYER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème Section : SCIENCES ÉCONOMIQUES

Monsieur Vincent LHUILLIER

19ème Section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Joëlle KIVITS

60ème Section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE, GÉNIE CIVIL

Monsieur Alain DURAND

61ème Section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Madame Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Monsieur Nick RAMALANJAONA

65ème Section : BIOLOGIE CELLULAIRE

Monsieur Jean-Louis GELLY - Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE Monsieur Christophe NEMOS -
Madame Natalia DE ISLA - Madame Nathalie MERCIER – Madame Céline HUSELSTEIN

66ème Section : PHYSIOLOGIE

Monsieur Nguyen TRAN

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS Médecine Générale

Docteure Sophie SIEGRIST - Docteur Arnaud MASSON - Docteur Pascal BOUCHE

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeure Mildred T. STAHLMAN (1982)
Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto
(JAPON)

Professeure Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS
(1996)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Université d'Hô Chi Minh-Ville (VIËTNAM)
Professeur Daniel G. BICHET (2001)
Université de Montréal (Canada)
Professeur Marc LEVENSTON (2005)
Institute of Technology, Atlanta (USA)

Professeur Brian BURCHELL (2007)
Université de Dundee (Royaume-Uni)
Professeur Yunfeng ZHOU (2009)
Université de Wuhan (CHINE)
Professeur David ALPERS (2011)
Université de Washington (U.S.A)
Professeur Martin EXNER (2012)
Université de Bonn (ALLEMAGNE)

REMERCIEMENTS

A Notre Maître et Président de Jury

Mr le Professeur Raymund Schwan

Professeur de Psychiatrie

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Recevez le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A notre Maître et Juge

Mr. Le Professeur Pierre Gillet

Professeur de Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

Vous nous faites l'honneur de participer à notre jury.

Recevez l'expression de notre profonde reconnaissance.

A notre Juge

Mme Le Docteur Elisabeth Steyer

Maître de Conférence des Universités de Médecine Générale

Nous sommes honorés de vous compter parmi nos juges.

Puissiez-vous trouver l'expression de notre sincère reconnaissance.

A notre Juge

Mme. le Docteur Evelyne Cahen

Directrice de l'enseignement AFTCC

Nous vous remercions de la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de juger notre travail.

Soyez assurée de notre sincère gratitude et de notre profond respect.

A notre Juge et Directeur

Mr. Le Docteur Jean-Marie Bievez

Médecin Généraliste

Nous vous sommes particulièrement reconnaissantes de nous avoir accompagnées avec autant de disponibilité, d'implication et d'endurance.

Votre enthousiasme, vos précieux conseils et votre rigueur scientifique nous ont permis de mener à terme ce projet.

Vous trouverez ici le témoignage de notre sincère gratitude et de notre amitié.

Aux onze médecins généralistes sans qui ce travail n'aurait pu être réalisé. Merci d'avoir participé à cette enquête ainsi que pour votre accueil et votre disponibilité.

A tous les médecins généralistes et hospitaliers qui m'ont aidée et formée pendant mes stages. Merci pour votre accueil et pour toutes les connaissances que j'ai acquises à vos côtés.

Au Dr Sophie Bord qui je remplace depuis six mois et qui me guide. J'espère que nos projets se réaliseront.

A MA FAMILLE,

A mon mari Jean-Marc qui a été présent tout au long de mes études, qui m'a encouragé et soutenu. Je n'aurais pu réussir sans tes encouragements et ton aide. Je t'aime.

A ma Poupette, Elena qui est née voilà maintenant deux ans. Tu es mon petit ange, mon bébé. Ta joie de vivre m'illumine tous les jours et j'espère pouvoir passer à présent plus de temps auprès de toi.

A mes parents, sans qui je n'aurais pu faire ces études. Merci de m'avoir guidée et soutenue tout au long de ce parcours.

A mon frère Stéphane, qui était là pour m'encourager à faire ces études. Nous étions très proche dans le passé et j'espère qu'on se retrouvera.

A ma sœur Céline, avec toute mon affection.

A mes grands-mères, qui ont toujours été là.

A mon Papi, qui aurait été fier de moi, j'aurais voulu que tu sois présent ce jour.

A mon grand-père paternel qui me manque beaucoup.

A ma belle-famille, qui m'a soutenue, je vous adore.

A MES AMIS

A ma Shirine, amie et mentor qui m'a appris à être ce que je suis. Tu as su me former, me guider et devenir une amie exceptionnelle.

A Alexis avec qui une complicité est née au fil de ces années.

A Anne-Marie, ma marraine, qui a toujours été là.

A Mélanie qui a été présente depuis le début de ces études.

A la Croix Blanche, particulièrement Martine et Aurélio qui ont confirmés ma vocation.

A Agata et Alexis qui sont des voisins supers, merci pour la traduction et la reproduction.

A tous mes amis, Marie, Florence, Erika pour tous les bons moments passés ensemble.

A tout ceux que j'ai oublié, Merci.

SERMENT

« **A**u moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque ».

TABLE DES MATIERES

• INTRODUCTION	22
• LES TROUBLES ANXIEUX.....	24
I. Historique	24
1. Historique et évolution des concepts	24
2. Etiopathogénie des troubles anxieux et hypothèses diagnostiques.....	25
II. Clinique et Evolution des troubles anxieux	26
1. Epidémiologie	26
2. Nosographie selon le DSM IV et la CIM 10	26
1. Critères diagnostiques classiques	27
III. Prise en charge des troubles anxieux	29
1. Les Psychotropes.....	29
2. La Psychothérapie	30
• MATERIEL ET METHODE	33
I. Choix de la méthode qualitative	33
1. Les différents types d'études.....	33
2. Types d'entretien.....	34
II. Canevas des entretiens.....	35
1. Rédaction	35
2. Ajustement du questionnaire.....	36
III. Constitution de l'échantillon.....	39
1. Critères de choix	39
2. Recrutement	40
3. Prise de rendez-vous	41
IV. Déroulement de l'entretien	41
V. Analyse des entretiens	42
1. Retranscription	43
2. Codage	43
• RESULTATS	47
I. Investigation	47
1. Déroulement des entretiens	47
2. Accueil des médecins.....	47

II.	Analyse des entretiens	48
1.	Analyse par entretien	48
2.	Analyse transversale	52
a.	Caractéristiques des médecins.....	52
b.	Difficultés de prise en charge du trouble anxieux par le médecin généraliste	62
c.	Les thérapies cognitivo-comportementales	68
d.	Traitement des troubles anxieux par le médecin généraliste	74
•	DISCUSSION	87
I.	Choix de l'étude	87
1.	Choix du sujet	87
2.	Choix de la population interrogée	88
II.	Limites et biais	89
1.	Biais en lien avec la méthode	89
2.	Biais en lien avec l'interviewer	91
III.	Synthèse des résultats et commentaires	92
1.	Prise en charge des troubles anxieux	92
2.	Représentation des T.C.C	95
IV.	Proposition	96
1.	La formation en psychiatrie	96
2.	Prévention	98
3.	Communication avec le psychiatre	99
4.	Développer l'offre de soins	99
5.	Guide de T.C.C.	100
•	CONCLUSION.....	103
•	BIBLIOGRAPHIE	105
•	ANNEXES.....	109

INTRODUCTION

Les troubles anxieux désignent un ensemble d'affections caractérisées par une anxiété excessive ou persistante, entraînant une souffrance subjective permanente ou entravant le fonctionnement de la vie quotidienne (1). L'anxiété est une émotion naturelle, éprouvée par chacun d'entre nous, mais qui varie en sévérité et en fréquence (2). Elle n'est pas un phénomène pathologique en soi, et elle s'inscrit dans le registre émotionnel humain normal. L'anxiété liée à des stress de la vie comme les difficultés professionnelles, financières, familiales ou les maladies est légitime et compréhensible (3). Différentes manifestations regroupent les troubles anxieux.

En médecine générale, les motifs de consultations suite à des troubles anxieux sont très fréquents et il n'est pas toujours évident au médecin généraliste de les traiter. En tenant compte des recommandations émises par la Haute Autorité de Santé (H.A.S.), le médecin traitant dispose de deux options thérapeutiques : le traitement pharmacologique et/ou la psychothérapie. Les troubles anxieux graves font l'objet d'un guide d'affection longue durée (A.L.D.) et sont donc pris en charge à 100 % (4). Il permet au médecin généraliste de disposer d'un référentiel.

Les français sont les premiers consommateurs européens de psychotropes. Ces traitements ne sont pas dénués d'effets secondaires et ne sont pas les traitements les plus efficaces. L'apparition des thérapies cognitivo-comportementales (T.C.C.) a permis d'améliorer la prise en charge des troubles anxieux.

Les spécialistes et les médecins généralistes utilisant les T.C.C. sont limités en nombre en France : seul 1500 thérapeutes comportementalistes, psychiatres, psychologues ou médecins généralistes exercent sur l'ensemble du territoire.

Les T.C.C. ont fait leur preuve mais sont peu connues des médecins généralistes. Ces thérapies sont adaptées à la médecine générale mais la formation est longue. Les médecins traitants ont la volonté de soigner le mieux possible leur patient.

Peut-on améliorer la prise en charge des troubles anxieux ?

L'objectif principal est d'explorer les représentations des T.C.C. par les médecins généralistes dans la prise en charge des troubles anxieux. L'objectif secondaire est d'améliorer la prise en charge des troubles anxieux.

LES TROUBLES ANXIEUX

I. Historique

1. Historique et évolution des concepts

Les thérapies cognitivo-comportementales (T.C.C.) ont pris leur forme actuelle seulement à partir des années 1950 dans des travaux anglo-saxons, mais les précurseurs sont très nombreux dès l'antiquité (5). La naissance de la psychanalyse se situe à la fin du XIXe siècle avec les publications successives de nombreux ouvrages (6) écrits par Freud. L'application de la psychologie scientifique à la psychothérapie est représentée par les thérapies comportementales et cognitives. Celles-ci mettent l'accent sur l'utilisation d'une méthodologie expérimentale afin de comprendre et de modifier les troubles psychologiques (7).

Les techniques utilisées interviennent à trois niveaux : aux niveaux comportemental, cognitif et émotionnel (5).

- Les références des thérapies comportementales sont les théories de l'apprentissage, c'est à dire le conditionnement classique pavlovien selon le schéma stimulus-réponse, le conditionnement opérant (apprentissage par la rétroaction des conséquences de l'action) et l'apprentissage social. La théorie de l'apprentissage social insiste sur la personne et ses choix : la modification du comportement est personnelle et le thérapeute n'intervient pas. Seule l'observation suffit à modifier les comportements.
- La théorie cognitive apprend au patient à endiguer les pensées négatives contrairement à la thérapie comportementale qui est axée sur le changement de comportement.

- Les émotions sont des sentiments qui reflètent le véritable motif de consultation. La relaxation quant à elle permet de détendre le patient pour lui permettre ensuite de se concentrer sur autre chose que l'image anxiogène.

2. Etiopathogénie des troubles anxieux et hypothèses diagnostiques

Les troubles anxieux peuvent être expliqués par différents mécanismes qui interagissent entre le vécu du patient et l'environnement. Une vulnérabilité biologique et psychologique aux événements de vie négatifs ou une incapacité perçue de contrôle renforce l'anxiété. Des facteurs sociaux viennent se surajouter. Des théories biologiques impliquent la sérotonine, la noradrénaline et l'acide gamma-aminobutyrique (GABA) dans la genèse des troubles anxieux et permet d'expliquer ainsi l'efficacité des antidépresseurs sérotoninergiques et des benzodiazépines.

Les T.C.C. sont utilisées depuis l'antiquité. Elles interviennent au niveau comportementale, cognitif et émotionnel. Les troubles anxieux quant à eux peuvent être expliqués par des facteurs sociaux ainsi qu'une vulnérabilité biologique.

II. Clinique et évolution des troubles anxieux

1. Epidémiologie

Les troubles anxieux sont deux fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes et apparaissent généralement entre quinze et trente ans (1).

2. Nosographie selon le DSM IV et la CIM 10

La nosographie, en psychiatrie a connu son plein essor au courant du XX e siècle, au gré des écoles de psychopathologie. Dans la seconde moitié du siècle est apparu un constat : il était devenu impossible de comparer les données issues de pays différents, voire d'établissements différents au sein d'un même pays, tant les définitions des maladies et leurs critères diagnostiques étaient différents. De ce constat est née la nécessité d'uniformiser la nosographie sur le plan international. La nosographie actuelle se veut indépendante des écoles, et repose sur une définition des troubles par listes de critères cliniques (8).

Deux classifications sont actuellement utilisées :

- Le Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (DSM), qui en est à sa IVe édition (publiée en 1994), et première révision (publiée en 2000). On parle couramment du DSM-IV-TR
- La Classification Internationale des Maladies, 10e éditions (CIM 10)

Les troubles anxieux, dans la classification DSM-IV-TR, regroupent plusieurs maladies (9):

- Trouble panique avec ou sans agoraphobie
- Agoraphobie sans antécédent de trouble panique
- Phobie spécifique (ou phobie simple)
- Phobie sociale
- Trouble obsessionnel compulsif (T.O.C.)
- Etat de stress post traumatique (E.S.P.T.)
- Etat de stress aigu
- Anxiété généralisée
- Trouble anxieux
 - o Dû à une affection médicale générale
 - o Induit par une substance
 - o Non spécifié

3. Critères diagnostiques classiques

Chaque trouble anxieux correspond à des critères diagnostiques (9):

- Attaque de panique : une période bien délimitée de crainte ou de malaise intense dans laquelle au minimum quatre des symptômes suivants sont survenus de façon brutale et ont atteint leur acmé en moins de dix minutes (palpitations, transpiration, tremblements, impressions d'étouffement, sensation d'étranglement, douleur thoracique, nausée, sensation de vertige, dépersonnalisation, peur de perdre le contrôle de soi, peur de mourir, paresthésies, frissons ou bouffées de chaleur).
- Agoraphobie : anxiété liée au fait de se retrouver dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile de s'échapper en cas d'attaque de panique.
- Phobie spécifique : peur persistante et intense à caractère irraisonné ou bien excessif, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique.

- Phobie sociale : Une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou bien de situations de performance durant lesquelles le sujet est en contact avec des gens non familiers.
- T.O.C. : existence soit d'obsessions (pensées persistantes qui ne sont pas simplement des préoccupations excessives mais proviennent de sa propre activité mentale, le sujet fait des efforts pour les ignorer) soit de compulsions (comportements répétitifs ou actes mentaux destinés à neutraliser le sentiment de détresse).
- E.S.P.T. : la réaction du sujet à l'événement déclencheur s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance.
- Anxiété généralisée : anxiété et soucis excessifs survenant la plupart du temps durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités. L'anxiété et les soucis sont associés à au moins trois des symptômes suivant (agitation, fatigabilité, difficultés de concentration, irritabilité, tension musculaire, perturbation du sommeil).

Deux classifications sont actuellement utilisées pour uniformiser la nosographie : le DSM IV-TR et la CIM 10. Chaque trouble anxieux comporte une définition avec des critères spécifiques. Nous avons choisi d'utiliser les critères du DSM IV-TR dans notre étude.

III. Prise en charge des troubles anxieux

Pour les différents types de troubles anxieux, la « Clinical Global Impression Scale » (score de 1 à 7) est un instrument d'évaluation générale souvent utilisé. Dans les troubles anxieux généralisés, l'échelle d'« Hamilton Anxiety Rating Scale » se composant de 14 items permet de graduer l'intensité de l'anxiété ainsi que d'évaluer la réponse thérapeutique. L'échelle « Liebowitz Social Anxiety Scale » est une échelle spécifique quant à elle utilisée pour l'évaluation du traitement de la phobie sociale. Pour le trouble panique il est utilisé l'échelle « Panic Disorder Severity Scale ».

La prise en charge des troubles anxieux est du ressort du médecin traitant (10). Il est tout d'abord indispensable de rechercher et de traiter des comorbidités psychiatriques et addictologiques. Lors de l'utilisation de la chimiothérapie, une réévaluation est recommandée une à deux semaines après la première consultation puis toutes les quatre à six semaines (4).

1. Les Psychotropes

Le traitement médicamenteux par psychotropes doit toujours être associé à une approche psycho éducative associant réassurance et explications sur les symptômes. On retrouve les psychotropes ayant une activité anxiolytique rapide à type de benzodiazépines et ceux ayant une activité anxiolytique progressive comme les antidépresseurs (11). Le traitement se base sur les préférences du patient, la sévérité de la maladie, les comorbidités, les maladies organiques concomitantes, des complications comme le risque d'abus de substance ou de suicide et l'historique des traitements précédents (12).

Les benzodiazépines sont indiquées dans l'anxiété généralisée ou le trouble panique pour un maximum de douze semaines, sevrage progressif inclus (4). Lors de la prescription initiale, le risque de dépendance doit être expliquée ainsi que les modalités de sevrage. Les

benzodiazépines agissent sur le système nerveux central en ayant des propriétés anxiolytiques, hypnotiques, myorelaxantes et anticonvulsivantes mais à des niveaux différents en fonction de leur structure chimique (13). Vingt-deux benzodiazépines ou apparentés sont commercialisées en France.

D'autres effets indésirables sont possibles en plus du risque de dépendances : les autres effets indésirables sont notamment une amnésie antérograde, une baisse de la vigilance, une confusion, des chutes chez le sujet âgé (4). Il est préférable d'utiliser des anxiolytiques à demi-vie courte (14).

Par contre, les antidépresseurs et notamment les inhibiteurs spécifiques de la recapture de la sérotonine (par exemple la paroxétine, l'escitalopram ou le citalopram) ont une efficacité indépendante dans les troubles anxieux de l'existence d'une symptomatologie dépressive associée (11). Ils sont indiqués en première intention avec les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (4) comme la venlafaxine. Cette efficacité a été démontrée dans l'ensemble des troubles anxieux de l'adulte, à l'exception des phobies spécifiques. Par contre la fluoxétine, la sertraline et la fluvoxamine ne sont indiquées que dans les troubles obsessionnels compulsifs.

Les posologies préconisées dans les troubles anxieux ne sont pas inférieures à celles préconisées dans les troubles dépressifs dans la plupart des cas (15). On évalue l'efficacité des antidépresseurs après quatre à huit semaines de traitement. Si le traitement est satisfaisant, il est maintenu six à douze mois après disparition des symptômes (10).

2. La psychothérapie

Les T.C.C. s'intéressent principalement aux mécanismes d'acquisition et d'apprentissage des comportements normaux et pathologiques et aux processus conscients ou inconscients de traitement de l'information. Une de leurs indications privilégiées sont les troubles phobiques, l'agoraphobie et les T.O.C. L'objectif est de modifier, selon le principe de conditionnement, les pensées et le comportement du patient qui entretiennent le trouble

anxieux. Elle a pour but d'apprendre au patient une nouvelle séquence de comportement. Elles sont centrées sur la gestion du problème actuel et futur.

Ces thérapies ont pour but d'accroître les possibilités d'autogestion du patient : elles apprennent au patient des stratégies utilisables de façon autonome dans une large variété de situations.

Elles comprennent typiquement quatre phases (5) :

- L'analyse fonctionnelle : observation du comportement et des renforcements
- Définition d'un objectif de traitement : but du traitement
- Mise en œuvre d'un programme de traitement : autorégulation du comportement et auto observation
- Evaluation des résultats du traitement : suivi d'au moins un an après la fin du traitement

Le traitement comprend une vingtaine de séances réparties en douze à seize semaines (1). Les techniques utilisées en T.C.C. diffèrent selon le trouble à prendre en charge :

- La thérapie d'exposition (exposition progressive au stimulus phobogène) est indiquée dans le trouble panique, l'anxiété sociale et la phobie spécifique
- La thérapie d'affirmation de soi dans l'anxiété sociale
- La relaxation ainsi que la régulation ventilatoire dans le trouble panique (10)

Elles peuvent être utilisées en association avec les psychotropes mais cette association n'est pas indiquée en première intention. Les T.C.C. ont un effet thérapeutique durable au delà du traitement médicamenteux (11). Les courtes T.C.C. sont aussi efficaces que les longues thérapies en soins primaires (16). Dans les troubles paniques, la combinaison des

T.C.C. avec des anxiolytiques délivrés par un psychiatre répond mieux que le traitement pharmacologique seul (17).

En vieillissant, l'anxiété ne disparaît pas, bien au contraire. Les T.C.C. sont souvent aussi efficaces chez les personnes âgées que chez l'adulte jeune (18) et permettent d'éviter d'accroître la polymédication déjà présente.

Aux Pays-Bas une étude a évalué des guides thérapeutiques destinés à développer l'utilisation des techniques simples de T.C.C. en soins primaires. Les T.C.C. simplifiées dirigées par le médecin généraliste dans le cadre du traitement des troubles anxieux est aussi efficace qu'une thérapie réalisée par un thérapeute formé aux T.C.C. (19).

