UNIVERSITÉ DE NANTES

FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 2018

N° 2018.109

THÈSE

Pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

DES de Médecine Générale

Par

Marion BAYNAUD

Née le 15 novembre 1989 à Lorient

Présentée et soutenue publiquement le 27 septembre 2018

Evaluation d'une formation sur la crise suicidaire : étude qualitative auprès de médecins généralistes installés en maison de santé.

Président du jury : Professeur Jean-Marie Vanelle

Directeur de thèse : Docteur Aline Van Cleef

Membres du jury : Professeur Rémy Senand
Professeur Gilles Berrut

Avertissements :

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Remerciements:

A Monsieur le Professeur Vanelle Jean-Marie,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et de juger de mon travail. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A Messieurs les Professeurs Senand Rémy et Berrut Gilles,

Vous mes faites l'honneur d'apporter votre expérience à la critique de ce travail en siégeant dans mon jury de thèse. Recevez ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

A Madame le Docteur Van Cleef Aline, ma directrice de thèse,

Pour ton aide précieuse, tes conseils toujours avisés. Ta sérénité m'a guidé tout au long de ce travail.

A Daniel,

Pour ton dévouement, qui a permis à ce travail d'émerger.

Aux médecins de la Maison de Santé Pluri-Professionnelle Laënnec de Saint-Nazaire,

Pour votre participation à ce travail au travers des entretiens individuels, de la formation, et du focus-group.

Au Dr Delbrouck et Mme Bihouix,

Pour avoir accepté de réaliser la formation sur la crise suicidaire.

A tous mes maîtres de stage (Daniel, Philippe, Claude et Sylvie),

Je vous remercie de votre enseignement, qui m'a beaucoup aidé dans mon développement professionnel. Les échanges divers et variés que nous avons pu partager m'ont été très chers.

A l'ensemble du personnel hospitalier (Pôle Est du CHS de Blain, le service des urgences de l'hôpital de Fontenay le Comte, le service de MPU du CHU de Nantes, le service de gynécologie de Challans),

Pour m'avoir accompagné tout au long de mon internat.

A l'ensemble des membres de la Maison de Santé Pluri-Professionnelle Laënnec de Saint-Nazaire,

Travailler avec vous a été très enrichissant.

A toi, Thomas,

Pour ton soutien, nos rires, nos (mes) larmes. T'avoir a mes côtés est ce qui m'est arrivé de plus beau.

A mes parents (Hermine, Stéphane et Florence),

Pour votre amour, votre soutien, et d'avoir fait de moi la femme que je suis aujourd'hui.

A mes frères et sœurs,

- A toi, Loeïz: pour tous ces bons moments partagés ensemble,
- A toi, Hélène: pour toutes nos discussions, ton soutien, ton pull blanc et tes conseils toujours avisés. Bon courage pour cette nouvelle vie qui vous attend toi et Julien.
- A toi, Yannig: pour ton humour et ta sérénité.
- A toi, Clotilde: je suis très fière d'être ta grande sœur. Reste comme tu es, joyeuse, ambitieuse et sereine.

A ma belle-sœur Carine et mon beau-frère Julien,

Vous êtes comme une sœur et un frère pour moi.

A mes neveux et nièces,

De vous voir grandir et vous épanouir est un grand bonheur.

A mes grands-parents,

- Andrée et Serge: vous êtes un vrai modèle pour moi. L'optimisme et la détermination pour l'une, la force tranquille pour l'autre.
- Christiane et Roland, partis trop tôt.

A ma marraine et mon parrain (Karin et Claude),

Pour tous ces moments partagés depuis toujours, nos discussions et nos ateliers de bricolage.

A vous Françoise et Vincent,

Pour votre soutien et vos bons conseils éclairés par ces années de pratique de la médecine.

A l'ensemble de mes familles (Faure, Baynaud, Buffet, et maintenant Soulard et Hermouet),

Je suis très fière de faire partie de chacune de ces familles.

A mes amis,

Pour tous nos excellents moments partagés et plus particulièrement :

- A Marion et Coralie: pour toutes nos aventures, nos fous rires, nos joies et nos peines, partagés depuis tant d'années...
- A Lise, Ombeline, Pauline, Clément et Guillaume : pour votre accueil à bras ouverts lors de mon arrivée sur Nantes.
- A Perrine, Clémence et Karine: pour ces années de labeur avant ce fameux concours de l'internat.
- A Elisabeth et Celia: pour notre soutien mutuel en MPU.
- A Jennifer, Eric, Artémisia, Thomas Sio, Gaël, Maude, Charlotte, Julien, et maintenant Zoey, Alice et Armand : la formation de notre groupe nantais lors des quizz a été une réelle bouffée d'air frais pendant ma préparation au concours de l'internat.

Primum Non Nocere...

TABLE DES MATIÈRES

I. <u>Introduction</u>	7
II. <u>Matériels et Méthodes</u>	9
A. <u>Entretiens individuels semi-dirigés</u>	9
B. <u>Focus-group</u>	11
III. <u>Résultats</u>	12
A. <u>Les entretiens individuels</u>	12
1. Une formation avec un impact clinique immédiat	13
2. Une petite part de théorie	14
3. Importance du formateur	15
4. Se rassurer	15
5. Des signes de qualité	16
B. <u>Le Focus-Group</u>	17
1. En quoi la formation que vous avez suivie a répondu aux attentes que vous aviez ?	17
2. Qu'avez-vous pensé de la construction de la formation ?	18
3. En quoi cette formation a modifié vos pratiques ?	19
4. Est-ce que vous avez appris des choses nouvelles ou est-ce que ce sont des choses que vous aviez déjà entendues, qu'on vous a redites, ou les deux ?	20
5. Quelles sont vos suggestions pour améliorer la formation ?	21
IV. <u>Discussion</u>	23
A. <u>Résultats</u>	23
1. Les attentes des médecins généralistes	23
2. Leur avis sur la formation.	24
B. <u>Forces et faiblesses</u>	25
1. Forces	25
2. Faiblesses	25
V. <u>Conclusion</u>	26
VI. <u>Bibliographie</u>	27
VII. <u>Annexes</u>	29
A. <u>Entretiens individuels</u>	29
1. Entretien avec Médecin 1	29
2. Entretien avec Médecin 2	40
3. Entretien avec Médecin 3	48
4. Entretien avec Médecin 4	53
5. Entretien avec Médecin 5	62
6. Entretien avec Médecin 6	72
7. Entretien avec Médecin 7	76
8. Entretien avec Médecin 8	87
9. Entretien avec Médecin 9	101
B. <u>Retranscription focus-group</u>	108

I. Introduction

La conférence de consensus de l'ANAES de 2000 (1), rappelle que 60 à 70 % des suicidants ont consulté un médecin généraliste dans le mois précédant une tentative de suicide, et 36 % dans la semaine précédant l'acte. Les motifs de consultations sont pour la majorité des motifs d'affections somatiques (2).

Il semble qu'il y ait des difficultés de repérage de la crise suicidaire par les médecins généralistes.

Un tiers des médecins généralistes déclarait avoir des difficultés à évaluer le risque suicidaire. Et pour 36% d'entre eux cela s'expliquerait par le manque de formation sur le sujet (3).

Un meilleur repérage de la crise suicidaire pourrait éviter de nombreuses tentatives de suicide (4,5). Cette amélioration du repérage de la crise suicidaire passe par la réalisation d'une formation au repérage de la crise suicidaire mais dans des conditions adaptées au quotidien du médecin généraliste exerçant en libéral (6,7).

Depuis 2001, une formation intitulée « repérage de la crise suicidaire » (8) a été mise en place par le Dr JL Terra et Mme le Professeur M. Seguin et financée par les Agences Régionales de Santé. Cette formation est à destination des professionnels de santé et des bénévoles de différents milieux: sanitaire, social, de l'enseignement, du travail, pénitentiaire, policier, etc.

Les objectifs de cette formation sont de :

- Mieux repérer une crise suicidaire
- Conduire une entrevue pour aborder la souffrance de la personne en crise
- Évaluer l'urgence: explorer l'idéation suicidaire, l'existence d'un scénario et la dangerosité suicidaire
- Intervenir, alerter et orienter selon le degré d'urgence et de dangerosité. (9)

Cette formation se déroule sur deux jours. Elle est animée par deux personnes spécialement formées à cette intervention (psychiatre et psychologue).

Malheureusement, l'évaluation de politique régionale des Pays de la Loire de lutte contre le suicide (3) révèle qu'aucun médecin n'a assisté à ces formations.

Notre hypothèse est qu'une formation plus courte permettrait la participation des médecins en répondant à leurs attentes sur la gestion de la crise suicidaire.

C'est dans ce contexte, qu'une formation, inspirée de la formation au repérage de la crise suicidaire du Dr Terra et du professeur Seguin, a été réalisée auprès de neuf médecins généralistes de la maison de santé pluri-professionnelle (MSPP) Laënnec à Saint-Nazaire. Cette formation s'est déroulée un soir de semaine, au sein de la MSPP, pendant une heure et demie.

Ce travail avait pour objectif l'évaluation de cette formation par les médecins participants via le recueil de leurs attentes puis de leur avis sur celle-ci.

II. Matériels et Méthodes

Cette étude qualitative s'est déroulée en deux phases: des entretiens individuels semi-dirigés avant la formation sur la crise suicidaire puis un focus-group après la formation.

A. Entretiens individuels semi-dirigés

Dans un premier temps, l'attente des médecins généralistes a été recueillie en amont de la formation sur la crise suicidaire.

L'entretien individuel semi-structuré a été choisi :

- Pour permettre le recueil de l'avis des personnes interrogées.
- Laisser cours à une certaine liberté d'expression en limitant le risque de hors-sujet.
- Supprimer le biais de crainte du jugement d'autres participants (10-12).

Un entretien semi-dirigé a été effectué avec chacun des huit médecins généralistes installés au sein de la MSPP Laënnec à Saint-Nazaire, et une médecin remplaçante.

Les entretiens ont eu lieu au sein de la MSPP Laënnec, entre août et septembre 2017. Ils ont été réalisés dans le bureau du médecin interrogé, en tête à tête. Ils avaient été d'abord contactés lors d'une réunion mensuelle par un des médecins de la MSPP Laënnec.

Les entretiens étaient effectués par l'investigateur, à l'aide d'un guide d'entretien, ici détaillé :

- Les caractéristiques générales du médecin (année de thèse, année d'installation, lieu de formation initiale).
- La formation initiale en psychiatrie, réalisation éventuelle de stage: formation reçue durant l'externat, l'internat, le post-internat.
- L'expérience vécue des consultations d'ordre psychiatrique en médecine générale.

- Les attentes de la formation sur la crise suicidaire.
- Les critères d'une bonne formation.

L'analyse a été faite par l'investigateur via une analyse de contenu (13–16). L'investigateur était une femme, interne en médecine générale dans la structure de soins où travaillaient les médecins interrogés. Son expérience était novice en recherche. Les médecins interrogés savaient que l'étude rentrait dans le cadre de la thèse d'exercice de l'investigateur. L'investigateur utilisait un enregistrement audio pour chaque entretien. Seule l'investigateur a codé les données, avec un arbre de codage. Les thèmes ont été identifiés à partir des données, à l'aide du logiciel Excel.

L'ensemble des médecins interrogés a ensuite assisté à la formation sur la crise suicidaire.

La formation sur la crise suicidaire a eu lieu le 12 septembre 2017 à 20h.

Elle a été effectuée par un psychiatre et une infirmière du centre hospitalier de Saint-Nazaire.

Les deux formateurs étaient formés à la réalisation de cette formation dans le cadre de la prévention du suicide. Cette formation a été créée en 2001 par le Dr JL Terra et Mme le Professeur M Seguin. La formation était indépendante de l'industrie pharmaceutique et financée par l'Agence Régionale de Santé des Pays de la Loire.

Un retour de chaque entretien a été proposé aux participants.

B. Focus-group

L'évaluation de la formation sur la crise suicidaire s'est effectuée par le recueil de l'avis des médecins généralistes formés. Cette évaluation a été effectuée lors d'un focus-group. Cette méthode de recueil d'informations a été choisie parce qu'elle permet de recueillir un avis général au sein d'un groupe, dans un temps court et déterminé et de favoriser le débat pour faire émerger les accords ou désaccords.
(14)

Le focus-group a eu lieu le 31 octobre 2017.

Le guide d'entretien du focus-group était:

- En quoi la formation que vous avez suivie a répondu aux attentes que vous aviez ?
- Qu'avez-vous pensé de la construction de la formation ?
- En quoi cette formation a modifié vos pratiques ?
- Quelles sont vos suggestions pour améliorer la formation ?

Analyse a été faite par l'investigateur via une analyse de contenu (13–16). Seule l'investigateur a codé les données, avec un arbre de codage. Les thèmes ont été identifiés à partir des données, à l'aide du logiciel Excel.

Un retour des transcriptions a été proposé aux participants, après la réalisation du focus groups.

III. Résultats

Les neuf médecins sollicités ont participé aux entretiens individuels. Un médecin n'a pas pu se rendre disponible pour le focus-group.

A. Les entretiens individuels

Tableau 1 : Les caractéristiques des médecins généralistes interrogés

Médecins	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sexe	Homme	Femme	Homme	Homme	Homme	Homme	Homme	Femme	Homme
Année pas-sage thèse	2013	2016	1997	1987	1984	1982	2014	2016	1996
Année d'installation	2014	Remplaçante	2002	1993	1984	1982	2017	2017	1996
Externat	Nantes	Nantes	Nantes	Nantes	Nantes	Nantes	Nantes	Brest	Nantes
Internat	Nantes	Nantes	Nantes	Nantes	Nantes	Nantes	Nantes	Nantes	Nantes
Formation en psychiatrie théorique pendant les études	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Stage en psychiatrie pendant l'externat	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non
Stage en psychiatrie pendant in-ternat	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non
Formation en psychiatrie post-internat	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui
Est-ce qu'elle/il se considère bien formé(e) ?	Non	Non	Oui	Par l'expérience	Non	Oui	Oui	Non	Non

Un tiers des médecins interrogés estimaient être bien formés à la crise suicidaire. Ceci n'était en lien ni avec le fait d'avoir effectué un stage en psychiatrie pendant l'internat, ni d'avoir suivi une formation sur la crise suicidaire lors du post-internat.

Une formation sur la crise suicidaire lors du post-internat ne leur apportait pas plus le sentiment d'être bien formé.

Les médecins formés dans les années 2000 avaient pu effectuer un stage en psychiatrie lors de leur externat alors que leurs aînés n'ont reçu que des cours magistraux.

Néanmoins, les médecins dont la formation initiale semblait plus approfondie ne se sentaient pas plus formés pour prendre en charge les pathologies psychiatriques.

Les médecins ont évoqué plusieurs attentes quant à la formation sur la crise suicidaire.

Cette formation devait comporter une part pratique, majoritairement, et une part théorique. Certaines attentes dépendaient du formateur. Leur souhait de participer à cette formation était d'obtenir une réassurance. Un gage de qualité attendue pour une formation dépendait de son organisation et de son éthique.

1. Une formation avec un impact clinique immédiat

L'élément clef de l'attente des médecins généralistes était une modification immédiate de leurs pratiques cliniques. Tous les interviewés évoquaient cet élément, au moins une fois.

Cette modification pouvait se diviser en cinq sous-catégories:

- La formation devait apporter des outils utiles à la pratique.
- Les outils devaient permettre de gagner du temps en consultation.
- Les outils devaient être adaptés à la pratique de la médecine générale.
- Les médecins souhaitaient recevoir un document de rappel des messages « clefs », en fin de formation.
- La formation devait se baser sur des situations cliniques.

Sept des neuf médecins souhaitaient que la formation leur apporte des « outils » pour leur pratique quotidienne. Ce critère était évoqué trois et quatre fois par deux médecins.

MG3 : « Nous donner un peu des clefs, tu vois, des clefs à l'interrogatoire »

MG5 : « Des petits schémas »

MG7 : « Avoir un questionnaire un peu plus aguerri »

MG9 : « Les formations c'est d'avoir des bons outils, et on peut les utiliser facilement et qu'on peut retrouver facilement aussi »

Cinq médecins souhaitaient que cette formation soit appliquée à la médecine générale.

MG1 : « Un des gros défauts, des grosses frustrations pendant mes études c'était d'avoir des cours de théorie [...] qui ne s'appliquent pas du tout au quotidien »

Gagner du temps en consultation était un critère évoqué par trois médecins.

MG3 : « Faut avoir tout de suite des choses [des outils] qui permettent d'avancer rapidement »

MG9 : « C'est le temps surtout qui manque »

Deux médecins étaient intéressés par avoir un document de rappel à la fin de la formation afin de s'en servir au moment de la consultation.

2. Une petite part de théorie

Six des médecins interrogés souhaitaient un apport théorique sur la prise en charge de la crise suicidaire.

MG1: « Certes il y a les urgences mais après il n'y pas de juste milieu entre les urgences et l'avis psychiatre qui n'est pas urgent. On passe dans l'heure qui vient à l'envoyer [aux urgences] à un avis dans un mois ½. Et là, c'est cette fourchette là qui reste du recours du généraliste. [...] Comment gérer ce mois et demi avant la visite ? »

MG2: « Refaire un point sur le début du traitement, l'intérêt des anxiolytiques, est-ce qu'on doit obliger les gens à en prendre, est-ce que c'est que au "cas où" ? »

MG7 : « Quel est a priori le meilleur moyen de réagir ? »

Quatre des médecins souhaitaient avoir des rappels théoriques généraux.

MG6: « Même si c'est des redites, [...] je pense que de toute façon, faut réviser »

Cinq des neuf médecins estimaient avoir besoin d'aide au repérage de la crise suicidaire. Ils craignaient de ne pas repérer un patient en crise suicidaire.

MG3: « Passer à côté [d'idées suicidaires], c'est ça le risque »

Trois des médecins généralistes souhaitaient améliorer leur compétence à évaluer la gravité de la crise suicidaire.

MG1: « Evaluer le degré de passage à l'acte » ;

MG2: « A partir de quand doit on obliger quelqu'un à aller aux urgences ? C'est compliqué à définir » ;

MG8: « Arriver à classer le risque suicidaire élevé, moyen »

3. Importance du formateur

Six des médecins généralistes attachaient une importance au formateur, tant par sa qualité d'expert psychiatre, que par son appartenance au réseau local, et par ses compétences à la transmission d'informations.

Cinq des neuf médecins appréciaient la possibilité d'échanges avec l'intervenant.

MG2: « Qu'il y ait un moment d'échanges » ;

MG9: « Faut vraiment que ce soit interactif, qu'il y ait des exemples, des échanges »

Pour deux des médecins, une formation sur la crise suicidaire était l'occasion de rencontrer des acteurs du réseau local. L'interaction avec le formateur permettait de mieux comprendre le fonctionnement du réseau local.

MG2 : « C'est aussi intéressant de rencontrer l'équipe qui travaille à Saint Nazaire »

MG1 « Parce que certes il y a les urgences psychiatriques mais il y a peut-être d'autres solutions des fois. On ne connaît pas assez [le réseau local] »

Enfin, un des médecins pensait qu'une bonne formation est directement liée aux compétences pédagogiques du formateur:

MG3: « Si c'est quelqu'un qui est valable, ça motive aussi »

4. Se rassurer

Sept des neuf médecins interrogés cherchaient par la formation à être rassurés. La prise en charge d'une crise suicidaire était anxiogène pour eux.

MG1: « C'est la peur de pas bien faire » ;

MG3: « On a envie d'être plus à l'aise » ;

MG6: « On s'en remet difficilement les médecins quand on n'a pas su détecter et qu'on apprend le suicide [d'un patient]. [...] Qu'est-ce que j'ai fait et que je n'aurais pas dû faire, qu'est-ce que j'ai pas fait et que j'aurais dû faire ? [...] Après tu te tranquillises un peu en te disant que de toute façon le suicide des fois la veille les gens ils n'y pensaient pas »

5. Des signes de qualité

Deux médecins ont évoqué des signes de qualité d'une formation.

Pour un des médecins, une formation devait être indépendante des laboratoires pharmaceutiques.

Pour l'autre médecin, une formation avait un intérêt si elle avait lieu en petits groupes.

B. Le Focus-Group

Le focus-group a duré 57 min.

1. En quoi la formation que vous avez suivie a répondu aux attentes que vous aviez ?

Cette formation a répondu aux attentes des médecins généralistes à plusieurs niveaux. Tout d'abord, cela leur a permis d'apprendre des éléments nouveaux concernant la crise suicidaire et de compléter certaines connaissances qu'ils pouvaient avoir.

Les médecins ont notamment été marqués par la description de la crise suicidaire et de son évolution. Pour certains, cela était une découverte, pour d'autres, la description d'éléments qu'ils connaissaient mais sans pouvoir les définir.

MG1 : "Ca posait des noms, (réfléchit...) des choses, enfin, des choses qu'on faisait déjà au quotidien sans forcément avoir le nom du concept ou savoir à quel moment de la phase [de la crise suicidaire] ils sont, ou évaluer les éléments qui les retiennent. On le fait instinctivement et sans forcément (hésite) le savoir"

MG2: "Je n'avais jamais entendu parler de la durée, de l'évolution [de la crise suicidaire], du fait que c'était croissant et que si on arrivait à telle ou telle étape on pouvait revenir en arrière. Ca je n'avais jamais entendu"

Ils ont également appris ou réappris de ne pas hésiter à poser la question : "avez-vous des idées suicidaires ?", mais également de compléter les questions en recherchant la présence d'un scénario et de le faire décrire.

MG 5 : « Demander très tôt, « est-ce que vous avez des idées suicidaires? » [...] poser les questions, c'est important parce que les patients y répondent. Ils ont l'impression que plus personne ne s'occupe d'eux, ils sont dans leur monde et, le fait de leur poser la question, ils se disent que quelqu'un s'intéresse à eux »

La formation a également permis aux médecins de prendre conscience qu'ils faisaient partie de la prise en charge des patients en crise suicidaire, et que le fait de poser la question sur les idées suicidaires pouvaient en elle-même être thérapeutique, et qu'il ne fallait pas minimiser la présence d'idées suicidaires.

MG 6 : « On craint nous, par pudeur, d'aborder ce problème qui est un peu tabou et comme tu disais, c'est le retour. Est-ce qu'on ne va pas leur donner une mauvaise idée, nan c'est au contraire ça les apaiserait, ils nous disaient les intervenants. Ca, ca m'a vraiment, c'est le point fort que j'ai retenu de cette formation (silence d'une demi-seconde) et ça leur permet d'en parler librement et ça c'est déjà un point thérapeutique »

Cette formation a répondu aux attentes des médecins généralistes par le peu de théorie qu'elle contenait et qui laissait la place à la transmission d'informations pratiques. La compétence pédagogique des intervenants leur a permis d'adhérer pleinement aux informations qui leur ont été transmises.

Une sous-question a été posée aux médecins généralistes: "Est-ce qu'il y a des attentes auxquelles la formation n'a pas répondu ?"

Les médecins ont donné deux éléments qu'ils auraient voulu voir figurer dans la formation tout en tempérant leurs propos.

En effet, ils auraient souhaité avoir des informations sur l'existence de grilles d'évaluation de la crise suicidaire et sur les traitements médicamenteux.

Tout en évoquant ces deux éléments, ils affirmaient que ces sujets ont été abordés. En revanche, ils n'ont pas été développés car peu utiles dans la prise en charge de la crise suicidaire.

MG 8: « On a abordé un peu, mais c'est vrai que c'était hors thème, la question du choix d'un traitement particulier, [...] On est resté un peu évasif par rapport à ça. Mais en même temps c'était un peu hors question »

Cette sous-question a permis de mettre en avant des éléments de la formation appréciés par les médecins généralistes. Notamment, les discussions avec les experts et entre pairs.

2. Qu'avez-vous pensé de la construction de la formation ?

Tous les médecins généralistes étaient très satisfaits de la construction de la formation. En effet, ils mettaient tous en avant la bonne proportion entre apprentissage théorique et apprentissage de pratique clinique.

Ils ont surtout apprécié le fait que la clinique ait été favorisée.

MG1: « C'était juste un support pour rebondir pour approfondir pour avancer pour se confronter à la pratique mais c'était juste en appui »

MG2: « Les messages importants étaient donnés »

Les médecins ont également apprécié les interactions et échanges possibles avec les experts et entre pairs.

MG8 : « C'est très interactif et je trouve que c'est vraiment là qu'on peut exploiter au mieux la formation et en ressortir le plus satisfait possible parce que chacun peut s'exprimer, chacun peut poser ses questions, on a une réponse en direct »

Ces échanges étaient permis par le petit nombre de formés.

De plus, les médecins formés ont apprécié la courte durée de la formation (1h30). Ils mettaient ce dernier point en opposition avec d'autres formations pouvant durer plusieurs jours.

Les médecins ont mis en avant le côté indépendant de la formation, c'est-à-dire non financée par un laboratoire.

3. En quoi cette formation a modifié vos pratiques ?

Cette formation a répondu à un besoin de réassurance des médecins généralistes. Cette réassurance s'est faite grâce à plusieurs éléments.

Les médecins ont acquis une meilleure connaissance de la crise suicidaire, de son processus, des éléments protecteurs.

MG 1: « C'était une absence de solution qui faisait que ça avançait dans le processus, avançait, ça avançait et ça se cristallisait »

MG8: « [Le formateur] nous avait dit « bon bah en tant que personnel soignant vous êtes là aussi pour les soutenir, les accompagner et éventuellement leur donner des petits trucs pour repartir un petit peu en arrière, retarder peut-être un petit peu le geste, se donner le temps de la réflexion ». Et ils nous avaient expliqué par exemple que pour une fenêtre, la bloquer avec un élastique quelque chose, ça laisse le temps à la personne quand elle a envie de sauter et qu'elle veut l'ouvrir, débloquer un petit peu le mécanisme et bien « de prendre du recul et se dire que "je n'ai pas vraiment envie de faire ça" et puis j'ai donné ce conseil là à quelqu'un ça, c'est bien passé par la suite mais voilà c'était un des côtés pratiques de la formation, (parle moins fort) qu'on apprécie »

Ils ont acquis une meilleure connaissance de la prise en charge de la crise suicidaire, notamment les questions à poser absolument.

MG4 : « Je vais être un peu plus capable de graduer derrière et d'être moins vite complètement inquiet ou pas. Voilà. Avant c'était « on / off »: des idées suicidaires oui / non. [...] Donc maintenant on peut aller plus loin, graduer, du coup c'est sans doute un peu rassurant pour nous quand même. Moi, j'ai l'impression que je pose la question plus vite maintenant, un peu plus facilement quoi. « Est-ce qu'il y a eu des idées suicidaires ? »

MG2 : « On peut dire que très concrètement avant je demandais s'ils avaient imaginé comment se suicider mais je n'allais pas jusqu'à (réfléchit) demander par exemple s'ils avaient la corde chez eux [...] je pense que ça aide les gens d'aller jusqu'au bout de ce qu'ils ont à dire »

Ils ont pris conscience du fait que la crise suicidaire est une maladie, ce qui leur a permis de relativiser sur leur pouvoir d'action.

MG4 : « [Le formateur] a essayé de dédramatiser »

MG6: « Et le fait que eux [les formateurs] disent que « bah, (le dit d'un air pragmatique) comme un cardiologue (réaction générale - parle plus fort) les mecs qui font un infarct alors qu'ils sont monitorés, bah eux ils sont monitorés entre guillemets psychologiquement mais (mime l'évidence) il y a des échappements »

Cette formation a par ailleurs permis aux médecins:

- D'accroître leur attention sur la crise suicidaire au quotidien,
- D'avoir plus d'attention sur les personnes âgées qui sont plus fragiles et chez qui la crise suicidaire est moins recherchée et moins prise en charge.
- De prendre conscience que la crise suicidaire est souvent associée à un syndrome dépressif mais pas toujours, et donc que la réponse n'est pas obligatoirement médicamenteuse.
- De retenir qu'une personne suicidaire qui a pris la décision du passage à l'acte peut paraître très bien et donc qu'il faut se méfier des changements brutaux de comportement et d'humeur, chez des patients en crise suicidaire.

4. Est-ce que vous avez appris des choses nouvelles ou est-ce que ce sont des choses que vous aviez déjà entendues, qu'on vous a redites, ou les deux ?

Les médecins ont appris de nouvelles choses et réactualisé leurs connaissances. Ils ont eu le sentiment que cette formation a permis d'organiser leurs connaissances déjà acquises. Ils savaient déjà comment faire, mais cette formation a permis de savoir pourquoi ils le faisaient.

MG2 : « Avant on savait ce qu'il fallait demander maintenant on sait pourquoi on le demande »

Les différents thèmes et sujets retenus par les médecins généralistes lors de cette formation sont:

- Une personne suicidaire n'a pas envie de mourir, elle veut arrêter de souffrir
- Une crise suicidaire est un processus évolutif, ce n'est pas figé et donc on peut gagner du temps.

MG 7 : « C'est le gros message que j'ai retenu. Tu ne peux pas résoudre le problème mais le but du jeu c'est, un, tu verbalises ton inquiétude, deux, tu gagnes du temps, quoi ! »

Ces notions ont été renforcées par l'apport d'éléments pratiques, notamment par l'explication des « Velcro », elles ont permis aux médecins généralistes de se déculpabiliser.

MG2 : « Des choses qui paraissent effectivement pas grand chose par rapport à la formation sur le suicide mais qui nous, nous restent [...] qui nous changent, qui changent vraiment la façon de (insiste) (Médecin 4 confirme: ah, oui!) de faire, en fait. »

5. Quelles sont vos suggestions pour améliorer la formation ?

Les médecins formés ont eu deux suggestions pour l'amélioration de cette formation. Mais nuancées par les médecins qui ont émis ces propositions:

- Un approfondissement sur la prise en charge médicamenteuse. Cette proposition a été faite tout en reconnaissant qu'il avait été évoqué que les traitements ne comptent pas comme une thérapeutique de première intention dans la prise en charge de la crise suicidaire.
- L'absence de recueil du point de vue des patients, nuancée par une difficile réalisation en pratique.

Les médecins ont débattu de l'intérêt d'apporter des cas cliniques avant la formation.

C'était le seul point où les différents médecins étaient en désaccord.

Cette question a permis aux médecins d'évoquer à nouveau les éléments qui ont participé à la bonne qualité de cette formation:

- Des intervenants de qualité, qui faisaient partie du réseau local.
- Une formation qui se basait sur l'expérience des formés, avec une place importante laissée aux échanges avec les intervenants et entre pairs.
- L'apport de détails pratiques qui faciliteront l'exercice médical quotidien.

- Le format de la formation: durée courte, petits groupes.

MG4 : « C'était condensé, c'était assez court. Chacun livre un peu ce qu'il en pense, ce qu'il en fait. Ensuite il y a le conférencier qui touille un peu tout ça et qui le refait après, qui nous précise un petit peu les choses et moi, là je trouve que là on apprend un peu les choses, beaucoup de choses, enfin je trouve que c'est, ça correspond plus à la formation de la médecine générale. C'est-à-dire qu'on part quand même de notre (insiste) expérience, on part de notre expérience, et puis les conférenciers qui viennent sont des gens de (insiste) terrain »

IV. Discussion

A. Résultats

L'étude réalisée portait sur l'évaluation d'une formation sur la crise suicidaire.

Ainsi, les attentes de neuf médecins généralistes d'une même MSPP étaient que la formation :

- Ait un impact clinique immédiat.
- Apporte des rappels théoriques.
- Puisse rassurer les former sur leurs compétences
- Permette des échanges avec le réseau local de psychiatrie

La formation, d'une heure et demie, sur la crise suicidaire, réalisée le 12 septembre 2017 à la MSPP Laënnec de Saint-Nazaire, a permis de répondre aux attentes des huit médecins généralistes participants.

1. Les attentes des médecins généralistes

L'attente des médecins généralistes au sujet d'une formation continue sur la crise suicidaire ne serait pas influencée par leur formation initiale en psychiatrie.

Il se pourrait que leurs attentes émaneraient de leurs difficultés de transposition de leurs connaissances en psychiatrie dans leur pratique de la médecine générale. Une modification de la formation initiale en psychiatrie, qui intégrerait un stage chez le médecin généraliste pourrait ainsi faciliter cette transposition. (17,18)

Les médecins généralistes attendaient, alors, de cette formation qu'elle soit différente des formations qu'ils avaient déjà reçues (initiales ou continues). Ils souhaitaient une formation adaptée à leur pratique quotidienne qui leur permettrait de se sentir plus légitimes dans la prise en charge de la crise suicidaire.

Outre le fait d'être formés, les médecins généralistes considèrent que cette formation était un lieu de rencontre des professionnels du réseau local. Ceci facilitant les échanges avec des experts. Ce résultat est retrouvé dans d'autres études. (19)

Ils attendaient de cette formation qu'elle soit indépendante des laboratoires. Ce qui est en phase avec l'état d'esprit du monde médical, actuellement, dénonçant l'influence de l'industrie pharmaceutique (20–23).

2. Leur avis sur la formation.

Une réorganisation de leurs connaissances a pu avoir lieu par l'apport d'éléments théoriques concrets, des échanges avec des experts en psychiatrie et entre pairs.

