

LISTE DES ABREVIATIONS

TOC : trouble obsessionnel compulsif

MG : médecin généraliste

HAS : haute autorité de santé

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)

DSM V : 5^{ème} édition du DSM

DSM IV TR : 4^{ème} édition révisée du DSM

TCA : trouble du comportement alimentaire

TCC : thérapie cognitivo-comportementale

IRS : inhibiteur de la recapture de la sérotonine

CMP : centre médico-psychologique

FMC : formation médicale continue

EBM : evidence based medicine (médecine fondée sur les preuves)

PLAN

1. INTRODUCTION

2. METHODE

3. RESULTATS

3.1. Représentations du TOC et du patient

3.2. Modalités diagnostiques

3.3. Prise en charge

3.4. Particularités du TOC chez les enfants et les adolescents

3.5. Modalités et souhaits de formation concernant le TOC

4. DISCUSSION

4.1. Critique de la méthode

4.2. Représentations

4.3. Modalités diagnostiques

4.4. Prise en charge

4.5. Formation

5. CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

1 INTRODUCTION

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) est une pathologie définie par le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) par l'existence d'obsessions et/ou de compulsions, dont le sujet reconnaît le caractère excessif ou inapproprié, à un moment donné. Elles sont responsables d'une détresse, d'une perte de temps considérable (plus d'une heure par jour) et d'un retentissement important dans la vie du sujet (cf. critères de définition en annexe A). Le TOC débute tôt, souvent avant l'âge de 25 ans, parfois dans l'enfance. L'évolution est chronique, le TOC dure généralement toute la vie (1, 2).

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), le TOC toucherait environ 2 % de la population adulte. Le TOC serait ainsi la 4^{ème} pathologie psychiatrique la plus fréquente après les troubles phobiques, les troubles liés aux toxiques (alcool et drogues) et les troubles dépressifs (3). D'après le DSM V (5^{ème} édition du DSM) (1), la prévalence internationale sur 1 an chez l'adulte est estimée entre 1,1 et 1,8% (1). Le DSM IV TR (4^{ème} édition du DSM, texte révisé) (2) évalue la prévalence sur la vie à 2,5 %, mais les problèmes méthodologiques liés aux moyens d'évaluation utilisés dans les études conduites en population suggèrent que les taux réels de prévalence sont inférieurs (2). Chez les enfants et les adolescents, la prévalence sur la vie est estimée entre 1 et 2,3% (2).

Les antidépresseurs, les thérapies comportementales et cognitives ainsi que l'association des deux traitements ont prouvé leur efficacité et permettent d'améliorer nettement les deux tiers des patients et d'en guérir environ 20 % (4).

Le TOC est donc une pathologie fréquente, grave, chronique, invalidante, pour laquelle des traitements efficaces existent.

Or, cette pathologie est difficilement diagnostiquée, ou tardivement. Une étude a montré que le délai entre les premiers symptômes et la première consultation est long (en moyenne 8 ans), le délai de diagnostic du TOC est ensuite de 2 ans en moyenne (5). D'autres études suggèrent que seulement une minorité de patients souffrant de TOC consultant en psychiatrie (6, 7) est diagnostiquée.

Ce retard diagnostique est responsable d'un retard à la mise en route des traitements. Une méta-analyse récente a montré que les thérapies cognitives et comportementales sont plus efficaces chez les enfants que chez les adultes et qu'elles sont moins efficaces chez les personnes âgées (8). De plus, une large étude multicentrique suggère que l'âge précoce de début et l'ancienneté du TOC sont des facteurs de mauvais pronostic (9). Un diagnostic précoce dans

l'histoire de la maladie semble donc primordial pour la prise en charge du TOC et le devenir du patient.

Cette difficulté diagnostique pourrait s'expliquer par la complexité clinique de cette pathologie (son hétérogénéité clinique, ses nombreuses comorbidités) (5), mais aussi par la difficulté liée au patient. Celui-ci, ayant honte de ses symptômes, les dissimulerait longtemps et en parlerait tardivement (6) (10). N'y aurait-il pas également une difficulté liée au médecin lui-même vis-à-vis de cette pathologie ? Et notamment du médecin généraliste (MG) ?

Aucune étude n'a interrogé les médecins généralistes sur leurs représentations et leur vécu concernant le TOC. Il nous a semblé intéressant de tenter de répondre à ces questions. Comment prennent-ils en compte le TOC dans leur pratique ? Quelles difficultés rencontrent-ils dans le diagnostic et la prise en charge de cette pathologie ? Enfin, quels sont leurs modalités et leurs souhaits de formation sur ce sujet ?

2 METHODE

Les objectifs de cette thèse ont imposé le choix d'une enquête qualitative. Nous avons préféré réaliser des entretiens individuels semi-dirigés, plutôt que des entretiens par focus group, pour d'une part garantir l'anonymat aux interviewés et d'autre part limiter l'influence des participants entre eux et libérer ainsi la parole de chacun.

Le recrutement des participants a été réalisé de manière raisonnée, selon le principe de variation maximale, afin de recueillir des profils de médecins largement différents. Les variables retenues, au moyen d'un questionnaire, étaient le sexe, le nombre d'années d'installation et le milieu géographique d'exercice (rural, urbain).

Les médecins ont été contactés par téléphone, selon leur proximité géographique par rapport à l'enquêteur. Le but et les modalités de l'enquête leur étaient alors présentés. Pour des raisons pratiques, les entretiens ont eu lieu le plus souvent sur le lieu de travail des médecins, rarement à leur domicile.

Le guide d'entretien (annexe B) était constitué de questions ouvertes, qui ont été retravaillées suite aux premiers entretiens. En premier lieu, il abordait les grands thèmes suivants : les représentations du TOC, le vécu des médecins axé d'abord sur les modalités diagnostiques et leurs difficultés éventuelles, puis sur les modalités de prise en charge et ses freins possibles. Ensuite, ont été abordées les particularités concernant les enfants et les adolescents. Enfin se sont posées les questions des modalités et des souhaits de formation concernant le TOC. Le guide d'entretien a été inspiré du livre « L'entretien et ses méthodes », de A. Blanchet et A. Gotman (11).

Les entretiens ont été enregistrés au moyen d'un matériel numérique audio puis retranscrits manuellement sur un logiciel Word par l'interviewer. Ils ont été poursuivis jusqu'à saturation des données.

Une analyse linéaire de chaque entretien puis une analyse thématique ont été réalisées, au moyen d'outils informatiques (Excel, Word), pour faire ressortir les principaux résultats. Cette analyse a été réalisée par deux personnes, pour obtenir un double codage et augmenter ainsi la fiabilité de l'analyse. De nombreux thèmes se sont dégagés d'une première analyse. Après plusieurs relectures, certaines données ont été éliminées, car elles ne répondaient pas aux objectifs de l'enquête.

3 RESULTATS

L'enquête a été réalisée en Loire-Atlantique et en Maine-et-Loire, entre septembre 2013 et janvier 2014, auprès de 11 médecins généralistes.

La saturation des données a été obtenue au 10^{ème} entretien et a été vérifiée par un 11^{ème} entretien. Les entretiens ont duré entre 24 et 60 minutes pour une durée moyenne de 36 minutes.

Le recrutement en variation maximale a permis d'obtenir un panel de médecins varié. Les caractéristiques principales des interviewés sont résumées dans le tableau 1.

Tableau 1 : caractéristiques des médecins participants

	Sexe		Milieu d'installation		Nombre d'années d'installation		
	Femme	Homme	Urbain	Rural	<10 ans	10-20ans	>20 ans
Médecin 1		x		x		x	
Médecin 2	x		x			x	
Médecin 3	x		x		x		
Médecin 4		x	x			x	
Médecin 5		x		x			x
Médecin 6		x	x				x
Médecin 7		x		x		x	
Médecin 8	x			x	x		
Médecin 9	x		x		x		
Médecin 10		x	x		x		
Médecin 11	x			x			x

3.1 Représentations du TOC et du patient

Plusieurs médecins ont d'emblée souhaité exprimer leur manque de connaissance sur le sujet, notamment concernant la prévalence du TOC (2-10, 3-5, 7-3) :

« je connais rien au TOC, à part ce qu'on entend dire. J'ai pas de notion particulière dessus » 3-1

Malgré ce préalable ils ont répondu de bonne grâce à tous les items de l'entretien.

3.1.1 Une névrose anxieuse, l'expression d'une souffrance

Le TOC était défini comme un trouble anxieux et certains médecins allaient plus loin en parlant de « névrose » anxieuse :

« Une des formes de l'angoisse, une forme clinique des troubles anxieux » 10-3

« une entité de névrose, de névrose anxieuse » 6-19

C'était une réponse, un moyen de gérer une anxiété, une angoisse ou des peurs :

« ça permet de déplacer l'angoisse vers quelque chose de précis » 7-11

« C'est contraphobique » 10-16

Le sentiment que ce trouble anxieux était à l'origine d'une souffrance morale importante, d'une angoisse forte était largement partagé par les médecins interrogés :

« une souffrance morale importante » 1-1

« je mettrais ça avec un fort niveau d'angoisse quand même » 3-4

Le TOC s'inscrivait pour eux dans un contexte de vie difficile, dans une problématique plus large. C'était un mode d'adaptation aux souffrances, aux stress de la vie. Les patients qui développaient un TOC allaient mal (6-7 ; 6-13 ; 7-8) :

« ça lui permet d'accepter ce qui lui paraissait inacceptable » 6-11

« des gens qui n'ont que des TOC et qui sont bien épanouis par ailleurs, je crois pas que j'en ai » 5-16

Et le TOC se développait sur un terrain propice : chez des patients anxieux, ayant un terrain névrotique, voire un trouble de la personnalité (1-3 ; 8-3 ; 9-9) :

« y'a des personnalités prédéterminées. N'importe qui fait pas de TOC, quoi ! [...] ça survient sur des personnes rigides [...] Les perfectionnistes... » 7-28

3.1.2 Une sémiologie variée

La présentation clinique générale était décrite par tous comme des rituels, des comportements ou gestes, répétés, que certains appelaient des compulsions :

« c'est un certain nombre de rituels, de comportements » 3-1

« Ce sont des comportements, qui se traduisent par des compulsions » 7-1

Les 2 types de rituels les plus décrits étaient les vérifications et les rituels d'hygiène ou de lavage (surtout des mains). Selon certains, ces derniers étaient liés à la phobie des microbes :

« des sujets les plus connus, j'crois que c'est souvent, sur l'hygiène ou les vérifications »

2-1

« elle se trempait les mains dans de l'eau javellisée régulièrement pour éviter d'attraper des microbes » 6-1

Les vérifications pouvaient prendre de multiples formes, il s'agissait principalement de s'assurer que telle chose était faite ou fermée, mais aussi de vérifier la présence d'objets, de devoir toucher quelque chose (3-2), de tout questionner et écrire (6-11) :

« Des patients qui vont vérifier 50 fois si c'est fermé, si la porte d'entrée est fermée, quand ils vont se coucher » 6-11

Un médecin interrogé parlait d'une patiente trichotillomane (10-2). Un autre incluait également les mimiques, les tics et les bégaiements parmi les TOC.

« des gens qu'ont des mimiques [...] ça peut être des tics [...] des bégaiements » 9-1

Seulement un participant évoquait des idées violentes s'imposant au patient, ce que l'on pourrait rapprocher des obsessions :

« des idées violentes comme ça qui s'imposent » 4-1

3.1.3 Des rituels incontrôlables, malgré la conscience de leur absurdité

Le TOC était bien une névrose et non une psychose. Les patients critiquaient, avaient conscience du caractère absurde, irrationnel de leurs rituels, mais ils ne pouvaient pas se retenir de les faire, parce qu'il n'y avait que ça qui leur permettait d'aller mieux (2-3 ; 9-17) :

« Y' a quelque chose qui le pousse à le faire, [le patient dit] "J'suis pas bien si je le fais pas. Je sais que c'est ridicule, mais j'suis obligé de le faire" » 4-2

3.1.4 Un trouble pathologique, à bien différencier des rituels, très répandus, qui n'entraînaient ni gêne, ni souffrance, ni retentissement

Les médecins s'accordaient pour dire que tout le monde pouvait avoir des rituels répétés dans sa vie, des formes de TOC à minima, sans pour autant que l'on puisse parler de trouble pathologique. Les patients vivaient avec ces rituels très fréquents, ils les géraient et ça ne les gênait pas :

« On a tous des formes modérées, on est tous borderline. Ça calme l'angoisse. Tant que ça n'entraîne pas de pathologie, c'est pas grave » 10-16

« un certain nombre de gens qui ont un petit trouble [...] à la limite du pathologique [...] ça les gêne pas. Ca reste gérable, ça leur crée une angoisse qu'est tout à fait acceptable » 11-4

Les rituels s'installaient lorsque le degré d'anxiété dépassait les mécanismes compensateurs du sujet, ont expliqué quelques interviewés :

« Lorsqu'on a des moments d'anxiété, qui dépassent un peu nos mécanismes compensateurs, moi, ça m'arrive d'aller vérifier 3 fois les choses. Pour autant, je travaille et je vis. » 7-9

De nombreux médecins ont dit qu'on ne pouvait parler de « trouble » TOC que lorsqu'un certain seuil était atteint. Lorsque les symptômes entraînaient une gêne, un excès, un envahissement dans le quotidien. Lorsque le patient souffrait de ne plus pouvoir contrôler ses rituels (7-1 ; 9-5). Il existait donc un continuum entre ces rituels bénins et le TOC :

« y'a fréquemment des gens qui vont avoir des petits rituels qui sont pas des TOC [...] on va parler de TOC quand [...] y'a un excès et que ça va retentir sur le quotidien et ça va être pénible [...] Mais y'a un continuum entre des gens un peu anxieux qui vont avoir des rituels un peu de réassurance » 1-7

La difficulté pour certains était de fixer la limite entre le « normal » et le « pathologique » :

« quelque chose de très bénin ou de très grave pour certains et donc ça veut tout dire et rien dire, vraiment un panel très très large » 5-1

« à partir de quel stade on commence à dire que c'est un TOC, quoi ? Parce qu'on va tous revérifier notre voiture » 9-5

Pour d'autres, il existait des TOC plus ou moins graves, en fonction du degré d'envahissement, de handicap, et du vécu du patient :

« il y a des TOC qui sont plus ou moins invalidants » 7-4

« la gravité, elle s'évalue sur lui, la façon dont ça l'emprisonne et dont ça empiète sur sa vie quotidienne [...] le mal-être, y'en a qui vont très bien le vivre, d'autres moins. » 9-3

3.1.5 Les complications : désocialisation, dépression, addiction

Le TOC pouvait être grave au point d'entraîner une désocialisation, notamment par le biais de conduites d'évitement. Le patient n'osait parfois plus sortir de chez lui (5-6), il perdait son emploi, son conjoint le quittait, les complications financières suivaient :

« Quand les gens ont un niveau d'anxiété tel qu'ils mettent en place des conduites d'évitement [...] j'trouve ça grave » 3-5

« retentissement important à la fois sur leur vie professionnelle et sur leur vie familiale [...] ça peut être cause d'arrêts de travail [...] de retentissement social important » 1-1

Si quelques médecins n'imaginaient pas que le TOC puisse être grave au point de provoquer des décompensations psychiatriques ou un décès, pour beaucoup au contraire, le patient pouvait développer une dépression. Peu de médecins interrogés ont décrit un risque suicidaire (4-5), la situation pouvant alors nécessiter une hospitalisation (5-1) :

« c'est pas grave, la personne ne va pas en mourir, ou décompenser psychiatriquement... » 2-3

« fréquemment des épisodes de décompensations dépressives avec des périodes où il peut y avoir des crises suicidaires, où il peut y avoir un mal-être profond » 1-10

Le patient pouvait aussi développer une addiction, selon ce médecin :

« il peut y avoir des problèmes parfois d'alcool, de toxicomanie. Ou la personne pour s'auto-médicaliser ou pour gérer ce stress va, peut prendre de la cigarette, différentes substances » 1-10

3.1.6 Une évolution chronique sans guérison

La plupart des participants considéraient que l'installation était progressive dans le temps, souvent à partir de l'adolescence ou de l'âge adulte jeune, parfois depuis l'enfance. Le TOC était donc une pathologie de l'adulte jeune, voire de l'adolescent, l'enfant ayant plutôt des formes atténuées :

« si on remonte très très très loin dans leur vie, y'avait déjà des petites choses [...] Et puis, c'est une chose qui prend de l'ampleur [...] ça peut se manifester dès l'enfance » 11-8

Puis, l'intensité psychique diminuait chez l'adulte âgé, le TOC se « chronicisait », a précisé ce médecin :

« il va y avoir des rituels chez des personnes plus âgées, mais c'est différent. Y'a une chronicité qui s'est mise, y'a moins d'intensité psychique [...] C'est plutôt chez les adultes jeunes que j'ai les formes les plus aigües et les plus invalidantes [...] Et à l'adolescence. » 1-12

L'évolution se faisait par périodes de fragilité (phases plus ou moins graves) en fonction des difficultés de la vie :

« si vous avez un contexte de stress qui réapparaît et que vous avez donc une anxiété qui se majore pour des raisons autres et vous pouvez avoir ces troubles-là qui réapparaissent » 6-35

Inversement, le TOC pouvait partiellement régresser, mais le patient n'en « guérissait » pas. Ca durait toute la vie. Il ne pouvait qu'apprendre à le gérer, pour vivre avec de manière acceptable :

« quand la personne va mieux, les TOC sont moins envahissants » 1-16

« je pense que c'est à vie » 10-5

« Si y'a un environnement peut-être plus propice ou une prise en charge adaptée, elle peut peut-être essayer d'en guérir je ne sais pas, en tous cas, apprendre à gérer et que ça devienne à peu près vivable » 4-7

Plus le TOC apparaissait tôt dans la vie, plus il risquait d'être grave, selon ce participant :

« J'ai l'impression que plus ça arrive tôt, plus c'est lourd... Ou alors, ça décompense, c'est-à-dire que la personne arrive beaucoup moins à le gérer arrivé à l'âge adulte ou à l'adolescence. » 4-9

3.1.7 Un patient isolé, incompris, qui souffrait en silence

3.1.7.1 Cacher son TOC, une véritable impasse pour le soin

Certains interviewés ont expliqué que le patient cachait son TOC, ce qui l'isolait et l'empêchait de trouver de l'aide. Cette impasse de communication faisait toute la gravité de ce trouble, évoquant un cercle vicieux, une spirale :

« La personne n'en parlait pas [...] le fait d'être isolé avec ça, y'avait un sentiment d'impasse et une souffrance majeure, avec derrière une grande difficulté à se faire aider et à aller voir un médecin [...] il peut y avoir des crises, du fait de cette impasse-là » 1-6

A contrario, lorsque le patient sortait de cette impasse, en arrivant à s'exprimer et à se faire aider, il pouvait arriver à vivre avec son TOC :

« une fois que la personne a construit, on va dire, un réseau d'entraide [...] on peut tout à fait bien vivre avec [...] y'a des méthodes qui permettent de rendre les choses vraiment acceptables » 1-6

3.1.7.2 L'éloignement de l'entourage, un facteur aggravant

De plus, lorsque le TOC s'aggravait, l'entourage partait, augmentant l'isolement et enfermant le patient dans une solitude, qui ne laissait que plus de place aux rituels. Ceci constituait une autre spirale infernale :

« Elle allait pas bien donc son entourage se barre et elle va encore moins bien. » 4-10

3.1.7.3 L'incompréhension de la gravité du TOC par l'entourage

Selon un participant, le TOC était vulgarisé, les gens sous-évaluaient sa gravité et appréhendaient mal la difficulté que pouvait avoir le patient :

« c'est presque bien d'avoir un TOC, c'est mondain [...] l'extérieur n'appréhende peut-être pas la difficulté que peuvent avoir les gens qui sont porteurs des TOC. Les gens, ils comprennent pas » 4-15

L'entourage du patient, ne comprenant pas l'absurdité des rituels, n'était d'aucune aide pour le patient, voire aggravait les choses, ont précisé quelques médecins. Cela favorisait l'isolement du patient :

« t'expliques ça à quelqu'un qu'a aucune ouverture, il va te dire "Bah, ça va pas, si t'as vu qu'ton gaz, il est fermé, il est fermé, c'est pas la peine d'y aller 50 fois !" Mais ça aide pas la personne qu'on lui dise ça !... "T'as qu'à te secouer, hein !" » 2-18

3.1.8 Genèse du TOC

Les antécédents familiaux de TOC ou de troubles anxio-dépressifs ont été plusieurs fois cités, comme une explication possible à la genèse du TOC. Les médecins interprétaient cela soit comme une fragilité héréditaire, soit comme une susceptibilité comportementale :

« très souvent une histoire familiale de TOC [...] Y'a une fragilité héréditaire [...] des parents qui eux-mêmes avaient des troubles anxio-dépressifs » 1-4

« il peut y avoir un caractère un peu trans-générationnel [...] on a parfois effectivement des schémas qui se reproduisent [...] Alors plutôt comportementale, mais je me demande s'il n'y a pas quelque chose de génétique. » 4-3

Certains se demandaient si le TOC était dû à des événements anciens comme des carences affectives de l'enfance ou un psycho-traumatisme :

« une carence affective, si un parent est pas là, pas disponible, avec quelqu'un qui va avoir, souvent un manque de confiance en soi [...] qui va développer une anxiété et un besoin de réassurance tout le temps » 1-4

« Peut-être un évènement déclenchant ? [...] qui peut être traumatisant [...] qui va faire que la personne va manquer d'une certaine assurance, qui va déclencher un réflexe de protection, qu'est inadapté, mais qui est ces réflexes de vérifications » 4-3

Mais le vécu général, les aléas de la vie pouvaient suffire à générer un TOC, ont expliqué quelques médecins :

« c'est plutôt acquis au travers des événements de la vie, de l'éducation » 7-3

Selon ce participant, en revanche, il n'y avait aucune cause extérieure, le TOC naissait chez des personnes ayant un caractère anxieux, dû à la génétique :

« y'a un terrain génétique, c'est la faute à personne ! » 10-8

3.1.9 Comorbidités et diagnostics différentiels du TOC

La plupart des médecins n'ont pas considéré que le TOC était associé à d'autres troubles anxieux :

« j'voyais ça comme isolé » 2-8

Toutefois, un médecin a considéré que le TOC n'était qu'un symptôme qui se déplaçait sur d'autres problèmes du corps et pouvait à ce titre être associé à des troubles du comportement alimentaire (TCA) ou à d'autres troubles anxieux :

« ça fait partie de la famille de l'anxiété, donc on peut avoir d'autres complications de l'anxiété [...] Les troubles boulimie/anorexie [...] on déplace le symptôme sur d'autres problèmes du corps. » 10-10

Certains participants se demandaient d'ailleurs si les TCA n'étaient pas une forme de TOC, étant donné que ces troubles partageaient les caractères anxieux, névrotique et compulsif :

« des débuts de conduites d'anorexie ou de boulimie, par exemple chez des jeunes. Ça pourrait me fait penser à ça, mais... J'pense par exemple à une jeune qui commençait à regarder toutes les compositions » 3-6

« j'sais pas si c'est un TOC, c'est plutôt des troubles du comportement alimentaire [...] je ressentais ça plutôt dans les grand symptômes du trouble anxieux, de pathologies vraiment style névrotiques » 2-6

Un médecin se demandait si les achats compulsifs n'étaient pas une forme de TOC :

« Et curieusement, elle a aussi des achats compulsifs. Alors, je sais pas si ça rentre dans le lot, ça pourrait. » 4-10

Il se demandait aussi si les rituels de vérification ne pouvaient pas correspondre à un début de psychose.

« dans certains troubles psychotiques, on peut retrouver certains rituels de vérification. Est-ce que c'est lié à un trouble psychotique, ou est-ce que c'est lié à un TOC ? » 4-13

3.2 Modalités diagnostiques

3.2.1 Les médecins étaient investis dans le diagnostic du TOC, c'était bien leur rôle

Les médecins interrogés se percevaient comme une personne ressource, de premier recours pour le patient. Le lien fort avec le patient, l'empathie, la proximité et l'accès rapide étaient les points forts qui permettaient au patient de consulter et d'en parler :

« Le diagnostic, oui, parce qu'on a un lien fort avec les gens, parce qu'y'a de l'empathie, parce qu'on sera peut-être le premier interlocuteur à qui ils oseront se confier... » 2-11

« je trouve que le médecin a un rôle très important, parce que, la personne au départ, ne sait pas auprès de qui se faire aider, en parler... Très souvent elle en parle à personne. » 1-17

« c'est plutôt nous. Ils iront pas en parler à un spécialiste. Et puis pour voir les psychiatres, vus les délais d'attente. Nan, c'est à nous qu'ils peuvent en parler » 8-16

3.2.2 Présentations cliniques du TOC, modes de découverte

Plusieurs participants n'avaient aucun patient ayant un TOC dans leur patientèle (médecins 2, 3, 8, 9), mais beaucoup en avaient 1 ou 2 (médecins 1, 4, 6, 7, 10). Il s'agissait de TOC graves, les médecins racontaient précisément l'histoire clinique de ces patients. Quelques interviewés se souvenaient par contre vaguement avoir eu de rares patients ayant un TOC (médecins 5, 11) :

« Je sais pas si j'ai eu 3 TOC sur l'ensemble de ma clientèle sur 10 ans. » 10-7

« ça doit faire longtemps que ça m'est pas arrivé parce que ça me revient pas du tout. » 11-1

3.2.2.1 plaintes spontanées pour le TOC

Plusieurs médecins ont expliqué que des patients avaient parlé de leur TOC, lorsque celui-ci était devenu trop envahissant, invivable. Les patients « craquaient » (9-4) :

« J'avais une patiente qu'avait des TOC, qui pouvait plus sortir de chez elle et je l'ai vue en visite et donc on avait parlé de son TOC. » 7-10

« Ca peut se compliquer en prenant de plus en plus de place, et quand ça prend trop de place, là, ça devient une plainte spontanée » 11-3

Un interviewé a eu des patients qui consultaient, suite à leurs recherches sur internet, pensant avoir un TOC. Il a expliqué que c'était aussi parfois à la demande de l'entourage que le patient consultait ou parce que le patient se demandait s'il avait un TOC, comme un membre de sa famille (1-19).

3.2.2.2 Présentation en arrière-plan chez des patients venant pour dépression ou anxiété majeure

Plusieurs médecins ont suivi des patients pour dépression ou anxiété forte, qui avaient un TOC. Leur demande de soin concernait leur angoisse ou leur souffrance morale, et non leur TOC. Celui-ci n'était parfois que tardivement évoqué dans le suivi (1-9), il n'était en tous cas pas une priorité (7-8).

Un de ces médecins a ainsi suggéré que les patients venaient plus facilement parler de leur dépression que de leur TOC :

« c'est pas facile à aborder. Ils viennent plus facilement pour un état dépressif que nous parler de leur TOC, vous voyez ? » 7-21

Et le TOC n'était finalement découvert que lorsque le patient développait une dépression ou une anxiété majeure :

« des gens sur un versant dépressif et qui décompensaient sur les TOC [...] décompensation d'une anxiété [...] et on se rend compte qu'ils ont des TOC. » 5-4

D'autant plus lorsqu'on « creusait », orientait l'interrogatoire à l'occasion d'une consultation pour une plainte psychique inexplicée (dépression, angoisse), mais aussi pour des problèmes au travail, des conduites d'évitement, des phobies, ou une plainte psychosomatique vague comme des douleurs ou des troubles du sommeil (1-13) :

« problématique psychologique. Un trouble du sommeil, un mal-être, une anxiété, un problème au travail [...] une phobie [...] j'essaie de creuser les manifestations, l'importance, et de mieux comprendre comment je peux aider la personne, et là, il va y avoir l'évocation de ces TOC » 1-8

« quand ils vont pas bien psychiquement et qu'on n'arrive pas à savoir ce qui se passe [...] on oriente un peu l'interrogatoire vers des problèmes un petit peu comme ça, on peut en trouver » 11-1

Certains participants se demandaient d'ailleurs si leurs patients, qui avaient une dépression inexplicée, une anxiété importante, avaient aussi un TOC (8-11). Poser des questions ciblées à la recherche de rituels, de peurs, chez de tels patients aurait donc pu être intéressant :

« si une personne est dépressive et qu'on sait pas trop pourquoi, pourquoi pas poser 1 ou 2 questions, par exemple "Est-ce que vous sentez que vous avez besoin de vérifier pas mal de fois les choses ? Est-ce que vous avez peur de certaines choses ?" » 4-17

3.2.2.3 TOC visible en consultation si rituels très envahissants

Certains rituels étaient trop envahissants et donc flagrants en consultation (6-11), ou causaient des retards fréquents en consultation (7-8) :

« une jeune dame [...] une dépigmentation [...] qui s'arrêtait au niveau des poignets [...] elle se trempait les mains dans de l'eau javellisée » 6-1

« Quand je la vois arriver, elle vient toujours en diagonale, elle prend toujours des lignes droites sur les carreaux. » 4-10

3.2.2.4 Découverte fortuite

Certains médecins ont observé en consultation des vérifications ou des comportements suspects en rapport avec l'hygiène. Ils posaient alors des questions ciblées à la recherche de rituels, de phobies, de difficultés personnelles. Mais les patients n'y répondaient pas, ou bien plus tard, lorsqu'ils étaient en confiance (6-8/6-9) :

« quand la dame change le drap avant moi [...] j'ai dit : "Ca vous fait peur, d'attraper des microbes ?" [...] Bah, j'ai pensé que quelqu'un, qui cache ça [...] ça peut être la grosse perche tendue pour qu'ils en parlent » 2-9

Quelques interviewés ont découvert des TOC, à l'occasion d'une consultation pour un motif organique : infectieux, comme une gastro (7-6), dermatologique (découverte d'une trichotillomanie). Les TOC étaient évoqués de manière fortuite, mais il n'y avait pas de demande de soin (4-12) :

« quelquefois, on découvre des patients qui ont des TOC, ils n'en parlent jamais [...] ils viennent pour autre chose et dans la discussion, on s'aperçoit qu'ils ont un TOC » 7-3 [à propos d'une patiente trichotillomane qui portait une perruque] « elle m'en a parlé incidemment [...] Elle m'a parlé d'un problème cutané. Et on a parlé des cheveux. Et elle m'a dit "Mais vous savez bien que c'est pas mes cheveux ?" » 10-4

Il arrivait aussi que des patients soient déjà pris en charge pour leur TOC et qu'ils n'aient pas d'attente envers leur médecin généraliste pour le suivi. Le TOC était simplement évoqué :

« j'ai déjà vu des patients qui avaient déjà été suivis, accompagnés pour ça [...] quand ils changent de médecins, ils vont me l'évoquer [...] dans les antécédents... » 1-18

« Comme j'ai que 2 personnes qui m'en parlent et que l'autre est déjà prise en charge » 4-18

3.2.3 Difficultés diagnostiques

Le rôle de dépistage n'était possible, comme un participant l'a expliqué, que si le médecin y pensait et si le patient en parlait :

« Le rôle de dépistage s'il y pense et si la personne veut en parler. » 4-16

3.2.3.1 Le TOC était sous-diagnostiqué

Plusieurs médecins ont constaté que c'était un problème qu'ils rencontraient rarement. Ils pensaient que c'était sous-diagnostiqué. Ils expliquaient cela par le fait que les patients, pourtant gênés par leur TOC, avaient des difficultés pour en parler et le cachaient. Les patients ne venaient pas pour ça, ça n'était pas un motif de consultation fréquent :

« je pense pas en avoir des paquets, ou alors ils sont pas diagnostiqués [...] les patients qui viennent vraiment pour un TOC, y'en a pas beaucoup » 7-3

« J'ai l'impression qu'ils en parlent pas facilement et que c'est souvent caché. C'est le sentiment que j'ai et c'est pour ça, peut-être, qu'on en a pas beaucoup » 7-18

« les gens ne viennent pas pour ça, c'est sûr » 11-1

Certains ont donc suggéré qu'on ne repérait sans doute qu'une partie des patients souffrant d'un TOC et que la prévalence était plus élevée que la fréquence « visible » en patientèle :

« c'est pour moi relativement fréquent. Avec des gens je pense qui consultent pas forcément pour ça, qui sont en difficulté avec ça et qu'on repère pas toujours parce qu'ils en parlent pas forcément. » 1-7

« j'en vois pas beaucoup, mais parfois les gens ont du mal à en parler, je pense c'est plus que ça. » 4-8

En revanche, quelques médecins se demandaient si c'était parce que la prévalence était faible, qu'ils en voyaient peu :

« 20 ans d'expérience et j'en ai jamais eu [...] Est-ce que c'est que finalement, c'est pas fréquent ? Parce que je ne le sais pas finalement la fréquence dans la population générale. » 2-10

Plusieurs participants ont précisé qu'il y avait sûrement beaucoup de patients avec des rituels ou des TOC peu gênants qu'on ne voyait pas, car ces patients n'éprouvaient pas le besoin d'en parler. Ils arrivaient à vivre avec et ils ne voulaient pas en parler :

« il y a un certain nombre de gens qui vivent avec des formes légères à modérées, comme tout le monde ! [...] ils gèrent leurs problèmes [...] Sans le signaler » 10-1

« Y'en a qui arrivent avec leur TOC et ils vivent avec leur TOC et ils consultent pas. » 7-4

3.2.3.2 Difficultés diagnostiques liées au patient

Les patients ne parlaient pas de leur TOC ou le cachaient, parce que :

- Ils avaient peur du regard de l'autre :

Pour de nombreux médecins, les patients ressentait une honte, une culpabilité. Ils avaient peur d'être perçus comme fous, ridicules. Et même si le médecin était à l'écoute, dans l'empathie, ils n'arrivaient pas à en parler :

« ils ont honte d'en parler donc c'est certainement très sous-diagnostiqué [...] en 20 ans d'exercice, et à être quand même assez dans un mode relationnel et à tendre des perches, j'en ai pas en patientèle, d'avoués ! » 2-4

« c'est pas facile...[le patient dit] " Le docteur va penser que je suis fou" » 11-12

- Ils connaissaient mal le TOC :

Le TOC était certes, comme certains l'ont expliqué, un terme rentré dans le langage courant, ce qui permettait de se reconnaître, d'en parler et de favoriser le dialogue entre médecins et patients :

« je pense que ça parle [...] Peut-être avec des erreurs [...] Les émissions Delarue et tout ça [...] c'est assez connu [...] ça permet quand même de se dire " Ben, ça, c'est moi" » 9-25

« c'est rentré dans la pratique courante, dans le langage courant [...] d'abord, pas plus qu'un autre problème. J'ai pas l'impression que ce soit plus compliqué » 4-15

Mais, comme d'autres médecins l'ont précisé, le TOC restait toutefois assez mal connu :

« C'est peut-être pas assez médiatisé [...] Nan, c'est pas très bien connu. » 7-19

« Y'a un déficit de connaissance et y'a même une certaine peur, qui fait un frein. » 1-30

Ainsi, les patients, bien que percevant leur comportement comme anormal, avaient des difficultés à comprendre, identifier leur trouble et donc à s'exprimer (11-13) :

« quelque chose qu'ils ne comprennent pas très bien, qu'ils n'arrivent pas bien à exprimer » 1-1

De surcroît, ils pensaient qu'il n'existait pas de traitement, que le médecin ne pourrait pas les aider (10-9) :

« Y'en a sans doute qui n'en parlent pas, parce qu'ils se disent que leur médecin ne pourra rien faire » 5-10

- Ils n'étaient pas conscients, au départ, du caractère pathologique de leurs troubles :

La prise de conscience n'apparaissait souvent que lorsque l'envahissement était majeur. L'entourage pouvait néanmoins jouer un rôle dans la prise de conscience, au départ :

« à partir du moment où ça pète, où il en peut plus [...] il réalise que c'est de trop [...] plus tôt dans la pathologie, c'est les autres qui disent "Tu te rends compte de ce

que tu viens de faire, t'as vérifié 4 fois les volets !" [...] au départ [...] Il se rend même pas compte qu'il met ça en place » 9-17

- Ils cachaient au mieux leur TOC à leur entourage ou ils vivaient seuls :

Tant que le patient vivait seul ou que c'était compatible avec une vie normale, il pouvait cacher son TOC. Si l'entourage s'en apercevait, il pouvait de même jouer un rôle dans la prise de conscience et la démarche de soin :

« Y'a les gens avec qui tu vis, qui sont obligés de le voir [...] comme c'est compatible avec une vie normale [...] avec certaines conduites d'évitement [...] y'a plein plein de gens qui cachent ça » 2-18

« tant que y'a pas un conjoint ou quelqu'un d'autre qu'arrive dans sa vie, le patient, il va très bien [...] donc c'est vraiment la confrontation aux autres [...] Vivre avec et que ce soit quelqu'un d'autre qui lui fasse remarquer qu'il y a un problème » 9-4

Mais lorsqu'un proche leur faisait remarquer, les patients minimisaient, rationalisaient leurs rituels :

« Si [...] c'est leur conjoint qui leur signale, ils vont dire " Mais non, t'exagères !" [...] Ils auront toujours tendance à rationaliser la chose, ou bien à la minimiser. » 11-14

- Ils niaient leur anxiété ou s'habituait à ce fonctionnement :

Les patients ne se rendaient pas forcément compte qu'ils étaient anxieux ou niaient leur anxiété. Beaucoup se « sous-diagnostiquaient » donc aussi, a expliqué ce médecin :

« Je pense que eux sous-diagnostiquent aussi [...] Y'en a beaucoup et la majorité qui viennent pour autre chose, qui sont anxieux et qui s'en rendent pas compte, des gens qui nient leur anxiété » 5-10/5-11

Un médecin a expliqué que les patients s'habituait à ce fonctionnement, l'intégraient à leur vie et le considéraient presque comme « normal » :

« certaines personnes n'osent pas trop nous en parler...parce que c'est un peu dans leur fonctionnement » 4-1

- Ils n'étaient pas aidés par le mode d'exercice de la médecine générale :

Enfin, il était facile pour le patient de ne pas parler de son TOC, à cause du mode d'exercice de la médecine générale. Le médecin généraliste ne laissait pas le temps au patient, pendant une consultation courte, de parler de choses difficiles pour lui :

« Ils cachent bien leur jeu ! [...] nous sommes dans une prise en charge, où le patient vient pour un symptôme. Mes confrères sont devenus des bobologues ! Puisque qu'on

leur fait faire des actes à 23 euros [...] La difficulté de lever un lièvre [...] Comment voulez-vous les mettre en confiance dans un stress d'une consultation qui va durer 10 minutes ! » 6-30/6-31

3.2.3.3 Difficultés diagnostiques liées au médecin

Les médecins se demandaient aussi si le TOC était sous-diagnostiqué, à cause des difficultés qu'ils avaient eux-mêmes pour appréhender ce trouble. Ils se posaient beaucoup de questions sur leur pratique.

Plusieurs se demandaient s'ils voyaient peu de TOC parce qu'ils ne savaient pas l'identifier, le reconnaître et en laissaient alors « passer » :

« j'en ai jamais eu. Donc est-ce que c'est que j'passe à côté de tous ? [...] Que je sais pas le diagnostiquer, le rechercher ? » 2-10

« je sous-diagnostique, c'est possible [...] J'en laisse peut-être passer » 5-10

Ou était-ce parce qu'ils ne le recherchaient pas ?