Un rapport de l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (I.N.S.E.R.M.), publié en 2004 a évalué l'efficacité de 3 types d'approches psychothérapeutiques : l'approche psychodynamique, l'approche cognitivo-comportementale et la thérapie familiale et de couple. Selon ce rapport les T.C.C. sont les méthodes les plus efficaces dans les 15 syndromes psychiatriques (dont les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, la schizophrénie) sur 16 évalués (6).

Pour réaliser le diagnostic, différentes échelles peuvent être utilisées. La prise en charge des troubles anxieux utilise la chimiothérapie ou la psychothérapie. Le traitement médicamenteux est composé de benzodiazépines ou d'antidépresseurs. Les T.C.C. sont l'une des principales thérapies utilisées et reconnues comme étant efficaces. Une vingtaine de séances est réalisée et répartie en douze à seize semaines.

MATERIEL ET METHODE

I. Choix de la méthode qualitative

1. Les différents types d'étude

Nous avons choisi pour notre étude l'utilisation d'une méthode qualitative avec des entretiens semi-dirigés. En effet une recherche quantitative ne permettait pas de répondre à notre question.

La recherche qualitative regroupe un ensemble de techniques de recueil de données empiriques (entretien, observation, analyse de documents, etc.) visant à étudier les perceptions et les comportements des individus dans leur environnement social, culturel, psychologique, physique, politique, économique (20). Elle permet d'analyser des facteurs subjectifs et difficiles à mesurer (21) contrairement à l'étude quantitative.

En sciences humaines, on dispose de quatre grands types de méthodes : la recherche documentaire, l'observation, le questionnaire, l'entretien. Seuls le questionnaire et l'entretien sont des méthodes de production de données verbales (22).

Le but de la recherche qualitative est d'aider à comprendre les phénomènes sociaux dans leur contexte naturel (23). Mais les données ne sont pas habituellement accessibles immédiatement à l'analyse, elles ont donc besoin d'être préalablement traitées (24). La recherche qualitative n'a pas le but d'être exhaustive mais elle doit être représentative.

La méthode qualitative permet de mieux comprendre la prise en charge du trouble anxieux par le médecin généraliste ainsi que sa connaissance vis à vis des thérapies cognitivo-comportementales. En effet une étude quantitative ne pourrait rechercher clairement les obstacles à utiliser les thérapies cognitivo-comportementales par le médecin généraliste.

Ce type d'étude nous a donc semblé la plus appropriée et pourra permettre la réalisation d'une étude quantitative vis à vis des résultats dans un deuxième temps.

2. Types d'entretien

Plusieurs types d'entretiens sont possibles : le focus group et l'entretien semi-dirigé ainsi que le questionnaire. Chaque technique représente une situation interlocutoire particulière qui produit des données différentes : le questionnaire provoque une réponse, l'entretien fait construire un discours (22).

Le questionnaire est un ensemble de questions rédigées à l'avance ; il produit une série de réponses qui constituent un discours fragmenté, délinéarisé (25). Il permet d'interroger un grand nombre de personnes rapidement et dans un temps assez court.

Le focus group permet par contre de favoriser l'échange entre confrères. Ils ont l'avantage d'être interactifs et de susciter une dynamique de groupe intéressante, en amenant les différents intervenants à s'engager et à s'expliquer sur leurs choix (21). Chaque participant défend ses priorités, ses préférences, ses valeurs (aspects socioculturels, normes de groupe) et son vécu (26). Cette technique d'entretien permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion (27).

L'entretien semi-dirigé permet à l'interlocuteur de parler librement sans être jugé ou confronté à ses confrères. Il est accessible plus facilement et permet donc d'interroger un nombre de médecin plus représentatif. Il permet au médecin interviewé de s'exprimer librement et de faire appel à son expérience vécue, ou à son point de vue, et il le place au premier plan (20). Il permet également de s'adapter individuellement à son interlocuteur et de récolter par conséquent un plus grand nombre d'informations. Il est donc pertinent de l'utiliser dès lors que l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques (28). La multiplication des entretiens auprès d'une population ciblée permet de dégager des logiques d'action communes mais aussi divergentes entre les différentes personnes

rencontrées (29).

Nous avons décidé d'utiliser l'entretien semi-dirigé dans notre étude pour toutes les caractéristiques citées ci-dessus.

Il s'agit d'une étude qualitative avec entretiens semi-dirigés. L'étude qualitative permet de comprendre la prise en charge des troubles anxieux par le médecin généraliste ainsi que ses connaissances vis à vis des T.C.C. L'entretien semi-dirigé contrairement au focus-group et au questionnaire est plus accessible et permet de s'adapter à son interlocuteur.

II. Canevas des entretiens

1. Rédaction

Le guide d'entretien n'est pas un questionnaire (28). Il est rédigé avant l'entretien et comporte la liste des thèmes ou des aspects du thème qui devront avoir été abordés avant la fin de l'entretien (30). Il permet de guider tout au long de l'entretien et doit être facilement consultable.

Les entretiens semi-dirigés ont donc dû être préalablement préparés avec la rédaction d'un canevas. Il a été décidé de faire l'entretien en deux parties avec une première partie plutôt générale permettant de recueillir un maximum de données sur le médecin interrogé par des questions fermées. La seconde partie regroupe cinq questions ouvertes spécifiques en rapport avec le sujet. Ces cinq questions contiennent des sous-questions nous permettant de relancer l'interviewé et permettre de récolter un entretien contenant le maximum

d'informations qui seront ensuite traitées. Le canevas (Annexe 1) a d'abord été testé sur un médecin pour évaluer la durée de l'entretien ainsi que la pertinence des questions. Les sous-questions ont été développées pour permettre de guider le médecin interrogé.

Durant l'entretien nous avons abordé :

- Comment prenez-vous en charge les troubles anxieux ?
- Parlez-nous du dernier patient anxieux pris en charge.
- Quels sont les outils que vous connaissez ? Quels sont ceux que vous utilisez ?
- Que pensez-vous des T.C.C. ?
- Quels sont vos obstacles à utiliser ces techniques ?

2. Ajustement du questionnaire

Au fur et à mesure des premiers entretiens le guide a été ajusté. En effet le guide évolue : à partir des premiers entretiens exploratoires, le chercheur intègre de nouveaux aspects et élabore un guide plus précis, plus détaillé (30). Nous avons donc réajusté le guide d'entretien en développant des sous-questions.

Les premiers entretiens n'étaient pas assez complets. Nous avons du mal à relancer l'interlocuteur et à le laisser parler librement. Un bon entretien nécessite de libérer au maximum l'interviewé pour qu'il se laisse aller à des associations d'idées (29).

Dans la première question « Comment prenez-vous en charge les troubles anxieux ? », nous avons ajouté comme sous-questions : « Utilisez-vous un traitement médicamenteux ? » mais aussi « Que faites-vous comme psychothérapie de soutien ? Que pensez-vous de la relaxation ? ». Ces sous-questions ont permis à l'interviewé de développer sa prise en charge et de mettre l'accent sur des points dont il ne pensait pas.

Dans la deuxième question « Parlez-nous du dernier patient anxieux pris en charge », pour aider l'interviewé, nous lui avons cité les types de troubles anxieux comme le trouble panique ou le trouble anxieux généralisé par exemple. Nous lui avons également demandé si d'autres signes type dépression étaient associés. Les médecins avaient toujours un temps de réflexion pour se souvenir de la dernière consultation mais en leur citant un type de trouble anxieux, ils nous donnaient un exemple datant de moins d'une semaine.

Pour la troisième question « Quels sont les outils que vous connaissez ? Quels sont ceux que vous utilisez ? », nous avons cité les différents outils si les médecins interviewés n'en connaissaient pas. Nous leur avons énuméré la relaxation, la psychothérapie de soutien ou encore les T.C.C. Nous leur avons donné par exemple les noms des différentes échelles utilisées dans les troubles anxieux et nous leur avons demandé l'avis sur le guide d'affection longue durée de la H.A.S. sur la prise en charge des troubles anxieux graves.

Dans la quatrième question « Que pensez-vous des T.C.C. », nous leur avons demandé s'ils les utilisaient dans d'autres domaines que les troubles anxieux ou quelle était leur prise en charge dans les différents types de troubles anxieux. En effet, leurs réponses à la première question étaient souvent brèves et des sous-questions étaient nécessaires pour développer leur avis sur les thérapies cognitivo-comportementales.

Dans la dernière question « Quelles sont vos obstacles à utiliser ces techniques ? », en fonction de leurs réponses ou si les interviewés n'en trouvaient pas, nous leur avons cités la formation, le temps des consultations, le manque d'accessibilité des spécialistes, le délai de prise en charge par les spécialistes. Nous avons fini par leur demander s'ils utiliseraient en consultation un guide de T.C.C. accessible à leur pratique.

Nous avons également noté sur le canevas d'entretien des phrases de relance pour permettre à l'interviewé de développer une idée.

Le mode d'intervention caractéristique de l'entretien est la relance, terme générique qui désigne la manière de reprendre « en écho » les propos mêmes de son interlocuteur (30). Nous avons donc mis en place des stratégies d'intervention pour relancer l'interlocuteur si besoin au cours de l'entretien.

Les relances sont importantes pour approfondir un sujet ou permettre à l'interviewé de produire un discours plus complet. Les relances prennent pour objet le dire antérieur de l'interviewé. On peut distinguer six types de relances, chacune ayant des effets spécifiques sur le discours produit (30).

Les Types de relance de l'interviewer :

Registre	Type d'acte		
	Réitération	Déclaration	Interrogation
Référentiel	Echo	Complémentation	Question sur le contenu
Modal	Reflet	Interprétation	Question sur l'attitude

Nous avons choisi d'en utiliser trois :

- La réitération en répétant les derniers mots de l'interviewé : « l'écho ». Elle permet à la fois une confirmation d'écoute et une demande d'explication de l'énoncé réitéré (23).
- La déclaration référentielle : l'interviewer fait une complémentation (synthèse partielle, anticipation incertaine, inférence sur le contenu) en indiquant qu'il écoute ce qu'on lui dit (23).
- L'interrogation sur le contenu : « Qu'entendez-vous par ? Que faites-vous précisément ? »

Le canevas des entretiens est un outil et ne doit pas encombrer le déroulement d'un entretien (29) .

Un guide d'entretien a été préalablement rédigé. L'entretien se compose d'une partie générale avec des questions en rapport avec le médecin et une partie plus spécifique en rapport avec le sujet. Le guide a été ajusté au fur et à mesure des entretiens pour favoriser la relance en mettant en place des stratégies d'interventions.

III. Constitution de l'échantillon

1. Critères de choix

La population à étudier est largement échantillonnée afin d'explorer la plus grande diversité possible du thème étudié (21). La taille de l'échantillon est réduite dans une étude qualitative dans la mesure où les informations issues des entretiens sont validées par le contexte et n'ont pas besoin de l'être par leur probabilité d'occurrence (31). Ce n'est pas un échantillon représentatif quantitativement mais qualitativement qui est important (28). Le nombre final d'entretien n'est obtenu que lorsque les informations sont redondantes et semblent n'apporter plus rien de nouveau (31).

Nous avons interrogé un nombre de médecin en Moselle et Meurthe et Moselle en s'assurant que l'échantillon soit le plus diversifié possible. Dans l'enquête par entretien, on bâtit le plus souvent un échantillon diversifié, qui repose sur la sélection de composantes non strictement représentatives mais caractéristiques de la population (31).

Nous avons choisi de choisir les médecins selon différents critères :

- Lieu d'exercice regroupant deux caractéristiques : le département ainsi que le milieu (rural, semi-rural ou urbain). Nous avons voulu voir si le lieu d'exercice influence la prise en charge.
- L'âge du médecin interrogé : la prise en charge peut être différente suivant son expérience, la méconnaissance de nouvelles techniques de prise en charge.
- Le sexe : une femme ou un homme n'aura peut être pas le même prise en charge.
- Si le médecin est maître de stage : un médecin maître de stage connaîtra peut être plus les recommandations.
- Les conditions d'exercices : le mode d'exercice en groupe ou en individuel influencera t-elle la prise en charge ?

L'objectif n'est pas d'avoir une représentation moyenne de la population mais d'obtenir un échantillon de personnes qui ont un vécu (éventuellement de la manière la plus aiguë), une caractéristique ou une expérience particulière à analyser (23). Dans l'analyse, nous avons comparé nos résultats à ceux de la Lorraine (32) et de la population générale (33).

2. Recrutement

Le recrutement des médecins s'est déroulé de façon aléatoire en fonction des critères cités ci-dessus. Nous avons sélectionné les médecins en consultant les pages jaunes puis nous les avons contactés par téléphone. Nous leur avons présenté notre sujet de thèse et demandé s'ils seraient d'accord pour être interrogés et enregistrés.

Nous avons contacté vingt et un médecins :

- onze médecins ont répondu positivement et ont été interrogés
- deux médecins ont refusé par manque de temps et manque d'intérêt du sujet
- huit médecins n'ont pu être contactés directement car ils étaient en vacances ou injoignables directement en raison d'un secrétariat téléphonique

3. Prise de Rendez-vous

Une fois que le médecin a accepté de répondre à nos questions, nous lui laissons libre choix de la date et de l'heure du rendez-vous. Neufs médecins ont été interrogés à leurs cabinets et deux médecins ont préféré une rencontre à domicile.

Onze médecins ont été interrogés en Moselle et en Meurthe et Moselle. Les médecins ont été choisis selon différents critères : le lieu d'exercice, l'âge, le sexe, s'il est ou non maître de stage et les conditions d'exercice. Le recrutement s'est déroulé de façon aléatoire. Le médecin a ensuite choisi le lieu de rencontre.

IV. Déroulement de l'entretien

Nous avons donc rencontré les médecins à leur cabinet ou à leur domicile comme ils le préféreraient. Nous nous sommes présentés et nous leur avons expliqué notre sujet de thèse. Nous avons enregistré tous les entretiens à l'aide d'un dictaphone.

Nous avons débuté l'entretien par quelques questions plutôt générales pour mettre en confiance l'interviewé puis nous avons continué par des questions plus spécifiques en rapport avec le sujet en respectant le guide d'entretien. Selon le principe de l'entretien semi-dirigé, nous avons laissé parler l'interviewé sans l'interrompre sauf présence de digression en dehors du sujet. Pendant les différents entretiens des notes ont été prises. La prise de note pendant l'entretien est utile pour faciliter la mémorisation des points les plus importants en vue des relances (30).

Le fait d'enregistrer les entretiens a pu être un frein pour les médecins pour parler librement. Une fois l'enregistrement terminé et l'entretien fini, plusieurs médecins ont évoqué des points de vue intéressants en rapport avec le guide d'entretien qu'ils n'avaient pas explicités précédemment. L'enregistrement devait les freiner et une fois celui-ci terminé, l'interviewé proposait de nouvelles idées qui n'ont donc pas pu être analysées.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. Une fois l'enregistrement terminé, certains médecins ont évoqué des points de vue intéressants qui n'ont pu être analysés.

V. Analyse des entretiens

L'analyse en recherche qualitative cherche à décrire et comprendre des phénomènes particuliers dans des contextes particuliers. Les données qualitatives ne peuvent pas fournir de données à l'évidence en terme de prévalence, prédiction, relations de cause/effet et ne peuvent pas être généralisées à une population plus large (34). Elle nécessite tout d'abord une retranscription des entretiens puis un codage.

1. Retranscription

Tous les enregistrements ont été méticuleusement retranscrits. Condition de la qualité de l'analyse, l'enregistrement a été retranscrit le plus complètement et avec le plus de précision possible, non seulement de façon littérale, mais avec indication des hésitations, des silences, des rires. Les façons de dire peuvent être aussi importantes que le contenu des propos (30). Nous avons respecté l'anonymat en attribuant un numéro correspondant à chaque médecin dans l'ordre des interviews. Nous avons réécouté plusieurs fois les enregistrements pour respecter le plus précisément possible les hésitations, les répétitions de mots ainsi que les silences. Les enregistrements permettent de mieux contrôler l'observateur et l'interprétation des données (23).

Seuls les noms de patients ou de médecins confrères ont été enlevés et remplacés par une lettre en majuscule pour respecter l'anonymat de chacun.

La retranscription des entretiens va permettre une analyse du discours qui concerne des textes écrits et non pas les enregistrements eux-mêmes (31).

2. Codage

Le codage correspond à l'analyse du discours qui s'effectue sur le corpus, c'est à dire l'ensemble des discours produits par les interviewers et les interviewés, retranscrits de manière littérale (31). Il faut d'abord se familiariser avec les données à la lumière de la question de recherche. Le travail de codage est manuel ou recourt à des logiciels appropriés (NVivo ou HyperResearch, par exemple) (21).

Nous avons choisi d'utiliser un logiciel spécialisé dans le codage : le logiciel NVivo. Le logiciel d'analyse qualitative de données, NVivo, offre un moyen d'explorer, de gérer et

d'analyser rapidement et facilement une avalanche d'informations présentes dans divers types de documents (fichiers PDF, vidéos, rapports, photos et fichiers audio). Ces programmes permettent également de générer de façon automatisée (à partir du travail de codage effectué) les arborescences (arbre thématique) et les matrices (tableaux sur les codes ou nœuds) (35).

Nous avons analysé chaque phrase, voir chaque mot des entretiens pour former des codes ou nœuds dans le logiciel. Les codes sont des étiquettes qui désignent des unités de signification pour l'information descriptive ou inférentielle compilée au cours d'une étude (24). Les textes sont généralement relus et recodés de nombreuses fois, et le système de codage se modifie au fur et à mesure que les idées de l'analyste se développent et évoluent (34).

Chaque code regroupe plusieurs mots ou phrases se dénommant des verbatims. Chaque code contient une définition lui correspondant.

L'analyse est réalisée au fur et à mesure des entretiens permettant ainsi de moduler le guide d'entretien suivant les réponses. Nous avons codé tout d'abord le premier entretien. Nous avons pris chaque idée pour former un code s'accompagnant de son verbatim dans le logiciel NVivo. Nous avons trouvé soixante quatre codes regroupant cent cinquante trois références. Nous avons recommencé l'analyse du premier entretien plusieurs fois pour que l'analyse soit la plus juste et la plus complète possible. Nous avons revu les codes avec le directeur de thèse pour comparer nos analyses et les réajuster.

Nous avons ainsi codé chaque entretien au fur et à mesure de leur réalisation. Chaque entretien contient un nombre de codes ou nœuds avec un nombre de verbatims leur correspondant.

Codage pour chaque entretien

	Noeuds	Références
Médecin 1	64	153
Médecin 2	57	121
Médecin 3	78	170
Médecin 4	89	216
Médecin 5	70	148
Médecin 6	84	227
Médecin 7	77	165
Médecin 8	80	147
Médecin 9	58	103
Médecin 10	59	115
Médecin 11	76	159

A la fin de l'analyse, nous avons regroupé les nœuds pour former onze codes ayant chacun des sous-codes permettant ainsi l'analyse. Le logiciel permet de réaliser ce travail plus facilement. Nous avons également revu chaque entretien en surlignant les verbatims par le logiciel pour rechercher des idées non codées. Un verbatim peut contenir plusieurs idées et être classé dans plusieurs codes différents (33). Les différentes catégories finales sont :

- Anxiété du médecin interrogé
- Caractéristiques des médecins
- Les différents troubles anxieux
- Difficultés de prise en charge par le médecin généraliste
- Intérêt de guides de T.C.C.

- Outils
- Perception de la psychiatrie
- Retentissement du trouble anxieux
- Spécialistes
- T.C.C.
- Traitements exceptés les T.C.C.

Pour permettre une meilleure analyse de l'échantillon, nous avons recherché sur internet l'année d'installation pour les médecins ne l'ayant pas cité lors des entretiens. Nous n'avons pas trouvé la date pour le médecin n°9 étant donné qu'il appartient au régime minier.

L'ensemble de cette analyse est présenté ici. Nous avons codé un tiers des entretiens à deux avec le directeur de thèse permettant ainsi une meilleure validité.

Tous les enregistrements ont été retranscrits puis codés à l'aide du logiciel N-vivo. La retranscription des entretiens va permettre une analyse du discours. L'analyse a été réalisée au fur et à mesure des entretiens pour permettre de moduler le guide d'entretien. Nous avons codé à deux le tiers des entretiens.

RESULTATS

I. Investigation

1. Déroulement des entretiens

Nous avons réalisé onze entretiens répartis en Moselle et en Meurthe et Moselle. Tous les entretiens ont été réalisés au cabinet des médecins exceptés deux entretiens où les médecins ont préféré une rencontre à leur domicile. Les entretiens ont été réalisés avant les consultations dans la plupart des cas. Aucun entretien n'a dû être écourté pour des motifs de temps. Lors d'un entretien un stagiaire était présent mais il n'est pas intervenu.

Les entretiens ont duré entre treize et vingt-huit minutes.