L'intervention d'experts de qualité, faisant partie du réseau local, a été mise en avant comme un gage de qualité. Ceci a déjà été évoqué dans l'article *Swiss family physicians' perceptions and attitudes towards knowledge translation practices* par Bengough, Bovet, Bécherraz, Schlegel, Burmand et Pidoux. (20)

Les échanges entre pairs n'étaient pas une attente mise en avant par les médecins. Néanmoins, la possibilité laissée, par les intervenants, aux formés d'échanger entre eux a été largement appréciée. Cela a déjà été étudié dans la littérature, comme un moyen efficace de se former (24–26).

Les échanges entre pairs et avec les experts étaient permis par le nombre restreint de formés (moins de dix). Ce que l'on pouvait rapprocher des résultats de l'étude « *A met-analysis of continuing Medical Education Effectiveness* » de Mansouri et Lockyer (21). En effet, une formation avec un petit nombre de formés augmenterait l'efficacité de transmission des informations.

La formation était courte, constituée d'une seule session. Ce point-là viendrait à l'encontre des résultats de l'étude précédemment citée. En effet, celle-ci évoquait le fait qu'un nombre important de sessions de formations augmenterait l'efficacité de transmission des informations.

Plusieurs études s'accorderaient pour dire qu'une des principales barrières à la formation des médecins serait le manque de temps (27–29). Cette formation permettrait un compromis : une transmission d'informations efficace dans un temps court.

Cela rendrait-il cette formation plus accessible aux médecins généralistes libéraux ?

B. Forces et faiblesses

1. Forces

Les attentes des médecins généralistes sur une formation étaient des éléments peu recueillis dans les études existantes. Il semblerait que beaucoup de formations soient prodiguées sans être évaluées, au détriment de l'amélioration des pratiques des médecins formés (30). Il nous paraissait important d'évaluer cette formation par le biais de l'avis des formés.

Par la réalisation d'entretiens semi-dirigés et du focus-group cette étude a permis un recueil plus proche des ressentis des médecins généralistes et de leur avis que par un questionnaire.

L'échantillon n'était pas représentatif de tous les médecins généralistes français. Cette formation a eu lieu dans une maison de santé pluri-professionnelle qui est un mode de pratique en expansion. Il était donc intéressant de montrer le rôle que les maisons de santé pluri-professionnelles vont pouvoir jouer dans la formation des médecins généralistes.

2. Faiblesses

Un biais de désirabilité sociale a pu être engendré, par plusieurs éléments :

- La chercheuse était novice en recherche. La formulation de certaines questions et son attitude a pu orienter certaines réponses.
- La MSPP Laënnec a été le terrain de stage de la chercheuse. C'est lors de son stage d'interne chez le praticien qu'a été effectuée l'étude. Les médecins interrogés et la chercheuse se connaissaient avant le début de l'étude. Deux médecins généralistes participant à l'étude étaient ses maîtres de stage.

L'animateur du focus-group connaissait aussi les interviewés, ce qui renforce les biais sus cités.

V. Conclusion

La gestion de la crise suicidaire est importante.

Elle peut passer par une formation adaptée aux besoins et au mode de pratique des médecins.

Il paraît possible en un temps court, d'avoir un impact immédiat sur la pratique clinique des médecins.

Les temps de formation peuvent favoriser la communication interprofessionnelle et entre pairs.

D'autres études pourraient alors d'une part, confirmer ces résultats avec un échantillon plus important.

D'autre part, vérifier une amélioration des compétences des médecins formés. Il faudrait enfin vérifier l'impact clinique pour les patients.

VI. Bibliographie

1. Conférence de consensus. La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge. In 2000 [cited 2018 May 18]. Available from: <https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suicilong.pdf>
2. Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact With Mental Health and Primary Care Providers Before Suicide: A Review of the Evidence. *Am J Psychiatry*. 2002 Jun;159(6):909–16.
3. Boule J-P, Brun X. Evaluation de la politique régionale en faveur de la qualité de vie des personnes vivant avec un trouble ou un handicap psychique. Rapport final. [Internet]. 2016 Sep [cited 2018 May 18]. Available from: <https://www.pays-de-la-loire.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/rapport-evaluation-qualite-de-vie-personnes-avec-troubles-psychique.pdf>
4. Bajaj P, Borreani E, Ghosh P, Methuen C, Patel M, Joseph M. Screening for suicidal thoughts in primary care: the views of patients and general practitioners. *Ment Health Fam Med*. 2008 Dec;5(4):229–35.
5. Nutting PA, Dickinson LM, Rubenstein LV, Keeley RD, Smith JL, Elliott CE. Improving Detection of Suicidal Ideation Among Depressed Patients in Primary Care. *Ann Fam Med*. 2005 Nov;3(6):529–36.
6. Appleby L, Morriss R, Gask L, Roland M, Perry B, Lewis A, et al. An educational intervention for front-line health professionals in the assessment and management of suicidal patients (The STORM Project). *Psychol Med*. 2000 Jul;30(4):805–12.
7. Kaniwa I, Kawanishi C, Suda A, Hirayasu Y. Effects of Educating Local Government Officers and Healthcare and Welfare Professionals in Suicide Prevention. *Int J Environ Res Public Health*. 2012 Mar;9(3):712–21.
8. SEGUIN M, TERRA J-L. Formation à l'intervention de crise suicidaire : manuel du formateur. Paris: Ministère de la santé et de la protection sociale; 2004. 100p. p. (Santé mentale.).
9. McCabe R, Garside R, Backhouse A, Xanthopoulou P. Effective communication in eliciting and responding to suicidal thoughts: a systematic review protocol. *Syst Rev*. 2016 Feb 17;5:31.
10. Mack N, Woodsong C, MacQueen KM, Guest G, Namey E. Qualitative Research Methods: A data collector's field Guide [Internet]. *Family Health International*; 2005 [cited 2018 May 22]. 120 p. Available from: <https://www.fhi360.org/sites/default/files/media/documents/Qualitative%20Research%20Methods%20-%20A%20Data%20Collector's%20Field%20Guide.pdf>
11. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care*. 2007 Dec 1;19(6):349–57.
12. Imbert G. L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie, The Semi-structured Interview: at the Border of Public Health and Anthropology. *Rech Soins Infirm*. 2010;(102):23–34.
13. Fitzpatrick R, Boulton M. Qualitative methods for assessing health care. *Qual Health Care*. 1994 Jun;3(2):107–13.
14. Ritchie J, Lewis J. Qualitative research practice : a guide for social science students and researchers [Internet]. London : Sage Publications; 2003. Available from:

<https://trove.nla.gov.au/version/46673640>

15. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. 2009;20(87):74–9.
16. Letrilliart L, Bourgeois I, Vega A, Cittée J, Lutsman M. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative II. 2009;20(88):106–12.
17. Vickery A. Teaching psychiatry in general practice. *Aust Fam Physician*. 2008 Jun;37(6):449–51.
18. Walters K, Raven P, Rosenthal J, Russell J, Humphrey C, Buszewicz M. Teaching undergraduate psychiatry in primary care: the impact on student learning and attitudes. *Med Educ*. 2007 Jan 1;41(1):100–8.
19. Fleury M-J, Imboua A, Aubé D, Farand L, Lambert Y. General practitioners' management of mental disorders: A rewarding practice with considerable obstacles. *BMC Fam Pract*. 2012 Mar 16;13:19.
20. No Free Lunch by ISNAR-IMG [Internet]. [cited 2018 Jul 11]. Available from: <http://nofreelunch.isnar-img.com/>
21. Vitry A. Transparency is good, independence from pharmaceutical industry is better! *Aust Prescr*. 2016 Aug;39(4):112–3.
22. Spurling GK, Mansfield PR, Montgomery BD, Lexchin J, Doust J, Othman N, et al. Information from Pharmaceutical Companies and the Quality, Quantity, and Cost of Physicians' Prescribing: A Systematic Review. *PLoS Med* [Internet]. 2010 Oct 19;7(10). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2957394/>
23. Lieb K, Brandtönies S. A Survey of German Physicians in Private Practice About Contacts With Pharmaceutical Sales Representatives. *Dtsch Arztebl Int*. 2010 Jun;107(22):392–8.
24. Wilhelm K, Peel G, Sutton V, Finch A, Sved-Williams A. Small groups for supporting GPs' professional development in mental health disease--an evaluation. *Aust Fam Physician*. 2005 Sep;34(9):791–4.
25. Deed G, Kilov G, Phillips P, Sharma A, Leow S, Arthur I, et al. Peer-to-Peer, Interactive GP Education can Reduce Barriers to Best Practice in Diabetes Management. *Diabetes Ther*. 2016 Mar;7(1):153–61.
26. Les groupes de pairs, Peer groups. *Inf Psychiatr*. 2006;me 82(1):25–8.
27. Price DW, Miller EK, Rahm AK, Brace NE, Larson RS. Assessment of barriers to changing practice as CME outcomes. *J Contin Educ Health Prof*. 30(4):237–45.
28. Ikenwilo D, Skåtun D. Perceived need and barriers to continuing professional development among doctors. *Health Policy*. 2014 Aug 1;117(2):195–202.
29. Neate SL, Dent AW, Weiland TJ, Farish S, Jolly B, Crotty BC. Barriers to continuing medical education in Australian prevocational doctors. *Aust Health Rev*. 2008;32(2):292–300.
30. Bloom BS. Effects of continuing medical education on improving physician clinical care and patient health: A review of systematic reviews. *Int J Technol Assess Health Care*. 2005 Jul;21(3):380–5.

VII. Annexes

A. Entretiens individuels

1. Entretien avec Médecin 1

Intervieweuse : Pour commencer, toi t'as été thésé en quelle année ?

Médecin 1 : en 2013

Intervieweuse : en 2013, ok. Tu t'es installé directement ?

Médecin 1 : j'ai fait un an de rempla puis je me suis installé en décembre 2014.

Intervieweuse : d'accord, donc assez rapidement.

Médecin 1 : oui.

Intervieweuse : ta formation initiale pour l'externat et l'internat c'était à Nantes ?

Médecin 1 : ouais, j'ai tout fait à Nantes.

Intervieweuse : tout fait à Nantes, d'accord. D'accord. Donc ta formation initiale en psychiatrie, ça a consisté en quoi ?

Médecin 1 : ça a consisté en un stage d'externe de un mois en psychiatrie.

Intervieweuse : ouais, d'accord. T'étais où ?

Médecin 1 : c'était à Saint Jacques,

Intervieweuse : d'accord

Médecin 1 : c'était un service, c'était un Hopital de Semaine je crois. Les patients avaient des permissions pour le week-end il me semble.

Intervieweuse : d'accord ! Donc plutôt dans un domaine ouvert, alors ? Dans un secteur ouvert ?

Médecin 1 : oui, c'était pas du sous contrainte, je ne crois pas. Après c'est un souvenir vague. Ca montre que ça commence à être loin. C'était ça effectivement, il n'y avait pas d'hospit sous contraintes.

Intervieweuse : d'accord. Donc ça c'était un stage que t'avais fait.

Médecin 1 : c'est ça, oui, donc il y avait un stage. Et je crois que le stage était pas mal organisé entre cours et stage. Dans les journées de stage, des formations. Et puis après, par la suite, rien.

Intervieweuse : Pas en tant qu'interne ?

Médecin 1 : Nan, en tant qu'interne il n'y a jamais eu de formation spécifique. Pas de cours. Et puis du coup comme je ne suis pas passé en psychiatrie, pas de stage.

Intervieweuse : ouais, d'accord. Et donc toi qu'est-ce que tu penses de ta formation ?

Médecin 1: bah c'est sur qu'effectivement on a des grosses lacunes. C'est à dire, qu'en externat c'est plutôt des stages de découverte, plus que d'apprentissage. Mais comme dans beaucoup de domaines. C'est-à-dire qu'on passe en cardio ou en pédiatrie ou en psychiatrie c'est la découverte d'une matière. Certes, on est sensé apprendre les bases, mais on ne les maîtrise pas à ce moment-là. Et après durant l'internat, c'est là où on est le plus confronté à la pratique donc la psychiatrie que j'ai appris c'est auprès de mes maîtres de stage, en stage de niveau un praticiens,

Intervieweuse: d'accord.

Médecin 1: à l'hôpital, dans les stages hospitaliers, on pouvait avoir recours au psychologue du service, voire aux avis psychiatriques internes. Donc on était moins confrontés en première ligne à gérer un avis. C'est-à-dire que quand il y avait une pathologie psychiatrique et bien c'était on sollicite un avis psychiatrique.

Intervieweuse: oui, c'est ça. Donc t'apprenais pas forcément à le gérer mais plus à....

Médecin 1: à orienter. À dépister, mais à orienter. Alors que la différence, c'est qu'effectivement la première je me souviens c'était, je me souviens bien d'ailleurs des premiers cas, c'était en autonomie, à se retrouver seul, au stage prat de niveau 1, de se retrouver face à un patient dépressif ou en surmenage au travail, (pause) d'avoir un face à face effectivement au début on fait plus par mimétisme, par rapport au praticien. J'avais trois praticiens du coup j'essayais de prendre à droite à gauche ce qui me semblait être une solution...

Intervieweuse: ouais, une bonne solution ? Tu t'inspirais des conduites ...

Médecin 1: c'est ça !

Intervieweuse: ouais, en prenant exemple sur les maîtres de stage et puis du coup c'est vrai que tu te retrouves à faire petit à petit ce que tu peux. Et puis là cette année j'ai ressenti le besoin et j'ai fait un DPC, là justement, sur la dépression

Intervieweuse: ah, ok ! Très bien !

Médecin 1: si tu veux, justement ça faisait des années que je me disais qu'effectivement on faisait comme on pouvait, mais reprendre un peu de la théorie, ça serait pas mal.

Intervieweuse: oui, tu sentais qu'il te manquait un peu de théorie ?

Médecin 1: oui, donc du coup, j'ai fait ça au mois de mai.

Intervieweuse: d'accord.

Médecin 1: mais oui, je pense que c'est ça qui me manque durant l'internat, c'est-à-dire que au moment où on y est confronté c'est là où se serait intéressant d'intégrer les bases de formation sur des débriefing à la fac, sur des journées ou des trucs comme ça... Peut-être que ça a changé depuis.

Intervieweuse: euh, non... (rires). Et donc là, la formation que t'as faite, le DPC, ça a consisté en quoi ?

Médecin 1: C'était sur Angers, avec MG form, donc du coup c'est deux jours, où on devait venir chacun avec deux cas. Voilà, on avait une trame à écrire de cas de dépression.

Intervieweuse: que t'avais vécu ?

Médecin 1: qu'on avait vécu.

Intervieweuse: ouais, d'accord. Donc on était une dizaine de médecins généralistes. Il y a avait des intervenants généralistes et des intervenants psychiatres. Donc en général, on partait des cas et puis pour ensuite revenir vers de la théorie, et puis essayer de l'appliquer

Intervieweuse: donc ça partait de la pratique.

Médecin 1: En général, ouais, souvent, c'était ça. Alors on partait du domaine (?) on est reparti de la base théorique, de "qu'est-ce que la dépression", la définition, on a fait la crise suicidaire un petit aussi. Il y avait tout qui était mélangé. Il y avait et notre pratique, la théorie pure et puis l'analyse d'un expert. Donc je trouvais que c'était intéressant parce que effectivement, ça

Intervieweuse: ça remet les choses en place, eee ?

Médecin 1: Mais c'était rassurant parce que de voir qu'il y avait des maîtres de stage, enfin des médecins qui avaient plus de 50 ans

Intervieweuse: ouais ?

Médecin 1: et qui avaient les mêmes difficultés que nous après trois ans d'exercice. Donc on était plusieurs jeunes et plusieurs d'une cinquantaine. C'était intéressant, on avait tous les mêmes questions donc

Intervieweuse: finalement, ouais ? Et donc les avantages et les inconvénients de la formation que t'as eu en mai ? Tu pourrais dire quoi ?

Médecin 1: ah, bah, ça a pas mal d'avantages dans le sens où ça reste assez court, deux jours, mais l'inconvénient c'est ça aussi, c'est qu'il faut prendre deux jours sur ton planning, faut organiser ça, bien sur. Ca c'est l'aspect pratique. Mais par contre l'avantage effectivement c'est que sur deux jours on avait le temps quand même d'approfondir pas mal. D'avoir des experts qui répondaient plus à nos interrogations, ce n'était pas un topo qui était fait, c'était pas un topo qui était fait forcément auparavant, ils avaient un petit mais, par contre c'était surtout, eux, pendant la demi-journée on partait de nos questions, on avançait sur le cas avec nos questions et à la fin ils reprenaient ça avec leur expertise à eux en montrant aussi les limites de leur pratique. Donc, nan c'était intéressant. Ca mélangeait vraiment la pratique de base sans rentrer dans le détail sur des demi-journées qui peuvent être (pause) fastidieuses (sourire), j'ai vu ça externe, où on ne comprend pas tous les enjeux et puis du coup à des questions pratico-pratiques, et là c'est vraiment intéressant.

Intervieweuse: plus concret, et... et donc là t'as l'impression que ça t'a vraiment bien servi cette formation ?

Médecin 1: et bien oui du coup, oui, parce que les échelles de dépression, je ne les utilisais jamais. Là j'en ai fait pas mal depuis

Intervieweuse: ouais

Médecin 1: C'est vrai que je me suis appuyé dessus pour voir enfin que sur l'échelle de dépression, je sais que ça a changé, sur les pratiques d'antidépresseurs aussi un petit peu,

Intervieweuse: hum, ouais,

Médecin 1: donc, mais je pense que ce genre de formation c'est ce qui manque peut-être à l'internat. Typiquement, ça peut être la bonne période

Intervieweuse: ouais, justement,

Médecin 1: pour le faire sans que ce soit très compliqué. Le modèle de formation s'applique très bien. Deux journées. Oui, ça pourrait être fait...

Intervieweuse: et ça s'applique moins quand t'es installé tu penses ?

Médecin 1: nan, nan, en installé ça s'applique très bien,

Intervieweuse: ouais, et ça s'applique très bien aussi pendant l'internat ?

Médecin 1: pour l'internat, c'est là où on a l'impression de pas avoir eu de formation effectivement.

Intervieweuse: mouais

Médecin 1: Et bah, c'est à ce moment-là, c'est-à-dire que dans le débriefing,

Intervieweuse: dans le débriefing, ouais

Médecin 1: faire deux journées sur ce sujet là, ça pourrait se faire sur plusieurs pathologies d'ailleurs...

Intervieweuse: ah, oui, oui, complètement !

Médecin 1: ouais je pense que ce serait intéressant comme idée...

Intervieweuse: c'est clair ! Mais c'est vrai. A mettre dans le côté théorique un peu, les formations. Mais c'est vrai qu'il n'y en a pas tellement. Enfin, si, il y a tout un programme de cours théoriques proposés par le DMG...

Médecin 1: ouais, mais vous avez pas des journées de débriefing, une fois par semaine, maintenant ?

Intervieweuse: euh,

Médecin 1: Ah, nan ?

Intervieweuse: peut-être les nouveaux internes mais là nous on avait pas ça.

Médecin 1: mais c'est ce qu'ils devraient faire je pense parce que quand on était externes c'est ce qu'on avait. On allait quatre jours par semaine en stage et il y avait un jour en semaine où on venait en débrief de situations. Et du coup je pense que c'est ça qui devrait être mis en place, sur des thèmes donnés, mais... Mais ça c'est une idée ! (Rires)

Intervieweuse: et donc toi ton expérience en psychiatrie ? Enfin, l'expérience pratique ?

Médecin 1: en formation ?

Intervieweuse: non au quotidien, dans ta pratique ?

Médecin 1: alors au quotidien, et bien maintenant, c'est quand même un exercice qui est quand même au quotidien. J'ai des patients parce que c'est les externes surtout qui ont remarqué ça. Parce qu'en accueillant les externes, ils me disent "en fait, t'as beaucoup de psychiatrie", mais oui, oui ! Tous les jours en fait il y a des patients. Donc de la dépression, du syndrome anxieux. J'ai peu de psychiatrie lourde, de psychotiques. De l'addictologie, beaucoup, donc forcément on est amené

Intervieweuse: à en voir .. ?

Médecin 1: en pratique, nan, c'est tous les jours, c'est tous les jours qu'il y a des

patients de psychiatrie.

Intervieweuse: donc finalement, maintenant tu te sens assez formé pour ... pour affronter ?

Médecin 1: assez formé, non. Parce que du coup, j'aimerais bien maintenant, par thématiques approfondir, là je l'ai fait sur la dépression, j'aimerais bien le faire sur d'autres aspects.

Intervieweuse: de la psychiatrie ?

Médecin 1: bah, là où j'en ai besoin. Là où je me sentais limité. Enfin, c'était intéressant justement là-dessus et bien tout ce qui était psychothérapie pour moi c'était une grande nébuleuse, je ne savais pas. On a pu aborder ce thème là et puis on s'est aperçu que finalement on faisait de la psychothérapie.

Intervieweuse: bah, ouais,

Médecin 1: Même si n'a pas un label estampillé mais... et que finalement on s'aperçoit que par la force des choses on est amené à avoir une certaine (silence) compétence, j'allais dire, même si elle s'est faite sur le tas,

Intervieweuse: oui, oui, c'est ça.

Médecin 1: on arrive à gérer....

Intervieweuse: oui, effectivement on fait déjà de la psychothérapie, quoi.

Médecin 1: Oui, en partie, même si c'est pas structuré comme une...

Intervieweuse: Mais dans la dépression maintenant t'es bien formé, finalement ?

Médecin 1: bien formé je ne dirais pas ça. Nan.

Intervieweuse: ouais.

Médecin 1: Je dirais que c'est insuffisant. Je commence à y voir plus clair.

Intervieweuse: ouais, d'accord.

Médecin 1: Mais je trouve qu'effectivement il y a côté frustrant, quand même par moment. Mais pour pas mal de situations on aimerait quand même aller plus loin ...

Intervieweuse: aller plus loin, ouais, dans les connaissances ?

Médecin 1: voilà, là sur les prises en charge plutôt. C'est pas tant sur le diagnostic. Mais sur la prise en charge. Là si j'ai fait la formation c'était ça qui me frustrait. La psychothérapie, je commence à voir un peu ce qu'ils veulent, sur le concept, pareil sur la thérapeutique aussi, parce qu'effectivement, on a la théorie de l'externat, du concours de l'internat mais qui était bêtement de la théorie, et en

pratique “quel antidépresseur” ? Dans quel cas ? Alors je vois que chacun fait sa cuisine, chacun à son petit lot de thérapeutiques utilisées

Intervieweuse: ouais

Médecin 1: mais c'est un peu la question aussi sur d'autres, sur tout ce qui est syndrome anxieux, comment les gérer ? Comment orienter ? Je pense que c'est là-dessus, c'est plus avoir un peu plus d'expertise sur la gestion après de la pathologie, la thérapeutique et ...

Intervieweuse: ouais, qui manquerait ? et donc là qu'est-ce qui te manquerait pour être bien formé ? Qu'est-ce que t'attendrait là de cette formation sur la crise suicidaire ?

Médecin 1: sur la crise suicidaire ? eeee, bah. (Réfléchit) On l'avait pas mal abordé la dernière fois. Je trouvais ça assez intéressant, justement où il abordait les concepts théoriques dans le temps, la crise suicidaire, la gestion. Je ne sais pas si de toutes façons il y a des outils qui existent, parfaits, en fait. C'est aussi ça. Sur la crise suicidaire, c'est comment la repérer, oui, mais effectivement après ça reste sur le management une fois qu'on la,

Intervieweuse: comment la gérer ?

Médecin 1: comment la gérer, c'est toujours compliqué parce que ça se fait avec l'état du patient effectivement, soit il y a une alliance et ça va être assez simple, parce qu'ils vont accepter, on va orienter facilement aux urgences psychiatriques, soit il n'y a pas d'alliance, dans ce cas là, c'est à nous de la gérer et oui, c'est peut-être plus ça effectivement. C'est comment la gérer en ambulatoire et en cabinet, quand le patient ne veut pas aller, tout en sachant qu'on est en train d'évaluer est-ce qu'il y a un risque imminent de passage à l'acte, ou moins imminent. Donc c'est ça, évaluer le degré de passage à l'acte...

Intervieweuse: le degré de gravité, finalement ?

Médecin 1: ouais le degré de gravité, au cabinet, et comment on peut le gérer en réévaluant des fois à 24-48 heures, plusieurs fois sur la semaine, quand le patient refuse. Ca m'est arrivé encore récemment, c'était il y a 15 jours, refus de toute hospitalisation, mais puis en même temps on sait

Intervieweuse: mais qu'il y a quand même un risque, quoi ?

Médecin 1: qu'il y a un risque effectivement. C'est ça...

Intervieweuse: C'est ça la grosse question. (Sourire)

Médecin 1: après je ne sais pas non plus s'il y a une réponse absolue.

Intervieweuse: ok, et donc qu'est-ce qui avait fait que tu as accepté de faire cette formation là, en particulier ?

Médecin 1: et bien, parce que c'est des difficultés qu'on rencontre régulièrement. C'est-à-dire que c'est ponctuel, heureusement là du coup ce n'est plus du quotidien, mais par contre on est toujours en difficulté quand on l'a. Là par exemple j'ai fait la formation, j'ai vu cette personne il y a 15 jours, c'est resté difficile quand même à gérer aussi.

Intervieweuse: ouais, c'est ça

Médecin 1: Mais, donc après, je... eee, tant mieux si... mais je ne pense pas non plus forcément qu'on va avoir une solution à cette gestion-là. Je crois que c'est aussi la problématique qu'ils ont aux urgences psychiatriques aussi.

Intervieweuse: bah, oui, c'est ça.

Médecin 1: Mais parce que d'avoir plus d'outils, d'avis, ou d'idées de management, là par contre ça ne peut être que bénéfique.

Intervieweuse: c'est ça ouais.

Médecin 1: Je pense que d'avoir l'avis de l'expert psychiatre ou même d'autres collègues comment ils le gèrent je pense qu'effectivement... Là dans la formation que j'avais fait c'était intéressant aussi de voir comment les généralistes

Intervieweuse: généralistes, ouais...

Médecin 1: se débrouillaient, comment on fait par réseaux ?

Intervieweuse: finalement des bonnes idées à prendre d'un côté ou de l'autre.

Médecin 1: ouais, je pense que c'est plus ça effectivement...

Intervieweuse: aussi, oui ? Plus que d'apprendre des nouvelles choses, c'est finalement l'échange avec les autres praticiens...

Médecin 1: oui, là je pense que c'est plus la pratique

Intervieweuse: oui, voilà, c'est ça.

Médecin 1: qui va être intéressante que la théorie pure et dure mais c'est plus comment en pratique faire fonctionner le réseau, bien connaître les outils qui existent, il y'a la cellule aux urgences psychiatriques dédiée aux crises suicidaires. Ou peut-être mieux connaître comment elle fonctionne. Parce qu'on a reçu un prospectus mais...

Intervieweuse: oui, ça reste un papier,

Médecin 1: ca, bien connaître les outils à disposition, ça je pense que ça peut apporter. Et après les idées en pratique, parce que je pense que chacun a... des fois

Intervieweuse: des idées ?

Médecin 1: quand on est fait les différents réunions, tu te dis... ah oui, mince, ça peut être intéressant de faire comme ça... donc c'est l'échange de pratique aussi...

Intervieweuse: et donc ça va être une des dernières questions. Qu'est-ce qui va être pour toi une bonne formation ? Quels sont les avantages ?

Médecin 1: et bien que ça soit pratique, en fait. C'est souvent le défaut c'est que ça part des besoins et que ça répond justement aux besoins. Il faut qu'il est une petite base de théorie, peut-être mais que ça reste court, et je pense qu'un des gros défaut, des grosses frustration pendant mes études c'était d'avoir des cours de théorie

Intervieweuse: beaucoup trop théoriques, ouais ?

Médecin 1: qui ne s'appliquent pas du tout au quotidien, en fait. Là ce qu'on veut c'est l'échange de pratique, j'allais dire, plus, en s'appuyant sur des bases, mais il faut que ça reste juste...

Intervieweuse: ouais,

Médecin 1: court même si là-dessus...

Intervieweuse: ouais, ça c'est un truc,

Médecin 1: C'est pour ça que la dernière formation que j'avais faite me correspondait très bien. J'étais très content parce que effectivement ça s'appuyait sur quels sont vos besoins ? Et ensuite il y a avait le temps de débriefer sur les besoins et faire le lien avec la théorie donc c'était ...

Intervieweuse: ouais, c'est vachement bien. Et donc chacun a pu exposer son cas ?

Médecin 1: il y a avait des jeux de rôle aussi.

Intervieweuse: d'accord.

Médecin 1: il y avait des moments où on prenait et bien ... quels sont les éléments... comment vous évaluez le degré de gravité de dépression chez votre patient ? Ca on le faisait avant puis ensuite il nous donnait les concepts théoriques, les échelles. On le refaisait après, donc ça, chacun entre nous, en

petits groupes de 2 ou 3, on le faisait entre nous, et puis il y avait des fois des jeux de rôle.

Intervieweuse: d'accord.

Médecin 1: Donc on pouvait exposer. Donc effectivement,

Intervieweuse: c'est assez efficace, généralement ?

Médecin 1: et tout ceux qui avaient des questions sur un cas difficile pouvaient exposer et du coup il reprenait ça. Donc, (silence) c'est vrai que la formule me convient bien.

Intervieweuse: ouais ! Ouais, ouais.

Médecin 1: Mais là je pense que c'est ça qui peut être intéressant dans la formation sur le suicide, c'est, là il va y avoir un peu de théorie, bien sur, mais...

Intervieweuse: en pratique, quoi ? comment on fait ?

Médecin 1: ouais.

Intervieweuse: et puis finalement la connaissance du réseau et des psychiatres à l'hôpital...

Médecin 1: c'est ça qui est aussi compliqué quand t'es plus jeune installé, c'est connaître...

Intervieweuse: ouais, à qui orienter quoi ?

Médecin 1: oui, parce que certes il y a les urgences psychiatriques mais il y a peut-être d'autres solutions des fois. On ne connaît pas assez.

Intervieweuse: intermédiaire, quoi ?

Médecin 1: oui, et donc (réfléchit) c'est vrai que c'est ça, notre gros défaut en tant que jeune, c'est qu'on a pas encore l'expérience, et donc ...

Intervieweuse: et finalement tu penses que de connaître mieux le réseau et mieux ... ça permettrait d'être plus rassuré quand t'es face à un patient... où...

Médecin 1: oui, ça peut permettre des fois d'orienter avant. Je pense que la difficulté chez les jeunes c'est ça. D'abord c'est la peur de pas bien faire, parce qu'on a pas encore l'expérience. Et au fur et à mesure tu fais ton réseau, déjà tu oses plus solliciter des avis,

Intervieweuse: ouais,

Médecin 1: et peut-être des fois ça va aller dans le sens de ce qu'on pensait, mais ça fait du bien d'être rassuré aussi. Donc avoir moins de doutes au quotidien aussi. C'est vrai que c'est valable dans pleins de trucs.

Intervieweuse: ouais ! Oui, ça c'est clair, même dans les autres matières finalement, enfin les autres disciplines.

Médecin 1: ah bah oui, au tout début tu oses plus difficilement adresser ou par excès, c'est l'un ou l'autre,

Intervieweuse: ouais ! Ouais, ouais.

Médecin 1: et puis après le curseur s'adapte petit à petit.

Intervieweuse: c'est ça !!

Médecin 1: Et puis c'est vrai où c'est une matière où les recours ne sont pas simples, simples... Certes il y a les urgences

Intervieweuse: ouais.

Médecin 1: mais après il n'y pas de juste milieu entre les urgences et l'avis psychiatrique qui n'est pas urgent. On passe dans l'heure qui vient à l'envoyer à un avis dans un mois ½. Et là, c'est cette fourchette là qui reste du recours du généraliste. Et c'est pour gérer cette fourchette là en fait que ...

Intervieweuse: comment gérer ce mois et demi avant la visite..?

Médecin 1: qu'est-ce que vous faites ? Soit c'est un avis immédiat, un danger immédiat et dans ce cas là c'est plus simple, enfin, ...

Intervieweuse: oui, en finalement quelqu'un qui a des idées suicidaires menaçantes ...

Médecin 1: voilà, on y arrivera plus facilement quand même... Bien que le problème, ce qui peut être intéressant aussi c'est de, pour la formation, c'est de reparler de la pratique de l'hospitalisation sous contrainte. Parce que ça, les lois ont changées, et on ne le fait pas souvent. J'ai failli en faire une l'autre jour mais ça ne m'arrive jamais. Ca ne m'est pas arrivé encore depuis que je suis installé. Du coup si ça m'arrivait demain je sais qu'en les appelant ils peuvent me dire quoi faire mais

Intervieweuse: oui, un petit rappel

Médecin 1: un rappel sur

Intervieweuse: un rafraîchissement

Médecin 1: Ouais, sur le plan légal, ouais. Ca peut être intéressant ça.

Intervieweuse: d'accord, et bien je pense qu'on a fait le tour des questions.

Médecin 1: d'accord

Intervieweuse: je te remercie.

2. Entretien avec Médecin 2

Intervieweuse: alors, pour commencer, toi t'as été thésée en quelle année ?

Médecin 2: en 2016

Intervieweuse: en 2016, très bien. Donc t'es pas encore installée ?