« J'avoue que j'en ai pas, bon, après peut-être que je les recherche pas » 4-12

Certains ne savaient pas devant quoi y penser :

« je sais pas comment les gens pourraient aborder ça en consultation [...] s'il y a des signes pendant la consultation qui devraient m'y faire penser » 3-6

Ce participant se demandait si la méconnaissance de ce problème n'entraînait pas un certain aveuglement :

« comment les médecins généralistes voient la maladie, si au contraire on la minimise, on a tendance à pas trop vouloir la regarder parce qu'on la connaît pas bien » 4-21

Un autre pensait que les médecins avaient du mal à aborder ce problème avec leurs patients :

« je pense que les médecins n'en parlent peut-être pas facilement [...] c'est pas facile à aborder » 7-21

Un interviewé se demandait si c'était parce qu'il choisissait de banaliser les plaintes de ses patients que ceux-ci n'osaient pas lui en parler, ce qui pouvait minimiser les diagnostics :

« A partir du moment où je banalise ça, les gens aussi, et peut-être qu'ils n'osent pas m'en parler, ça, c'est possible. C'est le biais du problème » 5-6

Enfin, il était difficile de dépister en consultation des manifestations subtiles. Seuls les TOC devenus très envahissants avec des présentations caricaturales étaient perceptibles, a expliqué ce participant :

« s'il y avait quelqu'un [...] qui se lavait plusieurs fois les mains, quelqu'un qui voudrait pas s'asseoir. Peut-être que je serais attentif à certaines choses [...] caricaturales. Mais

les choses plus subtiles, je sais pas si j'arriverais à les dépister. La sémiologie, elle est assez multiple et variée [...] On les voit à un moment T, faut tenir le cadre [...] Quand ça transparait, c'est que là, c'est devenu super envahissant » 4-14

3.2.4 Etait-il finalement important de diagnostiquer un TOC ?

3.2.4.1 Repérer, oui, mais en parler ? En rester à la demande de soin

L'idée qu'il valait mieux ne pas être intrusif et en rester à la demande de soin du patient était partagée par plusieurs médecins. On risquait de « braquer » le patient en abordant un problème dont il ne voulait pas parler. Mieux valait « rester à sa place » (6-10). Repérer un TOC était une chose. Mais on ne pouvait apporter une aide, que si le patient était demandeur de soin, sinon on perdait son temps (11-20) :

« c'est très difficile d'aborder un sujet pour lequel le patient n'est pas venu [...] ça peut très mal se passer [...] Si les patients ne sont pas demandeurs, c'est très difficile de les amener au soin. Il faut qu'ils soient demandeurs, sinon, ça ne marche pas [...] là où ça marche mieux [...] c'est quand y'a une demande et qu'on apporte quelque chose, et non quand on repère quelque chose » 7-27

3.2.4.2 Prendre en charge un patient de manière globale était primordial, sans chercher à « étiqueter » son trouble

Selon certains participants, le diagnostic du TOC n'était pas indispensable. Prendre en charge un patient qui allait mal, de manière globale, sans nommer son problème était par contre le vrai enjeu :

« diagnostiquer ou pas diagnostiquer, on s'en fout ! » 5-10

« Mais l'important n'est pas de nommer forcément le trouble précisément, c'est d'accompagner le patient ayant un trouble anxieux, voire des difficultés mal étiquetées. » 3-21

3.3 Prise en charge du TOC

3.3.1 Les grandes lignes de la prise en charge

Les médecins s'accordaient pour dire qu'il était important de prendre en charge le TOC s'il existait un retentissement, un impact important ou une souffrance du patient :

« il faut, parce que, voilà quoi, c'est pas vivable. Les gens peuvent pas rester comme ça. » 9-14

« Ca dépend de l'impact dans la vie de tous les jours. Si vraiment ils peuvent plus aller travailler, ça gêne la vie familiale, ils peuvent plus aller chercher le pain. Ben, là, j'imagine qu'il faut faire quelque chose » 7-9

Mais, si les rituels n'entraînaient ni gêne, ni souffrance, certains participants ont expliqué qu'ils discutaient avec leurs patients, sans entreprendre une prise en charge spécialisée ou médicamenteuse. Un médecin proposait tout de même une aide psychologique (4-12). Un autre allait par contre jusqu'à négliger ces « petits TOC » (5-2) :

« Y'a beaucoup de gens qu'ont des TOC qu'on traite même pas et pour lesquels on discute plutôt sur leur façon de vivre avec » 5-1

« y'a ceux que l'on voit vérifier avant de sortir de son cabinet, qui vérifient 3 ou 6 fois s'ils n'ont rien oublié sur leur table. Et pour lesquels il faut qu'ils gèrent un petit peu » 6-2

Le but de la prise en charge n'était pas de guérir le TOC, mais de rendre une autonomie psychique à la personne, pour que ça devienne vivable, ont dit certains (4-7) :

« il faut redonner à la personne une autonomie psychique, une capacité de communiquer de façon efficace avec son environnement et de retrouver une confiance en elle pour remettre un pied devant l'autre, se réinsérer dans son boulot [...] Je vais pas essayer de guérir le TOC, et pour moi je le guérirai pas » 1-16

En pratique, les médecins avaient surtout eu à prendre en charge des patients anxieux ou dépressifs, ayant un TOC. Leur prise en charge n'était pas focalisée sur le TOC, mais globale et axée sur la gestion de l'anxiété ou de la dépression. Le TOC n'était pas une priorité :

« Le TOC sera pas le plus gênant, ce sera pas ça qui sera la facette qui sera visible. L'anxiété va être difficile à traiter, voire une dépression. » 5-16

« je ne me focalise pas vraiment sur le TOC [...] j'essaie surtout de me focaliser sur l'importance de l'anxiété, de voir comment je peux aider la personne à composer avec ça... » 1-15

[à propos du TOC d'une patiente] « C'est pas ça qui domine la scène, c'est dans une problématique beaucoup plus large [...] Elle est pas prise en charge pour ça. » 7-8

De même, l'évaluation de la gravité dans le suivi n'était pas l'importance des rituels, mais bien l'importance de l'angoisse et de la souffrance morale :

« Alors dans les façons d'évaluer comment ça évolue, sur le sommeil, ça va être, les manifestations d'anxiété, la capacité à reprendre ou pas une activité, à conduire. Mais alors, c'est pas forcément demander "Est-ce que vos TOC reviennent ?" » 1-15

Certains interviewés ont précisé qu'il valait mieux prendre en charge le TOC précocement avant qu'il ne soit trop « fixé » et entraîne des complications (1-30) :

« J'aurais tendance à dire qu'il faut le prendre en charge rapidement, parce que j'imagine qu'il doit y avoir des moments où c'est un peu fixé » 3-18

« je pense que plus on attend et plus on laisse s'installer et plus dur c'est pour les patients de s'en passer » 9-15

3.3.2 Les médecins étaient investis dans la prise en charge, et considéraient le psychiatre comme une personne ressource

Plusieurs médecins ont expliqué que leur rôle était d'expliquer ce qu'était un TOC, de déculpabiliser, de rassurer puis d'orienter vers un psychothérapeute. Ils se considéraient donc comme une personne référente dans la prise en charge de ces patients :

« les gens [...] ont une représentation de la maladie, comme si c'était la folie [...] ils ont peur d'aller voir la psychiatrie [...] y'a à la fois besoin, de leur expliquer ce que c'est que cette maladie, de les déculpabiliser, et de favoriser le lien avec d'autres thérapeutes. » 1-17

Tous les participants ont considéré le psychiatre comme une personne ressource. La prise en charge de ces patients nécessitait un suivi psychiatrique :

« Les psychiatres sont quand même des personnes ressources » 1-25

« faut avoir un correspondant psychiatre, à qui on peut adresser. Bah, si je voyais un patient avec ça, faudrait que les symptômes soient suffisamment graves, pour vraiment en avoir besoin » 10-12

Car c'était bien le rôle du psychiatre, c'était lui qui avait les compétences pour cette prise en charge, et non les médecins généralistes, a précisé cet interviewé :

« Moi je suis pas le dieu de la psychiatrie et je suis pas là pour prendre en charge les TOC. » 6-6

Les participants adressaient ou auraient adressé leur patient à un psychothérapeute (psychiatre ou psychologue), pour une prise en charge spécialisée, d'autant plus rapidement s'ils n'étaient pas à l'aise ou si le TOC était grave :

« j'ai dû en voir 1 ou 2 ces dernières années, qu'ont dû avoir des choses bien bien cognées et bien évidemment, je ne mets pas de médicament. C'est psychiatre ! » 5-3
« Je crois que je l'orienterais facilement [...] vers un psy [...] je serais vite dépassée sur quoi mettre en place » 9-12

Puis, leur rôle dans la prise en charge était d'accompagner le patient, de le soutenir, même s'ils ne se sentaient pas toujours à l'aise ou avaient l'impression de ne pas « gérer » :

« La prise en charge, non. A mon sens, en dehors du soutien psychologique [...] Mais après, moi, si quelqu'un m'en parle, j'adresse » 2-11

« moi ça me fait pas trop peur de devoir accompagner ça » 3-9

« Je gère pas. Je suis là pour l'écouter, je pense pas avoir les compétences requises pour soigner un trouble pareil, surtout qu'il est très envahissant chez elle. » 4-11

Ils travaillaient alors en coordination avec le psychothérapeute, tout en restant un « pivot » dans le suivi :

« tout en gardant le rôle de pivot. Ca veut dire que je propose des choses, je réévalue, si ça fonctionne pas avec un psychologue, j'envoie voir un autre [...] je vais prescrire ou pas des psychotropes et puis je vais essayer de vérifier que les psychotropes sont compris, sont pris. » 1-17

Plusieurs médecins ont expliqué qu'ils accompagnaient le patient de manière rapprochée, quand il y avait une crise. Dépister les complications du TOC était aussi leur rôle :

« quand c'est un petit peu plus difficile, on a un rôle de soutien, d'écoute, et puis dépister aussi les complications dépressives, le risque suicidaire et tout ce qui vient aggraver, impacter autour de ce TOC. » 4-16

Quelques participants ne faisaient parfois qu'orienter le patient vers un psychothérapeute. Ils n'avaient ensuite pas de rôle dans le suivi (5-3) :

« de temps en temps, c'est juste, "Je voudrais les coordonnées d'un psy" et je vais pas forcément être intégré dans le suivi régulier » 1-18

3.3.3 Quelle prise en charge spécialisée ?

3.3.3.1 La psychothérapie, le traitement de référence

Tous les participants ont considéré que la prise en charge passait avant tout par une psychothérapie. Seule une psychothérapie était efficace sur le long terme. C'était le traitement de référence :

« le traitement de référence, c'est vraiment la psychothérapie » 1-22

Pour la plupart, la psychothérapie indiquée était la thérapie cognitivo-comportementale (TCC). Certains l'ont défini comme un travail sur le symptôme : on le déplaçait afin de soulager la personne. C'était une thérapie brève, efficace à court terme.

Puis, d'autres orientaient leurs patients vers une thérapie analytique, car lorsqu'il existait une problématique ancienne, un travail de fond était indispensable, seul garant d'une efficacité à long terme :

« je crois que ce qui fonctionne le mieux pour ça, alors, les thérapies comportementalistes. Après, si tu connais l'histoire de la personne ou que tu sens qu'y a d'autres choses derrière [...] ça peut peut-être être un psy classique [...] plus dans le sens, plus d'une psychothérapie générale » 2-12

« l'hypnose ou les thérapies cognitivo-comportementales, des thérapies brèves, dans un premier temps en tous cas [...] c'est pas un travail de fond, mais au moins, l'idée, je me dis, dans un premier temps, au moins, ça serait de déplacer un peu le symptôme pour que ça soit moins gênant [...] Un travail psychothérapique, plutôt analytique, sur du long terme, autour de l'angoisse » 3-9

Quelques participants ont cité l'hypnose qui permettait d'apaiser des phobies, une angoisse. L'hypnose était aussi considérée comme une thérapie brève et était utilisée à la place ou en plus de la TCC :

« j'ai utilisé aussi des recours à des techniques comme l'hypnothérapie qui peut permettre assez rapidement d'apaiser des phobies, ce genre de symptômes » 1-22

Pour un des médecins, seule la thérapie systémique était valable. Elle consistait à identifier la ou les causes du mal-être puis à modifier l'environnement en les supprimant. La TCC n'était pour lui que symptomatique et inefficace (6-45) :

« Si on ne fait pas une prise en charge systémique, ça ne marchera pas [...] si vous mettez en avant le dysfonctionnement du système dans lequel est le patient, si vous arrivez à faire bouger les lignes, les choses iront mieux » 6-34

3.3.3.2 Les psychotropes : un antidépresseur en traitement de fond, les anxiolytiques seulement si nécessaire

Pour la plupart des médecins, un traitement médicamenteux de fond était aussi indiqué : un antidépresseur, de la classe des inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) :

« J'crois que c'était des sérotoninergiques [...] La première chose que je pensais, c'était les antidépresseurs » 2-13

Beaucoup ont expliqué que le traitement médicamenteux de fond accompagnait la psychothérapie, mais ne suffisait pas. Il était complémentaire à la psychothérapie. Il était une « béquille », il diminuait les rituels et améliorait le vécu (4-19) :

« ce qu'il y a de plus efficace, c'est quand même le travail psychologique [...] de façon durable [...] ce que je dis aux patients, c'est que les médicaments c'est une béquille, ça va les aider là, mais... » 3-17

Par contre, un médecin a expliqué que l'arrêt de l'IRS pendant les grossesses entraînait une aggravation du TOC, suggérant que la poursuite du médicament était indispensable :

« c'est clair que pendant les grossesses où elle arrêta le traitement, c'était pire. Donc j pense quand même que le traitement... » 2-16

Quelques-uns auraient réservé l'antidépresseur aux formes graves de TOC (9-12) ou aux TOC se compliquant d'une dépression (8-15). Un participant ne savait pas si un traitement médicamenteux était indiqué (11-9) dans les TOC.

Presque tous ont dit que le traitement était une affaire de psychiatre, bien qu'un médecin aurait d'emblée prescrit un IRS si le TOC était envahissant (7-15) :

« Pas forcément initier le traitement, mais en tous cas, je pense que c'est une affaire de spécialiste, le traitement » 4-19

« les antidépresseurs, les IRS, sont indiqués, mais je sais pas à quel moment, faudrait les prescrire, comment » 3-10

Un médecin a cité la paroxétine (IRS) comme antidépresseur de choix, il avait aussi utilisé l'effexor (un inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline) :

« je vais utiliser facilement la paroxétine [...] j'ai fait une formation [...] indication sur les TOC [...] Ca m'est arrivé aussi sur des TOC d'utiliser de l'effexor » 1-29

Certains utilisaient les anxiolytiques au « coup par coup » lorsqu'il existait une anxiété importante. L'alprazolam était cité (1-29). Un médecin avait déjà utilisé des neuroleptiques :

« ça peut se terminer avec un petit anxiolytique pour décontracter [...] Ca peut arriver, et plus pour l'anxiété qu'autre chose. » 5-8

« j'utiliserais des anxiolytiques, des benzodiazépines, mais d'abord l'IRS, ouais. Et les anxiolytiques au coup par coup. » 7-25

« Et ponctuellement, sur des crises très fortes, il m'est arrivé d'utiliser des neuroleptiques type tercian, ou des choses comme ça, mais pas fréquemment » 1-29

Quelques interviewés ont insisté sur les risques des psychotropes, surtout des anxiolytiques, mais aussi des antidépresseurs. Ils entraînaient une dépendance et pouvaient faire partie des

rituels. Ils étaient palliatifs et empêchaient un travail psychothérapique. Leur prescription devait donc se limiter aux patients très tendus psychiquement, mais était à éviter autant que possible :

« y'a aussi un risque de dépendance avec des médicaments et des difficultés à gérer des médicaments [...] Parce que le médicament peut faire partie des rituels » 1-10

« j'évite le traitement quand ils sont assez acteurs [...] y'en a d'autres pour lesquels c'est trop difficile de verbaliser les choses [...] à ce moment-là, le médicament va être drôlement utile car il va diminuer la tension psychique et rendre une autonomie » 1-20

« Comment voulez-vous vous faire entendre de quelqu'un, s'il est pris dans une problématique où il passe tout son temps à se laver les mains, à vérifier certaines choses [...] Faut d'abord arriver à apaiser ! [...] Et après, on voit [...] Les anxiolytiques, ce n'est qu'une réponse à un symptôme ! Vous entraînez une dépendance par rapport à cela. » 6-22/6-23

3.3.3.3 Autres outils de prise en charge

Selon l'efficacité de la prise en charge par le psychothérapeute et l'évolution du TOC, un médecin proposait des thérapies alternatives de développement personnel (sophrologie, relaxation...) (1-15). Il conseillait aussi des livres pour favoriser la réflexion personnelle et le dialogue avec ses patients (1-24).

Un participant aurait aussi proposé de la kinésithérapie pour les tics, de l'orthophonie pour les bégaiements, ou un travail à partir du regard de l'autre, comme le théâtre (9-13).

3.3.4 **Difficultés de prise en charge**

Des médecins se sont exprimés sur le fait que la prise en charge de ces patients était difficile et longue (5-16) :

« Ouais, à terme. Ce que je sais, c'est que c'est efficace, mais c'est long » 1-21

Beaucoup ont expliqué que dans le domaine psychiatrique, ils géraient souvent les patients seuls. Certains participants avaient eu cette expérience concernant le TOC, les patients n'étant pas forcément suivis par un psychiatre (1-9 ; 6-11 ; 11-11).

3.3.4.1 Difficultés relevant du patient

Les patients refusaient souvent de voir un psychologue ou un psychiatre, parce qu'ils avaient peur d'être perçus comme « fous », c'était difficile de parler de leur vécu « intime et douloureux » (1-6), l'étiquette du psychiatre faisait peur (9-19) :

« y'a beaucoup de réticences de la part des gens [...] De psychologiser. Voir un psychiatre, un psychologue. Tout de suite, ils ont l'impression que [...] On pense qu'ils sont des grands malades... » 3-14/3-15

Les patients refusaient aussi les traitements médicamenteux, ont précisé d'autres participants, notamment les antidépresseurs :

« l'anxiété, c'est toujours difficile à gérer [...] tous ceux qui ne veulent pas prendre de médicament » 5-11

« les antidépresseurs, tout de suite, les gens ont un mouvement de recul. » 11-21

Tout dépendait ainsi de l'acceptation par le patient, a conclu ce médecin. Si le patient refusait de « bouger », on était « coincé » (11-15) :

« Le problème, c'est comme pour tout, quand y'a une demande de soin, quoi. Parce que quand on a en face de soi un vrai déprimé et qu'il veut rien faire, ben, on peut rien faire » 11-20

3.3.4.2 Difficultés relevant du psychiatre

Les délais d'accès aux psychiatres faisant des TCC, notamment sur le centre médico-psychologique (CMP), étaient longs parce que les psychiatres étaient trop peu nombreux, selon un participant :

« Y'a des obstacles. C'est les délais d'accès aux psychiatres [...] qui font des thérapies psycho-comportementales » 1-22

« ils sont débordés, ils sont en effectif insuffisant » 1-25

Plusieurs ont regretté que la communication avec les psychiatres soit très limitée :

« Les psychiatres, ça fait partie des spécialistes qui communiquent le moins avec nous [...] Les hospitaliers, on peut les atteindre, les libéraux, c'est très difficile » 7-16

« le psychiatre n'échange pas, avec nous. On peut le comprendre. Mais quelquefois, avec accord du patient, ça peut être intéressant. » 4-18

Adresser un patient à un psychiatre lorsqu'il allait mal était très difficile voire redouté, pour certains. Ils se retrouvaient donc parfois seul sans réponse, devant une situation psychiatrique aigüe :

« Le gros problème, c'est quand il faut avoir accès aux structures hospitalières, là, on est en grosse difficulté. Parce que on a parfois un patient qu'est en difficulté. On cherche à l'aider et quand on vous dit, délai 3 mois [...] délai 6 mois, dans les prises en charge psy, peut-être pas que dans les TOC » 6-44

« Je redoute d'avoir besoin du psychiatre [...] de manière générale. Notamment quand j'ai besoin d'aide sur un traitement. » 3-12

Quelques participants ont exprimé leur déception vis-à-vis des prises en charge par les psychiatres. Les patients consultaient leur médecin généraliste lorsque ça n'allait pas, alors que le psychiatre ne les voyait que pour les renouvellements lorsque la situation était stable :

« Ca marche pas, les choses avancent pas. Et finalement, ils viennent nous revoir nous »
7-16

« les patients viennent nous voir nous, le psychiatre, ils le voient quand tout roule [...] quand y'a une complication, c'est souvent nous qui les voyons » 4-17

Cette patiente souffrant de TOC était suivie par un psychiatre, mais ne bénéficiait pas de psychothérapie :

« Et donc je la suis maintenant depuis 2000 et bon, elle a son psychiatre. Mais elle me dit "Je le vois pour les médicaments" » 4-11

Un médecin a expliqué qu'il avait déjà prescrit des psychotropes, parce que la psychothérapie ne fonctionnait pas ou ne pouvait avoir lieu :

« en fonction de l'investissement de l'autre thérapeute, je vais prescrire ou pas des psychotropes » 1-17

« je vais prescrire des psychotropes, parce que je ne peux pas orienter vers un psychologue » 1-22

3.3.4.3 Difficultés relevant des psychologues

Les psychologues étaient certes plus accessibles que les psychiatres, ce qui permettait d'apaiser les choses, en attendant de voir un psychiatre. Mais il existait un frein majeur : l'absence de remboursement des consultations chez les psychologues, ont expliqué plusieurs participants :

« Souvent, je demande au patient d'aller voir un psychologue 2-3 fois, en attendant que le psychiatre puisse le voir, "pour calmer les choses" » 8-13

« l'accès au psychologue est plus rapide [...] Le problème des psychologues, c'est qu'ils y vont 3-4 fois, mais c'est pas remboursé, alors après il y vont plus » 7-30

L'échange avec les psychologues était aussi limité. Et les médecins généralistes connaissaient mal les psychologues, leur façon de travailler, leur personnalité, ce qui rendait difficile l'orientation du patient :

« on est plus efficace quand on a des retours sur des psychologues, pour adresser des patients, savoir quel patient va correspondre à quel psychologue » 1-26

« c'est important quand les gens me demandent des noms de psychologues, que je sache quelle est leur orientation [...] faut que je les connaisse » 3-11

3.3.4.4 Difficultés liées au mode d'exercice de la médecine générale

Certains ont soulevé le problème du temps. Le mode d'exercice de la médecine générale, par acte, était inadapté à des consultations longues nécessaires pour gérer ces situations complexes :

« si on veut comprendre la personne et entrer dans un travail de psychothérapie de médecine générale, c'est un temps qu'est long, qu'est pas facile à organiser, parce que c'est pas bien rémunéré [...] quelqu'un qui arrive à confier quelque chose d'intime, douloureux, je ne peux pas évacuer ça en 5-10 minutes » 1-28

Le risque du manque de temps était d'en rester au symptôme et de prescrire un psychotrope, en créant une dépendance, une surmédicalisation :

« on peut vraiment dire, " Ecoutez, vous avez ça, je vous prescris un psychotrope, et puis au revoir !", et puis ça prend 5 minutes, et puis on n'a pas forcément résolu le problème et on a créé une dépendance » 1-28

« un symptôme, un médicament ! Vous savez c'est facile » 6-41

Ainsi, vu les difficultés rencontrées dans leur pratique, plusieurs participants ont exprimé se sentir seuls pour la prise en charge de patients ayant un problème psychiatrique, notamment un TOC. Ils se sentaient alors en « limite » de leur exercice (1-28), par manque de temps et parfois de compétence :

« Il faut une prise en charge plus globale et je me sens pas la compétence pour le faire. Faut que ce soit le psychologue ou le psychiatre qui complète les choses » 4-19

« Y'a des gens, qui jamais voudront aller voir quelqu'un d'autre [...] j'ai pas l'impression de les emmener très loin, et de pas avoir le temps de le faire non plus [...] on est l'intervenant de première ligne et quelquefois on est le seul quoi. Et souvent même en fait. » 3-14

3.4 Particularités du TOC chez les enfants et les adolescents

Plusieurs médecins ont expliqué que les rituels s'installant progressivement, les enfants avaient des formes de TOC moins structurées, parfois à la limite du pathologique. Au départ, ces rituels discrets n'alertaient d'ailleurs pas l'entourage. Le TOC n'inquiétait pas lorsqu'il ne durait qu'un temps, mais seulement s'il persistait à l'adolescence ou à l'âge adulte, pour certains :

*« c'est pas encore très structuré [...] il peut y avoir une fragilité, on sent un petit risque »
1-12*

« ça m'inquiéterait moins, en fait, chez l'enfant [...] A partir de l'adolescence et chez l'adulte, ouais. Enfin, plutôt comme quelque chose de plus fixé » 3-8

« si on remonte très très très loin dans leur vie, y'avait déjà des petites choses, mais qui les ont pas alertés, qui n'ont alerté personne. Et puis, c'est une chose qui prend de l'ampleur. » 11-8

Mais il existait bien de vrais TOC chez l'enfant, ce participant en avait rencontré quelques-uns :

*« j'en ai un certain nombre chez les enfants [...] J'en ai vu 2 ou 3, qui m'ont marquée. »
8-3/8-7*

Un participant pensait qu'il était plus facile pour l'entourage de voir un TOC chez l'enfant que chez l'adulte, lorsque le TOC était invalidant et gênait le développement psychomoteur normal de l'enfant :

« ça gêne quelque part son développement psychomoteur normal [...] ça gêne une vie en classe à plusieurs. Donc, je pense que c'est plus facile de mettre le doigt dessus, soit l'instit, soit nous. Et les parents. » 9-11

Comme chez l'adulte, c'était en « creusant » l'interrogatoire pour un motif de consultation très vague (douleurs, troubles du sommeil, plainte psychique...) exposé par les parents que certains avaient découvert un TOC chez des enfants et des adolescents. Un médecin interrogé pensait que les rituels étaient négligés ou ignorés par les proches, les parents :

« c'est souvent là, à ces occasions-là, quelque soit l'âge, ou à un moment donné, on va dire à une plainte somatique, à une plainte psychique, que je vais les rencontrer. » 1-13

« On vous dit "Mon enfant ou ma fille adolescente présente des douleurs, des troubles du sommeil, des douleurs abdominales..." Et en fin de compte, on s'aperçoit que quand on creuse un petit peu, ils ont ces symptômes qui sont présents dans leur vie de tous les jours [...] ces symptômes ils sont ignorés [...] ou négligés par les proches. » 6-27

Le TOC se présentait, comme chez les adultes, chez des enfants anxieux, fragiles, mais plutôt sous la forme de vérifications et les tics y étaient plus volontiers associés. Ces enfants jouaient peu, s'isolaient, avaient du mal à s'exprimer. Selon un participant, c'était les parents qui en parlaient, mais pas l'enfant, car il n'était pas gêné par son TOC :

« ça gêne pas l'enfant, mais les parents. C'est les parents qu'en ont marre ! [...] il avait des TOC de vérifications et surtout des tics du visage importants [...] c'est un enfant fragile [...] anxieux [...] Ça induisait des troubles du sommeil, il jouait beaucoup moins Nathan, il s'isolait [...] C'était difficile d'exprimer quelque chose pour lui. » 8-7

« c'est des enfants qui sont trop calmes, qui veulent trop gérer leur environnement, trop ranger dans leurs chambres » 4-9

Et l'adolescent, qu'il vienne seul ou accompagné, s'exprimait peu en consultation, ont expliqué certains interviewés :

[à propos des adolescents] « c'est une tranche d'âge qu'on voit peu. Et ils viennent souvent seuls et ne parlent pas » 8-8

Quelques médecins se demandaient si certains de leurs jeunes patients avaient un TOC, mais le problème ne leur était pas forcément exposé :

« J'en ai peut-être, mais je le sais pas. » 4-9

« Y'en a peut-être pour lesquels je ne le sais pas [...] ils en parlent pas toujours » 11-8

Pour prendre en charge un TOC, un médecin a expliqué avoir travaillé avec la psychologue et l'infirmière scolaire, et n'avoir prescrit que de la phytothérapie. Restait le problème de l'accès au pédopsychiatre et au médecin scolaire :

« Alors, les enfants, vu que les délais pour la pédopsychiatrie sont catastrophiques [...] j'adresse aux psychologues et je suis en contact avec l'infirmière scolaire et avec eux, pas le médecin scolaire, car elle passe que rarement [...] les psychologues, ils font des thérapies comportementales chez l'enfant, de la relaxation [...] je ne prescris pas de neuroleptiques, ou autres molécules, mais par contre, de la phytothérapie chez l'enfant. » 8-13

Enfin, les rituels du coucher, parfois évoqués suite à une plainte pour troubles du sommeil, faisaient partie du développement psychomoteur normal de l'enfant pour les participants. Ils n'étaient donc pas considérés comme des TOC. Les médecins expliquaient aux parents que c'était bénin, temporaire, et que c'était lié à une angoisse de séparation :

*« Des rituels d'endormissement, parfois, quand ils vont faire pipi 30 fois [...] j'en ai chez les enfants [...] Et ceux qui sont obligés de dire au revoir à leurs parents 15 000 fois, c'est des TOC, ça ? Alors, ça, c'est assez fréquent [...] les parents [...] ils disent "Au fait, Docteur, vous auriez pas quelque chose, il a du mal à s'endormir ?" »
7-29*

« Y'a certains parents qui m'ont demandé si certains rituels étaient normaux ou pas. Quelquefois, ça fait partie du développement de l'enfant, quand ils sont petits. Y'en avait un à 2 ans qui avait des rituels au coucher, mais j'ai rassuré en disant que c'était pas grave et c'est passé tout seul. » 8-7

3.5 Modalités et souhaits de formation concernant le TOC

Quelques médecins interrogés avaient entendu parler du TOC en cours de psychiatrie lors de leur formation initiale :

« on a eu 1 petit cours théorique sur les névroses, les psychoses. On a abordé les TOC dans les névroses » 4-20

Plusieurs participants avaient fait un stage en psychiatrie pendant leurs études, seulement l'un d'entre eux avait à cette occasion appréhendé le TOC :

« mon premier cas de TOC, je m'en souviens très bien [...] c'était une bonne sœur, les hosties, tous les petits bouts d'hosties, qui tombaient, elle ne pouvait pas s'empêcher de toutes les récupérer, de les manger » 1-23

Certains ont exprimé le sentiment d'une insuffisance de formation initiale en psychiatrie, de manière générale :

« j'me considérais pas comme un professionnel de la maladie psychiatrique [...] J'suis pas vraiment formé à ça » 1-24

Aucun médecin n'avait par la suite entendu parler du TOC en formation médicale continue (FMC) ou en groupe de pairs :

« Nan, jamais. Dans les FMC [...] les sujets psychiatriques sont rares, plutôt l'anxiété, la dépression. Et [...] en groupes [...] notre demande elle est plus technique » 3-19

Comme l'ont expliqué quelques interviewés, c'était surtout les situations cliniques rencontrées pendant leur exercice et parfois les lectures (revues médicales...) qui les avaient finalement formés :

« Des lectures sûrement, et les cas cliniques que j'ai eus. » 10-14

« de par mes pratiques, mes expériences. » 7-20

Un médecin se souvenait avoir reçu des newsletters de sites « evidence based medicine » (EBM) sur les actualités thérapeutiques du TOC :

« je reçois des newsletters sur les sites cochrane, minerva, EBM [...] je suis tombé sur 2-3 évaluations des IRS et sur la prise en charge des TOC...c'est comme ça que je me forme, j'essaie de suivre les histoires du TOC. » 4-20

Certains médecins ont donné leur avis sur le DSM. Il était perçu comme un outil cadrant des diagnostics à des fins thérapeutiques. Mais il ne faisait que « découper » le psychisme du sujet

et cela ne changeait rien à la prise en charge des patients, parce que les médecins généralistes avaient au contraire une approche globale du sujet :

« on se portait pas plus mal, tant qu'on n'avait pas le diagnostic avant [...] on appelait ça un stressé [...] ça change pas grand-chose, sauf le désir de mettre maintenant des étiquettes partout... » 5-9

[à propos du DSM V] « permet de cadrer certaines pathologies [...] déterminer quel type de molécule il faut mettre en place [...] qui agissent sur les neuromédiateurs [...] la prise en charge systémique a quelque chose de beaucoup plus important dans la prise en charge même des TOC. » 6-40

Et finalement, quelques médecins interrogés ont expliqué qu'ils ne l'utilisaient pas en pratique :

« j'en ai une idée très floue, je le consulte pas » 11-16

Beaucoup ont expliqué qu'ils ne ressentaient pas de besoin de formation sur le TOC. Mais la plupart ont tout de même exprimé un souhait d'échanger avec les psychiatres (ou les psychologues) lors de FMC, notamment sur le dépistage, la clinique, pour « ne pas passer à côté » et sur les traitements du TOC. L'approche devait être pratique et adaptée à la médecine générale, a précisé un participant :

« Les échanges, pourquoi pas [...] on pourrait aborder ça de manière adaptée à la médecine générale...je suis plus demandeur de choses, plus pratique-pratiques. » 4-21
« plutôt d'échanger sur comment on les dépiste. Parce que finalement, j'en vois pas, mais peut-être que je passe à côté [...] Et si les psychiatres en voient, est-ce que, eux, c'est parce que ils sont adressés, ou est-ce que [...] justement c'est associé à d'autres pathologies et du coup ils les dépistent ? » 9-23

Un participant a ajouté que ces FMC lui permettraient de mieux travailler en équipe :

« Ca m'intéresserait aussi dans le sens où ça me permettrait de renforcer mon réseau professionnel » 3-20

Au contraire, quelques médecins ne souhaitaient pas même un échange sur le sujet, parce qu'ils n'en ressentaient pas le besoin :

« je suis pas en manque d'information là-dessus [...] j'en ressens pas le besoin » 5-14
« Non, parce que j'ai pas eu de gros problèmes là-dessus [...] on n'est pas confronté souvent à ce problème [...] Je peux ouvrir un bouquin et je vais voir rapidement. » 7-26

4 DISCUSSION

4.1 Critique de la méthode

4.1.1 Les points forts

Cette étude est originale, puisqu'aucun travail n'a interrogé les médecins généralistes sur ce qu'ils pensaient du TOC et sur ce qu'ils en vivaient. Le choix de la méthode qualitative par entretiens individuels semi-directifs était approprié. Il a permis de recueillir les expériences, le ressenti des participants concernant un sujet délicat.

Le choix de l'arrêt de l'enquête au 11^{ème} entretien a été justifié par l'absence de nouvelles unités de sens lors des 2 derniers entretiens, la saturation des données a donc été obtenue. De plus, les participants étaient différents, de par leur sexe, leur expérience et leur lieu d'exercice, ce qui a permis d'avoir des opinions diverses. Malgré ces atouts, on ne peut toutefois pas affirmer une représentativité qualitative.

Le double codage a permis d'augmenter la fiabilité de l'analyse des résultats.

4.1.2 Les limites

Le recrutement sur la base du volontariat constitue un biais de sélection, puisque les médecins ayant accepté de participer à l'étude étaient probablement plus sensibilisés à ce sujet que l'ensemble des médecins généralistes.

Certaines questions du guide d'entretien ont été supprimées ou modifiées après quelques entretiens, car elles n'étaient pas pertinentes ou claires, l'approche de l'interviewer a donc changé. Les entretiens ont été réalisés par la même personne, inexpérimentée dans la réalisation d'une telle enquête, ce qui représente un biais d'investigation.

Les entretiens se sont principalement déroulés sur le lieu de travail des médecins, qui étaient parfois dérangés ou débordés, ce qui peut avoir induit un autre biais déclaratif.

Les résultats n'ont pas été validés par les interviewés, cela aurait pourtant pu augmenter la fiabilité de l'analyse.

4.2 Représentations du TOC

Tous les médecins interrogés n'avaient pas encore été confrontés au TOC dans leur pratique, mais leurs représentations correspondent globalement aux données du DSM et de la littérature, que ce soit chez les adultes, les enfants et les adolescents. On peut toutefois noter des différences, qui soulèvent des interrogations.

4.2.1 Le TOC, un trouble proche des troubles anxieux

Tout d'abord, les médecins interrogés ont considéré le TOC comme un trouble anxieux. Dans le DSM IV TR (2), le TOC fait encore partie des troubles anxieux. En revanche, le DSM V (1) consacre un chapitre entier au TOC et aux troubles associés au TOC, qui suit le chapitre des troubles anxieux. En effet, bien que partageant des caractéristiques communes avec ces troubles (pensées récurrentes, conduites d'évitement, gestes de réassurance), le TOC a aussi des particularités. Contrairement aux pensées dans les troubles anxieux, le contenu des obsessions dans le TOC ne concerne pas les problèmes de la vie réelle et peut même être irrationnel, voire magique. Dans les troubles anxieux, il n'existe pas de compulsions et contrairement au TOC, les préoccupations ne concernent que des situations ou des objets bien précis (les interactions sociales dans la phobie sociale...) (1).

4.2.2 La prédominance des compulsions, l'oubli des obsessions

Les médecins interrogés ont surtout décrit des rituels répétés. Certains les ont appelés des compulsions.

Seulement un médecin a parlé d'idées violentes qui s'imposaient au patient, que l'on pourrait rapprocher des obsessions.

Or, d'après le DSM (1, 2), les patients ont des compulsions et/ou des obsessions. Les obsessions sont des pensées répétées, intrusives, inappropriées (ne correspondant pas aux problèmes de la vie réelle), incontrôlables, mais le sujet reconnaît qu'elles proviennent de sa propre activité mentale. Les plus décrites sont des pensées à type de contamination (être contaminé en serrant les mains), des doutes répétés (la peur d'avoir blessé quelqu'un), des impulsions agressives ou horribles, un besoin irrésistible d'ordre, de symétrie, des représentations sexuelles (une image pornographique récurrente). Elles entraînent une anxiété et une souffrance importantes. Le sujet tente de les ignorer ou de les neutraliser par d'autres pensées ou actions, les compulsions. Les compulsions sont des comportements répétitifs (se laver les mains, vérifier, ordonner...) ou des actes mentaux (prier, compter, répéter des mots silencieusement...) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession.

Les compulsions sont destinées à neutraliser ou à diminuer le sentiment de détresse, à empêcher un évènement redouté, mais elles sont excessives et ne sont parfois pas en rapport avec ce qu'elles étaient supposées neutraliser ou prévenir, si bien que le sujet ne sait plus pourquoi il les réalise (annexe A).

Il semble donc que le patient souffre non seulement de ses compulsions, mais aussi de ses obsessions. La plupart des médecins interrogés dans notre étude ont exprimé le fait que le TOC était responsable d'une souffrance morale importante chez ces patients. L'omission par les participants des obsessions entraîne peut-être une sous-évaluation de cette souffrance et peut être expliquée par l'invisibilité de ces pensées « intrinsèques », alors que les compulsions sont bien visibles.

4.2.3 La distinction difficile avec les nombreux diagnostics différentiels

Dans notre enquête, certains médecins ont considéré que les tics et la trichotillomanie faisaient partie « des TOC », alors qu'ils sont des diagnostics différentiels du TOC, d'après le DSM (1, 2). En revanche, ils y sont fréquemment associés et la trichotillomanie est classée dans les troubles associés au TOC (1). La confusion entre ces troubles montre la difficulté de définir « les TOC ». Cette expression plurielle a d'ailleurs été employée à de multiples reprises par certains médecins (1-9/1-16 ; 5-4 ; 6-31 ; 9-25 ; 10-3), témoignant d'une représentation hétérogène du TOC.

Par ailleurs, certains médecins interrogés ont comparé les TCA au TOC et un médecin se demandait si les achats compulsifs n'étaient pas une forme de TOC. Les TCA et les achats compulsifs sont également des diagnostics différentiels du TOC d'après le DSM (1, 2). Dans notre enquête, la comparaison du TOC avec ces troubles montre que les médecins se représentent le TOC comme un trouble compulsif. Pour eux, les compulsions étaient d'ailleurs bien « incontrôlables » et avaient pour but d'« apaiser » le sujet.

4.2.4 Une prise de conscience très variable

Dans cette étude, les médecins ont considéré que les patients avaient conscience du caractère irrationnel des rituels. En ce sens, le TOC était pour eux une névrose. Certains ont précisé qu'au départ, les patients ne se rendaient pas compte qu'ils mettaient en place ces rituels. Chez l'enfant, cela n'a pas été évalué, mais selon un participant, l'enfant ne paraissait pas gêné par ses rituels.

Comparativement, dans le DSM, l'enfant manque de conscience cognitive pour critiquer tandis que l'adulte reconnaît que les obsessions ou les compulsions sont excessives ou déraisonnables (annexe A). Mais cette prise de conscience (ou « insight ») varie selon le sujet,

les moments ou les situations. Le sujet peut critiquer ses compulsions chez le thérapeute, mais ne pas les reconnaître comme déraisonnables, dès lors qu'il est en situation de devoir leur résister. Et au contraire, avec l'évolution, à force d'essayer de résister et d'échouer, il peut se laisser aller à ses obsessions ou ses compulsions. Le sens de la réalité peut être perdu et l'obsession peut atteindre des proportions délirantes (la croyance qu'on a causé la mort d'une personne par le simple fait de l'avoir voulu) (2). Ce manque d' « insight » serait corrélé à un mauvais pronostic à long terme (1, 3).

La prise de conscience chez l'adulte est donc, contrairement aux représentations des médecins dans cette enquête, variable selon les sujets et les situations. Elle peut largement diminuer dans le temps. Prendre en compte le TOC de manière précoce serait donc plus efficace, tant que le patient « ne s'épuise pas à essayer de résister » et est encore apte à critiquer.

4.2.5 Un risque suicidaire à prendre en compte

Dans notre étude, les médecins considéraient que le TOC pouvait être grave au point d'entraîner une désocialisation, des conduites d'évitement, une dépression. Le risque suicidaire et les addictions étaient par contre peu évoqués.

Selon le DSM, les symptômes interfèrent de façon significative avec les activités habituelles du sujet, son fonctionnement professionnel (ou scolaire) et ses relations sociales ou familiales (annexe A). Les sujets évitent les situations et les objets qui provoquent leurs obsessions ou leurs compulsions et restreignent ainsi leur fonctionnement. Ils peuvent aller jusqu'à ne plus sortir de chez eux, pour réaliser leurs compulsions, qui deviennent l'activité principale de la vie. Cela induit un isolement, une culpabilité, des troubles du sommeil. Le sujet peut alors développer un syndrome dépressif majeur, une dépendance (alcool, sédatifs...) (2). 41% de ces patients développent un trouble dépressif (1). Les pensées suicidaires surviennent chez au moins 1 patient sur 2 et au moins ¼ de ces patients font des tentatives de suicide (1). Des études confirment que la comorbidité dépressive est fréquente chez ces patients (6, 7, 12, 13) et qu'elle est associée à l'existence de TOC plus sévères et difficiles à traiter (14).

Par ailleurs, le risque suicidaire serait augmenté chez les patients ayant un TOC et une dépendance à l'alcool (15). Une thèse quantitative réalisée en 2003 sur les TOC en médecine générale a montré que les patients ayant un TOC avaient plus d'antécédents de dépression et plus de problèmes de dépendance à l'alcool que les patients témoins (16). Enfin, le risque suicidaire serait augmenté chez les patients ayant un TOC, non mariés ou dépressifs (17).

Dans notre enquête, les médecins ont évalué le risque de dépression à sa mesure, mais peut-être pas le risque suicidaire. Une attention particulière devrait être portée aux patients ayant un TOC associé soit à une dépression, soit à une dépendance à l'alcool et aux patients isolés, en raison du risque suicidaire.