2. Accueil des médecins

Nous avons contacté les médecins par téléphone mais ils étaient peu intéressés par le sujet, cependant ils reconnaissaient avoir des difficultés pour prendre en charge les troubles anxieux. Lors de leur rencontre, l'accueil a été bon et nous avons pu enregistrer tous les entretiens. Nous leur avons rappelé l'objectif de notre étude avant de débiter.

II. Analyse des entretiens

1. Analyse par entretien

Entretien Médecin 1 :

Le premier médecin est une femme de 60 ans exerçant avec une collègue en milieu urbain. Elle n'a pas de secrétaire. Elle est maître de stage et a un Diplôme Universitaire (D.U.) de soins palliatifs. Pour prendre correctement en charge le trouble anxieux, il faut tout d'abord faire le diagnostic. Ce médecin préfère éviter la prescription d'un traitement médicamenteux mais revoit le patient et augmente le temps de consultation. Elle discerne difficilement les thérapies cognitivo-comportementales mais ces thérapies permettent d'éviter selon elle la prescription d'une chimiothérapie. Par contre les obstacles rencontrés pour leur utilisation sont essentiellement l'adhésion du patient ainsi que l'accès difficile au spécialiste suite au coût et au long délai de prise en charge.

Entretien Médecin 2 :

Le médecin n°2 est un homme de 55 ans exerçant également en milieu urbain. Il exerce seul et n'a pas de secrétariat. Il a réalisé une formation complémentaire de médecine légale. Pour la prise en charge des troubles anxieux, ce médecin traitant prescrit essentiellement des anxiolytiques à activité rapide et réalise une psychothérapie de soutien au cabinet. La gestion du temps de consultation est difficile. Pour lui, les T.C.C. sont validées et sont nécessaires au même titre que les autres thérapies validées. Il y a peu de communication avec les spécialistes et les délais de prise en charge sont longs.

Entretien Médecin 3 :

Le médecin n°3 est une femme de 39 ans exerçant en milieu semi-rural en association avec un autre médecin. Elle n'a pas de secrétaire et exerce uniquement sur rendez-vous. Elle possède un D.U. de santé de l'enfant. Pour prendre en charge les patients présentant un trouble anxieux, ce généraliste les adresse facilement à un psychologue, un psychiatre ou au centre médico-psychologique. Le traitement médicamenteux est prescrit par ses soins en fonction de l'intensité des symptômes. Elle réalise également une psychothérapie de soutien au cabinet. Les T.C.C. sont difficiles d'accès mais les patients sont très demandeurs. L'accès au spécialiste est un frein à l'utilisation des T.C.C.

Entretien Médecin 4 :

Le médecin n°4 est un homme de 45 ans exerçant en milieu semi-rural dans un cabinet de trois médecins. Il exerce sur rendez-vous et pratique l'homéopathie. Il bénéficie d'un secrétariat téléphonique. Il appartient à un groupe Balint. Il réalise au cabinet essentiellement une psychothérapie selon les théories psychanalytiques, et revoit le patient. Au niveau du traitement médicamenteux, il prescrit essentiellement des benzodiazépines. Les T.C.C. sont utiles selon lui uniquement pour les phobies. Sinon ce médecin les décrit comme des thérapies recouvrantes ne permettant pas de trouver la cause du problème. Il réussit à avoir des délais relativement courts avec ses correspondants ou avec le Service de Psychiatrie d'Urgence et de Liaison (S.P.U.L.) quand il s'agit d'une urgence.

Entretien Médecin 5 :

Le médecin n°5 est un médecin de 40 ans exerçant en milieu rural dans un cabinet de cinq médecins avec un secrétariat composé de trois secrétaires. Il possède une capacité d'addictologie. Ce généraliste échange au départ essentiellement avec le patient et ne prescrit pas en général de traitement médicamenteux à la première consultation. Il revoit le patient en adaptant le temps de la consultation et si nécessaire il prescrit des benzodiazépines à demi-vie

longue et des antidépresseurs dans les troubles anxieux généralisés. Il réalise une thérapie de soutien au cabinet. Il reconnaît les T.C.C. seulement si elles sont pratiquées dans des institutions. Les délais de prise en charge par les spécialistes sont longs. Il n'utilise pas le DSM IV pour la classification des troubles anxieux.

Entretien Médecin 6 :

Le médecin n°6 est une femme de 49 ans exerçant seule en milieu urbain sans secrétariat. Elle ne possède pas de formations supplémentaires. Elle pratique surtout la psychothérapie de soutien et essaie d'analyser les troubles anxieux présentés par le patient. Le traitement médicamenteux sera prescrit en fonction de l'intensité des symptômes en commençant par de la phytothérapie si le patient n'a pas encore pris de traitement. Elle utilise les antidépresseurs dans l'anxiété chronique. Les T.C.C. sont efficaces selon elle et ses patients sont adressés à un confrère les pratiquant mais les délais de prise en charge sont longs.

Entretien Médecin 7 :

Le médecin n°7 est un homme de 30 ans venant de s'associer avec un autre médecin en milieu urbain. Le cabinet comporte un secrétariat et les consultations sont uniquement sur rendez-vous. Il discute préférentiellement avec le patient pour rechercher les causes du trouble anxieux et recherche leur intensité. Il utilise comme aide au diagnostic l'échelle Hospital Anxiety and Depression Scale (H.A.D.) ou Montgomery and Asberg Depression Rating (M.A.D.R.S.). Il prescrit un traitement médicamenteux à visée anxiolytique sur une courte période uniquement s'il est nécessaire et en fonction de l'intensité des symptômes. Les T.C.C. sont utiles pour lui dans les phobies et l'E.S.P.T. Son principal obstacle pour les utiliser est l'adhésion du patient. Par contre il a un accès facile au spécialiste mais ne connaît pas les types de thérapies effectuées.

Entretien Médecin 8 :

Le médecin n°8 est une femme de 52 ans exerçant seule en milieu rural. Elle n'a pas de secrétariat. Elle commence par établir un diagnostic et réalise une psychothérapie au cabinet avant d'adresser les patients au spécialiste. Ce médecin leur conseille de faire du sport, du yoga. Elle utilise essentiellement des antidépresseurs comme traitement de fond si les patients sont opposés à la thérapie. Si des troubles du sommeil sont présents, ce médecin prescrit parfois des anxiolytiques sur une courte durée. Le psychologue est assez disponible et les T.C.C. sont utiles selon elle. Le principal obstacle à utiliser ces thérapies est la disponibilité des médecins.

Entretien Médecin 9 :

Le médecin n°9 est un homme de 60 ans exerçant avec un collègue dans un milieu rural. Il ne possède pas de secrétariat et a une formation de nutrition. L'écoute de ses patients constitue sa pratique essentielle et il recherche les causes du trouble anxieux. Au niveau du traitement, il utilise en premier lieu la phytothérapie puis les benzodiazépines à activité longue si nécessaire. Les antidépresseurs sont prescrits dans les troubles anxieux généralisés. Il connaît peu les T.C.C. et ne connaît pas de thérapeute les pratiquant. Les délais de consultation chez le psychiatre sont rapides en fonction du motif de consultation.

Entretien Médecin 10 :

Le médecin n°10 est un homme de 59 ans exerçant seul en milieu semi-rural. Il a une formation d'homéopathie et ne possède pas de secrétariat. Ce confrère discute longuement avec le patient et essaie de trouver des solutions. La plupart du temps il prend en charge seul les patients présentant des troubles anxieux mais si les symptômes sont trop importants ils sont adressés au spécialiste. Pour le traitement médicamenteux, la phytothérapie est utilisée en premier, puis du Stresam* et ensuite les benzodiazépines avec des antidépresseurs si les patients présentent un fond dépressif. Il méconnaît les T.C.C. et les utilise donc peu.

Entretien Médecin 11 :

Le dernier médecin est une femme de 49 ans exerçant en milieu rural avec un autre médecin. Elle exerce sur rendez-vous dans une maison médicale nouvellement installée comportant un secrétariat commun. Elle n'a pas de formation complémentaire. Ce médecin identifie tout d'abord le trouble anxieux et traite suivant son intensité. Si les troubles sont trop importants elle dirige le patient vers le Centre médico-psychologique (C.M.P.) Elle débute le traitement médicamenteux par de la phytothérapie ou de l'homéopathie puis des benzodiazépines à activité plutôt longue et des antidépresseurs. Elle trouve les T.C.C. très intéressantes mais l'obstacle essentiel est le manque d'accessibilité et les longs délais de prise en charge.

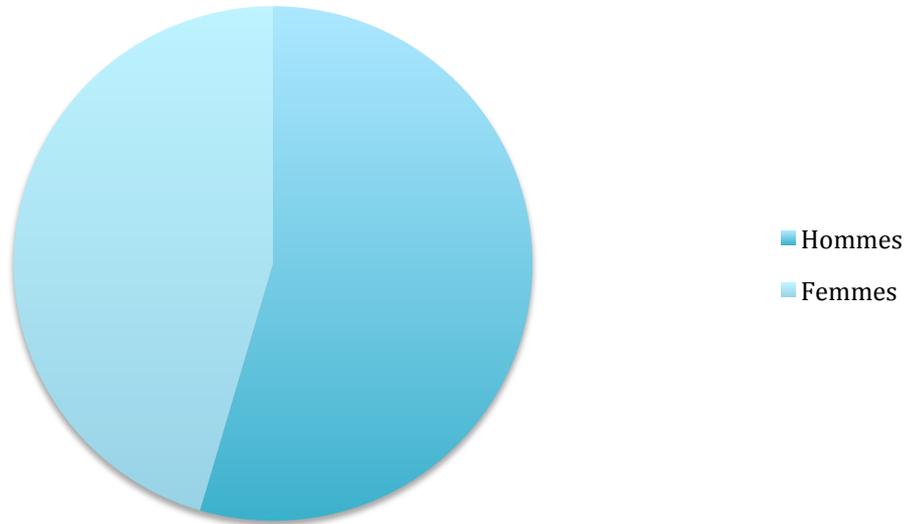
2. Analyse transversale

La relecture des entretiens ainsi que le codage a permis de dégager plusieurs thèmes d'analyse. Ces thèmes rejoignent ceux du guide d'entretiens, mais restitués selon un ordre précis. Nous avons essayé dans cette partie de restituer par une analyse transversale la prise en charge des troubles anxieux ainsi que la représentation des thérapies cognitivo-comportementales.

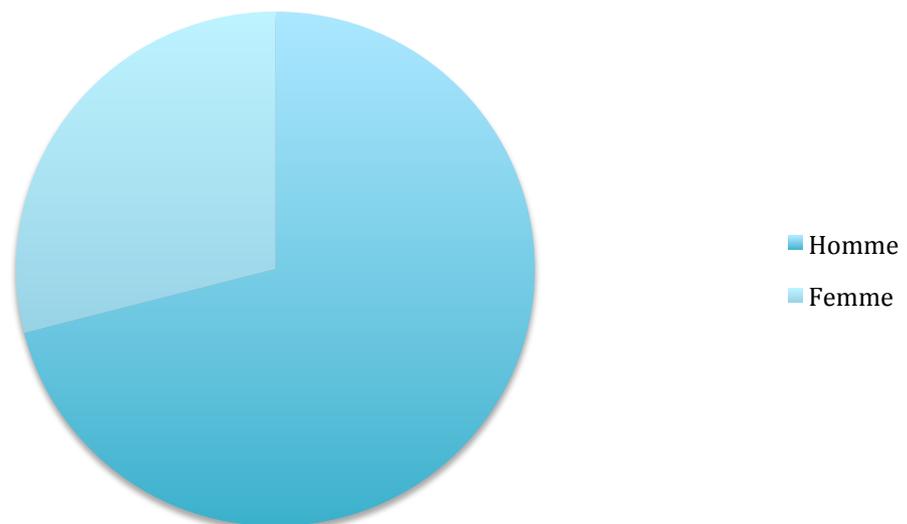
a. Caractéristiques des médecins

Nous avons interrogé onze médecins âgés de trente à soixante ans : cinq femmes et six hommes. Nous avons comparé notre échantillon à la population de Lorraine pour une meilleure lisibilité.

Sexe des médecins de l'échantillon

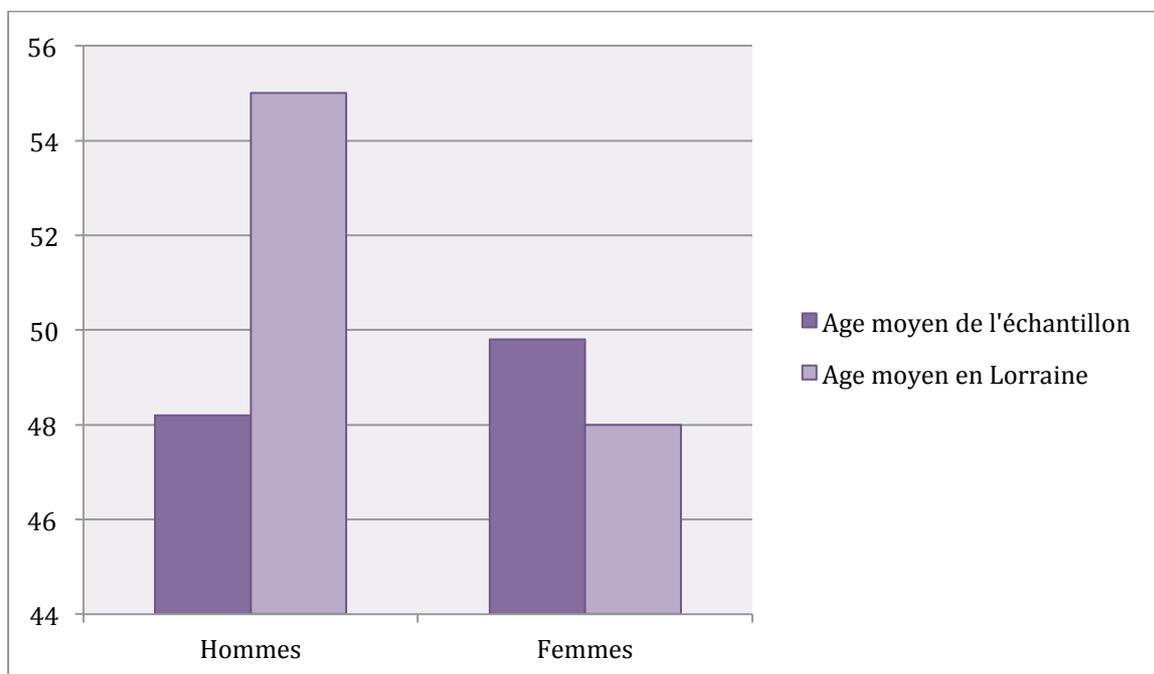


Sexe des médecins en Lorraine



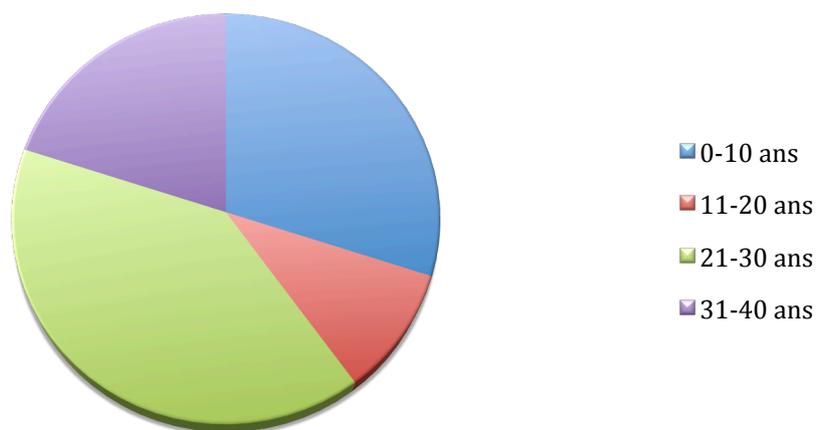
Deux médecins ont un âge compris entre trente et quarante ans, quatre médecins entre quarante et cinquante ans et cinq médecins entre cinquante et soixante ans.

Age moyen de l'échantillon par rapport à la Lorraine suivant le sexe



L'étude qualitative se doit d'être représentative en terme de diversité. La moitié des médecins interrogés a cinquante ans ou plus. On constate que la population de médecins interrogés est plutôt vieillissante mais notre échantillon contient un groupe d'hommes plus jeunes que la moyenne en Lorraine. Les études de médecine finissent en générale un peu avant l'âge de trente ans. Dans les médecins interrogés, nous avons deux médecins de moins de quarante ans et seulement un qui s'est installé rapidement à la fin de ses études.

Nombres d'années d'installation



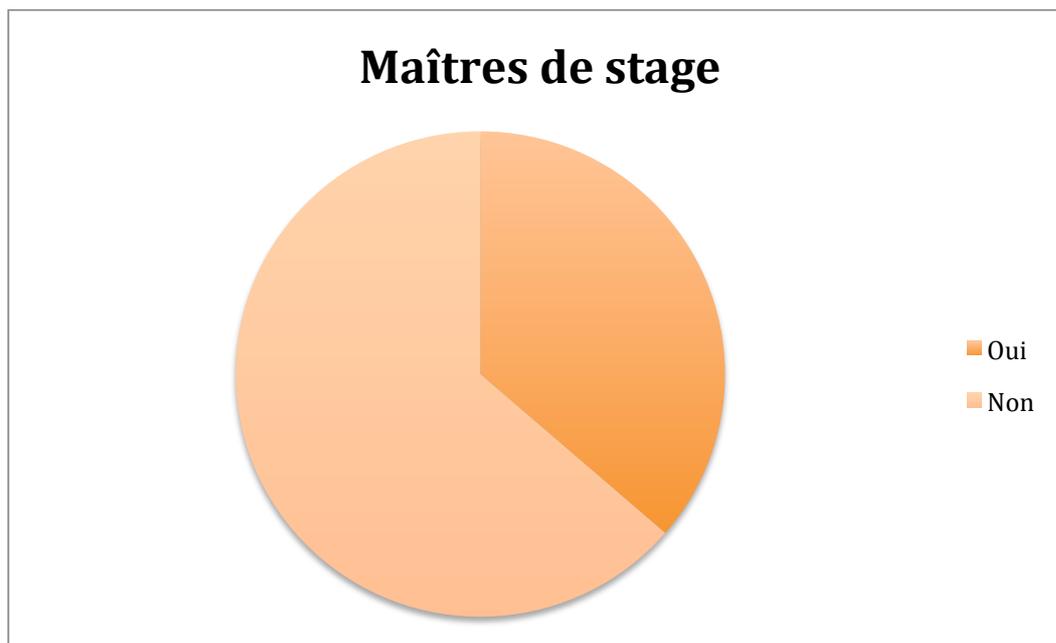
L'âge des médecins est important car il peut influencer la prise en charge des troubles anxieux. Un jeune médecin sortant de ses études aura peut-être plus de connaissance vis à vis des thérapies cognitivo-comportementales contrairement à un médecin plus âgé. En effet ces thérapies sont relativement récentes en France.

Quatre médecins exercent en milieu rural et urbain et trois médecins en milieu semi-rural.

Types d'activité de l'échantillon



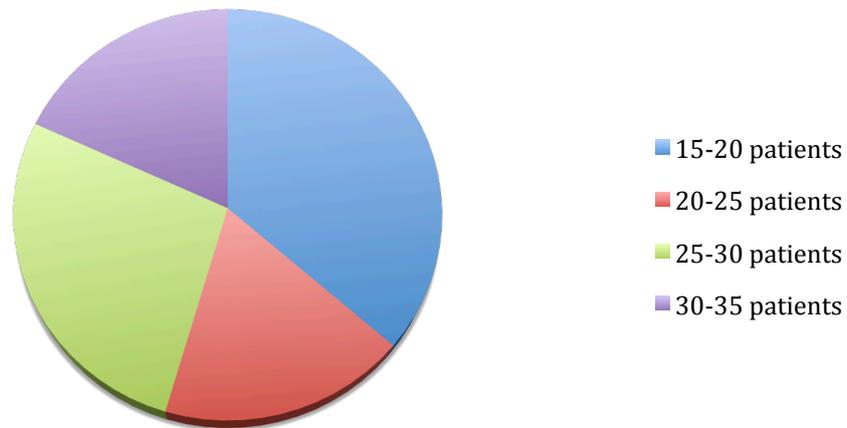
Certains médecins forment les étudiants pendant leur temps de consultation.



Cinq médecins exercent sur rendez-vous, deux médecins ont des consultations libres et quatre médecins consultent avec et sans rendez-vous.

Les horaires de consultations varient d'un médecin à l'autre et lors des associations les horaires peuvent varier tous les jours. Le nombre d'heures effectuées par jour est très difficile à évaluer surtout pour les consultations libres. En effet, les horaires donnés correspondent à la fermeture de la salle d'attente et non au dernier patient pris. De plus, les médecins doivent effectuer plusieurs visites à domicile par jour pour les personnes âgées ne pouvant se rendre au cabinet. Par contre il est plus aisé de comparer par rapport au nombre de patients vus en consultation au cours d'une journée : quatre médecins reçoivent quinze à vingt patients, deux médecins de vingt à vingt-cinq patients, trois médecins de vingt-cinq à trente et deux médecins de trente à trente cinq patients par jour.