Médecin 2: nan

Intervieweuse: nan, c'est ça ?

Médecin 2: Nan

Intervieweuse: d'accord. Ta formation initiale tu l'as faite où ?

Médecin 2: à Nantes

Intervieweuse: ouais ? L'externat ?

Médecin 2: l'externat et l'internat.

Intervieweuse: l'externat et l'internat ? D'accord. Donc après ta formation, huummmm, en psychiatrie, ça a consisté en quoi ?

Médecin 2: (réfléchit) j'ai du faire un stage d'externe,

Intervieweuse: ouais

Médecin 2: dans un secteur fermé à St Jacques.

Intervieweuse: d'accord ! Ok. C'était un stage d'un mois, c'est ça ?

Médecin 2: oui, un mois, tous les jours.

Intervieweuse: d'accord.

Médecin 2: voilà. Et puis après, donc on avait cours mais ...

Intervieweuse: ouais. Et pendant ce stage t'as pu un peu, t'étais surtout en tant qu'observatrice ?

Médecin 2: oui. C'était de l'observation, on faisait pas du tout d'entretiens, on assistait à des entretiens. Ca m'a surtout permis de me rendre compte de ce qu'était un secteur fermé mais après en terme du soin, non. Rien, quoi.

Intervieweuse: et les cours ?

Médecin 2: et des cours et après, ça été plus, je n'ai pas fait de stage de psychiatrie. Ca a été plus dans les stages (réfléchit) que j'ai fait qu'il y avait des petites composantes, qui pouvaient... J'ai fait la médecine à Montaigu, c'était pas de la psychiatrie, c'était de l'addictologie.

Intervieweuse: ouais, d'accord.

Médecin 2: Ils faisaient des consultations d'addictologie, mais bon c'est pas de la

psychiatrie, vraiment. Et après je suis passée à l'UCSA donc le centre de détention,

Intervieweuse: ouais, d'accord.

Médecin 2: et là on fait pas mal de psychiatrie.

Intervieweuse: ouais quand même

Médecin 2: Après y a des psychiatres sur place mais on est pas mal confronté effectivement à des (réfléchit) tout ce qui est syndromes dépressifs.

Intervieweuse: oui, surtout ? Finalement ?

Médecin 2: Hum

Intervieweuse: d'accord.

Médecin 2: voilà, c'est tout. Après en médecine générale mais quelques consultations et voilà. C'est tout.

Intervieweuse: et après ton internat, t'avais fait des formations en psychiatrie ?

Médecin 2: (réfléchit) je ne crois pas

Intervieweuse: d'accord. T'en as pas le souvenir en tous cas ? (Rires) Pas spécifiquement sur la psychiatrie ?

Médecin 2: Nan, nan.

Intervieweuse: Et du coup est-ce que tu te considères bien formée pour la psychiatrie de médecine générale, finalement ?

Médecin 2: (réfléchit) non, non, c'est pas complet. Je me pose à chaque fois la question « est-ce que c'est à ce moment-là que je dois introduire un traitement anti-dépresseur ? », j'utilise quasiment jamais de neuroleptiques moi-même. (Silence) Pour l'instant je me fais beaucoup aider par des avis...

Intervieweuse: ouais. Et ton expérience justement dans la psychiatrie ? Ton expérience là en médecine générale ? Est-ce que t'as déjà eu des cas ? Notamment de patients en crise suicidaire ?

Médecin 2: euh.... oui! Oui, oui. J'en ai de temps en temps. Alors après crise suicidaire, par exemple je ne sais pas évaluer ce qu'est une crise suicidaire. Parce que lundi, j'ai eu une dame, qui avait des problème, un syndrome dépressif, avec des idées suicidaires. Alors à quel moment, qui refusait une hospitalisation, à quel moment on doit l'hospitaliser? Ca, je suis toujours embêtée.

Intervieweuse: ouais

Médecin 2: Mais ici on est quand même assez avantageé parce qu'on a accès au

CMPI et pour l'instant toutes les patientes qui, parce que ce n'était que des patientes pour le moment, j'ai eu surtout, elles ont toujours accepté d'aller au CMP, j'en ai deux surtout et elles ont accepté d'aller au CMPI. C'est pas un médecin qui les voit mais c'est une équipe formée. Eux sont parfois plus à même, j'en ai eu trois en fait !, qui sont plus à même d'évaluer s'il y'a une urgence que je n'aurais pas détectée.

Intervieweuse: ouais, d'accord. Mais finalement, si tu les as adressé c'est que t'as déjà détecté...

Médecin 2: bah, moi mon critère c'est, pour adresser à quelqu'un, en urgence, enfin, rapidement c'est (réfléchit), eee, mince

Intervieweuse: les idées suicidaires ?

Médecin 2: les idées suicidaires ! mais avec projet.

Intervieweuse: Ouais. D'accord.

Médecin 2: s'il n'y a pas de projets, s'ils ont quelque chose qui les tient je fais un rendez-vous très rapide mais je vais essayer, s'ils ne veulent pas être hospitalisé, et qu'ils veulent pas voir un psychiatre tout de suite, (pause) je tempore.

Intervieweuse: ouais.

Médecin 2: Pour l'instant

Intervieweuse: c'est à dire que tu les revois, eee, après ?

Médecin 2: bah, là par exemple celle de lundi, je la revois dans la semaine ou à moins d'une semaine.

Intervieweuse: ouais, d'accord.

Médecin 2: Parce que parfois le fait qu'ils en parlent ça peut

Intervieweuse: poser les choses ?

Médecin 2: Ca peut poser les choses. Le fait qu'on les revoit ils savent qu'il y a quelqu'un qui s'occupe de ça donc des fois, ça... Le temps d'avoir, soit un RDV avec une infirmière, un infirmier psy soit un psychiatre.

Intervieweuse: ouais !

Médecin 2: Mais souvent c'est des gens qu'ont pas de lien avec la psychiatrie qui viennent nous voir pour ces questions là. Parce que les autres ils ont peut-être un accès direct finalement.

Intervieweuse: tu veux dire..

Médecin 2: ceux qui sont déjà suivi,

Intervieweuse: ouais, c'est ça !

Médecin 2: ceux qui sont déjà sous anti-dépresseurs, suivis. C'est plutôt ceux qui, tout d'un coup, font un syndrome dépressif, non traité... et, eeee, voilà.

Intervieweuse: c'est là où tu te sentiras moins à l'aise, c'est ça ?

Médecin 2: bah, en fait je pense que les autres on ne les voit pas, trop.

Intervieweuse: ouais, c'est ça !

Médecin 2: Oui, je suis pas très à l'aise. En fait, à partir du moment où ils ont un projet suicidaire je ne suis pas à l'aise.

Intervieweuse: ouais, et t'es pas à l'aise parce que ... tu sais pas comment faire ou ?

Médecin 2: parce que je suis toujours embêtée quand ils ne veulent pas voir un psychiatre aux urgences psy

Intervieweuse: ouais.

Médecin 2: et qui..., est-ce que je dois les forcer, en disant qu'ils n'ont pas le choix, que c'est comme ça. Et jusqu'où on peut les obliger ? Je sais pas si, j'ai du mal à savoir à partir de quand je dois appeler des pompiers pour qu'ils viennent m'aider, pour qu'il soit...

Intervieweuse: ouais c'est ça...

Médecin 2: Mais pour l'instant, bah oui ! Parce que je ne suis pas à l'aise avec le fait de me dire, voilà, s'ils sortent de chez moi...

Intervieweuse: il y a un risque... de toutes façons, c'est ça.

Médecin 2: oui, après pour l'instant j'ai jamais obligé quelqu'un à aller aux urgences.

Intervieweuse: oui !

Médecin 2: Ca c'est pour l'instant bien passé. (Sourire)

Intervieweuse: et là qu'est-ce que t'attendrais de cette formation sur la crise suicidaire, parce que ce sera le sujet de la formation ?

Médecin 2: bah, déjà, (réfléchit) à partir de quand, on est sensé, on doit obliger quelqu'un à aller aux urgences ? C'est compliqué à définir. Mais ça, je..., (plus fort) ça ! Eeee... Peut-être refaire un point sur le début du traitement, l'intérêt des anxiolytiques, est-ce qu'on doit obliger les gens à en prendre, est-ce qu'on doit plutôt, enfin c'est... c'est que au "cas où" ? Voilà. Le début des anti-dépresseurs, surtout quand ils sont comme ça, vraiment pas bien.

Intervieweuse: ouais.

Médecin 2: Après, (réfléchit) c'est surtout ça.

Intervieweuse: ouais

Médecin 2: Après il y a forcément des choses que je ne sais et que je ne sais pas que je ne sais pas... (sourire)

Intervieweuse: (rires) oui, du coup, ça on ne sait pas !

Médecin 2: Et après, je travaille pas mal avec le CMPi. (Téléphone sonne - pause de l'enregistrement) Après il y'a le fonctionnement du CMPi. Que là après je connais.

Intervieweuse: Ouais.

Médecin 2: et qui je trouve est très, très intéressant à Saint Nazaire. Parce qu'on peut les appeler, enfin, ce qui c'est passé c'est qu'à chaque fois que je les ai appelé, j'ai dit que quelqu'un arrivait et que j'étais inquiète, ils le reçoivent et finalement souvent leur ressenti il est un peu différent du mien,

Intervieweuse: d'accord ?

Médecin 2: moi qui vais tout de suite être très inquiète que quelqu'un me dise qu'il veut se pendre et c'est pas qu'elles sont moins inquiètes mais elles ont plus l'habitude

Intervieweuse: ouais,

Médecin 2: et finalement elles arrivent à mieux évaluer les choses, je pense.

Intervieweuse: Ouais ? D'accord. Après on n'est pas amené non plus à être psychiatre et ...

Médecin 2: non, non

Intervieweuse: on est là justement pour détecter

Médecin 2: puis après elles les revoient et si elles sont vraiment inquiètes, je pense mais il faudrait vérifier, elles peuvent facilement les faire voir par les psychiatres donc ...

Intervieweuse: oui, il y a cet accès aussi

Médecin 2: et les gens sont... aller aux urgences psychiatriques c'est compliqué. Aller juste au (silence) CMPi c'est facile.

Intervieweuse: c'est plus facile, oui

Médecin 2: A part que c'est dur à trouver, mais....

Intervieweuse: ouais ? C'est dur à trouver...

Médecin 2: Bah, parce que c'est, je crois que c'est pas loin du cabinet, dans une zone...

Intervieweuse: ah oui, dans un parc ?

Médecin 2: C'est pas très facile.

Intervieweuse: ah oui, oui ! Ah oui j'avais cru comprendre...

Médecin 2: c'est par là.

Intervieweuse: hum, ok. Et donc, là, donc, ce que t'attendrais de la formation ça serait plus ça ? Sur l'initiation des traitements si j'ai bien compris ? Et dans la prise en charge ?

Médecin 2: oui, sur l'initiation des traitements, oui (silence) et puis le, qu'est-ce qu'il faut interroger pour... quels sont les éléments importants. Voilà, je sais qu'il y a l'accroche, le projet s'il est établi ou pas ? est-ce qu'il y a autre chose qu'il faut vraiment rechercher ? Comment est-ce qu'on peut... je n'ai même pas pensé par exemple à appeler les urgences psychiatriques, j'ai même jamais pensé à ça ? Est-ce qu'on peut les appeler pour avoir leur avis pour qu'ils voient les gens ? De toutes façons, est-ce qu'il y a ... Il y a peu de cas, je pense, où il y a des hospitalisations, hum ..

Intervieweuse: contraintes ?

Médecin 2: contraintes !

Intervieweuse: oh, bah, je pense, ouais.

Médecin 2: Donc, voilà, est-ce qui, que si la personne ne veut pas être hospitalisée, qu'elle refuse d'y aller mais qu'elle veut bien aller au CMPI, on peut peut-être...

Intervieweuse: ouais, ouais, temporiser ?

Médecin 2: est-ce que ça... oui, voilà.

Intervieweuse: un bon compromis, ouais !

Médecin 2: Voilà. Globalement.

Intervieweuse: et qu'est-ce qui a fait que t'as accepté cette formation qui a été proposé ici ?

Médecin 2: eeee, bah, (silence) moi, j'aime bien la psychiatrie, je trouve ça très intéressant. On en fait beaucoup en médecine générale. On est pas très, effectivement il y a des choses c'est quand même limite, on ne sait pas trop, je pense qu'on donne trop d'anti-dépresseurs,

Intervieweuse: ouais

Médecin 2: on ne sait pas bien par exemple évaluer si, le syndrome dépressif, on a des échelles, mais, peut-être qu'on en donne trop. (Téléphone sonne à nouveau)

Intervieweuse: ouais, tu utilises toi les échelles ? (Décroche le téléphone)

Donc on disait, oui, tu utilises toi les échelles, justement d'évaluation ?

Médecin 2: quand j'ai le temps j'essaie d'utiliser le MADRS,

Intervieweuse: ouais ?

Médecin 2: mais, j'ai du mal, finalement, oui, j'ai un peu de mal à l'utiliser parce que c'est quand même pas facile, y a des questions c'est quand même pas très clair. Pour les gens, c'est pas clair,

Intervieweuse: ouais

Médecin 2: est-ce qu'on doit leur poser, est-ce qu'on doit leur montrer le truc et ils remplissent ?

Intervieweuse: ouais.

Médecin 2: Voilà.

Intervieweuse: Ce qui n'est pas très pratique finalement ...

Médecin 2: nan. Mais des fois, je ne l'utilise pas et j'utilise juste les questions globales, pour demander aux gens, pour savoir s'ils ont (silence) et puis on m'a bien dit qu'il fallait au moins 15 jours d'évolution pour un syndrome dépressif et donc si c'est une rupture sentimentale il y a une semaine, on peut pas parler de syndrome dépressif. Donc voilà. J'essaie de bien respecter ça, parce qu'effectivement on met peut-être trop de gens sous anti-dépresseurs à tort. Ils sont peut-être juste tristes et pas dépressifs.

Intervieweuse: c'est ça ! Et toi tu penses que tu prescrites trop d'antidépresseurs ?

Médecin 2: (silence) Nan, je ne pense pas. Nan, j'essaie de ne pas, mais ...

Intervieweuse: oui, tu essaies de pas trop, parce qu'il y a cette idée là effectivement qui a été prouvée, hein ? Enfin c'est vrai que je regardais pour ma biblio et on prescrit trop d'anxiolytiques en tous cas,

Médecin 2: bah, pffff, c'est les anxiolytiques, oui,

Intervieweuse: et les antidépresseur, aussi.

Médecin 2: ouais. Les anxiolytiques je les introduis que très rarement et je leur dis que ce n'est pas pour longtemps mais après il y a la théorie puis la pratique des gens.

Intervieweuse: oui, c'est ça ! Et ce qui faisait que t'as dit oui pour la formation donc c'était quand même finalement pour te reformer, parce que t'aime bien la psychiatrie, ...

Médecin 2: et puis c'est aussi intéressant de rencontrer l'équipe qui travaille à saint nazaire.

Intervieweuse: ouais, ouais.

Médecin 2: voilà. Même si je vois un peu qui c'est.

Intervieweuse : et pour toi une bonne formation ça se résumerait à quoi ? Qu'est-ce qui fait que tu vas aller plus vers une formation qu'une autre ?

Médecin 2: (réfléchit) déjà moi mon premier critère d'une formation c'est qu'elle soit, le mieux c'est qu'elle soit indépendante d'un labo,

Intervieweuse: ouais

Médecin 2: après, et qu'il y est un moment d'échanges, et qu'elle soit vraiment adaptée à la médecine générale,

Intervieweuse: ouais

Médecin 2: pratique quoi. Bon c'est toujours intéressant de revoir un peu des points de physiopathologie, mais faire des listes c'est pas très intéressant pour nous parce qu'on en retiendra rien. (Silence) Ouais, c'est ça. Un petit exposé puis plus après un échange avec des questions qu'on aurait, puis on en a toujours pleins, donc...

Intervieweuse: sur la pratique, eee ?

Médecin 2: Sur la pratique...

Intervieweuse: sur la pratique quotidienne, quoi ?

Médecin 2: Comment on peut faire ? ... est-ce qu'on peut les appeler ? Enfin, oui, on peut les appeler, mais, voilà. C'est important de savoir, en général, qu'on a des correspondants qui sont pas embêtés quand on les appelle.

Intervieweuse: c'est ça ! (Rires) Qui sont ravis de t'écouter, et eeeee,

Médecin 2: Voilà !

Intervieweuse: qui peuvent te donner leur avis

Médecin 2: Qui prennent le temps de répondre parce que des fois ça évite des hospitalisations. Ca évite... Et puis si on les appelle c'est parce qu'on est embêté, pas pour les embêter...

Intervieweuse: oui, voilà, en plus.

Médecin 2: Voilà

Intervieweuse: bon bah très bien, bah, je pense qu'on a fait le tour de mes questions, j'arrête.

3. Entretien avec Médecin 3

Intervieweuse: donc pour commencer, toi, ta formation initiale, c'était où ? C'était à Nantes ?

Médecin 3: à la fac de Nantes, ouais faculté de Nantes.

Intervieweuse: ouais, d'accord.

Médecin 3: eeeee, avec un DES de médecine générale donc en 6 ans

Intervieweuse: ouais

Médecin 3: et puis deux ans d'internat, donc 8 ans.

Intervieweuse: d'internat, d'accord ? et t'as été thésé en quelle année ?

Médecin 3: 97

Intervieweuse: d'accord,

Médecin 3: 1997

Intervieweuse: et tu t'es installé après...

Médecin 3: en 2002

Intervieweuse: d'accord

Médecin 3: donc j'ai fait cinq ans de remplacements.

Intervieweuse: de remplacement ? Un peu pour, eeee, d'accord. En ce qui concerne la formation en psychiatrie, ta formation initiale, en quoi elle a consisté ?

Médecin 3: Globalement, en rien (rires).

Intervieweuse: (rires) d'accord

Médecin 3: Parce que je suis passé dans aucun service de psychiatrie, ni comme externe ni comme interne.

Intervieweuse: d'accord.

Médecin 3: donc ça se résume à mon ... certif de psy.

Intervieweuse: au cursus théorique, finalement ?

Médecin 3: voilà, exactement.

Intervieweuse: d'accord. Et qui t'as servi un peu par la suite ou ?

Médecin 3: hum... pffffff. Dans les grandes lignes, sans doute. Sans doute un peu quand même. Oui, pour identifier les pathologies psychiatriques, si tu veux. Connaître les pathologies psychiatriques, on ne peut pas inventer. Mais voilà, dans la pratique quotidienne, ça ne m'a pas influencé du tout.

Intervieweuse: ouais, d'accord. Dans le côté pratique, pas forcément ?

Médecin 3: pas forcément. Même dans la gestion des médicaments et tout ça... Je pense effectivement qu'il y a des progrès à faire.

Intervieweuse: et donc est-ce que t'as fait des formations après l'internat, une fois pendant les remplacements ou après ton installation ?

Médecin 3: Non, j'avais fait à une époque une formation sur l'adolescence, donc c'était un petit peu, il était un peu question de ça. Puis c'est vrai que la psychiatrie on y revient forcément dans beaucoup de domaines. Nan, en tant que tel, je n'ai pas fait de formation spécifique sur telle ou telle. (réfléchit). Nan, je n'ai pas de souvenir de ça, je ne pense pas.

Intervieweuse: et donc est-ce que tu t'en sens quand même assez formé et assez, enfin à même de pouvoir gérer les cas de psychiatrie en cabinet ?

Médecin 3: (réfléchit) Oui, globalement oui. Apprécier de l'anxiété, apprécier une dépression, voilà, parce qu'on connaît nos patients.

Intervieweuse: oui, c'est ça...

Médecin 3: Et puis, voilà. Et puis il y a des questions aussi qu'on peut poser pour apprécier un peu la situation. Eeeee, bon. Mais effectivement, se former, avoir peut-être des clefs plus simples, des choses plus formelles et plus rationnelles ce serait utile, oui.

Intervieweuse: d'accord, et toi ton expérience avec des cas de psychiatrie, t'en as eu souvent ? T'as eu des cas ...

Médecin 3: ouais, si, c'est un motif très fréquent, pas forcément de prime abord comme ça, mais des fois on sent bien que les gens il y a une détresse

psychologique ou psychiatrique, et c'est pas facile tu sais bien, après, de les insérer dans un circuit. C'est pour ça qu'ici avec l'histoire du CMP, qui intervient, ça nous aide beaucoup quand même.

Intervieweuse: bah, ouais, ouais, ouais.

Médecin 3 : Mais j'ai vu des gens authentiquement psychotiques qui décompensaient et qui refusent tout, et sur lesquels t'as pas de prise. Refus de prise médicamenteuse, refus de prise en charge, refus de...

Intervieweuse: oui, ça après peut-être que toute formation ne sera pas plus utile face à ces patients là.

Médecin 3: non mais ça te, je pense, ça me mettrait plus à l'aise, certainement. Tu vois, on n'est pas psychiatre non plus, c'est clair, mais effectivement, comme dans beaucoup de domaines, si on pouvait affiner un peu notre formation, ça aiderait, je pense.

Intervieweuse: et donc c'est ça que tu attendrais d'une formation en psychiatrie et notamment sur la crise suicidaire ?

Médecin 3: ouais, nous donner un peu des clefs, tu vois, des clefs à l'interrogatoire, pouvoir cibler facilement les choses.

Intervieweuse: plus dans le dépistage de gravité ?

Médecin 3: ouais. Par exemple. Ou poser des questions. Tu vois le jour où j'ai appris que de demander à quelqu'un s'il avait des intentions suicidaires, c'était pas un problème, et bien ça m'a rendu beaucoup de services. Enfin, aujourd'hui c'est une question qu'on pose, (insiste) facilement, moi, ça ne me dérange pas de poser la question

Intervieweuse: et ça tu l'avais appris comment ?

Médecin 3: je ne sais plus... Peut-être au détours d'une formation dont j'ai oublié l'existence, si tu veux, j'en sais rien. Et tu vois c'est ça, moi, qui m'intéresse, c'est d'avoir des choses pratiques, c'est-à-dire, t'es en face de ton patient, qu'est-ce que tu peux lui dire ? Qu'est-ce qu'il faut lui poser comme questions ? C'est d'avoir la clef (insiste) pour ouvrir... c'est vraiment ça le truc. Pas d'avoir des grandes connaissances sur la crise suicidaire, de toutes façons tu sais bien qu'on ne va la gérer ici forcément, qu'on ne va pas ou alors peut-être qu'on peut la gérer

ici. Peut-être que j'ignore qu'on peut le faire aussi dans un cabinet, tu vois, mais moi j'ai toujours plutôt tendance dans ces cas là à envoyer les gens aux urgences psy.

Intervieweuse: ouais, ouais.

Médecin 3: accompagné et voilà. Mais s'il y avait effectivement des choses qui pouvaient émerger en terme de solutions, de clefs, tu vois, de choses vraiment assez précises, moi je trouve que ça serait bien, ouais.

Intervieweuse: ouais, d'accord. Et qu'est-ce qu'il fait que tu as dit oui pour cette formation, par exemple, pour cette formation sur la crise suicidaire ?

Médecin 3: bah, parce que c'est ... (réfléchit) ça peut être un motif de consultation, et puis c'est une chose (hésite) où on a envie d'être plus à l'aise, quoi. C'est vrai que quand dans le courant de ta consult, de tes renouvellements, de tes bébés que tu pèses, que tu vaccines, et puis machin, puis d'un seul coup t'as quelqu'un qui te tombe, c'est le lot de notre métier, on ne sait pas ce qui nous arrive, faut avoir tout de suite des choses qui permettent d'avancer rapidement,

Intervieweuse: rapidement, ouais

Médecin 3 : qui te permettent d'identifier les choses, tu vois. Ne pas passer à côté, c'est ça le risque. C'est aussi l'anxiété qu'on a, nous, comme soignant de (rires) laisser filer un truc alors que faudrait pas, quoi. Que ce soit en psychiatrie ou en ...

Intervieweuse: dans pleins de domaines ?

Médecin 3: dans tout.

Intervieweuse: ouais, ouais, ouais. D'accord. Et donc après, toi qu'est-ce qu'il fait que tu vas dans une formation. Quel est le, dans une question pratique ou même ... Qu'est-ce que t'attends d'une formation en général ?

Médecin 3: et bien, il y a d'abord le thème, d'abord, la thématique. Il faut que ça réponde à une question chez moi. L'intervenant, aussi. Si je sais que c'est quelqu'un qui est valable, ça motive aussi. Et puis ressortir avec des choses, ça c'est connu de tout le monde. C'est-à-dire, quand tu vas dans une formation tu ne ressorts pas avec des, on peut te passer 48 heures de topos et de machins, tu vas ressortir avec quelques petites idées, on retient très peu de choses finalement.

Mais on retient l'essentiel et voilà, moi, c'est ça que j'aimerais bien. C'est avoir dans une formation, si c'est ça le 12 septembre, c'est avoir des choses (insiste) simples qui te fluidifient ton exercice,

Intervieweuse: la pratique ?

Médecin 3 : ta pratique, quoi ! Ca c'est ça.

Intervieweuse: d'accord. Oui c'est vraiment plus des outils, ...

Médecin 3: du concret,

Intervieweuse: pour gagner du temps, aussi ? ...

Médecin 3: oui, besoin de concret.

Intervieweuse: et être plus sur, finalement?

Médecin 3 : Puis, peut-être avoir une échelle aussi, d'évaluation, tout simplement.

Intervieweuse: t'en utilise toi ?

Médecin 3: Nan, pas du tout, pas du tout. Et du coup, ouais, avoir une échelle simple d'usage, quoi.

Intervieweuse: et tu ne les utilises pas parce que ... ?

Médecin 3: Parce que j'en ai pas la connaissance, je sais que ça existe si tu veux mais je n'ai pas pris le temps d'aller voir et puis c'est comme tous les outils, si t'as pas appris à les manier, moi je veux bien aller en chercher une sur internet, si tu veux, c'est pas compliqué, mais

Intervieweuse: ouais, ouais, ouais

Médecin 3 : mais, comment on s'en sert ? Dans quelle circonstance ? Pourquoi ? Comment ? Faut être éduqué. Je veux dire... Faut pas faire n'importe quoi. Moi, je veux bien l'échelle d'évaluation tu vois mais... Donc ça serait bien.

Intervieweuse: d'accord. Puis après il y a peut-être une question de temps aussi ?

Médecin 3: ouais en plus.

Intervieweuse: ... par rapport à ces échelles ?

Médecin 3 : Ouais, je ne sais pas combien de temps ça prend de faire l'échelle

d'évaluation suicidaire, je ne sais pas. Donc faut certainement organiser les choses, nous éduquer à ça.

Intervieweuse: ouais, d'accord. Bon, je pense avoir fait à peu près le tour. Si ! Bah, par rapport à la formation en psychiatrie, toi, enfin, tu m'as dit que tu n'avais pas suivi de formation particulière, mais qu'est-ce que tu penses de la formation en psychiatrie, justement ? Des futurs médecins, et...

Médecin 3: Pour nous les médecins généralistes, je pense qu'elle est insuffisante ! Enfin, pour ma génération. Bah, après tu vas me dire faudrait passer en cardio, faudrait passer en pédiatrie. Mais il y a des maquettes maintenant qui se mettent en place j'ai l'impression. Et la Psychiatrie, clairement, ça devrait... Bah, si ! C'est une dimension (insiste) essentielle de notre pratique, essentielle ! Alors on retombe sur nos pattes, on se débrouille. Parce qu'on communique avec, c'est comme dans tout notre cursus professionnel, le fait de communiquer avec des spécialistes tu apprends, on se parle, on lit, voilà on s'informe aussi quand même. Donc on (insiste) progresse, mais là, clairement, il faudrait largement répandre la psychiatrie, enfin je trouve en médecine générale. À l'époque on avait deux ans d'internat moi, j'ai fait de la médecine polyvalente, de la cardio, de la pédi et de la gynéco. Bah, une fois que t'avais fait tes quatre semestres c'était cuit, quoi. Plus de place pour la psy". Et puis la psy avait, enfin c'est peut-être toujours le cas, je ne sais pas, mauvaise presse,

Intervieweuse: oui

Médecin 3: c'était un peu des stages de planque, où on allait quand tu ne voulais pas faire grand chose. C'est un peu dommage, mais faudrait vraiment nous former à ça.

Intervieweuse: d'accord, bon, bah, très bien. Et bien je pense qu'on a fait le tour pour l'entretien.

4. Entretien avec Médecin 4

Intervieweuse: donc pour commencer, pour resituer un petit peu, ta formation initiale tu l'avais faite sur Nantes?

Médecin 4: alors, oui, j'ai fait fac à Nantes, eeee et ...

Intervieweuse: et l'internat...

Médecin 4: alors moi c'était le tout début de interne en médecine générale. Donc on était tous internes. C'était la première année on était tous interne en médecine générale. Donc voilà j'ai passé le P1 en 79

Intervieweuse: ouais

Médecin 4: voilà, tu vois. Donc c'était année 84-85, quoi, la fin.

Intervieweuse: d'accord, donc t'as été thésé en quelle année ?

Médecin 4: donc 84-85 j'ai du être thésé en 87

Intervieweuse: ouais, d'accord, et tu t'es installé rapidement après ?

Médecin 4: euh, non j'ai fait cinq ans de remplacements,

Intervieweuse: d'accord

Médecin 4: je me suis installé ici en 93.

Intervieweuse: d'accord. Ok

Médecin 4: mais avant j'ai fait beaucoup de remplacements, bah ici surtout au cabinet Laënnec. Ouais.

Intervieweuse: ouais, d'accord. Et alors la formation initiale que t'as eu en psychiatrie, ça a consisté en quoi ?

Médecin 4: La formation en psychiatrie, tu veux dire au niveau de la faculté ?

Intervieweuse: oui

Médecin 4: Ouf, c'est loin, (rires) c'est loin. J'ai (silence, réfléchit) pas trouvé ça très pratique pour mon activité quotidienne, on va dire.

Intervieweuse: ouais

Médecin 4: C'était (insiste) très intéressant, c'était intéressant d'aborder les grands sujets de la psychiatrie, psychoses, tout ça. C'était vraiment très intéressant de voir les fonctionnements et tout ça. Moi j'avais l'impression que c'était un peu à des kilomètres de notre (rires) travail quotidien de médecin généraliste après. Mais l'enseignement de la psychiatrie était très intéressant, mais c'était plutôt professoral, tu vois. C'était intéressant d'apprendre...

Intervieweuse: plutôt théorique finalement ?

Médecin 4: oui, très théorique, je me souviens on avait des grands poly et tout ça. Je me souviens, j'allais en cours en plus l'année où il y avait la psychiatrie, la sixième je crois, et non, c'était intéressant mais intéressant du point de vue intellectuel. Mais après j'ai eu du mal à retrouver dans le quotidien, ça me servait pas à grand chose je trouvais.

Intervieweuse: ouais et t'as fait des formations après être installé ? Eeee...

Médecin 4: Quasiment pas,

Intervieweuse: sur la psychiatrie....

Médecin 4: j'ai fait de la formation mais en psychiatrie, très peu. Quand j'avais les jeudis là sur Nantes on a du faire une fois psychiatrie, mais vraiment pas beaucoup.

Intervieweuse: et finalement est-ce que tu te considère quand même bien formé pour la psychiatrie en médecine générale ? Et pour la pratique quotidienne ?

Médecin 4: (rires gênés) euh ma pratique, et bien, on va dire c'est comme le reste, on a appris sur le "tas", voilà avec l'expérience avec les ratés, les échecs, et tout. Mais, je crois que la psychiatrie c'est encore pire que le reste.

Intervieweuse: ouais, ouais, ouais.

Médecin 4: C'est un peu comme tout si tu veux, mais vraiment c'est sur l'intuition.

Intervieweuse: ouais, et au niveau de l'expérience justement que t'as pu avoir face à des crises suicidaires ou ...

Médecin 4: alors si on parle que des crises suicidaires ou de la psychiatrie au sens large ?

Intervieweuse: de la psychiatrie et des crises suicidaires.

Médecin 4: Je crois qu'avec l'expérience, quand même, on progresse beaucoup. Moi j'ai l'impression d'avoir beaucoup, beaucoup progressé par rapport aux premières années (réfléchit). Le principal truc c'est que je suis beaucoup plus dans l'écoute, et dans la répétition de l'écoute. C'est-à-dire qu'avant je voulais avoir comme les autres pathologies, action - réaction, et arriver à trouver une solution assez rapidement, alors que maintenant avec l'expérience (réfléchit) je ne

me sens pas soupçonné de vouloir faire du clientélisme et donc je peux les revoir. C'est ça que je veux dire. Sans être du tout gêné. On a besoin de se recevoir, de se revoir. Un peu comme font les psychiatres pour évaluer les choses et on se revoit. Et ça le principal des trucs qu'avec l'expérience je m'autorise à les revoir beaucoup plus régulièrement, je m'autorise avec les patients, à leur donner des délais courts. Par exemple, je veux vous revoir dans 3 jours, ou dans une semaine parce que (hésite) je ne suis pas inquiet mais j'ai envie de vous revoir parce que je pense que c'est nécessaire...

Intervieweuse: pour réévaluer

Médecin 4: je le fais beaucoup, beaucoup plus. Après, bah oui, je suis toujours sur (réfléchit) l'intuition (rires), le pifomètre, voilà, comment je le sens. Tout ça, voilà.