4.2.6 Des comorbidités très fréquentes

Alors que peu de participants de cette étude ont considéré que le TOC était associé à des troubles anxieux, les données de la littérature suggèrent que le patient présente couramment un trouble anxieux dans sa vie (dans 76% des cas ; trouble panique, phobie sociale, trouble de l'anxiété généralisée, phobie spécifique) (1). Le TOC peut également être associé à un TCA (2, 3) ou à un trouble bipolaire (3, 6, 12). Inversement, chez les sujets ayant un trouble bipolaire, un TCA mais aussi une schizophrénie, une psychose schizo-affective ou atteints du syndrome de Gilles de la Tourette, les taux de prévalence d'un TOC associé sont plus importants que dans la population générale (1).

Certaines études montrent que lorsqu'un patient a une comorbidité anxieuse, le TOC est plus grave (18), difficile à traiter (14) et les dépressions plus fréquentes (19). La comorbidité bipolaire serait associée à un haut risque suicidaire (12). La recherche d'une association du TOC à la bipolarité ou à un TCA est primordiale pour la prise en charge du patient selon la HAS, ces comorbidités constituant des facteurs aggravants pour la réponse au traitement (3).

Dans cette enquête, l'existence de ces comorbidités (troubles anxieux, TCA, bipolarité) semble sous-évaluée par les médecins interrogés, ce qui pourrait avoir une incidence négative sur la prise en charge des patients.

4.3 Modalités diagnostiques

4.3.1 Les présentations cliniques

Dans notre étude, les patients consultaient rarement pour parler de leur TOC spontanément, et seulement s'il devenait très envahissant, invivable.

Ils consultaient plutôt pour une plainte anxieuse ou dépressive, lorsque le TOC devenait grave, décompensait. Leur demande de soin concernait la souffrance générée par la dépression ou l'anxiété. Le TOC était découvert à cette occasion ou plus tard dans le suivi, mais il n'était pas une priorité. On peut donc s'interroger : les patients ne souhaitent-ils pas parler de leur TOC et attendent le dernier moment pour en parler, parce qu'ils en ont honte ? N'ont-ils simplement pas besoin d'en parler avant de décompenser ? Ou ne sont-ils pas en capacité d'en parler directement (déficit d' « insight ») ? La littérature suggère que le patient se présente plutôt pour une dépression ou une anxiété, et non pour ses symptômes obsessionnels et compulsifs (6). Cela fait écho aux conclusions d'un participant de notre enquête : les patients consultent plus facilement pour une dépression que pour leur TOC.

Le point d'appel pouvait aussi être plus vague. Il pouvait s'agir d'une plainte psychosomatique, comme des douleurs, des troubles du sommeil, mais aussi des problèmes au travail, des conduites d'évitement, des phobies. C'était alors en « creusant » l'interrogatoire que le médecin découvrait un TOC chez certains patients. Cela pose également question : les patients attendent-ils que le médecin découvre leur TOC, alors qu'ils n'arrivent pas à en parler spontanément ? Font-ils le lien entre un trouble ancien avec lequel ils ont toujours vécu et la souffrance majeure actuelle ? En tout cas, ces points d'appel vagues nécessitent que le médecin généraliste soit attentif à ces plaintes. Et, comme un participant dans notre enquête l'explique, même si le patient se décide à consulter sous prétexte d'un symptôme, il est possible qu'il n'ait pas le temps d'en venir au fait, lors de consultations courtes chez son médecin généraliste.

Au cours des entretiens, quelques médecins se sont posés la question de l'existence d'un TOC chez certains de leurs patients dépressifs ou ayant un trouble anxieux. Est-ce l'impact de l'entretien ou une question qu'ils se posaient depuis longtemps, mais qu'ils n'osaient pas poser à leurs patients ? Les médecins seraient-ils eux-mêmes gênés de découvrir un TOC, craignant de mettre le patient mal à l'aise ? C'est ce que suggère

certain participants de notre étude : les médecins généralistes ont peut-être du mal à aborder ou identifier ce problème, parce qu'ils le connaissent mal. Et pourtant, un dépistage du TOC chez les patients anxieux consultant en médecine générale serait très pertinent. En effet, un dépistage ciblé du TOC en soins primaires (enquête AR TOC, (20)), réalisé par 650 praticiens en France, chez 5919 patients anxieux résistants à 1 mois de traitement anxiolytique ou sédatif a été réalisé au moyen d'un questionnaire (cf. annexe C) : 14% de ces patients avaient un TOC et 31% en avaient probablement un.

Dans notre enquête, certains rituels étaient tellement envahissants qu'ils devenaient visibles en consultation. Au contraire, il était difficile de dépister certains TOC que le patient « maîtrisait » de façon à ne rien laisser transparaître en consultation. Entre ces deux extrêmes, certains comportements que le patient laissait « échapper » pouvaient être perçus par le médecin. Si celui-ci essayait d'engager un dialogue avec son patient sur le sujet, ça n'aboutissait pas ou rarement et plus tard. Même si le patient ne parle pas de son TOC, on peut se demander s'il ne laisse pas transparaître certaines choses de manière à ce qu'on lui vienne en aide. Le médecin généraliste semble devoir choisir entre, d'une part, ne pas « braquer » le patient, en abordant un sujet délicat pour lequel il n'est pas venu, et d'autre part, profiter des signes visibles en consultation pour engager un dialogue sur un problème qui pourrait le gêner. Dans notre étude, certains médecins ont une attitude prudente et en restent à la demande de soin du patient, d'autres abordent le problème. Cela montre la difficile place du médecin généraliste face à ces situations. Repérer, oui, mais en parler ? Le respect de la demande de soin du patient est nécessaire et indispensable, mais le médecin généraliste peut-il s'autoriser à explorer une demande de soin implicite ?

La HAS (3) cite une étude ayant montré que poser les 4 questions suivantes à la recherche d'obsessions ou de compulsions a une sensibilité de 85% pour le TOC :

- Avez-vous à vous laver les mains à de nombreuses reprises ?
- Vérifiez-vous certaines choses de façon répétée ?
- Avez-vous des pensées qui vous viennent à l'esprit, provoquent une détresse et auxquelles vous ne pouvez cesser de penser ?
- Avez-vous besoin de compléter des actions à plusieurs reprises jusqu'à ce qu'elles soient réalisées d'une certaine façon avant que vous ne passiez à autre chose ?

Un tel questionnaire serait utilisable en médecine générale, afin de dépister le TOC, devant des comportements suspects, mais aussi devant une plainte psychique inexplicite comme une anxiété, une dépression. C'est un peu la démarche qu'avaient certains participants dans

notre étude : face à ces situations, ils orientaient, « creusaient » l'interrogatoire et découvraient parfois un TOC, en posant des questions ciblées, notamment à la recherche de rituels, de phobies. La HAS (3) propose alors, si le patient répond positivement à l'une de ces 4 questions, qu'une évaluation plus approfondie des symptômes soit réalisée. Pour cela, le psychiatre peut utiliser des échelles et des questionnaires, comme l'échelle d'obsession-compulsion de Yale Brown, la liste des pensées obsédantes, la liste des activités compulsives... Il peut alors confirmer le diagnostic et évaluer la sévérité du TOC.

Enfin, la demande de soin du patient, parfois difficile à appréhender, concerne rarement directement son TOC. Elle ne devient explicite que lorsque le TOC est grave et se complique d'une anxiété majeure, d'une dépression ou d'une désocialisation, s'exprimant parfois par des plaintes psychosomatiques vagues.

4.3.2 Les difficultés diagnostiques

Dans notre étude, plusieurs médecins ont exprimé l'impression de « sous-diagnostiquer » le TOC. En effet, la plupart des médecins interrogés avaient environ 2 voire 3 patients connus pour TOC dans leur patientèle, certains n'en avaient pas. Ce chiffre est faible, par rapport à la fréquence à laquelle on pourrait s'attendre dans une patientèle, vu la prévalence en population générale de 1 à 2% décrite dans la littérature (1, 2, 3, 4).

Les médecins interviewés dans notre enquête expliquaient ce « sous-diagnostic » par les difficultés que le patient avait pour en parler. La littérature suggère également que la honte ressentie par les patients (6, 10) et le déficit d'« insight » (21) réduisent leurs chances de rechercher de l'aide auprès des professionnels de santé. La comorbidité dépressive (21) et un début précoce du TOC (5) seraient aussi des freins à la démarche de soin du patient.

L'entourage était perçu dans notre enquête comme une aide possible à la prise de conscience du patient au début de l'évolution du trouble et donc à sa démarche de soin. Mais la littérature suggère que les proches non plus ne comprennent pas les symptômes au départ et qu'ils les banalisent (10, 22). De plus, les familles s'adaptent, font preuve de conciliation et participent parfois aux rituels (10, 23), ce qui peut freiner la démarche de soin.

Dans notre enquête, les enfants, non gênés par leur TOC, n'en parlaient pas. C'était les parents qui en parlaient, mais ceux-ci négligeaient ou ignoraient parfois les symptômes. Il existerait en effet un retard diagnostique, lié à un manque de reconnaissance du caractère pathologique des symptômes par les parents, mais aussi à la honte des proches (24, 25) et à leur peur d'être jugés ou incompris (24). Les motifs de consultation chez l'enfant seraient plutôt des troubles anxieux, une irritabilité et des troubles du comportement, et non les symptômes obsessionnels et compulsifs (24). Enfin, le DSM explique que, même si les compulsions de l'enfant sont plus facilement observables que chez l'adulte (1), les enfants sont tout de même plus enclins à s'engager dans les rituels à la maison que lorsqu'ils sont en face des autres (2). Le TOC chez les jeunes patients est donc difficile à repérer, déjà pour l'entourage, puis pour le médecin de famille.

Le sentiment de « sous-diagnostic » était aussi lié aux difficultés que les médecins de notre étude avaient vis-à-vis du TOC. Savoir devant quoi y penser n'était pour eux pas facile. En même temps, quelques participants pensaient que rechercher un TOC n'avait pas d'intérêt, car sans demande de soin, ça n'aboutissait à aucune prise en charge. Il existe donc une contradiction entre d'une part des médecins craignant de ne pas identifier leurs patients en souffrance, et d'autre part des médecins convaincus que la recherche du TOC n'est pas utile.

4.3.3 Le médecin généraliste est-il l'interlocuteur idéal ?

Puisqu'ils se considéraient comme une personne ressource pour le patient, les médecins interviewés pensaient que le diagnostic du TOC était leur rôle. Or, certaines études montrent que les patients cherchent plutôt de l'aide auprès d'un psychiatre ou d'un psychothérapeute, mais peu auprès de leur médecin généraliste (5, 22). On peut donc s'interroger sur la forme d'aide qu'ils demandent : est-ce que les patients consultent un psychiatre pour leurs symptômes obsessionnels ou compulsifs et les médecins généralistes plutôt pour une dépression, une anxiété ou une plainte plus vague ? Serait-il plus facile de consulter un psychiatre que le médecin généraliste connu de longue date pour parler de symptômes dont ils ont honte ?

4.4 Prise en charge

Dans notre étude, certains médecins ont vivement exprimé l'idée que l'essentiel était d'accompagner un patient anxieux ou dépressif, sans « étiqueter », diagnostiquer son TOC. En effet, les patients souffrant de TOC avaient surtout été pris en charge par les participants pour une anxiété ou une dépression. Le suivi n'était pas axé sur le TOC. Il semble donc que la découverte de ce trouble ne change pas la prise en charge de ces patients. Y a-t-il alors un intérêt à le diagnostiquer ?

Les médecins interrogés dans notre enquête ont considéré que la prise en charge du TOC était essentielle lorsqu'il existait une souffrance du patient et/ou un retentissement important dans sa vie. Ce suivi, long et difficile, avait pour but de rendre une autonomie psychique au patient, sans forcément chercher à le guérir. Il fallait orienter le patient vers un psychiatre, perçu comme un référent, ou un psychologue, pour mettre en place une prise en charge spécifique et spécialisée. Celle-ci consistait avant tout en une psychothérapie, seule efficace à long terme. La TCC était la psychothérapie la mieux indiquée, au moins dans un premier temps. Un IRS en traitement de fond était aussi indiqué, en accompagnement à la psychothérapie chez l'adulte, alors que chez l'enfant, la TCC suffisait. Ceci concorde avec les recommandations de la HAS (3, 4) et les données de la littérature (25, 26, 27).

Les participants de notre enquête suivaient pourtant des patients souffrant de TOC qui ne bénéficiaient pas d'une prise en charge spécialisée. Il existe donc un paradoxe entre la prise en charge que leurs patients devraient avoir et celle dont ils bénéficient en réalité. Cela s'explique par les difficultés que les médecins ont exposées. Une thèse qualitative récente portant sur la prise en charge des patients anxio-dépressifs par les médecins généralistes souligne les mêmes difficultés que celles de notre étude : le difficile accès aux psychiatres, le manque de collaboration avec eux, mais aussi le non remboursement des prises en charge par les psychologues (28). Dans notre étude, un autre obstacle soulevé a été le refus des soins par le patient.

Certains médecins interviewés ont même exprimé leur déception vis-à-vis des prises en charge par les psychiatres. Ces participants ont expliqué « gérer » les crises, alors que les psychiatres ne voyaient les patients qu'en situation stable lors des renouvellements. En raison de ces difficultés, quelques médecins ont expliqué se sentir seuls ou être au centre

du suivi. Ils se sentaient alors limités dans leur capacité de prise en charge, en raison du manque de temps et de compétence.

Ainsi, dans notre étude, la prise en charge, bien que souhaitée par certains plus spécifique et plus déléguée au psychiatre ou au psychologue, était en pratique plutôt globale et surtout assurée par le médecin généraliste.

Enfin, quelques médecins de notre étude pensaient qu'une prise en charge précoce du TOC était préférable, afin d'éviter que le TOC ne « se fixe » et ne se complique. Une prise en charge précoce serait en effet plus efficace (8, 9). Mais dans notre enquête, la prise en charge des patients était finalement axée sur les décompensations du TOC ou les TOC graves. Elle survenait probablement tard dans l'histoire du patient.

4.5 Formation

Notre étude met en évidence une carence de formation sur le TOC, chez les médecins interrogés. Les participants se sont alors surtout formés par les situations cliniques rencontrées dans leur pratique.

Rechercher des obsessions et des compulsions devant une anxiété rebelle aux anxiolytiques, par un questionnaire court, semble pertinent pour le diagnostic d'un TOC. Cette notion pourrait faire partie du corpus de connaissance des médecins généralistes en fin de formation initiale.

La plupart des médecins de notre enquête ont souhaité échanger avec les psychiatres, ou les psychologues, lors de FMC, notamment sur l'approche clinique diagnostique du TOC, pour « ne pas passer à côté » et sur les prises en charge. Cela permettrait aussi d'améliorer un travail en équipe avec les psychiatres, qui manque aux médecins généralistes pour mieux prendre en charge de tels patients.

5 CONCLUSION

Dans notre étude, les représentations des médecins interrogés concernant le TOC étaient surtout liées à leur pratique. Elles étaient proches des données de la littérature. Mais des différences existent. Les médecins percevaient le TOC comme une névrose anxieuse, permettant d'exprimer une souffrance, alors que le TOC se distingue des troubles anxieux par certaines particularités. Les compulsions étaient décrites par tous les participants, mais les obsessions largement méconnues. Le TOC était parfois confondu avec certains diagnostics différentiels comme la trichotillomanie et les TCA. Les interviewés considéraient que le patient avait conscience du caractère pathologique de son trouble, bien qu'il ne puisse contrôler ses rituels, mais ce degré de conscience semble dans notre étude surestimé. Le TOC était pour les participants un trouble pathologique à différencier des rituels bénins du quotidien. Il pouvait être grave au point d'entraîner une désocialisation et une dépression. La prise en compte de certaines complications (le risque suicidaire, les addictions) et de certaines comorbidités (les troubles anxieux, les TCA, la bipolarité) est sous-estimée dans cette enquête. Le TOC était chronique, selon les interviewés. Il durait toute la vie et commençait à l'adolescence voire dans l'enfance. Le patient, cachant son TOC, était isolé, incompris et souffrait en silence.

Ce n'est que lorsque le TOC devenait invivable, que le patient consultait spontanément pour en parler, mais cette présentation clinique était rare. Le TOC était bien plus souvent découvert à l'occasion d'une consultation ou d'un suivi pour anxiété ou dépression mais parfois tardivement. Il pouvait aussi être découvert lors d'une consultation pour un motif psychosomatique vague, lorsque le médecin généraliste « creusait » l'interrogatoire. La demande de soin du patient n'existait que lorsque le TOC se compliquait d'une dépression, d'une anxiété majeure ou d'une désocialisation. Elle ne concernait pas le TOC, mais la souffrance morale engendrée par ce trouble. La découverte fortuite par le médecin généraliste de comportements suspects était source de questionnement : aborder le problème alors que le patient n'était pas venu pour ça, ou en rester à la demande de soin ? Les médecins expliquaient un probable « sous-diagnostic » par les difficultés qu'avait le patient à en parler (honte, culpabilité, méconnaissance du TOC, déni...), mais aussi par les difficultés que eux-mêmes avaient pour appréhender le TOC (savoir devant quoi y penser, difficulté pour aborder ce problème en consultation). Certains pensaient en revanche que la recherche du TOC n'était pas pertinente, car, en l'absence de demande de soin du patient, ça n'aboutissait pas à une prise en charge.

La prise en charge était nécessaire lorsque le patient souffrait de son TOC. L'objectif était de lui rendre une autonomie psychique, sans forcément chercher à le guérir. Bien qu'investis dans la prise en charge de leurs patients, les médecins généralistes souhaitaient que leurs patients bénéficient d'une prise en charge spécialisée par un psychiatre ou un psychologue. Le psychiatre était considéré comme une personne référente. La prise en charge spécifique pour le TOC consistait alors en une psychothérapie de type TCC, éventuellement associée à un antidépresseur de la classe des IRS. En pratique, il existait de nombreux obstacles pour cette prise en charge : les difficultés rencontrées avec les patients (refus de soin), avec les psychiatres (accès difficile, communication limitée, prises en charge parfois décevantes), avec les psychologues (non remboursement des prises en charge, orientation et communication difficiles). Ainsi, le suivi était en réalité souvent global, axé sur la dépression ou l'anxiété, mais non spécifiquement sur le TOC. Et les médecins généralistes assuraient souvent en grande partie ce suivi, et parfois seuls. Certains participants se percevaient alors comme « l'intervenant de première ligne et le seul », tout en étant conscients des limites de leurs compétences. D'autres allaient même jusqu'à penser que le diagnostic du TOC n'était pas indispensable, l'important étant d'accompagner un patient en souffrance sans « étiqueter » son trouble.

Leur formation sur ce sujet étant très limitée, la plupart des médecins généralistes souhaitait des échanges avec les psychiatres au cours de FMC, pour améliorer leur approche clinique et le travail en équipe.

Il serait intéressant de mener une étude similaire auprès de psychiatres pour confronter les points de vue et améliorer le parcours de soin du patient.

Afin de mieux cerner leur demande de soin, il serait intéressant d'interroger les patients sur les difficultés rencontrées dans leur parcours de soin et leurs attentes vis-à-vis des différents intervenants, notamment des médecins généralistes et des psychiatres.

BIBLIOGRAPHIE

1. American Psychiatric Association. DSM-V: diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Washington (D.C.) London: American Psychiatric Publishing, a division of American Psychiatric Association, cop. 2013.
2. American Psychiatric Association, coordination générale de la traduction française par Julien Daniel Guelfi et Marc-Antoine Crocq. DSM-IV-TR, manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4ème édition, texte révisé, Issy-les-Moulineaux : Masson, DL 2004, cop. 2003.
3. HAS. Troubles obsessionnels compulsifs résistants : prise en charge et place de la neurochirurgie fonctionnelle. Mai 2005.
4. HAS. Guide-affection de longue durée, affections psychiatriques de longue durée, troubles anxieux graves. Juin 2007.
5. Stengler K, Olbrich S, Heider D, Dietrich S, Riedel-Heller S, Jahn I. Mental health treatment seeking among patients with OCD: impact of age of onset. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 2012 Jul 5.
6. Wahl K, Kordon A, Kuelz K, Voderholzer U, Hohagen F, Zurowski B. Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) is still an unrecognised disorder : A study on the recognition of OCD in psychiatric outpatients. *European Psychiatry* November. 2010; Volume 25, Issue 7 : Pages 374–377.
7. Fireman B., Koran L., Leventhal J., Jacobson A. The Prevalence of Clinically Recognized Obsessive-Compulsive Disorder in a Large Health Maintenance Organization. *Am J Psychiatry*. 2001 ; 158 : 1904–1910.
8. Bunmi O. et al. Cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder : A meta-analysis of treatment outcome and moderators. *Journal of psychiatric research*. 2013; 47: 33-41.
9. Dell'Osso B. et al. The influence of age at onset and duration of illness on long-term outcome in patients with obsessive-compulsive disorder: A report from the International College of Obsessive Compulsive Spectrum Disorders (ICOCS), *European Neuropsychopharmacology*. 2013 ; 23 : 865-871.
10. Stengler-Wenzke K, Trosbach J, Dietrich S, Angermeyer, Experience of stigmatization by relatives of patients with Obsessive Compulsive Disorder, *Archives of Psychiatry Nursing*. 2004 ; 18 (3) : 88–96.

11. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes. L'entretien. 2^{ème} édition. Paris : Armand Colin, 2007.
12. Hantouche E, Angst J, Demonfaucon C, Perugi G, Lancrenon S, Akiskal H. Cyclothymic OCD: a distinct form? *Journal of Affective Disorders*. 2003 june ; Volume 75, Issue 1 : Pages 1–10.
13. Milanfranchi A, Marazziti D, Pfanner C, Presta S, Lensi P, Ravagli S, Cassano GB. Comorbidity in obsessive-compulsive disorder: focus on depression. *European Psychiatry*. 1995 ; 10 : 379-382.
14. Hantouche E, Demonfaucon C. Toc résistant : caractéristiques cliniques, facteurs prédictifs et influence des tempéraments affectifs. *L'Encéphale*. 2008 décembre ; Volume 34, Issue 6 : Pages 611–617.
15. Gentil A, De Mathis M, Torresan R. Alcohol use disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: The importance of appropriate dual-diagnosis. *Drug and Alcohol Dependence*. 2009 ; 100 : 173–177.
16. Bailly F. Les troubles obsessionnels compulsifs en médecine générale : diagnostic et prise en charge, étude prospective comparant 30 patients présentant des TOC et 30 patients-témoins. Thèse de médecine générale. Université Paris Diderot, Paris 7. 2003.
17. Alonso P, Segalàs C, Real E. Suicide in patients treated for obsessive-compulsive disorder: A prospective follow-up study. *Journal of Affective Disorders*. 2010 ; 124 : 300-308.
18. Hofmeijer-Sevink M, Van Oppen P, Van Megen H. Clinical relevance of comorbidity in obsessive compulsive disorder: The Netherlands OCD Association study. *Journal of Affective Disorders*. 2013 ; 150 : 847–85.
19. Denys D, Tenney N, Van Megen H. Axis I and II comorbidity in a large sample of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*. 2004 ; 80 : 155–162.
20. Hantouche E, Angst J, Kochman F, Lancrenon S, Deleuze M, Allilaire J. Structure factorielle des obsessions-compulsions : résultats dans une population de 3 500 patients dépistés en médecine générale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2002 février ; Volume 160, Issue 1 : Pages 25–33.
21. Levy H, McLean C, Yadin E, Foa E. Characteristics of Individuals Seeking Treatment for Obsessive-Compulsive Disorder. *Behavior Therapy*. 2013; Volume 44, Issue 3 : Pages 408–416.
22. Stengler-Wenzke K, Angermeyer. Employment of professional help by patients with obsessive-compulsive disorders. *Psychiatr Prax*. 2005 May ; 32 (4) : 195-201.

23. Albert U, Bogetto F, Maina G, Saracco P, Brunatto C, Mataix-Cols D. Family accommodation in obsessive-compulsive disorder: Relation to symptom dimensions, clinical and family characteristics. *Psychiatry Research*. 2010 ; 179 : 204–211.
24. Kochman F, Hantouche E, Millet B, Lancrenon S, Demonfaucon C, Barrot I, Akiskal H. Trouble obsessionnel compulsif et bipolarité atténuée chez l'enfant et l'adolescent : résultats de l'enquête « ABC-TOC ». *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*. 2002 ; 50 (2) : 132-8
25. Barton R, Heyman I. Obsessive compulsive disorder in children and adolescents. *Paediatrics and child health*. 2013 ; 23 (1) : 18-23.
26. Ponniah K, Magiati I, Hollon S. An update on the efficacy of psychological treatments for obsessive-compulsive disorder in adults. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*. 2013 april; volume 2, issue 2 : pages 207-218.
27. Sánchez-Meca J, Rosa-Alcázar A, Iniesta-Sepúlveda M, Rosa-Alcázar A. Differential efficacy of cognitive-behavioral therapy and pharmacological treatments for pediatric obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders* 2014 ; 28 : 31–44
28. Rouet Nailani M. Prise en charge des patients anxiodépressifs en soins primaires : une étude qualitative auprès de 14 médecins généralistes de la Vienne. Thèse de médecine générale. Poitiers. 2013.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : caractéristiques des médecins participants	13
--	----

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS.....	8
1 INTRODUCTION	10
2 METHODE	12
3 RESULTATS	13
3.1 Représentations du TOC et du patient.....	14
3.1.1 Une névrose anxieuse, l'expression d'une souffrance	14
3.1.2 Une sémiologie variée	14
3.1.3 Des rituels incontrôlables, malgré la conscience de leur absurdité	15
3.1.4 Un trouble pathologique, à bien différencier des rituels, très répandus, qui n'entraînaient ni gêne, ni souffrance, ni retentissement	15
3.1.5 Les complications : désocialisation, dépression, addiction	16
3.1.6 Une évolution chronique sans guérison.....	17
3.1.7 Un patient isolé, incompris, qui souffrait en silence	18
3.1.7.1 Cacher son TOC, une véritable impasse pour le soin.....	18
3.1.7.2 L'éloignement de l'entourage, un facteur aggravant.....	18
3.1.7.3 L'incompréhension de la gravité du TOC par l'entourage.....	18
3.1.8 Genèse du TOC	19
3.1.9 Comorbidités et diagnostics différentiels du TOC	20
3.2 Modalités diagnostiques.....	21
3.2.1 Les médecins étaient investis dans le diagnostic du TOC, c'était bien leur rôle	21
3.2.2 Présentations cliniques du TOC, modes de découverte.....	21
3.2.2.1 plaintes spontanées pour le TOC	21
3.2.2.2 Présentation en arrière-plan chez des patients venant pour dépression ou anxiété majeure.....	22
3.2.2.3 TOC visible en consultation si rituels très envahissants.....	22
3.2.2.4 Découverte fortuite	23
3.2.3 Difficultés diagnostiques	23
3.2.3.1 Le TOC était sous-diagnostiqué	24
3.2.3.2 Difficultés diagnostiques liées au patient	24

3.2.3.3	Difficultés diagnostiques liées au médecin	27
3.2.4	Etait-il finalement important de diagnostiquer un TOC ?	28
3.2.4.1	Repérer, oui, mais en parler ? En rester à la demande de soin	28
3.2.4.2	Prendre en charge un patient de manière globale était primordial, sans chercher à étiqueter son trouble.....	28
3.3	Prise en charge du TOC	29
3.3.1	Les grandes lignes de la prise en charge.....	29
3.3.2	Les médecins étaient investis dans la prise en charge, et considéraient le psychiatre comme une personne ressource	30
3.3.3	Quelle prise en charge spécialisée ?	31
3.3.3.1	La psychothérapie, le traitement de référence	31
3.3.3.2	Les psychotropes : un antidépresseur en traitement de fond, les anxiolytiques seulement si nécessaire	32
3.3.3.3	Autres outils de prise en charge.....	34
3.3.4	Difficultés de prise en charge	34
3.3.4.1	Difficultés relevant du patient	34
3.3.4.2	Difficultés relevant du psychiatre.....	35
3.3.4.3	Difficultés relevant des psychologues	36
3.3.4.4	Difficultés liées au mode d'exercice de la médecine générale.....	37
3.4	Particularités du TOC chez les enfants et les adolescents	38
3.5	Modalités et souhaits de formation concernant le TOC	41
4	DISCUSSION.....	43
4.1	Critique de la méthode.....	43
4.1.1	Les points forts	43
4.1.2	Les limites	43
4.2	Représentations du TOC	44
4.2.1	Le TOC, un trouble proche des troubles anxieux.....	44
4.2.2	La prédominance des compulsions, l'oubli des obsessions.....	44
4.2.3	La distinction difficile avec les nombreux diagnostics différentiels.....	45
4.2.4	Une prise de conscience très variable.....	45
4.2.5	Un risque suicidaire à prendre en compte	46

4.2.6	Des comorbidités très fréquentes.....	47
4.3	Modalités diagnostiques	48
4.3.1	Les présentations cliniques.....	48
4.3.2	Les difficultés diagnostiques	50
4.3.3	Le médecin généraliste est-il l'interlocuteur idéal ?.....	51
4.4	Prise en charge	52
4.5	Formation	53
5	CONCLUSION	54
	BIBLIOGRAPHIE.....	56
	LISTE DES TABLEAUX.....	59
	TABLE DES MATIERES.....	60
	ANNEXES.....	63
	Annexe A: Critères de définition du TOC selon le DSM IV TR.....	63
	Annexe B: Guide d'entretien.....	65
	Annexe C : Questionnaire de dépistage du TOC de l'enquête AR TOC.....	67
	Annexe D : Verbatim des entretiens.....	68
	Entretien 1.....	68
	Entretien 2.....	78
	Entretien 3.....	83
	Entretien 4.....	90
	Entretien 5.....	96
	Entretien 6.....	101
	Entretien 7.....	112
	Entretien 8.....	119
	Entretien 9.....	123
	Entretien 10.....	131
	Entretien 11.....	137

ANNEXES

ANNEXE A : Critères de définition du TOC selon le DSM IV TR (2)

A. Existence soit d'obsessions, soit de compulsions, ou les deux:

Les obsessions sont définies par 1, 2, 3 et 4 :

1. des pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante ;
2. les pensées, impulsions ou représentations ne sont pas simplement des préoccupations excessives concernant les problèmes de la vie réelle ;
3. le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions ;
4. le sujet reconnaît que les pensées, impulsions ou représentations obsédantes proviennent de sa propre activité mentale (elles ne sont pas imposées de l'extérieur comme dans le cas de pensées imposées).

Les compulsions sont définies par 1 et 2 :

1. des comportements répétitifs (par exemple : se laver les mains, ordonner, vérifier) ou des actes mentaux (par exemple : prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible ;
2. les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutés ; cependant ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils se proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.

B. A un moment durant l'évolution du trouble, le sujet a reconnu que les obsessions ou les compulsions étaient excessives ou irraisonnées. Ceci ne s'applique pas aux enfants.

C. Les obsessions ou compulsions sont à l'origine de sentiments marqués de détresse, d'une perte de temps considérable (prenant plus d'une heure par jour) ou interfèrent de façon significative avec les activités habituelles du sujet, son fonctionnement professionnel (ou scolaire) ou ses activités ou relations sociales habituelles.

- D. Si un trouble de l'axe I est aussi présent, le thème des obsessions ou des compulsions n'est pas limité à ce dernier (par exemple : préoccupation liée à la nourriture quand il s'agit d'un trouble des conduites alimentaires ; au fait de s'arracher les cheveux en cas de trichotillomanie ; inquiétude concernant l'apparence en cas de peur d'une dysmorphie corporelle ; préoccupation à propos de drogues quand il s'agit d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance ; crainte d'avoir une maladie sévère en cas d'hypocondrie ; préoccupation à propos de besoins sexuels impulsifs ou de fantasmes en cas de paraphilie ; ou ruminations de culpabilité quand il s'agit d'un trouble dépressif majeur).
- E. La perturbation ne résulte pas des effets physiologiques directs d'une substance (par exemple : une substance donnant lieu à abus, ou un médicament) ni d'une affection médicale générale.

Spécifier si :

Avec peu de prise de conscience : si, la plupart du temps durant l'épisode actuel, le sujet ne reconnaît pas que les obsessions et les compulsions sont excessives ou irraisonnées

ANNEXE B : Guide d'entretien

Je vous remercie d'avoir accepté cet entretien.

Je souhaite étudier vos représentations et votre vécu concernant le TOC dans votre pratique de médecine générale.

Pour mon échantillonnage, je souhaite savoir depuis combien d'années vous êtes installé(e), et si vous êtes installé(e) en milieu urbain ou rural.

Je vais donc vous poser des questions ouvertes abordant les grands thèmes que je souhaite étudier et des questions plus précises, pour chaque thème.

L'entretien est enregistré mais anonyme. Vous êtes donc libre de vous exprimer comme vous le souhaitez !

Et bien sûr, à distance, je vous transmettrai les résultats de ce travail, avec plaisir !

Qu'est-ce que le TOC représente pour vous ?

- Comment le définiriez-vous en quelques mots ?
- Comment se manifeste-t-il ?
- Comment voyez-vous ça dans le temps ? C'est quelque chose qui arrive comme ça dans la vie du patient et qui disparaît, ou c'est prolongé ?
- De quelle origine provient, selon vous, ce trouble ?
- Comment évalueriez-vous sa gravité ?
- Comment évalueriez-vous sa fréquence ?
- Est-ce un problème isolé, ou intriqué avec d'autres pathologies ? Lesquelles ?

Quelle est votre expérience personnelle, votre vécu, concernant le TOC, dans votre pratique de médecin généraliste ?

- C'est une pathologie qu'il vous arrive de rencontrer dans votre pratique ?
- Si oui, dans quelles situations, circonstances ? Sous quelles présentations cliniques (exemple éventuel d'une situation clinique/consultation) ? Si non, pensez-vous que ce trouble pourrait exister dans votre patientèle ? Sous quelle(s) présentation(s) ?
- C'est le patient qui en parle ? Ou c'est un proche ? Ou c'est vous ?
- Si vous suspectez (suspectiez) un TOC, ce serait devant quels symptômes ? quelles pathologies ? Recherchez-vous alors à l'identifier ? Comment ? Posez-vous des questions ?
- Quels sont les difficultés, obstacles ou freins que vous avez rencontrés pour en faire le diagnostic ? (ou êtes-vous en difficulté pour identifier un TOC si vous le suspectez ?)

- Quel est votre rôle dans le dépistage de ce trouble ? Est-ce important de le diagnostiquer selon vous ? Pensez-vous que les patients soient diagnostiqués de façon optimale ?

Concernant la prise en charge du TOC,

- Y a-t-il un intérêt à prendre en charge un tel trouble ?
- Quel rôle avez-vous là-dedans ?
- Que proposez (proposeriez)-vous comme prise en charge devant un TOC ? Quels traitements existent selon vous ? Sont-ils efficaces selon vous ?
- Ressentez-vous des freins à la prise en charge des patients ayant un TOC ? Lesquels ?

Selon vous, le TOC existe chez les enfants, chez les adolescents ?

- Et cela se manifeste de la même manière dans votre pratique ? La problématique est-elle différente ? En quoi ?

Finalement, par rapport à ce que vous avez pu en apprendre, en lire, votre vécu est-il différent ?

- Et comment avez-vous appréhendé le TOC pendant votre formation initiale et continue ?
- Quels seraient vos besoins, en matière de formation médicale (initiale/continue) pour mieux appréhender cette pathologie ?

Voulez-vous me préciser quelque chose ? Me dire quelque chose sur un point que nous n'avons pas abordé et qui vous semble important ?

Remerciements.

ANNEXE C : Questionnaire de dépistage du TOC utilisé dans l'étude AR TOC (20)

OBSESSION (réponse O1 + O2)

O 1 : Avez-vous jamais été troublé par des idées qui reviennent sans cesse dans votre esprit et qui entraînent malaise ou anxiété ?*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
O 2 : Quand vous avez ces idées, essayez-vous de les chasser ou neutraliser ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
* Etes-vous anxieux ou préoccupé à l'idée de :		
- être souillé ou de souiller	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- commettre une erreur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- être scandaleux	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- provoquer un malheur	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- avoir besoin de symétrie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- avoir des pensées ou pulsions sexuelles, sacrées, religieuses	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

COMPULSION (réponse C1 + C2)

C 1 : Avez-vous l'obligation de faire des actes, plusieurs fois de suite ou d'une manière précise ?*	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
C 2 : Pensez-vous ce que vous faites est plus qu'il n'en faut ? ou le nombre des répétitions plus que raisonnable ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
* Etes-vous régulièrement contraint de :		
- laver plus que la normale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- vérifier plus que la normale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- ranger plus que la normale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- accumuler ou rien jeter	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- compter intérieurement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
- être anormalement lent	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

SOC : [O1+O2] et/ou [C1+C2]

Retentissement : Détresse –Temps –Handicap

À cause des obsessions ou compulsions :		
R1 : Avez-vous l'impression d'être en grande détresse ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
R2 : Est-ce que vous perdez plus d'une heure par jour ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
R3 : Avez-vous remarqué que votre travail, votre vie sociale et/ou vos relations avec les autres ont été sérieusement handicapés ?	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

« TOC probable » : SOC + 1 réponse « R » positive

« TOC certain » : SOC + 3 réponses « R » positives

SOC signifie « Syndrome Obsessionnel Compulsif ». Il correspond au dépistage positif sur les questions Obsessions et/ou Compulsions.

ANNEXE D : Verbatim des entretiens

ENTRETIEN 1 (le 10/09/2013)

(interviewer) Qu'est-ce que le TOC représente pour vous ?

1-1

(interviewé) Alors, une souffrance morale importante, de personnes qui vont être au quotidien handicapées par quelque chose qu'ils ne comprennent pas très bien, qu'ils n'arrivent pas bien à exprimer et qui va être honteux et qui va avoir un retentissement important à la fois sur leur vie professionnelle et sur leur vie familiale.

D'accord

Et donc avec très souvent à la fois des symptômes d'anxiété très forts et puis fréquemment des décompensations dépressives et des...on va dire que ça peut être cause d'arrêts de travail, ça peut être cause de retentissement social important.

Ok, d'accord. Et du coup, c'est plutôt un symptôme, une pathologie ?

1-2

Euh, oui, en fait, avant tout, pour moi, c'est un symptôme chronique invalidant, donc ça va être des rituels contre l'anxiété, qui vont être envahissants au quotidien et qui vont, éventuellement être en réaction à des événements stressants du quotidien, à un moment donné vont prendre plus de place et devenir envahissants.

D'accord

1-3

Avec TRES souvent, dans ma perception à moi, ça s'appuie sur une problématique ancienne, des troubles de personnalité, très souvent des carences affectives dans l'enfance ou des difficultés, euh, on va dire...une personnalité névrotique ancienne, qui, pendant très longtemps, avait des manifestations comme ça qui la gênaient pas et qui étaient par forcément envahissantes, et qui à un moment donné, il va y avoir une personnalité anxieuse, qui tout à coup, il va y avoir une majoration de ces problématiques.

D'accord, donc c'est quelque chose de continu, en fait ?

Voilà, y'a un continuum avec des événements stressants qui vont à un moment déclencher et rendre les choses, on va dire.....envahissantes au quotidien !

D'accord.

1-4

Mais avec très souvent une histoire ancienne psychologique avec très souvent une histoire familiale...de TOC, de de de ... avec un vécu de parents qui ont eux-mêmes ce genre de problématique.

D'accord donc pour vous, y'a une cause un peu héréditaire, ou... ?

Y'a une fragilité héréditaire, ouais ! Parce que j'ai l'impression qu'on retrouve toujours, à un moment donné, une exposition à ...soit, des parents qui eux-mêmes avaient des troubles anxio-dépressifs, ou alors des carences affectives ou des épisodes dans l'enfance psychiques importants, avec à un moment donné, une carence affective, si un parent est pas là, pas disponible, avec quelqu'un qui va avoir, souvent un manque de confiance en soi, un manque d'estime de soi et qui va développer, on va dire...de ce manque de confiance en soi, qui va développer une anxiété et un besoin de réassurance tout le temps. Mais derrière ça y'a très souvent, une carence d'estime de soi.

Oui, donc c'est une conséquence de carences et du coup un besoin de se rassurer, qui s'exprime par des rituels.

Oui

Ok, et euh...vous pensez que c'est un syndrome qui est défini par quelque chose de précis, euh... ? Nan. Ca peut prendre plein de formes ? Les rituels, on en parlait là, c'est... ?

1-5

Alors, le TOC, en soi, c'est quelque chose d'assez précis. C'est, des troubles, pour se rassurer, ils vont faire, par exemple, se laver les mains, parce qu'ils ont peur de microbes. Donc en fonction des peurs, il peut y avoir un rituel, avec une répétition, avec quelque chose qui peut prendre des proportions très importantes. Donc c'est un symptôme envahissant, euh... J'sais pas si je réponds à ta question.

Si, si. Enfin, et les rituels, cliniquement. Enfin, on va y venir un petit peu plus tard. Donc l'origine, on en a parlé, ça peut être lié aux carences affectives et tout ça, hein ?

Ouais !

D'accord, et vous pensez que c'est grave ?

1-6

Alors en fait, très souvent, nous en médecine générale, on va être confronté à des crises psychosociales, où à un moment donné, en interférence avec d'autres événements, ça va être en lien avec un stress professionnel, ça va être des difficultés familiales. L'accumulation des différents stress va entraîner une exacerbation avec parfois des décompensations dépressives, un mal-être profond.