Nombre de consultations par jour

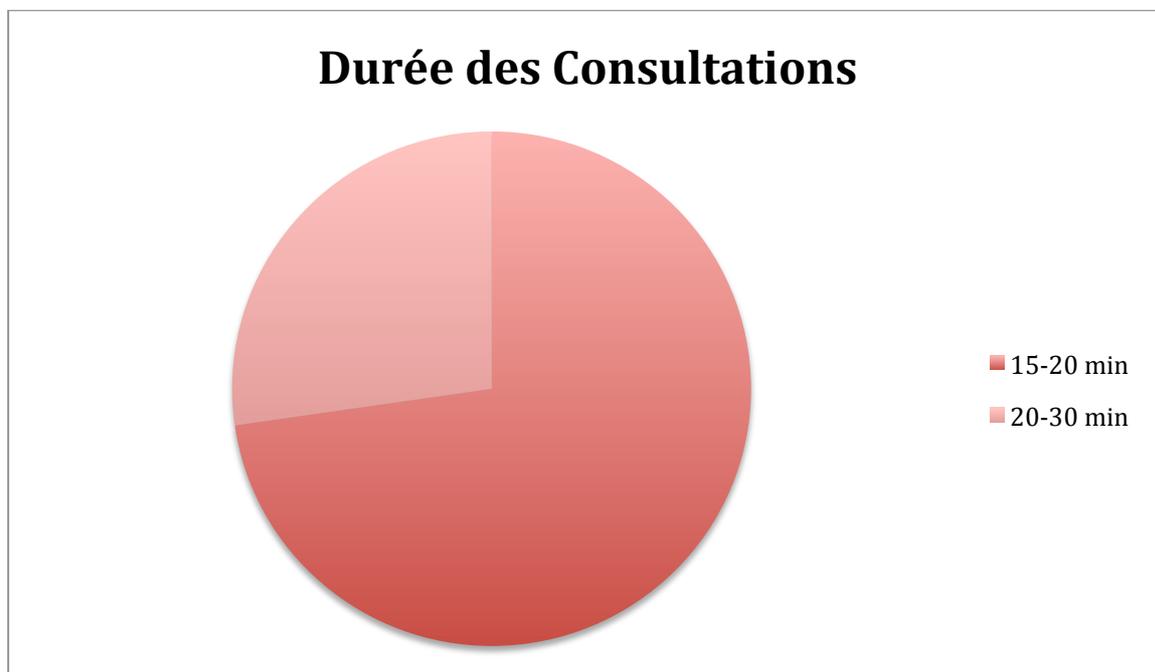


Sept médecins exercent en association dont deux en maison de santé. Les autres praticiens exercent seuls. Ils sont tous originaires de la faculté de médecine de Nancy. Seulement quatre médecins ont un secrétariat dont un secrétariat téléphonique. Les médecins ayant un secrétariat exercent tous en association (Tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins interrogés :

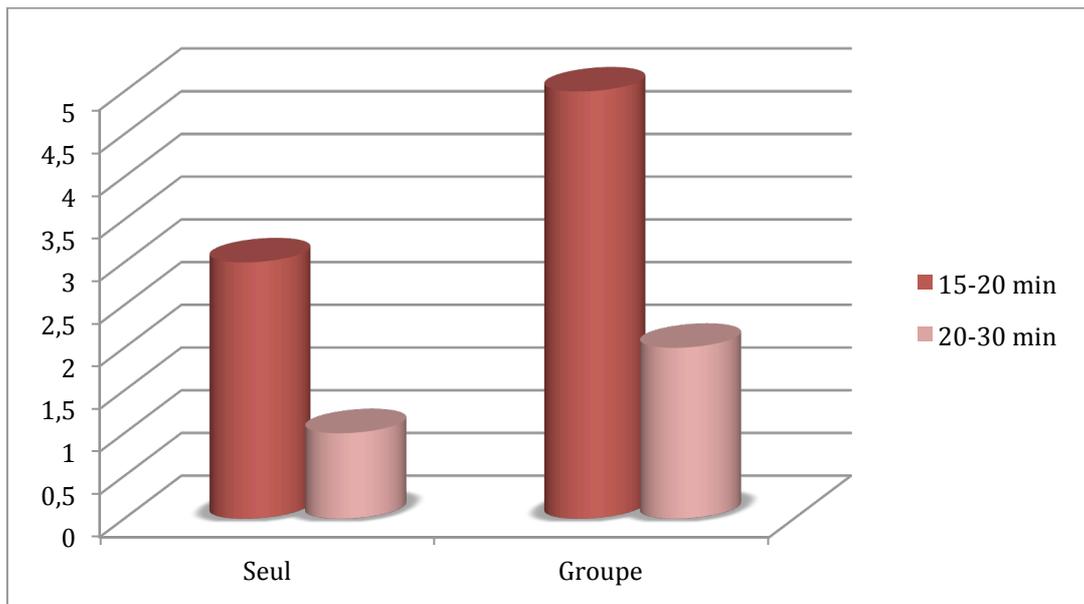
Numéro	Sexe	Commune	Département	Milieu	Maître de stage	Age	Conditions D'exercice	Présence d'un secrétariat	Organisation des consultations	Formations complémentaires
1	F	Tomblaine	54	Urbain	2 ^e cycle	60	Groupe (2 médecins)	Non	Mixtes	DU soins palliatifs
2	H	Ban St Martin	57	Urbain	Non	55	Seul	Non	Libres	Médecine Légale
3	F	Delme	57	Semi-rural	Non	39	Groupe (2 médecins)	Non	Sur RV	Santé de l'enfant
4	H	St Privat La Montagne	57	Semi-rural	Oui	45	Groupe (3 médecins)	Téléphonique	Sur RV	Homéopathie Groupe Balint
5	H	Haroué	54	Rural	Non	40	Groupe (5 médecins)	Oui	Sur RV	Addictologie
6	F	Metz	57	Urbain	Non	49	Seule	Non	Mixtes	Non
7	H	Pont à Mousson	54	Urbain	Non	30	Groupe (2 médecins)	Oui	Sur RV	Non
8	F	Nomeny	54	Rural	Non	52	Seule	Non	Mixtes	Non
9	H	Folchviller	57	Rural	Oui	60	Groupe (2 médecins)	Non	Mixtes	Nutrition humaine
10	H	Trieux	54	Semi-rural	Non	59	Seul	Non	Libres	Homéopathie
11	F	Badonviller	54	Rural	Oui	49	Groupe 2 médecins	Oui	Sur RV	Non

La durée des consultations varie selon les médecins. Les journées des médecins généralistes sont longues, très remplies et le temps de consultation est donc limité et ne peut s'étendre que difficilement.



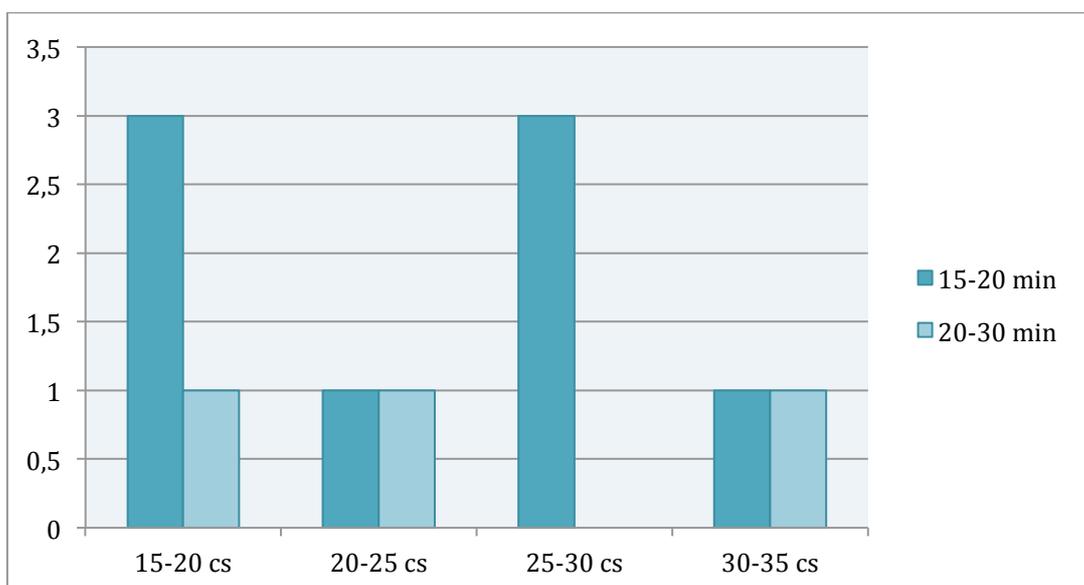
La durée de consultation diffère selon les conditions d'exercice, le nombre de patients vus par jour par le médecin généraliste, et le lieu d'exercice.

Durée des consultations en rapport avec les conditions d'exercice



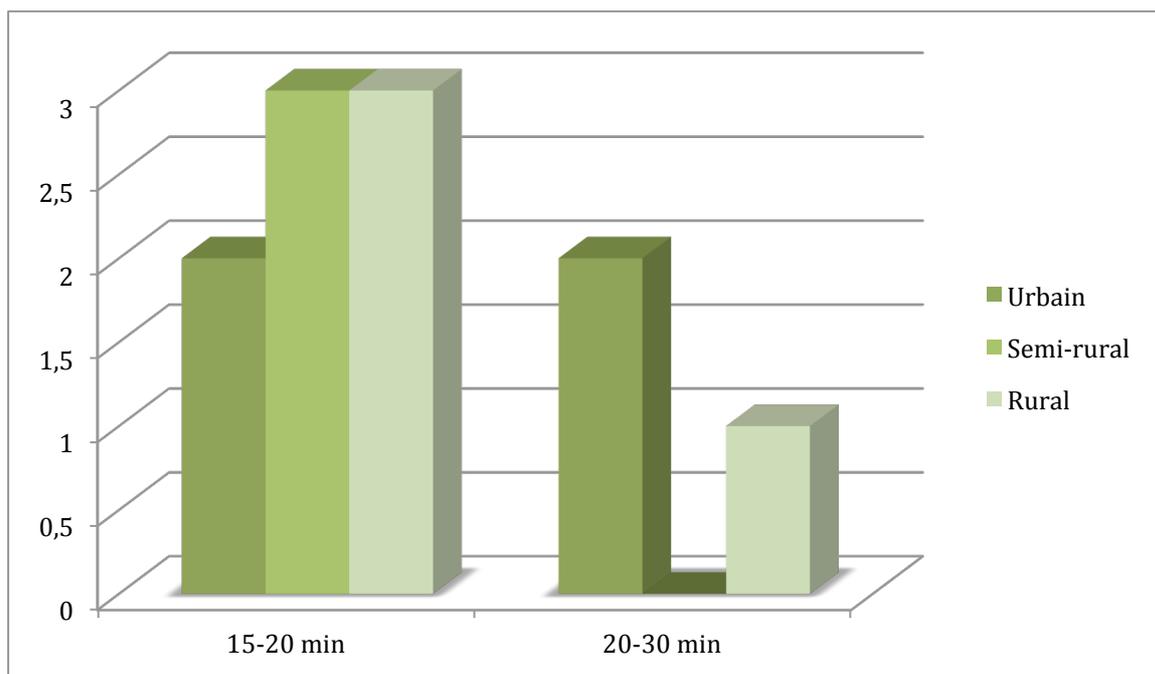
Il n'y a pas toujours de corrélation entre la durée de chaque consultation et le nombre de patients vus dans une journée dans notre échantillon. Pour les médecins ayant un nombre de consultations entre 20 et 25 par jour ou 30 et 35 patients par jour, autant de médecins ont une durée de consultation de 15-20 minutes que de 20-30 minutes.

Durée de consultation par rapport au nombre de patients vus par jour



Le milieu d'exercice influence la durée de consultation dans notre échantillon. En effet autant de médecins en milieu urbain ont des consultations de 15-20 minutes que 20-30 minutes. Par contre en milieu semi-rural et rural les consultations sont plus courtes, ceci peut être la conséquence du manque de médecins dans ces milieux.

Lieu d'exercice en rapport avec la durée des consultations



Les médecins exerçant seuls dans notre échantillon sont au nombre de quatre pour onze médecins et ils ont plus de 49 ans alors que la moyenne d'âges de notre échantillon est de 48,9 ans.

b. Difficultés de prise en charge du trouble anxieux par le médecin généraliste

- Organisation des consultations

La consultation du trouble anxieux est différente des autres consultations. Il est souvent nécessaire d'augmenter le temps de consultation. La durée des consultations du trouble anxieux varie donc de trente à quarante minutes en moyenne.

M1 : « à partir du moment où il y a une demande, oui forcément hein, forcément, ça va forcément faire durer la consultation, hein surtout si on soulève un lièvre hein, surtout si, oui et c'est sûrement pas là qu'il faut bloquer, hein donc, tout en sachant qu'au delà de de d'une demi heure, trois quart d'heures on perd son temps »

M11 : « Ça nous arrive, enfin, ça ça m'arrive de, ponctuellement de de passer plus de temps avec un patient parce que j'essaie d'identifier de de leur faire prendre conscience, confiance en lui, etc. »

Les entretiens reflètent bien les difficultés des médecins généralistes à prendre en charge correctement les patients. Comme nous l'avons vu, peu de médecins ont un secrétariat et doivent ainsi gérer les appels téléphoniques. Il est difficile de se consacrer à l'entretien et répondre au téléphone pour une prise de rendez-vous ou pour des renseignements. La demande est importante en médecine générale, surtout en milieu rural où les médecins sont peu nombreux. Les appels téléphoniques sont une gêne lors des entretiens, le patient se confie au médecin et il arrive qu'il soit sans cesse dérangé. Lors de l'enregistrement de ces entretiens, quatre médecins ont dû répondre à au moins un appel téléphonique alors que les entretiens avaient lieu en dehors des heures de consultations.

M6 : Non, y'avait pas de signes dépressifs, (téléphone) excusez-moi

M6 : Ou l'absence de formation (téléphone)

M7 : ils sont un peu réticent au départ, Pardon (téléphone)

La plupart des médecins essayent de programmer les consultations des patients présentant un trouble anxieux. Par contre, les médecins ayant des consultations libres ont plus de difficultés à augmenter le temps de consultation.

M4 : « quand je le sais à l'avance je prévois d'emblée de bloquer 2 plages »

M5 : « Vous pouvez augmenter facilement le temps de la consultation ? Non non non, quand c'est les choses là, c'est c'est des consultations qui durent une heure, toujours. On gère pas un problème anxieux en un quart d'heure »

M2 : « Ah oui si s'il y a 5 personnes dans la salle d'attente je peux pas, si je suis tout seul ba ma foi, je pense pas qu'on soit comptable de notre temps »

M6 : « je peux rester une heure avec ça me dérange pas si heu, je veux dire, c'est pas c'est le plutôt la pression de la salle d'attente après qui fait que on peut pas non plus passer une demi-heure sinon on pourra jamais faire heu voir les patients qu'on est censé voir dans la journée, c'est impossible. Mais heu, on est, on, en plus, en en, le psychiatre lui c'est c'est très différent parce que bon y'a un délai heu, un délai qui est prévu, »

Pour prendre en charge un trouble anxieux, il est impératif d'adapter son temps de consultation. Tous les médecins reconnaissent qu'il n'est pas possible de traiter correctement les patients en quinze minutes. Les médecins ayant une durée de consultation de vingt à trente minutes semblent augmenter plus facilement le temps de consultation que les médecins ayant un temps de consultation inférieur à vingt minutes.

M9 : « Est-ce que vous augmentez le temps de consultations pour. Oui ça peut arriver. Facilement ? Oui »

M1 : « Non puisque de toute façon heu non puisque j'aime bien prendre le temps avec les gens donc non non, ça c'était franchement pas un frein »

La grande difficulté est de gérer la consultation car le plus souvent les patients ne viennent pas consulter spécifiquement pour en discuter. Le patient peut avoir des difficultés à le dire à son médecin et ne se décide qu'à la fin de la consultation. Ceci est encore plus

difficile à prendre en charge.

M2 : « qu'en règle générale chez un généraliste le motif véritable de la consultation c'est les 20 dernières secondes quand ils posent la main sur la clenche, ce qui rallonge d'autant la consultation »

M11 : « Alors après bon quand je vois ça ça revient à chaque consultation, on peut pas à chaque consultation passer trois quart d'heures avec un patient c'est clair. Surtout si c'est le premier de l'après-midi. Bon en général quand on les a en fin de journée heu ça va, mais heu quand c'est le premier, le premier, c'est c'est difficile. »

La durée de consultation avec le patient dépend en général du retard pris dans la journée ainsi que du nombre de patients attendant en salle d'attente. Lorsqu'il s'agit d'une journée calme, il est plus facile d'augmenter ce temps de consultation mais lorsque tous les rendez-vous sont pris, il est difficile de les gérer. Surtout si ce motif est récurrent dans la même journée.

- Diagnostic

Après le temps de consultation difficile à gérer, il est également difficile d'identifier le trouble anxieux et d'en faire le diagnostic. Le patient vient souvent pour un autre motif de consultation, le médecin doit faire le diagnostic et le faire accepter au patient.

M8 : « Donc ça leur faire comprendre que ça peut être de l'anxiété heu c'est déjà un grand pas »

M5 : « C'est déjà ça, c'est déjà leur leur soumettre l'idée que ça peut être un problème anxieux »

M11 : « J'interroge, je questionne, j'essaie de connaître la personne »

Le trouble anxieux se manifeste souvent par des symptômes organiques qui peuvent avoir un retentissement sur la vie quotidienne et professionnelle.

M1 : « hein, parce que un trouble anxieux il peut aussi se manifester de façon organique, hein, donc avant d'identifier que c'est un trouble anxieux, il a fallu prendre du temps. Il a fallu décortiquer la symptomatologie, il a fallu une douleur, si on se précipite sur l'antalgique, on passe souvent à côté de phénomènes anxieux, »

M3 : « Il doit se rendre à un RV professionnel, il est pris d'une diarrhée, il peut pas y aller heu »

M3 : « après il y a une somatisation en fonction des patients. Il y en a que ça va être des troubles digestifs, d'autres des tremblements, »

M6 : « Mais c'est pas, l'insomnie après c'est si je l'associe plus à l'anxiété quoi voilà, des troubles du sommeil un peu anxieux quoi »

Il est important d'analyser ce retentissement. Une anxiété excessive peut intervenir dans la vie familiale et/ou professionnelle et le médecin ne peut aider correctement son patient sans une analyse globale.

Ces somatisations peuvent être importantes et gêner le patient au quotidien. Certains patients ne font pas le rapprochement entre leurs symptômes et leur anxiété. Le médecin généraliste doit tout d'abord analyser la plainte du patient. Il doit l'écouter, le faire verbaliser. Le praticien peut essayer de rechercher une cause à ce trouble anxieux ou un facteur transitoire à ce trouble. Il est difficile de prendre en charge correctement les troubles anxieux sans une analyse détaillée de la symptomatologie. Le patient a des difficultés le plus souvent à s'exprimer et à expliquer son ressenti. Le médecin généraliste doit réussir à questionner le patient pour le faire avancer.

- Nosographie

Les médecins reconnaissent facilement les troubles anxieux mais ont des difficultés avec la nosographie. Beaucoup classent les phobies ou les troubles obsessionnels compulsifs

en dehors de la classification du trouble anxieux. Peu de praticiens ont cité l'état de stress post traumatique ou la phobie sociale faisant partie intégrante du trouble anxieux.

Peu de médecins utilisent ou connaissent les échelles ou guide H.A.S. permettant le diagnostic du trouble anxieux. Un seul médecin les utilise pour coter plus cher la consultation et éliminer un syndrome dépressif associé. Pour le guide H.A.S. sur la prise en charge des troubles anxieux graves, seulement deux médecins ont lu ce guide mais avouent ne pas l'utiliser.

M10 : « Honnêtement c'est des échelles, des, j'utilise pas. Vous connaissez plus les noms des échelles ? Non ça m'intéresse pas. »

M11 : « Aucun. Bon, je, il y a l'échelle de Hamilton, là voilà, je pense que c'est à celle là que vous faites allusion, donc je l'ai téléchargée, elle est sur mon bureau mais heu, j'avoue franchement que je ne prends jamais le temps de la faire. Heu, je la fais certainement parce que je connais dans le désordre les items qui sont dedans »

M11 : « heu mais heu voilà je la cote jamais vraiment après je pense que c'est un tort parce que en plus en médecine générale c'est une cotation qui est, qui rapporte bien, donc je pense qu'effectivement c'est un tort mais heu, voilà je, c'est un raccourcis, c'est une histoire de temps »

M4 : « Je vais l'utiliser uniquement pour justifier de ma cotation au niveau heu sécurité sociale, c'est à dire que la, l'évaluation d'une dépression peut être cotée heu différemment d'une consultation deux fois par an »

M9 : « Il y a des échelles d'anxiété oui, j'en ai utilisé lorsque je faisais un petit peu de tabacologie et prise en charge des heu, des des des tabagismes dans le cadre des réseaux. Il y avait des échelles de l'évaluation de l'anxiété d'une part et de la dépression d'autre part heu je peux pas vous dire des noms. »

Les médecins admettent ne pas utiliser le guide d'affection longue durée excepté pour trouver les critères lors de la déclaration des troubles anxieux graves à la sécurité sociale. Ils se disent submergés par les documents et ne peuvent tout lire.