Intervieweuse: oui, c'est ce qu'on appelle maintenant le "gut filing" ? L'impression qu'est donnée

Médecin 4: oui, l'impression que j'ai. Avec aussi, la grande expérience fait aussi que c'est en général des patients que je connais. Dans l'immense majorité c'est des patients que je connais depuis longtemps. Je sens bien assez facilement s'il y'a quelque chose

Intervieweuse: oui, t'es plus à même de reconnaître s'il y a

Médecin 4: je pense reconnaître plus facilement, alors, si on va plus vers la crise suicidaire. (Réfléchit). Je pose, et là aussi avec l'expérience, au début je le faisais (pause) jamais. Avec l'expérience, de plus en plus, je vais poser les questions, (insiste) vers ça. C'est-à-dire, que je vais au départ, tout le temps, j'essaie de retrouver des signes, un peu, d'état dépressif, classiques, sur le sommeil, sur l'alimentation, sur la vie de tous les jours, enfin les choses classiques, sur l'état un peu dépressif, me rendre compte un petit peu. Si j'ai l'impression qu'il y a un réel état dépressif mais je fais pas les échelles et tout ça, je ne fais rien de tout ça,

Intervieweuse: ouais, ouais

Médecin 4: si je sens un peu intuitivement qu'il y a quand même, de l'état dépressif, je vais un peu plus loin, en parlant toujours classiquement "est-ce qu'il y a des idées noires ou pas ?" Et puis, après si vraiment il y'a des idées noires. En

général, ils comprennent bien. Est-ce que j'emploie le mot "suicide" ? Jamais.

Intervieweuse: ouais, jamais "idées suicidaires", plus "idées noires" finalement ?

Médecin 4: ouais, en général je dis effectivement, en y réfléchissant, "est-ce que vous avez des idées noires ?", "est-ce que de temps en temps ça vous passe par l'esprit ?" Si oui, et bah, après si les gens me répondent "oui", "non, non ça va", ou alors "oui, et ça passe très vite, et puis c'est bon" , "et est-ce que ça reste longtemps ?", "est-ce que ça revient régulièrement ?" Et, "est-ce que vous avez déjà pensé à le faire ?","est-ce que vous avez déjà ... le truc classique (réfléchi) vous avez pensé faire quoi ?" "Et le projet ?", "jusqu'où ça a été ?"

Intervieweuse: donc tu vas quand même explorer

Médecin 4: bah, si je sens que là.... je demande ce qui y a eu. Et puis, je suis assez surpris des fois par certaines réponses. "Bah, oui, j'avais installé la corde dans le garage", ou "j'ai été jusqu'en bas du pont en voiture puis je suis revenu". Voilà j'ai eu des choses comme ça des fois. Ou alors, qu'au départ on partait sur...

Intervieweuse: et là, dans ce cas...

Médecin 4: je suis encore surpris

Intervieweuse: ouais

Médecin 4: des réponses positives à ça, c'est-à-dire à "est-ce que vous avez des idées noires ?" Des fois tu t'attends pas du tout à ce que les gens... "ah, oui, oui, j'ai déjà eu des idées..." je suis encore...

Intervieweuse: surpris, finalement, eeee

Médecin 4: (rires) Oui.

Intervieweuse: tu veux dire entre leur comportement et

Médecin 4: oui, et puis finalement, bah oui y en a derrière, quoi. Voilà. Après, (pause) donc je les questionne quand même, toujours un peu systématiquement sur le même mode, j'ai toujours le même canevas où....

Intervieweuse: la check-list

Médecin 4: un peu dans ma tête la check-list, sans que j'ai d'échelles de dépression, j'ai jamais trop eu envie de me servir de ça. C'est un peu comme je....

Intervieweuse: parce que tu trouves ça trop strict, trop catalogue ?

Médecin 4: ouais, toutes ces questions et puis ça, moi je trouve que c'est chronophage tous ces trucs là. C'est-à-dire que ça va te prendre une très longue consultation, alors que c'est peut-être un peu prétentieux, mais j'ai l'impression qu'avec quelques questions j'arrive, j'y arrive finalement comme ça.

Intervieweuse: et donc là par exemple, qu'est-ce que t'attendrait de cette formation sur la crise suicidaire, là ?

Médecin 4: et bien, d'être moins dans ... (réfléchit, rires) je sais plus comment t'as dit tout à l'heure ? D'être moins sur le pifomètre, si on peut dire,

Intervieweuse: sur le gut filing

Médecin 4: sur l'intuition, voilà, et peut-être d'être un petit peu plus rigoureux, avoir des outils, mais des outils qui soient pas trop chronophages, des outils qui soient compatibles avec l'exercice de la médecine générale, c'est-à-dire que du matin au soir, il y a des consultations tous les 1/4h, de temps en temps on peut prendre une consultation où il faut une demi-heure, 3/4h, j'ai pris presque une heure hier pour une situation psy qui n'était pas dans, c'était un jeune qui faisait une bouffée délirante. Première bouffée délirante, donc là effectivement j'ai du prendre 3/4 heure avec le copain. Mais dans l'exercice, c'est difficile de

Intervieweuse: oui, faut que ça soit exceptionnel.

Médecin 4: c'est exceptionnel. Donc ça on peut pas, surtout les états dépressifs partir là-dessus. Donc moi, c'est avoir, oui, c'est avoir un peut peut-être (parle plus lentement, sépare les mots) des outils simples et courts qu'on peut utiliser pour quantifier un peu

Intervieweuse: la sévérité ?

Médecin 4: la sévérité de l'état dépressif, et bah, oui et pas se faire avoir avec quelque chose d'un petit peu caché et puis un état suicidaire sous-jacente qu'on avait pas vu. On a tous, après moi 30 ans d'exercice, des histoires où on a pas vu et où on s'est fait avoir et où il y a eu un suicide derrière qu'on avait pas du tout, du tout senti, hein. J'ai eu chez des jeunes, on a eu des cas dramatiques ici où on a rien vu venir, bien sur, bien sur. Donc, peut-être qu'on est pas toujours si bons. Enfin, voilà, c'est pas facile. Donc des outils, des ... (réfléchit) des clignotants

rouges, des choses où quand il y a ça, attention, ou ça plus ça, attention, des choses qui doivent nous faire tilt dans la tête.

Intervieweuse: ouais, vraiment les signaux d'alerte ?

Médecin 4: Peut-être des questions qu'on ne posent pas forcément, des choses, des petits signaux d'alerte qui nous permettraient de "ah, ah, attention!!!" Par exemple, c'est complètement à côté mais la diarrhée, est-ce que ça vous réveille des fois la nuit ? Oui, ça me réveille la nuit, là tout de suite, moi ça me fait tilt. Tu vois c'est ce genre de choses, sur une question, tu vois, des petites choses, voilà. Des échelles courtes...

Intervieweuse: pour porter l'attention, quoi ?

Médecin 4: pour porter l'attention, et pour dans le flot des patients qu'on doit voir, et voir celui vraiment qui est en danger, quoi.

Intervieweuse: ouais, d'accord. Donc c'est plus sur le diagnostic, sur le diagnostic de gravité ?

Médecin 4: diagnostic de gravité, et voilà pour pas se faire avoir, après on est très culpabilisés, nous, quand on n'a pas vu les choses venir, et qu'il y a une TS derrière, et qu'on n'a pas... qu'on les a vu quelques jours avant et on a pas senti, quoi...

Intervieweuse: et finalement sur le côté "prise en charge", là tu te sens après plus à l'aise ? Ou ça aussi, tu penses que là aussi la formation...

Médecin 4: ah, oui, je pense que là aussi, elle peut nous apporter, bien sur, oui, oui, oui. Sûrement sur les molécules à utiliser, parce que moi j'utilise un peu toujours les mêmes, maintenant peut-être qu'il y a d'autres (rires)... moi j'ai mes habitudes.. Voilà. Ouais, peut-être revenir un peu quand même sur les antidépresseurs, sur les anxiolytiques, revoir ce qui sont plus adaptés, là, voir aussi peut-être ceux qui sont susceptibles d'induire les crises suicidaires dans les débuts, voilà. Justement, comment le prévenir quand tu mets en route les antidépresseurs ? Les anxiolytiques, à quelle dose ? Comment ? Parce que moi, je le fais toujours un peu intuitivement, de la même façon mais c'est peut-être pas la bonne façon ? Voilà.

Intervieweuse: ouais, à voir ...

Médecin 4: Au moment où on le met en place, là, parce qu'on sait bien qu'il y a une désinhibition qui des fois fait qu'il y a un passage à l'acte. Et ça c'est toujours aussi quelque chose qui nous (réfléchit) qui nous travaille.

Intervieweuse: et toi ça peut te freiner à introduire des antidépresseurs, justement ce risque de passage à l'acte ?

Médecin 4: non jamais. Si je pense que y en a besoin et si j'obtiens l'accord du patient pour les prendre, j'essaie de passer du temps là-dessus et vraiment d'avoir l'alliance avec lui, s'il est d'accord, si vraiment il veut les prendre, je vais les prescrire si je sens qu'il y a un peu un risque je vais quand même lui dire que des fois au début on peut être plus anxieux et qu'on est moins bien et qu'il faut prendre un peu d'anxiolytique au début, les premiers jours,

Intervieweuse: oui, voilà...

Médecin 4: donc je fais ça.

Intervieweuse: ça, ça ne pose pas de... d'accord.

Médecin 4: Ca ne pose pas de problème. Je le fais un peu comme je le sens et intuitivement. Est-ce que je le fais bien ? Je sais pas mais je le fais comme je le sens. Je suis conscient de ça, mais là-dessus, j'aimerais bien aussi qu'on précise ça.

Intervieweuse: d'accord. Et après, par rapport à cette formation mais aussi sur le côté plus général d'une formation est-ce que tu vois les avantages ou les inconvénients de cette formation-là, par exemple dans un côté pratique... Enfin, pour toi qu'est-ce qu'une bonne formation, finalement ? et sur quel mode ?

Médecin 4: ah, bah, j'ai expérimenté plusieurs types de formations, des trucs de deux jours, les formations à Nantes. Moi, je trouve que (réfléchit) les formations qui sont intéressantes c'est quand on est un groupe un peu (insiste) homogène, je veux dire dans le type d'exercice et tout ça et pas en trop gros groupe. Donc ce type de formation, on est en petit groupe je suis intéressé, comme les formations que je faisais à Nantes où on se retrouvait avec 15-20 médecins, un peu du même âge, un peu tous du même niveau, c'est-à-dire qu'on n'a pas des supers niveaux, voilà, il faut aussi être honnête et savoir ... donc ça c'est intéressant. Et une formation pour moi qui est intéressante c'est une formation où tu vas avoir des

choses extrêmement pratiques vis-à-vis de l'exercice quotidien. Et on sait bien qu'on va pas en garder énormément de choses mais au moins si on avait quelques "feux rouges" comme je disais tout à l'heure.

Intervieweuse: ouais, voilà

Médecin 4: Moi je suis content. Si j'ai quelques petites choses comme ça que j'ai retenu après sur une formation qui peut me servir tous les jours, c'est bien. Et peut-être avoir un petit document quand même

Intervieweuse: tu veux dire que tu peux réutiliser pour te rafraîchir la mémoire.

Médecin 4: Oui, sur des choses...

Intervieweuse: d'accord, ok !

Médecin 4: pour moi, une formation faut que ça soit pratique, faut que ce soit interactif, que ce soit.... parce que (mime la lassitude) tu vois les formations où on est en amphi et où on est 150 ou 200, bof, quoi.

Intervieweuse: et est-ce que le côté pratique du fait que ce soit un intervenant qui vienne dans la maison médicale, est-ce que ça aussi c'est pour toi un...

Médecin 4: bah, ça rejoint ce que je disais tout à l'heure, c'est-à-dire que le fait de se retrouver entre médecins, on se connaît très bien, on sait très bien nos niveaux, on va être à l'aise pour poser n'importe quelle question. Moi je privilégie ça, oui. Quand je disais, en petit groupe, avec des gens du même niveau un petit peu. (Insiste) Homogène, c'était pas forcément l'âge qui devait être homogène (rires).

Intervieweuse: ouais, ouais, c'est plus... Eeee

Médecin 4: Et puis le fait de travailler ensemble, aussi, on sait un peu les uns par rapport aux autres, je trouve que c'est... eeee, et puis c'est dans la maison médicale c'est plus facile du point de vue timing, enfin voilà quoi.

Intervieweuse: oui, voilà, aussi ça, au niveau du temps et de la distance, et

Médecin 4: on s'y retrouve aussi. Moi c'est pour ça que je pense que c'est ce type de formation, et puis aussi, eeeee, ça tend à rapprocher les services hospitaliers de la médecine de ville et ce pourquoi je travaille depuis des années.

Intervieweuse: ouais, ouais, ouais

Médecin 4: Je pense que ça va dans le bon sens. Il est quand même beaucoup

plus facile de travailler, après, avec un psychiatre si on l'a déjà rencontré,

Intervieweuse: déjà vu....

Médecin 4: si on l'appelle justement pour lui envoyer justement une crise suicidaire. Si on l'a rencontré, on s'est vu et puis voilà et on sait bien les choses. Après c'est pas facile d'aller envoyer un spécialiste hospitalier, de l'appeler, on se connaît pas mutuellement donc il ne connaît pas non plus, entre guillemets, notre niveau vis-à-vis de la pathologie, il a du mal lui aussi à apprécier le degré d'urgences quand on l'appelle. Si on peut resserrer les liens par ce type de formation, je suis à fond.

Intervieweuse: favorable ? Plus que favorable ?

Médecin 4: A fond favorable ! oui

Intervieweuse: d'accord, et bien écoute, je pense qu'on a fait le tour des questions.

5. Entretien avec Médecin 5

Intervieweuse: Donc, toi déjà, pour replacer un peu, toi tu as été thésé en quelle année ?

Médecin 5 : thésé en 84.

Intervieweuse: d'accord, et tu t'es installé en quelle année ?

Médecin 5: 84

Intervieweuse: 84, tout la même année ? D'accord.

Médecin 5: Janvier, thèse et Mars, installation.

Intervieweuse: ah oui ! Super.

Médecin 5: Et je faisais déjà des remplacements à Laënnec pendant la préparation de ma thèse,

Intervieweuse: ah oui, avant ?

Médecin 5: j'ai commencé à faire des remplacements à Laënnec en 83.

Intervieweuse: D'accord.

Médecin 5: et je me suis installé le 26 mars 84, on n'oublie pas la date.

Intervieweuse: on n'oublie pas, ça marche. Alors toi ta formation en psychiatrie, initialement, ça a consisté en quoi ?

Médecin 5: euh, en tant qu'étudiant ?

Intervieweuse: oui

Médecin 5: Ça a été trois mois en troisième année avec le professeur Tusques

Intervieweuse: D'accord ! À saint Nazaire ?

Médecin 5: à Nantes.

Intervieweuse: A Nantes ? D'accord.

Médecin 5: Autrement dit, rien, rien, rien du tout.

Intervieweuse: et alors c'était trois mois de stage ?

Médecin 5: non, c'était trois mois de cours.

Intervieweuse: d'accord.

Médecin 5: et même pas de mise en situation. Rien. Les grandes lignes.

Intervieweuse: d'accord

Médecin 5: dépression, névroses, psychoses

Intervieweuse: ouais, d'accord

Médecin 5: et puis, des textes à apprendre, et puis, rien d'autre.

Intervieweuse: d'accord. Donc cours magistraux ?

Médecin 5: voilà.

Intervieweuse: Vous étiez toute la promo ?

Médecin 5: non, là on était par groupes, mais on était par groupes (réfléchit) d'une bonne quarantaine

Intervieweuse: oui, d'accord, ouais, quand même, ça commence à faire beaucoup. Ok, et après...

Médecin 5: (reprenant la parole) C'est marrant parce que Tusques, tu n'en as pas entendu parlé ?

Intervieweuse: Non...

Médecin 5: c'était un phénomène, quoi.

Intervieweuse: ah ouais ?

Médecin 5: il a été médecin militaire, puis psychiatre, il a été gaulliste, il a eu un parcours... il a fait un peu de politique, il a été gaulliste de gauche,

Intervieweuse: ah ouais ?

Médecin 5: il a supporté Mitterrand en 81, et puis c'était un drôle,

Intervieweuse: ah oui, un sacré bonhomme quoi ! Et donc il vous faisait ces cours là, mais c'était tous les jours pendant trois mois ?

Médecin 5: ah non, c'était une fois

Intervieweuse: une fois par semaine ?

Médecin 5: par semaine,

Intervieweuse: d'accord.

Médecin 5: on avait une heure et demi, je crois par semaine, sur une période de trois mois ou un semestre.

Intervieweuse: oui, enfin quelques mois, quoi. D'accord, et après est-ce que t'as eu... est-ce que t'as fait un internat ?

Médecin 5: oui, j'ai fait un stage auprès du prat

Intervieweuse: d'accord.

Médecin 5: et j'ai été bien confronté justement à (hésitant) un suicide, léthal.

Intervieweuse: ah oui, d'accord... Que t'as assisté, non ?

Médecin 5: non, j'ai pas assisté, j'ai assisté à sa consultation avec mon maitre de stage, et, (réfléchissant), et quelques semaines plus tard, on la retrouvé morte chez elle.

Intervieweuse: d'accord. Et cette consultation, t'en avais...

Médecin 5: (poursuivant) et on n'avais pas comment, on ne voyait pas chez elle, euh, on n'avait pas évoqué, justement, cette possibilité là.

Intervieweuse: d'accord, c'était pas le sujet de la consultation ?

Médecin 5: non, non, et bon et c'était une personne qui avait une tendance, je

m'en rappelle bien pourtant

Intervieweuse: bah, oui, oui, oui.

Médecin 5: c'était il y a quelques années, une tendance dépressive, elle avait un traitement, mais bon on n'avait pas les mêmes traitements,

Intervieweuse: que maintenant...

Médecin 5: ouais, donc on était passé à côté.

Intervieweuse: à oui, donc ça, ça t'avais déjà bien marqué.

Médecin 5: oh oui et j'en ai d'autres, hein.

Intervieweuse: ah ouais ?

Médecin 5: J'ai un patient qui avait fait une dépression sévère, à la suite d'une séparation, hein, vraiment (silence) pas bougé de chez lui, dans le noir, dans son plumard, etc, etc... puis petit à petit, on avait, il était ressorti, et puis un jour, il vient me voir et il me dit: voilà, je m'en vais, je viens vous dire au revoir, puis vous remercier de tout ce que vous avez fait pour moi. Hein. J'ai retrouvé une copine, j'ai retrouvé du boulot, à Laval et donc je viens vous dire au revoir. Le soir même il se tirait une balle sur la plage de Pornichet.

Intervieweuse: (horrifiée) ah oui, d'accord. Et il partait vraiment à Laval ou

Médecin 5: (fait non de la tête)

Intervieweuse: en fait il venait te dire au revoir

Médecin 5: voilà, c'est ça. (Rire nerveux) Là tu te poses des questions.

Intervieweuse: ouais ? Mais en même temps il n'y avait rien qui présageait... et après tu as eu d'autres formations ?

Médecin 5: (parle de façon plus enjouée) Oui, avec médecin 6, avec le CHEM, on a été, comment (réfléchit), on a eu deux jours de formation psy, avec justement une évaluation du risque suicidaire

Intervieweuse: d'accord.

Médecin 5: sur une demi-journée.

Intervieweuse: c'était quand ça ?

Médecin 5: c'était il y a une dizaine d'années avec le professeur Weber de, le médecin chef de psy de Brest.

Intervieweuse: d'accord. Et donc ça consistait en quoi ? C'était de la théorie ?

Médecin 5: bah, on avait des rappels, évidemment, non c'était surtout des mises en situation, des petits textes, et là-dessus on devait...

Intervieweuse: des cas cliniques ?

Médecin 5: des cas cliniques, ouais, ouais.

Intervieweuse: et ça t'avait bien servi ?

Médecin 5: oui, c'est un stage que je proposerais bien à tout le monde, d'ailleurs, on s'en sert encore un petit peu.

Intervieweuse: ouais ? Et donc au final, est-ce que tu te sens bien formé ?

Médecin 5: Oh, bien je pense qu'on peut toujours parfaire. Mais j'ai l'impression, j'ai deux patientes, actuellement, là, sous surveillance.

Intervieweuse: d'accord

Médecin 5: je ne sais pas si as entendu parlé de ma patiente, qui est suivi en addictologie?

Intervieweuse: ah oui, oui. Oui si j'ai du entendre son nom, oui.

Médecin 5: Elle, si tu veux, elle a un scénario.

Intervieweuse: ah oui, d'accord !

Médecin 5: elle a un scénario, et, euh, mais (silence) elle a quelque chose qui la retient.

Intervieweuse: d'accord.

Médecin 5: (Pause), et je sais ce qui la retient, c'est sa fille. On lui enlève sa fille, elle saute du pont.

Intervieweuse: ouais, ok.

Médecin 5: Donc elle est surveillée, mais on sait que si on lui enlève sa fille
(silence)

Intervieweuse: c'est fini, quoi. Et est-ce que...

Médecin 5: oui. Et elle m'a déjà demandé à ce que je sois, si je pouvais être le tuteur de sa fille.

Intervieweuse: ah oui ? Ah oui, d'accord. Alors sacrée relation... Et là pour cette patiente t'es en lien avec les psychiatres de St Nazaire ?

Médecin 5: oui, avec une addictologue, elle ne veut pas entendre parler de psy.

Intervieweuse: oui, c'est peut-être là où c'est compliqué, c'est quand ils refusent catégoriquement de voir un psy

Médecin 5: c'est niet. On a de la chance que ça se passe bien avec l'infirmier, et l'addicto et puis moi. Parce qu'autrement, c'est aucun... Elle a quand même fait une fois trois semaines aux Salines à Guérande

Intervieweuse: hum, hum. La clinique c'est ça ?

Médecin 5: oui, et elle ne veut plus y retourner.

Intervieweuse: ah ok, bon.

Médecin 5: Et j'en ai une autre qui a fait, qui est originaire de Cherbourg, qui a un poste dans la Banque, assez important, et (pause), donc elle, elle a décidé de revoir un psy, je crois qu'elle a du le voir pour une première fois, pour savoir si le traitement que je lui donne est adapté, si le diagnostic est bien posé et est-ce qu'on est réellement dans une dépression, je pense même quand dans certaines périodes un peu proche de la mélancolie.

Intervieweuse. De la mélancolie, oui.

Médecin 5: Nan, parce que là, elle reste dans le noir, elle va à son boulot mais en dehors, elle ne rencontre personne, elle a encore eu deux échecs sentimentaux, qui sont venus se greffer dessus. Les traitements médicaux, lui ont fait prendre, c'est une jolie femme, lui ont fait prendre un peu de poids, elle a tendance à me dire, moi je veux arrêter mon traitement. Et, elle son scénario c'est aussi le pont. (Pause)

Intervieweuse: D'accord. Donc elle aussi c'est structuré.

Médecin 5: elle a aussi quelque chose qui la retient, c'est sa petite-fille, (se corrige) c'est sa petite-sœur. Qui est encore mineure. Mais...

Intervieweuse : plus pour longtemps ?

Médecin 5: Qui va bientôt avoir dix-huit ans. Puis qui a un petit-copain, et qui ne va pas rester... Voilà.

Intervieweuse: ah oui, donc pour elle, c'est encore plus...C'est pour ça que je veux un psy, qu'elle a réussi à accepter,

Intervieweuse: petit à petit, finalement, pour arriver à quelque chose...

Médecin 5: Je lui ai dit pour moi elle aurait un traitement à vie.

Intervieweuse: ah, bah, oui, là je pense... Et qu'est-ce qu'elle en dit ?

Médecin 5: J'ai toujours peur, et hier soir elle a annulé son rendez-vous (rire nerveux), j'aime pas ça

Intervieweuse: ouais, c'est toujours inquiétant, quoi.

Médecin 5: voilà. Donc ça c'est les deux que j'essaie de surveiller comme le lait sur le feu.

Intervieweuse: ouais, en ce moment ?

Médecin 5: Et il y a un cas qu'on va exposer avec médecin 2, bientôt. Un petit papi qui avait perdu sa femme il y'a deux ans et demi, et qui avait été hospitalisé pour un AVC

Intervieweuse: ouais

Médecin 5: et il en était ressorti mais sans la possibilité de conduire, donc il était un petit peu cloîtré chez lui, sans trop d'ami, parce que la vie professionnelle, il ne l'avait pas eu sur Saint Nazaire, ils étaient venus tous les deux sur Saint Nazaire, peu d'amis, et il est vrai que lorsque c'est arrivé, on ait parlé de comment il envisageait la vie d'après, il me disait je ne sais pas ça me fait un petit peu peur parce que je connais peu de monde, et je sais qu'avec ma vue je ne vais bientôt plus pouvoir conduire mais je lui ai dit "des idées noires" un peu ? Il m'a dit non, non. Et puis, il a fait son AVC, je le revois, après de son hospitalisation, il me dit « voilà, maintenant il faut tout remettre, j'ai plusieurs 100% maintenant, j'ai mon 100% pour la polyarthrite, j'ai mon 100%, maintenant, pour mon AVC, tout ça ce n'est pas fait, il faut absolument que ma carte soit à jour ». Je lui dis alors, qu'on va faire ça, rapidement, puis maintenant c'est vrai qu'avec l'informatique c'est plus facile. En trois-quatre jours on avait ça. Je suis allé à son cabinet (se

corrigeant) euh, comment, chez lui, on a tout remis les choses au point, etc, et y avait pas, je le voyais plutôt dans l'activité, à vouloir faire des trucs, et je ne me suis pas dit du tout en tête.

Intervieweuse: oui, il n'y avait rien..., aucun signal d'alerte...

Médecin 5: puis je pars en vacances, le jour même je crois bien qu'il se casse la figure, il est hospitalisé aux urgences, il y reste quasiment pas, douleur au pied, et douloureux, et douloureux. Il appelle une fois Médecin 2, et qui lui dit que la radio à été faite aux urgences. Re-rappel, puis elle lui dit quand même, on va refaire une radio, et la on découvre une fracture

Intervieweuse: qui n'avait pas été détecté ?

Médecin 5: ça ce n'est pas la première... (rires) et donc elle va le revoir, elle lui dit « bon vous allez prendre ça, et puis le médecin 5 revient vendredi, il fait ses visites vendredi, il revient mardi, je prends un rendez-vous pour vendredi pour qu'il vienne vous voir ». « Ok, ok » Et pis, ça a été le dernier contact, et on a appris par les infirmiers qu'il s'était pendu le lundi de Pentecôte. (Silence)

Intervieweuse: d'accord. Alors qu'il n'y avait rien qui... ah oui! C'est cette chute tu crois qu'il l'a...

Médecin 5: alors, est-ce qu'il a souffert, est-ce qu'il a eu un grand moment de désarroi, ou faire le bilan de tout ce qui...

Intervieweuse: une crise anxieuse, ou... ?

Médecin 5: Il a écrit un truc comme quoi il n'avait plus rien qui le retenait, et que ... il y fait tout ses papiers qui étaient bien rangés,

Intervieweuse: ah oui, c'était pas un coup de tête non plus, quoi,

Silence prolongé

Ah oui ! Donc t'as eu plusieurs situations quand même où...

Médecin 5: c'est vrai que l'évaluation, on les fait quand même dans les grands syndromes dépressifs, si c'est des rechutes, donc on est toujours à la recherche du scénario s'il y a quelque chose de bien prévu, s'il y a quelque chose justement, qui retient ça.

Intervieweuse: ah, bah, oui, l'accroche, ça c'est !

Médecin 5: la recherche de ce qui nous rend un peu plus tranquilles. Quand il a cette accroche... Et puis maintenant on a un service d'évaluation des suicides à saint nazaire. Mais c'est vrai que ces deux femmes là c'est celle qui...

Intervieweuse: celles qui te font le plus peur en ce moment ?

Médecin 5: oui

Intervieweuse: et là qu'est-ce que t'attendrait de la formation du douze Septembre ?

Médecin 5: Et bien peut-être de renforcer cette formation que j'avais eu. Parce qu'il y a des trucs qu'il faut qu'on ne mette pas de côté. Qu'on essaie de bien, si on a pas des petits schémas. Nous ça avait été, ce qu'avait décrit le prof de Brest, c'était le fameux entonnoir, ça veut dire que y a cinq boules, puis y a quatre boules, puis y a deux boules, puis il n'y a plus qu'une boule, ça veut dire des fois, ah ouais, j'y pense, j'aimerais bien me coucher et puis ne plus me réveiller, mais bon, mon petit-fils, ceci.

Intervieweuse: là on sait que « bon, ouais »

Médecin 5: Et puis il y a "ffff, je n'ai plus envie de grand chose, je sais pas ce qui peut changer dans ma vie... mais j'ai envie encore. Toujours ce qui retient. Cette histoire de schéma d'entonnoir m'avait bien aidé.

Intervieweuse: ça avait bien aidé ?

Médecin 5: Donc voilà, un complément.

Intervieweuse: ouais, renforcer, eee

Médecin 5: Moi, j'aime bien le côté psy,

Intervieweuse: oui, c'est quelque chose qui t'intéresse ? Et pour toi, qu'est-ce qu'est une bonne formation ?

Médecin 5: une bonne formation c'est une formation que tu appliques

Intervieweuse: Ouais ?

Médecin 5: c'est pas une formation où il ne se passe rien. Il te reste quelque chose et tu sais qu'à tel moment ou à tel moment tu vas l'appliquer. C'est ça une bonne formation.

Intervieweuse: et des outils ?

Médecin 5: oui

Intervieweuse: d'accord. Et après, est-ce qu'il y a des côtés pratiques de cette formation qui incitent aussi à aller à celle-ci plutôt qu'à une autre. Tu vois par exemple, entre une formation sur Nantes ou une formation ici,

Médecin 5: oui, on a la chance de pouvoir être formé sur place, on a un bel outil, il faut savoir l'utiliser.

Intervieweuse: ouais, c'est ça. Et ta formation que t'avais eu il y a 10 ans, c'était la seule que tu avais eu ?

Médecin 5: oui c'est la seule, mais qui m'a bien marqué

Intervieweuse: bah oui, je vois ça ! Et puis après avec l'expérience, j'imagine ?

Médecin 5: oh, oui, et puis ça m'a bien aidé aussi, sur la prise des antidépresseurs, les incisifs, les sédatifs, les anxiolytiques

Intervieweuse: pendant cette formation là que t'avais eu, ils vous avaient expliqué ça ?

Médecin 5: oui. Ah, si et on a vu il n'y a pas longtemps, un de nos potes, qui est chef à La Roche S/ Yon, et qui nous a un peu mis les points sur les "i" quant aux traitements. Quand on a décidé de mettre un traitement, et bien pour un premier épisode il faut traiter entre 9 et 12 mois, et ça on en était resté à un petit peu moins,

Intervieweuse: ah oui, d'accord

Médecin 5: (réfléchis), et que s'il y avait une rechute, bien étiquetée, et bien c'était traitement à vie. (Silence) Ca c'est des trucs qui sont maintenant clairs.

Intervieweuse: et ça c'était dans un cadre de formation ?

Médecin 5: dans un cadre de formation, un petit topo avant un resto.

Intervieweuse: d'accord, bon bah, très bien ! Bon bah, écoute, je pense... enfin je regarde mais je crois qu'on a fait le tour... Non, c'est ça. Les besoins un peu particuliers de cette formation, c'est vraiment pour appuyer la formation que t'avais déjà reçu ?

Médecin 5: Je sais pas si t'as déjà interrogé le médecin 6

Intervieweuse: non, pas encore !

Médecin 5: et bien tu verras, il t'en parlera de la formation du prof de Brest qu'on avait fait, comment à Ploemeur on avait fait. C'est ça juste en face de l'île de Groix. C'était très très chouette. C'était sans doute une des formations les plus intéressante que j'ai faite. Et on en a fait avec le médecin 6, y a quoi, s'élèvent deux ans qu'on a stoppé ?

Intervieweuse: un petit peu, ouais.

Médecin 5: ouais, on a été avec le CHEM pendant plus de dix ans ! Ah oui, on faisait minimum, trois fois deux jours, trois à quatre fois deux jours par an

Intervieweuse: par an ? Ah oui, sur des thèmes en particulier ?

Médecin 5: Ah, oui, infectiologie, psy, cardio, ...

Intervieweuse: ah oui, c'est bien ça !

Médecin 5: les grossesses, eee, nan, nan, on a fait des trucs vraiment, hyper intéressants !

Intervieweuse: ah ouais, d'accord, ok. Bon et bien très bien. Je vais arrêter l'enregistrement

6. Entretien avec Médecin 6

Intervieweuse: Alors, déjà pour commencer, tu as été thésé en quelle année ?

Médecin 6: 82

Intervieweuse: ok. Et tu t'es installé en quelle année ?

Médecin 6: 82

Intervieweuse: d'accord. Ok. Ta formation en psychiatrie initialement, ça a consisté en quoi ?

Médecin 6: (silence, réfléchit) Initialement, juste les connaissances très livresques qu'on peut avoir au passage des examens de psy. Il y a un truc, un certificat de psy, quelque chose comme ça. C'est tout ce que j'avais moi.