Voilà, moi j'ai un exemple récent, où euh, de cette décompensation, y'avait des idées suicidaires. Et comme y'a une honte et une culpabilité d'en parler, la personne n'en parlait pas à son entourage, n'en parlait pas à sa famille, n'en parlait pas à son conjoint, et euh...le fait d'être isolé avec ça, y'avait un sentiment d'impasse et une souffrance majeure, avec derrière une grande difficulté à se faire aider et à aller voir un médecin, à consulter. Et une grande difficulté après à rentrer dans un processus de psychothérapie, parce que comme c'est très intime, très douloureux. Eh bien, voir un psychologue ou un psychiatre, ça fait peur et c'est, comment dire... quelque chose qui n'est pas facile du tout, à mettre en place comme démarche.

Donc, il peut y avoir des CRISES, du fait de cette impasse-là. Après, une fois que la personne a construit, on va dire, un réseau d'entraide, a pu en parler à son entourage, a pu en parler avec son médecin, eh ben, c'est quelque chose qui peut être tout à fait complètement différent. Parce qu'à ce moment-là, on peut tout à fait bien vivre avec et on peut guérir. Dans le sens où y'a des méthodes qui permettent de rendre les choses vraiment acceptables, mais il peut y avoir des moments de crises quand la communication est tellement difficile qu'il n'y a pas de soutien mis en place.

D'accord ok et vous pensez que c'est fréquent dans la population générale ? De manière générale ?

1-7

Alors je pense que c'est fréquent. Après y'a différents niveaux. Après y'a fréquemment des gens qui vont avoir des petits rituels qui sont pas des TOC, qui sont des choses qui sont pas pour moi... Pour moi, on va parler de TOC quand à un moment donné, y'a un excès et que ça va retentir sur le quotidien et ça va être pénible à ce moment-là. Mais y'a un continuum entre des gens un peu anxieux qui vont avoir des rituels un peu de réassurance et puis après à partir d'un certain moment, alors, euh, c'est pour moi, relativement fréquent. Avec des gens je pense qui consultent pas forcément pour ça, qui sont en difficulté avec ça et qu'on repère pas toujours parce qu'ils en parlent pas forcément.

On a parlé un peu de tout, là. Mais dans votre expérience personnelle, c'est quoi votre vécu concernant le TOC, vous le rencontrez fréquemment, enfin... ?

Non, je le rencontre pas si fréquemment que ça. Euh...

Dans quelles situations, dans quelles circonstances ?

1-8

Euh, alors moi, je vais le rencontrer, à un moment donné, il va y avoir une problématique psychologique. Un trouble de sommeil, un mal-être, une anxiété, un problème au travail. Et quand j'essaie de comprendre et de voir les retentissements et les symptômes que ça prend. Et bien c'est là que je vais voir apparaître des phobies, des TOC, des choses comme ça, qui

seraient pas forcément apparus avant. Parce que c'est le symptôme psychologique qui fait que je creuse et qui fait que je vais découvrir ce genre de choses.

Donc les présentations, c'est les retentissements, que ce soit du sommeil, dans la vie quotidienne... c'est plutôt ça initialement, qui vous le font rechercher

Voilà exactement, c'est parce qu'une personne ne dort pas, c'est parce qu'elle n'arrive plus à aller au travail, c'est parce qu'elle arrive plus à prendre sa voiture parce qu'il y a une phobie. Et bien à ce moment-là, moi j'essaie de creuser les manifestations, l'importance, et de mieux comprendre comment je peux aider la personne, et là, il va y avoir l'évocation de ces TOC.

Est-ce que vous auriez un exemple, une situation que vous auriez rencontrée, qui vous viendrait comme ça à l'esprit, pas forcément ?

1-9

Euh alors j'ai un exemple récent d'une personne que je suis pour un problème de phobie de la route avec une décompensation dépressive et qui est infirmière et qui a de nombreux TOC. Alors, dans les TOC, c'est par rapport à la propreté, ça va être aussi des rituels de réassurance comme la voiture. Euh à ce moment-là, comme c'était surtout sur la dépression qui m'inquiétait, j'ai pas forcément... Mais elle m'a décrit quelques TOC, des rituels, et ça c'était la semaine dernière.

Des rituels plutôt de vérifications, c'est ça ?

Voilà, des vérifications excessives.

Et, c'est un problème qui pour vous est intriqué avec d'autres pathologies ? Enfin, c'est ce que j'ai pu comprendre en tous cas, ouais, ça peut être intriqué avec des décompensations dépressives et des retentissements, des symptômes psychologiques qui vous y font penser et chercher un TOC notamment. Ça pourrait être intriqué avec d'autres pathologies ?

1-10

Alors pour moi c'est toujours intriqué avec une personnalité névrotique. Et parfois de cette personnalité névrotique et de cette anxiété, il peut y avoir des problèmes parfois d'alcool, de toxicomanie. Ou la personne pour s'auto-médicaliser ou pour gérer ce stress va, peut prendre de la cigarette, différentes substances, donc il peut y avoir des problèmes de dépendances ou d'addictions associées à ça. Après il va y avoir fréquemment des épisodes de décompensations dépressives avec des périodes où il peut y avoir des crises suicidaires, où il peut y avoir un mal-être profond. Enfin, c'est quelque chose qui après dans le temps s'inscrit avec des périodes de fragilité. Soit une décompensation dépressive, soit un recours à des psychotropes.

Et avec une problématique derrière, en terme d'approche, il va y avoir, orienter vers un psychologue ou un psychiatre, ou mettre des médicaments, mais après y'a aussi un risque de dépendance avec des médicaments et des difficultés à gérer des médicaments.

Qui peuvent venir compliquer la situation, quoi.

Parce que le médicament peut faire partie des rituels, peut être utilisé avec détournement, des excès. Et des angoisses importantes pas bien jugulées par le traitement peuvent amener à une iatrogénèse avec une personne qui va mettre dans son TOC une consommation excessive.

Je reviens sur la pathologie névrotique, ça représente quoi pour vous, pour qu'on se comprenne bien ?

1-11

Alors pour moi, la pathologie névrotique, c'est quelqu'un qui va avoir des troubles anxieux fréquents... on va dire irrationnels, dans le sens où elle est consciente que c'est pas normal, elle est consciente qu'elle est anxieuse, mais elle arrive pas à contrôler ce sentiment-là. Et ce sentiment-là il va être récurrent, avec des manifestations anxieuses et des manifestations psychosomatiques, des douleurs. Alors en médecine générale, ça va être fréquemment des maux de dos, des céphalées, des signes digestifs à type de douleurs, des coliques, de la fibromyalgie éventuellement. Enfin voilà, des troubles psychosomatiques associés.

Donc le TOC est un trouble psychosomatique comme un autre. D'accord.

Ouais, ouais.

Et du coup, lorsque vous suspectez un TOC, devant un retentissement psychologique, comme on disait... ça peut être à partir de quel âge ?

1-12

Alors pour moi, les TOC, j'en rencontre de temps en temps chez les enfants, enfin à l'adolescence. Mais c'est pas encore très structuré et puis c'est... Mais il peut y avoir une fragilité, on sent un petit risque, donc moi, j'ai un gamin qui a 1 dizaine d'années et puis qui décrit lui-même ça et puis qui est anxieux et puis qui va mettre des petits rituels comme ça. Mais après c'est plutôt à l'adolescence que ça s'accroît. Et puis c'est plutôt chez les adultes jeunes. Alors après il va y avoir des rituels chez des personnes plus âgées, mais c'est différent. Y'a une chronicité qui s'est mise, y'a moins d'intensité psychique.

On est plus dans le TOC ancré, un peu moins anxieux, avec des rituels.

C'est plutôt chez les adultes jeunes que j'ai les formes les plus aiguës et les plus invalidantes.

D'accord, ok

Et à l'adolescence. A l'adolescence et les adultes jeunes.

Et vous avez l'impression que les formes cliniques changent, d'une tranche d'âge à une autre ?

Ou pas forcément, ça dépend plutôt de la personne ?

1-13

Ca dépend de la personne, ça dépend de son environnement, ça dépend de...

Donc moi dans les enfants, non, les manifestations, sont pas du tout les mêmes. Chez un enfant, c'est pas du tout la même problématique. Et puis chez les adultes jeunes... Mais, dans tous les cas, on va avoir une difficulté de communiquer sur ce qu'ils ressentent, et souvent intriqués, des troubles du sommeil, des troubles psychosomatiques, et ces TOC. Et avec des événements stressants, des examens, des concours, des deuils. Enfin des événements stressants de la vie qui vont entraîner à un moment donné, une majoration, des décompensations.

Donc, c'est souvent là, à ces occasions-là, quelque soit l'âge, ou à un moment donné, on va dire à une plainte somatique, à une plainte psychique, que je vais les rencontrer. Et souvent c'est des gens que j'ai pu voir avant lors des examens de dépistage, qui s'en plaignaient pas forcément. Je pense que les TOC étaient là, mais ils étaient pas verbalisés.

D'accord, et du coup, comment vous arrivez à l'identifier ? Vous posez quelles questions ?

Devant un trouble anxieux, des symptômes généraux, un retentissement ? Quelles questions vous viennent à l'esprit en consultation, pour mettre en évidence ce trouble ?

1-14

Euh, alors... je sais pas si je le recherche de façon spécifique ce trouble. Euh, ce que je vais essayer de voir, j'essaie de voir au quotidien, quand quelqu'un a une anxiété, je vais essayer de sentir à quel moment ça intervient, est-ce que ça la gêne dans la vie de tous les jours. Et puis quand je vais demander quand y'a une angoisse, comment ça se manifeste et comment ils gèrent à ce moment-là, ce qu'ils ressentent. C'est plutôt quand y'a une plainte somatique, quand il va y avoir une crise d'angoisse ou quelque chose comme ça, que j'essaie de le faire décrire. « Et racontez moi, c'était à quelle occasion, qu'est-ce qui s'est passé, qu'est-ce que vous avez fait ? » Et puis à ce moment-là, dans leur description de ce qu'ils ont fait, ils vont évoquer des rituels.

D'accord. Et vous avez des difficultés pour les identifier ces troubles ? Pour en faire le diagnostic, vous ressentez des difficultés ?

1-15

Alors, moi en fait, je ne me focalise pas vraiment sur le TOC, parce que derrière ça, je vois avant tout un problème d'anxiété, donc j'essaie surtout de me focaliser sur l'importance de l'anxiété, de voir comment je peux aider la personne à composer avec ça, à éventuellement adhérer à une psychothérapie, à travailler sur la relaxation, la sophrologie, enfin des techniques non médicamenteuses de gestion du stress.

Donc après quand je mets en place quelque chose, c'est une façon d'évaluer, tiens est-ce que ça va mieux ou pas, est-ce que les rituels sont encore là, est-ce que... Alors dans les façons d'évaluer comment ça évolue, sur le sommeil, ça va être, les manifestations d'anxiété, la

capacité à reprendre ou pas une activité, à conduire. Mais alors, c'est pas forcément demander, « Est-ce que vos TOC reviennent ? »

C'est plutôt, oui, le retentissement que vous réévaluez dans le temps

Ouais, moi, je suis plutôt focalisé sur l'angoisse, qu'est une expression de l'anxiété.

Sur la souffrance quoi

1-16

Que quelque part, il faut pas guérir le TOC, que il faut redonner à la personne une autonomie psychique, une capacité de communiquer de façon efficace avec son environnement et de retrouver une confiance en elle pour remettre un pied devant l'autre, se réinsérer dans son boulot.

Donc pour moi, le TOC, c'est un symptôme de cette anxiété là, mais c'est pas forcément... Je vais pas essayer de guérir le TOC, et pour moi je le guérirai pas. Ce que je sais, c'est que quand la personne va mieux, les TOC sont moins envahissants, et sont moins...

D'accord. Et donc, vous, vous pensez que le médecin généraliste a un rôle important dans le diagnostic et la prise en charge de ce trouble ?

1-17

Alors, moi, je trouve que le médecin a un rôle très important, parce que, la personne au départ, ne sait pas auprès de qui se faire aider, en parler... Très souvent elle en parle à personne. Et puis y'a tout un travail, après pour accompagner cette prise de conscience et éventuellement faire le cap d'aller voir un psychiatre, de faire éventuellement une thérapie comportementale, de faire éventuellement une psychothérapie plus conventionnelle, sur une problématique qui sont plus inhérents à l'enfance.

Mais comme c'est pas quelque chose de facile à faire pour les gens, il faut d'abord construire un lien de confiance avec les gens, qui s'inscrit dans le temps et il faut se prescrire soi-même, il faut revoir la personne avec une certaine régularité. Moi c'est des gens dans ce cas-là, quand y'a une crise, que je revois tous les 15 jours et de cet accompagnement, après j'essaie de faire un relais avec des thérapies complémentaires, tout en gardant le rôle de pivot. Ça veut dire que je propose des choses, je réévalue, si ça fonctionne pas avec un psychologue, j'envoie voir un autre. Et dans ce rôle-là, en fonction de l'investissement de l'autre thérapeute, je vais prescrire ou pas des psychotropes et puis je vais essayer de vérifier que les psychotropes sont compris, sont pris. Parce que c'est pas facile du tout de les prendre.

Voilà donc je pense que les gens qui ont ces troubles-là ont une représentation de la maladie, comme si c'était la folie. Donc à la fois ils ont peur d'aller voir la psychiatrie parce qu'ils voient ça comme quelque chose qui... ils sont pas fous. Et donc y'a à la fois besoin, de leur expliquer ce que c'est que cette maladie, de les déculpabiliser, et de favoriser le lien avec d'autres thérapeutes.

Donc vous adressez assez rapidement à un psychiatre, à un psychothérapeute ? Mais vous gardez votre place en tant que lien. D'accord.

1-18

Oui, oui. Alors, assez rapidement, ça dépend de la personne, où elle en est, son cheminement. Quelqu'un qui a déjà une certaine connaissance, qui a déjà rencontré, va pouvoir le faire assez rapidement. Et de temps en temps, c'est juste, « Je voudrais les coordonnées d'un psy » et je vais pas forcément être intégré dans le suivi régulier. Et de temps en temps, ça va être plus long parce qu'il faut faire accepter cette démarche-là.

Donc c'est plutôt dans ce sens-là. Justement, vous n'avez pas de patients qui sont déjà allés voir un psychiatre ou un psychothérapeute pour en parler directement avec eux ou qui se sont dit en regardant une émission de télé, « J'ai un TOC ». Non, ça, c'est pas votre quotidien ?

Alors après moi j'ai déjà vu des patients qui avaient déjà été suivis, accompagnés pour ça et après quand moi je les rencontre, quand ils changent de médecins, ils vont me l'évoquer. Donc pour moi dans les antécédents, j'essaie de toujours questionner, « Est-ce que vous avez eu des problèmes psychologiques, psychiatriques ? ». Et donc à ce moment-là, de temps en temps. Et des gens qui ont déjà fait ce travail là, après ne vont pas forcément nous solliciter, et ils ont

déjà un psychiatre, un psychothérapeute et ils vont travailler avec cette personne là et on n'est pas forcément trop sollicité.

D'accord, ok. Et donc, il arrive que ce soit le patient qui vous dise « Bon, je crois que j'ai un TOC », ou un proche ?

1-19

Oui, y'a des gens, qui, avec internet actuellement en ont parlé, ont déjà défriché le sujet, ils se sont renseignés un petit peu. Ou parce que dans leur famille, y'a eu des gens qu'avaient ça. Donc ça peut arriver.

Que ce soit les proches qui expriment la souffrance d'un patient, quoi ?

Oui, qui vont lui dire, « Bah écoute, c'est pas normal ». Et donc de temps en temps, il va venir, pas forcément sur sa demande à lui, mais « Mes proches m'ont dit que c'était pas tout à fait normal, qu'il fallait que je me fasse aider par rapport à ça ».

Concernant la prise en charge du TOC, on a parlé des thérapies, des psychotropes. Vous pensez que c'est efficace ? Vous trouvez que c'est efficace ? En lien avec le suivi par le médecin traitant.

1-20

Euh, alors, j'ai une certaine ambivalence par rapport aux psychotropes. Euh, parce que y'a dans les situations de crise, de tension, une efficacité évidente, avec des gens qui vont être soulagés. Après, j'ai l'impression que de temps en temps, ça va endormir une problématique et que les personnes ne vont pas faire le cheminement de voir un psychologue ou un psychothérapeute.

Enfin, c'est, à la fois, ça va soulager, mais de temps en temps, ça va être un peu palliatif. Ça va pas forcément guérir la problématique, ça va la soulager, ça va la diminuer. Mais quand la personne est moins bien, elle ne va pas forcément faire le cheminement d'aller voir un peu plus au fond, d'aller comprendre la racine de sa maladie.

Donc, de temps en temps, y'a des personnes, où j'évite le traitement, quand ils sont assez acteurs là-dedans, qu'ils sont prêts à rentrer dans une démarche, parce que j'ai l'impression que c'est assez fructueux quand on est prêt à ça, y'a pas forcément besoin de prendre des médicaments. Par contre, y'en a d'autres pour lesquels c'est trop difficile de verbaliser les choses, c'est trop difficile de voir un psychologue ou un psychiatre. Y'a des délais d'attente trop longs ou ils sont pas encore prêts. Et à ce moment-là, le médicament va être drôlement utile car il va diminuer la tension psychique et rendre une autonomie pour la personne, de retrouver à conduire, de retrouver une meilleure relation avec les autres. Donc c'est utile, mais ça ne résume pas le traitement. Pour moi, y'a vraiment une complémentarité avec la psychothérapie.

Mais à terme, l'association de ces prises en charges est efficace ?

1-21

Ouais, à terme. Ce que je sais, c'est que c'est efficace, mais c'est long. Et parfois, y'a nécessité de changer de psychologue, de psychotrope, de changer de psychiatre. Et parfois, il faut mettre des thérapies alternatives, qui vont être sur la sophrologie, la relaxation, sur le développement personnel, des choses sur le développement personnel. Donc c'est vraiment un cheminement pour que la personne apprenne... Et après on peut tout à fait vivre très bien avec ça et retrouver un équilibre de vie, mais y'a un cheminement avant que ça soit fait. Et c'est long. Et nous là-dedans, on va être des personnes ressources pour accélérer ou aider la personne à s'orienter, parce que dans ce cheminement-là, elle sait pas forcément qui voir, comment voir, quel traitement prendre, donc on a un rôle pour à la fois expliquer sur la maladie et orienter vers des collègues.

Ouais, donc faut pas lâcher, faut accompagner.

Oui, et après, nous, on a besoin de créer un lien de confiance pour que ça s'inscrive dans le temps.

Parce que ça peut prendre des années...

Ouais

Et puis par phases, comme on disait, pas crises de stress. D'accord.

Et vous ressentez des difficultés pour la prise en charge de ces troubles, des obstacles ?

1-22

Oui, oui. Y'a des obstacles. C'est les délais d'accès aux psychiatres. C'est des délais d'accès aux psychiatres qui font des thérapies psycho-comportementales. Parce que c'est des choses qui sont tout à fait intéressantes là-dessus mais on a des délais qui sont assez longs.

On va travailler nous avec le CMP de Beaupréau où il va y avoir des accueils avec des infirmières qui vont être une écoute, un soutien, mais qui ne font pas le travail spécifique sur un TOC. Donc avant que la personne puisse avoir une prise en charge par un psychiatre à ce niveau-là, c'est assez long, assez handicapant.

Alors actuellement, j'ai utilisé aussi des recours à des techniques comme l'hypnothérapie qui peut permettre assez rapidement d'apaiser des phobies, ce genre de symptômes. Alors, c'est pas remboursé. Donc après y'a un frein financier. Alors y'a aussi les psychiatres et les psychologues qui sont pas remboursés. Pour moi c'est un frein majeur. Je considère qu'on devrait avoir accès à beaucoup plus de psychologues, parce que très souvent, comme on est un peu dans une impasse, je vais prescrire des psychotropes, parce que je ne peux pas orienter vers un psychologue.

Et pour moi, le traitement de référence, c'est vraiment la psychothérapie et je pense qu'on a un déficit, à la fois sur le CMP et une non reconnaissance, parce qu'on a plein de psychologues dans notre secteur, qui sont bien formés, mais le fait que ce soit payant, et bah, c'est un frein très important.

D'accord. Et donc, par rapport à ce que vous avez pu en apprendre, en lire, est-ce que votre vécu est différent ? Dans votre formation initiale ou continue ?

1-23

Euh, alors, moi, dans ma formation initiale, j'ai fait un stage en externat en psychiatrie, qui a été un temps drôlement important pour moi, parce que c'est là que j'ai découvert cette maladie. Et puis j'avais un psychiatre qui m'avait donné un livre qui était un bouquin qui décrivait vraiment très bien tous ces troubles-là. Ça m'a vraiment aidé à mieux me repérer dans les pathologies psychiatriques, à mieux comprendre la souffrance qu'il y avait derrière et à mieux me positionner en tant que soignant, c'est-à-dire être à l'écoute de personnes, sans les juger, et en évitant, on va dire, d'être trop intrusif.

Après, dans ce que j'ai vu en médecine générale, ben, en ayant eu ce bagage-là, j'ai l'impression que j'ai retrouvé ce que j'avais vu en psychiatrie. Ma formation, enfin le stage en psychiatrie, m'a été grandement utile.

Et moi, je sais que mon premier cas de TOC, je m'en souviens très bien. C'était une personne, en psychiatrie, donc j'étais en région parisienne. Et c'était une bonne sœur, les hosties, tous les petits bouts d'hosties, qui tombaient, elle ne pouvait pas s'empêcher de toutes les récupérer, de les manger, de...et donc avec derrière, des décompensations.

Et c'était quelqu'un qui était assez âgé et qui m'avait raconté tout son parcours de maladie.

Et donc quelque part, la formation initiale, et le fait de pouvoir passer en psychiatrie quand on est médecin généraliste, je pense que c'est fondamental.

D'accord. Donc finalement, ça correspond assez bien à ce que vous vivez, votre formation ?

1-24

Ouais, avec au départ, moi, j'ai eu des difficultés en tant que médecin généraliste, c'est que j'me considérais pas comme un professionnel de la maladie psychiatrique et au départ, je considérais... Mais de quel droit je prends ça en charge ? J'suis pas vraiment formé à ça... C'est comme si, la psychothérapie de médecine générale, pour moi, elle était pas valide, pas quelque chose de prouvé. Et j'ai l'impression que je bricolais au quotidien avec ma formation, avec qui j'étais et j'essayais tout doucement de bricoler quelque chose avec ça. Et au départ, je pensais que ça n'avait pas de valeur, j'étais pas forcément...

Et puis, après, j'ai fait des formations un peu spécifiques, sur les psychothérapies en médecine générale et notamment, je trouve qu'avec les groupes Balint, les livres qu'ont fait Balint, sur

ce rôle-là, qu'on a. Où à la fois, parce qu'on est l'un des premiers recours par rapport aux gens, parce que on les voit dans une dimension globale, on inscrit cette maladie psychique dans d'autres choses, dans une connaissance.

Mais au départ, je me pensais, on va dire, pas à ma place, quand je mettais ce genre de choses en place, mais avec le temps, avec un peu plus d'expérience, j'ai l'impression que je suis un acteur légitime.

Je suis pas le seul et mon rôle après c'est de pouvoir passer, de travailler avec d'autres personnes. Alors, après, je me suis après moi, parce que je rencontrais des difficultés avec ces patients-là, parce que de temps en temps, je ressentais des blocages, des impasses, je me suis mis dans un groupe Balint, où 1 fois par mois, on a des temps de réflexion, d'échange, et on essaie de comprendre ces problématiques, en quoi nous, ça nous interfère, parce qu'il va se passer des émotions dans ces prises en charge là. On n'est pas indifférent à ces patients-là. Comment nous, on va réussir à garder une distance, à pas se décourager. Y'a besoin de pas rester seul, de pouvoir évoquer les difficultés qu'on a sur ces prises en charge là, avec d'autres professionnels.

Donc ça c'était un besoin que je ressentais. J'avais pas vraiment réussi à le mettre en œuvre pendant longtemps, et maintenant, c'est quelque chose qu'on fait depuis 2 ans et je trouve justement que sur ce type de pathologies, c'est assez utile.

C'est la question qui venait, les besoins que vous auriez, en formation initiale ou continue, pour mieux appréhender ces pathologies. Finalement, vous avez trouvé ça avec le groupe Balint.

Voilà, en fait, avec le temps, j'ai senti des carences de ma formation initiale quand même, avec des formations que j'ai faites sur des psychothérapies, des livres.

Alors, moi, y'a un livre. J'utilise parfois des livres pour les patients, qui donnent à expliquer sur les maladies, sur les troubles anxieux. Donc actuellement, y'a un livre, qui s'appelle « Le bonheur d'être soi » c'est un patient qui avait des problèmes psychologiques importants qui me l'a offert, parce que ça l'avait aidé à mieux comprendre, ses troubles anxieux, sa personnalité névrotique, d'où viennent ces troubles-là. Donc de temps en temps, je prescris aussi des livres et ça peut être des sources d'échanges, de discussion avec les patients.

Ok. Et vis-à-vis des psychiatres, est-ce que vous auriez des besoins, par forcément de formation par eux, mais d'échanges avec eux ?

1-25

Oui, alors, y'a une grande difficulté là-dessus. Quelque part, j'aimerais pouvoir travailler plus en équipe avec les psychiatres. J'aimerais pouvoir avoir des échanges, parce que, euh... on va avoir... Les psychiatres sont quand même des personnes ressources - ils vont prendre en charge en hospitalisation, ils vont suivre- mais on a rarement des retours... on se sent pas dans un travail collégial. Donc ça effectivement, moi j'aimerais bien, plus de retours de la part des psychiatres. En même temps, je pense qu'actuellement ils sont débordés, ils sont en effectif insuffisant. Et donc quelque part, moi je pense qu'il y aurait besoin de plus de psychologues.

Oui, pareil, y'aurait besoin de plus d'échanges avec les psychologues.

1-26

Et dans les psychologues, avoir des échanges, et pouvoir... en connaissant mieux les psychologues, pour adresser les personnes, eh ben, on est plus efficaces quand on a des retours sur des psychologues, pour adresser des patients, savoir quel patient va correspondre à quel psychologue, parce qu'il faut vraiment une rencontre. Pour ça, c'est fondamental, l'idée que telle personne ne va pas forcément marcher avec tel psychiatre ou tel psychologue. Donc y'a vraiment un ressenti en fonction de son âge, de sa personnalité, essayer de faire que cette rencontre soit la plus « soignante » possible, qu'il puisse y avoir quelque chose qui fonctionne. Et souvent, il manque un peu de retour de la part des psychologues ou des psychiatres. Alors, on a des psychologues du secteur qui sont venus nous rencontrer et ça c'est quelque chose qu'on essaie de favoriser nous, pour après, quand on envoie, on sait quelle formation ils ont fait. Ca, c'est quelque chose qu'est drôlement utile. Le frein étant, qu'ils sont en libéral, et ça

va toucher un public qui sera, on va dire, sans difficultés financières, mais ça marchera pas sur les gens qui ont des problèmes financiers.

Toujours ce frein-là.

Ouais.

Et juste à titre indicatif, quand on parle de fréquence en population générale du TOC, vous auriez un chiffre à donner comme ça, à titre indicatif ?

1-27

Pour moi, c'est de l'ordre de 10 %. 10 à 30.

De TOC, ou de symptômes/syndromes obsessionnels ?

Oui parce que entre des gens qui ont des rituels, des symptômes... Alors pour moi, 10%, ça serait des gens qui au quotidien, vont être gênés par ça. Et de l'ordre de 30%, des gens qui vont avoir des manifestations de TOC mais qui sont pas forcément...

Donc 10% de gens qui ont une souffrance avec ces problèmes-là ? Donc un TOC, c'est comme ça que vous l'identifiez, des rituels ou des obsessions...

Envahissantes et handicapantes au quotidien, ouais.

D'accord 10%.

Voilà, j'sais pas si c'est ça ou pas, du tout.

Non mais c'est voilà, juste une estimation, comme ça.

Y'a des choses dont on n'a peut-être pas parlé qui vous semblent importantes sur ce sujet-là, dans votre pratique ? J'ai essayé d'aborder toutes les questions que je me posais, mais...

1-28

Euh.....

Oh, j'ai l'impression qu'on a pas mal.

Après la difficulté, si, c'est un élément qui est pas si simple que ce ça au quotidien.

Clairement, c'est des consultations qui sont longues, qui sont complexes. Et, euh, on est toujours dans la médecine générale, entre euh, est-ce que j'évacue un symptôme, parce que, on peut vraiment dire, « Ecoutez, vous avez ça, je vous prescris un psychotrope, et puis au revoir », et puis ça prend 5 minutes, et puis on n'a pas forcément résolu le problème et on a créé une dépendance. Et après, si on veut comprendre la personne et entrer dans un travail de psychothérapie de médecine générale, c'est un temps qu'est long, qu'est pas facile à organiser, parce que c'est pas bien rémunéré, parce que c'est quelque chose qui fait attendre les autres patients qui sont derrière, donc moi j'ai une difficulté personnelle à gérer ça. Je trouve que le temps, quelqu'un qui arrive à confier quelque chose d'intime, douloureux, je ne peux pas évacuer ça en 5-10 minutes et c'est pas facile de l'adapter.

Et je trouve qu'il y a un manque de prise en compte de cette dimension de la médecine générale.

Pour moi, c'est pas pareil qu'un rhume, je trouve que l'acte là-dessus est inadapté, je considère que là-dessus, il devrait y avoir la possibilité d'être... Alors moi, j'aimerais bien être salarié, j'aimerais pouvoir travailler avec un psychologue dans ma structure, qui puisse travailler éventuellement sur des troubles comportementaux... Et puis, je pense que c'est une maladie où si la personne participe à un groupe, on pourrait faire de l'éducation collective autour de ça. Parce que si la personne ne se sent pas seule avec ça, si elle peut en parler avec d'autres, elle vit complètement différemment sa maladie et donc, quelque part, on est un peu en limite de notre exercice, où l'acte ne permet pas d'élaborer des choses qui seraient plus adaptées et qui permettraient de moins médicaliser. Et quelque part, on est un peu dans la façon la plus simple et la plus rapide de prendre en charge ça avec les traitements, le risque étant d'augmenter les traitements au fur et à mesure, et avec une insatisfaction là-dessus, parce que...

Je reviens sur quelque chose. On a parlé des traitements. Donc pour vous, la thérapie cognitivo-comportementale, c'est la principale, même si y'a les thérapies analytiques, en lien avec les souffrances dans l'enfance. Et au niveau des psychotropes, quel type de psychotropes vous utilisez sur le TOC ?

1-29

Alors moi, je vais utiliser facilement la paroxétine, d'une part parce que j'ai fait une formation l'an dernier, où ils mettaient un peu en avant cette molécule, avec indication sur les TOC. Après, en fonction d'autres choses aussi, il va y avoir aussi des benzodiazépines, ça va être sur des crises d'angoisse ou des troubles paniques, de l'alprazolam. Donc actuellement, ça va être les 2 principaux médicaments que j'utilise en priorité là-dessus. Ca m'est arrivé aussi sur des TOC d'utiliser aussi de l'effexor.

Donc des antidépresseurs ou des anxiolytiques, quoi ?

Ouais. Et ponctuellement, sur des crises très fortes, il m'est arrivé d'utiliser des neuroleptiques type tercian, ou des choses comme ça, mais pas fréquemment.

D'accord.

Je crois que j'ai fait le tour de ce que je voulais vous faire préciser. Mais peut-être voulez-vous me dire autre chose sur ce sujet ?

1-30

Oui, alors, peut-être que c'est hors sujet.

Nan, nan, allez-y

Alors nous dans le cadre du cabinet, on fait un partenariat avec le collègue. On aborde avec des groupes de jeunes, ce qu'on appelle, des temps de discussion. C'est un espace santé jeunes. Et c'est des choses que j'ai abordées dans le cadre de discussions de groupes, où des gamins ont pu dire qu'ils avaient ces TOC là et en parler, échanger. Et on sentait qu'ils étaient contents de pouvoir en parler, parce que quelque part, ils étaient plus seuls avec ça et c'était quelque chose... Et en ayant ouvert ce type de discussions dans un groupe, c'était vraiment intéressant et on prenait conscience que, dans le groupe, ils étaient une vingtaine, et y'en avait 3 qui avaient ce type de manifestations et qui pouvaient en parler, donc après, en terme de pédagogie, de prévention, y'a besoin d'informer le public sur les maladies psychologiques, psychiatriques. Y'a un déficit de connaissance et y'a même une certaine peur, qui fait un frein.

J pense que si y'avait une pédagogie d'un point de vue général, scolaire et bien, ça favoriserait, la notion, eh bien, qu'un TOC ça se guérit, si c'est pris en charge assez tôt et qu'on identifie ça comme quelque chose qui se soigne, on évite des décompensations et des complications.

En un mot, si on pouvait faire un travail avec les collègues, les lycées, et puis, en pédagogie générale, en émission de santé...voilà, c'est quelque chose qu'est drôlement utile, parce qu'après, on donne de l'espoir aux gens, parce que souvent, ils se sentent renfermés avec leur maladie, ils ont une certaine culpabilité, ça leur fait perdre du temps avant de se faire aider. J pense que ça pourrait être quelque chose, d'un point de vue général, de nécessaire, de faire plus de pédagogie sur les maladies psychiatriques.

C'est très intéressant. Vous parlez de la précocité de la prise en charge. Pour vous, c'est plus efficace si on les prend en charge tôt, les TOC ?

Ah oui, pour moi, c'est un facteur déterminant, parce qu'à partir du moment où quelqu'un a identifié que c'est pas une maladie, que c'est pas honteux, et que là-dessus, il peut se faire aider. Et qu'il construit des liens avec des personnes ressources, alors ça peut être avec un psychologue, un médecin, on va éviter des prises de toxiques, on va éviter des désocialisations, des alcoolisations. Pour moi, on est vraiment dans quelque chose qui va permettre qu'il y ait moins de complications, de souffrances. On est dans la prévention primaire. C'est des gens qui sont pas encore en souffrance, mais qui peuvent l'être et si on fait de la pédagogie là-dessus, on peut éviter l'apparition de maladies plus structurées, de dépressions.

Remerciements

ENTRETIEN 2 (le 12/09/2013)

Qu'est-ce que ça représente pour toi le TOC ?

2-1

Alors, une pathologie d'ordre névrotique, euh...avec des gestes, des comportements répétitifs... avec des sujets les plus connus, j'crois que c'est souvent, sur l'hygiène ou les vérifications.

Ok. Donc c'est des gestes répétitifs avec thèmes de vérification ou d'hygiène, ouais, c'est ça.

Oui

Et pour toi c'est plutôt une pathologie, un symptôme, un syndrome ?

Ah oui, trouble obsessionnel compulsif (réfléchi)...c'est un diagnostic. Mais euh, ah oui... c'est pas ta question. Nan parce que le symptôme c'est justement les gestes ou les comportements. Le TOC pour moi c'est le nom de la maladie, donc plutôt le syndrome.

Le syndrome qui regroupe les symptômes à type de rituels, de gestes répétitifs.

Oui

D'accord, donc c'est une maladie ?

Que je classerais dans les troubles anxieux, en fait.

Et, selon toi, ça provient de quelle origine ? Est-ce qu'il y en a plusieurs ?

2-2

Aucune idée ! (rigole) Sur l'origine. A part qu'à mon sens, c'est vraiment pas une pathologie psychotique, c'est vraiment de l'ordre névrotique, ça fait partie pour moi des troubles anxieux. Mais l'origine ? Je sais pas

C'est un peu mystérieux comme trouble anxieux, nan ? Par rapport aux autres troubles anxieux, comme les phobies sociales et tout ça...

Je ne sais pas si y'a un facteur déclenchant ou un traumatisme initial qui peut peut-être être à l'origine, je sais pas. Parce que, par rapport à la phobie sociale par exemple, euh...on peut voir des tas de gens qu'ont eu des sensations désagréables, voire des malaises dans des foules, pour qui ça a été traumatique et qui après sont en difficulté pour retourner dans des lieux où y'a beaucoup de monde. Mais on sait que c'est lié à ce psycho-traumatisme, alors que pour les TOC, j'ai pas cette notion-là.

Ok. Est-ce que tu penses que c'est grave comme maladie ?

2-3

Grave, c'est pas le mot, mais j'pense que c'est très handicapant, dans la vie quotidienne. Pour le patient et pour son entourage. C'est-à-dire, c'est pas grave, la personne ne va pas en mourir, ou décompenser psychiatriquement mais c'est tellement.....

Envahissant ?

Voilà, envahissant et les vérifications, les gens, intellectuellement, ils savent que...mais il faut qu'ils y aillent quand même, quoi.

C'est un peu incontrôlable ?

Voilà. Ils ont conscience qu'ils avaient bien fermé le gaz, mais il faut qu'ils y retournent 1 fois, 2 fois, 3 fois, alors qu'ils savent qu'ils l'ont fermé ! Et j'pense que ça c'est compliqué.

Oui, cette impossibilité de se contrôler...

Voilà.

D'accord. Et tu penses que c'est fréquent dans la population générale ?

2-4

J'crois qu'les gens, ils ont HONTE d'en parler donc c'est certainement très sous-diagnostiqué. Bah, d'où, tu vois bien, moi, en 20 ans d'exercice, et à être quand même assez dans un mode relationnel et à tendre des perches, j'en ai pas en patientèle, d'avoués !

C'est très intéressant. Quand tu dis que tu tends des perches, c'est-à-dire ?

2-5

Nan, ce que je veux dire, c'est que je tends des perches, j'peux voir quelqu'un pour un renouvellement et puis lui dire « Et sinon, vous allez bien ? »...ou un certificat de sport, ou tu vois...où t'as logiquement pas à...mais parce que ça m'intéresse aussi, l'état psychologique

des gens, comme il fait partie de l'état de santé. Donc...j'peux tendre des perches, dans le sens, santé psychologique, voilà !

Lors des certificats, des renouvellements. Ou est-ce qu'il y a aussi d'autres symptômes, d'autres circonstances dans lesquelles tu vas tendre des perches, pour essayer de voir si y'a un problème à type de trouble anxieux, comme le TOC ?

.....Bah, ça peut être par exemple pour la propreté, des gens qui me posent des questions que je trouve bizarres...sur eux-mêmes, sur leurs enfants, sur la fréquence normale à laquelle on doit se laver, les produits à utiliser ou qui demandent en permanence des produits, des désinfectants, moussants, tout ça. Donc voilà.

Oui, ça, ça peut être...on peut se poser la question...

Ou, par exemple, j'en vois parfois, j leur demande de se déshabiller, et bien sûr que j'l'aurais fait, mais j'suis pas encore levée, et ils vont changer le drap là-bas (me montre la table d'examen).

Ah oui, d'accord !

Là, j'me dis, tiens !?...Ou, les mères qui disent « Enlève pas tes chaussettes, c'est sale par terre ». Tu vois, des p'tits éléments comme ça, j'me dis, tiens ?!

Oui, d'accord. Ok. Donc du coup, je change un peu de question. Dans ta pratique quotidienne, y'a un vécu sur cette maladie. Donc on en a parlé, ces symptômes-là. C'est des choses que t'identifies, de temps en temps ? Tu y penses, tu te dis, tiens, y'a peut-être un TOC et du coup, il t'arrive de l'identifier carrément ?

Nan, ça m'est jamais arrivé.

D'accord, ok.

2-6

Bon, j't'avais dit, j'sais pas si c'est le lieu d'en parler, mais que j'en avais par contre dans mon entourage ! Donc, j'ai une copine qu'a un problème, alors j'sais pas si c'est un TOC, c'est plutôt des troubles du comportement alimentaire, donc avec....Enfin, elle est très mince, donc aucun problème...Mais plutôt des accès de boulimie. Donc elle est infirmière libérale, donc : elle mange dans sa voiture. Elle n'a rien chez elle, elle n'accueille jamais les gens pour manger. Moi j'vais souvent manger chez elle, j'emmène mes trucs, mais par contre, quand j'mange avec elle, elle mange que des trucs, hyper...des haricots verts sans beurre, des yaourts sans sucre... (rigole). Voilà ! Mais elle, c'est très très très handicapant dans sa vie, quoi.

Et ça, pour toi, ça rentre dans ce cadre ?

Je sais pas si c'en est finalement.

Mais en tous cas, c'est un peu le même genre de comportements.

Ouais, moi j'allie assez les TCA avec les...Mais elle est plus sur le versant boulimique, elle est pas du tout anorexique, elle se fait pas vomir et tout mais... je ressentais ça plutôt dans les grand symptômes du trouble anxieux, de pathologies vraiment style névrotiques. J'veux dire, par ailleurs, c'est une fille qu'a une vie de couple, qu'est infirmière libérale, qui bosse super bien, qu'a beaucoup de relations...Enfin, qu'a une vie vraiment classique, quoi !

2-7

Alors, l'autre personne que je connais. Et c'est marrant, elle est aussi infirmière. Donc elle, c'est la propreté. Alors là, beaucoup plus compliqué, parce que, donc elle, c'est allé au stade où elle est incapable de faire certaines choses chez elle, elle peut pas du tout aller aux toilettes, elle peut pas vider les poubelles. Et maintenant, elle a des enfants, donc elle a été traitée avant, elle a eu des antidépresseurs, et en fait, qu'elle a été obligée d'arrêter pour la grossesse, et entre les perturbations psychologiques, physiologiques de la grossesse et l'arrêt du traitement, ça a été très très compliqué après. Donc entre autre, avec les couches de caca. Alors, elle n'a aucun problème, elle bosse dans une pouponnière halte-garderie, elle n'a aucun problème à changer des couches étonnement. Par contre, chez elle, elle est incapable d'enlever sa poubelle. Elle lave 50000 fois le truc, elle rince, elle rincerince...Et donc elle, ça a été au stade, où son copain, allait la laver pour que ça dépasse pas le quart d'heure. Elle passait une heure à se rincer, quoi ! Et retourner, et se laver les mains, s'laver les mains, s'laver les mains...et

l'corps. Et l'problème, c'est que lui, il est bien gentil, il a bien voulu tout faire, jusqu'au moment où il en a plus pu, quoi ! Quand le gamin est arrivé, il fallait qu'il mette la vaisselle dans le lave-vaisselle, faire la vaisselle, éplucher les légumes, vider les poubelles, parce qu'elle pouvait rien faire.