- Formation

Les médecins avouent ne pas avoir de formation et il leur est difficile de réaliser une psychothérapie de soutien au cabinet. Ils aident les patients avec leur ressenti, leur vécu personnel. L'expérience du médecin a aussi une part importante dans la prise en charge de l'anxiété et un mode de fonctionnement mnésique analogique : une situation déjà rencontrée, une prise en charge difficile antérieurement influencent les prises en charge ultérieures. Le médecin saura plus facilement à quel spécialiste adresser le patient si nécessaire.

M9 : « C'est un travail naturel du médecin généraliste, moi je suis pas psychothérapeute, voilà »

M3 : « Non, non, non, je n'ai pas de de ligne de conduite bien. C'est pas ma formation donc, non, c'est plus les faire parler »

M2 : « en psychiatrie c'est pareil, ma connaissance s'arrête à un certain niveau, mes moyens thérapeutiques aussi et donc après on a besoin du spécialiste »

M6 : « Heu de, je veux dire plus par entre guillemet heu une prise en charge un petit peu psychothérapique même si je suis pas psychiatre et je fais pas, voilà, donc c'est essentiellement heu comme ça »

La prise en charge des troubles anxieux par le médecin généraliste est donc difficile. Le temps des consultations est réduit et il n'est pas toujours évident de le gérer. Ensuite le médecin traitant doit faire le diagnostic du trouble anxieux à travers une somatisation souvent importante. Peu de médecins utilisent les échelles comme outils de diagnostic et peu connaissent le guide H.A.S. L'expérience supplée souvent à la formation.

c. Les thérapies cognitivo-comportementales

- Utilisation des T.C.C.

Les T.C.C. sont perçues différemment selon les médecins. Beaucoup les trouvent efficaces et utiles et d'autres les rejettent presque totalement. Elles sont reconnues par tous comme étant efficaces dans la prise en charge des phobies.

M1 : « je pense que c'est une excellente, ça peut être une excellente thérapie pour les patients, à partir du moment où on n'utilise pas de substance »

M10 : « Et que pensez-vous des thérapies cognitivo-comportementales ? Pas beaucoup d'avis non plus là-dessus. Non »

M7 : « ça été prouvé que ça pouvait être efficace sur heu sur pas mal de, sur pas mal d'indications »

Les médecins acceptent ces thérapies facilement étant donné qu'elles évitent une prise en charge médicamenteuse. Le traitement médicamenteux n'est pas dénué d'effets secondaires et il entraîne une accoutumance. Seul un médecin âgé de 54 ans ne connaissait pas ces thérapies. Ces nouvelles thérapies sont donc connues des différents médecins interrogés quelque soit l'âge.

- Indications

Les T.C.C sont indiquées dans la prise en charge des troubles anxieux mais dans beaucoup d'autres domaines, comme la dépression, le sevrage tabagique, les troubles alimentaires. La prise en charge des troubles phobiques et celui du sevrage tabagique sont les plus connus par les médecins interrogés (Tableau 2). En premier abord, les médecins interrogés ne connaissent pas forcément les indications des T.C.C. mais en leur citant parfois un exemple, ils sont capables de retrouver leurs indications.

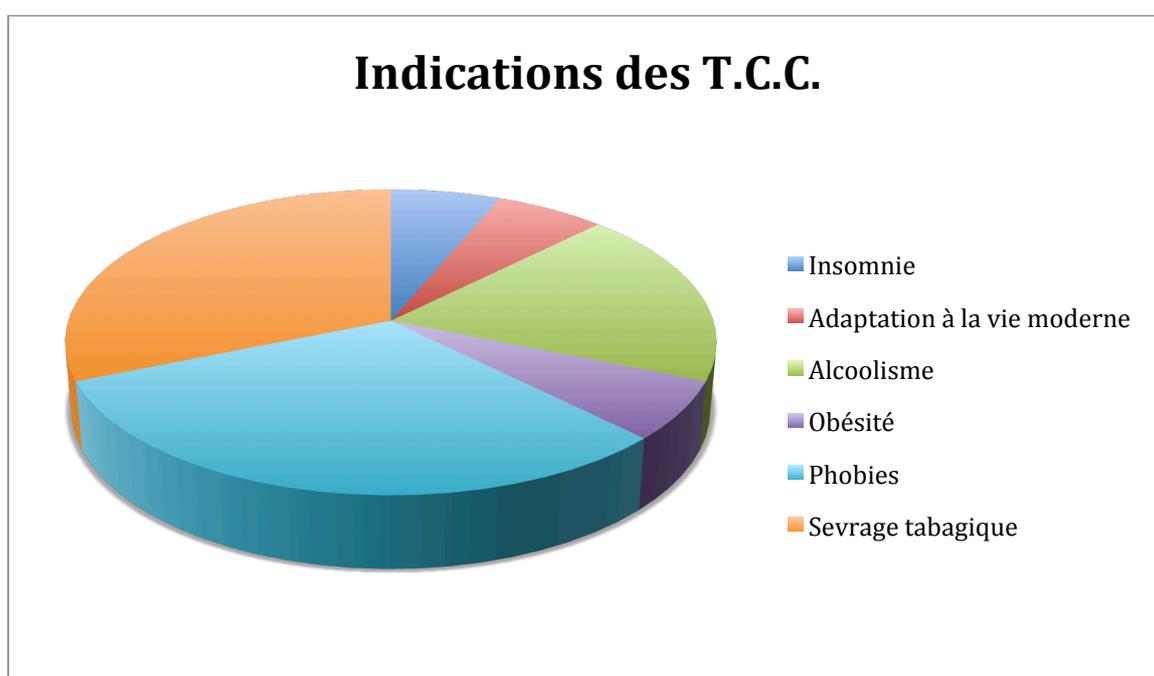
M11 : « heu entre autre dans les troubles alimentaires »

M8 : « Oui, ça nous sert aussi dans tout ce qui est tabac, quand on parle de tabac »

M2 : « ça doit marcher aussi dans les addictions »

M9 : « Oui il y a certainement d'autres domaines que dans le trouble anxieux, notamment, on parlait des phobies toute à l'heure »

Tableau 2



- Adressage des patients à des spécialistes

La prise en charge des troubles anxieux par thérapies cognitivo-comportementales est possible auprès des différents spécialistes comme les psychiatres, les psychologues, les infirmières, ou par une équipe pluridisciplinaire en hospitalisation. La clinique Berus située en Allemagne a été citée seulement par le médecin 3. Beaucoup de praticiens adressent leurs patients à des confrères spécialisés dans la prise en charge des troubles anxieux mais ils ne savent pas quelle technique est utilisée. Seulement un médecin connaît des confrères médecins généralistes exerçant les T.C.C.

M9 : « je sais que j'ai 2 confrères qui sont allés faire ça, le Dr R. à Forbach et le Dr B. à Boulay et heu donc voilà »

M5 : « On a des infirmières qui sont, qui ont la capacité pour le faire, »

M3 : « oui ben disons que j'ai un, une psychologue qui entre autre fait ce genre de de méthode avec la T.C.C. d'ailleurs. »

- Qualification des correspondants et méconnaissance des T.C.C.

Les médecins généralistes aimeraient connaître la qualification des correspondants afin d'orienter le patient suivant la thérapie voulue. Nous détaillerons cette difficulté dans un autre paragraphe.

Les T.C.C. sont reconnues comme étant utiles dans la pratique courante mais on retrouve de nombreux obstacles à leur utilisation. Le premier est la méconnaissance de ces thérapies. Les médecins les connaissent par leur nom mais ne connaissent pas la prise en charge exacte. En effet ils ne connaissent pas la durée de prise en charge ni la façon dont elles sont réalisées. Certains médecins reconnaissent avoir lu des revues médicales à propos des T.C.C ou bien avoir vu des reportages les concernant mais reconnaissent ne pas y penser.

M1 : « c'est quoi les thérapies cognitivo-comportementales hein ? »

M10 : « Peut-être le manque de connaissance, je les connais pas trop »

M9 : « Heu, leur méconnaissance, »

Certains sont étonnés quand ils apprennent que des médecins généralistes ont été formés à la pratique des T.C.C. Pour eux cette prise en charge ne pouvait être réalisée que par un médecin psychiatre. Deux des médecins ne connaissaient pas non plus les types de spécialistes pouvant pratiquer les thérapies cognitivo-comportementales.

M7 : « Il y a des médecins généralistes qui en pratiquent ? »

M8 : « Il y a des psychologues qui le font ? »

Et surtout ils ne connaissent pas les spécialistes même les psychiatres les pratiquant :

M9 : « Je ne connais pas heu de thérapeutes cognitivo-comportementales dans le secteur »

M11 : « Non, c'est, ici on est, on a pas, on a pas de médecins qui le font quoi. Enfin à ma connaissance, hein. »

Les médecins ne connaissent pas les praticiens les exerçant mais certains reconnaissent ne pas vouloir s'y intéresser. Certains médecins aimeraient adresser leurs patients spécifiquement à un spécialiste pour la réalisation d'une T.C.C. mais ils rencontrent plusieurs obstacles. Tout d'abord peu de thérapeutes les pratiquent et il est donc difficile d'y avoir accès. De plus, lorsque le médecin traitant adresse le patient à un spécialiste, c'est lui qui va choisir la thérapie lui semblant la plus adaptée et le patient ne bénéficiera pas forcément d'une thérapie cognitivo-comportementale.

- Alliance thérapeutique

Le patient doit également adhérer à la thérapie. Une relation de confiance est nécessaire entre le thérapeute et le patient. Le patient doit pouvoir s'exprimer avec le thérapeute et certains patients ne veulent pas rencontrer d'autres praticiens.

M8 : « Donc je pense à ce patient là et qui voulait pas, absolument pas entendre parler de thérapie cognitive et comportementale, »

M1 : « ben le 1^e obstacle c'est l'adhésion du patient hein savoir s'il adhère ou pas, savoir si il est suffisamment en confiance pour pouvoir hum se livrer en quelque sorte »

- Formation des généralistes

Les médecins généralistes sont très peu formés en psychiatrie et encore moins en

thérapie cognitivo-comportementale. Peu de médecins ont reçu une formation spécifique en psychiatrie pendant leurs études. Un seul médecin a réalisé un stage en psychiatrie. Certains praticiens seraient intéressés mais les formations prennent beaucoup de temps et ont un coût certain. D'autres médecins auraient peur de sélectionner un type de patient s'ils avaient été formés. Ils ne veulent pas se retrouver à traiter majoritairement des patients présentant des troubles anxieux.

*M3 : « pour ma pratique personnelle, le manque de formation
Et peut-être aussi le temps que ça prend dans une consultation. »*

M3 : « j'ai pas forcément envie de sélectionner une population de patient avec que des troubles anxieux non plus. Heu voilà quoi ».

- Difficultés de durée et d'organisation de la consultation

La formation des T.C.C. est longue, il est nécessaire d'obtenir plusieurs diplômes avant de pouvoir les exercer. Les médecins en général sont attirés par d'autres formations et reconnaissent ne pas pouvoir se former dans tous les domaines et souvent la psychiatrie ne fait pas partie de leur priorité. Un médecin le signale bien : lors d'un renouvellement d'ordonnance, le temps de consultation est majoritairement dédié aux autres pathologies organiques. Par contre le patient venant seulement renouveler son traitement de l'anxiété, la consultation pourra y être dédiée et il réalisera en même temps une psychothérapie de soutien. De plus il est récurrent que le renouvellement d'ordonnance soit associé à une pathologie saisonnière. Le médecin ne peut traiter tout en une consultation et ne pourra pas réévaluer correctement le traitement psychiatrique. Beaucoup de patients ont des traitements au long cours d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs et ne veulent pas revenir spécifiquement pour en discuter.

M11 : « Après heu, voilà si on peut faire des consultations uniquement liées à ça, le problème du psy, c'est qu'il est bien souvent pas tout seul. C'est à dire que c'est rare qu'un psy ne vienne que pour un problème psy. Bien souvent, c'est dans un contexte heu, polyméd, c'est à dire que le psy, il est souvent diabétique, coronarien, enfin, il a d'autres problèmes de santé qui moi c'est mon boulot, et je préfère passer du temps à gérer le problème coronarien ou le diabète et donc ba le côté psy vient à la fin de la consultation. Il faudrait un temps psy heu, heu spécifique pour ça. C'est à dire quelqu'un qui vient et que je ne sais être que psy,

effectivement là je vais avoir l'écoute. Vous parliez l'autre jour de, du soutien psychologique, etc. Mon patient qui vient renouveler uniquement son Lysanxia ou son, son Deroxat, il est clair que là, la consultation va être plus dans le sens du, soutien. Mais celui qui a ça en plus d'autres choses, c'est clair que c'est pas ce qui va passer au premier plan. C'est certainement un tort hein parce ce que c'est aussi important mais moi sur le plan pratique je préfère passer mon temps sur une autre pathologie, quoi. »

- Guide d'entretien de T.C.C.

Il a été demandé à la fin de l'entretien si un guide de thérapie cognitivo-comportementale applicable lors d'une consultation de médecine générale les intéresserait. En effet dans d'autres pays, ces guides ont prouvé leur efficacité. Sept médecins les utiliseraient si ces guides étaient courts et applicables lors d'une consultation. Un médecin a des réticences quant à leur accessibilité et leur efficacité et deux ne les utiliseraient pas.

M10 : « D'accord. Et heu, pour finir, si vous aviez des petits guides de thérapie cognitivo-comportementale heu accessible facilement au généraliste, est-ce que vous les utiliseriez pendant la consultation ? S'ils sont bien fait oui, bien sur. »

M4 : « mais heu j'ai des réticences là quoi »

Ces guides pourraient permettre une prise en charge avec des T.C.C. applicables en consultation. Le médecin se sentirait moins démuni pour réaliser une thérapie adaptée. Le patient est souvent demandeur d'une prise en charge au cabinet.

Les thérapies cognitivo-comportementales sont considérées comme efficaces et les médecins connaissent leurs indications mais avouent ne pas diriger leurs patients vers ce type de thérapie. Le premier obstacle est la méconnaissance de ces thérapies, ils pensent les connaître mais ne savent pas comment elles sont réalisées ni par quels spécialistes. Ils ne connaissent pas non plus la qualification des différents correspondants et le patient doit également adhérer à ces thérapies. Le second obstacle au T.C.C. est la formation longue et coûteuse. La psychiatrie n'est pas une priorité pour les médecins généralistes notamment lors de renouvellement d'ordonnance de patients polypathologiques, les pathologies organiques seront privilégiées. Par contre si un petit guide de T.C.C. était utilisable pendant la consultation de médecin générale, ils seraient intéressés.

d. Traitement des troubles anxieux par le médecin généraliste

- Psychothérapie de soutien

Le premier traitement pour le médecin généraliste est la psychothérapie de soutien. Après avoir identifié le trouble anxieux, le praticien aide son patient au mieux en réalisant bien souvent une psychothérapie appelée « psychothérapie du médecin généraliste ». Elle est souvent exercée au cabinet. Cette psychothérapie diffère selon les médecins.

M1 : « j'utilisais beaucoup le support écrit, je demandais aux gens d'écrire ce qui leur passait par la tête et, ce qui quand quand y avait un moment de temps en temps et on m'a y a des gens avec qui on a bien avancé »

M8 : « Heu arriver un petit peu à les faire parler »

M9 : « soit heu, je les fais un peu parler, »

Certains médecins font parler les patients, d'autres les font écrire. Chacun a sa méthode mais avoue ne pas avoir de méthode spécifique. Lors des entretiens, pour répondre à

la question qu'elle est votre prise en charge des troubles anxieux, tous les médecins avaient un certain temps de réflexion avant de pouvoir y répondre. La prise en charge dépend essentiellement du patient ainsi que du vécu personnel du médecin et de son ressenti.

M5 : « on est plus ou moins à l'aise avec quoi, tout dépend aussi un peu de notre vécu, personnel, professionnel, et on s'implique pas de la même manière même pendant heu, je pense le parcours de notre carrière où on s'impliquera pas de la même manière, heu heu à chaque fois »

M2 : « ça dépend de leur importance, de la, de la demande du patient, heu honnêtement 9 fois sur 10, c'est c'est de la chimiothérapie, c'est c'est c'est c'est des anxiolytiques »

M11 : « C'est uniquement mon ressenti personnel, ma, mon éducation, mon écoute, qui font que, voilà, je, je, j'accompagne les gens heu plus par ce que j'apprends en lisant, etc, mais voilà. Mais sinon, on m'a jamais appris »

Le médecin essaie de reconforter le patient, de prendre de la distance en énonçant les difficultés. Il essaie également de cerner les problèmes, de faire trouver des solutions au patient. La prise en charge ne se fait pas sur une consultation et tous les médecins revoient plusieurs fois les patients. La relation que le médecin a avec son patient est essentielle. Les patients s'expriment plus facilement avec un médecin qu'ils connaissent et préfèrent souvent rester au cabinet pour la prise en charge. L'alliance thérapeutique est favorable pour le médecin généraliste car le patient est connu depuis plus longtemps.

M1 : « Donc heu, pour moi je dis non, parce que mais je pense que des fois ils ont heu, j'en reconnais qu'il y a des personnes qui nous disent ben, on arrive des fois mieux à discuter avec vous qu'on arrive avec le psychiatre »

M7 : « enfin en général en médecine générale on la relation médecin-patient heu qui est, qui est assez forte et ce qu'ils livrent à nous, ils n'ont pas envie de le livrer à tout le monde. »

- Relaxation, sport, soutien de l'entourage

D'autres traitements non médicamenteux sont proposés au patient. Le yoga revient souvent au cours des entretiens ainsi que la relaxation. Deux médecins conseillent à leur patient de réaliser du sport pour se changer les idées et éliminer le stress accumulé. Le soutien familial est également important, il n'est pas toujours évident de convaincre le patient d'en parler avec ses proches.

M11 : « il n'y a pas de cours de yoga, donc heu, orienter quelqu'un parce que bon c'est vrai que il faut partir sur des, des sports un peu comme ça pour heu, pour obtenir parce que bon »

M8 : « Le sport aussi je, je leur conseille aussi de faire du sport, »

Un médecin essaie de ne pas médicaliser, de ne pas organiciser les troubles anxieux et évite donc de prescrire un traitement médicamenteux:

M1 : « moi j'essaie de ne pas médicaliser un trouble anxieux, c'est à dire expliquer aux gens leur faire comprendre que ben c'est pas forcément organique que ça vient d'autre chose »

- Traitement médicamenteux

Les traitements médicamenteux sont souvent nécessaires en fonction de l'intensité des symptômes. Les traitements non médicamenteux sont essentiels mais souvent insuffisants selon les médecins. Ils ont rapidement recours à la chimiothérapie. Ils évitent autant que possible de les prescrire à la première consultation mais cela s'avère souvent difficile.

M11 : « Alors j'essaie là encore toujours d'avoir une chronologie en fonction du degré de de d'atteinte. »

M7 : « essayer de voir heu son importance »

- Phytothérapie et Homéopathie

En général, lorsque les symptômes sont peu importants, le traitement débuté est de la

phytothérapie ou de l'homéopathie. Pour la phytothérapie, on retrouve souvent la Spasmine* et l'Euphytose*. Les femmes médecins de l'échantillon ont tendance à prescrire majoritairement ce type de traitement contrairement aux hommes qui prescrivent souvent en première intention des anxiolytiques (Tableau 3) dans notre échantillon.

M10 : « Ben, en principe je commence toujours par des, toujours souvent par des plantes, j'essaie toujours, oui. Euphytose ou qu'est-ce qu'il y a encore, Spasmine, des trucs simples »

M9 : « Oui de la phytothérapie, ben c'est les gens qui demandent assez de phytothérapie, de la spasmine, de l'euphytose, de la passiflorine, de l'extrait de passiflor, heu de l'aubépine, du tilleul et ce que je sais encore.

M11 : « Ah les attaques de panique, je les traite souvent par anxiolytiques mais bon je, j'essaie aussi de, d'ajouter le versant homéo. Hein parce qu'on a des traitements pour les attaques de panique en homéopathie et donc heu, moi je commence toujours comme ça. Donc heu, avec des traitements homéopathiques et souvent, ça ça se passe bien »

M8 : « Bon je ne mets pas toujours que des anxiolytiques je mets un petit peu d'homéopathie »

- Classe intermédiaire

Avant la mise en place d'anxiolytiques, beaucoup de médecins prescrivent de la Buspirone ou de l'Etifoxine (Stresam*).