Intervieweuse: d'accord, ouais. C'était des cours théoriques ? T'as pas fait de stages ou de choses comme ça ?

Médecin 6: non. Je ne suis pas passé en psy. Par contre, j'avais trois de mes très proches copains d'étude qui faisaient psy.

Intervieweuse: d'accord. Et donc vous discutiez...

Médecin 6: ouais, c'est sur, on échangeait pas mal, eux, ils étaient dans un apprentissage et moi, je me suis, j'ai deux très proches copains avec qui j'ai pas mal échangé et ça m'a bien aidé au début parce que... puis je pense que je devais avoir une ouverture sur les problèmes psychologiques et ça m'intéressait donc j'ai lu des choses, je me suis formé, au début, je me suis vraiment formé comme ça.

Intervieweuse: oui, finalement, en échangeant avec des copains de promo et en lisant...

Médecin 6: oui, et puis en restant très à l'écoute des échanges que l'on pouvait avoir avec les psychiatres à qui j'envoyais les gens. Et c'est vrai qu'au début on est vachement démuni, en plus j'avais, je t'avais dit, j'avais à peine 27 ans, c'est tout donc t'as quand même, t'as pas encore appris la vie, t'en as encore déjà beaucoup à apprendre sur toi (rires).

Intervieweuse: ouais c'est clair !

Médecin 6: Mais j'étais un peu friand de ça aussi

Intervieweuse: ouais, ça t'intéressait quoi ?

Médecin 6: ce n'est pas un truc que je classais, le fonctionnement des gens me passionnait aussi, quand j'envoyais au psy on avait des coups de fil de débriefing, j'étais pas avare de mon temps pour ça.

Intervieweuse: ouais, d'accord. Et après ta formation, est-ce que t'as fait des formations, particulièrement,

Médecin 6: ouais, j'ai fait des formations plus ciblées là-dessus, avec le CHEM, justement, avec médecin 5, il t'en as peut-être parlé ?

Intervieweuse: ouais

Médecin 6: On a fait des trucs vachement bien.

Intervieweuse: oui, il me parlait d'une formation notamment, il y a dix ans, enfin une dizaine d'années il me disait, qui avait duré deux jours...

Médecin 6: ouais, bah moi j'en avais fait d'autres, hein.

Intervieweuse: ouais ?

Médecin 6: Puis dans le cadre de mon truc, là depuis quatre ans avec mon truc de médecin conseil, avec EDF, on a des formations avec des psychologues sur la relation, parce qu'en fait il y a pas mal d'arrêts de travail qui sont liés à des problèmes psychologiques, mal-être au travail....

Intervieweuse: ah oui donc par GDF ils te forment vachement finalement sur le côté psychologique, psychiatrique aussi,

Médecin 6: ouais, enfin c'est toujours intéressant parce que c'est surtout dans (silence), de reclasser les pathologies qu'on avait, qu'on dénommait avant, et puis maintenant comment tu vas les reclasser, sans parler du DSM.

Intervieweuse: DSM ?

Médecin 6: Bon voilà

Intervieweuse: d'accord. Et finalement, tu te sens bien formé ? (Silence)
Maintenant ?

Médecin 6: ah bah moi, je pense que j'arrive maintenant dans ma carrière où ça me suffit.

Intervieweuse: ouais !

Médecin 6: Et je veux dire, je connais mes limites, tu vois tu vas être vachement dans l'empathie au départ parce que notre rôle c'est quand même d'écouter les gens, de trouver des solutions c'est pas à nous de le faire mais par contre je pense qu'ils sont d'abord reconnaissants de venir poser leurs valises devant toi et puis de faire un point. 90% des cas de notre activité, c'est ça quoi !

Intervieweuse: ouais, ouais, ouais.

Médecin 6: Après, bien sûr, je pense qu'avec l'expérience je dois détecter plus facilement les gens, eeee, psychotiques même les enfants, mais ça, c'est rare parce que c'est déjà souvent fait, mais bon on est dans la chaîne aussi de la formation des parents qui vivent cette période de diagnostic de psychose chez un enfant vachement mal, hein, et donc, puis ils viennent souvent nous interpeller pour demander ce qu'on en pense et tout. on est pas très à l'aise, mais bon.

(Silence)

Intervieweuse: et toi finalement, t'as quand même une assez grande expérience dans la psychiatrie ?

Médecin 6: bah, j'ai jamais repoussé.

Intervieweuse: ouais.

Médecin 6: Donc je sais que, psychiatrie lourde, non. Mais la psychiatrie appliquée à la médecine générale, oui.

Intervieweuse: oui, c'est ça! Dans les crises suicidaires... eeee, (pause)

Médecin 6: alors ça les crises suicidaires, je pense qu'on a été formé assez tardivement à ça.

Intervieweuse: ouais ? Au départ, on ne vous en parlait pas ou ...

Médecin 6: non, c'était vachement, je pense que dans le milieu médical aussi il y avait un certains tabou, même des psychiatres et tout... Ca fait pas si longtemps que ça où vraiment on a parlé d'une, qu'il y avait une méthodologie pour détecter une crise suicidaire, qu'il y avait des critères qu'il fallait vraiment bien évaluer. Tu vois, tout ça, je dirai sur 35 ans, je pense qu'il y a eu un virement il y a une quinzaine d'années, quoi.

Intervieweuse: ah oui, seulement ?

Médecin 6: ah oui, je pense.

Intervieweuse: et c'est dans le cadre d'une formation que t'as appris à les détecter,

Médecin 6: oui, ah bah de toutes façons, oui, c'était dans une formation. Donc ça tu ne devines pas.

Intervieweuse: ouais

Médecin 6: Faut qu'on te le dise.

Intervieweuse: d'accord, et donc là qu'est-ce que t'attendrais finalement de la formation sur la crise suicidaire là, qui aura lieu mi-septembre ?

Médecin 6: ah bah, j'attends, je suis très gourmand parce que si ça se trouve je suis resté sur des acquis qui sont peut-être pas faux mais qui ont besoin d'être

complétés. Donc je pense que c'est un truc hyper grave, parce qu'on s'en remet difficilement, hein, les médecins quand on a pas su détecter et qu'on apprend le suicide.... c'est toujours le truc. Qu'est-ce que j'ai fait...

Intervieweuse: ca t'es déjà arrivé ?

Médecin 6: ah bah bien-sur, qu'est-ce que j'ai fait et que j'aurais pas dû faire, qu'est-ce que j'ai pas fait et que j'aurais dû faire ? De toutes façons t'es toujours dans... (silence) après tu te tranquillises un petit peu en te disant que de toutes façons le suicide des fois la veille les gens ils y pensaient pas.

Intervieweuse: ouais, ah oui, oui, oui.

Médecin 6: après c'est tout l'entourage aussi qu'il faut débriefer autour de ça.

Intervieweuse: donc t'aimerais avoir des pistes un peu pour les dépister plus facilement ?

Médecin 6: bah, oui, peut-être, même si c'est des redites, je veux dire, je pense que de toutes façons, faut réviser, hein ?

Intervieweuse: ouais, ouais, bah ouais. Et pour toi, qu'est-ce qu'une bonne formation ?

Médecin 6 : (réfléchit) une bonne formation ? Pour moi, c'est sur des cas concrets et ou on va d'abord réfléchir et puis après on va entendre un expert. C'est ça en résumé, enfin c'est à peu près ça. Se mettre en situation sur un cas concret, dire qu'est-ce que je ferai à ce stade-là et après l'intervention de l'expert qui nous dit, voilà, ce qu'on fait.

Intervieweuse: qui guide un peu... (Silence) D'accord bon, très bien, je pense qu'on a fait le tour.

7. Entretien avec Médecin 7

Intervieweuse: Juste pour commencer, les caractéristiques générales, toi, tu es thésé depuis quand ?

Médecin 7: J'ai fait ma thèse pendant mon internat. C'est une bonne question (rires). Juillet 2014, je dirais.

Intervieweuse: D'accord, donc ça fait 3 ans ?

Médecin 7: Ouais. Ca fait un truc comme ça.

Intervieweuse: ok. t'as été formé, sur ...

Médecin 7: à Nantes,

Intervieweuse: Sur Nantes ? Ok

Médecin 7: j'ai fait mon externat à Nantes et mon internat à Nantes. Ma thèse pendant mon internat.

Intervieweuse: ah, pas mal, ça !

Médecin 7: c'est ce que tu vas faire.

Intervieweuse: donc toi la formation que t'as eu finalement en psychiatrie initialement ça consistait quoi ?

Médecin 7: Le gros bouquin de psychiatrie, les modules d'externe classiques. est-ce que je suis passé en psychiatrie pendant l'externat ? Eeeee, si oui je suis passé en psychiatrie pendant l'externat, mais dans un centre particulier parce que j'étais chez Lambert, dans le centre avec, pour, avec les anorexiques.

Intervieweuse: ah oui, d'accord.

Médecin 7: Donc ouais, j'ai fait mon mois d'externat là-bas et puis après (réfléchit) le passage par les urgences, où on a fait nos soirées de gardes d'urgence là-bas

Intervieweuse: ouais

Médecin 7: et puis une petite retouche quand j'étais interne en pédiatrie. Comme du coup j'étais dans le service de médecine communautaire

Intervieweuse: ouais, le CMP

Médecin 7: ouais c'est ça, il y avait petits et grands et chez les grands tu fais quand même pas mal de psychiatrie de l'ado.

Intervieweuse: ouais, c'est vrai

Médecin 7: Ouais c'est à peu près tout de psychiatrie que j'ai vu.

Intervieweuse: ouais, d'accord. Et t'as pas fait de stage en psychiatrie ?...

Médecin 7: à part l'externat je n'ai pas fait de stage de psychiatrie. Non, j'ai touché à droite, à gauche, mais... mais ouais c'est tout.

Intervieweuse: ouais, mais eeee, Ok. Et du coup, pour parler plus spécifiquement de la formation en psychiatrie, est-ce que tu te considères, toi, bien formé en psychiatrie ?

Médecin 7: eeeee, dans ce qu'on utilise il y a, enfin, j'ai une vague idée, on va dire,

Intervieweuse: ouais, ouais.

Médecin 7: après dans les grandes lignes, nan, enfin, je ne me considère pas du tout comme psychiatre, loin de là.

Intervieweuse: ouais mais après... assez formé pour...

Médecin 7: Mais bon avec ce qu'on a, je trouve qu'on s'en sort.

Intervieweuse: ouais, ouais

Médecin 7: Après c'est, peut-être que je me voile la face finalement, mais bon, (réfléchit) j'ai l'impression qu'on peut apprendre aussi beaucoup sur le tas, ça me foutait les jetons de mettre des anti-dépresseurs

Intervieweuse: ouais, ouais.

Médecin 7: en étant remplaçant puis maintenant à force d'avoir rencontré pas mal de monde, de sentir les choses, je fais la grille d'Hamilton, machin, du coup, eeeee, j'essaie de discerner les crises suicidaires. Enfin, en tout cas, pour ce qui concerne le syndrome dépressif, et après facilement je vais refilet la main quand je sens qu'il y a un trouble sous-jacent et que je sens qu'il pourrait y avoir un truc psychotique ou je ne sais pas quoi. Je vais refilet la main.

Intervieweuse: oui, quand ça va être plus spécifique.

Médecin 7: Tant que ça reste dans le syndrome dépressif ou anxio-dépressif réactionnel, le truc que je peux gérer,

Intervieweuse: hum, hum

Médecin 7: je vais faire, facilement, quand même, je vais donner la main pour les trucs plus spécifiques psychiatrie, j'allais dire.

Intervieweuse: d'accord, mais finalement tu penses pouvoir repérer la crise suicidaire.

Médecin 7: ouais, enfin, je, eeee, ouais, (Silence) globalement ouais, c'est-à-dire qu'en quelques questions on arrive...

Intervieweuse: de toutes façons on n'est pas amené à être psychiatre non plus, pour faire la fonction de médecin généraliste.

Médecin 7: Ouais, c'est ça, quoi. ouais, finalement, il y a un peu une psychiatrie de médecine générale. Tu vois, quoi ?

Intervieweuse: ouais

Médecin 7: Psycho-psychiatrie. Là dessus, je dirais pas que je suis très performant mais, un peu d'écoute

Intervieweuse: ouais, voilà

Médecin 7: et puis en peu de temps, on s'en sort à peu près je dirais.

Intervieweuse: parce que, qu'est-ce que tu penses qu'il te manquerait, finalement pour... eeee,

Médecin 7: c'est finalement, y passer du temps, (réfléchit) la plus grosse difficulté je dirais, c'est de ne pas passer à côté d'un truc qui te paraît un syndrome dépressif classique et puis en fait t'as soit une mélancolie ou alors un truc un peu psychotique à côté. Voilà. C'est sur les petits à côté, quoi.

Intervieweuse: d'accord

Médecin 7: Et puis après, souvent, je vais aussi boter en touche quand ça demande un accompagnement supplémentaire, je ne vais pas faire de la Thérapie Cognitivo-Comportementale, ou aller chercher... ça je le fais moi, là-dessus, je sais que je suis complètement pas performant du tout,

Intervieweuse: d'accord. Ouais, ouais, ouais

Médecin 7: ça c'est sur, la thérapeutique on va passer du temps et tout ça mais souvent je vais me faire accompagner soit du psychologue soit du psychiatre,

Intervieweuse: ouais

Médecin 7: pour ça, pour le côté thérapeutique.

Intervieweuse: oui, plus spécifiquement, pour, pour la prise en charge.

Médecin 7: Oui, là-dessus, je suis particulièrement mauvais, là, pour le coup.

Intervieweuse: d'accord, et du coup ton expérience avec, eeee, la psychiatrie ? avec, eeee, la crise suicidaire plus particulièrement, dans le quotidien de ta pratique ?

Médecin 7: J'en ai pas eu beaucoup, ouais, j'ai vu deux personnes où je me suis méfié un peu.

Intervieweuse: ouais

Médecin 7: Il n'y avait pas vraiment de crise suicidaire, je ai jamais été franchement confronté et je n'étais pas (insiste) hyper inquiet. J'avais des appels, j'ai eu une jeune là, j'étais un peu méfiant avec elle, mais c'était plutôt, enfin voilà, elle était pas vraiment en crise suicidaire. Je n'ai jamais eu vraiment à le gérer, quoi.

Intervieweuse: et là cette formation là qui va être plus ciblée sur la crise suicidaire, tu penses qu'elle peut t'apporter quoi au final ?

Médecin 7: avoir un questionnaire un peu plus aguerri. Je pense qu'en 3-4 questions on peut très bien se rendre compte de ça, pour être sûr, se donner des moyens de ne pas passer à côté. Et puis aussi savoir comment réagir, quoi. Est-ce que j'adresse ? est-ce que je n'adresse pas ? Est-ce qu'il faut être accompagnée ou pas accompagné ? Est-ce que j'ai confiance pour envoyer aux urgences directement ? voilà, ça va être surtout ça, en fait.

Intervieweuse: ouais

Médecin 7: C'est une fois que tu l'as repéré, je pense que 2-3 questions on peut repérer

Intervieweuse: on peut repérer, ouais

Médecin 7: la crise suicidaire, eeeee, mais après, c'est l'après, quoi.

Intervieweuse: ouais, c'est ça ?

Médecin 7: Parce que, tu ne vas pas mettre des anxiolytiques et puis après merci, au revoir, on se revoit la semaine prochaine.

Intervieweuse: c'est ça

Médecin 7: Donc c'est surtout ça. La démarche, je crois que j'ai déjà, je m'en souviens plus, je crois que j'ai déjà adressé quelqu'un, quand même, aux

urgences psychiatriques, parce qu'il était accompagné, en disant qu'il fallait passer par ça.

Intervieweuse: qu'il fallait passer par ça, ouais.

Médecin 7: J'ai un souvenir un peu vague de ça. J'ai déjà fait une fois ça.

Intervieweuse: et t'arrives par exemple à demander aux patients si, eee, ils ont des idées suicidaires ?

Médecin 7: ouais, quand je pose la question comme ça (semble sur de lui)

Intervieweuse: ça ne te fais pas peur ? Et, eeee...

Médecin 7: ouais, ouais. Je demande toujours, « est-ce qu'il y a des idées noires ? », les symptômes classiques d'un syndrome dépressif, et puis s'il y a des idées noires, « est-ce que vous avez pensé à vous foutre en l'air ? »

Intervieweuse: ouais, ouais, ouais.

Médecin 7: Soit je le dis franco "est-ce que vous avez des idées suicidaires ?", "Est-ce que vous avez de vous supprimer ?", je le dis comme ça. "est-ce que vous avez déjà pensé à sauter d'un pont ? » Enfin, voilà.

Intervieweuse: même spécifiquement ?

Médecin 7: ouais, je demande.

Intervieweuse: et tu vois, je parfois, je parlais avec le psychiatre qui va faire la formation, il me disaient qu'il y en a qui n'arrivent pas à demander

Médecin 7: à demander, ouais,

Intervieweuse: en fait de peur qu'ils disent oui et eeee « bah qu'est-ce que je fais après ? » Mais finalement, et toi ça te dérange pas ...

Médecin 7: oui, oui, je vais le demander.

Intervieweuse: donc toi après, c'est plus "qu'est-ce que je fais", "quel est le degré de gravité ?"

Médecin 7: oui, c'est ça, est-ce que, voilà, eeeee, je pense pouvoir le repérer, après, celui qui veut me berner me berner, je suis trop naïf pour ça.

Intervieweuse: bah, oui, oui, bah ça...

Médecin 7: alors, voilà, y a ça que ça peut nous apporter aussi, des petits trucs, voilà, de la communication non verbale, je pense qu'on peut avoir des petits apports par rapport à ça. Et après, c'est la réaction à avoir... Mon réflexe c'est plutôt d'envoyer vers les urgences psy, ça me semble adapté, après quel est le meilleur moyen ? est-ce qu'ils faut être accompagné ? Ouais.

Intervieweuse: donc là ce que tu attends c'est quelque chose d'assez pratique, finalement ?

Médecin 7: ouais, ouais, ouais. Retour d'expérience aussi, les pièges à éviter et puis le côté pratique. "N'hésitez pas", "il faut absolument que", « que vous fassiez ça » "ça c'est important" Et puis si c'est le cas, quel est a priori le meilleur moyen de réagir. Ce serait surtout ça.

Intervieweuse: d'accord. Et, eeee, juste une question qui me vient, toi, est-ce que la psychiatrie ça t'intéresse en soi, ou pas ?

Médecin 7: je suis pas un grand fan de psychiatrie. C'est-à-dire que je pense que les gens ils ont assez d'écoute ici pour pouvoir venir parler. Je vois pleins de gens qui sont dans des syndromes dépressifs, anxio-dépressif, etc. Je ne me verrai pas du tout bosser dans un service de psychiatrie, nan franchement pas.

Intervieweuse: ouais, mais après la psychiatrie de médecine générale...

Médecin 7: oui, ça, ça va puis de toutes sortes, quoi. Mais ça prend beaucoup de temps, la difficulté c'est ça aussi qui est à gérer mais si la psychiatrie de médecine générale, ça me va. Mais c'est pas mes trucs préférés, quoi.

Intervieweuse: oui, ouais, ouais, ouais. Et après, t'avais déjà fait des formations en psychiatrie ou pas ?

Médecin 7: non,

Intervieweuse: non

Médecin 7: non, j'ai fait aucune formation de psychiatrie.

Intervieweuse: et là, t'as bien voulu faire celle-là, parce que, eee, ça se faisait

Médecin 7: bah, parce qu'elle se fait ici, c'est pratique. Je ne suis pas allé chercher moi-même mais, c'est-à-dire que là on me l'offre sur un plateau,

Intervieweuse: ouais, ouais

Médecin 7: c'est toujours bon de se former, dans ce cadre là, ça me plaît de me former, j'aime bien. Ouais, c'est sur, c'est pas les trucs vers lesquels je cours le plus.

Intervieweuse: ouais, na mais après

Médecin 7: Nan, mais du coup c'est intéressant parce que....

Intervieweuse: oui, parce que finalement c'est aussi ce qu'on se disait, c'est que finalement tu vas te former un peu là, où, eee, où t'as envie d'être formé ... dans les sujets qui t'intéressent. T'aimes la cardio, et bah, tu vas aller à toutes les formations...

Médecin 7: ouais, nan mais c'est sur et puis c'est là où t'es déjà, ou tu débrouilles, c'est sur. Et puis voilà. Nan, mais c'est aussi intéressant, on te l'amène sur un plateau et puis de te dire.

Intervieweuse: oui, donc finalement, le côté pratique finalement, de la localisation de la formation.

Médecin 7: ah oui oui, je suis content, c'est ça. Le fait que l'on me l'apporte c'est intéressant aussi quoi.

Intervieweuse: ouais, ouais, ouais.

Médecin 7: Les formations qu'on fait le soir aussi, je les ferai pas forcément, j'irai pas forcément faire des formations le samedi matin

Intervieweuse: ouais, c'est ça.

Médecin 7: mais là c'est un soir, c'est bien, c'est pratique. Ouais, nan, ça c'est intéressant.

Intervieweuse: toi t'as toujours voulu travailler en maison pluri-professionnelle ou...

Médecin 7: moi, mon projet initial, c'était, de faire de la, je me voyais bien bosser dans un service de médecine polyvalente en hospitalier,

Intervieweuse: ouais d'accord.

Médecin 7: dans petit CH, j'avais fait un stage à Chateaubriand à mon premier stage d'interne et je trouvais ça génial. Et j'aimais bien... l'environnement dans

lequelle je bossais, et puis les gens que j'aimais bien sont partis. Donc ça m'a un peu sorti de la tête et puis je voulais faire de la médecine générale. C'est ce que je disais aux internes l'autre jour, "ah, les médecins généralistes, c'est les meilleurs, quoi ! On sait tout faire, faut tout prendre en charge, faut te débrouiller de tout. Les gens ils vont voir un spécialiste, ils viennent te voir parce qu'ils ont rien compris, voilà,

Intervieweuse: ouais, ouais

Médecin 7: moi je voulais faire ça. Et puis du coup, la maison de santé ça me plaisait. Avec médecin 1 qui était remplaçant ici, moi, je savais qu'il y avait ce projet de maison de santé qui allait ouvrir. Donc quand il est devenu associé et moi ça me plaisait d'être remplaçant, ça me plaisait de pouvoir mettre un pied dedans et de voir comment ça se passait et si je pouvais mettre le deuxième pied, ça me plaisait bien

Intervieweuse: oui, ça te plaisait bien aussi

Médecin 7: Et le côté maison de santé, ouais ça me plaît bien.

Intervieweuse: oui, c'est vrai qu'il y a le côté intéressant de favoriser les formations.

Médecin 7: oui, aussi, aussi. il y a aussi le côté "interaction" qui se fait pas forcément partout, ici ça se fait. Et puis c'est clair que en plus avec ce système là de maison de santé, avec la rémunération, et tout ça, c'est vachement facile de se dégager du temps.

Intervieweuse: ouais, ouais, ouais

Médecin 7: tout ça, ça compte. Oui, mais c'est clair je voulais un exercice en groupe. J'avais pas du tout envie d'être tout seul.

Intervieweuse: oui, c'est vrai que c'est moins facile, notamment pour la formation, d'aller se former tout seul. Tu peux moins te détacher...

Médecin 7: oui, la formation faut que je m'y remette un peu. J'ai fait des DU et tout ça...

Intervieweuse: ah oui, t'as fait quoi comme DU ?

Médecin 7: j'ai fait DU de thérapeutique anti-infectieuse dans cet objectif d'être

en médecine interne, enfin en médecine polyvalente, la capacité de médecine du sport, et après j'ai fait le DU de médecine de Montagne

Intervieweuse: d'accord ?

Médecin 7: ouais, c'était "pour le fun". Oui ça me branchait bien, et j'en ai pleins en tête,

Intervieweuse: ouais, y a de quoi faire !

Médecin 7: De faire de l'écho, ça me plairait. il y'a pleins de formations qui me plaisent, mais après il faut trouver le temps. Ouais finalement, c'est une question de temps.

Intervieweuse: oui, c'est plus le temps qui limite, eeee, que l'intérêt, le temps...

Médecin 7: Puis quand t'es installé ça te coûte une blinde,

Intervieweuse: oui, parce que faut trouver un remplaçant, ça dépend la durée, eeee.

Médecin 7: oui, ça, puis les formations quand t'es interne ça coûte pas cher mais quand t'es installé c'est plus cher.

Intervieweuse: ouais faut les déboursier, quoi.

Médecin 7: Ouais, puis c'est un peu long. J'avais commencé un DU de dermatologie-pédiatrique aussi, c'était un truc en ligne.

Intervieweuse: ouais, celui sur internet, là ?

Médecin 7: mais c'est imbuvable, quoi.

Intervieweuse: ouais, il paraît

Médecin 7: 4 à 6h de formation, une fois par semaine c'est beaucoup trop.

Intervieweuse: ouais, ouais.

Médecin 7: J'ai lâché l'affaire. C'était trop pour le coup.

Intervieweuse: oui c'était trop ?

Médecin 7 : c'était pas adapté. Et puis finalement les formations qu'on fait là aussi c'est bien. J'ai pas été à toutes mais la formation diabète, cardio, 2h tu vas droit au but, ça remet les points sur les "i", ouais, ça c'est bien, ouais c'était bien.

Intervieweuse: ouais, c'était intéressant ?

Médecin 7: c'est carrément bien.

Intervieweuse: bon bah, super ! Je pense qu'on a répondu à à peu près toutes les questions.

Médecin 7: à toutes tes questions ?

Intervieweuse: ouais. C'était plus une grille, quoi,

Médecin: ouais, c'est ça

Intervieweuse: un suivi, quoi. Ouais, bon, bah, super.

Médecin 7: ouais, écoute... (silence) je ne me sens pas hyper démuni en syndrome dépressif.

Intervieweuse: ouais, ouais, d'accord.

Médecin 7: mais après je suis quand même content qu'on m'apporte des trucs, enfin, j'ai pas l'impression de maîtriser à fond mais j'ai pas l'impression d'être non plus complètement dans la panade. Donc oui, faire des piqûres de rappel

Intervieweuse: des petites piqûres de rappel, ouais ?

Médecin 7: ouais, faut privilégier tel traitement faut l'introduire comme ça, c'est bien de ...

Intervieweuse: oui, c'est un peu le problème de la question de la formation, je trouve. Finalement, le juste milieu entre te dire t'es assez formé pour ce dont tu as besoin

Médecin 7: te débrouiller, ouais.

Intervieweuse: au quotidien sans faire trop de bêtises, quoi, et être trop formé finalement

Médecin 7: ouais c'est ça...oui, comme un DU, finalement, où t'as tellement d'infos que t'en utilises pas la moitié.... Mais en fait il y a qu'en médecine où on fait des trucs si longs...

Intervieweuse: ouais !

Médecin 7: tu vois Chloé (podologue), quand elle fait une formation c'est sur deux jours, et puis voilà, t'as fait le tour de la question. T'es allé à l'essentiel, je pense

que c'est aussi bien, plutôt que de faire un DU de 6 mois, qui au final t'apporte beaucoup trop d'infos, voilà faut peut-être revoir ça. Enfin là avec la puissance qu'on a c'est trop bien. Une fois tous les trois mois t'as une formation sur un thème particulier.

Intervieweuse: ouais, c'est ça.

Médecin 7: T'en retiens ce que t'en retiens mais t'as eu quand même quelques infos.

Intervieweuse: oui, une petite piqûre de rappel ?

Médecin 7: ah, ça c'est intéressant.

Intervieweuse: et finalement tu peux te dire, parce qu'après on était partis dans les FMC, et tout ça.

Médecin 7: ouais.

Intervieweuse: donc finalement une formation de deux heures au sein du cabinet, eee....

Médecin 7: bah les FMC, c'est bien mais pour l'instant j'ai été trop feignant pour l'instant. J'avais trop de trucs à gérer, entre l'installation, ma maison, machin. Trop de trucs, j'ai pas eu le temps de m'y mettre. J'ai fait la formation de médecin du sport, le mardi soir, de temps en temps, à Saint Nazaire, mais faut que je me remette dans une FMC, une fois par mois c'est bien. Mais c'est qu'une soirée, tu vois. C'est pareil, c'est pas beaucoup mais hop, t'as un thème particulier.

Intervieweuse: mais c'est une petite piqûre de rappel quand même.

Médecin 7: ouais, c'est ça ! c'est intéressant. Donc ça oui, oui, ça va être mon projet de la rentrée, la FMC de l'hôpital, je vais aller là-dedans, je pense.

Intervieweuse: bon très bien, j'arrête l'enregistrement.

8. Entretien avec Médecin 8

Intervieweuse: donc pour commencer l'entretien je reviens, sur toi, ta formation initiale, tu l'as faite à Nantes ?

Médecin 8: Alors, l'externat à Brest et l'internat à Nantes

Intervieweuse: d'accord. T'as été thésée en quelle année ?

Médecin 8: 2016

Intervieweuse: d'accord. Et installée, donc ?

Médecin 8: en 2017

Intervieweuse: cette année,

Médecin 8: cette année, super.

Intervieweuse: ta formation initiale en psychiatrie, elle a consisté en quoi ?

Médecin 8: Alors, je me souviens des cours d'externat qu'on avait eu en 2ème année, c'était pas de la psychiatrie pure on a commencé par de la psychologie. On avait vu tout ce qui était psychologie de l'enfant, développement, etc, stade oral, stade anal et tout ça. Ca j'avais trouvé ça, bien, très intéressant, c'était de la sémiologie en fait, de la sémiologie pure et dure. Et ensuite, psychiatrie, alors... (réfléchit) en préparant l'internat, donc toujours externat, c'était les gros bouquins qu'on bossait au fluo etc... voilà, mais sans la pratique, donc c'est vrai que la psychiatrie, je pense que c'est une discipline qu'est très pratique, il faut sentir les gens, ils faut savoir lire leurs attitudes aussi un petit peu pour diriger l'interrogatoire, et repérer d'éventuels signes de gravité. Ca m'a semblé toujours très abstrait dans les bouquins. On apprend des signes et des symptômes par cœur mais c'est vrai que le pratique manque, moi je trouve. Après, en tant qu'interne je n'ai pas fait de stage en psychiatrie. C'est vrai qu'on peut choisir dans la maquette mais vu qu'on a que trois ans et donc que six stages ont a tous tendance à privilégier d'autres disciplines qui nous paraissent plus vitales entre guillemets pour être autonome après en libéral. Alors après est-ce qu'il faudrait rajouter un stage de psychiatrie ou faire trois mois psychiatrie et trois mois d'une autre discipline, je ne sais pas. Mais éventuellement un stage en externat ce serait pas mal. Je trouve. Parce que, voilà, on a plus le temps. C'est là qu'on voit aussi la théorie donc on pourrait plus facilement peut-être imprimer

Intervieweuse: ouais, ce qu'on apprend

Médecin 8 : ouais, voilà, les choses qu'on lit dans les bouquins. Si tout de suite on pouvait transposer ça dans le réel. Voilà. Bon, après il y a des FMC, pendant l'internat, auxquelles on peut participer mais c'est vrai que souvent c'est des choses très courtes, très rapides, et encore une fois théoriques. Donc on suit pas

du tout là-dessus, hein. Donc ça c'est pour tout ce qui est syndrome psy, tout ce qui est schizophrénie. Et après pour les traitements, ça c'est vrai que c'est compliqué aussi. (Rires) Les traitements, on connaît les grosses classes de médicaments, rapidement les gros effets secondaires par classe, aussi, mais c'est vrai que dès qu'il va s'agir d'associer des psychotropes entre eux, l'anti-dépresseur, le lithium, les machins, moi je m'arrête assez vite

Intervieweuse: ouais,

Médecin 8 : parce que je trouve qu'il faudrait lire les effets secondaires dans le détail, pour les comparer les uns aux autres et on s'en sort jamais. Je ne sais pas comment les psychiatres font. Voilà, j'ai ces difficultés là. Si on parle vraiment que de trucs plus psy...

Intervieweuse: d'accord. Et t'avais fait des formations après l'internat ?

Médecin 8: pas que je ne me souviens. Je réfléchis. (Silence) Non. Non, parce que je n'ai pas fait de formation spécifique, vue que je viens de m'installer cette année et les DPC de cette année j'en avais que deux à faire donc je n'ai pas fait là-dessus, mais c'est dans ma tête, ça fera partie des formations à venir. Hum... Peut-être au cours de journées de formation, comme un peu les ateliers thérapeutiques ou preuves et pratiques, il est possible qu'une ou deux fois on nous ait fait un petit topo sur le syndrome dépressif de l'adulte, mais ça reste assez classique je trouve.

Intervieweuse: d'accord, c'était, classique, théorique, tu veux dire ?

Médecin 8: voilà, classique, théorique. Et puis, les critères qu'on connaît quoi. Humeur triste depuis plus de ... 3 semaines, je crois, etc.... Voilà, il y'a pleins de ... Mais ce n'est pas suffisant.

Intervieweuse: d'accord et est-ce que tu te considères quand même bien formée pour être amené à gérer la psychiatrie de médecine générale ?