Donc c'est quelque chose de très handicapant, que finalement, on voit chez des gens qu'on connaît, mais en tant que médecin généraliste, finalement...

Bah moi, dans mon cas, oui. Mais tu vois, pour cette fille dont j'te parle, lui, il a dit, qu'il était pas possible d'avoir d'autre enfant s'il fallait à nouveau arrêter le traitement ou...d'être à nouveau dans cet état-là. Que lui, ne pourrait plus assurer, supporter ça.

D'accord. Donc c'est un vrai danger pour la vie familiale...

Je pense, ouais.

D'accord. Donc dans ce cas-là, c'est très grave, quoi.

Oui

Ok, et est-ce que pour toi, c'est un problème qu'est isolé, ou intriqué avec d'autres pathologies ?

.....(silence)

Est-ce que ça pourrait être intriqué avec d'autres troubles anxieux, d'autres pathologies somatiques ? Psychiatriques ?

2-8

Non, moi, j'voyais ça comme isolé, mais sur un terrain particulier.

Donc un terrain névrotique ?

Oui

Et là, quand on parlait de tendre des perches, y'a des consultations que tu poses en consultation ?

Non.

Ca paraît trop intrusif, peut-être. C'est pas évident

2-9

Non, j' peux poser des questions si je repère des choses comme j'te disais, par rapport à l'hygiène, quand ça me semble curieux, mais, par exemple, quand la dame change le drap avant moi, j'vais lui dire : « Mais vous savez, je change le drap à chaque consultation. » J'dis « Ca vous fait peur, d'attraper des microbes, ici, ou ? »...Enfin j'sais pas, c'qui me viendrait comme ça, là. Quand j'vois des choses comme ça. Ou les pieds, j'vais dire. « Mais vous savez, votre enfant, il va marcher dans l'herbe ou dans le sable, ou à la mer, c'est pas forcément plus propre ou plus sale qu'ici, quoi. »

Ouais, d'accord. Et du coup, les gens, ils sont interpellés, par ces remarques-là, ils rebondissent un peu, ou ils restent un peu dans leur monde ?

Bah, j'pense que quelqu'un, qui cache ça et on lui tend une perche «J'ai remarqué que vous avez changé le drap avant que j'ai eu le temps de le faire, c'est quelque chose qui vous inquiète ? » sur les microbes, la propreté, ça peut être la grosse perche tendue pour qu'ils en parlent. Par contre, quelqu'un qui manifeste rien, autant j'peux lui poser des questions d'ordre général « Bon sinon, vous allez bien ? Votre vie, ça va en ce moment ? » Voilà, mais j'vais jamais chercher des questions directives à la recherche d'un TOC, non, c'est vrai.

Oui, bien sûr. C'est les p'tites choses qu'on voit en consultation, où on se dit... Mais pour autant, les gens, ils vont pas aller beaucoup plus loin, ils vont pas développer, en parler forcément, quoi. D'accord. Donc, du coup, tu ressens quand même des obstacles à identifier un tel trouble anxieux, finalement ?

2-10

Bah, j'me dis, 20 ans d'expérience et j'en ai jamais eu. Donc est-ce que c'est que j'passe à côté de tous ? Est-ce que c'est que finalement, c'est pas fréquent ? Parce que je ne le sais pas finalement la fréquence dans la population générale. Que je sais pas le diagnostiquer, le rechercher ? Voilà, je lirai ta thèse avec plaisir !

Bah, justement, la fréquence, ça a fait l'objet de nombreuses études, et c'est très variable, les chiffres, donc on sait pas vraiment quoi et c'est aussi l'objet de mes recherches. C'est vraiment de voir ce que nous on en vit, qu'elle est notre réalité à nous, en tant que généraliste, parce que les chiffres, c'est bien beau, mais...Ok. Et tu penses qu'en tant que généraliste, on a un rôle important dans la prise en charge d'un trouble comme ça, le diagnostic et la prise en charge ?

2-11

La prise en charge, non. A mon sens, en dehors du soutien psychologique. Le diagnostic, oui, parce qu'on a un lien fort avec les gens, parce qu'y'a de l'empathie, parce qu'on sera peut-être le premier interlocuteur à qui ils oseront se confier, et voilà ! Mais après, moi, si quelqu'un m'en parle, j'adresse.

A un spécialiste, et du coup à qui ?

2-12

Alors écoute, je crois que ce qui fonctionne le mieux pour ça, alors, les thérapies comportementalistes. Après, si tu connais l'histoire de la personne ou que tu sens qu'y a d'autres choses derrière, ou tout un passé refoulé et tout, ça peut peut-être être un psy classique, entre guillemets.

D'accord. Un psychiatre ?

Ouais. Mais dans ces cas-là, un psychiatre ou psychologue d'ailleurs. Mais bon ça plus dans le sens, plus d'une psychothérapie générale.

Plutôt cognitivo-comportementale ?

Sauf que dans les TOC, je sais parfois qu'on travaille que sur le symptôme. Bon, la copine dont j'te parle, elle a vu un psychiatre, donc un médecin. Elle a une histoire familiale complètement dingue, hyper compliquée, ils en ont jamais parlé. Par contre, il la fait descendre aux poubelles de l'immeuble, mettre un sac poubelle dedans et remonter au cabinet et mange un gâteau sans se laver les mains. Donc à la fois ça...

C'est une approche un peu...Bizarre finalement...

C'est un psychiatre nantais, et moi, j'ai été complètement scotchée, quoi !! La première fois, ils sont descendus aux poubelles, elle a refusé d'y toucher. La deuxième fois, il lui a fait ouvrir le couvercle, la fois d'après, ils sont descendus, elle a mis un sac poubelle. Enfin tu vois...Et puis jusqu'à la phase finale de pouvoir manger un gâteau sans s'être lavé les mains après avoir mis les poubelles.

Tu penses que ça a été efficace ? Enfin, elle t'a dit que ça a été... ?

2-13

Ah, mais pour elle !! Mais elle a aussi un traitement. Mais pour elle, elle a été très satisfaite de ça.

Et le traitement qu'elle a eu, c'était ?

J'crois que c'était des sérotoninergiques

Des antidépresseurs ?

Oui

Et toi, si tu en voyais un, ou si tu adresses. Les traitements, tu penses que c'est les antidépresseurs ? Est-ce qu'il y aurait d'autres traitements ?

La première chose que je pensais, c'était les antidépresseurs, après est-ce qu'il y a une indication avec les anxiolytiques ...? Je ne sais pas.

D'accord. Et, pour toi, c'est un trouble, qui pourrait, survenir chez des gens de quel âge ?

2-14

J'vois plutôt ça chez les gens jeunes, moi. Mais, jeunes, pas 18 ans. Plutôt, j'sais pas, 20-40, quoi.

Pas chez l'enfant ou l'ado ?

Non. Bah si, sûrement mais ... (rigole)

Plutôt chez les adultes jeunes, quoi

Mais là, j'te dis, c'est un peu...Tu poserais la question au charcutier du coin, c'est pareil. Je sais pas. (rigole)

Ok. Et est-ce qu'il arrive qu'il y ait des proches qui, au sujet d'un patient, soulèvent cette question au cours d'une consultation. « J'm'inquiète pour mon proche, il fait des gestes répétitifs, à type de vérifications, de lavages... » C'est déjà arrivé ?

2-15

Nan, c'est jamais arrivé. Mais dans ces cas-là, je leur proposerais que la personne consulte, hein.

Ouais, d'accord. Ok. Tu penses que les traitements dont on a parlé, ils sont efficaces sur ce trouble-là ? Donc la thérapie comportementale, là, pour ton amie, ça a marché ? Ca a été assez efficace ?

2-16

Et/ou le traitement ! Parce que c'est clair que pendant les grossesses où elle arrêtait le traitement, c'était pire. Donc j pense quand même que le traitement... Alors, après, c' que je ne sais pas, tu vois, c'est si, pourquoi ces molécules marchent. Est-ce que finalement, ça peut être l'expression d'une forme de trouble dépressif... ?

Ouais, d'accord. Ben, en fait, y'a des études qu'ont montré, qu'y'avait l'implication des systèmes sérotoninergiques, y'a un déficit, et aussi en noradrénaline. Ok.

Est-ce que t'avais eu une formation là-dessus, initiale ou continue ?

2-17

Jamais. J pense pas, j crois pas.

Et du coup, ce que tu sais, c'est plutôt par ta culture médicale, en général sur les troubles anxieux ? (Pas de réponse, appel téléphonique. pause.)

On parlait de la prise en charge, et puis de la formation, voilà. C'est des choses que t'as apprises sur le tas, comme ça ?

Ou lu.

Lu dans des livres. Y'a pas eu de formation avec des psychiatres, des psychologues ?

Non, et puis, dans le groupe de formation, on n'a jamais évoqué ce sujet, je crois.

Ouais, d'accord, ok. Et du coup, t'aurais besoin d'échanger là-dessus avec des psychologues, des psychiatres ?

Oui, pourquoi pas, ça m'intéresse, hein.

Ok. Ben, en fait, j crois qu'on a fait le tour tu vois. Et tu penses que des patients qu'ont des pathologies comme ça, ça représente combien dans la population générale ?

Ca, j suis incapable de répondre.

C'est pas évident

2-18

J crois que par contre, les gens, c'est pas quelque chose qu'ils osent avouer, vraiment. C'est très caché. Y'a les gens avec qui tu vis, qui sont obligés de le voir, mais j pense que par exemple, comme c'est compatible avec une vie normale, une vie sociale, une vie familiale, avec certaines conduites d'évitements probablement, mais y'a plein plein de gens qui cachent ça, parce que ça fait quand même, être un peu dérangé, quoi, donc euh...

Bah, tout de façon déjà, on est dans une société où dès qu't'es un peu différent, c'est compliqué.

Donc, faut être surtout très normal, toujours heureux, le culte du bonheur, actuel, alors que les états d'âmes, c'est aussi quelque chose de naturel, enfin, qu'il faut pas... Donc à mon sens, quand t'as des pathologies comme ça. Et puis même, t'expliques ça à quelqu'un qu'a aucune ouverture, il va te dire « Bah, ça va pas, si t'as vu qu ton gaz, il est fermé, il est fermé, c'est pas la peine d'y aller 50 fois ». Mais ça aide pas la personne qu'on lui dise ça !

Bah oui, parce qu'elle se renferme encore plus et puis...

Ou « Y'a qu'à, t'as qu'à... » Comme les dépressifs, « T'as qu'à te secouer, hein ! » (rigolent) Y'aurait autre chose dont tu voudrais parler, enfin sur ce sujet-là, que j'aurais pas abordé ?

Euh, nan, simplement, moi, ça m'intéresserait de lire ta thèse après, j pense que j'aurais beaucoup à apprendre.

Remerciements

ENTRETIEN 3 (le 07/10/2013)

3-1

Donc je connais rien au TOC, à part ce qu'on entend dire. J'ai pas de notion particulière dessus.

Qu'est-ce que ça représente pour vous un TOC, comment vous le définiriez en quelques mots ? On en entend beaucoup parler, mais comment je me le représente ?... Donc c'est un certain nombre de rituels, de comportements que les gens mettent en place, pour gérer l'angoisse. Après, de façon, enfin selon les personnes, de façon plus ou moins envahissante. Donc je pense qu'il y a des TOC qui ne sont critiqués, ni par la personne, ni par l'entourage, parce que, qui restent assez marginaux. Enfin peut-être que je me trompe, et puis d'autres qui sont tellement prégnants que ça en devient handicapant au quotidien.

Et quand vous parlez de rituels, c'est quoi exactement pour vous ? Vous l'imaginez comment dans la vie de tous les jours, justement ?

3-2

Euh, je sais pas, moi. Celui auquel je pense, c'est le lavage des mains, par exemple. Mais j'y pense aussi à des enfants qui ont besoin que leurs peluches soient mises de telle ou telle façon, avant d'aller se coucher, que si y'en a une qu'est pas du tout à la bonne place, c'est insupportable, c'est impossible. Donc ça peut être la présence d'objets, de devoir toucher quelque chose, ou bien, s'assurer que telle chose a été faite.

Je pense que ça peut prendre des formes différentes selon les personnes, enfin je sais pas très bien.

D'accord, ça peut prendre plein de formes différentes, et à des âges différents en fait, enfants, adultes... Chez l'enfant, aussi, pour vous, ça existe, comme entité ?

Je crois.

Et du coup, vous disiez, ça peut devenir un handicap, envahissant ?

Ouais

Et c'est à ce moment-là qu'on parle de TOC ou même si c'est pas envahissant, c'est un TOC ? Pas facile de définir ça.

Non, parce que...

Ca peut prendre plein de formes, plein d'intensités

3-3

Nan, enfin, parler de TOC alors que c'est pas gênant, pas critiqué, pas envahissant, j'trouve que c'est limite en fait, parce que ça pathologise quelque chose qui peut être de la névrose ordinaire. J'veux dire, on a tous des petites névrozes, de grosses névrozes, qui nous empêchent pas pour autant de vivre, quoi.

Oui, alors que le TOC, ça entraîne vraiment

Une gêne !

Au quotidien

Enfin, en tous cas, j'espère que c'est comme ça que c'est perçu, parce que, ça serait embêtant de... Enfin, moi, je me méfie des étiquettes, en fait, par pour ce qui est que psychiatrique, mais en général aussi, quoi... Des symptômes qu'on étiquette, qu'on se colle et qui fait qu'après on est des malades. Ca me gêne beaucoup quoi !

Oui, on peut se poser la question, quand est-ce que ça devient pathologique, finalement

Voilà, ouais.

Et donc vous parlez de névrose. Pour vous, c'est une forme de névrose ?

3-4

Oui, voilà

Ou c'est chez des gens un peu névrotiques que ça peut exister ?

Un peu beaucoup ! (rigole) Oui, je mettrais ça avec un fort niveau d'angoisse quand même, oui. Peut-être je me trompe, hein ? Je sais pas...

Nan, nan, à mon sens, c'est tout à fait ça. Y'a une grosse angoisse derrière ça, quoi ?

Oui.

D'accord, ok, et pour vous, du coup, c'est un symptôme, un syndrome, une pathologie ? Vous définiriez ça comment ? C'est pas évident.

Nan...peut-être un symptôme ?!

D'accord

Ouais

Et est-ce que vous sauriez de quoi ça vient ? De quelle origine ? Quelle cause ?

Nan, aucune idée.

Ouais, c'est pas facile à expliquer

Euh, j'ai pas l'impression que ça puisse s'originer, enfin, autrement que dans un vécu général. J'ai pas imaginé qu'il pouvait y avoir une cause définie, nommable et tout ça.

C'est plus lié à un vécu ?

Ouais

Qui peut entraîner des symptômes comme ça.

Et de ce vécu, y'aurait des facteurs déclenchants, des traumatismes ?

J'en sais rien, je sais pas.

Mais c'est lié à l'histoire personnelle, au vécu de chacun

Oui, comme n'importe quel symptôme névrotique j'dirais, je sais pas

Nan mais ça rentre dans le cadre, donc c'est tout à fait ça

Et pour vous, c'est grave comme maladie ?

3-5

Euh...oui quand même si.... J'prendrais ça vraiment au sérieux. Ca me paraît embêtant. J'serais très ennuyée par exemple que quelqu'un de mon entourage ait ça, ouais.

Ca vous inquiéterait ?

Ouais, quand même.

Et comment vous évalueriez sa fréquence, en population générale ? Est-ce que vous pensez que c'est rare ou ?

J'en sais rien. En fait, j'fais le lien dans ma tête là. J'rapprocherais ça avec tout ce qui est, conduites d'évitement. Et pour moi, c'est aussi handicapant en fait...Quand les gens ont un niveau d'anxiété tel qu'ils mettent en place des conduites d'évitement. J'trouve ça embêtant, j'trouve ça grave. Et pour moi, le TOC, c'est du même ordre.

D'accord. Donc y'a les rituels et y'a les conduites d'évitement, c'est ça ?

Ouais, enfin, c'est pas des TOC, les conduites d'évitement. Mais c'est une façon de venir amputer sa vie quotidienne. Je sais pas quoi en dire de plus.....

Mais j'ai l'impression que le trouble névrotique, les angoisses viennent vraiment impacter la vie quotidienne et constituent un handicap

Par le biais de ces conduites d'évitement, en fait, d'accord. Donc ça, ça peut être grave dans la vie quotidienne ?

Ouais, c'est ce que je pense.

Donc on en a parlé un petit peu tout à l'heure. Dans votre pratique de médecin généraliste, y'a une expérience personnelle, des patients qui ont eu, ou pour lesquels vous avez pensé qu'y avait un TOC?

3-6

Nan

C'est jamais arrivé, ça ?

Nan, pas pour l'instant

Lors de consultations, vous vous êtes pas dit « Tiens, celui-là, il a des symptômes qui m'y font penser »

Nan.

Et, si c'était le cas, vous penseriez à quoi, en consultation ? Si vous imaginez un TOC. Devant quels signes vous y penseriez en consultation ? Qu'est-ce qui vous alarmerait ?

Nan, je vois pas quoi.

Enfin, là, c'est par association d'idées. Mais par exemple, des débuts de conduites d'anorexie ou de boulimie, par exemple chez des jeunes. Ça pourrait me fait penser à ça, mais... J pense par exemple à une jeune qui commençait à regarder toutes les compositions, à sélectionner des aliments. Enfin, c'est pas la même chose que l'anorexie, mais j'sais pas, ça m'y fait penser. Mais sinon, en dehors de ça, dans mon expérience, y'a rien qui m'a fait poser question sur un TOC, ouais.

D'accord.

Mais je sais pas comment les gens pourraient l'aborder en consultation. Je sais pas du tout. Ou bien si y'a des signes pendant la consultation qui devraient m'y faire penser.

Oui, c'est ça, c'est très intéressant, c'est ce que vous dites. C'est pas évident, pour un patient, d'en parler, en consultation, probablement. Enfin, euh...

Et pour vous, c'est quelque chose, qu'est intriqué, isolé, avec d'autres pathologies, dans vos représentations ?

3-7

Pour moi, ça peut être isolé.

D'accord. Et il peut y avoir des complications ? Des comorbidités, que ce soit somatique ou psychiatrique ?

Alors là, j'en sais rien. Est-ce que ça peut pas aller, jusqu'à une certaine désocialisation, mais j'en sais rien.

Et on parlait des enfants tout à l'heure. Ca vous est pas arrivé d'en rencontrer en médecine scolaire, enfin pas d'enfants étiquetés avec un TOC...

Nan

Et vous pensez que y'aurait des formes cliniques différentes de l'adulte, ou ça prendrait les mêmes formes ? On a parlé des rituels au coucher, avec les peluches.

3-8

Nan, ça m'inquiéterait moins, en fait, chez l'enfant.

Ouais, vous voyez ça plutôt chez l'adulte ?

A partir de l'adolescence et chez l'adulte, ouais. Enfin, plutôt comme quelque chose de plus fixé, parce que chez l'enfant je me dis, voilà, ça peut être... ?

Une phase

Ouais, comme l'énurésie, mais qui passe quoi

Mais si ça persiste à l'âge adulte, là, vous vous dites

Y'a un truc quoi

Ok, et plutôt à quel âge : ado/adulte jeune, adulte plus âgé, ça peut-être à tout âge ?

J pense. C'est imprécis, vraiment, j'me rends compte que j'en n'ai pas du tout une idée précise. J'suis pas inquiète, mais je réalise en en parlant avec vous...

Est-ce que vous pensez que le médecin généraliste a un rôle important dans le diagnostic et la prise en charge de ce trouble ?

3-9

Oui, j pense qu'il a une place, encore faut-il pouvoir le mettre en place ce trouble. En tous cas, moi ça fait pas trop peur de devoir accompagner ça, c'est de mon ressort, quoi. PLUS que par exemple une dépression sévère ou qu'une psychose.

D'accord. Et vous vous verriez suivre ça toute seule ?

Bah, ça dépend de l'évolution.

Par quel suivi ? Par quelle prise en charge ?

Plutôt psychothérapique je dirais, mais bon, ça, c'est ma tendance à moi (rigole). J'sais pas, c'est peut-être mon orientation de conseillère conjugale qui veut ça. Et puis je pense que j'irais plutôt vers l'hypnose ou les thérapies cognitivo-comportementales, des thérapies brèves, dans un premier temps en tous cas.

Que vous pratiquez ?

Nan, je pratique pas.

Nan, mais j'oriente. Dans un premier temps en tous cas, car pour moi, ça c'est pas un travail de fond, mais au moins, l'idée, je me dis, dans un premier temps, au moins, ça serait de déplacer un peu le symptôme pour que ça soit moins gênant et après.

Donc prendre du recul par rapport au symptôme dans un premier temps, et après en traitement de fond ?

Un travail psychothérapique, plutôt analytique, sur du long terme, autour de l'angoisse, autour de j'sais pas, enfin...Mais bon, tout ça, c'est théorique, parce que ça m'est jamais arrivé (rigole)

3-10

Je sais aussi que les antidépresseurs, les IRS, sont indiqués, mais je sais pas à quel moment, faudrait les prescrire, comment, je sais pas.

Et y'a d'autres médicaments, ou c'est surtout les IRS qui vous semblent importants, dans cette prise en charge ?

Ouais, peut-être des anxiolytiques

Oui, à certains moments, mais surtout les antidépresseurs, les IRS.

Oui.

Et on a parlé des psychothérapies. Pour vous, c'est quel type de psychothérapies qu'est important ? Les TCC, les analytiques ? Les brèves ? Et brève, c'est soutien pour vous ?

Nan, c'est plus proche des TCC pour moi.

3-11

En tous cas, c'est important quand les gens me demandent des noms de psychologues, que je sache quelle est leur orientation, parce que, quelqu'un qu'a une anxiété de fond, qui se pose des questions sur sa vie, j'vais pas l'envoyer voir forcément quelqu'un qui pratique l'hypnose, encore que...Mais là, oui. J'ai l'impression que ce serait...

Bien connaître l'orientation pour bien adresser, ok.

Et ça, pour vous, c'est facile de savoir quel psychologue a quelle orientation, dans votre pratique ?

Nan, faut que je les connaisse (rigole)

En fonction du réseau...

Oui, exactement, en fonction des gens que je connais, que j'ai rencontré, par le travail, quoi.

Et donc là, c'est surtout les psychologues qui ont un rôle avec vous.

Oui, ça oui, c'est plus facile que les psychiatres. J'sais pas si c'est ce que vous voulez dire.

C'est plus facile qu'avec les psychiatres.

Oui, beaucoup plus.

Ils sont plus accessibles ?

3-12

Beaucoup plus accessibles. Vraiment en médecine générale, quand on a besoin d'un psychiatre, c'est compliqué, parce que les délais d'attente sont extrêmement longs. Moi, l'hôpital, je sais pas comment ça fonctionne, les secteurs j'ai pas compris, donc je sais pas à qui m'adresser. En ville, c'est 6 mois de délai quand c'est pas plus. Et même quand on est en difficulté aigüe avec quelqu'un...donc ouais, je trouve ça vraiment plus compliqué. Je REDOUTE d'avoir besoin du psychiatre, en fait.

De manière générale ? Pas forcément pour un souci de cet ordre-là ?

Nan, de manière générale. Notamment quand j'ai besoin d'aide sur un traitement.

Pour une psychose, pour une dépression grave ?

Ouais, tout à fait.

Oui, donc ça, c'est un frein pour vous, dans la pratique ?

Oui.

Et par contre, avec les psychologues, les psychothérapeutes, ça se passe plutôt bien, dans la prise en charge ?

3-13

Ouais, enfin, si le frein en fait, il est plus du côté des patients, avec les psychologues et les psychothérapeutes. Y'a le fait que ce soit pas remboursé et y'a les gens qui se font une idée de quelque chose qui va durer. Alors qu'ils ont pas du tout cette idée là avec le psychiatre, ils vont voir un médecin. Enfin, c'est pas pareil en fait dans leurs représentations. Donc pour moi, on va dire, c'est plus simple... et plus fructueux... le travail avec un psychologue mais pas pour les patients en fait, et du coup, c'est pas très facile... Enfin c'est pas très facile !! Moi, j pense que c'est important que les gens adhèrent à la démarche, donc de toute façon, donner une adresse de psychologue à quelqu'un qu'est pas convaincu que ça va l'aider, ça va servir à rien. Aller voir un psychologue 1 fois ou 2 fois pour faire plaisir au médecin, ça sert à rien.

Et du coup, ce travail psychothérapeutique, eh bien, il est pas fréquent, parce que c'est important que les gens soient demandeurs et pensent que ça va leur faire du bien, mais c'est pas fréquent.

Oui, du coup, j'imagine que ça prend du temps de discuter avec les patients là-dessus pour que ça vienne d'eux aussi.

3-14

Et du coup, mais alors là, je parle pas des TOC, j parle de n'importe quel accompagnement psychologique, ça passe d'abord par des consultations un peu rapprochées.

Avec le médecin généraliste ?

Oui

Donc on a un rôle au début important

Ouais, au début...ou tout le temps

Ouais, c'est ce que j'allais dire

Y'a des gens, qui jamais voudront aller voir quelqu'un d'autre et...

Ok, donc vous, il vous arrive, pas forcément pour un TOC, mais pour un trouble anxieux, d'être seule à suivre le patient car il a pas voulu voir un psychologue pour une psychothérapie

Oui, alors j'ai pas l'impression de les emmener très loin, et de pas avoir le temps de le faire non plus.

Oui, y'a ça aussi. On n'a pas trop le temps. Donc on a un rôle central ?

En tous cas, on est l'intervenant de première ligne et quelquefois on est le seul quoi. Et souvent même en fait. Surtout dans ce domaine où y'a beaucoup de réticences de la part des gens

D'accepter de faire le pas ?

3-15

De psychologiser. Voir un psychiatre, un psychologue. Tout de suite, ils ont l'impression que...(rigole). On pense qu'ils sont des grands malades...

Vous pensez que les patients qu'ont des TOC pensent qu'ils sont fous ?

Je sais pas, ça vraiment je sais pas.

On parlait de la névrose, pour vous, c'est pas de l'ordre de la psychose ?

3-16

Nan

Donc ils sont quand même un peu conscients des choses ?

Bah ouais, j crois ! Peut-être pas au début, j'en sais rien, ça dépend peut-être de l'intensité, je sais pas.

Ok, je reviens sur les traitements. Pour vous, c'est efficace les psychothérapies, les IRS, là-dessus, sur des troubles anxieux comme ça ?

3-17

Oui. Enfin, les IRS, sur les TOC je sais pas, mais les IRS c'est efficace, dans mon expérience. Par contre, pour moi, ce qu'il y a de plus efficace, c'est quand même le travail psychologique. Enfin, en tous cas, de façon durable, quoi. Parce que, ce que je dis aux patients, c'est que les médicaments c'est une béquille, ça va les aider là, mais...

Oui, donc quelque chose qui s'inscrit dans le temps, quoi ?

Oui, moi je trouve ça toujours extrêmement décevant, que des gens qui vont mal, ne fassent pas de démarche personnelle, mais voilà, c'est pas facile.

Oui, on peut pas faire pour eux... En tous cas y'a un intérêt pour vous, à prendre en charge un tel trouble ?

Ah oui.

Et à un stade où c'est encore facile peut-être de traiter les choses ? A n'importe quel moment, ça c'est sûr, ...mais vous pensez que c'est quelque chose qu'il faut prendre en charge rapidement ? Ou on a le temps d'en parler ?

3-18

J'en sais rien. J'aurais tendance à dire qu'il faut le prendre en charge rapidement, parce que j'imagine qu'il doit y avoir des moments où c'est un peu fixé quoi, mais je sais pas. Je sais pas comment ça évolue, je sais pas par exemple si ça peut s'aggraver progressivement ou si en fonction des personnes c'est d'emblée très envahissant. J'en sais rien.

D'accord, ok, bah justement...Le TOC, vous en avez entendu parler pendant vos études ?

3-19

Oui, à la fac.

En cours de psychiatrie, en stage ? En cours de médecine générale ?

Pas en médecine générale. Je sais plus si y'avait un certificat. Oui, en cours de psychiatrie, en stage. Bon après la psychiatrie pendant nos études, c'était très théorique.

Le stage de psychiatrie, c'était combien de temps ? Y'avait des cours avant ?

Le stage de psychiatrie, c'était quand ? En 4ème année ? Ça durait 3 mois. Bon, ça nous a pas trop marqué, j'dis « on », parce qu'on en parle souvent avec mon mari, les collègues. C'est pas ça qui a étayé franchement notre pratique, notre approche des pathologies psychiatriques, quoi. Bah, c'est plus sur le tas, quoi. Mais par contre, moi, ma formation de conseillère conjugale m'a quand même aidé là-dedans, mais voilà, quoi.

Ca vous a aidé à prendre en charge des difficultés conjugales et par ce biais là des difficultés personnelles aussi probablement ?

Oui, voilà. A être plus attentive j'espère à ça (rigole), à moins en avoir peur, à savoir aussi que même quand les gens vont mal, le simple fait d'être là pour les écouter, c'est agissant. Parce que quand même en tant que médecin, on a une formation...où on apprend à prendre en charge les choses, et puis à faire, et puis à poser des diagnostics et puis à traiter. Et puis, les difficultés d'ordre psychologique, ça marche pas tout à fait comme ça, quoi. Et c'est difficile d'accepter d'avoir un pas de côté, d'écouter et de pas pouvoir faire forcément quelque chose d'autre. Et ça peut faire peur aussi, parce que quand les gens vont très mal. Donc ça, ça m'a aidé cette formation, ça c'est sûr, après par rapport au TOC en particulier non mais...

D'accord ok, et dans votre FMC ?

Ah non jamais

Y'a jamais eu de sujets abordés là-dessus par des psychiatres, des psychologues ?

Jamais.

Y'a pas eu d'échanges avec des psychiatres... ?

Nan, jamais.

Dans les FMC, y'a les FMC organisées par les organismes de FMC, et les sujets psychiatriques sont rares, plutôt l'anxiété, la dépression. Et dans les FMC qu'on organise en groupes, on demande rarement aussi, on est plus sur des sujets techniques, notre demande elle est plus technique.

Plus pratique ?

Ouais, finalement.

Les groupes de pairs, vous voulez dire ?

Ouais.

Donc finalement ce qui vous a aidé, c'est votre formation de conseillère conjugale ?

Oui.

Et votre expérience en médecine scolaire ?

Oh, nan, enfin si, oui oui tout à fait...

Y'a une autre approche de l'enfant ?

Oui oui tout à fait.

Vous aimeriez avoir pas forcément des formations mais des échanges avec d'autres professionnels de santé, des psychiatres, des médecins généralistes, sur ce trouble-là ?

3-20

Oui, pourquoi pas. Là, je me sentais pas demandeuse, parce que je les repère pas sans doute, et du coup, je me sens pas en difficulté actuellement, enfin pas confrontée à ça, alors que... Enfin mon besoin en ce moment, ce serait repérer les pathologies bipolaires, les traiter. Ce serait plus là-dedans, ou les psychoses. Mais là comme j'y suis pas confrontée...

Oui, c'est normal. On se dit pas le matin, tiens, j'aimerais... (rigolent)

Mais oui ça m'intéresserait, parce que d'une façon générale ça m'intéresse mais...

Ca m'intéresserait aussi dans le sens où ça me permettrait de renforcer mon réseau professionnel, mais sinon.

Ok, c'est très intéressant. Nan, mais on a parlé de plein de choses. Enfin, vous voulez peut-être m'en dire plus sur quelque chose qui vous semble important là-dessus ? Y'a peut-être des choses que j'ai pas abordées ?

Nan, mais par contre, ça m'intéresserait que vous m'en disiez un peu plus sur...

Je peux vous envoyer mon travail de thèse et puis on peut en parler là aussi

(discussion)

3-21

Ca dépend du vécu personnel du médecin généraliste, de son histoire personnelle, on fait avec ce qu'on peut entendre. Ce qu'on repère à travers les mots aussi, on n'est pas forcément disponibles pour entendre, on ne comprend pas forcément ce que veut dire le patient.

...

Par rapport à la phobie sociale où il y a surtout des conduites d'évitement, on n'est pas dans le creux, mais dans le plein pour les TOC avec les rituels.

...

Mais l'important n'est pas de nommer forcément le trouble précisément, c'est d'accompagner le patient ayant un trouble anxieux, voire des difficultés mal étiquetées

Remerciements

ENTRETIEN 4 (le 08/10/2013)

Qu'est-ce que ça représente pour toi un TOC ?

4-1

Pour ce que j'en sais, c'est un trouble psychiatrique, une névrose, qui impacte beaucoup les gens en fait, parce que c'est assez envahissant et ça entraîne une souffrance assez importante. Les signes cliniques sont multiples et variés, mais c'est souvent quand même des vérifications, ou des idées violentes comme ça qui s'imposent, mais y'a pas d'idées délirantes...

C'est une demande des gens... L'entourage vit ça comme quelque chose de ridicule « Arrête de vérifier tout le temps, c'est pénible ». Pourtant, c'est une véritable souffrance parmi les gens.

Curieusement, j'ai l'impression que certaines personnes n'osent pas trop nous en parler...parce que c'est un peu dans leur fonctionnement. Voilà, ils vérifient 4 fois ou 10 fois la porte pour voir si elle est bien fermée. Bon si c'est ça encore ça va, mais parfois ça fout en retard et ça devient un problème. Moi, j'en n'ai pas beaucoup dans mes patients, mais j'en ai quelques-uns quand même.

D'accord. Donc pour toi, c'est pas de l'ordre du délire, c'est de l'ordre de la névrose ? Et y'a, en présentations cliniques, ce que tu disais, des rituels de vérifications ?

4-2

Oui, ou des idées qui peuvent venir, ou des idées violentes qui viennent comme ça, mais qui sont forcément critiquées par le patient, donc on n'est pas dans le domaine psychotique. C'est critiqué, mais c'est du domaine névrotique. Y'a quelque chose qui le pousse à le faire « J'suis pas bien si je le fais pas. Je sais que c'est ridicule, mais j'suis obligé de le faire ».

J'suis pas bien si je le fais pas, ça veut dire que ça permet d'aller mieux ?

Ouais, mais j'sais pas s'ils vont vraiment mieux. Ils ont besoin de faire ce rituel, en continu tous les jours.

Tu penses qu'ils ont besoin de faire ça pourquoi ?

4-3

Alors, j'suis pas psychiatre, donc c'est assez compliqué, mais est-ce que c'est lié à une certaine angoisse ou alors quelque chose plus jeune qui les a impactés sur quelque chose, ou alors un dysfonctionnement neurologique, parce qu'on peut voir, il me semble avoir lu quelque part qu'il peut y a voir un caractère un peu trans-générationnel. Enfin j'avoue que je sais pas trop l'étiologie.

C'est ce que j'allais dire. Pour toi, ça vient d'où ? Il peut y avoir plusieurs causes finalement ?

Oui, je pense que y'a une cause environnementale, peut-être une susceptibilité génétique ou familiale, parce qu'on a parfois effectivement des schémas qui se reproduisent, la fille reprenant le chemin de la mère ou...

Plutôt comportementale que génétique du coup, ou les 2 ?

Alors plutôt comportementale, mais je me demande s'il n'y a pas quelque chose de génétique.

D'accord, ok. Et donc tu disais qu'il a pu se passer quelque chose dans la vie ou ?

Peut-être un évènement déclenchant ? traumatisant ou pas forcément quelque chose d'extrêmement violent, mais qui peut être traumatisant, mais qui peut rendre la personne à mon sens, qui va faire que la personne va manquer d'une certaine assurance, qui va déclencher un réflexe de protection, qu'est inadapté, mais qui est ces réflexes de vérifications quoi. C'est des suppositions, parce que je me suis pas penché sur la question...

Nan, mais c'est tes représentations à toi, ce que t'imagines, quoi ?

4-4

Donc c'est pas forcément lié au raisonnement simple où on va dire « Vous allez arrêter de vérifier maintenant c'est bon », nan, c'est beaucoup plus compliqué que ça, il faut passer par des traitements compliqués, car les traitements séparés, ça a pas l'air d'apporter grand chose parce que le mari de la personne a beau lui dire et ça change rien, parfois même ça empire les choses !

D'accord. Et comment t'évaluerais la gravité du TOC ? C'est quelque chose pour toi qu'est pas grave, qui peut être grave ?

4-5

Moi je pense que ça peut être grave, ça peut être source de désocialisation importante, parce que perte d'emploi, éventuellement isolement aussi, parce que certaines fois, les personnes, notamment les conjoints peuvent s'en aller, perdre son job faut être clair.

Ca peut donc impacter d'autres troubles psychiatriques chez la personne notamment une dépression, avec des idées suicidaires, parce qu'elle se rend bien compte de ses problèmes, n'arrive pas à s'en sortir et là, on a une espèce de spirale.

Parce qu'ils arrivent par forcément à en parler ?

4-6

Parce que parfois ils se sentent un peu ridicule. Ils se disent « Je vais quand même pas le dire, je passe vraiment pour une gourde, je vais pas raconter ça ». Et je m'enferme dans ce truc là et je vais m'isoler. Je pense que c'est vraiment un risque. Donc c'est pas un risque à banaliser, je pense que c'est quelque chose qui est assez important. Si ça peut impacter la vie, c'est important. Après si ça vient enkyster sur un domaine un petit peu précis, bien enkysté, avec des contre-feux partout, bon, ça va, mais si c'est envahissant, là, c'est pas gérable pour la personne.

Donc ça dépend de la personne, comment elle arrive à le gérer, ou ça dépend de... ?

Ca dépend de la gravité du trouble, ouais, je pense qu'il y a plusieurs niveaux.

Et ces niveaux sont influencés par quoi ?

4-7

Ils peuvent être influencés par les autres difficultés autour, social aussi ou professionnel. Tout ce qui va augmenter l'angoisse de la personne, elle va se réfugier dans ce trouble-là, en tous cas, essayer de trouver une réassurance dans ces rituels. Si y'a un environnement peut-être plus propice ou une prise en charge adaptée, elle peut peut-être essayer d'en guérir je ne sais pas, en tous cas, apprendre à gérer et que ça devienne à peu près vivable quoi...

En gros, la gravité, elle dépend du niveau d'entraide quoi ?

Oui, probablement aussi de la ressource personnelle des gens. Et puis probablement qu'il y a aussi des niveaux différents de gravité. Après je sais pas si y'a pas d'autres facteurs, génétiques ou ... et je sais pas si ça peut influencer sur les TOC.

Mais toi, tu vois ça comme quelque chose de grave, avec un impact au quotidien ?

Moi, je vois ça comme potentiellement grave, ouais.

Ok. Et comment t'évaluerais la fréquence en population générale ?

4-8

J'en sais rien...Bon moi j'en vois pas beaucoup, mais parfois les gens ont du mal à en parler, je pense que c'est plus que ça. Peut-être 5-6%. Je pense que c'est assez fréquent. Bon après tous niveaux confondus.

Et quand y'a vraiment un impact, une souffrance, tu penses que c'est fréquent, ça ?

J'en ai aucune idée. Je pourrais donner un chiffre au hasard, mais franchement, j'en n'ai aucune idée.

Et pour toi, c'est quelque chose qui arrive à un moment donné dans la vie du patient, qui commence à quel âge, dans le temps, tu vois ça comment ?

4-9

Alors moi je vois ça. J'ai pas une idée précise là-dessus, mais je vois ça plutôt arriver à l'adolescence et première partie de l'âge adulte, mais on peut le voir chez l'enfant. J'ai l'impression que plus ça arrive tôt, plus c'est lourd...Ou alors, ça décompense, c'est-à-dire que la personne arrive beaucoup moins à le gérer arrivé à l'âge adulte ou à l'adolescence. Parce que je sais que quand même y'a des formes pédiatriques.

Et justement, chez l'enfant, y'a des particularités cliniques, ou c'est les mêmes que chez l'adulte ?

J'avoue que je ne sais pas. On peut probablement retrouver des similitudes, mais je sais pas. Est-ce que c'est des enfants qui sont trop calmes, qui veulent trop gérer leur environnement, trop ranger dans leurs chambres, ou quelque chose...J'imagine ça comme ça. Un enfant qui éventuellement est un peu isolé. Mais après si on creuse, on peut peut-être s'apercevoir qu'il fait peut-être des rituels aussi. Mais, ça peut se traduire comme ça, par des atypies. J'aime pas ce mot, parce que ça fait un peu psychotique, mais, des enfants qui ont peut-être une personnalité un peu particulière. Ça peut être un signe et si on creuse un peu, on peut peut-être trouver...J'avoue que les formes pédiatriques, j'en ai pas.

T'en as pas ?

J'en ai peut-être, mais je le sais pas.

Justement, je voulais te demander, dans ta pratique, t'as quoi vis-à-vis de ça ? Tu disais que t'avais quelques patients ?

4-10

Ouais, en tête, j'ai surtout une patiente. C'est très envahissant, parce que, elle, elle est toute seule à la maison.

A cause de ça ?