M10 : « quand je vois que l'anxiété est plus importante, je passe à la Strésam. Il n'y a pas d'accoutumance, c'est on ne peut mieux. »

- Benzodiazépines

Les anxiolytiques types benzodiazépines sont majoritairement prescrits. Les médecins prescrivent plus de benzodiazépines à demi-vie longue même si les recommandations préfèrent celles à demi-vie courte ; ils retrouvent de meilleurs résultats avec ce traitement.

M11 : « Après heu anxiolytiques heu, heu comment heu non benzodiazépine, hein toujours et puis bien entendu voilà, après les benzodiazépines et là encore malgré tout ce qu'on nous demande, c'est clair et nette qu'on a quand même des résultats qui sont meilleurs avec des benzos d'action, de durée longue heu et c'est vrai que parfois ben je je je me cache pas que j'aime bien le Lysanxia, j'aime bien le Bromazépam parce que ben effectivement on a des fois des résultats beaucoup plus rapides et beaucoup plus efficaces qu'avec un Temesta ou avec un, une demi-vie plus courte quoi. »

M10 : « Bromazépam, Lysanxia. C'est les 2 principaux que j'utilise. »

Les maîtres de stage ne prescrivent pas plus de benzodiazépines à activité courte comme le préconise les recommandations. Seuls les médecins 2 et 5 les utilisent comme thérapeutique.

M2 « et ça c'est assorti évidemment d'un tout petit peu d'alprazolam »

M5 : « du heu seresta la plupart de temps, du xanax »

- Hypnotiques

Les hypnotiques sont également prescrits. En effet, les troubles du sommeil accompagnent fréquemment les troubles anxieux. Ils aident plus rapidement le patient à se sentir soulagé mais le risque d'accoutumance est important. Les hypnotiques seront également prescrits en première intention si le patient s'est automédiqué avec un traitement prescrit antérieurement ou avec des médicaments disponibles sans ordonnance.

- Antidépresseurs

Les antidépresseurs sont indiqués comme traitement de fond en dehors d'un versant dépressif. Huit médecins les prescrivent dans cette indication en utilisant préférentiellement de la Paroxétine ou de l'Escitalopram (Seroplex*). Les maîtres de stage de l'échantillon ne prescrivent pas plus d'antidépresseurs que les autres médecins : le traitement de fond du

trouble anxieux est connu pour la majorité des médecins interrogés.

M3 : « les troubles anxieux généralisés, qu'est-ce que vous faites ? Ben je mets peut-être plus facilement un un traitement quand même genre tricyclique comme traitement de fond »

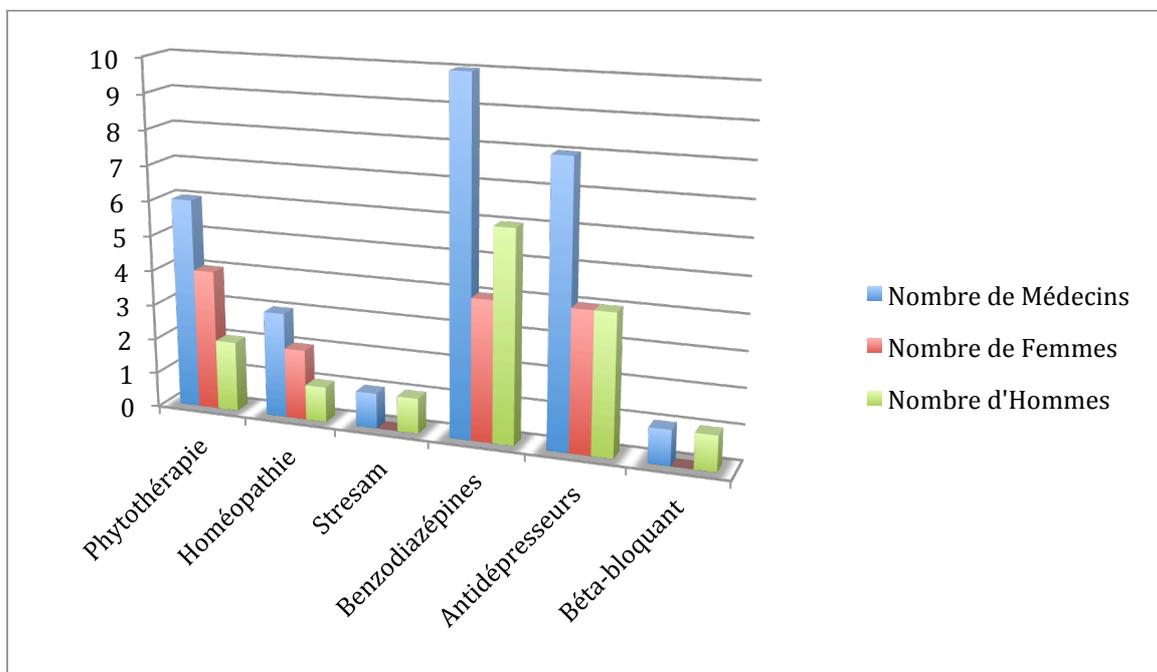
M5 : « un syndrome anxieux généralisé, là ça serait plus des antidépresseurs »

M11 : « Hein, l'anxieux généralisé souvent j'essaie de mettre en route un traitement, plutôt antidépresseur. »

- Bétabloquants et neuroleptiques

Les derniers traitements utilisés mais peu cités sont les béta-bloquants et les neuroleptiques. Un médecin a cité chacun de ces traitements.

Tableau 3 : Prescription médicamenteuse selon le sexe



- Conditions d'adressage

Les médecins généralistes traitent le plus souvent les patients eux-mêmes. Ils ont recours au spécialiste quand la symptomatologie est trop sévère. Ils adressent également pour réaliser de la sophrologie ou de la relaxation.

M2 : « à envoyer à un psy qui s'occupe de ça, heu ça nécessite un traitement, un trouble relativement lourd »

M4 : « Après si j'ai l'impression que j'arrive pas à bouger sans avis, je vais ailleurs. Je demande un avis complémentaire. »

M4 : « qui fait de la relaxation donc quand je pense que c'est utile, je lui envoie les patients »

Lorsque le patient présente des troubles anxieux trop importants, le médecin généraliste adresse donc le patient à des spécialistes différents dans leurs pratiques. Il peut y avoir une prise en charge libérale par un psychiatre ou un psychologue, dans une structure adaptée type centre médico-psychologique et en dernier recours l'hospitalisation.

M10 : « Et si vraiment je n'ai pas de résultats, éventuellement j'envoie chez le psychiatre. »

M8 : « Maintenant heu, heu il est vrai que j'aime bien, j'aime bien les confier à un psychologue, je je et on en a sur le secteur quelques uns avec qui je, on travaille. »

M7 : « soit au CMP où il peut y avoir des des prises en charge aussi de ce, de ce côté là. Ça c'est pareil le patient parfois on leur parle de CMP et ils sont un peu réticent au départ »

- Trouver un correspondant

Tous les interviewés adressent les patients au spécialiste. Les médecins situés en milieu rural ont plus de difficultés à trouver un correspondant. En milieu semi-rural, les médecins adressent facilement au psychologue.

Les spécialistes exercent différentes thérapies comme les T.C.C. mais aussi l'hypnose,

la psychanalyse avec qui on retrouve une gêne perpétuelle pour le diagnostic.

M9 : « Ben j'envoie à St Avold, oui à quelqu'un qui fait des prises en charge, mais qui fait plus de l'hypnose »

M4 : « sur un travail d'écoute psychanalytique »

- Délai de rendez-vous

La prise en charge spécialisée rencontre plusieurs obstacles. Le premier obstacle est le délai de prise en charge. Tous les médecins reconnaissent avoir des difficultés à avoir un rendez-vous rapide. Les délais sont en général de deux à trois mois pour les psychiatres ou le centre médico-psychologique. Le médecin traitant n'arrive pas non plus à avoir un rendez-vous plus rapide s'il prend lui-même le rendez-vous. Seul un médecin avoue ne jamais avoir eu de difficultés à négocier un rendez-vous rapide auprès d'un médecin psychiatre.

M10 : « Un manque d'accessibilité, déjà pour avoir un RV c'est déjà très très long, hein »

M2 : « Non, les psychiatres c'est généralement très très long, pas autant que les ophtalmos mais, quand on est embêté avec un trouble comme ça et qu'il faut attendre entre un mois et demi et trois mois, plutôt trois mois, c'est toujours un petit peu gênant »

M4 : « Vous avez un délai de prise en charge raisonnable avec heu ? J'ai toujours, j'ai jamais eu de soucis »

Au niveau des psychologues, le délai de prise en charge est en général rapide. Ils sont plus accessibles et ont des horaires plus adaptés pour le patient.

M3 : « la psychologue a été pour une fois assez sympa et l'avait pris sous deux, trois jours »

Par contre, les patients sont réticents à aller consulter les psychologues étant donné l'absence de remboursement par la sécurité sociale. Une prise en charge psychothérapique nécessite plusieurs rendez-vous et beaucoup de patients ne peuvent les consulter.

M1 : « dans la banlieue où j'étais les gens n'avait pas des gros moyens et (petite pause) des fois c'était un frein »

M3 : « ils ont le le frein du fait que ce ne soit pas remboursé par la caisse, »

M6 : « Et puis il y a le fait que bon ben c'est pas, évidemment c'est pas pris en charge par la sécu »

- Relation de confiance

La relation avec le praticien est également importante. Certains patients ne veulent pas consulter un autre praticien : il est difficile de mener une nouvelle relation de confiance.

M7 : « Et heu c'est vrai que ce qui est important c'est que la relation avec le, avec le, avec le spécialiste choisi ben passe bien dès le départ parce que sinon je pense que l'efficacité de la chose sera pas, sera pas top déjà ça ça serait le premier obstacle après heu, en fonction du lieu où on est ça peut être aussi le l'obstacle d'avoir le spécialiste sous la main »

- Relation médecins généralistes/psychiatres

Il existe des difficultés de relation avec les psychiatres. Les patients sont adressés avec un courrier mais les médecins traitants ont peu de courrier de retour contrairement aux médecins des autres spécialités médicales. Il est très difficile de pouvoir communiquer avec eux et de pouvoir leur demander un avis par téléphone.

M10 : « Il y a aucun contact avec eux, quand je vais leur envoyer quelqu'un je n'aurai jamais un courrier pour me dire, voilà j'ai vu votre patient, voilà ce que j'en pense, qu'est-ce qu'il faut faire, qu'est-ce que je vous conseille. Il n'y a pas, aucun contact avec. »

M2 : « On sait vaguement ce qui c'est passé, monsieur bon ça va mieux, vous avez réussi à vous abstenir de de d'alcool, en allant chez chez le spécialiste, chez le psychiatre oui, oui ou non, mais en l'occurrence oui, bon ben c'est bien, voilà mais, mais, alors là par rapport par ex, enfin par rapport à un spécialiste type cardio, pneumo avec lesquels on a de de de des échanges épistolaires réguliers heu avec les pys on en a pas du tout, heu donc on a

généralement pas de retour, ça a marché, ça a pas marché, on nous le dit ou on le voit mais je n'ai généralement pas de retour de de des psys sauf quand c'est très très grave, voilà »

- Méconnaissance des T.C.C.

De nombreux médecins ne connaissent pas exactement les thérapies cognitivo-comportementales mais en réalité les réalisent sans le savoir lors des consultations. Ils réalisent l'entretien motivationnel avec leurs patients, réalisent des échelles. Le médecin essaie de se retrouver dans les schémas de pensée des patients.

M3 : « De savoir le pourquoi. De peut-être mettre le doigt dessus ça permet de mieux gérer ça. »

M4 : « Je pourrais regarder mais heu j'ai des réticences là quoi. Maintenant là encore hein sur les troubles phobiques heu c'est pas parce que mon écoute ou ma manière de travailler me permet de percevoir des choses, ou d'imaginer des choses parce que ça reste aussi nos fantasmes à nous, heu qu'il faut obligatoirement valider ces hypothèses avec les patients. »

- Prise en charge par le médecin généraliste

Lors des entretiens, nous avons demandé la prise en charge de chaque trouble anxieux à chaque médecin.

- Pour les troubles anxieux généralisés, la majorité des médecins prescrivent des antidépresseurs. Un médecin prescrit des benzodiazépines et deux associent au traitement médicamenteux une thérapie.

M10 : « Même conduite que dans l'anxiété simple. Là souvent j'ajoute un antidépresseur. »

M3 : « Ben je mets peut-être plus facilement un un traitement quand même genre tricyclique comme traitement de fond, plus la prise en charge heu psychologique »

- Pour la prise en charge des phobies spécifiques, la majorité des médecins adressent le patient au psychiatre ou au psychologue. Un médecin préfère une thérapie par T.C.C. Deux médecins prescrivent des antidépresseurs et un médecin met en place un traitement homéopathique.

M11 : « Les phobies aussi hein, j'en ai, j'ai des phobies que je traite en homéo. »

M5 : « On parle des des phobies par exemple spécifiques animalières, des choses comme ça, ben quand on a des phobies heu avec des répercussions sur heu, sur heu, sur la vie, la vie de famille, la vie professionnelle, heu je vais souvent amener quand même à prescrire des antidépresseurs pour ce ce genre de de problème »

M3 : « Ben ççça dépend, chez le psychiatre ou la psychologue justement pour faire ce genre de prise en charge surtout si c'est une phobie spécifique »

- Pour le traitement des phobies sociales, les médecins adressent les patients au spécialiste ou en hospitalisation. Beaucoup avouent ne jamais avoir rencontré de patients présentant une phobie sociale. Deux médecins prescrivent un traitement médicamenteux.

M10 : « Dans les phobies sociales, je n'ai pas été trop confronté, non. Vous n'avez jamais eu de patient ? Non, non, phobie sociale, non. »

M3 : « j'ai une patiente on a dû l'hospitaliser parce que justement le fait d'aller chez le psychologue était impossible ou le psychiatre était impossible pour elle, elle arrivait pas à à faire la démarche de prendre RV et d'y aller du fait de la phobie sociale, »

M5 : « Des entretiens, des propositions thérapeutiques, l'adhésion du patient sur heu tel ou tel traitement et heu voilà et puis après on évalue ensemble les les bénéfices, après »

- Pour la prise en charge des Etats de Stress Post-traumatiques, la thérapie a une place essentielle dans la prise en charge. Un médecin pose l'indication des thérapies cognitivo-comportementales.

M5 : « Je prescris pas là par contre. Je prescris pas. Donc heu non, là je je propose un suivi d'entretien. »

M3 : « elle avait pratiqué la T.C.C. et ça avait très très bien fonctionné, il a pu retourner au travail après quelques temps d'arrêt quand même. »

La prise en charge des troubles anxieux diffère essentiellement par la pathologie. Le sexe et l'âge interviennent également dans la prise en charge (Tableau 3,4). Les femmes médecins interviewées prescriraient plus d'homéopathie. Les femmes médecins de moins de 45 ans semblent proposer une thérapie plus facilement contrairement aux hommes du même âge qui ne les utilisent pas. Pour la prise en charge des différents troubles anxieux, les antidépresseurs ont une place essentielle pour tous les médecins.

Tableau 4

		Thérapie	Benzodiazépines	Antidépresseurs	Homéopathie
Hommes	< 45 ans	0	2	3	0
	> 45 ans	1	1	3	0
Femmes	< 45 ans	2	1	0	0
	> 45 ans	1	2	3	2

La prise en charge du trouble anxieux par le médecin généraliste est très variée. Il débute toujours par une psychothérapie de soutien au cabinet, la réalisation de yoga ou de relaxation. Le traitement médicamenteux vient en seconde intention la plupart du temps en fonction de l'intensité des symptômes. Il débute par de la phytothérapie, de l'homéopathie, puis de l'étifoxine puis des benzodiazépines avec pour traitement de fond des antidépresseurs. Lorsque la symptomatologie est trop sévère, il a recours au spécialiste mais les délais sont longs et il y a peu de courrier de retour. La prise en charge n'est pas remboursée par la sécurité sociale pour les psychologues. Le patient doit pouvoir trouver une relation de confiance avec le spécialiste choisi.

DISCUSSION

I. Choix de l'étude

1. Choix du sujet

Au niveau mondial, l'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au vingt et unième siècle concernent la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs (36). La prise en charge des troubles anxieux est donc essentielle.

Les troubles anxieux sont des motifs récurrents de consultation. Tous les médecins avaient un exemple datant de moins d'une semaine lors des entretiens. Par contre les thérapies cognitivo-comportementales sont moins connues. Nous avons choisi ce sujet pour connaître la réelle prise en charge des troubles anxieux par les médecins généralistes et pour savoir s'ils traitaient leurs patients par T.C.C., une thérapie validée et reconnue comme étant efficace.

Peu d'études ont été réalisées sur les T.C.C. Une thèse réalisée à Rouen en 2009 a recherché les possibilités qu'ont les médecins généralistes à proposer une prise en charge cognitivo-comportementale à leurs patients (37). La demande de soins en T.C.C. était faible lors de la réalisation de la thèse ; peu de médecins les connaissaient ou ils ne connaissaient pas leurs indications.

Nous avons pris la définition du DSM IV, seule référence au début de notre travail. Le DSM V est paru aux Etats-Unis en 2013 mais il fait polémique. Nous avons choisi de garder le DSM IV étant donné que plusieurs troubles anxieux référencés pendant les entretiens ont été retirés de la classification comme par exemple les troubles obsessionnels compulsifs.

2. Choix de la population interrogée

Nous avons choisi de nous limiter à deux départements situés dans la région d'origine. Nous avons essayé de prendre un échantillon de médecins représentatifs : autant de femmes que d'hommes. De plus nous avons essayé de choisir des médecins ayant un âge varié. Il est difficile de choisir exactement des médecins avec l'âge souhaité. Pour les sélectionner, nous avons consulté les pages jaunes : le lieu d'exercice est indiqué et nous pouvions savoir si le médecin exerçait seul ou en groupe.

Nous avons constaté que la majorité des médecins interrogés dans notre échantillon ont un âge supérieur à cinquante ans. La majorité des médecins finissant leurs études remplacent plusieurs années avant de s'installer. Une étude réalisée sur les affiliations des cotisants actuels de 1989 à 2009 montre, à ce sujet, que l'écart moyen entre la date de thèse et l'affiliation à la Caisse autonome de retraite des médecins de France (C.A.R.M.F.) est passé de 2,77 ans en 1989 à 6,62 ans en 2009 (38). En Lorraine, l'âge moyen d'installation est de 40 ans (39).

Nous avons réalisé onze entretiens au bout desquels les données sont devenues redondantes : nous avons obtenu la saturation (21).

Le sujet a été choisi pour connaître la réelle prise en charge des troubles anxieux par les médecins généralistes et pour savoir s'ils traitaient leurs patients par T.C.C. Nous avons choisi de garder le DSM IV étant donné que le DSM V fait polémique. Nous avons interrogé onze médecins pour former un échantillon le plus représentatif possible.

II. Limites et Biais

1. Biais en lien avec la méthode

L'échantillonnage est le premier biais de notre étude. Le nombre d'entretiens est petit avec seulement onze entretiens. Nous avons choisi les médecins dans les pages jaunes plus ou moins par hasard mais nous n'avons pas procédé à un tirage au sort entraînant un biais de sélection. Nous avons choisi notre échantillon de médecins en fonction de plusieurs critères : le sexe, l'âge, le milieu d'exercice, s'ils exercent en association ou non ainsi que s'ils sont ou non maîtres de stage. Notre échantillon comparé à la population des médecins lorrains n'est pas représentatif au niveau de l'activité ou de la moyenne d'âge mais il est diversifié. L'échantillonnage recrute des participants qui fassent ressortir les divergences (40).

Deux médecins nous étaient connus avant la réalisation de l'étude, ils ont permis de mettre en confiance l'interviewer mais les échantillons « de convenance » sont à éviter (23).

Les entretiens ont duré vingt minutes en moyenne. Il s'agit d'une durée courte pour analyser l'ensemble des propos. Cette durée peut s'expliquer par la méconnaissance des thérapies cognitivo-comportementales et une prise en charge non standardisée des troubles anxieux. Les médecins ont eu beaucoup de difficultés à développer la prise en charge des troubles anxieux de manière détaillée. Ils n'ont pas de prise en charge spécifique lorsqu'il s'agit d'un type de trouble anxieux.

L'entretien semi dirigé constitue également un biais dans notre étude. Il aurait été nécessaire de varier les techniques de recueil de données en constituant une triangulation (23) pour valider les résultats. La triangulation permet de comparer les résultats obtenus à partir d'au moins deux techniques de recueil de données (exemple : entretiens et observations), ou plus simplement d'au moins deux sources de données (exemple : entretiens avec étudiants et enseignants) (21).