Médecin 8: euh, nan. Ce que je fais maintenant quand j'ai quelqu'un en entretien et que je vois que ça va pas, parce qu'on voit surtout c'est tout ce qui est dépression et angoisses réactionnelles, burn-out, etc, c'est acquis avec la pratique, en fait. C'est juste, essayer d'être dans l'empathie, voir comment l'autre réagit, rebondir sur des choses qu'il nous dit pour élargir l'entretien, et essayer

d'avoir des gros feux rouges, des gros signe d'alerte pour ce qui est des signes de gravité: les grosses mélancolies, si on a peur que ça tombe dans la psychose puerpérale, s'il y a des risques de suicide concrets / imminents, hum...

Intervieweuse: et finalement la formation par l'expérience, ça te paraît, bah, qu'est-ce que t'en penses ?

Médecin 8: pour tout ce qui est le plus fréquent. Dépression, burn-out, anxiété... on arrive après à l'appréhender, on voit après le recul, le suivi, comment les gens évoluent, comment ils réagissent. Donc ça, on est un peu plus à l'aise. Pour tout ce qui est plus spécifiques, schizophrénie, psychoses, comportements aberrant, hallucinations, on en voit beaucoup moins donc on ne sait pas comment réagir quand on se trouve face à ça, forcément. Et la plupart du temps c'est aussi complexe parce que ça peut être des gens qui sont isolés, seul à la maison, etc, alors, « mais comment on met en place les choses ? », « est-ce qu'il y a toujours besoin d'une hospit », je trouve que de ce côté là on est un peu plus démunis, et puis surtout que c'est sans doute une fausse idée parce que je ne suis pas passée en stage, mais que le milieu psychiatrique est très fermé. Déjà, c'est difficile pour adresser les patients. Les rares fois où j'ai appelé le psychiatre pour avoir un avis, parce que j'étais inquiète, ou autre, ils ont tendance à dire « bah, vous faites ça, ça, ou ça, vous mettez tel médicament et puis c'est bon », je trouve qu'on est pas forcément aidés et les patients non plus parce que de ce que j'ai eu comme patient quand ils sont hospitalisés, souvent à l'Heinlex ou à l'unic, c'est des filières courtes donc il reste 3-4-5 jours et dès qu'ils ont introduits le médicaments ils estiment que "hop" c'est bon.

Intervieweuse: d'accord, ouais

Médecin 8 : Donc, c'est vrai que si on veut plus un travail de fond parce que souvent c'est pas que les médicaments, il faut aussi de la psychothérapie à côté, etc, et qu'on les sens un peu instables pour faire en ambulatoire, après c'est les séjours à la clinique de la Brière et tout ça, bah, vu qu'on ne connaît pas le réseau, enfin maintenant j'ai à peu près compris comment ça marche mais voilà, je trouve que ce serait mieux fléché ce serait plus simple.

Intervieweuse: ce serait plus simple ?

Médecin 8 : Ouais

Intervieweuse: après finalement, plus dans l'interaction avec le milieu, le réseau local ?

Médecin 8: oui, c'est pour ça que c'est pas mal que l'autre fois c'était Alban Ricou qui est venu, qui commençait à nous en parler, le CMP qui se regroupait, c'est clair et le fait de faire après la formation sur la prévention suicidaire c'est bien.

Intervieweuse: bah, oui. Et donc ton expérience finalement avec la psychiatrie pour le moment en pratique quotidienne, c'était quoi ?

Médecin 8: comment ça, qu'est-ce que je vois ?

Intervieweuse: et bien quelles expériences tu as déjà eu avec la psychiatrie dans la gestion du patient ? Est-ce que tu vois beaucoup de patients avec des syndromes dépressifs ?

Médecin 8: oui, il y a énormément de gens. Alors, syndromes dépressifs vrais, pas toujours,

Intervieweuse: ouais,

Médecin 8: symptômes dépressifs, anxiété réactionnelle du deuil, burn-out de temps en temps aussi, mais oui, c'est assez fréquent. Par semaine, il y en a peut-être facilement 4, entre 4 et 6, ouais je dirais ça. 4 et 6, donc, après mon expérience c'est que ça se passe plutôt bien. Du moment qu'on instaure un suivi quand même régulier, et qu'on leur dit bien que c'est eux qui le sentent après. Voilà, mais pour instaurer un suivi psychologique à côté, c'est un peu plus compliqué.

Intervieweuse: ouais !

Médecin 8: Un problème de moyen, souvent, financier. Et donc c'est beaucoup le CMP mais il y a les délais. Heureusement que dans le cabinet il y a une infirmière qui vient de régulièrement, et ça, ça nous aide beaucoup, voilà, c'est un petit peu ça.

Intervieweuse: et tu disais que tu avais déjà quand même adressé des patients à la psy, en fait ?

Médecin 8: alors dernièrement j'ai une dame qui fait une dépression du post-

partum qui est quand même (insiste) prononcée, sans signe de gravité mais bien prononcée, j'ai voulu l'adresser à un psychiatre en ville sauf que plus aucun ne veut reprendre de nouveaux patients.

Intervieweuse: d'accord

Médecin 8: donc elle trouvait, elle avait de grosses difficultés pour trouver quelqu'un, alors qu'elle était désireuse, elle disait j'ai besoin effectivement de me faire soutenir aussi, donc elle a fini par se retourner vers une infirmière psychologue du CMP. (Pause) Donc j'ai directement introduit des anti-dépresseurs, parce que je sais qu'en post-partum il ne faut pas trop trop (rires) attendre, eeee, et plus récemment, c'était cette semaine ? Oui ! Lundi ? Lundi, oui. J'ai revu une dame donc qui était, pareil, pfff, alors dépression qui nécessite traitement, je ne sais pas, mais dépression réactionnelle, toujours, à la séparation d'avec son mari, et c'est une dame, déjà ce qui m'a alerté c'est qu'elle a déjà un antécédent de maladie bipolaire.

Intervieweuse: d'accord, ouais.

Médecin 8: sous traitement. Plus suivie du tout par le psychiatre. C'était son médecin traitant qui le faisait, c'était la première fois que je la voyais, et donc, (réfléchit) pas de critères, on va dire, de gravité sur le coup, elle a l'air quand même de raisonner les choses, elle explique pourquoi c'est dur en ce moment, elle verbalise bien, je lui fais un arrêt pour la journée parce qu'elle ne veut pas plus, et je l'ai revu le lendemain. Et là, le lendemain elle me dit, alors, elle m'avait demandé des somnifères parce qu'elle ne dort pas bien et tout ça, machin, il lui arrive d'en prendre et je lui avais conseillé d'essayer d'alterner un peu avec du Donormyl pour, enfin, voilà, éviter la dépendance au zolpidem,

Intervieweuse: ouais !

Médecin 8: Bref (rire), et elle me dit, cette nuit j'ai pas dormi, ça c'est pas bien passé, j'ai fini par prendre toute la boîte de donormyl. (Pause)

Intervieweuse: d'accord.

Médecin 8: Plus deux xanax et elle a repris deux xanax au lever. Résultats, elle avait émergé au milieu de la matinée vers 10-11h, là. Elle arrivait elle était encore ralentie, puis elle enchaîne très vite sur autre chose. Je lui ai dit, non, on revient

sur votre prise de médicaments, parce que moi ça m'inquiète un petit peu,

Intervieweuse: ouais, ouais

Médecin 8: ça fait quand même (pause) intoxication médicamenteuse volontaire. Je lui dis. Même s'il n'y a pas forcément là, de volonté de vous faire du mal consciemment,

Intervieweuse: ouais, ouais, ouais.

Médecin 8: délibéré... et quand je regarde dans son dossier, parce que c'était la deuxième fois que je la voyais,

Intervieweuse: ouais !

Médecin 8: elle a déjà fait deux tentatives de suicide, dont une hospitalisation de 4-5 jours en psy, le mois dernier.

Intervieweuse: d'accord !

Médecin 8: Donc, voilà. Je l'interroge, elle critique pas son geste, fff, elle voit pas trop de solutions à son état, pas comment les choses pourraient s'améliorer, et donc je lui demande clairement, « mais là, du coup, si vous partez, vous pourriez clairement recommencer ? » Elle me dit « oui ».

Intervieweuse: bon...

Médecin 8: (rire gêné) Voilà. Donc plusieurs petites sonnettes qui se sont allumées, et donc là j'ai joint le psychiatre de garde à l'hôpital

Intervieweuse: ouais, ouais

Médecin 8: pour l'adresser, et donc il me dit, « oh oui, oh bah sinon, c'est que sa maladie bipolaire doit être un peu déséquilibrée sur le versant dépressif. Eventuellement on peut contrôler la bio, parce qu'elle a aussi une hypothyroïdie, et puis la lithiémie, et puis rajouter du seroplex, tout ça, si vous le sentez, et qu'elle ne veut pas être hospitalisée ». Donc je lui dis, « nan, nan, mais moi je ne la laisse pas comme ça, le médicament il faut du temps pour qu'il fasse effet, et en plus elle serait d'accord pour aller aux urgences psychiatriques », donc j'ai fini par l'envoyer. Mais effectivement ce n'était pas

Intervieweuse: ce n'était pas....

Médecin 8: avec beaucoup de soutien de la part du psychiatre !

Intervieweuse: nan, c'est ça !

Médecin 8: Nan (rires) Donc voilà c'est l'expérience récente.

Intervieweuse: ah oui, sacrée expérience quand même !

Médecin 8: bon et je ne sais pas si on te l'a déjà dis,

Intervieweuse: ouais ?

Médecin 8: parce que tu vas sans doute pas interrogée une des remplaçantes, mais elle a eu un problème avec une jeune fille justement,

Intervieweuse: ouais ?

Médecin 8: pareil qui exprimait clairement des idées suicidaires, qui est venue seule, et qui au moment où elle voulait la faire hospitaliser, appelait les urgences psy, etc, lui a dit, « non, moi si je peux pas parler à mon père je m'en vais ». Le papa n'était pas disponible dans l'immédiat, elle est partie en courant du cabinet. Voilà (pause), avec un risque suicidaire,

Intervieweuse: ennnnh

Médecin 8: Elle avait un projet, elle avait exprimé le désir d'en finir.

Intervieweuse: d'accord.

Médecin 8: Voilà, et donc, bah notre collègue, eee, ne savait pas trop comment faire.

Intervieweuse: bah, oui, oui...

Médecin 8: Donc à plusieurs ils se sont finalement dit « bon, bah, faut appeler la police, faut faire un signalement ».

Intervieweuse: ouais, ouais,

Médecin 8: Mais pas de nouvelles de la jeune fille, depuis.

Intervieweuse: aucune nouvelle ?

Médecin 8: nan, rien.

Intervieweuse: la police, ils ne l'ont pas retrouvée ?

Médecin 8: non, ils ne l'ont pas retrouvée, et quand on essaie d'appeler son papa ou sa maman, ça répond pas. Donc voilà, 16 ans!

Intervieweuse: oh, là, là. Oh bah dis-Donc.

Médecin 8: Voilà. Donc ce n'est pas mon expérience à moi

Intervieweuse: ouais, ouais, mais bon, c'est ...

Médecin 8: mais c'est ce qu'on peut à priori rencontrer en cabinet.

Intervieweuse: qu'on peut rencontre en cabinet, bah, oui, oui, oui! C'est ça, on en a des expériences... huumm, donc après, là plus spécifiquement pour la formation qui aura lieu le 12 septembre, qu'est-ce que t'attends de cette formation ?

Médecin 8: qu'est-ce que j'attends de la formation ? De me rafraîchir la mémoire sur les signes (insiste) d'alerte. Les choses graves je les vois à peu près mais d'arriver à classer le risque suicidaire en élevé, moyen. Essayer de aider à être plus discriminant quand c'est faible ou... Savoir...

Intervieweuse: est-ce que finalement c'est pour assurer la sévérité enfin ton opinion sur la sévérité

Médecin 8: Hum.

Intervieweuse: et puis un peu justifier d'une hospitalisation ou pas, eee ?

Médecin 8: ça. Ouais, ça. Et, eee (réfléchit) savoir gérer les situations "d'entre-deux" aussi. C'est-à-dire quand il y a hospitalisation, il n'y a pas de doute, on envoie, ok.

Intervieweuse: ouais.

Médecin 8: Peut-être nous rappeler la manière de faire, parce qu'ils ne sont pas toujours d'accord pour être hospitalisé quand il y a un risque suicidaire élevé. Donc que ce soit les hospitalisations à la demande d'un tiers et tout, ça a changé il y a pas si longtemps que ça

Intervieweuse: ouais, ouais, ouais

Médecin 8: et quand on ne l'utilise pas on oublie, donc, ça. Et que ce soit les situations justement plus floues où on se dit "bon, c'est limite, je ne le sens pas trop, mais, voilà,

Intervieweuse: mais finalement l'hospitalisation c'est peut-être un peu exagéré ?

Médecin 8: oui, voilà... Savoir ce qu'on peut faire à notre niveau. Sachant qu'on

leur dit bien, je vous revois dans 2 jours ou dans 3 jours, puis des fois on hésite... Est-ce qu'on met d'emblée un traitement ? Est-ce qu'on réévalue ? Enfin voilà toutes ces petites choses... "l'entre deux"

Intervieweuse: d'accord.

Médecin 8: c'est plus ça. Et puis, ouais, pas passer à côté d'un truc quoi. C'est surtout ça.

Intervieweuse: c'est déjà pas mal! (Rires) Et après, qu'est-ce qui a fait que t'as, bon après c'était toi qui était demandeuse de cette formation

Médecin 8: oui,

Intervieweuse: mais, qu'est-ce qui a fait que tu as bien voulu faire cette formation?

Médecin 8: hum, (réfléchit) de toutes les manières, je trouve que c'est toujours bien de se former, de chercher à progresser. Eeee, ça permet aussi de faire connaissance, en fait, avec les intervenants. Puisque les psychiatres de St Nazaire, etc. Après c'est peut-être plus facile d'échanger sur certains patients quand on met un visage sur un nom.

Intervieweuse: ouais.

Médecin 8: voilà, et puis, non, surtout, la volonté de progresser et puis, bah, d'une, d'être moins en difficulté face à ces patients, mieux les gérer aussi, parce qu'ils sentent bien quand on est pas à l'aise avec un sujet finalement. Voilà, ça se voit,

Intervieweuse: oui, ils sentent bien ces choses là

Médecin 8: ça se voit ! Donc voilà.

Intervieweuse: et pour toi qu'est-ce qui fait que tu vas aller vers une formation ? Et qu'est-ce qui fait qu'une formation est bien, finalement ?

Médecin 8: en général ?

Intervieweuse: hum,

Médecin 8: vers une formation, tu veux dire vers un sujet de formation en fait ?

Intervieweuse: ouais, eeee, les formations vers lesquelles tu vas est-ce que c'est

plutôt, est-ce que c'est le côté pratique,

Médecin 8: C'est pratique, oui,

Intervieweuse: le fait que ce soit dans la MSP ou est-ce que si un sujet t'intéresse t'es prête à aller sur Nantes un week-end ? Tu vois dans ce sens là.

Médecin 8: ah ! Oh... C'est sur que le côté, à domicile, entre guillemets, c'est très confortable, donc, on y va peut-être, plus facilement même pour des sujets où on se sent plus à l'aise, ou qui sont moins intéressants

Intervieweuse: ouais

Médecin 8: entre guillemets, après ce qui va me faire faire une formation, eee, (réfléchit) alors avant c'était plus les sujets que j'aimais bien, mais maintenant je me dirige plus vers les choses qui me mettent en difficulté,

Intervieweuse: ouais

Médecin 8: pour que la formation serve, et vraiment du pratique, il faut que ce soit soit des cas cliniques ou des mises en situation ou quand il y a des gestes ou autre qu'on nous fasse pratiquer

Intervieweuse: ouais

Médecin 8: vraiment parce que c'est comme ça qu'on retient. Et que les cours, la théorie, bah, c'est bien mais c'est pas du tout, du tout, du tout suffisant et ça on peut le travailler nous même de notre côté,

Intervieweuse: oui, donc finalement,

Médecin 8: faut vraiment que ce soit interactif, qu'il y est des exemples, qu'il y ait des échanges, qu'on puisse poser des questions, etc. Voilà.

Intervieweuse: ok

Médecin 8: Et je vais sur Nantes sans problème. Après quand c'est sur Caen, Angers ou autres, pour l'instant j'y vais pas. (Rires)

Intervieweuse: ouais ça, ça fait un peu loin !

Médecin 8: Pour l'instant j'y vais pas. Je choisis, enfin après...

Intervieweuse: c'est normal ! (Pause) Et, si ! Tu utilises, toi, les échelles, là, de ...

Médecin 8: hum, ouais, alors, il y a l'échelle d'Hamilton pour la dépression,

Intervieweuse: ouais, ouais

Médecin 8: mais, ça, ça fait pas si longtemps que ça. Parce que avant il y avait autre chose, par exemple en gériatrie c'était la geriatric depression scale, machin chose. L'Hamilton surtout maintenant c'est ce qui est maintenant validé par la sécu.

Intervieweuse: ouais.

Médecin 8: Voilà. Donc je le fais. Je suis sûre, il y en a pleins d'autres des échelles. Eeeee, je ne connais pas après d'échelle d'évaluation du risque suicidaire, par exemple. Après d'autres échelles de psychiatrie c'est pour tout ce qui est bilan mémoire. MMS, Dubois et tout ça. Et après j'en connais pas, je ne sais pas si pour les démences, les psychoses ou pour les autres t'as des échelles.

Intervieweuse: ouais.

Médecin 8: Ouais, je t'avoue que, c'est intéressant de savoir mais je ne sais pas.

Intervieweuse: Et l'échelle d'Hamilton tu t'en sers souvent ?

Médecin 8: euh, oui. Quand j'estime que c'est pas un trouble réactionnel,

Intervieweuse: ouais.

Médecin 8: vraiment,

Intervieweuse: à un événement, nan?

Médecin 8: Ouais, que les symptômes me paraissent (pause) assez important pour ne pas forcément passer seuls, ou pas tout de suite, quand ce n'est pas du passager, je le fais.

Intervieweuse: d'accord.

Médecin 8: ouais.

Intervieweuse: d'accord.

Médecin 8: Je le fais. Parce que ça m'aide aussi dans la décision ou pas d'instaurer le traitement directement,

Intervieweuse: ouais, d'accord.

Médecin 8: Parce que dedans il y a des signes de gravité qu'on ne peut pas forcément rechercher non plus, nous, voilà. Tu vois, donc je le fais quand je le

sens pas. Voilà.

Intervieweuse: Ok. Et après, pour terminer, la psychiatrie, c'est un sujet qui t'intéresse ou pas plus que ça ?

Médecin 8: (réfléchit) Pas plus que ça.

Intervieweuse: hum

Médecin 8: Pas plus que ça parce que, parce que, je ne me sens pas forcément très à l'aise avec. Parce que malheureusement on voit beaucoup de syndromes dépressifs, beaucoup d'anxiété, donc beaucoup d'angoisse et on écoute déjà beaucoup les gens (sourire) dans notre travail, et c'est vrai que des fois c'est un petit peu difficile, voilà,

Intervieweuse: ouais, ouais, ouais !

Médecin 8: de gérer cet afflux d'émotions

Intervieweuse: ouais, ouais, ouais !

Médecin 8: sans être une éponge, et eeee, (silence) et notamment quand c'est des suivis longs où que y a d'autres pathologies à côté, tout ça s'intrique. C'est quand même assez frustrant de se dire qu'on fait tout ce qu'on peut, on les écoute, et on change les traitements et tout ça, et de voir que ça n'avance pas toujours.

Intervieweuse: ouais.

Médecin 8: Ca c'est quelque chose qui me...

Intervieweuse: qui est très frustrant!

Médecin 8: Voilà. Moi je suis très dans le diagnostic et thérapeutique

Intervieweuse: ouais. Ouais.

Médecin 8: et donc c'est pas forcément mon dada.

Intervieweuse: d'accord, très bien.

Médecin 8: (rire) je le fais, hein! Mais c'est pas mon truc!

Intervieweuse: ah, oui, nan mais c'est... D'accord. Nan, mais en fait je te posais ça comme question parce que je discutais avec le psychiatre qui va faire la formation et il disait qu'il avait l'impression que finalement ceux qui venaient à la

formation c'était que des gens qui étaient déjà intéressés par la formation. Tu vois ? Enfin intéressé par le sujet.

Médecin 8: bah, ça m'intéresse de progresser et de faire les choses mieux, mais...

Intervieweuse: intéressé par le sujet.. Mais, finalement, je pense pas forcément, en fait..

Médecin 8: Nan. La psychiatrie, c'est pas quelque chose, si je n'en avais pas dans mes consultations, qui me manquerait.

Intervieweuse: oui, ouais, ouais.

Médecin 8: À la différence de certaines autres disciplines. Mais, non, tu pourras le rassurer.

Intervieweuse: (rires) Oui !! Je lui dirai. Très bien, et bien je vais arrêter l'enregistrement.

Médecin 8: Je ne sais pas si je t'ai donné assez d'éléments....

9. Entretien avec Médecin 9

Intervieweuse: pour commencer, tu as été thésé en quelle année ?

Médecin 9: en 96

Intervieweuse: d'accord et tu t'es installé en quelle année, après ?

Médecin 9: le mois suivant.

Intervieweuse: d'accord ! Très bien.

Médecin 9: en 97 (rires) Thésé pour Noël et installé au 1er janvier.

Intervieweuse: d'accord, bon, bah, parfait. Ta formation initiale en psychiatrie, elle a consisté en quoi ?

Médecin 9: à rien (rires) Aucun stage en psychiatrie

Intervieweuse: ouais

Médecin 9: non pas grand chose, hormis les cours de fac.

Intervieweuse: tes études, tu les as faites à Nantes ?

Médecin 9: oui,

Intervieweuse: ouais ? Externat et internat ?

Médecin 9: oui, tout.

Intervieweuse: d'accord, donc des cours théoriques ?

Médecin 9: oui

Intervieweuse: C'était quoi les cours théoriques ? Ca consistait en quoi ?

Médecin 9: bah, les cours normaux quoi, de fac,

Intervieweuse: donc c'étaient des cours magistraux ?

Médecin 9: oui, pas très intéressants d'ailleurs,

Intervieweuse: ouais,

Médecin 9: pas très bien faits non plus.

Intervieweuse: ok, c'est à dire ? Parce que, ils étaient pas bin faits parce que....

Médecin 9: non

Intervieweuse: Parce que vous étiez en grand nombre ? Parce que c'était trop théorique ?

Médecin 9: parce que le prof était pas génial, non plus.

Intervieweuse: ouais ?

Médecin 9: Non, pas beaucoup d'intérêt dans ces cours de psychiatrie. Qu'on laissait plutôt au détriment des autres cours, plus intéressants,

Intervieweuse: ouais, ça donnait pas très envie...

Médecin 9: d'en faire

Intervieweuse: d'en faire et d'approfondir ?

Médecin 9: tout à fait!

Intervieweuse: d'accord, et une fois installé est-ce que t'as fait des formations justement, sur le sujet de la psychiatrie en général ou plus précisément sur la crise suicidaire ?

Médecin 9: j'ai du faire une formation de deux jours sur la / les dépressions avec les risques suicidaires derrière, fait par un organisme de formation.

Intervieweuse: hum, hum. C'était quand ça ?

Médecin 9: c'était peut-être, il y a dix ans, peut-être ?

Intervieweuse: c'était avec le CHEM, ou nan, c'était un autre truc ?

Médecin 9: c'était... (se lève et se dirige vers le placard où sont rangés des documents) FMC action, je crois. (Sort une pochette "FMC action", l'ouvre et sort des documents: fascicule, CD...) c'était en 2007, bah, y a 10 ans.

Intervieweuse: ah, oui, bonne mémoire !

Médecin 9: oui, c'est ça ! Y a dix ans.

Intervieweuse: et donc ils vous ont laissé un fascicule ?

Médecin 9: alors tu vois, j'avais un truc. Et, le sujet exacte c'était quoi ? C'était sur la dépression mais je sais pas trop comment c'était. C'était « dépression en médecine générale », tu vois.

Intervieweuse: d'accord.

Médecin 9: c'était ça, c'était le sujet de la formation. On avait des cas pratiques, et puis quelques notions sur les échelles d'évaluation des dépressions, sur le risque suicidaire aussi, et sur les traitements des dépressifs.

Intervieweuse: d'accord et donc c'était sur deux jours ?

Médecin 9: ouais.

Intervieweuse: d'accord, et vous partiez d'un peu de cas cliniques ou c'était...

Médecin 9: oui, il y avait différents ateliers, des cas cliniques aussi c'est vrai. C'était pas mal mais ça fait loin, ça fait 10 ans ! (Rires)

Intervieweuse: et ça t'avait servi dans ta pratique après ?

Médecin 9: ah oui, c'était plutôt bien. Ça remettait à plat des choses qui n'avaient pas été forcément bien expliquées à la fac auparavant.

Intervieweuse: ah oui, de ce que je comprends, ouais. Et après, toi ton expérience en psychiatrie en médecine générale, dans ta pratique, t'a rencontré beaucoup de cas ? T'as eu affaire à plusieurs situations ?

Médecin 9: en médecine générale on a de tout donc on a forcément pas mal de dépressifs, c'est sur. On a des gens qui sont vraiment pas bien, qui parlent de suicide, qui se suicident aussi d'ailleurs, qui se ratent, d'autres qui se ratent pas. Oui, on a de tout c'est sur, sur 20 ans d'exercice

Intervieweuse: oui ? Et finalement est-ce que tu te sens quand même bien formé pour faire face à ces patients.

Médecin 9: peut-être plus à l'écoute, attentif aux, ouais ... ! Mais peut être pas très à l'aise par rapport au risque, vraiment, suicidaire. C'est-à-dire, ouais, quelques fois, on l'évalue pas bien. Je ne sais pas trop, voilà, à quel moment il faut hospitaliser ou, est-ce que c'est parce que quelqu'un nous dit qu'il a des idées suicidaires qu'il faut l'hospitaliser... c'est resté un peu flou. C'est ça que j'attends de la formation, des choses précises sur ça.

Intervieweuse: oui, justement qu'est-ce que t'attendrait exactement de cette formation ?

Médecin 9: des choses bien nettes sur "comment prendre la bonne décision ?" , "les limites à ne pas dépasser ?", sur le suivi psychiatrique de la personne. Parce

que le risque, des fois on l'entend en consultation donc on est plus vigilant, donc on demande à revoir le patient peut-être plus tôt, on prend des nouvelles par téléphone, est-ce que je n'aurais pas dû l'hospitaliser tout simplement,

Intervieweuse: d'accord, c'est plus sur la conduite à tenir finalement ?

Médecin 9: oui, la conduite à tenir par rapport à l'hospitalisation.

Intervieweuse: ouais, c'est là où tu te sentiras moins à l'aise...

Médecin 9: et bien quelques fois j'hésite, ouais, bon j'ai pas eu trop de mauvais retours pour l'instant mais ouais quelques fois c'était un peu limite quand même.

Intervieweuse: oui, où t'étais pas très sur,

Médecin 9: oui, plusieurs fois j'avais téléphoné aux gens pour savoir comment vous allez,

Intervieweuse: ouais, et qu'est-ce qui te frênait à les hospitaliser finalement ?

Médecin 9: parce qu'ils étaient pas trop partants déjà,

Intervieweuse: oui, c'est la première limite, c'est clair... (rires)

Médecin 9: et puis le milieu hospitalier c'est pas très facile, donc je suis pas sur qu'arriver en psychiatrie se soit forcément très bien.

Intervieweuse: hum,

Médecin 9: bah, c'est quand même assez rude comme

Intervieweuse: ouais, ouais

Médecin 9: donc pour de gens qui sont fragiles voilà quand on peut éviter je crois que c'est pas plus mal.

Intervieweuse: Ouais, ouais, complètement. Et après, donc toi ce que t'attendrait, ouais, c'est plus, sur la conduite à tenir, pour le diagnostic tu utilises les échelles justement qu'on t'avais communiqué, à la précédente formation ?

Médecin 9: ouais, j'utilise Hamilton de temps en temps. C'est essentiellement celle-ci que j'utilise, y en a d'autres mais, ... je l'ai encore utilisé ce matin pour un patient qui

Intervieweuse: d'accord...

Médecin 9: qui n'acceptait pas bien d'être dépressif et de prendre un traitement. Donc j'ai trouvé ce biais pour lui, j'ai fait le test avec lui pour lui montrer l'ampleur de sa dépression et d'ailleurs il était avec un bon score je crois. Il avait 26 sur je ne sais pas combien et du coup il a plus pris conscience des choses et il acceptait plus de prendre le traitement.

Intervieweuse: donc toi, tu l'as finalement pas utilisé tellement pour toi, pour faire ton diagnostic,

Médecin 9: oui, oui, ça se voyait bien qu'il était dépressif, mais plus pour le motiver et le mettre vraiment devant ses symptômes, vraiment, voilà, quelque chose d'objectif.

Intervieweuse: et qu'est-ce qui te motive ou qui te frêne à utiliser cette échelle justement ?

Médecin 9: le temps que ça prend, voilà, le patient je l'avais reconvoqué pour ça, je vais pas le faire en consultation la première fois, je vais lui demander de revenir en fin de semaine, là. Donc c'est le temps surtout qui manque.

Intervieweuse: oui pour utiliser les outils qu'on a pour le moment ?

Médecin 9: oui, parce que ça prend du temps quand même de... sans parler de l'échelle à faire, mais de déjà prendre le temps de bien s'entretenir avec les gens...

Intervieweuse: hum, bien les écouter, bien

Médecin 9: voilà, ça peut vite prendre 3/4h - 1h.

Intervieweuse: ah oui, oui, facile. Toi c'est un sujet qui t'intéresse, la psychiatrie, la dépression...

Médecin 9: (souffle) pas spécialement (rires) quand il faut, oui, mais non j'ai pas très...

Intervieweuse: oui, c'est pas ta discipline préférée.

Médecin 9: non.

Intervieweuse: et pour toi, qu'est-ce qu'une bonne formation ?

Médecin 9: une bonne formation ? C'est quand on aborde des sujets concrets,

des cas cliniques concrets, des conduites à tenir précises, je suis à la recherche de documents qui permettent (réfléchit) d'évaluer les différents types d'antidépresseurs,

Intervieweuse: ouais ?

Médecin 9: j'avais vu ça un jour et j'ai jamais pu retrouver le truc,

Intervieweuse: d'accord, c'était quoi comme ?

Médecin 9: c'est un tableau en croix, en fait, ou y a du plus sédatif au moins sédatif,

Intervieweuse: ah ouais, d'accord ? Je ne connaissais pas ?

Médecin 9: c'est plutôt bien fait tous les antidépresseurs sont classés en espèce d'étoile et donc ça permet de choisir bien, celui qu'il faut. On l'a vu pendant la formation mais j'ai pas trop retrouvé

Intervieweuse: t'as pas retrouvé et ça y était pas dans les CD ?

Médecin 9: oh, j'ai pas trop regardé. Ca serait intéressant si tu pouvais la retrouver cette croix, du plus sédatif au moins sédatif, et stimulant, pas stimulant, je crois, un truc comme ça.

Intervieweuse: ouais ça peut se demander...

Médecin 9: C'est des outils qui sont très bien faits, qui sont plutôt pas mal,

Intervieweuse: oui, quelque chose d'assez clair, pratique, finalement, que tu peux réutiliser après, dans la pratique, quoi.

Médecin 9: voilà, moi les formations c'est d'avoir des bons outils, et on peut les utiliser facilement et qu'on peut retrouver facilement aussi parce que là, (rires) j'ai oublié où est-ce qu'on pouvait les retrouver.

Intervieweuse: et qu'est-ce qu'il fait que tu vas plutôt aller vers une formation, qu'une autre ?

Médecin 9: euh, je sais pas. La disponibilité du moment, essentiellement.

Intervieweuse: hum, après est-ce que le sujet ou,

Médecin 9: d'une formation générale ou d'une formation en psy ?

Intervieweuse: oui, générale.

Médecin 9: ah oui, ah, bah d'abord le sujet quand même. Puis après la disponibilité à ce moment-là.

Intervieweuse: d'accord. Bon bah très bien, je crois que j'ai fait le tour de l'interview....

Médecin 9: très bien, merci !

B. Retranscription focus-group

Animatrice: Bonjour, donc merci à pour participer au Focus Group pour la thèse de Marion, tout le monde se connaît et je pense que moi aussi je connais tout le monde mais dans le doute, je suis là pour animer le focus- group aujourd'hui, auquel merci d'avoir accepté de participé.

Le but du Focus-Group, là c'est qu'on revienne sur une formation, qu'en principe vous avez tous eu, si j'ai bien compris, c'est une formation sur le repérage de la crise suicidaire.

[...]

La première question qu'on voulait vous posez par rapport à la formation, c'est en quoi la formation que vous avez eu a répondu aux attentes que vous aviez ?

Silence de dix-huit secondes

Médecin 7: ca permettait un peu un élargissement, c'est-à-dire qu'on avait certain, enfin, moi je veux dire, un certain pré-conçu des trucs dont je me rappelais, des trucs sur lesquels je m'attachais à répondre, et puis c'est de mettre en évidence des trucs auxquels je ne pensais pas (insiste) et qu'il fallait aller rechercher. Et revenir sur les thèmes principaux, c'était important. Ca a permis de revenir sur les grands éléments basiques, et puis sur des choses auxquelles je ne pensais plus, refaire un point là-dessus c'est ça qui me...