Oui, effectivement. En fait, elle a des vérifications qui sont multiples. Elle voit un psychiatre. Quand je la vois arriver, elle vient toujours en diagonale, elle prend toujours des lignes droites sur les carreaux. Elle peut pas s'en empêcher, elle le sait, je lui dis. Et chez elle, elle est effectivement dans des lavages intempestifs. Elle se lave toujours les mains 10 fois. Et curieusement, elle a aussi des achats compulsifs. Alors, je sais pas si ça rentre dans le lot, ça pourrait. Faut pas que tu m'influences.

Nan nan mais du tout.

Et puis là, elle a développé un syndrome dépressif. Ça a vraiment impacté sa vie de tous les jours.

Ouais, donc quelque chose de costaud ?

Oui.

Ok. Et toi, tu l'as vu à quel moment ? T'as eu quel rôle dans sa prise en charge ?

Je l'ai vu vers l'âge de 20 ans. En fait, ça s'est aggravé, parce qu'elle a eu des coups de la vie, une fille aînée qu'elle a eu à 18 ans et qu'était autiste, handicapée. Donc elle a décompensé, avec un divorce. Donc à chaque fois comme ça, elle aggravait ses troubles, à chaque fois qu'elle allait de moins en moins bien. Ce fameux cercle vicieux ou spirale. Elle allait pas bien donc son entourage se barre et elle va encore moins bien.

4-11

Et donc je la suis maintenant depuis 2000 et bon, elle a son psychiatre. Mais elle me dit « Je le vois pour les médicaments ».

Donc, toi, tu gères le reste ?

Je gère pas. Je suis là pour l'écouter, je pense pas avoir les compétences requises pour soigner un trouble pareil, surtout qu'il est très envahissant chez elle. Je l'incite à mieux discuter avec son psychiatre. On parlera peut-être après avec les difficultés avec le psychiatre. Mais c'est plus sur essayer de soulager la pression, en fait, quand y'a un trop plein, quand c'est trop difficile, éventuellement quand y'a risque suicidaire, parce que ça lui est arrivé. Donc ça permet de dégoupiller un peu la grenade, l'orienter si besoin. J'essaie de proposer d'autres types de thérapeutiques.

De quel type ?

Ben déjà, c'est pas très confraternel, mais de changer de psychiatre, parce qu'elle s'y retrouve pas. Mais en même temps, elle est peut-être un peu bizarröide là-dessus, parce que finalement, elle ne veut pas, elle veut rester quand même. Donc on essaie de continuer quelque chose. Parce que bon, je l'aurais plutôt envoyer sur une thérapie comportementale, mais c'est tellement envahissant arrivé là, que je sais pas si ça pourrait donner grand-chose. Elle est déjà bourrée de médicaments.

Elle a quoi comme médicaments ?

Elle a un antipsychotique, un antidépresseur, un IRS.

Un antipsychotique aussi, donc ça doit être cogné ?

Ouais, ouais.

Oui, c'est surtout cette situation-là, qui te vient à l'esprit ?

4-12

J'avoue que j'en ai pas, bon, après peut-être que je les recherche pas, mais j'en ai pas d'autre aussi envahissante que ça. J'ai une personne qui s'en amuse un peu, parce qu'effectivement, elle vérifie 3-4 fois que sa voiture est bien fermée, elle bippe plusieurs fois pour être sûre, mais après ça l'impacte pas. Je réfléchissais, parce que je savais que tu venais. Bon, elle, elle est mariée, elle a une vie stable, un môme. Y'a pas une grosse demande de sa part de prendre en charge ce trouble.

Mais elle en parle quand même ?

Oui, parce qu'elle est venue une fois avec son mari, à propos d'un de leurs enfants, et c'est venu dans la conversation. Donc j'essayais après, je me disais « Tiens, c'est peut-être pas anodin qu'elle soit revenue ». En fait, il semblerait pas que ça pose énormément de problèmes, il semblerait que ce soit enkysté, elle arrive pas à savoir d'où ça vient. En même temps, elle dit « Je le sais, bon, ça ne me pose pas trop de problème ». Je lui avais parlé, qu'on pouvait éventuellement prendre en charge avec une aide psychologique, mais non, c'est pas la peine. Ca aussi, ça fait peut-être peur à certaines personnes. Bon, j'ai pas proposé de traitement. Voilà, c'est les 2 personnes que je vois et qu'ont été confrontées à ce genre de choses. J'en vois pas d'autre.

Ok. On a parlé du TOC, des dépressions, voire des crises suicidaires. Est-ce que tu penses qu'il y a d'autres pathologies qui pourraient être intriquées, qu'il y aurait d'autres comorbidités ?

4-13

Je ne sais pas si on peut avoir une forme d'entrée de type borderline un peu. Parce que parfois, dans certains troubles psychotiques, on peut retrouver certains rituels de vérification. Est-ce que c'est lié à un trouble psychotique, ou est-ce que c'est lié à un TOC ? J'avoue que je ne sais pas. Je me pose la question. Mais je pense pas que ce soit une forme d'entrée classique dans la psychose.

C'est atypique ?

Oui, parce qu'on est sur des personnalités atypiques. Mais là, je pense plus que c'est quelque chose qui impacte sur le domaine de la névrose et de la dépression. Bon, entrer dans une psychose, je crois pas que ce soit trop fréquent. Mais voilà, j'aurais dit ça.

Ok, et en consultation. Est-ce qu'il y a des moments où tu te dis, « Ben tiens, là, je me demande s'il n'y a pas un TOC ». Y'a des signes cliniques pour lesquels tu t'es posé la question ? des choses qui se passent en consultation, des observations que tu as ?

4-14

J'avoue que je me suis pas posé la question. J'essaie d'imaginer la situation. J'imagine que oui, s'il y avait quelqu'un qui ne voulait pas se laver les mains ou qui se lavait plusieurs fois les mains, quelqu'un qui voudrait pas s'asseoir. Peut-être que je serais attentif à certaines choses, mais c'est des choses un peu caricaturales. Mais les choses plus subtiles, je sais pas si j'arriverais à les dépister. La sémiologie, elle est assez multiple et variée.

Et puis en consultation...

On les voit à un moment T, faut tenir le cadre, même si après, on va aller se mettre du gel dans la voiture. Quelquefois ça peut disparaître. Quand ça transparait, c'est que là, c'est devenu super envahissant et que là, ça impacte fortement dans la qualité de vie.

D'accord, ok, et est-ce que tu ressens des freins au diagnostic de ce trouble ?

4-15

Curieusement, pas trop, dans la mesure, où c'est rentré dans la pratique courante, dans le langage courant. Le TOC, c'est presque bien d'avoir un TOC, c'est mondain. Alors, le TOC, ça fait toqué, donc ça a un peu une connotation péjorative. Mais peut-être que d'entendre parler de trouble obsessionnel compulsif, là, du coup, ça fait grave maladie. TOC, ça fait

plus...Nan, d'aborder, pas plus qu'un autre problème. J'ai pas l'impression que ce soit plus compliqué. Les gens, non peut-être pas, ceux qui le vivent, si, mais l'extérieur n'appréhende peut-être pas la difficulté que peuvent avoir les gens qui sont porteurs des TOC. Les gens, ils comprennent pas, donc...Si on dit à quelqu'un, « j'ai un cancer », l'autre se dit « merde ». Si y'a un TOC, là, on se dit « Ah, c'est marrant », c'est pas le même impact. Alors que quand même, pour la personne qui le vit, c'est quelque chose d'important. Donc socialement, le TOC est peut-être un peu plus présentable, les émissions à la télé, ça sensibilise pas mal les gens.

Et pour toi, c'est un symptôme, un syndrome, une pathologie ?

Je pense quand même que c'est une pathologie. Ça peut se mettre dans un caractère sémiologique, je pense que c'est une maladie.

Ok, et quel rôle pour toi le MG a dans le diagnostic et la prise en charge du TOC ?

4-16

Le rôle de dépistage s'il y pense et si la personne veut en parler. Mais rien ne nous empêche de poser quelques questions ciblées, pourquoi pas, ça prend, ça prend pas. Le rôle d'orientation, parce que les gens ils ont un TOC, mais qu'est-ce que j'en fais. Est-ce qu'il faut un traitement, est-ce qu'il faut embrayer sur une thérapie, à qui adresser. Ca, ça doit être notre rôle. Pas forcément initier le traitement, mais en tous cas, je pense que c'est une affaire de spécialiste, le traitement. Je pense que les IRS seuls, c'est pas forcément le traitement magnifique. Je pense qu'il faut une thérapie derrière. Et puis après, quand c'est un petit peu plus difficile, on a un rôle de soutien, d'écoute, et puis dépister aussi les complications dépressives, le risque suicidaire et tout ce qui vient aggraver, impacter autour de ce TOC.

Donc, c'est toi et le psychiatre ?

4-17

Je pense qu'il faut que ce soit un truc qui soit vraiment....Le seul obstacle, là aussi, c'est les complications. Mais souvent, les patients viennent nous voir nous, le psychiatre, ils le voient quand tout roule, 1 fois par mois ou 1 fois tous les 3 mois. Par contre, quand y'a une complication, c'est souvent nous qui les voyons.

Ah oui, et tu me disais, des questions ciblées, ça veut dire, en fonction des symptômes que tu peux voir, ou en fonction de ce qu'ils te disent, quoi ?

Après je sais pas, j'avoue que je sais pas franchement. Parce que par exemple, si quelqu'un vient systématiquement en retard à ma consultation, parce que y'a quelques patientes. Tiens, ben, elles arrivent tout le temps en retard, je me demande s'il y'a pas un souci par rapport à ça. Ou même si une personne est dépressive et qu'on sait pas trop pourquoi, pourquoi pas poser 1 ou 2 questions, par exemple « est-ce que vous sentez que vous avez besoin de vérifier pas mal de fois les choses ? » « Est-ce que vous avez peur de certaines choses ? » Peut-être des choses un peu plus vagues et puis après on peut creuser. Enfin, faudrait peut-être cibler les gens, plutôt que de poser des questions comme ça.

Donc, concernant la prise en charge, les IRS et les thérapies plutôt comportementales, c'est ce que tu me disais ?

Oui. Le problème, c'est qu'on a du mal à trouver des thérapeutes. Donc ça se maintient avec un psychiatre qui fait « Hein, hein » et puis... (rigole).

Ok ! Les thérapeutes, c'est forcément des psychiatres ?

4-18

Nan, ça peut être aussi des psychologues. C'est vrai que quand ça impacte beaucoup la vie, c'est du domaine psychiatrique donc faut un suivi. Mais après, y'a aussi des psychologues, qui je crois, peuvent faire ce genre de choses.

Tu connais certains psychologues ?

Comme j'ai que 2 personnes qui m'en parlent et que l'autre est déjà prise en charge, je me suis pas trop posé la question à savoir qui pour l'instant fait ça

Donc tu disais qu'avec les psychiatres, c'est pas forcément évident ?

Nan, pas du tout. Et puis bon, le psychiatre n'échange pas, avec nous. On peut le comprendre Mais quelquefois, avec accord du patient, ça peut être intéressant.

Donc, ça, pour toi, c'est un frein à la prise en charge ?

Oui, parce qu'on n'est pas bien coordonnés. Après, moi je peux concevoir que les patients, ils puissent dire des choses au psychiatre, dont je suis pas au courant. Mais avec l'accord du patient, si y'a pas de souci, pourquoi pas échanger un petit peu sur la façon de prendre en charge. Eventuellement que je puisse avoir le psychiatre au téléphone plus facilement, si je sens que là, il faut qu'il soit revu rapidement. C'est pas toujours très facile de les avoir, mais bon. C'est pas une idée préconçue en tous cas sur Cholet.

En tous cas, les traitements, pour toi, c'est efficace ?

4-19

Les IRS, ça peut limiter les choses, mais j'ai pas l'impression qu'on règle les choses de manière radicale. Ça peut atténuer un peu le vécu, ça peut diminuer les rituels. Mais si on veut s'attaquer un peu au fond des choses, faut peut-être faire une thérapie complémentaire. La prescription systématique d'un IRS me semble un peu courte par rapport à ce trouble-là. Il faut une prise en charge plus globale et je me sens pas la compétence pour le faire. Faut que ce soit le psychologue ou le psychiatre qui complète les choses. Prescrire un IRS, ça, je peux, mais ça suffit pas.

Et ta formation initiale, continue, par où tu as appréhendé le TOC ?

4-20

Formation initiale, effectivement, on a eu un petit cours théorique sur les névroses, les psychoses. On a abordé les TOC dans les névroses. Et après, je crois que j'ai pas eu de formation à côté si ce n'est mes lectures.

Donc pas en FMC quoi ?

Nan, je me souviens pas avoir eu ça en FMC. C'est plutôt par l'intermédiaire de mes lectures.

Et la formation initiale, c'était en cours, pas en stage ?

Nan, j'ai pas fait de stage en psychiatrie. Nan, c'était des cours théoriques.

Et tes lectures, c'est par quel biais ?

En fait, moi, je reçois des newsletters sur les sites cochrane, minerva, EBM. Donc, là, c'était sur les évaluations, je suis tombé sur 2-3 évaluations des IRS et sur la prise en charge des TOC. Essayer d'appréhender, il semblerait, sur ce que j'ai lu, que IRS et thérapies ont un meilleur résultat, que l'un et l'autre séparés. Donc, c'est comme ça que je me forme, j'essaie de suivre les histoires du TOC. Mais j'avoue que ma formation est assez insuffisante par rapport à ça.

Et justement, quels seraient tes besoins, pas forcément de formation, mais de dialogue, d'échange avec des psychologues ou des psychiatres...

4-21

Les échanges, pourquoi pas. Les formations, maintenant on a le droit à 4 ½ journées de formation par an. Autrement, c'est des formations qui sont sponsorisées par les labos, donc c'est pas génial. Donc faut quand même cibler les formations, parce qu'on n'a pas le droit à beaucoup de formation. Mais les formations que j'ai faites en tous cas, sont très intéressantes. Mais passer 2 jours sur les TOC, ça peut être bien, ou plutôt sur les pathologies névrotiques. Mais on pourrait aborder ça de manière adaptée à la médecine générale. C'est surtout ça, parce que les cours théoriques, c'est bien de temps en temps, ça fait une piqure de rappel. Après, dans notre pratique, qu'est-ce qui peut être intéressant dans notre pratique ? Parfois, voilà, on a la tête farcie. En théorie, oui, mais en pratique, qu'est-ce que ça fait ? C'est vrai que moi, je suis plus demandeur de choses, plus pratique-pratiques.

Ok, ben moi je t'ai posé toutes les questions que je voulais te poser. Mais peut-être que tu veux m'en dire plus sur quelque chose dont on n'a parlé ?

Nan, mais je pense que c'est un sujet intéressant, qui pourra éclairer sur comment les MG voient la maladie, si au contraire on la minimise, si on a tendance à pas trop vouloir la regarder parce qu'on la connaît pas bien. C'est vrai que les maladies qu'on connaît pas bien, on a tendance à pas à les voir. Donc mettre le doigt là-dessus, ça peut être intéressant.

Remerciements

ENTRETIEN 5 (le 10/10/2013)

Qu'est-ce que ça représente pour vous le TOC ?

5-1

Je crois que ça représente à la fois quelque chose de très bénin ou de très grave pour certains, et donc ça veut tout dire et rien dire, vraiment un panel très très large. Y'a beaucoup de gens qu'ont des TOC qu'on traite même pas et pour lesquels on discute plutôt sur leur façon de vivre avec savoir quoi en penser. Y'a certains qui peuvent être casse pieds, aller jusqu'à l'hôpital, aller voir des spécialistes. Mais je ne me souviens pas en avoir vu récemment.

D'accord, donc, un panel très large. Et pour vous, ça passe du normal au pathologique ?

Quand ça gêne les gens, quand ils savent pas les gérer.

Donc ils vivent avec et puis à certains moments, ils ne peuvent pas les gérer ?

Oui, ou parce qu'ils essaient pas de les gérer. Ça peut arriver qu'on dise aux gens de faire avec plutôt que d'essayer de les traiter, quoi. De ne pas foncer dans le mur.

C'est-à-dire ?

5-2

Ben, s'ils sont par exemple à vérifier 10 fois la porte de la maison le soir avant de fermer, y'a 2 choix. Soit on envoie chez le psy pour savoir ce qui se passe, soit on dit qu'on s'en fout de toute façon « Faites-le, vous dormirez mieux après ! » et on passe à autre chose. « Si vous n'êtes rassuré que comme ça, ben, faites-le, qui est-ce que ça gêne ? De vérifier 10 fois. »

Oui, si ça le gêne pas...

Si ça le gêne pas plus, c'est un TOC, on laisse, c'est pas la peine d'aller en faire toute une maladie et de créer des TOC beaucoup plus gênants comme se laver les mains 50 ou 100 fois par jour. Donc c'est des p'tits TOC, on les laisse. On banalise, on leur dit de vivre avec.

Vous, vous en avez dans votre pratique des TOC comme ça ?

Oui

Ils en parlent les patients ?

Oui, mais je les traite pas

Oui, c'est vrai que si ça ne les gêne pas...

Je les néglige et je les force à les négliger. Qu'est-ce que ça coûte de fermer la porte 10 fois ? On s'en fout.

Est-ce qu'il y a des gens qu'ont eu des TOC vraiment très gênants, très invalidants ?

5-3

Je m'en rappelle pas. J'ai dû en avoir 1 ou 2, mais je ne me rappelle pas qui c'était, ce que c'était, sur quoi ça les gênait, mais j'ai dû en voir 1 ou 2 ces dernières années, qu'ont dû avoir des choses bien bien cognées et bien évidemment, je ne mets pas de médicament. C'est psychiatre !

Psychiatre, directement. Et puis vous les suivez en parallèle ?

Je ne me souviens plus du devenir.

Et ils ont eu quoi comme traitement ? Pour vous, c'est quoi les traitements ? Pour vous, d'ailleurs, c'est plutôt une pathologie, un symptôme ?

5-4

Bah, c'est pas une pathologie déjà. C'est plutôt un symptôme intégré dans autre chose. De ce que j'ai vu, et encore, c'est pas clair dans ma tête, c'était plutôt des gens sur un versant dépressif et qui décompensaient sur les TOC, qui étaient vivables avant et qui sont devenus invivables.

C'est la dépression qu'a fait décompenser le TOC, ou c'est... ?

Alors, dépression, ça dépend ce que vous entendez par dépression. La plupart du temps, c'est la décompensation d'une anxiété. Donc on n'est pas sur un versant dépressif, mais sur une anxiété forte et après on se retrouve sur des TOC décompensés et on se rend compte qu'ils ont des TOC. L'entourage les avait vus, mais eux ne l'avaient pas vu.

Ils se rendaient pas compte les patients ?



Oui, ou ils ne savaient pas ce que c'était.

Et les proches ont eu un rôle important dans l'identification de leur TOC ?

5-5

Pas forcément. Mais quand on a le conjoint à côté, il nous dit « Bah, oui, effectivement, t'es maniaque, tu refais les choses 20 fois, 10 fois ». Y'a pas forcément une étiquette de mise dessus. Y'a des étiquettes qui sont sorties il y a 1 dizaine d'années, quand on a commencé à parler de TOC.

Et ça, vous en pensez quoi, vous ?

Rien, c'est un phénomène de société. On laisse passer c'est tout, on attend que ça se calme.

Oui, et puis ça change tout le temps. Là, il va y a voir le nouveau manuel de psychiatrie qui va sortir, ça n'arrête pas de changer.

De quoi, le DSM V ?

Oui.

On s'en fout, ça personnalise. C'est les journalistes qui mettent leur doigt là-dedans.

Oui, donc pour vous, y'a pas vraiment de critère précis. C'est un symptôme, et les gens essaient de vivre avec quoi ?

Quand ils peuvent, oui, quand ils ne peuvent pas, on appelle ça de la psychiatrie.

Et là, c'est pour le psychiatre ?

Oui.

Et comment vous évalueriez la fréquence ?

5-6

A partir du moment où je banalise ça, les gens aussi, et peut-être qu'ils n'osent pas m'en parler, ça c'est possible. C'est le biais du problème. Mais des gens qui ont des p'tits TOC, qui ferment la porte 10 fois, oui, ça, j'en ai. De toute façon, avec le temps, il finissent par ne fermer plus que 5 fois, puis 2 fois, et puis voilà. On désamorce.

Oui, à partir du moment où vous en parlez, ça désamorce ? Et ça les gêne moins ?

Voilà, ils ressortent, ils savent que « Ben voilà, vous êtes inquiet, vous êtes stressé, bon ben, vérifiez 10 fois si vous voulez, moi je m'en fiche, ça m'empêche pas de dormir et vous, vous dormirez mieux après. Ça gêne qui, personne, donc faites donc ! Et au revoir Monsieur ! »

Donc pour vous, c'est pas si grave que ça, d'après ce que vous me dites ?

C'est des petits exemples, ce que je vous dis. Après j'ai bien conscience qu'il y a des choses extrêmement invalidantes, avec des gens qui n'osent plus sortir et avec la trouille de bactéries ou autres.

Mais, vous n'en avez pas eu dans votre exercice ?

5-7

Nan. On en verra de plus en plus, avec tout ce qui se passe en ce moment, sur les histoires de faut se relaver les mains, 10 fois, 20 fois. Toutes ces histoires de société qui arrivent, poussées pas je sais pas trop quoi, soit par les labos, soit par les journalistes qu'ont rien d'autre à raconter.

Oui, et vous pensez que ça, ça peut influencer, ça peut aggraver ?

Oui, parce que les gens sont beaucoup plus attentifs à ça, les solutés hydro-alcooliques, alors que avant ça n'existait pas et le savon était le bienvenu, pour ceux qui s'en servaient. Donc voilà, et puis ça abîme les mains.

Ok, donc les présentations cliniques, c'est surtout se laver les mains, vérifier ?

J'ai pas d'autre cas en tête.

Et on parlait de la dépression, de l'anxiété, tout ça, c'est intriqué. C'est un symptôme qui va avec d'autres symptômes ou d'autres pathologies ? Et y'a d'autres comorbidités que vous avez vu avec les TOC ?

5-8

Ben, j'en sais rien, parce que j'ai pas trop d'autre cas, mais l'anxiété par exemple, c'est quelque chose de très très bien réparti, très large. Donc on n'a pas besoin de chercher. De

toute façon, elle peut être la conséquence autant que la cause du TOC. Mais bon, difficile de faire la part des choses. Donc, ça peut se terminer avec un petit anxiolytique pour décontracter. Oui, il vous arrive de mettre des anxiolytiques ?

Ca peut arriver, et plus pour l'anxiété qu'autre chose.

Oui, pas pour le TOC en lui-même ?

Bah, je vous dis, c'est difficile de faire la part des choses entre le TOC et...Y'a peut-être une partie d'anxiété qu'a été générée par le TOC et donc je suis en train de traiter non pas le TOC, mais quelque chose qui est une conséquence du TOC. C'est possible.

Ok, et je reviens sur la définition. Vous disiez que c'est une étiquette qu'a été donnée il y a 10 ans ?

5-9

Je sais pas y'a combien d'années. Peut-être.

Pour vous, c'est une construction intellectuelle, qui ne correspond pas forcément à ce que vous, vous en vivez et ce que vous en voyez ?

Non, c'est pas une construction intellectuelle, c'est quelque chose qu'est sans doute réel, mais c'est quelque chose qui est, comment dire....., comme beaucoup de choses.....mis à part certains grands cas, on se portait pas plus mal, tant qu'on avait pas le diagnostic avant. Avant, on appelait ça un stressé. Et on le traitait comment, ben comme je viens de vous dire. Donc ça change pas grand-chose, sauf le désir de mettre maintenant des étiquettes partout.

Oui, ça change pas la prise en charge, le soin.

Non, et ça va un peu à l'encontre de la psychiatrie que j'avais appris moi, il y a 20 ans, où on ne mettait plus d'étiquettes, c'était cette mode là. Plus d'étiquette égal moins de stress. Sauf que 0 étiquette égal 0 traitement égal 0 guérison, quoi. C'était ça à l'époque, sauf que maintenant, faut mettre des étiquettes sur plein de choses.

Pour mieux traiter ?

Ben oui, mais on traite pas pour autant. C'est juste les époques qui changent.

Et vous, le TOC, vous avez appris ça pendant vos études, à la fac ?

Nan. Ca fait 25 ans que je suis là. Le TOC il est arrivé il y a 10 ans.

Donc quand vous avez commencé, ça s'appelait pas comme ça ?

Mais je sais même pas si ça s'appelait quelque chose. Je suis pas sûr qu'il y a avait un mot à l'époque. Que les gens aient des gestes réassurants, des choses répétitives pour se réassurer, ça existait. Mais je me rappelle pas avoir appris ce terme de TOC. Ou j'avais oublié et puis il a été ressorti par les médias.

Oui, c'est vrai, y'a les médias qui en parlent aussi ?

Oui, de plus en plus, les gens, ils arrivent. Ils sont allés voir sur internet ce qu'ils ont.

Alors, ils vous disent, j'ai un TOC ?

Oui, pour ça, mais pour d'autres choses aussi.

Souvent, oui, en psychiatrie, c'est très médiatisé, quoi.

Ouais.

Donc pour vous, y'a pas de difficulté à mettre ça en évidence dans votre patientèle ?

5-10

C'est pas que y'a pas de difficulté à mettre ça en évidence, c'est que si les gens en parlent et qu'on a choisi de le banaliser parce que c'était pas méchant, quitte à changer d'avis, au bout d'1 mois ou moins parce que c'était un mauvais choix. Après, diagnostiquer ou pas diagnostiquer, on s'en fout, c'est un symptôme, je suis stressé, je passe mon temps à vérifier, j'ai peur de ceci et cela. Après, on en discute rapidement, si ça ne marche pas, on envoie chez le psychiatre.

Donc, le rôle que vous avez est important, mais rapidement le psychiatre ?

Pour les gros trucs, mais ça correspond à très très peu, chez moi, ou alors, je sous-diagnostique, c'est possible, hein.

Ben, en même temps, ils ont l'air de vous en parler.

Je pense pas être quelqu'un qui fait peur aux gens, ou qui les empêche de parler. Donc s'ils ont envie d'en parler, ils en parlent. Non, je parle pas mal, donc je ne pense pas que les gens aient des choses qu'ils n'osent pas me dire. Y'en a sans doute qui n'en parlent pas, parce qu'ils se disent que leur médecin ne pourra rien faire, de toute façon. Je pense que eux sous diagnostiquent aussi. J'en laisse peut-être passer, mais malgré tout, je ne me souviens pas du dernier que j'ai pu envoyer à un psychiatre.

Donc, on a parlé des anxiolytiques et des antidépresseurs aussi un petit peu, je crois ? Pour vous, y'a d'autres traitements aussi ?

5-11

Nan

Et vous ressentez des freins à la prise en charge d'un symptôme anxieux comme celui-là ? C'est des patients qui sont difficiles à gérer ?

Ben, l'anxiété, c'est toujours difficile à gérer parce que si déjà ils arrivaient à le gérer tout seul, ils ne viendraient pas nous voir, et d'une. Y'en a beaucoup et la majorité qui viennent pour autre chose, qui sont anxieux et qui s'en rendent pas compte, des gens qui nient leur anxiété, des gens qui ne veulent pas se traiter. Ben voilà, c'est large. Et puis tous ceux qui ne veulent pas prendre de médicament et à qui on peut pas jeter la pierre.

Oui, parce que c'est pas forcément efficace ?

Non, mais parce que je trouve pas que ce soit une très bonne solution de les gaver de médicaments. On est déjà le pays au monde qui en consomme le plus donc c'est pas la peine d'en rajouter.

Oui, plutôt que de donner des médicaments, il vaut mieux dédramatiser les choses et en reparler.... ?

Dédramatiser, analyser, en parler, et voir ce qu'on peut faire sans médicaliser, hein !

Et les autres façons du coup, c'est ?

5-12

C'est de la discussion de tous les jours, de la psychothérapie. Ben, la psychothérapie, c'est quand vous passez 20 minutes dans un bureau à discuter avec les gens de leurs problèmes. C'est de la psychothérapie, de chez moi, et sans avoir l'impression de médicaliser. Après, c'est d'aller faire du sport, de la musique, de comprendre certaines choses, de lire certains bouquins.

Là-dessus ?

Non, sur plein de choses en général.

Pour essayer de prendre du recul ?

Nan, enfin si, mais pour se changer les idées. Aller voir un film, lire un bouquin, faire de la musique et du sport...n'importe quoi. Nan, je parlais de lire certains bouquins sur l'anxiété, sur les relations avec la famille, les enfants, le conjoint.

Oui, parce que ça peut venir de là, les symptômes anxieux ?

5-13

Oui, moi, je vais pas traiter un petit TOC, le canaliser, voilà.

Donc, vous conseillez, en fonction de ce que vous voyez en consultation ?

Oui, très large.

« Ben, oui, ce serait peut-être bien de lire certaines choses, là-dessus. Vous semblez en difficulté avec votre famille... »

Oui

C'est comme ça, que vous appréhendez les choses, de manière très globale ?

Ouais

Donc vous, vous ressentez pas de besoins de formation là-dessus ? C'est pas quelque chose qui vous semble... ?

5-14

Nan, soit c'est un gros cas, c'est pour le psychiatre, il se débrouille avec. C'est toujours intéressant de savoir ce qu'ils en pensent. S'il y a une réunion là-dessus, pourquoi pas, ça peut être intéressant. Mais je suis pas en manque d'information là-dessus.

D'accord, oui, les médias et puis y'a plein de choses qu'on peut lire, hein...

Pas en manque d'information ressentie, peut-être que je suis complètement à côté de la plaque et que je devrais m'informer plus, mais pour l'instant, nan, j'en ressens pas le besoin.

Ok, on a abordé pas mal de choses, mais y'a peut-être des choses que vous souhaitez ajouter ?

5-15

Oui, qu'on en a tous. On est tous des névrosés. C'est une souffrance, donc d'après ce que j'ai appris, ça s'appelle une névrose. Maintenant à un petit degré, on s'en fout, faut faire avec. Quand je dis, on l'est tous. C'est une façon de parler, c'est histoire de provoquer un peu, je veux dire y'en a beaucoup, mais par définition, les gens qui sont en forme, je les vois pas ici.

(discussion)

Vous, vous me dites qu'ils vous en parlent ?

J'en ai qu'en parlent, mais est-ce que 100% des patients qui ont des TOC en parlent, ça, je sais pas.

...

Ca peut rejoindre les phobies, mais les phobies sociales, j'en ai bien plus que les TOC. Les phobies, j'en vois régulièrement et de plus en plus depuis plus de 20 ans, et très invalidantes.

...

5-16

Le TOC sera pas le plus gênant, ce sera pas ça qui sera la facette qui sera visible. L'anxiété va être difficile à traiter, voire une dépression. Parce que des gens qui ont que des TOC et qui sont bien épanouis par ailleurs, je crois pas que j'en n'ai. Ou alors, ils ont des petits TOC et on essaie de les banaliser.

Mais y'a un intérêt à prendre en charge seulement quand c'est invalidant ?

Quand c'est invalidant, c'est des anxiolytiques et quand ça marche pas, on envoie chez le psychiatre. Enfin, moi, c'est ce que je fais.

Remerciements

ENTRETIEN 6 (le 23/10/2013)

6-1

Je vais vous parler d'une première expérience de TOC. C'est une jeune dame qu'est venue à mon cabinet et qui s'est amenée avec une pigmentation différente des mains par rapport au reste de ses avant-bras, c'est à dire une dépigmentation qu'était là et qui s'arrêtait au niveau des poignets, qui correspondait au fait qu'elle se trempait les mains dans de l'eau javellisée régulièrement pour éviter d'attraper des microbes soi-disant et ayant à gérer ses problèmes compulsifs et la peur de se retrouver munie de ces germes.

Voilà, ceci étant dans une problématique familiale. Voilà où il y avait un père qu'était un peu déloyal et qui menait une double, triple, quadruple vie avec plusieurs maîtresses.

Elle avait quel âge cette personne ?

Elle avait 25 ans.

Et ça a commencé chez elle à partir de ?

A partir de l'adolescence. Ca s'est empiré au fur et à mesure, jusqu'au moment où les troubles se sont atténués un petit peu, dès qu'elle a réussi à prendre un petit peu son envol, et à mener une vie de couple. Mais après, la vie de couple étant arrivée à un échec à un moment donné, eh bien, elle s'est retrouvée à nouveau dans cette attitude de TOC avec ces attitudes de lavage répétitif. Voilà, donc ça c'est une première chose.

6-2

Et puis après, y'a ceux que l'on voit vérifier avant de sortir de son cabinet, qui vérifient 3 ou 6 fois s'ils n'ont rien oublié (rigole) sur leur table. Et pour lesquels il faut qu'ils gèrent un petit peu, bon, c'est surtout...

6-3

Le TOC, je les vois comme des réponses que les personnes ont trouvées à leur problématique au niveau de la gestion de leur anxiété.

D'accord, c'est comme ça que vous les voyez ?

C'est comme ça que je le vois.

Et ces 2 personnes là, c'est quelque chose de chronique chez elles ? Avec des périodes en fonction des événements de leur vie, quoi ?

6-4

Voilà, qui font que en fin de compte, les choses vont aller en s'aggravant ou être plus présentes. Mais quand ils arrivent à verbaliser, c'est un petit peu mieux, quand même.

Ca les soulage ?

Ouais.

Et du coup, comment vous avez réussi à mettre en place quelque chose avec eux ? Ca a été mieux parce qu'ils en ont parlé, ou y'a eu aussi des traitements ?

6-5

Il y a eu la mise en place de traitements, il y a eu la mise en place d'un étayage spécialisé avec des psychiatres. Il y a eu aussi la mise en place de changement d'environnement. C'est ça qui est le plus important. Les médicaments, c'est bien, mais si vous ne changez pas le système dans lequel nous vivons, ça va pas marcher. Ca continue à persévérer.

Et donc ça, c'est avec vous qu'ils ont réussi à changer certaines choses ? Et avec le psychiatre ?

6-6

Oui et avec le psychiatre, bien sûr. Moi je suis pas le dieu de la psychiatrie et je suis pas là pour prendre en charge les TOC. Ce qui est le plus important, c'est de leur faire prendre conscience justement. C'est quand ils arrivent à prendre conscience que ceci est une réponse à un problème, qu'il est important qu'il puisse répondre à cela.

D'un point de vue général, quand je les suis, je mets en place surtout, une prise en charge où c'est eux qui sont les acteurs et où on ne leur impose pas les choses. Qu'on essaie de les éclairer dans leur choix de décision. C'est comme ça que je vois les choses.

D'accord, donc une discussion pour qu'ils comprennent mieux leur pathologie, leurs symptômes, enfin...D'ailleurs, pour vous, c'est plutôt un symptôme, une pathologie ?

6-7

Pour moi, c'est une pathologie qui est dans une problématique.

Qui dépasse ça, quoi ?

Tout à fait.

Donc c'est vraiment lié aux évènements de la vie que vous voyez, en tous cas, pour cette personne. Et pour les personnes qui vérifient, est-ce que vous en parlez avec elles, en fin de consultation, pas forcément ?

6-8

Dans ce type de personnes qui vérifient, je leur dis tout simplement : « Je vous vois souvent vérifier vos affaires, est-ce que vous avez des raisons particulières ? » ou « Vous avez des doutes sur votre personnalité ? » ou « Est-ce que vous avez peur de certaines choses dans la vie qui font que vous n'êtes pas sûr de vous, vous manquez de confiance en vous ? » Voilà ce que j'essaie de leur poser comme questions.

Et du coup, ils répondent à ça ? Est-ce qu'ils essaient de cacher un peu le fait qu'ils vérifient ?

6-9

Ca commence pas à la première consultation. Je vais leur dire, « Réfléchissez à ce que je vous dis, on peut en parler quand vous le souhaitez ». Il faut qu'il y ait un climat de confiance, c'est toujours pareil.

C'est intéressant. Vous laissez une porte ouverte et vous voyez ce qui se passe, quoi ?

6-10

Oui, tout à fait. On voit aussi les choses. Parfois, vous savez, vous pouvez dire certaines choses à certaines personnes, et ces personnes ne reviennent plus. Parce que tout simplement, elles se sentent désarçonnées, « Ca y est, j'ai été découvert ».

Oui, ça vous est arrivé avec ces patients-là ?

Pas avec ces patients-là. Enfin, si, y'a une patiente que je ne revois plus. La première patiente dont je vous parle, qui habite toujours Vertou. Parce que tout simplement, je lui avais dit « Tant que vous serez à servir de tampon entre votre père et votre mère et essayer de faire en sorte que ça se passe bien entre eux, alors que ça ne peut pas bien se passer, je pense que vous continuerez à avoir des soucis ».

D'accord, donc, ça l'a un peu gênée, ou... ?

Ca l'a gênée et puis après je l'ai croisée 2-3 fois dans des commerces et elle me dit « Ah tiens, à propos Docteur... »

Ah oui, elle vous parle en dehors du cabinet, quoi...

Voilà. Mais comme elle est toujours chez ses parents, elle a toujours ses problèmes de dépigmentation.

Bon, et vous pensez qu'il pourrait y avoir d'autres présentations cliniques qui pourraient entrer dans le cadre du TOC, hormis les patients dont on vient de parler ?

Alors, qu'est-ce qui pourrait y avoir d'autre ? (rigole)

C'est une question de colle, vous n'êtes pas obligé de répondre (rigole). Après, c'est souvent intriqué avec d'autres pathologies, j'imagine ?

.....

6-11

Des patients qui vont vérifier 50 fois si c'est fermé, si la porte d'entrée est fermée, quand ils vont se coucher. J'ai un jeune homme de 92 ans que j'ai récupéré depuis 2 ans, qu'est arrivé dans une maison de retraite, qu'est dans une situation où il faut qu'il écrive tout. Il faut qu'il demande « Quel est votre nom ? » et qu'il fasse des commentaires par écrit réguliers sur les gens qu'il a croisés. Alors il me dit « Ben, vous voyez, celui-là, il vient en maison de retraite, mais je me demande ce qu'il fait. Regardez ce qu'on m'a donné à manger aujourd'hui. » Et en fin de compte, cette attitude-là, lui permet de verbaliser des choses, parce que c'est un homme qui est totalement insatisfait de la vie, de la situation dans laquelle il est. C'est à dire que c'est

un homme qui a été déraciné, qu'est de la région toulousaine, qu'est dans un établissement, où en fin de compte, les enfants se sont servis de ce déracinement pour s'accaparer le bien qu'il avait sur Toulouse. Et donc, il a passé un certain nombre de...où, avec son accord quand même, où ils ont fait de la sorte qu'il n'ait pas son mot à dire sur la vente de ses biens. Et après, ils ont fait de telle sorte que, concernant ce bien là, il ait accepté de répartir les biens qu'il pouvait avoir. Et surtout maintenant, il continue à avoir cette même attitude obsessionnelle et compulsive toujours marquée. « Bon, alors, combien vous m'avez dit de tension, combien vous m'avez dit pour mon taux d'INR ? C'est quoi, là déjà, qu'est-ce que vous m'avez dit sur ma prise de sang ? »

Il a des troubles de la mémoire ?

Il a peur ! Il a peur d'oublier ! Il me dit « Moi ce que je vois dans cet établissement, c'est que quand on devient avec des troubles de la mémoire. Ben, on peut faire ce qu'on veut de vous. On peut vous faire manger même de la merde » (rigolent) « Et pourtant, dans les maisons de retraite, vous imaginez Docteur, si ça coûte 5 euros ce qu'on me donne à manger, tous les jours. Vous comprenez, imaginez ce qu'ils se mettent dans la poche, les propriétaires de la maison de retraite ». Il est en train de me parler, toujours, de son insatisfaction et de sa colère d'être mis dans une maison de retraite. « Vous imaginez, j'étais dans ma maison, avec mon épouse. Y'avait toutes les aides que je voulais et je pouvais faire ce que je voulais. Là, il faut que je fasse...Je suis coincé, il faut que je me limite au règlement de la maison de retraite ». Et donc, tout ceci, ça lui permet d'ACCEPTER ce qui lui paraissait inacceptable. Et donc, il est toujours en train de faire ça et le directeur de la maison de retraite, je lui ai dit « Vous avez un responsable qualité là à telle chambre, il doit pouvoir vous dire ce qui ne va pas certains jours. Il pourra vous expliquer les choses. » (rigolent)

Ah oui, donc ces obsessions, ces compulsions. D'ailleurs, obsessions ou compulsions, on sait pas trop ?

C'est obsessionnel, parce qu'il ne peut pas se retenir. Pourquoi compulsion, parce que quand il se retrouve dans un propos, il est en train de vous parler « Il me faut... »

C'est plus fort que lui, quoi. Ca lui permet de soulager une angoisse...

6-12

Voilà. Pour vous montrer que c'est quelqu'un d'anxieux, il a une pollakiurie où il se met à uriner, à peu près toutes les demi-heures, me dit-il, mais en tous cas, parfois, nous avons des entretiens d'une demi-heure et il va pas y aller, comme par hasard !

Ca c'est quelque chose de fréquent la pollakiurie. On pourrait se demander si c'est pas en lien avec des obsessions...

Non, avec des troubles anxieux.

Des troubles anxieux de manière générale ?

Oui, des troubles anxieux.

Donc du coup, ça peut survenir à tout âge. 92 ans, 25 ans...

6-13

Voilà, pour moi, c'est un mode de défense anxieux, par rapport à des événements, des contraintes et des événements de la vie au quotidien. Voilà comment je vois les choses.

D'accord. Donc c'est une réponse à une angoisse. Est-ce qu'il y a d'autres explications à ce trouble ? Est-ce qu'il y aurait des causes plus intrinsèques ?