La validité interne ou la crédibilité réfère à la qualité méthodologique de l'étude (41) et permet de vérifier si les observations sont fidèles à la réalité (42). Notre échantillon n'est pas représentatif mais nous avons choisi d'interroger autant d'hommes que de femmes pour

savoir si le sexe intervenait dans la prise en charge. La validité externe ou transférabilité est la possibilité de pouvoir généraliser les observations à d'autres objets ou contextes, les données doivent être saturées (42). Nous avons effectué des entretiens jusqu'à la saturation des données. Pour généraliser notre analyse une recherche quantitative est nécessaire.

Les entretiens individuels sont plus chronophages mais permettent d'aborder des sujets plus délicats (21). En effet la prise en charge des troubles anxieux est difficile quant à la multiplicité des possibilités thérapeutiques. De plus, il était déjà difficile au médecin généraliste de nous expliquer sa prise en charge lors d'un entretien semi-dirigé, alors qu'il se trouvait seul avec nous. Lors d'un focus-group, le médecin se retrouve avec différents confrères et il aurait pu se censurer encore plus de peur d'être jugé. Cependant le focus-groupe a parfois un effet inverse et dynamise l'entretien. Sur des sujets difficiles comme le nôtre, il était préférable que l'interviewé soit le plus à l'aise possible.

L'enregistrement des entretiens a été un réel frein au médecin pour une expression libre malgré leur accord préalable. En effet beaucoup ont amené de nouvelles idées à la fin de l'entrevue durant dix minutes en moyenne alors qu'il leur était très difficile d'explicitier ces notions pendant l'entretien.

La validité de l'étude est meilleure si les mêmes données sont analysées par plusieurs chercheurs (23). Nous avons analysé à deux chercheurs quatre entretiens complets pour permettre une meilleure analyse. Il est difficile de coder à deux chercheurs tous les entretiens : le premier chercheur réalise tout le codage et le second seulement les premiers pour une meilleure validité. Par contre, le codage n'a pas été réalisé manuellement comme dans la plupart des études, nous avons choisi d'utiliser le logiciel Nvivo permettant une analyse plus précise.

2. Biais en lien avec l'interviewer

L'interviewer dirige tout l'entretien et ceci est indispensable pour l'obtention d'un discours approprié. Le manque d'expérience est un frein à la fluidité des entretiens. Les relances sont difficiles et les premiers entretiens sont de courte durée. En effet, l'enquêteur avait des difficultés à s'approprier les techniques de reformulation, de relance et d'écoute active, afin de favoriser la production du discours du sujet interrogé.

Chaque nouvel entretien a donc été préparé en réécoutant les différents discours afin de repérer les erreurs commises précédemment. Les principaux défauts corrigés étaient la relance. Les techniques de relance n'étaient pas complètement acquises lors des premiers entretiens. Il a fallu également laisser parler librement l'interviewé sans poser une nouvelle question trop rapidement. Les silences, les hésitations font partie intégrante du discours et sont importants pour l'analyse. Les questions fermées étaient trop récurrentes lors des premiers entretiens.

De même, l'interviewer était un interne de médecine générale, c'est à dire un médecin, un collègue. Il devait veiller à se taire pour ne pas influencer le discours de son interlocuteur par son propre vécu dans les situations décrites. De plus l'interviewé pouvait se sentir parfois jugé quant à sa prise en charge. De surcroît, il se sentait dans l'obligation de se justifier lorsqu'il choisissait un traitement non recommandé comme si le sujet de notre thèse était une évaluation des pratiques.

L'étude qualitative comme toutes les études comporte des biais. Le biais de sélection est le plus important dans notre étude étant donné le faible échantillon et la présence d'entretien de courtes durées. Nous n'avons pas réalisé de triangulation permettant une meilleure validité des résultats mais nous avons réalisé l'analyse de quatre entretiens à deux chercheurs et le codage a été réalisé par le logiciel spécialisé NVivo.

III. Synthèse des résultats et commentaires

1. Prise en charge des troubles anxieux

Les patients consultant pour des troubles anxieux sont très fréquents. Mais selon l'enquête ESEMeD, la prévalence de l'anxiété généralisée sur douze mois serait seulement de 2,1 % (43). Le médecin généraliste est amené à prendre en charge aussi bien des pathologies psychiatriques authentifiées (par le DSM IV ou la CIM 10) que les détresses psychiques quotidiennes (44).

Le diagnostic est important avant la prise en charge. Les patients peuvent consulter pour d'autres motifs. Il est indispensable de caractériser le trouble anxieux, de rechercher une cause pour le prendre en charge correctement. Différentes thérapeutiques ont été retrouvées lors des entretiens. Le médecin généraliste contrairement au psychiatre prend en charge globalement le patient avec ses autres pathologies. Il connaît le patient en général avant l'apparition des troubles anxieux, il connaît son milieu social, ses pathologies. Tout ceci est un atout pour le médecin généraliste dans le cadre du traitement.

La France est le premier pays consommateur européen de psychotropes. La fréquence d'utilisation des psychotropes dans les douze derniers mois est, quelle que soit la classe, quasiment deux fois supérieure en France par rapport à la moyenne de cinq pays européens, tels que l'Allemagne, la Belgique, l'Espagne, l'Italie et les Pays-Bas (45). La prise en charge des troubles anxieux diffère selon les médecins. Nous avons vu que l'âge, le sexe sont des facteurs importants à prendre en compte. En effet la prescription des benzodiazépines serait plus importante chez les hommes de moins de 45 ans et les femmes de plus de 45 ans. Mais les femmes jeunes proposeraient plus facilement une thérapie. Ce constat est retrouvé dans le rapport sur le bon usage des psychotropes (45) : « L'augmentation significative du recours à la médication chez les praticiens de plus de 60 ans pourrait suggérer, derrière l'effet âge, un effet de l'ancienneté professionnelle, la pratique professionnelle des "anciens" étant sous l'influence d'apprentissages différents et d'une adhésion plus marquée à la chimiothérapie ».

Les prescriptions majoritaires sont les benzodiazépines à demi-vie longue avec les antidépresseurs (paroxétine, escitalopram). Il est souvent nécessaire d'ajouter au départ un hypnotique étant donné des troubles du sommeil souvent intriqués. Dans une autre étude, il est montré que le médecin ne prescrit un antidépresseur que dans 17% des cas et un anxiolytique dans la moitié des cas (46) : « Lorsque l'anxiété est le seul diagnostic d'ordre psychologique ou psychiatrique relevé dans la consultation, le médecin prescrit un anxiolytique dans 52,3% des cas (29% Drees) et un antidépresseur dans 17% des cas (51,8% Drees) ». En 2010, cent trente quatre millions de boîtes de benzodiazépines ont été vendues soit 3,8% de la consommation totale de médicaments sur cette année-là (13).

La prise en charge semble plus facile pour les praticiens ayant un temps de consultation plus grand. Les médecins prenant un rendez-vous toutes les trente minutes pourront réaliser d'emblée une psychothérapie lors de la consultation contrairement à celui qui a quinze minutes. Mais le temps de consultation est aussi dépendant du type de journée réalisée. Lors d'une journée calme où le téléphone sonne peu, il sera plus facile d'augmenter son temps de consultation. Lorsque tous les rendez-vous sont pris, il est très difficile d'accorder plus de temps à un entretien. La présence d'un secrétariat permet d'avoir une consultation plus calme et de se concentrer sur le patient contrairement aux médecins sans cesse dérangés par les appels téléphoniques. La durée moyenne de consultations des médecins généralistes de notre étude est de vingt minutes. Dans une étude française de 2002, sur 44 000 consultations (922 généralistes), la durée moyenne était de 16 minutes, 0,3 % durant moins de 5 minutes et 4,8 % plus de 30 minutes (contre 13,3 minutes au Royaume-Uni en 2003 et 20 minutes aux USA) (47). La consultation était plus longue en cas de problèmes psychologiques ou psychiatriques, de maladies chroniques, de personnes âgées, de nouveaux patients. Il est nécessaire de laisser parler le patient au début de la consultation pour éviter le nombre de demandes en toute fin de consultation. Si la demande est trop importante, le patient peut être amené à reprendre rendez-vous pour traiter les autres problèmes (47).

L'augmentation du temps de consultation permet de réaliser une psychothérapie, étape essentielle dans la prise en charge. Les médecins avouent ne pas avoir de formation et parle de « psychothérapie du médecin généraliste ». La définition d'une psychothérapie ne prend pas en compte la formation ni l'expérience du praticien : on peut définir de façon simplifiée le fait psychothérapeutique comme le résultat de la mise en place d'un processus relationnel au sein

d'un cadre spécifique et qui fait l'objet d'un contrat entre les deux parties (48). Beaucoup de patients ont accès à une psychothérapie au cours de leurs vies. Selon l'enquête menée auprès de 6500 adhérents de la Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN) en 1999 et 2000, la fréquence de recours à la psychothérapie au moins une fois dans la vie est relativement élevée, puisque suivant les études de 5 à 11,5 % des répondants y ont eu recours (49).

La formation en psychiatrie est un réel problème pour la majorité des médecins. Un stage en psychiatrie n'est pas obligatoire pendant les études de médecine. Un seul des médecins interrogés a réalisé un stage pendant ses études. En effet le stage de psychiatrie ne fait pas partie de la maquette du Diplôme d'étude spécialisée (50) et il est souvent difficile d'accès.

Lorsqu'ils prennent en charge eux-mêmes la maladie mentale, les généralistes privilégient le dialogue, puis les traitements médicamenteux, ou encore d'autres techniques, englobant la relaxation, la sophrologie... (51). Malgré ce manque de formation, le médecin généraliste réalise dans la plupart des cas une psychothérapie au cabinet médical.

Le médecin généraliste adresse facilement ses patients à un confrère spécialiste dès que la symptomatologie est trop importante ou si sa prise en charge s'avère inefficace. Les délais de prise en charge sont un réel problème, car ils sont très longs même dans les cas les plus urgents. Le médecin éprouve également des difficultés à s'adresser au bon spécialiste : il existe un manque d'information des généralistes sur les structures existantes, les différentes démarches à suivre pour y orienter un patient (51).

La communication avec le spécialiste est difficile. Contrairement aux confrères spécialistes des autres spécialités, le médecin ne reçoit pas de courrier expliquant la prise en charge ou son déroulement. Cette règle, lorsqu'elle n'est pas respectée par le psychiatre, donne au médecin généraliste le sentiment d'être exclu de la prise en charge du patient (52). Les psychiatres y répondent avec la confidentialité qui entoure la relation médecin-malade (53). Le code de déontologie oblige pourtant le psychiatre à cet échange.

Le médecin généraliste a la possibilité d'adresser à différents spécialistes : les psychiatres, les psychologues, au C.M.P. L'absence de remboursement par la sécurité sociale est un frein aux consultations auprès des psychologues.

2. Représentations des T.C.C.

Les thérapies cognitivo-comportementales sont peu connues des médecins généralistes et difficiles d'accès. On compte seulement 6500 spécialistes en psychiatrie en 2006 (54) et peu de spécialistes exercent les T.C.C. Les médecins généralistes ne connaissent pas la prise en charge exacte : le fonctionnement de ces thérapies ni leur durée. Il s'agit de thérapies comportant une vingtaine de séances et donc relativement courtes contrairement aux autres thérapies. Pourtant certains des médecins interrogés les pratiquent sans s'en apercevoir. D'autres affirment que ces thérapies ne sont pas efficaces dans le temps. Mais selon un rapport de l'I.N.S.E.R.M., les résultats montrent que la supériorité des T.C.C. se maintient des mois et des années suivant la thérapie (5).

Le médecin généraliste adresse au spécialiste pour réaliser une thérapie mais ne sait laquelle il va utiliser pour prendre en charge le patient. La grande variété des techniques psychothérapeutiques démontre à l'évidence qu'il n'y a pas une mais des psychothérapies et que chacune d'elles comporte des indications particulières (48). Les T.C.C. ont différentes indications. La prise en charge de la dépression et des troubles anxieux sont les indications les plus connues par le médecin généraliste. Dans les troubles anxieux, les médecins utilisent les T.C.C. unanimement dans la prise en charge des différentes phobies.

Le patient ne souhaite pas toujours rencontrer un spécialiste et l'alliance thérapeutique est difficile à obtenir surtout dans le domaine psychiatrique. Les patients sont parfois réticents pour travailler un peu et se livrer ou revenir sur des sujets de souffrance.

Pour éviter une prescription médicamenteuse, les médecins généralistes s'accordent pour utiliser ces thérapies. Seulement deux médecins ont adressé des patients pour une prise en charge spécifique par T.C.C. Les médecins ne savent pas quels spécialistes les exercent, ce

qui limite beaucoup leur utilisation. Pourtant il s'agit du courant dominant actuellement et celui qui est le mieux validé dans ses résultats thérapeutiques (48). Son but est d'objectiver les processus à l'œuvre dans l'activité mentale et d'en traiter les perturbations selon des procédures codifiables et reproductibles.

La prise en charge des troubles anxieux est complexe. Le médecin doit faire face à un diagnostic pas toujours facile à réaliser et des patients parfois réticents à parler. Le traitement se divise entre chimiothérapie suivant l'intensité des symptômes et psychothérapie. La psychothérapie est en général toujours débutée au cabinet lors d'une consultation de médecine générale. Le médecin traitant adresse au spécialiste lorsque les troubles sont trop importants. Les délais sont longs et la communication avec les psychiatres est quasiment inexistante. Les T.C.C. sont peu connues par les médecins généralistes mais surtout ils ne savent pas quels spécialistes les pratiquent. Ils adressent au psychiatre pour une prise en charge spécialisée mais ils ne savent pas quelle thérapie sera utilisée.

IV. Proposition

1. La formation en psychiatrie

Le premier obstacle en psychiatrie pour les médecins généralistes est le manque de formation. Le plan Santé est bien conscient de ce manque de formation (36): « améliorer la formation des médecins généralistes (à peine un praticien sur cinq a effectué un stage de psychiatrie au cours de sa formation initiale alors qu'il sera quotidiennement confronté à la souffrance psychique dans sa pratique), y compris à travers le développement professionnel continu (D.P.C.) ».

Les médecins généralistes ont pourtant l'obligation de réaliser la formation continue annuelle appelée à présent D.P.C. Il serait intéressant de proposer des formations courtes sur les différentes psychothérapies existantes. Il serait de même possible de réaliser plusieurs formations sur la prise en charge psychologique du patient en cabinet de médecine générale. Lors des formations continues le sujet pourrait déjà être abordé en proposant quelques conseils. Certains confrères abordent les prises en charge difficiles psychologiques ou somatiques lors de groupe de pairs* ou groupe d'échanges de pratiques.

Un groupe de pairs* regroupe des médecins de la même spécialité (55) :

- se réunissant régulièrement
- sans hiérarchie entre eux, dans un climat de confiance favorisant la liberté de parole
- qui font une analyse argumentée de la pratique quotidienne
- centrée sur la présentation de cas cliniques, tirés au sort
- s'appuyant sur l'expertise collective

Ces formations permettraient au médecin une prise en charge plus adaptée suite à une formation spécifique. La prise en charge ne résulterait plus du seul vécu et ressenti du médecin généraliste. De plus, un stage obligatoire pendant les études au niveau du 2^e ou 3^e cycle permettrait une meilleure connaissance du travail de chacun. La médecine générale a été revalorisée grâce au stage en cabinet obligatoire au cours du 2^e cycle : ce stage permet de connaître la difficulté des prises en charge libérale ainsi que la diversité des pathologies rencontrées.

Pour les médecins généralistes les formations aux T.C.C. sont coûteuses et longues. Il leur est difficile de s'y former. De plus la psychiatrie n'est pas leur domaine de prédilection et ils préfèrent assister à d'autres formations. L'Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive (A.F.T.C.C.) propose une formation de base en thérapie comportementale et cognitive (56). La formation de base se déroule classiquement en trois ans ou en deux ans. Les deux formules comptent le même nombre d'heures de cours, et les mêmes thèmes enseignés, c'est uniquement le rythme des cours qui est adapté. Il existe aussi des séminaires orientés T.C.C. organisés par des instances de formation médicale continue.

2. Prévention

La prévention des troubles anxieux permettrait de les réduire : la prévention en santé publique consiste en une action en amont des troubles afin d'en réduire l'incidence (36). Le gouvernement a rédigé un plan de santé pour permettre l'accès aux soins de tous.

Pour permettre de réaliser des avancées dans la recherche en psychiatrie le ministère des affaires sociales et de la santé a lancé un appel de projets de recherche en 2013 sur l'organisation des soins en psychiatrie et en santé mentale (57).

Il serait nécessaire de poser un diagnostic précoce de troubles anxieux dès les premiers symptômes afin d'éviter une aggravation ainsi qu'une chronicisation. Il n'est pourtant pas évident de le faire lors d'une consultation d'autant que le temps de consultation est court et que le patient vient pour un autre motif. Il pourrait être plus aisé de les dépister lors d'une consultation dédiée où aucune pathologie saisonnière ou renouvellement de médicaments n'interviendrait. L'adhésion du patient à ce projet serait difficile. Il ne faut pas hésiter à inciter les patients à parler d'une angoisse passagère qui pourrait devenir durable. La parole est un bon moyen pour soulager un sentiment anxieux. Les conseils d'hygiène de vie sont aussi nécessaires pour cadrer les besoins en sommeil, les activités de loisirs ou de relaxation, l'équilibre alimentaire, les éventuelles addictions (toxiques, jeux, écrans).

Le médecin généraliste dispose déjà d'un capital relationnel favorable pour une prise en charge psychologique. L'alliance thérapeutique se cultive tout au long du suivi habituel. C'est un acte par lequel deux personnes s'allient et contractent un engagement réciproque (58). L'alliance thérapeutique est un pré requis pour le travail thérapeutique mais aussi principal vecteur du profil de changement dans la thérapie. Il serait judicieux de savoir demander au patient de revenir consulter pour parler de ses difficultés lorsqu'elles sont abordées et de lui expliquer qu'il est nécessaire d'avoir du temps pour parler de ce sujet à ses yeux et à nos yeux.

3. Communication avec le psychiatre

Selon les différents médecins interrogés la communication avec les psychiatres est très difficile. Lors d'une demande de rendez-vous rapide, il est difficile de les joindre au téléphone. Lorsque les patients sont pris en charge par un psychiatre, il existe peu de retour sur la prise en charge contrairement aux médecins des autres spécialités.

Une étude qualitative qui a été réalisée à Rouen sur la communication entre les psychiatres et les généralistes (44) montre cette difficulté de communication : les psychiatres ne sont pas opposés à dialoguer avec les médecins généralistes à condition que ces derniers initient le dialogue. Mais ils veulent garder le contrôle de la transmission d'informations. La mise en place des stages chez le médecin généraliste au cours du 2^e cycle pourra améliorer à long terme la relation entre les deux spécialités. D'ici un ou deux ans tous les nouveaux spécialistes auront effectué un stage en médecine libérale et sauront la difficulté que représente une prise en charge sans communication.

4. Développer l'offre de soins

La prise en charge des troubles anxieux est effectuée tout d'abord par le médecin généraliste, puis le psychiatre et les centres médico-psychologiques. Certains patients consultent des psychologues mais leur prise en charge n'est pas remboursée par la sécurité sociale. La psychothérapie est remboursée par les caisses d'assurances maladies dans d'autres pays européens (37) :

- L'Allemagne : la psychothérapie est remboursée quelle que soit le thérapeute.
- En Suède et en Suisse : la psychothérapie est également remboursée indépendamment du thérapeute la pratiquant.

- En Finlande, la psychothérapie est remboursée si elle est prescrite par un médecin.

Le remboursement des psychothérapies effectuées par les psychologues permettrait une prise en charge spécialisée plus rapide et adaptée au patient lorsque le médecin généraliste n'arrive plus à soigner le patient mais ceci est un autre débat. Le mode de rémunération en médecine générale n'est pas adapté pour réaliser une psychothérapie. Le médecin généraliste a des difficultés à augmenter son temps de consultation pour la prise en charge des troubles anxieux : le médecin a la même rémunération s'il prend une ou trois fois la durée habituelle de consultation pour traiter le patient.

La rémunération à la pathologie traitée et non à l'acte permettrait au médecin réticent d'augmenter le temps de consultation plus facilement. De plus, les patients viendraient plus régulièrement en consultation car si les motifs sont multiples le tarif de la consultation pourrait être plus élevé. En effet les patients attendent parfois plusieurs motifs pour venir consulter, parler d'une angoisse. Ce mode de rémunération pourrait permettre le développement des formations en psychiatrie par les médecins généralistes. Le travail effectué en consultation serait revalorisé. L'alternative est l'éventuelle proposition de revenir pour consacrer une consultation à ce seul motif. L'obstacle est souvent lié au médecin qui n'ose pas le faire alors que les patients motivés par une prise en charge le souhaitent. Cela permettrait d'approfondir et de travailler sur les « résistances » à parler de leurs problèmes et de leurs difficultés à revenir.