Médecins 1, 2 et 3 le regardent

Médecin 4 plisse des yeux

Médecin 5 semble pensif

Médecin 8: peut-être aussi de ré-affirmer qu'il fallait mettre un mot sur le mal-être du patient, pas hésiter à lui parler de suicide, ou d'idées suicidaires, pour lui demander s'il avait un projet en cours, s'il avait des moyens auxquels il avait pensé ou autre. Des fois on pouvait hésiter à le faire en se disant je ne vais pas non plus dramatiser la chose ou prononcer le mot un petit peu tabou mais, voilà, c'était bien de remettre les choses à plat. (*Sourires*)

Médecin 6 plisse les yeux

Médecin 1: Après ce qui était assez intéressant c'était que c'était assez peu orienté sur la théorie, le concept théorique n'était pas développé longuement, donc du coup on avait le temps d'approfondir la pratique et c'est ce qui peut-être, l'intérêt de la formation principal, je pense c'était ça. Y a du pratico-pratique et non pas sur des grands concepts où on a du mal à appliquer.

Médecin 4 le regarde

Médecin 8 semble d'accord.

Silence de deux secondes

Médecin 2: Et tout ce qui concerne aussi l'évolution d'une crise suicidaire. Enfin moi j'avais jamais entendu parler de la durée, de l'évolution, du fait que c'était croissant et que si on arrivait à telle ou telle étape on pouvait revenir en arrière. Ca je n'avais jamais entendu...

Médecin 1 hoche la tête

Médecin 7: ce concept d'entonnoir, là

Médecin 2: Je ne connaissais pas ça

Médecin 8: la cristallisation

Médecin 2: au final c'est assez utile, enfin...

Médecin 7: oui, d'imaginer, comment les gens, enfin... l'évolution du processus (*silence d'une Demi-seconde*). Ca devient un truc inévitable, de plus en plus ça prend de la place. Moi aussi je ne connaissais pas trop ce concept là.

Médecin 4: (*Est sur le fond de sa chaise, s'avance*) En fait ça a répondu à nos attentes aussi parce que c'est aussi le conférencier (*pose le mots*) qui était bien adapté on va dire. Celui qui s'occupe quand même des urgences psychiatriques depuis plusieurs années, donc il voit nos patients arriver, on sent vraiment que c'était de la pratique pour lui, quotidienne plus l'infirmière qui l'accompagnait aussi qui travaille au pôle urgence, je crois, donc ce qui fait qu'effectivement c'était une petite partie théorique au départ où il nous a quand même, c'était assez effrayant (*insiste*) le nombre de suicides, moi j'avais pas idée du nombre de personnes qui faisaient des tentatives de suicide sur Saint Nazaire, je croyais qu'ils étaient aussi nombreux que ça. Donc ça c'était bien et puis après effectivement c'était très pratique (*insiste*) comme tu disais, l'histoire de l'entonnoir et tout ça,

enfin il nous a bien, moi je trouve que ça a bien clarifié les choses. Voilà, savoir où ils en sont dans la crise suicidaire, où ils en sont. C'est pratique.

Médecin 6 plisse les yeux

Médecin 3 regarde dans le vide

Médecins 6, 7, et 8 sont adossés à leur chaise, écoutent.

Médecin 8: et puis c'était intéressant de voir aussi selon le stade où était le patient il n'y a pas forcément besoin de tout de suite l'envoyer aux urgences, mais que nous, à notre échelle on pouvait avoir un petit rôle à jouer. Quand tu disaient pour « repousser la crise suicidaire ». Et bien je ne savais qu'on pouvait. (*le dit moins fort*)

Tous les médecins regardent médecin 8.

Médecin 1: et puis ça posait des noms, (*réfléchît*) des choses, enfin, des choses qu'on faisait déjà au quotidien sans forcément avoir le nom du concept ou savoir à quelle moment de la phase ils sont, ou évaluer les éléments qui les retiennent, on le fait instinctivement et sans forcément (*hésite*) le savoir et là du coup ça mettait en lumière vraiment ce que déjà naturellement on pouvait avoir tendance à faire, en apportant bien sur des éléments nouveaux que ça permet de rechercher mais je trouve que ça permettait de mieux identifier les différentes évaluations de la crise suicidaire qu'on peut faire de façon instinctive mais qu'on arrive pas à reconnaître parce qu'on a développé par mimétisme quand on a été formé, (*silence*) donc ça posait plus les choses aussi.

Médecin 4 plisse les yeux

Médecin 2 regarde dans le vide

Médecin 3 le regarde

Médecin 8 semble d'accord avec les propos du médecin 1

Médecin 6: (*s'avançant sur sa chaise*)

L'expérience qu'avait vraiment le médecin et puis l'infirmière moi ça m'a vraiment assis pour aller... c'était le point le plus important, moi ce que j'ai trouvé. A quel point de faire formuler aux gens où ils en sont, et en formulant les vrais termes c'est à-dire, est-ce que vous avez des idées suicidaires, est-ce que vous mettez en pratique un scénario de mettre fin à vos jours c'est-à-dire, en le formulant de façon aussi claire c'est, et là j'étais un peu rassuré parce que ça aussi ça été pour

moi une découverte et ils étaient tous les deux unanimes pour dire, ils sont (*pose les mots*) tellement francs et sincères et direct dans la réponse parce que c'est vrai que ce qu'on craint nous par pudeur d'aborder ce problème qui est un peu tabou comme tu disais c'est le retour. Est-ce qu'on ne va pas leur donner une mauvaise idée nan c'est au contraire ça les apaiserait ils nous disaient les intervenants. Ca ca m'a vraiment, c'est le point fort que j'ai retenu de cette formation (*silence d'une Demi-seconde*) et ça leur permet d'en parler librement et ça c'est déjà un point thérapeutique. (*Silence de 4 secondes*).

Médecin 4 regarde ailleurs puis le regarde

Médecin 8 acquiesce

Médecin 5 dit qu'il est d'accord.

Animatrice (*s'adressant au médecin 5*): Vous aviez l'air d'accord déjà tout à l'heure.

Médecin 5 (*réfléchit*) : nan, c'est vrai. Ce qu'est bien aussi, comme tu disais, c'est que de pouvoir, en fait, demander très tôt, « est-ce que vous avez des idées suicidaires? » ça c'est sur que, bon autant le concept de l'entonnoir on connaissait depuis quelques années avec le médecin 6, on avait fait une formation, comment, à Ploemeur, donc que ce concept existait toujours, mais surtout, (*réfléchit*) demander très vite, poser les questions, parce que... et ils y répondent parce que, bah parce qu'ils ont l'impression que plus personne ne s'occupe d'eux, ils sont dans leur petit, dans leur monde et, le fait de leur poser la question, ils se disent « tient, il y a quelqu'un qui s'intéresse à moi » et ça peut (*silence de sept secondes*)

Médecin 5: me regarde fixement, les yeux très ouverts

Médecin 8 acquiesce

Médecin 3: moi, je voulais simplement relever effectivement la qualité de l'expert qui était là, enfin de l'équipe d'expertise qui était là. C'était très très intéressant, très pertinent (*parle plus fort*). Et puis effectivement il a, ça nous a un peu (*réfléchit*) décontracté effectivement sur l'idée de parler de ça assez facilement et sans retenue finalement. Chose qu'on savait déjà mais c'est vrai que c'est bien de se faire entendre et puis de (*silence*) ne pas négliger (*insiste*) surtout, parfois, il y a

des petits appels du pied du patient puis on se dit... on laisse courir. Mais il nous a bien dit qu'il ne fallait pas, rien négliger quoi, dans tout ça. Voilà. (*Silence de six secondes*)

Regardant l'animatrice puis ailleurs

Médecin 1 hoche la tête pour acquiescer

Animatrice: merci, au vue de ce que j'entends, finalement, c'est plutôt, ça a répondu à vos attentes, est-ce qu'il y a des attentes auxquelles ça n'a pas répondu ?

Silence de six secondes.

Médecin 7: Pas franchement. On a abordé un peu, mais c'est vrai que c'était hors thème, la question du choix d'un traitement particulier, s'il y avait un choix, on est resté un peu évasif par rapport à ça. Mais en même temps c'était un peu hors question.

Médecin 2 ouvre grand les yeux

Médecin 1 fait la moue, yeux ouverts.

Médecin 2: après il y avait un moment d'échanges entre nous qui a permis de développer je pense les questions qu'on avait.

Médecin 7: ouais

Médecin 2: qui pouvaient rester présentes.

Médecin 4 (a les coudes sur la table): oui parce qu'après on a eu tout un, beaucoup de questions, ça a été très très interactif, il y a eu beaucoup de questions qui sont parties un petit peu dans tous les sens comme disait médecin 7 en dehors de la crise suicidaire: sur les médicaments, sur tout un tas de choses. (*Parle plus fort*) Si et puis nous on était demandeurs un peu au départ quand même d'une grille d'évaluation des choses pour pouvoir graduer un petit peu. Enfin lui il a tordu le cou vraiment aux grilles d'évaluation, notre expert, aux échelles et tout ça. Donc lui il pensait qu'il ne fallait pas.

Médecin 7 et 8 sourient

Médecin 1 sourit et dit « oui »

Médecin 5 est en retrait sur sa chaise.

Médecin 7 coupe la parole pour intervenir: en tout cas, ça ne restait pas dans son diagnostic

Médecin 4: pour lui, voilà (*confirme ce que dit médecin 7*)

Médecin 5 (*semblant réfléchir puis s'avançant sur sa chaise*): oui, il disait que c'était très fluctuant entre, en quelques jours, que ça pouvait être complètement, des réponses complètement différentes en très peu de temps.

Médecin 4 (*reprenant la parole en parlant plus fort*): donc nous au départ quand même on avait cette question là d'avoir une échelle donc là on peut dire que ça n'a pas répondu à notre attente si on peut dire, on n'a pas eu cette échelle d'évaluation pour pouvoir faire un petit test et puis paf voilà il y a un risque.

Médecin 3: Enfin il a clarifié les choses quand même (*rires des autres médecins*)

Médecin 8: on a terminé par savoir si personnes n'avait de questions quoi.

Silence de six secondes

Médecin 5: et puis aussi, il y avait le point où on a bien repositionné les personnes à (*insiste*) risque donc qui fument, qui picolent enfin, ça c'est peut-être d'être encore plus attentif maintenant auprès de ces populations fragilisées pour dire « oh là, attention, qu'est-ce qu'il peut se passer? » alors qu'à un moment ou un autre on aurait peut être jamais poser cette fameuse question « est-ce qu'un jour ça vous est venu à l'idée de ... » je pense que j'ai quelques personnes en tête là que je n'ai pas revu depuis mais qui n'ont sans doute pas changer certaines pratiques et qui seraient peut-être intéressés de savoir ou ils en sont.

Médecin 7 semble réagir

Médecin 4 acquiesce

Silence de quatre secondes

Animatrice: quelqu'un d'autre a envie de s'exprimer sur cette question ou vous souhaitez qu'on passe à la question deux ?

Silence de deux secondes

D'accord, merci

On voulait savoir sur la construction de la formation qu'est-ce que vous en avez pensé ?

Silence de cinq secondes

Médecin 2 (*en retrait sur sa chaise*): c'est tout à fait adapté, le fait ils présentent d'abord un peu le sujet tout en restant un peu interactif, puis après terminer par tout un échange de questions, c'est tout à fait adapté aux formations de médecine générale qui ont besoin d'être le plus pratique (*insiste*) possible, le moins théorique possible. Il y avait des, ils avaient pleins de diapos (*parle moins vite*) très détaillées mais ils n'ont pas insisté sur les ... j'ai trouvé ça très simple et les messages importants étaient donnés.

Médecin 5 acquiesce

Médecine 1 rigole et semble d'accord

Tous les médecins l'écoutent

Médecin 3 regarde dans le vide

Médecin 1: oui ils étaient pas forcément lus d'ailleurs, enfin pas dans les détails donc pour nous c'était assez loin de toutes les formations qu'on a peu apprécié (*médecin 8 acquiesce; rire des médecins*) durant les études ou justement si on nous lis les diapos on peut nous donner la diapositive et on le fera chez nous, quoi donc là ce qui était intéressant c'était vraiment ça. c'est que c'était juste un support pour rebondir pour approfondir pour avancer pour se confronter à la pratique mais c'était juste en appui et du coup, voilà, ils laissaient à chaque diapositive quand d'ailleurs ça partait dans des échanges, il laissait longuement, très longuement (*sourit, médecin 4 insiste et répète aussi « très longuement »*) faire plutôt que de chercher absolument à faire son plan puis discuter après la formation.

Médecin 4 sourit

Médecin 3 réagit peu

Médecin 6: enfin le sujet, mais le sujet se prête. On est dans des sables mouvants. Le sujet, est je veux dire, quand on est marche tous sur des œufs par rapport à ça.

Médecin 1: c'est tout l'intérêt de la formation ...

Médecin 8 acquiesce

Médecin 6: je voulais dire de là à attendre une formation théorique je pense que ça aurait même été très rébarbatif (*Médecin 2 sourit*) et moi j'en ai eu une il n'y a pas très longtemps d'ailleurs sur le suicide. (*prend un ton déçu*) Un mec qui a repris, un vieux psychiatre qui est venu intervenir là sur nos formations EDF et il est venu nous ressortir ses vieilles feuilles jaunies et nous a fait vraiment un truc sur le suicide. Bon je pense que son truc il datait des années 70 ou 80, (*médecin 4 plisse les yeux*) j'en sais rien, mais là on a vu vraiment qu'il nous a déballé un truc alors que c'était que théorique avec des vérités et tout. Inintéressant. Là en quelques, en une ou deux heures, on a vraiment compris la délicatesse du problème et que si on voulait l'aborder et bien on ne l'abordait pas par des vérités gravées dans le marbre par contre c'est par des concepts, l'expérience, les échanges, le feeling, c'était... donc là on est plus dans une formation théorique sur, je sais pas, l'hémochromatose ou une autre partie de la médecine.

Médecin 1: en fait ça pourrait s'appliquer quand même à ces formations là

Médecin 6: oui t'as raison, oui, oui, oui. Oui mais si tu veux le départ avec rappel de ce que dit la faculté là on voit bien qu'elle dit des trucs mais c'est des grands schémas quoi

Médecins 1 et 6 semblent ennuyés

Médecin 8: et puis le format d'être en petits groupes, en groupe restreint, avec vraiment le spécialiste en face de nous comme interlocuteur. C'est vraiment ce que disait médecin 4 tout à l'heure c'est très interactif et je trouve que c'est vraiment là qu'on peut exploiter au mieux la formation et en ressortir le plus satisfait possible parce que chacun peut s'exprimer, chacun peut poser ses questions, on a une réponse en direct

Médecin 4 sourit,

Médecin 6 acquiesce

Médecin 6: et puis chacun enrichit l'autre

Médecin 3 (*regarde médecin 8*): oui, et il a bien illustré (*insiste*) en plus, par son expérience à lui et après il a cité des études internationales qui étaient pas inintéressantes aussi.

Médecin 4 (*souriant, convaincu, communiquant avec ses mains*): ouais, c'est-à-dire qu'on a fait quelque chose de très pratique (*rigole*) je vois ce que disait médecin 2 au départ, on ne veut plus des formations avec des diaporamas pendant une heure et demie, là, ca c'est vraiment pratico-pratique c'est-à-dire qu'il nous met quelques diapos pour illustrer qu'ils nous passaient mais comme disait médecin 1 qu'on a même pas lu et puis après c'est sur toute la confrontation d'expériences nous les uns avec les autres, chacun confronte, pose ses questions, et puis à la fin quelques études internationales c'est vraiment comme ça qu'on le veut quoi...

Médecins 1 et 8 acquiescent.

Médecin 8: et puis qu'on retient mieux aussi après.

Médecin 4: sans laboratoire, (*rit*) sans obligation de parler de tel ou tel médicament, juste en petits groupes, entre nous comme ça. C'est, enfin, dix fois plus profitable.

Médecin 1: (*médecin 3 le regarde*) et justement j'ai trouvé très intéressant le fonctionnement, c'est-à-dire qu'il assignait ses concepts sur ces études mais il gardait à la fin, c'est-à-dire, (*médecin 4 est d'accord, dit oui et hoche la tête*) à l'inverse de les citer en article sur la diapo et de s'appuyer dessus et voilà ce qu'il en dit c'est-à-dire que quand nous on avait des questions « est-ce que quelqu'un qui va se suicider a réellement envie de mourir ? » je me souviens de celle-là parce que ça nous avait tous marqués (*médecin 8 sourit*) et visiblement il y a des études qui ont montré que au moment où ils passent à l'acte ils n'ont plus envie de mourir. Et du coup effectivement de par des études bien citées et, et bien ça venait étayer son propos et c'était adapté alors que effectivement, là, juste citer « les gens qui ont envie de se suicider n'ont pas envie de mourir » je pense que ça aurait moins marqué. Alors c'était plus un...

Puis échanges entre médecin 4 intervenant en même temps que le médecin 1

Médecin 4 (*tout en bougeant les mains*): à chaque il nous a laissé développer nos questions après, parler entre nous et à la fin il nous sortait l'étude, c'était très ... en nous laissant bien, bien parler.

Médecin 1: il introduisait le sujet et concluait par, oui je pense qu'il arrivait bien à nous laisser parler.

Médecin 4: en laissant bien bien parler.

(Sont d'accord sur le sujet)

Silence de deux secondes

Médecin 7: et puis c'est un format court (insiste sur ce mot). Sur une heure et demie, t'as le temps de retracer les grands concepts, les grandes idées et puis en même temps, effectivement c'était hyper pratique, c'est quand même bien. Ca te recarde bien, en fonction de ton expérience tu gardes aussi un certain message qui sont pas forcément les mêmes pour chacun d'entre nous.

Médecin 5 et 8 acquiescent

Médecin 4 : et puis en plus si on est en petits groupes comme ça, on peut tout à fait se permettre des digressions, des hors sujet, des petites choses, si on veut tant qu'on y est, on peut, *(rires)* on récupère plus de choses quoi, sur une heure et demi.

Médecin 1 acquiesce

Médecin 5 et 8 sourient

Silence de dix secondes.

Médecin 5 marmonne quelque chose

Animatrice *(s'adressant au médecin 5):* tu voulais peut-être apporter quelque chose ?

Médecin 5 : non

Animatrice: t'es plutôt d'accord avec tout ce qu'il se dit ?

Médecin 5 hoche la tête.

Silence de six secondes.

Animatrice: D'accord, et bien nous allons passer à la question trois peut-être, comme ça tout le monde est sur qu'à trois heures ce sera fini.

(Rires de l'ensemble des personnes présentes)

En quoi cette formation a modifié vos pratiques ?

Silence de sept secondes.

Médecin 2: et bien on peut dire que très concrètement avant je demandais s'ils avaient imaginé comment se suicider mais je n'allais pas jusqu'à *(silence d'une demi-seconde)* demander par exemple s'ils avaient la corde chez eux. Enfin, *(sourit)* j'ai une patiente c'est, à qui j'ai eu besoin de demander ça et le fait qu'elle, c'est bête, mais qu'elle n'est pas de corde chez elle et qu'elle soit, qu'elle doive aller en acheter une, mine de rien, ils nous avaient expliqué *(médecin 4 confirme)* que le fait d'aller l'acheter c'était suffisamment, enfin, assez rassurant puisque le temps d'aller l'acheter il y avait, l'envie *(médecin 5 dit « l'envie » en même temps)* serait, bon ça ne m'a rassuré non plus, *(rires de tous les médecins)* mais un peu rassurée, voilà, concrètement je suis allée jusqu'au bout de la question *(réfléchit)* et je pense que ça aide les gens d'aller jusqu'au bout de ce qu'ils ont à dire. Même si c'est dur pour eux de mettre des mots sur vraiment tout ce qu'ils avaient imaginé

Médecin 8: moi pour répéter à ce que je disais tout à l'heure, moi, maintenant je n'hésite plus à mettre un mot dessus et à dire est-ce que vous avez pensé au suicide ? oui, et si oui Et de quelle manière ? Et je pense à un monsieur que j'ai vu aussi et *(réfléchit)* et une dame d'ailleurs qui me disait « oui, des fois voilà je vais à la fenêtre et puis je pense peut-être sauter etc » et il nous avait dit « bon bah en tant que personnel soignant vous êtes là aussi pour les soutenir, les accompagner et éventuellement leur donner des petits trucs pour repartir un petit peu en arrière, retarder peut-être un petit peu le geste, se donner le temps de la réflexion ». Et ils nous avaient expliqué par exemple que pour une fenêtre la bloquer avec un élastique quelque chose ça laisse le temps à la personne quand elle a envie de sauter et qu'elle veut l'ouvrir, débloquer un petit peu le mécanisme et bien « de prendre du recul et se dire que je n'ai pas vraiment envie de faire ça » et puis j'ai donné ce

conseil là à quelqu'un ça c'est bien passé par la suite mais voilà c'était un des côtés pratiques de la formation, (*parle moins fort*) qu'on apprécie.

Médecin 5 hoche la tête et tapote sur la table avec son index

Médecin 4 semble interpellé

Médecin 3 et 7 la regarde

Médecin 2 sourit

Silence de trois secondes

Médecin 5 (*en bougeant frénétiquement ses jambes*): j'ai pas eu trop l'occasion de (*réfléchit*) de pratiquer. Mais ce dont je suis certain c'est que je ne tarderai pas à poser les ou la (*insiste*) question et demander ce fameux scénario s'il existe ou pas et si tous les moyens sont réunis (*insiste*) pour réaliser ce scénario. Je crois que c'est ce qu'on a tous, ce qu'on va tous mettre en oeuvre c'est le fait de poser les la (*insiste*) question « avez -vous eu des idées ». On tardait mais parfois c'est con mais on s'interdisait de le faire ou est-ce qu'on va aller si on pose une question pareille (*rires*). Hein ? (*Cherche l'approbation des autres médecins*) c'est...

Médecin 1, 2, 4, 7 et 8 le regardent.

Médecin 4 ne semble pas d'accord.

Médecin 7: moi j'ai eu déjà ça

Médecin 1: c'est ça, comme tu dis. Ou est-ce qu'on va aller ? Qu'est-ce qu'on va en faire ?

Médecin 5: où est-ce qu'on va aller et qu'est-ce qu'on va en faire ? Oui je me demandais...

Médecin 1: alors que du coup, elle pouvait faire un peu peur cette question et après, maintenant elle est rassurante. C'est-à-dire que j'ai un peu la même histoire que chez le médecin 2, c'était hier encore, un monsieur « et puis, vous avez pensé au suicide, vous avez envie de mourir ? », « ouais, ouais, ça arrivait souvent le mois dernier. » Du coup je serais peut-être pas allé demander le scénario mais là j'ai demandé, « bah comment ? », « oh, bah je sais pas... », alors là du coup, quand il dit « oh bah je sais pas »

Médecin 4: ca t'a rassuré ? (*Rires*)

Médecin 1: (*souriant*) ça m'a rassuré, vachement, alors que voilà, (*Médecin 4 dit « oui », confirme*) il m'aurait juste dit, « bah voilà, j'ai souvent pensé à mourir », là et là j'aurais été beaucoup embêté. Et le fait qu'il m'ait dit « bah j'sais pas » et bah c'était rassurant pour moi, du coup je sais que de toutes façons je le réévalue mais ça permet de d'être plus serein vis à vis de ça et de gérer dans le temps cette relation, de savoir est-ce que ça peut attendre une semaine, est-ce que ça peut attendre deux jours, est-ce que ça peut... du coup ça, voilà est-ce que c'est une question qui globalement fait peur parce que c'est aussi pour ça qu'il y a la formation parce que c'est quelque chose qui est dure à gérer en médecine générale et du coup ça peut nous (*réfléchit*) ce côté rassurant un petit peu pour le médecin je trouve. (*Pause, réfléchit*) Pareil les Velcro (*médecins confirment*). Maintenant quand y en a un qui me dit « oh bah non, parce que j'ai un tel, j'ai mes enfants » (*mime le soulagement*) pas de là à laisser couler mais c'est vrai que le côté Velcro, maintenant, le mot-clef, on a l'impression qu'il sonne quand les gens le disent bon y a un Velcro, (*Médecin 4: ouais, médecin 7 confirme aussi*) c'est pas pour tout de suite.

Médecin 8: puis t'es sur que c'en est un aussi de Velcro. Parce qu'il nous avait bien dit...

Plusieurs confirment

Médecin 1: oui, bien sur

Médecin 8 (*reprenant*): de les revoir à une semaine, 15 jours-3semaines, un mois. (*Médecin 4 confirme*) Là ils savent qu'il y a quelqu'un derrière qui est là etcétera, disponible. Et puis ça leur donne un objectif dans le temps aussi.

Médecin 6 (*en plissant les yeux, semble inquiet, se justifie, regarde l'animatrice*): moi, j'ai officié en ricochet, si je peux exprimer ainsi le truc, ou par procuration. En fait c'est une patiente qui elle se renfermait. Je n'avais plus tellement de contact avec elle mais par contre j'avais des contacts avec la (*insiste*) famille et donc (*réfléchit*) elle avait exprimé des idées suicidaires à sa famille, elle voulait plus voir la

psychologue qui la suivait pour une psychothérapie et moi elle ne voulait plus me voir parce que les médicaments ça (*mime l'inefficacité*) ça voulait pas... Alors j'ai eu son frère au téléphone et il me faisait part de son inquiétude. Donc c'était assez pesant parce que nous on nous refile le bébé entre guillemets et on se retrouve avec une pression à distance comme ça sur laquelle on peut pas tellement agir parce que le patient ne veut pas, se renferme et ne veut pas spécialement voir les thérapeutes à ce moment-là. Et là donc c'est par le, par procuration en fait que j'ai fait ce qui fallait faire en pensant à l'équipe de prise en charge des gens suicidaires, à l'hôpital, je lui ai dit (*de façon convaincue*) « bon, si elle t'a formulé son désir de disparaître, et bien, demande lui si elle a élaboré un scénario (*rit*), demande lui tout ça et toi tu (*insiste*) évalues vraiment toi-même, ça y a pas besoin spécialement d'être médecin, et surtout tu l'emmènes aux urgences. » Et il l'a fait, il est resté, deux heures, trois heures, en pleine nuit avec sa sœur, et puis il l'a hospitalisée et le lendemain il m'a rappelé et il m'a dit, bah, enfin bon, il m'a remercié (*le dit moins fort*). Enfin, ça, c'est pas, je recherche pas la gloire là-dessus, mais je veux dire c'était la première fois où en fait je déléguais ce truc là et je pense je ne l'aurais pas fait aussi aisément avant la formation, parce que j'étais plus (*insiste*) serein, et que je me mettais pas la pression à moi et toute la responsabilité sur moi-même. (*Silence d'une demi-seconde*). Et elle est restée une semaine (*pause*) hospitalisée. Elle est ressortie, (*insiste*) mieux.

Tous les médecins l'écoutent.

Médecin 5: et ils avaient évalué ce risque comment ?

Médecin 6 (*se justifiant*): bah ils l'avaient évalué, oui, mais bon après, sans dire à quel niveau elle était (*rit*), il n'y avait pas d'échelle ! Mais par contre, oui, ils marquaient bien dans le compte-rendu qu'il y avait des idées suicidaires.

Médecin 3 (*semblant très surpris*): moi j'ai travaillé un samedi matin, il n'y a pas longtemps, j'ai un de mes patients aussi qui avait, que j'ai envoyé aux urgences psy, pour des..., un jeune étudiant qui..., et c'est depuis la conférence, je veux dire on est quand même cinq là sur l'ensemble du cabinet à relater des choses quand même finalement on peut se dire... parce que quand tu te posais la question « est-ce que ça nous a apporté depuis cette formation? » et bien je veux dire

il y a quand même cinq cas... Parce qu'on pourrait se dire c'est pas très fréquent. C'est vrai que y a des journées... on n'entend pas parlé que de ça non plus (*tous les médecins rient*). On est quand même

Médecin 6: ouais

Médecin 3: c'est quand même une fréquence où... voilà

Médecin 6: on a une vigilance plus aiguïlée (*médecin 3 confirme*), ça c'est clair et on a une réponse plus adaptée. Je pense que c'est comme ça qu'on pourrait résumer notre apprentissage.

Médecin 8 confirme.

Médecin 4 (*parlant lentement, ouvrant les yeux en grand, semble hésitant et recherche le regard des autres*): moi, je pense que ça a modifié un petit peu mes pratiques. Je pense que avant je posais la question après un long entretien quand je sentais (*rit*) qu'il y a avait un état dépressif important. Puis, on avançait, on avançait, et à la fin je demandais « est-ce qu'il y a eu des idées suicidaires ? » vraiment c'était... Et maintenant je, j'y vais beaucoup plus rapidement, (*réfléchit, pause de trois secondes*). Parce que comme disait le médecin 1, (*le regarde, médecin 1 acquiesce*) je vais être un peu plus capable de graduer derrière et d'être moins vite complètement inquiet ou pas. Voilà. Avant c'était « on / off »: des idées suicidaires oui / non. Puis après (*fait mime de progresser*) Donc maintenant on peut aller plus loin, graduer, du coup c'est sans doute un peu rassurant pour nous quand même. Moi, j'ai l'impression que je pose la question plus vite maintenant, un peu plus facilement quoi. « Est-ce qu'il y a eu des idées suicidaires ? » (*le dit sur un ton plus bas, en parlant moins fort*). Puis après derrière, les scénarios et tout ça... oui, oui. Un peu plus vite.

Médecin 1: ouais plus rapide. « qu'est-ce qu'on en fait après ? C'est toujours la question. Du coup là maintenant, on a un peu ce réconfort... On sait à peu près quoi faire.

Médecin 4: ouais, parce que ça a été la discussion le soir, c'est ce qu'on disait, quand on va poser la question et qu'on a déjà 25 min de retard, donc là on part là-dessus, on se dit « oh la, la j'en ai encore pour.... c'est pas possible » (*Tous les médecins rient*) Donc des fois, bah oui, on dit bah, (*mime la résignation*) on élude la question.

Médecin 6: puis ils partagent aussi. Le fait qu'on ait en face de nous des gens pour qui c'était le quotidien. C'est des (*insiste*) spécialistes de la prise en charge du suicide. (*Médecins 3 et 4 acquiescent*) qu'ils nous disent « bah nous, malgré tout ça (*Médecin 4 confirme*), malgré cette prise en charge, et bah y en a quand même qui se suicident ». Bah (*semble gêné*) je ne vais pas dire que ça me rassure entre guillemets parce que ce serait (*réfléchit*) funeste (*médecin 4 sourit*) mais d'un autre côté ça nous permet aussi de prendre un peu de recul parce que nous, vivre le décès par suicide d'un de nos patients, hein d'avoir des (*hésite*) (*médecin 7 réagit, semble concerné*) des morts qui s'entassent dans le placard et pour lequel nous on a été un élément peut-être pas déclencheur du tout (*rire gêné*) mais je veux dire, on n'a pas eu de réponse et tout, bah ça c'est le genre de truc, c'est un peu nos fantômes quand même qu'on garde toute notre carrière. Et le fait que eux disent que « bah, (*le dit d'un air pragmatique*) comme un cardiologue (*réaction générale - parle plus fort*) les mecs qui font un infarcte alors qu'ils sont monitorés bah eux ils sont monitorés entre guillemets psychologiquement mais (*mime l'évidence*) il y a des échappements.

Médecins 1 et 4 réagissent, s'avancent sur leur chaise.

Médecin 2: ca rappelle bien que la crise suicidaire c'est une maladie et que qu'en médecine tout ne se soigne pas.

Médecin 6: ouais, c'est ça.

Médecin 4: il a essayé de dédramatiser voilà c'est ça

Médecin 6: c'était important (*plusieurs médecins parlent en même temps pour acquiesser*)

Médecin 7: j'ai retenu ça aussi...

Médecin 6: c'était important qu'on entende tous ça et que, on se le partage parce que des fois vis-à-vis des familles par exemple, (*mime la difficulté*) on en garde quand même, une (*insiste*) dette, on sait pas,

Médecin 4: bah y a une culpabilité

Médecin 7: oui c'est ça, ça fait prendre du recul aussi sur le côté, tu détectes (*Médecin 6 sort de la pièce*) mais de toutes façons tu ne règleras pas le problème, le but du jeu c'est que tu sais que t'es dans un degré de la crise suicidaire plus ou moins élevé mais quand ton seul objectif c'est juste gagner du temps, c'est juste ça quoi. Faire décompresser un peu pour essayer de revenir sur le stade d'en-dessous et ça fait relativiser pas mal, ouais. Moi la question j'étais comme toi (*s'adresse à médecin 4*) je la posais quasiment systématiquement. Mais du coup ça t'aide à savoir un peu ce que tu cherches en plus, mais c'était ce côté de là de se dire bon le but du jeu de trouver des petits moyens, t'as un traitement pas de traitement, (*Médecin 4 confirme*) mais tu veux juste gagner du temps de toutes façons le problème, y a pas de solution, ouais c'est ça...