.....Est-ce qu'il y a des causes plus extrinsèques, qu'intrinsèques, vous me dites ?

Oui, enfin, je veux dire, tout le monde ne se défend pas comme ça.

6-14

Ben, après, y'a des attitudes addictives. Vous avez des TOC où vous avez des compulsions au niveau des troubles du comportement alimentaires. Pour moi, tout ceci est un petit peu. Par rapport aux conduites addictives, vous avez, l'anorexie, la boulimie, l'alcoolisme, le tabagisme, la toxicomanie. Tout ceci, sont des mécanismes où vous avez une porte d'entrée, qui commence à...On pourrait se demander si l'utilisation des jeux vidéo de façon compulsive et obsessionnelle, ne rentre pas aussi dans la mise en place d'une pathologie addictive.

D'accord, donc y'a quelque chose d'addictif dans ces comportements-là ?

6-15

Oui, bien sûr, puisque si c'est répétitif, c'est parce que tout simplement y'a quand même une manière de rechercher quelque chose d'apaisant.

Ok, et ça marche ? Vous avez l'impression qu'ils sont apaisés en faisant ça ?

Au moins, ça entraîne une hyperactivité qui fait que le ressenti qu'ils ont, est moins douloureux.

D'accord, et du coup, vous pensez que c'est fréquent ? Enfin, comment vous évalueriez la fréquence ?

6-16

Ca dépend du contexte et ça dépend de la façon dont les gens...le contexte dans lequel les gens vivent. C'est-à-dire si vous avez un contexte apaisant. Vous avez les personnes, le contexte dans lequel ils vivent est un milieu apaisant, vous aurez une fréquence qu'est moins importante, les personnes n'auront pas un comportement avec des TOC. Je pense que c'est quand y'a un seuil de tolérance personnelle qu'est individuel à chacun d'entre nous, qui fait qu'en fin de compte, on arrive à un seuil où, les personnes essayent de trouver une solution à leur anxiété, leurs angoisses, où il essaient, de par ce mode-là, de trouver une solution à tout ça.

Donc, ça peut être fréquent, comme ça peut... ?

6-17

Dans notre société, je pense que ça va aller de mal en pis. Je pense que ça va aller de mal en pis, puisque qu'il faut aller toujours plus vite, il faut toujours être plus performant et il faut se retrouver à être presque aussi vite que la machine. On comprend pas, avec les outils que nous avons, que nous ne faisons pas plus de travail, et que nous ne soyons pas aussi performants.

Ok. Et vous pensez que les patients qu'on ce trouble-là, c'est une maladie grave, ou ils peuvent vivre avec ? C'est gérable ?

6-18

Ca dépend ! Ca dépend quelle est la place que ça prend dans leur vie. Ca dépend quelle est la cause de ce trouble. Et si on peut les extraire de cette cause, tout va bien. Si on n'arrive pas à les extraire, si c'est quelque chose qui est ancré en eux parce qu'ils ont eu des traumatismes, dans leur enfance, dans leur vie de tous les jours, à certains événements dans leur vie. Et qu'un travail de fond n'a pas été fait pour extraire justement ces traumatismes-là, eh bien...Ce sont des troubles qu'il ne faut pas banaliser.

Oui, faut pas les banaliser, faut les prendre en charge ?

6-19

Voilà. Et c'est un signal d'appel et bien entendu il faut les prendre en charge. Pour moi, ça rentre dans une maladie, dans une entité de névrose, de névrose anxieuse et de gestion de cette névrose anxieuse. Voilà comment je vois les choses.

Et la prise en charge, justement ? On en a parlé un petit peu avec cette personne. Donc, c'est le suivi par le psychiatre ? Par le médecin traitant ?

6-20

Oui...Parce qu'il faut gérer les crises. Quand ça va pas. L'intérêt du médecin généraliste, c'est qu'il connaît plus le contexte familial, mais pas la totalité et en fin de compte, il y a des patients qui ne nous disent pas tout. Ils ont besoin d'un confident qui ne sera pas le médecin généraliste puisqu'ils ont toujours peur d'être jugés. Par ce qu'ils pourront dire !

Donc le psychiatre a un rôle important, en parallèle avec le médecin traitant ?

6-21

Bien sûr, bien sûr. C'est plus qu'important, primordial.

Et pour vous, c'est un traitement spécifique, ou y'a un suivi par un psychiatre et puis après il adapte en fonction de la personne ? Ou là-dessus, y'a des choses qui marchent mieux ?

6-22

Ben....Comment voulez-vous vous faire entendre de quelqu'un, s'il est pris dans une problématique où il passe tout son temps à se laver les mains, à vérifier certaines choses, ou à

passer son temps devant un écran d'ordinateur ou de jeux vidéo... Comment voulez-vous ? Faut d'abord arriver à apaiser !

Comment, du coup ?

Comment, c'est très bien (rigole). Vous pouvez utiliser des médicaments qui sont dits spécialisés dans les TOC. Vous pouvez utiliser justement des médicaments qui sont spécialisés dans les troubles anxieux et qui peuvent permettre justement d'agir sur ce terrain anxieux. Et après, on voit un petit peu comment les choses se passent.

D'accord. Et ces traitements spécifiques, c'est les anxiolytiques ?

6-23

Les anxiolytiques, ce n'est qu'une réponse à un symptôme ! Vous entraînez une dépendance par rapport à cela.

Plutôt des antipsychotiques ?

6-24

Des antipsychotiques ?

Nan, vous, vous ne prescrivez pas de traitements là-dessus.

Nan.

C'est le psychiatre ?

Bien sûr.

Et vous avez des contacts avec les psychiatres, pour savoir comment est-ce qu'ils prennent en charge ? Est-ce que vous vous téléphonez, est-ce qu'il y a des courriers ?

6-25

Un courrier ponctuel, et c'est tout. Voilà, comment c'est le résultat.

Donc ils disent « J'ai vu Mr pour un TOC... »

Voilà, « Je commence sa prise en charge »

Sans détailler forcément comment

Voilà, et après c'est le patient qui nous dit « J'ai pris tel traitement ».

En général, ils ont eu quoi ?

Vous me posez des colles ! (rigolent) J'essaie de me le remémorer, mais j'y arrive pas.

Nan, mais c'est pas grave. C'était pas voulu !

6-26

Moins je prescris, mieux je me porte.

Oui, vous confiez au psychiatre et puis c'est lui qui juge de l'utilité ou pas...

De l'intérêt.

D'accord. Et est-ce que vous avez déjà ressenti des freins au dépistage de cette pathologie, dans votre pratique ? Est-ce que pour vous, c'est difficile à appréhender ? Ou non. Là, on a dit, vous ouvrez une porte et puis ils vous en reparlent, c'est très intéressant. Mais, il ne vous est jamais arrivé, d'être en difficulté, de pas savoir trop quoi dire devant des comportements, comme ça ?

6-27

Beh, surtout, on vous présente des troubles. Mais on ne vous parle pas de tout ce qui se passe tout autour. On vous dit « Mon enfant ou ma fille adolescente présente des douleurs, des troubles du sommeil, des douleurs abdominales... » Et en fin de compte, on s'aperçoit que quand on creuse un petit peu, ils ont ces symptômes qui sont présents dans leur vie de tous les jours. Et en fin de compte, ces symptômes ils sont ignorés, ou ils sont...négligés ! Ignorés ou négligés par les proches.

Et c'est à nous de creuser et de voir ce qui se passe, quoi ?

Oui, oui.

Donc on a un rôle de dépistage finalement ?

Bien entendu. Bien entendu. Faut interpeler parfois.

Ca peut être sur des points d'appel clinique comme ça, très vastes ? Et à tout âge, quoi ?

Oui, bien sûr, tout à fait.

Il vous est par exemple arrivé de voir un jeune pour des troubles du sommeil et de vous rendre compte qu'il y avait un TOC ?

Ouais, ça peut arriver.

En revoyant la personne toute seule, ou avec ses proches ?

6-28

Oui, en venant avec les proches. Parfois, les adolescents, ils sont accompagnés, parfois, ils sont pas accompagnés. Et après, voir un petit peu ce qu'on peut faire...Souvent quand ils sont accompagnés de leurs parents, je leur laisse le choix. « J'aimerais parler avec toi de certaines choses, est-ce que tu penses qu'on peut en parler en présence de tes parents, ou est-ce qu'on peut en parler seul à seul ? J'ai l'impression qu'y a des choses qu'on pourrait se dire et...qu'on pourrait évoquer dans un contexte où tes parents ne sont pas là ? Est-ce que tu penses qu'on pourrait en parler ou pas ? » Ca peut arriver.

D'accord. Et le rôle du médecin généraliste, de dépistage et de suivi en parallèle avec le psychiatre, hein ?

6-29

Oui. Suivi, bon, s'assurer qu'il va mieux, voilà ! Vous savez, y'a des symptômes chez l'ado, où, quand ils se cassent de partout, qu'ils ont un mauvais suivi scolaire. C'est dissimulateur de mal-être, on comprend un petit peu ce qui ne va pas. C'est là-dessus...

Qu'il faut être attentif, quoi ?

Voilà

D'accord. Vous pensez que les patients qui ont un TOC, ils sont diagnostiqués de façon optimale ?

6-30

Nan. Ils cachent bien leur jeu !

Et pourquoi ?

6-31

Eh bien, parce que maintenant, nous sommes dans une prise en charge, où le patient vient pour un symptôme. Mes confrères sont devenus des « bobologues », puisque qu'on leur fait faire des actes à 23 euros (rigolent)

Oui, donc y'a ce frein-là, cette difficulté...

La difficulté de lever un lièvre, parce que tout simplement, d'abord, il faut y avoir du temps pour mettre en confiance quelqu'un qui a des TOC, qui puisse les évoquer. Comment voulez-vous les mettre en confiance dans un stress d'une consultation qui va durer 10 minutes !

Et puis, une mise en confiance au fur et à mesure aussi...Donc, pour vous, ils sont pas diagnostiqués comme il faudrait ?

De mon point de vue, de cet exercice qui est en train de dévier, je pense qu'il va y avoir une difficulté de diagnostic, je pense.

Et du coup, c'était mieux diagnostiqué avant ?

6-32

Je ne sais pas. Ca dépend du mode d'exercice de chacun d'entre nous. Ca dépend plutôt du médecin !

Soit le médecin est à l'écoute de son patient et essaie de comprendre un petit peu ce qui se passe, savoir si le symptôme qu'il a est un symptôme simplement organique ou si c'est pas un symptôme psychosomatique qui est une porte d'entrée, qui est la porte d'entrée de certains troubles de psychologie. C'est ça qu'est important.

D'accord. Donc ça dépend du médecin. Ca dépend d'autres choses ?

6-33

Ca dépend de l'état d'esprit dans lequel le patient vient en consultation, dans lequel il est. S'il se dit « Je suis là, il a l'air d'être sympa, il a l'air d'être dans l'écoute, d'être dans l'empathie. » Ben ça marche bien ! Ca marchera mieux que si vous êtes comme un mur et que vous dites « Bon, qu'est-ce qui vous amène ? Bon, c'est pour ça ? Autre chose, nan ? Nan, bon allez, on y va ! » (rigolent)



« Bon, j'ai du retard, là ! » Ok. Et pour vous, les traitements pour faire baisser la tension nerveuse, le suivi par le médecin traitant et le psychiatre, tout ça, c'est efficace ?

6-34

Moi, je vous ai dit. Ce qui est important, c'est la prise en charge systémique ! Si on ne fait pas une prise en charge systémique, ça ne marchera pas. Pour moi, c'est là-dessus que ça va marcher, c'est à dire que si vous mettez en avant le dysfonctionnement du système dans lequel est le patient, si vous arrivez à faire bouger les lignes, les choses iront mieux. C'est ça qui me semble important.

Je vous fais un peu répéter, désolée

Nan, nan, je n'entends pas, je n'entends pas. Vous me faites pas répéter, vous me faites préciser certains points.

Oui oui, la prise en charge systémique est efficace sur l'évolution du trouble. Ca permet de diminuer la tension nerveuse et les symptômes.

Si vous arrivez à changer les lignes.

Le contexte !

Le contexte, c'est ça, arriver à faire changer les lignes. Ca créera à un moment donné un déséquilibre et des tensions, mais si c'est pour du mieux... !

D'accord. Et pour vous, le patient vit avec ça longtemps, en fait, voire toute sa vie ?

6-35

Ca peut arriver, bien sûr.

Si on n'arrive pas à décortiquer les choses, justement.

Bien sûr.

Mais ça peut aussi durer un certain temps, et puis, quand on change d'environnement...D'accord.

Sauf, si vous avez un contexte de stress qui réapparaît et que vous avez donc une anxiété qui se majore pour des raisons autres et vous pouvez avoir ces troubles-là qui réapparaissent.

D'accord.

Vous pouvez avoir une récurrence de ces troubles, qui deviennent plus importants, qui ont disparu, ou peut-être pas.

6-36

Quand est-ce qu'on va pouvoir parler de la guérison des TOC ? Hein ?

Quand est-ce que ça passe du pathologique au non pathologique ?

Voilà (rigolent).

Parce que finalement, ils peuvent aussi avoir des compulsions sans ce que ce soit gênant, c'est ça ?

Ouais, est-ce que le fait de jouer avec notre stylo pendant cet entretien, c'est un TOC ? (rigolent)

Ah, vous m'avez découverte !!...Je vais arrêter du coup !!

Est-ce que le fait de voir quelqu'un qui est en train de vous parler et qui se gratte le nez 50 000 fois... est-ce que c'est pas un TOC ?

Donc, ça peut être ancré dans le quotidien, sans que ça gêne, c'est ça que vous voulez dire ?

Oui, tout à fait.

Donc là, on passe du normal au pathologique quand ça gêne le patient en fait ?

Quand ça gêne le patient ou l'entourage !

Ou l'entourage ? Et/ou l'entourage ? Ca peut aussi gêner l'entourage sans gêner le patient, c'est ça que vous voulez dire ?

Absolument

Parce que le patient il en souffre pas forcément, quoi ?

6-37

Parfois, il en souffre, si ça le gêne, à s'intégrer dans une société. Si c'est un problème qui ne le gêne pas dans l'intégration de la société, pour mener une vie normale, entre guillemets, il sera moins gêné, il sera moins en souffrance. C'est quand vous avez un trouble de TOC qui

prend des proportions importantes, ou vous pouvez avoir un défaut d'adaptation dans votre vie de tous les jours, ou que les gens dans votre vie de tous les jours, vous renvoient cela, que ça vous fragilise et que cela vous met dans une situation de souffrance.

D'accord. Donc y'a aussi le regard de l'autre qui vient aussi majorer un malaise, quoi ?

Le malaise. Et le mal vécu des troubles.

Est-ce que vous ressentez des difficultés à la prise en charge de ces patients-là ?

Bien sûr.

Venant du patient ? Avec le psychiatre ? On a parlé du psychiatre, est-ce qu'il y a d'autres intervenants ?

6-38

Ben, vous pouvez avoir une prise en charge multidisciplinaire. Avec des psychologues, des infirmiers psychiatriques, qui font des visites à domicile, voir un peu comment ça se passe dans la vie de tous les jours, avec des ateliers de renforcement de la personnalité, de travail sur l'image de soi, qui peuvent être très importants.

Le travail de l'image de soi ?

C'est à dire, reprendre confiance en soi.

Et comment vous imaginez ça, la manière dont ils procèdent ? Vous en avez déjà vu ?

Le travail sur l'image de soi ? Est-ce que vous vous plaisez, est-ce que votre image vous plaît ?

Donc c'est un peu de la psychothérapie ? Ou du dialogue ?

Non, c'est une prise en charge psychothérapique.

D'accord. Et aussi le travail avec les psychologues et les psychothérapeutes ?

Oui

Et dans cette prise en charge multidisciplinaire, vous n'avez pas de souci pour orienter les patients, ça se passe bien pour qu'ils soient pris en charge ?

Est-ce qu'il y a des structures spécialisées dans la prise en charge des TOC ? Y'en n'a pas. Vous avez des prises en charge qui se font pour les patients par les psychiatres de ville, les psychiatres institutionnels et bien entendu en fonction de ça, les choses se mettent en place.

Et tout ça, tout ce que vous saviez au départ du TOC, vous avez appris ça à la fac, pendant vos études ou c'est après ?

6-39

Ah non, surtout pas.

Vous avez fait un stage en psychiatrie ?

Nan, pas du tout

Donc c'est après quoi ?

C'est une approche personnelle

C'est par le biais de formation continue justement ?

Oui, tout à fait

Par des réunions avec des psychiatres, des psychologues, un dialogue avec d'autres professionnels de santé ?

FMC, qui permet de faire le point sur la prise en charge des syndromes anxieux.

Ok, qui sont animés plutôt par des MG ?

Au niveau experts, expert spécialiste et expert généraliste si y'a besoin

Ouais, d'accord. Et par des lectures aussi ?

.....Faut avoir le temps. En 2008, j'ai rencontré quelqu'un de très important dans ma vie, 2 personnes très importantes : 1 MG et 1 psychiatre qui ont été des médecins qui m'ont fait prendre conscience qu'en médecine générale, on peut prendre en charge, on peut faire le dépistage de certaines maladies mentales qui peuvent nous échapper ou pour lesquelles on peut penser que de toute façon, « Ca, c'est psy, y'a pas besoin de le prendre en charge ». Alors qu'en fin de compte, si vous avez une certaine formation, un certain étayage, vous pouvez vous retrouver dans une situation où vous pouvez gérer des situations qui vous permettent d'aider vos patients et d'apporter le fameux plat chaud jusqu'à être pris en charge par un psychiatre ou par des structures spécialisées.

Ca, ça vous a beaucoup marqué dans votre structure, dans votre carrière ?

Oui, tout à fait, c'est fait de rencontres !

Les personnes que j'ai rencontrées, c'est un médecin généraliste et puis un psychiatre toulousain, qui est spécialisé dans la prise en charge systémique et qui a fait 3 ouvrages magnifiques qui s'appellent « Du chantier naval au grand large », « De la loi du plus juste à la loi du plus fort » et enfin, « De l'éphémère au père vivant », des « Editions Réciproques ».

On n'a pas trop parlé de la définition du TOC.

Ce sont des troubles qui entraînent des comportements répétitifs et compulsifs, c'est à dire pour lesquels le patient ne peut pas se retenir de faire ce geste obsessionnel.

Pour vous, ça vient d'où, cette définition ?

6-40

Ben, c'est une définition de la DSM, c'est maintenant la V.

Et vous en pensez quoi de cette définition ?

Ca permet de faire des diagnostics, de cadrer certaines pathologies. Ce sont des entités nosologiques. Mais en fin de compte, ces entités, est-ce que nous ne sommes pas dans notre personnalité, avec différents versants, c'est ce qui fait toute notre personnalité

Mais ça permet de délimiter certaines choses ?

Ca permet de mettre en place certaines prises en charge, de déterminer quel type de molécule, soi-disant, il faut mettre en place et où vous savez que ces fameuses molécules qui agissent sur les neuromédiateurs, sont tellement efficaces...

6-41

...que par rapport à une prise en charge environnementale et par rapport au ressenti du patient, vous avez un rapport de 1 pour 10. Et c'est pour ça qu'en fin de compte, je suis convaincu que le contexte, c'est que la prise en charge systémique a quelque chose de beaucoup plus important dans la prise en charge, même des TOC. Mais il faut d'abord arriver à se faire entendre et qu'il ne soit pas enfermé dans ce trouble même dans la prise en charge. C'est là-dessus que les médicaments peuvent nous aider.

Et vous auriez des besoins de dialogue avec d'autres professionnels de santé là-dessus ?

Si vous voulez, c'est toujours facile. Vous savez dans notre médecine : un symptôme, un médicament ! Vous savez c'est facile. Faut simplement mettre en avant qu'il n'y a pas besoin forcément de mettre un médicament sur un symptôme.

6-42

C'est là-dessus qu'il faudrait délivrer la parole.

Sur le dialogue entre professionnels de santé ?

Bien sûr. Faudrait se mettre un peu tous au diapason. Parce qu'en fin de compte, ce qui intéresse le plus mes confrères, c'est la prescription. Puisque c'est le pouvoir de prescription. Et ils ne se rendent pas compte que parfois il n'y a pas besoin de prescrire pour avoir besoin de prendre en charge. C'est là-dessus que je pense qu'on pourrait faire beaucoup de progrès dans notre métier.

Oui, et surtout les médecins généralistes ?

6-43

Et les psychiatres. Vous avez les psychiatres qui sont formés pour, et d'autres qui prescrivent rien, vous le savez bien. Y'en a qui sont de très bons prescripteurs et qui parfois nous surprennent dans les doses de médicaments qu'ils peuvent utiliser. Vous avez des gars qui prescrivent pas et y'en a qui sont des gros prescripteurs. Bon, ben, faut pas les adresser à vos patients, il faut les connaître.

Il faut connaître les gens avec qui on travaille, à qui on adresse...

Toujours, après c'est l'expérience qui fait que on adresse ses patients à tel ou tel psychiatre. On se fait baiser 1 fois mais pas 2, c'est comme ça que je vois les choses. C'est ce qui s'appelle l'expérience, le relationnel. De toute façon, il faut avoir un réseau dans le monde dans lequel nous vivons. Et quand t'as la bonne adresse, je vois pas pourquoi t'irais chercher ailleurs (rigole).

6-44

Le problème, il est là. Le gros problème, c'est quand il faut avoir accès aux structures hospitalières, là, on est en grosse difficulté. Parce que on a parfois un patient qu'est en difficulté. On cherche à l'aider et quand on vous dit, délai 3 mois....délai 6 mois, dans les prises en charge psy, peut-être pas que dans les TOC. L'important, c'est de se faire connaître, d'avoir une certaine crédibilité. Par rapport aux intervenants que vous avez, quand vous leur dites, « J'ai besoin de vous », ça se passe bien. C'est la crédibilité qui est le plus important, avec tout le monde ! Si tu tires toujours la sonnette d'alarme, parce que tu veux tout régler du jour au lendemain, ça va pas aller.

Bon, tout cela est très intéressant, j'ai essayé de tout aborder. Mais peut-être que vous voulez ajouter quelque chose ?

Le médicament n'est pas la solution, ça n'est pas la prise en charge miraculeuse, contrairement à ce que certains peuvent penser. Je pourrais conclure mes propos comme ça.

(discussion)

6-45

La TCC n'est qu'une prise en charge symptomatique, contrairement à la prise en charge systémique. La prise en charge systémique, ça signifie que vous avez un élément dans votre environnement qui est la source de l'anxiété que vous êtes en train d'emmagasiner ou qui a été la cause de ce que vous avez emmagasiné. Et vous supprimez cet élément-là, si bien que vous vous protégez, c'est ça le principe.

.....

Le TOC va devenir fréquent.

Certains médecins pensent qu'ils sous-diagnostiquent le TOC car les patients ont honte et n'en parlent donc pas...

6-46

Parce qu'ils ont peur du jugement des médecins !

Alors, il faut un intervenant tiers comme on disait, un psychiatre ?

Nan, ça veut dire que dans la prise en charge de leur patientèle, ils auraient une attitude de jugement déjà. Il faut être dans l'empathie. Alors peut-être qu'ils le sont, mais ils sont peut-être dans une attitude de jugement. C'est-à-dire que quand vous avez quelqu'un qui entre dans votre cabinet, il faut pas que vous croyez que cette personne, elle fait partie de telle catégorie, d'emblée. Parce que dans ce cas-là, vous vous retrouvez dans une situation où vous êtes toujours piégé dans la prise en charge de vos patients, c'est ça qui me semble important.

Oui, mais comment faire, ça, c'est pas évident, parce qu'on peut laisser transparaître des choses dans notre comportement sans le vouloir, sans vouloir juger, ni même avoir d'a priori ?!
C'est inconscient, c'est un jugement inconscient. Ils sont dans une attitude de jugement. Peut-être que ça vient du patient aussi, il a peur qu'on ressente ça, enfin je sais pas, c'est très compliqué.

Nan, mais tout simplement, dans le relationnel qu'ils ont avec leur médecin, ils ne sont pas au même niveau. Quand vous êtes dans un relationnel avec quelqu'un, il faut que vous soyez au même niveau, d'emblée pour vous faire comprendre. Si vous êtes dans un relationnel avec quelqu'un où vous ne vous mettez pas au même niveau, vous ne pouvez pas entendre et vous ne vous pouvez pas vous faire entendre. C'est comme ça que dans une famille, vous avez des gens qui n'arrivent pas à se faire entendre et qui ont des attitudes inhabituelles parce que tout simplement, ils n'ont pas un niveau relationnel identique à N-1. Ils sont à N-1 par rapport à la personne dont ils veulent se faire entendre, ou N-2 ou N-3...

6-47

Vous avez des personnes qui en fin de compte après, dans le relationnel avec les autres, ont une attitude différente de colère ou de TOC, parce qu'ils ont l'impression de pas pouvoir se faire entendre.

6-48

Donc quand vous avez quelqu'un en consultation qui pense qu'il n'est pas au même niveau relationnel de son médecin, eh bien, à ce moment-là, il sera dans une situation où il banalisera certaines choses, parce que l'autre les banalise. Il se dit, « Il sait, si c'est bon, c'est bon ».

Oui, de toute façon, ça fait partie des règles de communication, de manière générale, et d'autant plus quand on est consultation à 2 pour parler de choses importantes pour le patient.

6-49

Oui, et pour autant, pourquoi ça n'existe pas, au quotidien ? Parce que on est préoccupés, parce qu'on n'a pas le temps, y'a des choses qui font que. Et chacun a sa personnalité.

6-50

En tous cas, je pense qu'en tant que médecin, on peut apporter de l'aide, si la personne pense qu'on peut leur apporter des conseils. Nous ne sommes pas là pour leur imposer les choses, nous sommes là pour les conseiller, c'est ça qui me semble important. Après ils en font ce qu'ils veulent, ce sont des grandes personnes, saufs'ils se mettent en danger, il est temps de dire stop.

Remerciements

ENTRETIEN 7 (le 29/10/2013)

Qu'est-ce que ça représente pour vous le TOC ?

7-1

Eh bien, ce sont des patients qui ont des compulsions, c'est quelque chose d'invalisant, de très invalisant, quand c'est vraiment un TOC. Et donc ce sont des comportements, qui se traduisent par des compulsions qu'ils n'arrivent pas à maîtriser, quoi et qui gênent leur vie de tous les jours.

D'accord, c'est comme ça que vous le définiriez. Et ça provient d'où selon vous ?

7-2

Alors, là, je peux vous dire que les TOC, la psychiatrie, c'est pas trop mon dada, donc je peux pas vous dire de quoi ça provient, sincèrement

C'est quelque chose qui survient comme ça dans la vie du patient, à un moment donné, ou ça dure ?

7-3

Ecoutez, moi, pour ceux qui sont étiquetés TOC, j'ai pas l'impression que ça régresse facilement, quand même. Alors des vrais TOC étiquetés dans ma patientèle, je pense pas en avoir des paquets. Alors quelquefois, on découvre des patients qui ont des TOC, ils n'en parlent jamais, mais c'est au travers d'autres choses, vous voyez. Alors, je pense pas en avoir des paquets, ou alors ils sont pas diagnostiqués. Alors, est-ce que c'est ? On est dans la névrose, j'imagine, donc c'est plutôt, acquis, au travers des événements de la vie, de l'éducation.

Oui, plutôt au travers des événements de la vie ?

Ouais, ouais.

Et vous disiez, ils sont pas étiquetés TOC comme ça, mais c'est au travers d'autres choses ?

Ben, je m'aperçois que parfois j'ai des patients qui ont des TOC et qui m'en ont jamais parlé, et d'ailleurs, qui ne viennent pas pour ça.

Et comment vous vous en apercevez, du coup ?

Au travers des discussions, de l'interrogatoire pour autre chose.

Et à partir de quels symptômes, quelles situations ?

C'est-à-dire que les patients qui viennent vraiment pour un TOC, y'en a pas beaucoup, ils viennent pour autre chose et dans la discussion, on s'aperçoit qu'ils ont un TOC. En revanche, je cherche si j'en vois beaucoup. J'ai pas l'impression d'en avoir beaucoup des TOC. Je sais pas quel est le pourcentage en médecine générale ?

Ben, y'a plein d'études qu'ont été faites là-dessus, y'a une estimation aux alentours de 2% en général sur la population générale. Mais après, ça dépend beaucoup des études et des milieux dans lesquels ont fait ces études aussi.

7-4

Parce que j'imagine qu'il y a des TOC qui sont plus ou moins invalidants, y'a peut-être des degrés d'intensité du TOC. Y'en a qui arrivent avec leur TOC et ils vivent avec leur TOC et ils consultent pas.

Ils consultent plutôt quand ça les gêne, vous voulez dire ?

7-5

J'ai le souvenir de quelqu'un sur le Chapelle Heulin, où vraiment, elle pouvait plus sortir. Chaque fois qu'elle sortait, elle allait voir 15 fois si elle avait bien fermé la boîte aux lettres. Après, elle fermait à clé, elle allait voir 15 fois si c'était fermé.

Mais moi je vois quand même beaucoup de monde et c'est quand même pas un motif fréquent de consultation. Au niveau des motifs de consultation, c'est beaucoup plus les troubles phobiques. Et puis les états dépressifs. Beaucoup plus que le TOC.

Et à partir de l'interrogatoire pour des phobies ou des états dépressifs, vous vous rendez compte qu'il y a des TOC ?

7-6

Nan, nan, plutôt dans des motifs de consultation organiques, au travers, je sais pas, si une maman vient avec ses enfants, mais...c'est un peu vague ce que je vous dis, parce que j'en ai pas eu là. Je crois avoir le souvenir que j'ai eu ça, je m'apercevais que la patiente avait un TOC, mais que ça avait jamais été évoqué.

Et vous vous en aperceviez au fil de la consultation, en observant ?

Ouais, en interrogeant.

Et qu'est-ce que vous aviez posé comme questions ?

Je me souviens plus, en fait.

C'était devant quelle présentation, la patiente vérifiait des choses en consultation ?

Vous voyez, c'était peut-être pour une gastro, ou plutôt un motif infectieux, où on évoquait les règles d'hygiène et finalement, en évoquant tout ça, on s'est aperçu qu'il y avait un TOC, quoi. Les règles d'hygiène étaient hyper respectées, quoi. J'ai le vague souvenir que c'était ça, et c'est peut-être ce genre de motifs qui peuvent amener, quoi.

Ok, mais c'est sûr que c'est pas un sujet évident.

Ben, oui, alors quand j'ai vu le sujet « TOC », j'en n'ai pas des paquets.

Vous voyez beaucoup plus de phobies et de dépressions ?

7-7

Beaucoup plus, beaucoup plus ! Alors, peut-être que c'est sous diagnostiqué, je sais pas.

Oui, ça, peut-être. Un TOC peut s'accompagner d'autres pathologies aussi ? Vous imaginez ça comment ?

7-8

Oui, bien sûr, ça peut s'intégrer dans des états dépressifs. Là, je pense à une patiente. Elle a des TOC, elle est dépressive. C'est une autre. Elle se lave 36 fois les mains, elle est fonctionnaire. Le mercredi, elle travaille pas. Pour la faire venir en consultation le mercredi, c'est très difficile, parce que comme elle pas d'horaire à respecter quand elle va pas au travail, elle a tout un rituel de propreté. On l'a déjà évoqué. D'abord, elle se lève très tard, elle passe du temps à se laver, à se nettoyer, elle a tout un rituel à la maison. J'arrive jamais à la faire venir par exemple le mercredi à 8h30. Elle vient toujours à 12h, 12h30, et souvent, elle m'appelle, elle me dit « Je peux pas venir, je suis en retard ». Sachant que c'est pas un motif de consultation pour elle, c'est un milieu qu'est très toxique, puisque y'a des dépressifs dans la famille, y'a des gens qui se sont suicidés. C'est pas ça qui domine la scène, c'est dans une problématique beaucoup plus large, dans un milieu très toxique. Elle est pas prise en charge pour ça.

D'accord, et comment vous évalueriez la gravité d'un TOC ?

7-9

Ca dépend de l'impact dans la vie de tous les jours. Si vraiment ils peuvent plus aller travailler, ça gêne la vie familiale, ils peuvent plus aller chercher le pain. Ben, là, j'imagine qu'il faut faire quelque chose. J pense qu'y a des gens, j pense que quand on a un degré d'anxiété, j pense que moi aussi, j vais en avoir des TOC. Lorsqu'on a des moments d'anxiété, qui dépassent un peu nos mécanismes compensateurs, moi, ça m'arrive d'aller vérifier 3 fois les choses. Pour autant, je travaille et je vis.

Donc, oui, on passe de la normalité au pathologique ?

(acquiesce)

D'accord. Et en dehors de ces cas-là, y'a d'autres patients qui vous ont marqué ?

7-10

Une fois, j'ai le souvenir d'une visite à Vallet. A l'époque, on faisait des gardes encore. J'avais une patiente qu'avait des TOC, qui pouvait plus sortir de chez elle et je l'ai vue en visite et donc on avait parlé de son TOC.

D'accord. Donc en fonction de l'anxiété, c'est un mécanisme compensateur, c'est ce que vous disiez ?

7-11

Je sais pas.....ça permet de déplacer l'angoisse vers quelque chose de précis, quoi. Oui, c'est ça. Sans pour autant que ce soit un refoulement, puisque c'est quelque chose.... Mais, effectivement, ça déplace une angoisse. C'est le signe d'une angoisse.

Et c'est quelque chose que vous appréhendez à la fac, ce concept de TOC ?

7-12

Pas du tout, j'ai pas de grand souvenir de mes cours de psychiatrie à la fac.

Vous aviez fait un stage en psychiatrie ?

En pédopsy.

Et y'en a dans votre pratique, chez les enfants ?

7-13

J'en ai dans ma patientèle, des enfants qui ont des TOC.

Ca se manifeste comment, c'est différent de chez l'adulte ?

Euh, non, j'ai pas l'impression. C'est des rituels. Mais je peux pas vous dire lesquels, je sais que j'en ai vu dans ma patientèle, les mamans me le disent « Il est suivi... ».

7-14

Ouais, alors, moi, la psychiatrie, c'est pas trop mon dada. J'aime bien l'organique. Pourtant, je vois beaucoup de monde. Mais je vois quand même beaucoup de dépressifs et j'ai quand même de l'empathie, ils viennent me voir. Mais les TOC, j'ai pas l'impression d'en voir beaucoup, peut-être que je les diagnostique pas.

Oui, mais vous pouvez partir d'un symptôme organique et ils viennent à vous en parler, ça, c'est tout à fait possible, hein ? C'est un point d'appel, c'est ce qu'on disait ?

Ouais, ouais.

Et donc, on parlait un peu de la prise en charge, vous, vous faites quoi, en pratique ?

7-15

Euh, alors, il ne me vient pas à l'esprit d'avoir eu à prendre en charge un TOC. Je vous le dis. Bon, maintenant, on peut les envoyer voir un thérapeute. J'sais pas ce qui marche le mieux. Les thérapies comportementales, ou alors, un peu plus loin, d'autres thérapies. J'ai le souvenir que les IRS marchent bien là-dessus. Mais si le TOC est envahissant, moi, je débiterais un IRS et j'enverrais voir un psychiatre.

Oui, c'est plutôt le psychiatre qui va prendre en charge et vous, vous les voyez à un moment donné, aussi ?

Oui, bien sûr. C'est comme ça que je ferais si j'en avais un à 14 heures tout à l'heure (rigolent).

Un thérapeute, ce serait un psychothérapeute, vous voulez dire ?

Un psychiatre.

Une thérapie comportementale et puis d'autres thérapies ?

7-16

Moi, j'ai aucune idée sur ce qui marche là-dessus. J'ai une image qu'est pas très bonne des psychiatres. J'ai l'impression que ça n'avance jamais. Ils peuvent aller voir qui ils veulent, mais les choses, ça marche pas, enfin bon... (rigole). Ils devraient pas m'entendre, mais je trouve que c'est très difficile.

Pourquoi, vous avez eu des expériences, sur des dépressions. Ca marche pas ?

Ca marche pas, les choses avancent pas. Et finalement, ils viennent nous revoir nous, en disant, mais ça sert à rien. Donc vous voyez, y'a quand même quelque chose. J'ai l'impression que les choses s'englutinent et ça avance pas beaucoup.

Vous avez des contacts avec les psychiatres, sur les prises en charge avec les patients ?

Les psychiatres, ça fait partie des spécialistes qui communiquent le moins avec nous, donc on peut les appeler évidemment. Les hospitaliers, on peut les atteindre, les libéraux, c'est très difficile, voilà.

Ouais, c'est très limité ?

Voilà. On s'aperçoit que l'accès au psychiatre est très difficile, très difficile. Sur le secteur, on a monté « le groupement prévention du suicide », entre autre à cause de l'accès qu'est très difficile. Mais l'accès au psychiatre est TRES difficile, c'est un vrai problème. Parce que nous,

en médecine générale, quand vous avez ¼ d'heure pour régler quelque chose, ça fait pas beaucoup de temps. Et quand vous avez un dépressif qui va pas bien, il faut quand même le régler. Alors, souvent du coup, ça prend 40 minutes, parce qu'il faut passer des coups de fil, mais c'est pas réglé, c'est vraiment : l'ACCES au psychiatre est vraiment difficile.

Et du coup, le « groupement prévention suicide », c'est un regroupement de professionnels de santé ?

7-17

Non, ce sont des bénévoles, moi je suis MG référent. C'est une équipe de bénévoles, qui sont là pour écouter, qui ont été formés par Dr X, qui est la psychiatre de Monbert. Donc ils ont une formation, y'a un numéro, que connaissent les gens. Et en cas de mal-être, les gens peuvent appeler ce numéro. Ils sont repérés, écoutés et les écoutants s'efforcent de les orienter vers le médecin traitant ou vers le psychiatre. Ils peuvent même se voir dans un lieu totalement anonyme, où tout restera anonyme, donc il peut même y avoir une rencontre. Voilà, c'était parti sur la constatation qu'il y a eu à un moment donné beaucoup de suicides sur le secteur, des gens très en vue, donc ça avait marqué pas mal de monde, des conseillers municipaux... Donc c'est parti un petit de ça. Sachant que je suis en train de me demander si ça sert à quelque chose, parce que je me suis aperçu que ceux qui n'en parlaient jamais, n'en parlent toujours pas et mettent fin à leurs jours. Et j'en ai eu récemment. Alors que ceux qui appellent, c'est ceux qui ont déjà eu de nombreux suivis de toutes sortes et qui ENCORE vont appeler pour... Donc ceux qu'on essayait de cibler ne sont pas ciblés par ce truc. Donc je me demande de la réelle utilité d'un truc comme ça. Alors, ça a été monté ici, à Angers, y'a des gens qui sont venus voir comment on fonctionnait, c'est quelque chose qui fonctionne bien, y'a des réunions, un trésorier, c'est bénévole. Moi, j'y vais de temps en temps, la dernière fois, j'ai dit que ce serait bien qu'on évalue ce que sont devenus ceux qui nous ont appelés. J'essaie de savoir le recrutement, ceux qui appelaient, d'où ils venaient... parce que quand j'ai fait le tour des MG un jour, d'abord, peu connaissaient le GPS (groupement prévention suicide) et peu de patients connaissaient le GPS et je me demande si ça a une réelle utilité. Et moi, je le vois au travers de ma pratique, ceux qui utilisent ce réseau, ce sont ceux qui ont déjà 36 suivis ailleurs. Et donc encore une fois, y'a un numéro pour se faire entendre. En revanche, celui qu'est vraiment pas bien et qui n'en a parlé à personne, lui, il appellera toujours pas, on n'arrive toujours pas à l'extraire. C'était ça le but, c'était de cibler les gens qui ne vont pas bien, qui n'en parlent à personne et qu'on retrouve sous le train le lendemain. Celui qu'est suivi, ben, il est suivi. Donc s'il appelle, tant mieux. C'est pas ces gens-là qu'on voulait cibler, donc je pense que l'objectif est pas atteint, parce qu'en médecine, faut toujours s'évaluer, donc est-ce que finalement on a atteint l'objectif, finalement, je crois qu'on l'a pas atteint. On n'a pas ciblé ceux qu'on voulait cibler, mais comme c'est des bénévoles, c'est difficile pour eux d'entendre ça. On est bien loin du TOC.

Oui, mais c'est vrai qu'il pourrait y avoir des patients avec des TOC qui pourraient être tellement isolés chez eux, qu'ils pourraient rentrer dans ce cadre-là ?

Bien sûr, bien sûr. Oui, ça pourrait générer un état dépressif.

Ok, et vous ressentez des difficultés, des obstacles à diagnostiquer et prendre en charge un tel trouble ?

C'est-à-dire ?

Au niveau des patients, est-ce que vous êtes en difficulté pour en parler, ou vous avez l'impression qu'ils ont du mal à vous en parler ?

7-18

J'ai l'impression qu'ils en parlent pas facilement et que c'est souvent caché. C'est le sentiment que j'ai et c'est pour ça, peut-être, qu'on n'en a pas beaucoup. Et les gens n'en parlent pas, ils arrivent à vivre avec leurs « manies », leurs mauvaises manies, et, ils veulent pas en parler. C'est le sentiment que j'ai.

Et pourquoi ils y arrivent pas ?

Je sais pas, peut-être que...

Vous pensez que le MG a un rôle important dans le diagnostic et la prise en charge de ce trouble ?

7-19

Je pense que le MG a un rôle important dans tout dépistage, et les TOC aussi. C'est peut-être pas assez médiatisé. Nous, on s'aperçoit que quand il y a de la pub, et que ça marche bien, ça marche EXTREMEMENT bien au cabinet.