5. Guide de T.C.C.

Aux Etats-Unis une étude a démontré qu'un traitement flexible par T.C.C. assisté par un ordinateur en soins primaires a une meilleure efficacité que les soins usuels (59). Etant donné l'accès difficile aux T.C.C., les T.C.C. assistées par un ordinateur sont efficaces dans le traitement de l'anxiété en médecine générale (60). Une étude a démontré qu'un guide de thérapie cognitivo-comportementale donné au patient et supervisé par le médecin généraliste

était aussi efficace qu'une thérapie réalisée par un psychiatre (19). Un second travail pourrait être d'élaborer un guide de T.C.C. applicable aux consultations de médecine générale pour aider le médecin généraliste à prendre en charge les troubles anxieux. La majorité des médecins interrogés seraient intéressés à l'utiliser en consultation s'il était court et compréhensible. Ce guide donnerait des directives au médecin pour améliorer la prise en charge.

Il serait également possible de réaliser un guide des spécialistes exerçant dans chaque département avec les thérapies utilisées par ces derniers. Ce guide permettrait de trouver facilement un correspondant. Il serait composé des différents spécialistes : psychiatres, psychologues, centres médico-psychologiques. Il existe déjà le site de l'A.F.T.C.C. où nous pouvons trouver des correspondants.

Avec l'accord des médecins, il serait possible de rajouter leurs mails pour permettre une communication plus facile. Un médecin généraliste ayant un doute sur l'urgence d'une prise en charge spécialisée ou sur l'évaluation d'un traitement pourrait avoir un avis rapide auprès d'un spécialiste qui ne serait pas sollicité pendant ses consultations. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins (C.N.O.M.) vient de créer une messagerie sécurisée en cours de lancement appelée messagerie sécurisée de santé (61). Les solutions de messageries sécurisées déjà existantes peuvent rejoindre l'espace de confiance MSSanté et permettre ainsi à leurs utilisateurs d'échanger entre eux en toute sécurité (62). La messagerie « Apicrypt » n'est pas utilisée par tout le monde mais des expériences préférentielles de communication entre l'hôpital de Briey et les généralistes de son bassin de population a été un succès. L'hôpital de Briey utilise la messagerie « Apicrypt » depuis 2002 pour adresser les courriers d'hospitalisations des patients.

Pour améliorer la prise en charge des troubles anxieux, différentes propositions sont possibles. Il est tout d'abord nécessaire d'améliorer la formation en psychiatrie des médecins généralistes pendant leurs études ou lors des formations continues. La prévention est essentielle en détectant précocement les troubles anxieux et en diminuant le stress. Il faudrait améliorer la communication avec le psychiatre. Un remboursement des thérapies pratiquées par les psychologues permettrait un meilleur accès aux soins et un paiement à la pathologie revaloriserait la prise en charge. Un guide de T.C.C. applicable aux consultations de médecine générale permettrait une prise en charge plus adaptée et guiderait le médecin. Il pourrait être élaboré lors d'un second travail.

Conclusion

Le trouble anxieux est souvent présent lors des consultations en médecine générale et sa prise en charge se révèle complexe. La prise en charge peut être médicamenteuse avec la prescription d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs ou d'une psychothérapie. Les médecins utilisent les différentes composantes. Si la prise en charge s'avère inefficace, ils font appel au spécialiste. Mais les délais sont souvent très longs et il est difficile de communiquer avec le psychiatre. La communication entre le médecin généraliste et le psychiatre a toujours été reconnue comme étant difficile.

Ce travail a permis de confirmer cette complexité et la diversité de prise en charge selon les différents médecins. Certains adoptent facilement les thérapies cognitivo-comportementales et d'autres rejettent ce moyen thérapeutique en préférant un traitement médicamenteux ou une thérapie plus classique. Pourtant les T.C.C. sont les traitements les mieux adaptés pour la prise en charge des troubles anxieux, même en médecine générale. Ces thérapies sont reconnues efficaces et proposées par la Haute Autorité de Santé dans le guide d'affection longue durée. Les T.C.C. se sont développées progressivement en France depuis les années 1970 mais l'accès aux T.C.C. est limité étant donné le peu de praticiens. Les psychiatres ne sont pas les seuls médecins à pouvoir les pratiquer. Les médecins généralistes, les infirmières ainsi que les psychologues peuvent se former à ce type de thérapie. Mais le remboursement n'est effectué que dans les centres spécialisés, chez le psychiatre ou chez le médecin généraliste.

Le remboursement des thérapies effectuées permettrait un meilleur accès aux soins. Le paiement à la pathologie favoriserait le recours à une prise en charge psychiatrique en cabinet de médecine générale.

Un second travail pourrait élaborer un guide de T.C.C. permettant ainsi au médecin généraliste d'avoir un outil le guidant lors des consultations de psychothérapie. Ce guide serait court et compréhensible guidant les médecins généralistes le long des consultations. Ceci a prouvé son efficacité dans d'autres pays.

Améliorer la formation des médecins généralistes est un axe majeur. Un stage en psychiatrie lors du deuxième ou troisième cycle pourrait devenir obligatoire. Intégrer une formation en psychothérapie de soutien lors du Développement Professionnel Continu pourrait aider le médecin dans son quotidien.

Les troubles anxieux sont pris en charge différemment selon les médecins généralistes : certains prescrivent d'abord de la phytothérapie, d'autres d'emblée des benzodiazépines et d'autres préfèrent une psychothérapie. La France est le premier pays consommateur de psychotropes et les T.C.C. sont peu connues. Il est important de développer la connaissance des T.C.C. ainsi que leur accès pour une meilleure prise en charge.

BIBLIOGRAPHIE

1. Prise en charge des troubles anxieux [Internet]. [cité 20 avr 2012]. Disponible sur: http://www.cbip.be/pdf/tft/TF_Anx.pdf
2. Boisvert J-M, Ladouceur R, Marchand A. Les troubles anxieux : approche cognitive et comportementale. Boucherville, Québec: G. Morin; 1999.
3. 2-les_troubles_anxieux.pdf [Internet]. [cité 20 avr 2012]. Disponible sur: http://ispb.univ-lyon1.fr/ms/volume1/2-les_troubles_anxieux.pdf
4. guide_medecin_troubles_anxieux.pdf [Internet]. [cité 31 juill 2012]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/guide_medecin_troubles_anxieux.pdf
5. Cottraux Jean. Les thérapies comportementales et cognitives. 4e éditions. Masson; 2004.
6. Canceil Olivier, Cottraux Jean, Falissard Bruno, Flament Martine, Miermont Jacques, Swendsen Joël, Thurin Mardjane, Thurin Jean-Michel. Psychothérapie : trois approches évaluées [Internet]. 2004 [cité 12 avr 2012]. Disponible sur: <http://hdl.handle.net/2332/1323>
7. Samuel-Lajeunesse B. et al. Manuel de thérapie comportementale et cognitive. Paris: Dunod; 2007.
8. Chatillon O.-Galvao F. Psychiatrie, Pédopsychiatrie. VG.
9. American psychiatric association, Guelfi J-D. Mini DSM-IV-TR: critères diagnostiques. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2010.
10. Levy F, Petit A, Peretti CS, Karila L. Troubles anxieux (hors TCC). La revue du praticien MG. janv 2013;(893).
11. Boulenger J.-P., Piquet C., Corruble E., Hardy P. Trouble anxieux et trouble de l'adaptation.
12. Bandelow B., Zohar J., Hollander E et al. Recommandations pour le traitement pharmacologique des troubles anxieux, du trouble obsessionnel compulsif, de l'état de stress post traumatique. World J Biol Psychiatry. 2002;
13. Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé. Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines en France. 2012.
14. Caisse Primaire d'Assurance maladie. Les Benzodiazépines. mai 2012;

15. Agence Française de sécurité sanitaire des produits de santé. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. 2006.
16. Cape J, Whittington C, Buszewicz M, Wallace P, Underwood L. Brief psychological therapies for anxiety and depression in primary care: meta-analysis and meta-regression. *BMC Medicine*. 2010;8(1):38.
17. Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB, Sullivan G, Bystritsky A, Katon W, et al. A Randomized Effectiveness Trial of Cognitive-Behavioral Therapy and Medication for Primary Care Panic Disorder. *Arch Gen Psychiatry*. mars 2005;62(3):290-298.
18. Stanley MA, Wilson N, Novy DM, Rhoades HM, Wagener P, Greisinger AJ, et al. Cognitive Behavior Therapy for Generalized Anxiety Disorder Among Older Adults in Primary Care: A Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 8 avr 2009;301(14):1460-1467.
19. Van Boeijen CA, van Oppen P, van Balkom AJLM, Visser S, Kempe PT, Blankenstein N, et al. Treatment of anxiety disorders in primary care practice: a randomised controlled trial. *Br J Gen Pract*. oct 2005;55(519):763-769.
20. Amoghly-Rahimi Siavoche. Détermination des besoins et élaboration d'un document pédagogique destiné aux étudiants du diplôme d'étude spécialisée de Médecine Générale [Thèse de médecine générale]. Université de Lorraine; 2011.
21. Aubin-Auger Isabelle, Mercier Alain, Baumann Laurence, Lehr-Drylewicz Anne-Marie, Imbert Patrick, Letrilliart et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone. Introduction à la recherche qualitative. 2008;19(84).
22. Blanchet A, Gotman A, Singly F de. L'entretien. [Paris]: A. Colin; 2007.
23. Borgès Da Silva G. La recherche qualitative : un autre principe d'action et de communication. *Revue Médicale de l'Assurance Maladie*. juin 2001;32.
24. Miles M, Huberman AM, Hlady-Rispal M. Analyse des données qualitatives. Bruxelles: De Boeck Université; 2007.
25. Blanchet A. Les Techniques d'enquête en sciences sociales observer, interviewer, questionner. [Paris]: Dunod; 1987.
26. Alain Moreau, Marie-Cécile Dedienne, Laurent Letrilliart, Marie-France Le Goaziou, José Labarère, Jean Louis Terra. S'approprier la méthode du focus group. 15 mars 2004;18(645).
27. Dr Touboul Pia. Recherche qualitative : La méthode des Focus Groupes. Guide méthodologique pour les thèses en Médecine Générale. Département de Santé publique. CHU de Nice;
28. Pasquier Estelle. Comment préparer et réaliser un entretien semi- dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale. [Mémoire de Médecine Générale]. Université de Lyon; 2004.

29. Desanti R, Cardon P. L'enquête qualitative en sociologie. Rueil-Malmaison: ASH éditions; 2007.
30. Combessie J-C. La méthode en sociologie. Paris: La Découverte; 2007.
31. Blanchet A. L'enquête et ses méthodes l'entretien. Paris: Nathan; 1992.
32. Le Breton-Lerouillois Gwénaëlle. La Démographie médicale en Région Lorraine. Situation en 2013. Ordre National des Médecins; 2013.
33. Quenet Cécile. Identification des facteurs limitant et des facteurs favorisant l'inclusion, par les médecins généralistes, d'enfants en surpoids dans le réseau POIPLUME, réseau mosellan de prise en charge de l'obésité infantile [Thèse de médecine générale]. Université de Lorraine; 2013.
34. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours. 22 sept 2004;(503).
35. Mukamurera Joséphine. Des avancées en analyse qualitative : pour une transparence et une systématisation des pratiques. 26(1).
36. Ministère chargé de la Santé et Ministère chargé des solidarités. Plan psychiatrie et Santé mentale 2011-2015.
37. Dumont Tabary V, Dumont Tabary, Virginie, Université de Rouen. Thérapie cognitivo-comportementale quelle offre de soins dans l'agglomération rouennaise? [Thèse de médecine générale]. Université de Rouen; 2009.
38. Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France. Statistiques [Internet]. [cité 20 janv 2014]. Disponible sur: <http://www.carmf.fr/doc/publications/infocarmf/58-2010/stat1.htm>
39. Agence Régionale de Santé Lorraine. Pacte Territoire-Santé. Un Plan global de Lutte contre les déserts médicaux. 2013.
40. Collège National des Généralistes Enseignants. Technique de recueil de données. Initiation à la recherche qualitative. 2011.
41. Dr Begué-Simon A-M. Approches qualitatives dans le champ de la santé : Ce qu'est la recherche qualitative. Département de Santé Publique, Rennes;
42. Collège National des Généralistes Enseignants. Critères de scientificité en recherche qualitative. Présentation du séminaire Initiation à la Recherche Qualitative. 2011.
43. Bellamy V., Roelandt J., Caria A. Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale. 2004;
44. Catherine Pierre-Hubert. Point de vu des psychiatres sur leur communications avec les médecins généralistes : une enquête qualitative [Thèse de médecine générale]. Université de Rouen; 2012.

45. Briot M. Rapport sur le bon usage des médicaments psychotropes, rapport n°3187 [Internet]. 2006 [cité 14 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i3187.asp>
46. Boitouzet Audrey. La durée de consultation intervient-elle sur la prescription de psychotropes ? [Thèse de médecine générale]. Université de Poitiers; 2008.
47. Gallois P., Vallee JP, Le Noc Y. La consultation du généraliste en 2010. mai 2010;
48. Pichot P., Allillaire JF. Rapport sur la pratique de la psychothérapie. Bulletin de l'académie nationale de médecine. 2003;(187,6).
49. Kovess V., Sapinho, Briffault X., Villamaux M. Usage des psychothérapies en France : résultats d'une enquête auprès des mutualistes de la MGEN [Internet]. EM-Consulte. [cité 14 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/article/83423/article/usage-des-psychotherapies-en-france -resultats-d-u>
50. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine, version consolidé du 29 août 2010.
51. Cohidon C., Duchet N., Cao MM. et al. La non-communication entre la médecine générale et le secteur de santé mentale. 1999;11(3).
52. Ribaud Stéphanie. Collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres dans la prise en charge de la dépression [Thèse de médecine générale]. Université de Lorraine; 2011.
53. Pr Hardy-Bayle MC. et Schmitt L. Rapport sur la proposition d'avenant à la convention national pour la psychiatrie. 2005;
54. Caisse Primaire d'Assurance maladie. Démographie et honoraires des médecins libéraux en 2006.
55. SFMG. Société Française de Médecine Générale : Groupe de pairs® [Internet]. [cité 20 janv 2014]. Disponible sur: http://www.sfm.org/groupe_de_pairs/
56. Association Française de Thérapie Comportementale et Cognitive [Internet]. [cité 14 nov 2013]. Disponible sur: <http://www.aftcc.org/>
57. Ministère des affaires sociales et de la santé. Appel à projets de recherche 2013 : Santé mentale et psychiatrie.
58. Université Paris 5. L'empathie, l'alliance thérapeutique et leurs implications.
59. Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, Rose RD, Edlund MJ, Lang AJ, et al. Delivery of Evidence-Based Treatment for Multiple Anxiety Disorders in Primary Care: A Randomized Controlled Trial. JAMA: The Journal of the American Medical Association. 18 mai 2010;303(19):1921-1928.
60. Proudfoot J, Ryden C, Everitt B, Shapiro DA, Goldberg D, Mann A, et al. Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression in primary

care: randomised controlled trial. *BJP*. 7 janv 2004;185(1):46-54.

61. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Messageries sécurisées de santé. MSSanté | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. [cité 20 janv 2014]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/e-sante/messagerie-medecin-fr-1150>

62. gouvernement. MSSanté [Internet]. [cité 20 janv 2014]. Disponible sur: <http://esante.gouv.fr/services/mssante>

Annexe 1

CANEVAS des Entretiens Semi-dirigés

Evaluer la représentation et la connaissance des thérapies comportementales et cognitives par le généraliste dans la prise en charge des troubles anxieux

Questions Générales :

- Quel est votre âge ? votre fac d'origine,
- Où exercez-vous (ville) ? Il s'agit d'un milieu rural, urbain ou semi-rural (inf à 5000 habitants)
- Avez- vous toujours exercé dans ces conditions : en groupe, semi rural
- Avez-vous un secrétariat ?
- Etes-vous maitres de stage ?
- Avez-vous des formations complémentaires ?
- Quelle est la durée moyenne de vos consultations ?
- Quel est le nombre de vos consultations par jour ?,
- Travaillez-vous sur rendez-vous, ou en consultations libres ou les deux ?
- Quelles sont vos heures de Consultations ?

Voici les questions en rapport avec le sujet :

1. Comment prenez-vous en charge les troubles anxieux ?
 - Utilisez-vous un traitement médicamenteux ? : psychotropes avec activité rapide (benzodiazépines, types) ou longue (anti dépresseurs)
 - Dites moi ce que vous faite
 - Que faite-vous comme psychothérapie de soutien ?
 - Que pensez-vous de la relaxation ?
2. Parlez-nous du dernier patient anxieux pris en charge
 - type de trouble anxieux : selon classification D.S.M. IV, (trouble panique avec ou sans agoraphobie, TAG, trouble anxiété sociale, Phobie spécifique, T.O.C., E.S.P.T.)
 - Avait-il d'autres signes associés ? (dépression ...)
3. Quels sont les outils que vous connaissez ? Quels sont ceux que vous utilisez ? Pourquoi vous ne les utilisez pas ?
 - Relaxation, psychothérapie de soutien, T.C.C. (utilisez-vous des éléments de T.C.C. ?)
 - Les Echelles type la Clinical Global Impression Scale (évaluation générale), Hamilton Anxiety Rating Scale (TAG),
 - Guide A.L.D. de l'H.A.S. de 2007 : troubles anxieux chroniques

4. Que pensez-vous des T.C.C. ?

- Ont-elles une utilité dans la pratique courante ?
 - relancement sur : Est-ce que vous les utilisez dans d'autres domaines que les troubles anxieux ? (le sevrage tabagique, la dépression, l'insomnie, l'accompagnement du patient alcoolo-dépendant après sevrage)
 - Avez-vous eu un autre patient présentant un trouble anxieux avec indication de T.C.C. ?
 - Que faites-vous dans
 - o Les phobies spécifiques
 - o Les T.A.G.
 - o Les phobies sociales
 - o Etat de stress post-traumatique
 - o Les attaques de Panique

5. Quels sont vos obstacles à utiliser ces techniques ?

- la formation : le temps, le coût, l'accessibilité
- pas assez de temps lors d'une consultation
- le manque d'accessibilité des spécialistes : adressez-vous vos patients à des thérapeutes pratiquants la T.C.C. ?
 - Le délai de PEC par les spécialistes (psychologues, psychiatres)
 - En feriez-vous si vous aviez des guides ?

ET SURTOUT LES LAISSER PARLER NE RELANCER QUE SI SILENCE OU SI DIGRESSION HORS SUJET

PHRASES A DIRE

- Expliquez-moi
- Qu'entendez-vous par : psychothérapie de soutien, rassurer
- Que faites-vous précisément

RELANCER AVEC

- Qu'est-ce que vous entendez par là ?
- Oui ça m'intéresse, je vous écoute
- Tout à l'heure vous m'aviez parlé de

VU

NANCY, le **13 février 2014**

Le Président de Thèse

NANCY, le **20 février 2014**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur R. SCHWAN

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/6459

NANCY, le 28/02/2014

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

RESUME DE LA THESE

Les troubles anxieux sont retrouvés fréquemment comme motif de consultation en médecine générale mais il n'est pas toujours évident de les identifier et de les traiter. Les thérapies cognitivo-comportementales (T.C.C.) se sont développées en France depuis les années 1970 et ont amélioré la prise en charge de l'anxiété. L'objectif de l'étude qualitative est d'explorer les représentations des T.C.C. par les médecins généralistes dans la prise en charge des troubles anxieux.

Nous avons interrogés onze médecins généralistes situés en Moselle et en Meurthe-et-Moselle à l'aide d'entretien semi-dirigé à partir d'un guide d'entretien. Nous avons retranscrit et analysé chaque entretien à l'aide du logiciel NVivo.

La prise en charge des troubles anxieux est complexe. Le traitement médicamenteux est utilisé en première intention. Les médecins prescrivent majoritairement des anxiolytiques types benzodiazépines ainsi que des antidépresseurs comme traitement de fond. La psychothérapie a en parallèle une place essentielle dans la prise en charge ; elle est tout d'abord effectuée au cabinet par le médecin généraliste lui-même puis par le spécialiste si les troubles sont trop importants. Les T.C.C. sont reconnues efficaces par les médecins interrogés mais elles sont difficiles d'accès. Les délais de prise en charge par les spécialistes sont longs et peu de médecins pratiquent ces thérapies.

Le traitement des troubles anxieux est différent suivant l'intensité des symptômes. Le traitement médicamenteux et la psychothérapies ont tous les deux une place importante dans la prise en charge. Les T.C.C. sont le traitement le plus adapté pour prendre en charge les troubles anxieux.

TITRE EN ANGLAIS : An evaluation of the representation and the knowledge of the behavioral and cognitive therapies by the general practitioner in consideration of the anxiety disorders

THESE : MEDECINE GENERALE - ANNEE 2014

MOTS CLES : Médecine générale, Thérapie cognitivo-comportementale, troubles anxieux

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R

UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9 avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE-LES-NANCY, Cedex