Médecin 4 (*plisse les yeux, écoute et réagit*): oui, oui. Il nous a donné des solutions comme disait médecin 8 et 1 tout à l'heure. Il nous disait quand même des petites (*le répète plusieurs fois*) solutions qu'on avait pas vraiment, forcément et sur l'histoire de la fenêtre (*Médecin 7 et 8 confirment*), enfin tu vois. Le pont avec la ... y a eu pleins d'illustrations comme ça, qu'étaient super. Le pont avec la cabine téléphonique (*Médecin 7 dit « A San Francisco*), enfin voilà. (*Médecin 1 sourit*) Ouais (*échanges avec médecin 8*) mais tout ça c'est des choses qui nous, le pistolet avec la détente un peu plus la gâchette (*médecin 5 dit « la pression qui était plus difficile*) un peu plus difficile. Aux Etats-Unis, ils ont mis des gâchettes plus difficiles sur toutes les armes et depuis qu'ils ont fait ça ils ont beaucoup moins de, il y a moins de suicides par armes à feu. (*Médecin 8 confirme*) Pleins de petits trucs comme ça c'est vrai, que hop, tu te dis j'ai des petites solutions derrière.

Médecin 2: *(tous les médecins la regardent et l'écotent)* Y a autre chose qui m'intéresse / reste aussi. L'histoire que c'est pas parce qu'on est en pleine crise suicidaire qu'on est *(insiste)* dépressif et nous, enfin moi avant en tous cas *(médecin 4 acquiesce)*, j'avais tout de suite envie de mettre un traitement parce que voilà, moi, et j'ai eu une patiente qui avait pris des médicaments donc qui avait fait une tentative de suicide même *(parle moins fort)* si elle avait pas pris beaucoup et c'est... euh, c'était en lien avec son travail *(parle plus fort)* et bah j'ai pas mis de traitement parce que quand elle est chez elle, elle va bien, elle est pas dépressive et c'est son travail et avant j'aurais mis un traitement, c'est sur, *(parle moins fort)* parce que je me serais dis « bah, voilà, elle a pris des médicaments... » et là, le fait de me dire, « bah en fait ça ne va rien changer puisqu'elle n'est pas dépressive » et que c'est, faut gérer le problème du travail enfin voilà, c'est un peu...

Médecin 4 *(réagit, semble convaincu)*: ça correspond tout à fait *(réfléchit)* à ce que je disais tout à l'heure c'est-à-dire que souvent je posais la question avant quand j'avais vraiment l'impression d'un état dépressif important. *(Médecin 2 confirme)* Et je disais que maintenant je la pose plus vite parce que, comme ce que tu dis toi, t'as pas forcément un état dépressif important et assez vite on peut aller sur cette question de l'idée suicidaire alors que t'as pas forcément une dépression avérée ou depuis longtemps. Tu vois ça peut être...

Médecin 5 écoute

Médecin 6 revient dans la salle.

Médecin 5: à côté de ça, on a un cas en commun *(regarde médecin 2 qui semble attristée, concernée; tous les autres médecins l'écotent)* euh *(réfléchit)*, malgré la formation je ne sais pas si on aurait pu *(insiste)* prévoir quelque chose concernant un patient qui s'est suicidé, à 84 ans *(regarde médecin 2 pour confirmation)*. *(Médecin 6 se rassoit)* Parce que c'est une personne qui n'avait jamais pris un comprimé pour dormir, un anxiolytique, un anti-dépresseur, rien de ça, non *(médecin 1 lève les épaules)*. *(Réfléchit)* Il avait seulement *(le dit comme justifiant le geste du patient)* perdu sa femme qu'il aimait et s'est retrouvé tout seul sans enfant *(mime le côté triste, difficile de la situation)*, ils n'avaient pas eu d'enfant c'était un deuxième mariage *(explique le fait qu'ils n'aient pas eu d'enfant)*, ils n'avaient pas eu d'enfants ensemble, ils avaient quitté une région, donc il n'avait pas d'ami, il per-

dait la vue donc il n' allait plus conduire, il était en perte de tout (*pose le mot*). Et, quand je l'ai vu avant que tu prennes la suite (*désigne le médecin 2*) au contraire il avait mis tout à jour ses... Il avait fait un (*insiste*) AVC en plus, avant que je ne parte, il avait fait une chute, il avait une fracture qui avait été détectée tardivement mais à (*insiste*) aucun moment je pense que quelqu'un s'était mis en tête que cette personne là pourrait se suicider tu vois (*justifie*). Et puis quelque part, avec du recul, je me dis, bah c'est peut-être pas si mal. C'est, parce qu'il allait vraiment être seul, seul, en ayant des pertes d'autonomie...

Médecin 6 regarde son téléphone

Médecin 3 lève les yeux.

Médecin 1 lève la tête et les épaules, semble d'accord sur l'impuissance.

Silence d'une seconde

Médecin 2: bah après, peut-être que..., ils ont quand même dit que le suicide chez la personne âgée c'est beaucoup plus fréquent qu'on ne le pensait. Moi, il m'avait dit qu'il était, on voit bien les gens qui n'ont pas la forme, quand ils ont une jambe cassée mais bon, j'aurais jamais pensé dans ce contexte là, peut-être que je serais plus vigilante maintenant vis-à-vis des personnes âgées...

Médecins 3 et 4 l'écoutent.

Médecin 7: c'est un truc qu'il avait pas mal souligné ça quand même. Et que globalement, enfin je, chacun d'entre nous est allé chercher assez loin, dans la plainte des personnes âgées, isolées, en structure ou autre, que il y avait quand même un risque avéré.

Médecin 3 (*acquiesce, semble concerné*): sous prétexte qu'ils sont âgés ils ont forcément ras-le-bol de la Vie, forcément une fatigue, ils sont forcément pas bien alors

Médecin 7: en fait il faut peut-être aller creuser plus que ça. On a eu un bon laïus là-dessus.

Médecin 8: par contre pour rebondir, ils nous avaient aussi précisé que quelqu'un qui a des idées suicidaires, un projet avec scénario et tout ça souvent dans les 24-48 heures avant le geste, ils sont (*insiste*) bien.

Médecin 4 (*complètement d'accord*): ouais ça aussi ça nous a...

Médecin 8: tu vas les revoir et tu vas les trouver super bien, et tu vas te dire « chouette, ils se sont améliorés » mais...

Médecin 2: et oui, c'est typique, parce que j'avais été le voir la veille et, enfin deux jours avant et il n'était pas très en forme, enfin, (*se justifiant*) il avait la jambe cassée, enfin il avait pleins de raisons pour expliquer le fait qu'il n'allait pas bien, et la veille j'étais retournée le voir parce que quand même j'étais embêtée et tout allait beaucoup mieux et...

Médecin 4 sourit, plisse les yeux

Médecin 8 (*semblant vouloir la rassurer*): et après le monsieur n'avait jamais exprimé d'idées suicidaires ou autres. Ca aurait été le cas vous auriez peut-être plus dit « oh, il y a un changement, c'est pas normal (*le dit l'air inquiet*) » que avant il avait pas été franchement

Médecin 2: je ne le connaissais pas depuis suffisamment longtemps pour avoir un recul.

Médecin 8: il était pas dépressif non plus.

Médecin 2 semble embêtée.

Médecin 2: mais il avait probablement déjà décidé que...

Médecin 5 (*justifiant*): et oui, parce que tout était préparé, tout était mis sur la table. Les vêtements, les papiers, le livret de famille...

Médecin 2: et c'est pour ça, c'est presque la question, est-ce qu'il voulait se, enfin... est-ce que (*réfléchit*) c'était vraiment un choix ? Est-ce que c'était bien réfléchi (*moins fort*)? Ou est-ce que...

Médecin 7 (*rassurant*) : c'est dans le processus, tu n'as plus d'autres solutions possibles que ça. C'est la seule réponse ...

Médecin 2: ouais, mais est-ce qu'il n'y a pas d'autres, (*hésite*) des gens qui choisissent l'euthanasie.

Médecin 1 (*lève les épaules, dédouane*): ils se disent bien en amont, si ça trouve il se l'était dit depuis des années, sans être dans un processus ...

Médecin 5: quand je veux emmerder personne, je veux pas aller dans une institution. Des fois on peut gratter, sûrement gratter et est-ce qu'il faut tout gratter ?

Médecin 1: et puis tu ne peux pas être une assurance tout risque

Médecin 2 (*rigole*): non

Médecin 1: nan mais c'est aussi ça

Médecin 5: on a le droit de....

Médecin 1 (*s'adresse à médecin 6*): après ça me fait penser, la recherche de solution effectivement c'est pareil, justement quand ils disaient bien que c'était une absence de solution qui faisait que ça avançait dans le processus, avançait, ça avançait et ça se cristallisait et donc du coup justement on risquait de voir qu'est-ce qui les retient mais aussi qu'est-ce qui pourrait les faire sortir. Ils essayaient de mettre en évidence qu'il y a des (*insiste*) solutions dans ce processus en leur disant « bah voilà si c'est le boulot, bah, voilà, vous avez tel recours, je ne sais pas, au chsct, au niveau des syndicats » enfin il y a des, ils laissent entrevoir des solutions au patient qui peut être en crise qu'on voit mais on ne voit pas toujours. Mais du coup ça peut les aider à sortir un peu de la trajectoire et finalement à redonner l'idée que c'est possible et d'avancer, donc (*pause*) le modèle de cet entonnoir effectivement ... ça se passe aussi dans la consultation ça me fait tou-

jours réfléchir. Bah voilà, vous avez telle personne ressource, vous avez, ça dépend du cas, évidemment ça ne s'applique pas à tout le monde mais ça peut s'y appliquer. (*Regarde médecin 2 et 4 puis les autres*)

(*Se recule sur sa chaise*)

Médecin 4 (*lève les yeux, convaincu*): puis juste parce que je reviens sur ce que disait le médecin 2, voilà la prochaine fois que j'en vois qui est déprimé depuis longtemps et puis qui d'un seul coup il va très bien,

Médecin 5: ca va faire clic-clac

Médecin 4 (*mime l'alerte, convaincu*): ou, la, la, ça va faire tilt !! J'ai pas eu depuis, mais ça celui qui va très bien tout d'un coup, (*pause*) méfiance !

Médecin 1 (*sourit*): méfiance ! Tu l'envoies aux urgences celui-là !

Rires de tous les médecins

Médecin 3: je vous l'envoie parce qu'il va bien !!

Silence d'une seconde

Médecin 4 (*plus triste*): juste avant tout va bien

Silence de douze secondes

Animatrice: merci ! Peut-être qu'on va passer à la question d'après ? En fait j'ai rajouté une question, je me suis demandée, est-ce que vous avez appris des choses (*insiste*) nouvelles ou est-ce que c'est des choses que vous aviez déjà entendues, qu'on vous a redites ? Ou les deux ?

Silence de cinq secondes

Médecin 5: on a déjà plus ou moins répondu à cette question là, je pense, non ?

Animatrice: c'est pour ça que j'ai rajouté la question, c'était pour que ce soit bien précisé et parce que vous avez plus ou moins répondu à la question.

Médecin 3 (*répond tout de suite, tout le monde le regarde, parle les mains en avant*): moi, ce que j'ai vraiment appris c'était que y avait quand même ce, cette (*réfléchit*), les gens qui voulaient se suicider ou qui se suicidaient il y avait quand même cet instant où cette envie de mourir n'était pas (*insiste*) permanente et on avait quand même une fenêtre où c'est l'exemple qu'il a donné sur la fenêtre qu'on bloquait comme tu disais médecin 2 ou le cran du pistolet qu'est devenu plus dur. Toute cette notion de se supprimer mais qu'est pas complètement (*réfléchit*) assumée ou voilà. Ca je ne savais pas moi (*se justifie auprès de médecin 4 et 5*). Je ne pensais pas qu'on avait quand même ce laps de temps, c'est (*parle plus fort*) assez surprenant et je dirais même que ça complexifie un peu plus (*hésite*) le problème du suicide, quoi. (*Pause d'une demi-seconde*) Ca, je l'ignorais.

Tous les médecins l'écoutent.

Médecin 7: moi c'était les étapes qui montent, qui montent, (*médecins 8 confirme*) qui montent vers cette seule solution qui reste alors que bon c'est tout fait, j'y pense mais c'est très loin puis tout ça, et plus j'y pense et c'est la seule solution quoi, le côté entonnoir... Ca je savais pas parce que ça m'avait marqué déjà moi dans les cours, (*insiste*) verbaliser « est-ce que vous avez des idées suicidaires et tout ça » les facteurs précipitants, les facteurs « machin tout ça ». Tout ça, moi j'avais déjà entendu mais tout était pas forcément resté mais c'était ce côté là des étapes qui montent qui montent j'étais. Ca j'ai vraiment appris ce truc là. Le côté cristallisation et tout ça.

Médecin 4 confirme de la tête

Médecin 2 s'avance sur sa table

Médecin 8: moi c'est comme médecin 3, c'est vraiment les gens (*insiste, parle plus lentement, individualise chaque mot*) qui se suicident ne veulent pas mourir.

Médecin 7 (*acquiesce*): c'est vrai, c'est la seule solution, parce que...

Médecins 3 et 4 sont d'accord

Médecin 4: ce qui est encore plus horrible pour nous

Médecin 8: oui c'est ça !

Médecin 4: c'est encore plus horrible pour nous (*médecin 5 sourit*), quand il nous dit que la plupart des gens qui sautent qui se défenêtrent et qui ratent leur coup, quand tu les interrogues après ils disent que dans la seconde où ils ont sauté (*Médecin 7 confirme: « où ils ont sautés ils ne voulaient pas »*), ils se sont dit non. Quasiment tous.

Médecin 7: et comme quoi c'est, t'as toujours une marge enfin, tu peux toujours gagné un peu de temps.

Médecin 4: c'est ça ! C'est d'autant plus rageant.

Médecin 7: il suffit de gagner une minute pour que la crise soit (*parlent tous en même temps pour acquiescer*)

Médecin 3: ca se jour parfois à rien. Ca semble être d'une extrême fragilité finalement et comme tu dis gagner du temps c'est parfois gagner une vie (*insiste*) quoi. C'est complètement ...

Médecin 7: c'est le gros message que j'ai retenu. Tu ne peux pas résoudre le problème mais le but du jeu c'est, un, tu verbalises ton inquiétude, deux, tu gagnes du temps, quoi !

Médecin 4: oui et en donnant des petits moyens

Médecin 2 acquiesce

Médecin 2: oui des choses qui paraissent effectivement pas grand chose par rapport à la formation sur le suicide mais qui nous, nous restent comme des petits éléments mais qui sont, qui nous changent, qui changent vraiment la façon de

(**insiste**) (*Médecin 4 confirme: ah, oui!*) de faire en fait. Vraiment ces petits éléments qui ne sont pas grand chose mais dans la consultation ça, nous enfin, moi c'est clairement vraiment différent.

Médecin 4 (*confirme*): ouais.

Médecin 2: enfin, pour tout ce qu'on a dit.

Médecin 8: Mais c'est ce que tu disais médecin 4, avant on restait, voilà, quasiment dans le flou, à se débattre pendant une heure en se disant « bon je vais essayer d'agir sur ça, mais je vais lui parler de ça aussi et je sais pas si j'ai bien fait mon truc ». Alors que là, on se contente aussi peut-être de cibler bien les choses par les Velcro, un projet, (*médecin 4 confirme*) « est-ce que vous avez quelqu'un à appeler si ça ne va pas » etc. On lance des petites choses comme ça et puis on se dit « bah voilà, j'ai donné les clefs en mains aussi au patient » et ça permet aussi de se déculpabiliser.

Médecin 4 *intervient*: moi je trouve surtout qu'on avait un peu tous plus ou moins par les formations, par notre expérience un petit peu l'idée on voit il faut faire comme ça. Mais là je trouve qu'il nous a vraiment (*insiste*) clarifié. Je trouvais (*réfléchit*) que c'était peut-être pas simplifié mais clarifié un petit peu les choses avec des petits moyens. Clarifié, oui.

Médecin 1: et du coup ça fait un peu les deux, c'est-à-dire qu'on a, c'était des choses qu'on connaissaient mais qui ont été structurées (*médecin 4 confirme: ouais*) ça structure (*Médecin 8 confirme*) ça donne un plan global, à ce qu'on connaissait déjà. Et puis, bien sûr il y a des éléments nouveaux qui permettent d'enrichir justement la, et c'est l'intérêt de la formation, d'enrichir les choses mais je trouve que, voilà, ça (*insiste*) clarifie les connaissances ou la pratique qu'on avait déjà et enrichi d'éléments qui permettent d'aller plus loin. (*Pause*) Les deux mon capitaine (*s'adressant à l'animatrice*). (*Rire*)

Médecin 2: disons qu'avant on savait ce qu'il fallait demander maintenant on sait pourquoi on le demande

*Médecin 1 et 4 impressionnés
rires de tous les médecins*

Médecin 2 (*se justifiant*): nan mais tu demandais des trucs comme ça mais t'en faisais pas grand chose.

Médecin 4: ouais tu savais pas trop quoi en faire des fois...

Médecin 1: c'était la formulation qui était...

(*Sourit*)

Silence de six secondes

Animatrice: Merci. Et la dernière question. Quelles sont vos suggestions pour améliorer la formation ?

Silence de trois secondes

Médecin 4: sur la psychiatrie ou de manière générale sur la médecine générale ?

Animatrice: celle que vous avez eu.

Médecin 4: cette formation là ?

Animatrice: cette formation là.

Médecin 6: bah moi, déjà, je n'ai pas spécialement une réponse dans ce sens là mais je pense qu'on a déjà, moi c'est la première fois que l'enseignement vient de l'initiative d'une étudiante. En général ça part quand même des professeurs (*utilise le ton de l'évidence*). Donc moi c'est d'abord, tout le remerciement que j'aurai à faire la démarche qui part de normalement des gens qu'on va enseigner là c'est eux qui nous ramènent l'enseignement. Et ça je tiens à remercier Marion, et puis bien sur le DMG qui permet ce genre d'échanges et puis le fait qu'on avance même avec nos années d'expérience et puis, ça vient un peu bousculer tout ce que je dis depuis bien longtemps depuis que j'ai des stagiaires c'est que vous

êtes des empêcheurs de nous scléroser en rond. Et les étudiants votre présence et là ça vient l'illustrer à une dimension supérieure que je n'avais pas encore goûté c'est-à-dire qu'avant c'était des échanges-duel ou des ... c'était open enfin, je leur dit toujours, si vous avez des choses à critiquer il faut y aller. Tandis que là c'était vraiment ça part de quelque chose de structurer, qui va déboucher sur un travail, puisque c'est ta thèse (*s'adressant à la thésarde*) et moi je suis enchanté de passer à cette dimension des échanges entre les étudiants et puis les maîtres de stage.

Médecin 1 semble surpris

Médecin 8 sourit

Silence de trois secondes.

Médecin 5 (*en me regardant puis en recherchant confirmation auprès des autres médecins*): c'est un petit peu difficile de dire ce qu'aurait pu être, (*parle lentement*) comment aurait pu être traité ce sujet, avec un autre couple d'experts. C'est-à-dire que là je pense qu'on est tombé sur vraiment un couple d'experts vraiment très très bien parce que on aurait eu quelqu'un d'autre peut-être que (*médecin 4: « quelqu'un de moins pratique »*)... présenté autrement et on aurait peut-être pas eu ce que l'on a pu avoir lors de cette formation. Je crois qu'on peut parler de (*insiste*) cette formation, avec Marion, avec ce psychiatre et cette infirmière, ouais, mais qu'est-ce que ça aurait été la même question avec d'autres personnes ? (*Le dit avec l'expression non verbale du questionnement*) Je ne sais pas. Donc on peut juger que par rapport à ce qu'on a pu avoir, puis on eu la chance d'avoir de bons intervenants. (*Médecin 6 cherche à intervenir*) C'est pour ça qu'on est tous satisfaits et on se retrouve tous avec un gain et pouvoir utiliser des nouvelles armes pour aborder le sujet.

Médecin 6 (*interpellant la thésarde*) : et si on en est à retourner les cartes, est-ce que toi tu as initié quelque chose dans le message qu'ils devaient nous donner ?

La thésarde: euh non, du tout.

Médecin 6: tu as eu peu d'échanges avec eux auparavant ?

La thésarde: et bien, eux avaient une formation....

Médecin 6: ouais, qu'ils font, et puis qu'ils nous ont bien expliqué mais je veux dire que toi, t'avais pas?

La thésarde: je ne me serais pas permise (*rire gêné*)

Médecin 6: nan, mais attends c'est ton travail au départ !

Moi: oui, mais non je n'ai pas du tout intervenu.

Médecin 4 (*est sur le fond de sa chaise, convaincu*): moi j'avais eu le psychiatre au téléphone quand j'avais été facilitateur pour pouvoir avoir un conférencier, mais je lui avais juste dit une seule chose, quelque chose de (*insiste*) pratique (*tout le monde acquiesce*) pour la médecine générale, voilà, quelque chose qui soit pratique pour nous, quoi. Mais on a refait si on voulait élargir un petit peu, le même type de formation sur les troubles cognitifs de la personne âgée, on a un peu fait sur le même mode, c'est-à-dire avec peu de diapos, avec beaucoup d'interactions entre nous, enfin moi, je crois que c'est vraiment ça la formation la plus (*insiste*) pratique temps passé / apport bénéfiques pour nous. Parce que c'était condensé, c'était assez court, chacun livre un peu ce qu'il en pense, ce qu'il en fait. Ensuite il y a le conférencier qui touille un peu tout ça et qui le refait après, qui nous précise un petit peu les choses et moi, là je trouve que là on apprend un peu les choses, beaucoup de choses, enfin je trouve que c'est, ça correspond plus à la formation de la médecine générale. C'est-à-dire qu'on part quand même de notre (*insiste*) expérience, on part de notre expérience, et puis les conférenciers qui viennent sont des gens de (*insiste*) terrain.

Médecin 3 (*en accord avec médecin 4, confirme*): des locaux, des gens qu'on connaît.

Médecin 1 confirme.

Médecin 4: des locaux, oui des gens qu'on connaît. Il faut aussi que la parole soit facile, aussi. Déjà entre nous la parole est facile et puis avec un conférencier

qu'on connaît un petit peu tous plus ou moins c'est aussi beaucoup plus facile quoi. C'est tout le contraire de l'amphithéâtre avec le prof en bas qu'on ne connaît pas (*rit*), c'est le contraire. C'est l'autre pendant, quoi. On est vraiment à la même table, je ne vais pas dire à égalité, mais enfin on est égalité de possibilité de prise de parole, quoi.

Médecin 8: après si on voulait compléter on aurait pu détailler un peu plus ce qui était le côté médicamenteux, comme disait médecin 7, après, vu que c'était pas la première chose à faire de plus important dans la crise suicidaire, ça nous a pas trop manqué. (*Médecin 6 confirme*) Et puis il y a autre chose à laquelle je pensais, alors je pense qu'une formation dans ce contexte là c'est peut-être un peu compliqué, mais c'est intéressant d'avoir le retour d'expérience des médecins, des spécialistes, et on a un peu moins souvent celle des patients. (*Tempère son propos*) Alors c'est un peu compliqué d'interroger après un patient qui a fait, par exemple, une tentative de suicide ou autre mais d'avoir leur expérience aussi et peut-être qu'ils auraient pu apporter des éléments confirmant ce que disait aussi le psychiatre, en disant « bah voilà, moi je suis passé par là, je sais qu'effectivement il y a ce mécanisme là, il m'a aidé de telle ou telle façon », ça aurait pu..., si vraiment on veut extrapoler (*justifiant son intervention*). Mais c'est difficile à organiser je pense, il faudrait que quelqu'un s'exprime sur ce sujet et en plus devant des médecins, enfin c'est compliqué.

Contact visuel avec médecin 6, cherche sa confirmation. Il confirme.

Médecin 1 sourit.

Silence de cinq secondes.

Médecin 1: ça me fait penser, moi c'était au printemps, j'avais fait une formation, c'était avec MG form, on nous demandait de venir avec deux dossiers, en fait. Alors, là du coup, ça c'est fait de façon informelle, (*médecin 4 réagit*) c'est-à-dire qu'au cours de la discussion on a tous livré des situations que ça nous rappelait (*médecin 4 confirme, hoche la tête, écoute*) donc ça s'est fait au fur et à mesure, là on n'a pas eu besoin parce que la parole était libre entre nous parce qu'on se connaît bien, et que ça c'est bien déroulé. Après c'est vrai qu'au printemps je l'ai pris plus comme une contrainte d'apporter un dossier (*puis moins fort*) parce que

je l'ai fait au dernier moment comme tout le monde je pense. Là du coup, finalement l'expérience fait que la naturellement ça nous a tous fait tilt à des dossiers, particuliers, c'est vrai que du coup ça peut structurer des fois d'apporter un cas un peu typique de (*réfléchit*) ça et puis de voir à quel moment on peut, alors c'est ce qu'on a fait naturellement, c'est peut-être ça sur d'autres formations que ce soit structurer, finalement...

Médecin 3 regarde son téléphone

Médecin 4 sourit

Médecin 8 acquiesce

Médecin 4 (*échange avec médecin 1*): ouais mais peut-être que si on vient chacun avec un dossier qu'on veut qu'il soit représentatif, on va se trouver avec quelque chose de plus carré et de moins...

Médecin 1: c'est pour ça que

Médecin 4: ça va partir comme ça dans tous les sens, avec des expériences,

Médecin 1: c'est pour ça que je te disais que naturellement, la mayonnaise a bien pris, (*médecin 4 dit « oui »*) ça aurait pu être un petit peu plus complexe. Effectivement sur la formation MG,

Médecin 4: chacun présentait son dossier ? (*semble peu convaincu*)

Médecin 1: y en a qui est venu avec son dossier puis avoir un avis d'expert sur son dossier. (*Médecin 4 dit « ouais », semble peu convaincu toujours*)

Après du coup, non, c'est juste sur le modèle de formation, effectivement, pas forcément de l'avoir à l'écrit, mais de bien identifier de venir avec une consultation type en tête, là, naturellement c'est tous des situations qui nous marquent, je me disais si on extrapolait sur d'autres ...

Médecin 3 l'écoute

Médecin 4 et 7 réagissent, ne semblent pas d'accord.

Médecin 4: sur un autre sujet,

Médecin 1: ouais sur un autre sujet...

Médecin 7: sachant que quand tu viens présenter un sujet c'est que t'as déjà réfléchi en fait à ton truc donc c'est complètement biaisé par le fait que ça rentre pas dans les cases, je vais prendre celui d'à côté,

Médecin 4 et 7 se regardent, ne semblent pas d'accord

Médecin 1: ah, justement, tu vois, pour le coup, j'ai été agréablement surpris parce que celui que j'avais ramené avec MG form, j'en avais ramené deux, et du coup là on a eu des éléments nouveaux, parce que c'était des éclairages différents, c'était exactement la même formation en gros, le même cadre, la différence c'est que tu venais avec ton dossier quoi. Est-ce que c'est nécessaire ou pas, je ne suis pas pédagogue. C'est ce qu'on a fait naturellement, est-ce que c'est ce qu'il voulait lui dans sa formation, je pense mais, tu vois c'était juste pas structuré, quoi, ça c'est fait au feeling.

Médecin 7: c'est le phénomène petit groupe, aussi, qui donne cet effet là. Si on était vingt ça serait différent.

Médecin 4: ouais, je pense que le fait d'être pas trop trop nombreux, c'est mieux pour pouvoir... Genre ça, 10-12 maxi, je ne sais pas combien on était pour les troubles cognitifs, une douzaine ou quelque chose comme ça.

Médecin 1 (confirme, acquiesce): ouais c'est ça.

Médecin 6: bah nous la formation qu'on avait eu il y a quelques années avec le CHEM c'était toujours pareil, c'est, on a des cas cliniques et puis on nous demande de donner notre avis, notre démarche, notre traitement, et puis après on fait des réunions en petits groupes, pour en discuter, il y a un rapporteur, après il y'a une plénière qui ramène les trucs et pendant la plénière l'intervenant, le spécialiste, donne des réponses. Donc c'est (*insiste*) lourdaingue un peu, moi je trouve que c'est, enfin ça aurait été lourdaingue, à mon avis.

Médecins 1 et 4 confirment, semblent d'accord

Médecin 5: c'est-à-dire que là nous sommes déjà une trentaine, à la formation, à trente, on est nombreux.

Médecin 4 (*semble convaincu*): je vais aller dans le sens de ce que dit le médecin 6, c'est un peu ce que je disais tout à l'heure, c'est-à-dire que là, en une et demi on a fait une super formation condensée parce que là en une heure et demi on a plein de choses.

Médecin 1 semble d'accord

Médecin 3 dit « d'accord »

Médecin 6 réagit.

Médecin 6: en une heure et demi, là on a fait

Médecin 8 sourit

Médecin 4: alors ce type de formations, j'en ai fait beaucoup aussi à une époque,

Médecin 6: c'est en deux jours

Médecin 4: ce que le médecin 6 trouve « lourdaingue », moi je trouve aussi qu'on n'a pas suffisamment de temps, les thèmes de médecine sont tellement nombreux que si on doit passer deux jours à chaque fois en faisant les présentations, les trucs, et tout ça, moi je trouve qu'on passe beaucoup de temps sur un seul thème et cette formation entre guillemets « classique » où on est deux jours sur un sujet assez restreint finalement, voilà, on peut en faire deux-trois dans l'année finalement et ça fait très très peu de thème, et je trouve qu'au un niveau formation le ratio temps passé - apport c'est pas bénéfique et je trouve que des soirées comme on en fait là, c'est beaucoup plus... ce que dit médecin 6 ... en deux heures t'as autant de choses, je trouve qu'on a autant quasiment de messages en deux heures qu'en deux jours.

Médecin 6: puis les cas cliniques sans les avoir préparés on les a en tête. (*Rire*)

Donc ils sortent rapidement et on a une réponse tout de suite en partageant.

Médecin 3 et 4 réagissent, ils sont d'accord.

Médecin 4: la médecine générale est tellement vaste que...

Médecin 3: on a besoin de clefs en fait, c'est pas compliqué (*Rires*) On ressort de la réunion on n'a pas tout retenu, forcément, quelques clefs et c'est pour ça que c'est super adapté, effectivement.

Silence de sept secondes

Animatrice: merci beaucoup. Je pense qu'on a fait le tour dans un temps qui paraît totalement raisonnable

La thésarde: Merci en tous cas, de votre aide tout au long de ma thèse: pour les entretiens, d'être venu à la formation, d'être venu au focus-group. Vraiment un grand merci.

Médecin 8: merci à toi.

Applaudissements.

Vu, le Président du Jury,

Vu, le Directeur de Thèse,

Vu, le Doyen de la Faculté,

Evaluation d'une formation sur la crise suicidaire : étude qualitative auprès de médecins généralistes installés en maison de santé

Contexte : 60 à 70% des suicidants ont consulté un médecin généraliste dans le mois précédent une tentative de suicide. Proposer aux médecins généralistes une formation, sur la crise suicidaire, adaptée à leur quotidien pourrait participer à l'amélioration du repérage de la crise suicidaire. L'objectif de cette étude était d'évaluer une formation sur la crise suicidaire par les médecins participants via le recueil de leurs attentes puis de leur avis sur celle-ci.

Méthode : Cette étude qualitative, a été effectuée en deux temps : des entretiens individuels semi-dirigés avant la formation sur la crise suicidaire puis un focus-group après la formation. L'analyse des résultats a été effectuée via une analyse de contenu.

Résultats : Les attentes des médecins généralistes étaient que la formation leur apporte un rappel théorique tout en ayant un impact clinique immédiat dans leur pratique quotidienne, être rassurés sur leurs compétences, et pouvoir échanger avec le réseau local de psychiatrie. La formation sur la crise suicidaire avait répondu à leurs attentes. L'échange entre pairs, dans un temps court et dans le cadre d'une formation indépendante de l'industrie pharmaceutique ont été trois points appréciés par les médecins formés.

Conclusion : Une formation sur la crise suicidaire adaptée aux besoins et au mode de pratique des médecins généralistes, même dans un temps court paraît avoir un impact sur leur pratique clinique. Ces résultats pourraient être complétés par l'étude de l'impact clinique pour les patients.

Mots clés : idéation suicidaire, formation médicale continue comme sujet, soins de santé primaires, diagnostic

Assessment of a suicidal crisis training: qualitative study of general practitioners based in a multi-professional primary health care center

Background: Approximately 60-70% of patients attempting suicide have been seen by a general practitioner the month prior the attempt. Patients experiencing a suicidal crisis could be diagnosed earlier if general practitioners received a practical and tailor-made training. The aim of this study was to assess a suicidal crisis training course, taking into consideration the expectations and feedbacks of a selected group of general practitioners.

Methods: This qualitative study was carried out in two stages: semi-structured individual interviews before the training and a focus-group after the training. A content analysis methodology was setup in order to process the resulting data.

Results : According to general practitioners, an optimal training should combine theoretical reminders with clinical recommendations feeding back to their daily practice; boost their confidence; and stimulate long term relationships with the local psychiatrist network. This training met their expectations. In addition, general practitioners appreciated the fact that this training facilitates peer exchanges, remains short and independent from pharmaceutical lobby

Conclusion: Therefore, the training course can have a significant impact on the general practitioners practice if it is specifically targeted and sufficiently short to fit in their everyday schedule. These outcomes could be improved with further studies on the clinical impact for patients.

Key Word: Suicidal ideation, continuing medical education, primary health care, diagnosis.