Sur les affiches en salle d'attente ?

Oui, ou les spots publicitaires. A un moment, ils ont beaucoup parlé du suicide. Quand les spots sont bien faits, ça touche beaucoup plus les patients.

Oui, ça, ça serait une piste intéressante ?

Oui, en parler, en dire que c'est pas une maladie honteuse.

Parce que c'est une maladie qu'est pas très bien connue par les patients ?

Nan, c'est pas très bien connu.

Pourtant, y'a eu des émissions de télé, nan ?

7-20

Oh, je regarde pas la télé. Est-ce qu'on en a parlé, je sais pas.

Pourtant, les médecins, on le connaît assez bien, on a une idée assez précise là-dessus ?

Les médecins ?

Oui, vous, vous avez une idée assez précise de ce que c'est finalement.

Ouais, enfin, je vous en parle, c'est pas la fac qui m'a laissé le plus de traces.

C'est plutôt dans votre exercice après ?

Dans mon expérience ouais.

Par vos lectures, vos FMC, vos groupes de pairs ?

Euh, j'ai pas de groupe de pairs. Nan, de par mes pratiques, mes expériences.

7-21

Mais, oui, je pense que les médecins n'en parlent peut-être pas facilement, c'est le cas ?

Euh, je pense pas non plus. Là, vous êtes le 7eme médecin que j'interroge et j'ai pas l'impression que ce soit facile

Oui, c'est pas facile à aborder.

Ils viennent plus facilement pour un état dépressif que nous parler de leur TOC, vous voyez ?

Mais de là, on peut très bien, en découvrir un, quoi ?

Ouais, ouais.

Donc, finalement, on a un rôle de dépistage, mais la prise en charge, c'est le psychiatre, pour vous ?

7-22

Ben, écoutez oui, d'abord moi, je suis pas formé pour les psychothérapies. Moi, je peux prescrire une molécule.

Et vous pensez que c'est efficace là-dessus, les IRS ?

Je pense que c'est assez efficace, je peux dire que ça va soigner, que c'est bénin.

Mais par contre, le suivi par le psychiatre et les thérapies, tout ça, ça marche pas pour vous ?

7-23

Nan (rigole), mais je vais quand même leur dire que ça va marcher, que le médicament, c'est une béquille.

Oui, c'est un soutien et le traitement de fond c'est la psychothérapie ?

7-24

Ouais, mais vous savez, celui qu'a une cardiopathie ischémique, il finira quand même par faire un infarctus et qui va l'emporter. Donc on peut dire, oui, mais les psy, c'est pareil, finalement, ils mettront fin à leurs jours, et c'est vrai... Mais j'ai l'impression que les choses n'avancent pas. C'est TRES TRES laborieux. Mais je pense que c'est parce que j'ai une mauvaise opinion. Mais c'est que dans ma pratique, les gens reviennent souvent vers nous et nous disent « D'abord, je veux plus le voir », « D'abord, il me parle pas ». Mais on leur dit, « Ils sont pas là pour vous caresser dans le sens du poil, ils sont là pour vous aider ». Ils reviennent nous

voir. Bon, y'en a quelques-uns où ça passe bien. Y'a quelques thérapeutes où on dit « Bon, allez voir celui-ci ». Mais souvent, ils reviennent nous voir et ça va pas mieux...

Donc là, l'IRS est quand même important du coup ?

L'IRS est quand même important. Ça marche bien les IRS dans les TOC ?

Oui, de ce que j'ai lu, oui. Donc on a dit que ce que vous en savez, c'est de par votre expérience.

Mais y'a eu un dialogue avec des psychiatres ?

7-25

Nan, je fais pas de FMC. C'est plutôt au travers de lectures, des revues, « le concours médical », le quotidien. Mais les thèmes de psychiatrie, c'est vraiment pas mon dada, donc. On a tellement d'autres choses, j'ai tellement d'autres choses. Mais quoi qu'il en soit, j'ai une ribambelle de dépressifs (rigole).

Et en dehors des IRS, vous utiliseriez d'autres molécules ?

Ben, j'utiliserais des anxiolytiques, des benzodiazépines, mais d'abord 1 IRS, ouais. Et les anxiolytiques au coup par coup.

Ok, et vous auriez des besoins de formation de dialogue avec d'autres professionnels de santé là-dessus ?

7-26

Non, parce que j'ai pas eu de gros problèmes là-dessus. Vous savez en médecine générale, y'a des pathologies qu'on rencontre beaucoup plus fréquemment, qui parfois nous posent des problèmes de prise en charge, où, là, oui, on a besoin. Mais les TOC, comme c'est pas un diagnostic fréquent, peut-être sous diagnostiqué, on n'est pas confronté souvent à ce problème. Donc, je suis pas à la demande d'une formation. Vraiment, je préfère aller à une formation sur le trouble du comportement alimentaire chez l'enfant, ou des formations, sur les prises en charge de nos diabétiques, ou le parkinsonien. C'est des choses qu'on rencontre fréquemment nous, mais un TOC, non. Je peux ouvrir un bouquin et je vais voir rapidement. Donc non.

On a parlé un peu de tout. Voulez-vous me préciser quelque chose ?

7-27

Nan, mais en réfléchissant, je pense que c'est sous-diagnostiqué.

Parce que le patient n'arrive pas à en parler ?

Je pense, parce que en médecine générale, c'est très difficile d'aborder un sujet pour lequel le patient n'est pas venu. Soit les gens, on tombe bien, parce qu'ils sont prêts, ou alors, ils se braquent et on les voit plus et ça va pas. Mais c'est TRES difficile d'aborder un sujet pour lequel le patient n'est pas venu. Il faut attendre qu'il en parle, sinon c'est voué à l'échec. C'est bien de les sentir, mais l'impression qu'on les dépiste comme ça, alors qu'ils sont pas venus pour ça, « Mais non, moi, je suis venu pour un rhume, je veux pas parler de ma manie, ça m'empêche pas de vivre, de quoi vous vous mêlez ». Vous voyez, c'est très difficile, alors, il faut l'aborder sur la pointe de pieds ! Faut pas s'ingérer. C'est pas parce qu'on est médecin qu'on peut tout soigner. Ils viennent pour quelque chose, ils viennent pas pour autre chose.

Faut rester à sa place, ne pas être trop intrusif, quoi ?

Ouais, ça peut passer bien quelquefois, parce qu'on se dit « Ah, enfin, on en parle, c'est l'occasion ». Mais ça peut très mal se passer.

Vous avez des cas comme ça ou ça s'est mal passé ?

Oui, alors, c'est surtout des problèmes d'alcool, où les gens se braquent. Les problèmes sexuels, surtout chez les artéritiques. Les troubles du moral aussi évoqués par la famille. Lorsqu'on arrive sur des choses qui nous ont été orientées par la famille, stratégiquement, c'est mauvais !

Donc faut pas être trop intrusif !

Oui, tout à fait. Mais c'est sous diagnostiqué, qu'est-ce qu'ils pensent les autres confrères, ils en ont beaucoup des TOC ?

(discussion)

Mais ça c'est une pratique de médecine générale. Si les patients ne sont pas demandeurs, c'est très difficile de les amener au soin. Il faut qu'ils soient demandeurs, sinon, ça ne marche pas.

Et puis on perd son temps. Disons que là où ça marche mieux, la communion soignant-soigné, c'est quand y'a une demande et qu'on apporte quelque chose, et non quand on repère quelque chose seulement.

7-28

Alors moi, je sais pas d'où vient ce trouble. Est-ce que c'est un socle fissuré, qui à un moment donné de la vie....Je pense que ça survient sur des personnalités particulières qui seront prêtes à faire des TOC. Je pense que y'a des personnalités prédéterminées. N'importe qui fait pas de TOC, quoi ! Déjà, est-ce qu'on peut être obsessionnel sans faire des TOC ? Est-ce qu'on peut avoir une névrose obsessionnelle sans avoir des TOC ? Déjà c'est névrotique. Mais est-ce que forcément on a des TOC quand on a une névrose obsessionnelle ? Est-ce qu'il y a un lien entre la névrose obsessionnelle et le TOC, vous savez ?

Oui, je pense

Mais c'est un continuum ? Est-ce que dans une névrose phobique, on va avoir un TOC ? Moi, j'ai compris que TOC et névrose obsessionnelle, c'était pas tout à fait la même chose. Moi, j'ai compris que les TOC, ça survient sur des personnes rigides, on est dans la névrose. Les perfectionnistes...

7-29

Et chez l'enfant ? Des rituels d'endormissement, parfois, quand ils vont faire pipi 30 fois, ça fait partie des TOC ? Ca, j'en ai chez les enfants, pas chez l'adulte. Et ceux qui sont obligés de dire au revoir à leurs parents 15 000 fois, c'est des TOC, ça ? Alors, ça, c'est assez fréquent, enfin...Alors, ça aussi, c'est au travers de consultations, où les parents ne sont pas venus pour ça et ils disent « Au fait, Docteur, vous auriez pas quelque chose, il a du mal à s'endormir ? » « Mais comment ça, il a du mal à s'endormir ? » Et on s'aperçoit qu'il a un TOC. Alors, nous, on explique toujours que c'est une angoisse d'endormissement, de séparation.

Oui, du coup, on discute là-dessus et puis voilà ?

L'accès au psychiatre, c'est un vrai problème.

Et là-dessus, vous orientez vers un pédopsychiatre ?

Alors, on n'oriente plutôt vers le psychologue.

7-30

Oui, parce que l'accès au psychologue est plus rapide. Et aller voir le psychologue pour les gens, ça démystifie un peu le problème, ça enlève un peu de gravité au problème. Donc ils y vont plus facilement. Chez les psychiatres, ils y vont plus difficilement. Le problème des psychologues, c'est qu'ils y vont 3-4 fois, mais c'est pas remboursé, alors après il y vont plus. Mais quelquefois, ça permet d'attendre d'aller voir le psychiatre.

Remerciements

ENTRETIEN 8 (le 5/11/2013)

8-1

Avant tout, je n'y connais pas grand-chose, je n'en ai pas beaucoup dans mes patients.

Ca n'est pas gênant. Je souhaite étudier vos représentations sur le TOC, ce que vous en pensez, ce que vous en vivez dans votre pratique.

Alors, qu'est-ce que ça représente pour vous le TOC ?

8-2

Eh bien, des gestes répétitifs en excès, envahissants, chez certaines personnes anxieuses. Des vérifications répétées.

Et ça provient d'où, selon vous ?

8-3

Ben, moi, j'en vois pas chez l'adulte, mais j'en ai un certain nombre chez les enfants. Je dirais que ça vient sur un terrain particulier, chez quelqu'un d'anxieux. Ce sont des enfants anxieux que je vois et qui ont des TOC.

Parce que je fais beaucoup de pédiatrie, c'est au moins 60% de mon activité, car j'ai fait un diplôme universitaire de pédiatrie. Et du coup je vois beaucoup de femmes aussi, assez jeunes. Mais sinon, je sais pas. Chez l'adulte, c'est pareil, sur un terrain anxieux, mais j'en vois pas chez l'adulte. Je vois beaucoup de troubles anxieux chez l'adulte, surtout des femmes anxieuses. Je me demande si ceux qui ont des attaques de panique n'auraient pas des TOC ?

Comment vous évalueriez la gravité du TOC ?

8-4

Ben, si les rituels sont pas gênants, si ça retentit pas sur la vie « normale », c'est pas grave. Mais si ça empêche une vie normale, là, oui.

Et la fréquence ?

8-5

Je sais pas, je vous demanderais bien.

D'après les études épidémiologiques des dernières décennies, on estime que ça représente 2% de la population générale.

8-6

Ah oui, quand même.

Mais ça dépend comment on inclut, et les chiffres sont variables, donc ça serait peut-être moins.
Alors, je sais pas les voir. Mais sans doute que chez certains adultes anxieux, ces jeunes femmes avec les attaques de panique, y'en a. Oui, je suis presque sûre qu'il y en a. Faudrait que je leur pose la question.

Et vous poseriez quoi comme questions ?

« Est-ce que vous avez des gestes répétitifs qui vous gênent, des rituels, vous vérifiez des choses ? » Des questions comme ça.

D'accord. Et chez l'enfant, vous en voyez beaucoup ?

8-7

J'en ai vu 2 ou 3, qui m'ont marquée. En fait, ça gêne pas l'enfant, mais les parents. C'est les parents qu'en ont marre !

Y'a certains parents qui m'ont demandé si certains rituels étaient normaux ou pas. Quelquefois, ça fait partie du développement de l'enfant, quand ils sont petits. Y'en avait un à 2 ans qui avait des rituels au coucher, mais j'ai rassuré en disant que c'était pas grave et c'est passé tout seul. Mais Nathan, il a 5 ans et demi, il avait des TOC de vérifications et surtout des tics du visage importants. Il parlait très peu, il était renfermé. Mais c'est un enfant fragile, que j'ai pas mal vu, même avant ça pour des difficultés variées, c'est un enfant anxieux. Sa mère est très anxieuse aussi. Et son TOC ça n'a duré qu'un temps. C'est sa mère qui m'en a parlé et je l'ai adressé au psychologue, il a fait une thérapie comportementale, ils ont travaillé sur le symptôme, sur la respiration, la relaxation. J'ai prescrit de la phytothérapie aussi.

Je n'ai pas de nouvelles depuis un an, c'est que la rentrée en CP s'est bien passée. Je les ai revus pendant le suivi par la psychologue, on a révoqué ça, ça s'est arrangé. Ça n'a duré qu'un temps.

Et donc ça se présentait comment chez Nathan, ça se présente comment chez les enfants que vous avez vus avec des TOC ? Ca retentissait beaucoup sur l'enfant ?

Des gestes répétitifs, des vérifications. Ca induisait des troubles du sommeil, il jouait beaucoup moins Nathan, il s'isolait et parlait très peu. C'était difficile d'exprimer quelque chose pour lui. Il commençait à subir des moqueries.

Et ça s'inscrivait dans une problématique plus large pour Nathan ? Y'avait des antécédents familiaux de TOC ou de difficultés de cet ordre ?

Nan, à part sa mère anxieuse, son père et sa grande sœur vont bien. C'est que lui est assez anxieux finalement. Mais à priori, finalement, c'était dû à un problème avec un autre élève de la classe, il a réussi à exprimer ça avec la psychologue, on les a séparés et ça va mieux.

Donc chez l'enfant, dans ceux que j'ai vus, ça ne dure qu'un temps. J'en ai vu d'autres avant 10 ans. C'est des enfants anxieux.

Et chez les plus vieux, chez les ados ?

8-8

Nan, mais c'est une tranche d'âge qu'on voit peu. Et ils viennent souvent seuls et ne parlent pas. En fait, chez les petits enfants, c'est les parents qui en parlent et chez les adultes, ben moi, je vois des anxieux, mais j'ai pas de TOC.

Et l'évolution dans le temps, chez l'enfant on en a parlé, mais sinon, vous pensez que ça dure qu'un temps, toute la vie ?

8-9

Chez l'adulte, j'ai surtout des gens de 20 à 40 ans anxieux. Je les vois à une période. J'imagine que c'est selon les stress de la vie.

Et pour vous, y'a des présentations particulières chez l'enfant ? C'est différent que chez l'adulte ?

8-10

Je pense pas, mais j'en ai pas vu chez l'adulte.

Et c'est isolé comme trouble, ou ça peut être associé à d'autres manifestations ?

8-11

Des troubles somatiques vous voulez dire ?

Ou psychiatriques aussi.

Je me demande si mes patients avec attaques de panique n'en ont pas. Faudrait que je me pose des questions...

Nan, mais c'est pas pour que vous doutiez de vous, que je vous pose ces questions. Après tout, en prenant en charge vos patient(e)s anxieux, vous vous occupez peut-être de TOC, sans forcément mettre le doigt dessus ?

8-12

Oui, c'est possible.

Et c'est ce qui est le plus important peut-être. Puisqu'en tant que généraliste, on fait avec une approche globale sans forcément pouvoir nommer le trouble ?

Oui, je mets pas le doigt dessus, mais oui, on peut dire ça.

D'ailleurs, ça vient d'où pour vous la définition, c'est psychiatrique ? Vous avez appris ça où, à la fac ?

En cours de psy, c'est ce qu'on a appris en psychiatrie.

Et vous avez fait un stage en psychiatrie ?

Nan. Vous en avez fait un ? Nous, c'était pas pour tout le monde.

Oui, je crois que dans ma promo, on devait tous en faire un. Oui, donc vous, c'était en cours de psychiatrie ?

Où j'en ai entendu parler oui.

Et après, dans votre FMC ?

Alors, moi, avec mes 3 enfants et le travail qui ne s'arrête jamais quand on est installé, j'ai pas le temps d'aller en FMC, et je me suis installée vite. Mais quand je remplaçais, j'ai pas eu de FMC sur le TOC.

Et vous auriez des besoins en matière d'échanges, de formation ?

On pourrait avoir des FMC sur les troubles anxieux, oui, notamment chez l'adulte.

Et sinon, vous avez eu une approche par des lectures, des échanges avec des psychologues, psychiatres ?

Nan.

Ou alors, peut-être que vous en avez entendu parler sur des émissions grand public... ?

Nan, je crois pas.

Mais si vous faites beaucoup de pédiatrie, peut-être que vous échangez là-dessus avec des professionnels de l'enfance ?

8-13

Pour Nathan, j'ai eu des contacts avec l'infirmière scolaire et la psychologue, oui.

Alors, les enfants, vu que les délais pour la pédopsychiatrie sont CATASTROPHIQUES, surtout en campagne, moi, pour le TOC ou les enfants qu'ont des problèmes, j'adresse aux psychologues et je suis en contact avec l'infirmière scolaire et avec eux - pas le médecin scolaire, car elle passe que rarement, bien que ce soit elle si c'est des problèmes plus chroniques.

Et les psychologues, ils font des thérapies comportementales chez l'enfant, de la relaxation, ils parlent avec eux. Y'a même l'infirmière scolaire qui fait de l'acupuncture par ici pour les enfants !

En tous cas, je ne prescris pas de neuroleptiques, ou autres molécules, mais par contre, de la phytothérapie chez l'enfant.

Et chez l'adulte ?

Chez l'adulte, c'est différent. Les délais pour les psychiatres sont un peu moins longs, enfin ça dépend pour quoi.

Si j'ai un patient qui m'inquiète franchement, si y'a risque suicidaire, je demande qu'il voit le psychiatre en urgence.

Sinon, si j'avais un TOC chez l'adulte, je l'orienterais soit vers les psychologues de Vertou pour une thérapie comportementale, soit vers l'hypnose. J'enverrais des mails pour savoir qui peut le voir pour un TOC, qui fait des thérapies comportementales là-bas.

Et il m'arrive d'envoyer des mails aux psychiatres si j'ai un problème psy moins urgent.

Souvent, je demande au patient d'aller voir un psychologue 2-3 fois, en attendant que le psychiatre puisse le voir, pour « calmer les choses ».

8-14

Mais le TOC, ça fait pas partie de mes critères d'urgence. J'sais pas. Ca me semble plutôt chronique, pas une situation aigüe, où j'aurais besoin d'orienter rapidement à un psychiatre

Un critère d'urgence... Vous voulez dire dans ce qu'on a appris ? Comme le risque suicidaire ?

Non, j'imagine pas que ça puisse être urgent. Mais si ça retentit beaucoup sur la vie, si ça entraîne une dépression, là, je vais plus m'inquiéter. C'est ça qui va m'inquiéter. Là, du coup, je mettrais un antidépresseur, j'orienterais vers un psychiatre si besoin... Comme pour les attaques de panique, c'est si y'a beaucoup d'angoisse que je vais agir et traiter.

Et au niveau des traitements médicamenteux, vous prescririez quoi pour traiter un TOC ?

8-15

Un antidépresseur, si ça entraîne un retentissement sur le moral. Mais je sais pas lequel. Et des anxiolytiques pour les attaques de panique, les grosses angoisses... comme l'alprazolam. Avant, je prescrivais du stesam qui entraînait moins d'accoutumance, mais avec le risque hépatique, d'après « Prescrire », j'en prescris plus.

Mais par contre, c'est difficile de sevrer les patients avec l'alprazolam je trouve. Par rapport au stesam, qu'on pouvait plus facilement arrêter.

Ok. Et quel rôle vous pensez que le MG a, pour diagnostiquer et prendre en charge le TOC ? C'est plutôt un problème de spécialiste ?

8-16

Nan, c'est plutôt nous. Ils iront pas en parler à un spécialiste. Et puis pour voir les psychiatres, vus les délais d'attente. Nan, c'est à nous qu'ils peuvent en parler.

Et il faut une relation de confiance entre le patient et nous.

8-17

Mais je crois pas qu'ils arrivent à en parler, ou qu'il veulent pas en parler. En tous cas, ils en parlent pas.

Et pourquoi ?

Ben, je sais pas. C'est pas facile. Ils ont sans doute du mal.....

Mais peut-être qu'il faut le chercher devant un trouble anxieux, leur demander s'ils ont des gestes répétés qui les gênent.

Et les proches ?

8-18

C'est qu'on voit les patients adultes seuls le plus souvent. A part pour des tentatives de suicide, parfois, je vois le conjoint 2 semaines après, parfois avec le patient.

Et donc finalement, pour vous, c'est important à prendre en compte, ce TOC ?

8-19

Si ça gêne le patient, si ça l'empêche de vivre sa vie. Enfin, c'est pas du tout noir au tout blanc entre une vie normale et pas, mais si ça retentit sur sa qualité de vie, quoi.

Donc, là, pour vous, faut le prendre en charge ?

Oui.

Je crois qu'on a parlé de pas mal de choses. Voulez-vous me préciser quelque chose ?

8-20

Nan. Mais c'est vrai que je devrais me poser la question, est-ce qu'il y a un TOC, chez les patients anxieux, ceux qui ont des attaques de panique par exemple. Je suis sûre que y'en a qu'en ont ! Sûre !

Je ne veux pas que vous doutiez de vous. Comme en disait tout à l'heure, l'important, c'est la prise en charge globale de ces patients ?

En tous cas, c'est l'approche que nous on a en tant que MG.

Remerciements.

ENTRETIEN 9 (le 26/11/2013)

Qu'est-ce que ça représente pour vous le TOC ?

9-1

Un trouble psychiatrique. Un mal-être pour le patient. Je crois pas que j'ai des patients avec, ça me dit rien, j'ai beau cherché. Bon, pour l'instant, j'ai pas encore beaucoup de patients, mais même pendant les stages, Prat et autres, je pense pas avoir vu des prises en charge, ça me dit rien.

D'accord. En tous cas, ils étaient pas identifiés comme tel, dans ce que vous avez pu voir ?

Ouais, voilà.

Et un mal-être, c'est un mal-être comment ? C'est important ?

Ben, pour que ça devienne un trouble, faut que ça gêne le patient. Parce que après, des gens qu'ont des mimiques, y'en a, mais on peut pas dire que c'est des TOC, pas forcément quoi.

Pour vous, ça s'identifie aux mimiques, y'a des mimiques dans le TOC ?

Ben, ça peut être un tic, ou un...

D'accord, il peut y avoir des tics ?

Oui

Et ça se manifeste par autre chose, ou c'est principalement des tics ?

Euh, ça peut être des tics, ça peut être des vérifications... Une façon de pallier à une certaine angoisse en fait, soit par des rituels, soit par des vérifications, soit par des bégaiements. Ça se découle sous différentes manifestations. Pour moi, c'est ça.

C'est assez large comme manifestations ?

Ouais.

Et pour juguler une angoisse, vous disiez ?

Ouais, enfin moi, c'est la représentation, l'idée que j'en ai, en tous cas. Après, c'est peut-être complètement faux !

Nan, nan, du tout.

Mais ouais, pour moi, c'est ça

Et ça provient d'où cette angoisse ? Est-ce qu'il y a d'autres causes pour vous qui peuvent entraîner ces manifestations, ou... ?

9-2

Nan, j'vois pas. Pour moi, c'est vraiment dans les troubles anxieux. C'est lié à une angoisse, une anxiété. Après, est-ce que ça peut être plus causé par un traumatisme, ou... ? C'est un peu de ce domaine, quoi.

Par rapport aux autres troubles anxieux, vous voulez dire ?

Ouais, voilà. Mais je pense pas que ça puisse être somatique, y'a pas d'explication...

C'est pas quelque chose de somatique ?

Oui, pour moi, c'est vraiment du domaine psychiatrique.

Y'a pas de manifestations somatiques, quoi ?

Oui, voilà.

D'accord. Et vous évalueriez comment la gravité du TOC ? Pour vous, c'est quelque chose qu'est grave, qu'est pas grave ?

9-3

Et bien, ça dépend du patient. Pour moi, la gravité, elle s'évalue sur lui, la façon dont ça l'emprisonne et dont ça empiète sur sa vie quotidienne. Un peu comme une crise d'angoisse, ou le stress. On peut tous être un peu stressé, un peu angoissé. Après, tout dépend à quel point ça nous envahit dans la vie professionnelle, privée. C'est pour ça, je disais le mal-être au départ, y'en a qui vont très bien le vivre, d'autres moins.

D'accord. Donc ça peut avoir plusieurs niveaux de gravité en fonction de la personne, quoi ?

Voilà.

Et est-ce que vous pensez que c'est quelque chose qu'est fréquent dans la population générale ?

9-4

Oui, du coup, je pense que c'est fréquent, mais que c'est pas forcément dépisté, parce que y'a pas forcément une confrontation qui fait que ça devient gênant. Enfin, je sais pas, j'imagine un rituel d'endormissement par exemple, ou de vérifications de la maison avant de partir. Ben, TANT QUE y'a pas un conjoint ou quelqu'un d'autre qui arrive dans sa vie, le patient, il va très bien, quoi. Plus peut-être que pour un tic où là, dès l'école, dès la primaire, il commence à être... Donc c'est vraiment la confrontation aux autres, et puis aussi le vécu personnel !

Donc, tant que y'a pas de confrontation aux autres finalement, on ne peut pas le dépister, c'est ce que vous voulez dire ?

Nan. A moins d'un patient qui, de lui-même, n'en peut plus et craque, d'avoir besoin de ça pour sortir de chez lui, enfin... Je sais pas, j'imagine, la vérification 4 fois de la porte et...

Il peut en arriver au point tel qu'il en parle à ce moment-là, quoi ?

Voilà. Vivre avec et que ce soit quelqu'un d'autre qui lui fasse remarquer qu'il y a un problème, ou arriver à un tel niveau : soit continuer à être angoissé avec ça, soit ne plus pouvoir vivre à cause de ça, enfin...

D'accord, ok. Donc, à ce moment-là, il va en parler à un soignant, notamment un médecin, quoi ?

Voilà. Et du coup, je pense que c'est peut-être plus fréquent que ce qu'on imagine parce que... 9-5

Et puis, à partir de quel stade on commence à dire que c'est un TOC, quoi ? Parce qu'on va tous révéfier notre voiture, on va tous...

Oui, donc pour vous, la définition, c'est à partir du moment où...enfin, le TOC, il devient important, pathologique, quoi... ?

Oui, c'est ça, ça devient pathologique quand c'est plus vivable pour le patient, quoi !

Quand ça empêche son quotidien, que ça l'empêche de faire... ?

Quand ça l'empêche de vivre normalement, si ça l'empêche de sortir, si ça l'empêche de bosser, d'avoir une vie conjugale.

Et là, on parle vraiment de TOC, sinon, c'est juste des rituels ?

Oui, c'est ça. Ou des manifestations anxieuses.

Comme on peut en avoir, tout un chacun ?

Voilà. A un moment donné, ouais !

Et si vous donniez un chiffre de TOC dans la population générale ? Enfin, juste comme ça, vous n'êtes pas obligée de répondre....

Je sais pas du tout. C'est quoi ?

Ce serait 2%.

9-6

Ah quand même, ça veut dire qu'on en a tous dans nos patientèles. Pour l'instant j'en ai pas, mais du coup, sur 1000-1500 patients dans une patientèle, ça veut dire que y'en aura. Nan, mais je pense que c'est sous-dépisté, ou sous-évalué, enfin je sais pas.

Ou alors, peut-être que c'est les études qui surévaluent, peut-être qu'ils incluent les rituels sans gêne, et là, quel est l'intérêt en santé publique ?

C'est vrai. Oui, parce que quand même, y'aurait une demande du patient !

Où, pour vous, quand y'a une gêne, une souffrance, y'a une demande du patient, quoi !

Ben, pas systématiquement, mais quand même, oui. On est des médecins généralistes, je pense quand même que le patient sait venir nous parler de plein de choses.

Oui, vous, vous voyez ça comme, votre rôle, en tant que médecin généraliste, c'est de dépister ça ?

Oui

Normalement, les gens, ils peuvent en parler, quoi ?

Oui, alors après, y'a les médecins qui sont plus ou moins ouverts sur le versant psy, discussion et autre, mais je vois pas pourquoi on aurait moins de TOC que de souffrance au travail, crise d'angoisse, dépression, ou minima de la dépression avant de mettre des grands mots. J'vois pas pourquoi y'aurait moins de ça.

9-7

Alors qu'on est dans une société où y'a de plus en plus de stress et de manifestations psychiatriques.

Ah oui, vous pensez que ça augmente les manifestations psychiatriques, de stress ?

Oui, je pense, avec l'actualité.

Avec les médias, vous voulez dire ?

Oui.

Ou par notre mode de vie ? Nan, l'actualité et les médias ?

Ouais, je pense, l'ambiance générale, quoi.

L'ambiance générale un peu négative des médias ?

Oui, le pessimisme.

9-8

Et du coup, autant les patients viennent me voir facilement pour des problèmes de couple, de travail et tout ça. Je vois pas pourquoi CA, ils viendraient pas l'exposer.

Donc, c'est peut-être moi qui n'ai pas creusé autant que les problèmes de famille, de travail.

Oui, en même temps, creuser. Mais creuser, quoi ?

Oui, c'est ça.

Devant quoi y penser ? Vous, vous y penseriez devant quoi ? Quels symptômes en consultation ?

Devant des observations ? Devant des choses que vous voyez ? Devant des choses que les gens disent ? Est-ce que y'aurait des choses ?

Nan, c'est pas évident.

C'est jamais arrivé que vous vous disiez « Tiens, ce patient, il n'aurait pas des rituels ? »

Nan, pas pour l'instant en tous cas.

Et pour vous, c'est quelque chose qu'est intriqué avec d'autres pathologies ? On a parlé des souffrances, du stress, qui peut avoir plein de formes dans notre société, et ça pourrait en être une finalement ?

Ouais.

Et ça pourrait aussi être intriqué avec d'autres pathologies ? Il pourrait y avoir d'autres comorbidités ?

9-9

Nan, je crois pas. Avec des troubles de la personnalité, peut-être. C'est peut-être plus certaines personnalités...

Qui développent ça ?

Ouais.

De quel type ?

Je sais pas.

En tous cas, c'est sur un terrain, une personnalité particulière, c'est ça ?

Ouais, peut-être.

Donc, du coup, ça vous est jamais arrivé en consultation pour l'instant, de poser des questions à la recherche de ça ?

Nan. Pour l'instant, c'est pas arrivé.

Et dans le temps, vous voyez ça comment, c'est quelque chose qui arrive dans la vie du patient comme ça et qui s'arrête, ou c'est quelque chose qui dure ? Ça pourrait commencer à quel âge ?

C'est quelque chose qui dure et voire même qui peut s'amplifier.

Donc, y'a une progression, c'est ça ?

9-10

Oui, moi je vois plutôt ça comme une installation et progressivement, ça devient plus vivable, quoi. Ils en rajoutent, ils en rajoutent, jusqu'au moment où ça explose.

Vers quel âge ? Je sais plus, c'est l'adolescence, nan ? Je sais pas. L'âge adulte en tous cas.

Plutôt le début à l'adolescence et l'âge jeune adulte ?

Ouais.

D'accord. Et chez l'enfant, vous pensez qu'il peut y en avoir ?

Ouais, je pense.

Et ça prendrait des formes différentes ?

9-11

Oui, pour le coup, je crois que c'est tout de suite plus important. En tous cas, c'est plus facile de mettre le doigt dessus, parce que ça gêne quelque part son développement psychomoteur normal.

Et, par les tics, par exemple ? Ou autre chose ? Par quelles manifestations ?

Oui, ou autre. Enfin, je pense que ça gêne une vie en classe à plusieurs. Donc, je pense que c'est plus facile de mettre le doigt dessus, soit l'instit, soit nous. Et les parents.

Les parents qui s'inquiéteraient dans une consultation ?

Oui

Alors, on a parlé des tics tout à l'heure. Les tics, pour vous, c'est quoi exactement, c'est des gestes compulsifs répétés ?

Ouais.

Et donc, les tics font partie des TOC, chez l'adulte et chez l'enfant ?

Oui, je pense aussi.

Et aussi des vérifications chez l'enfant ?

Ouais.

Et y'aurait autre chose ?

Nan.

Mais en tous cas, y'aurait une gêne plus perceptible chez l'enfant par l'extérieur finalement ?

Oui.

Par les parents, les instit... Ca serait plus facile pour nous de mettre le doigt dessus ?

Oui.

D'accord. Donc là, on a parlé des difficultés que ça peut poser le TOC. Vous vous demandez si c'est pas sous diagnostiqué, en fait. Et y'a d'autres difficultés que ça vous pose ? C'est quelque chose qu'est assez clair, ce concept ?

9-12

Nan, ni le dépistage, ni la prise en charge. Quelqu'un viendrait me voir en me disant « Je me lave les mains 15 fois par jour, j'ai un problème avec ça », je sais pas ce que je pourrais faire pour l'aider, quoi. Je crois que je l'orienterais facilement, parce que...

Envers qui ? J'attends votre question (rigolent). Pour moi, c'est vers un psy.

Vers un psychiatre ? Parce que vous savez pas trop ce que vous pourriez lui proposer, comme ça ?

Nan, je pense que je travaillerais avec lui, sur pourquoi il en est arrivé là, comment, et voilà... Mais je serais vite dépassée sur quoi mettre en place pour... Avec la crainte que ce soit remplacé par autre chose ou...

C'est-à-dire ?

Qu'on travaille ensemble pour qu'il diminue, qu'il se lave de moins en moins les mains.

Si...c'est pas vraiment gagné, mais que c'est changé !

Donc, essayer de diminuer le symptôme, en fait, c'est ça que vous feriez avec lui ?

Ouais, mais je pense, à un moment donné, qu'il faut remonter plus haut, à la cause et c'est ça qui est le plus compliqué.

D'accord, et ça, pour vous, c'est pas vraiment de votre domaine, de traiter la cause ?

Ben ça, ça dépend des cas. Y'a des patients qui ont déjà réfléchi et qui vont nous livrer plus facilement. Et puis y'en a, qui vont jamais voir le lien, jamais voir pourquoi, et moi aussi, je vais être en difficulté pour les faire avancer avec ça.

Mais pour vous, le médecin généraliste, il a ce rôle ?

Ben, il a au moins le rôle d'entendre le patient dire « Ca va pas ». Et puis, il a le rôle d'en faire quelque chose, quoi !

Donc, de réfléchir avec lui, sur à quoi ça correspond ce symptôme-là ?

Voilà, et comment ou pourrait améliorer ça, si ça le gêne. Parce que parfois, ça peut être très simple, il peut nous dire qu'un de ses amis est décédé d'une infection nosocomiale, et ça y est, ça devient...

Pour les lavages de mains, par exemple ?

Voilà, pour cet exemple-là. Et finalement, s'il travaille sur le deuil de cet ami, qui fait que... Mais selon les patients, y'a des moments, où ils sont bloqués, comme la souffrance au travail, comme dans tout le domaine psy finalement !

Oui, soit c'est le patient qui nous apporte quelque chose et on le fait avancer aussi en y réfléchissant à 2. Soit il est bloqué, et nous, on est un peu bloqué avec ça, quoi !

Ouais.

Et donc là, on adresse au psychiatre ?

Ouais.

Et le psychiatre, pour vous, il s'y prend comment, il propose quoi pour traiter ?

Je sais pas

Y'a des médicaments, des thérapies ?

Y'a toujours des thérapies possibles, que ce soit comportementale ou autre. Mais après, oui, il me semble qu'il y a un traitement. Mais je confonds peut-être avec les troubles de l'attention. Je crois que y'a un traitement quand même pour les formes les plus sévères. Je sais plus.

Ben, ce qu'on en lit souvent, c'est plutôt les IRS, avec une TCC, en effet.

Ah oui, donc ça, j'aurais pas été à l'aise, au point de l'introduire toute seule par exemple. J'étais pas au point sur l'efficacité dans ces cas-là.

Oui, de savoir si c'est vraiment indiqué, si c'est efficace, s'il faut vraiment le mettre en route ?

Donc ce serait plutôt le psychiatre qui verrait ça, quoi.

Oui, voilà.

D'accord. Donc principalement le psychiatre. Ou est-ce qu'il y aurait d'autres intervenants, qui pourraient aider un patient qu'aurait ce trouble ? Vers qui vous orienteriez.

9-13

Ben, ça dépend du trouble. Mais oui, y'a certaines orthophonistes, des kinés. Après, y'a des activités extérieures, le théâtre... des choses à proposer.

Ok, par exemple, l'orthophoniste pour un bégaiement, le kiné si y'a des tics ?

Oui.

Et le théâtre, pour essayer de « shunter » un peu le symptôme et ... ?

Oui, voilà, c'est ça. Ou au moins le regard des autres et quelquefois, ça peut...

La thérapie avec les autres, finalement ?

Ouais, ouais. Plus dans ce sens-là, ouais.

Mais en tous cas, les prises en charge, c'est efficace là-dessus ? Ca peut aider le patient ? Ca peut aller jusqu'à faire disparaître les choses, ou... ?

9-14

Oui, oui. Je dirais même, il faut, parce que, voilà quoi, c'est pas vivable. Les gens peuvent pas rester comme ça.

Oui, c'est indispensable, quoi ?

Ah ouais ouais.

C'est hyper important de le prendre en charge ?

Oui.

Et assez rapidement aussi, parce que sinon, ça progresse ? C'est ce qu'on disait un peu tout à l'heure ?

9-15

Oui, je pense que plus on attend et plus on laisse s'installer et plus dur c'est pour les patients de s'en passer et... Ca peut même supprimer les choses, ça peut diminuer l'angoisse et les aider à se passer de ça.

Se passer de ça, c'est-à-dire que c'est indispensable pour gérer l'angoisse ?

9-16

Ouais.

C'est une réponse à une angoisse, quoi ?

Oui.

On a parlé des proches aussi, qui peuvent mettre le doigt dessus. Parce que le patient, il n'a pas vraiment conscience... ? Pour vous, il n'a pas forcément conscience au départ que c'est pathologique?

9-17

Oui, voilà, je pense que ça s'installe vraiment progressivement, et sans forcément de prise de conscience, ça devient un automatisme. Et puis, ils vivent avec jusqu'au moment où c'est plus possible, quoi.

C'est délirant, pour vous ? Ou c'est quand même assez rationnel ? C'est plutôt de l'ordre de la psychose, de la névrose ?

Euh, je sais pas

Parce que le proche a un rôle de prise de conscience parce que le patient n'a pas conscience, en tous cas, au départ ?

En tous cas au départ ! Je pense que à partir du moment où ça pète, où il en peut plus, c'est parce que, ça y est, il réalise que c'est de trop, où, au départ, il est envahi par l'angoisse et puis après il est envahi par ses rituels, tellement il en a eu besoin et tellement, ça s'est accumulé. Ou alors, plus tôt dans la pathologie, c'est les autres qui disent « Tu te rends compte de ce que tu viens de faire, t'as vérifié 4 fois les volets ».

Oui, donc, ils en ont pas vraiment conscience au départ, ok

Oui. Mais je pense que de toute façon au départ, enfin, il peut pas faire autrement, quoi !

Oui, c'est une réponse, c'est obligatoire.

Oui, au départ, y'a que ça qui fait qu'il est mieux. Il se rend même pas compte qu'il met ça en place, quoi, c'est se protéger contre autre chose. Moi, je vois ça comme ça, ouais.

Oui, c'est un réflexe de protection ?

Ouais.

D'accord. Et vous disiez que vous n'étiez pas très à l'aise pour la prise en charge de ces patients-là, quels traitements seraient indiqués là-dedans ? Pour vous, c'est pas évident, à prendre en charge ?

9-18

Oui. Ben moi, je les inviterais à parler, réussir à dépister quelle angoisse y'avait derrière, et pourquoi et travailler là-dessus. Après, le traitement médical, j'aurais pas pensé.

Et donc pour aller plus loin dans la discussion et le décryptage de l'angoisse, oui, on va vers une thérapie cognitivo-comportementale.

9-19

Le problème de nos patients, c'est qu'ils veulent pas. Y'en a pas mal qui sont pas prêts à ça.

Ouais, c'est pas facile à accepter ?

Ouais. Et le psy, c'est l'étiquette du psychiatre qui fait peur.

Psychiatre ? Ou psychologue ?

Ouais, c'est pareil. Psychologue, c'est encore pire, parce que faut qu'ils payent, donc c'est dur. Le problème, c'est que ceux qui veulent pas y aller, c'est ceux avec qui nous aussi, on a du mal à discuter ! A la limite quelqu'un qui est prêt à discuter, à travailler...

Avec nous, il va être prêt avec un psy !

Tout à fait.

Oui, donc, y'a cette difficulté-là, du côté du patient, quoi, vraiment ?

9-20

Ouais, ouais. Et de même pour le traitement d'ailleurs. Autant y'a des gens chez qui c'est facile à introduire, autant y'en a d'autres, c'est compliqué. Je pense quand même que le traitement sans travail à côté, ça sert à rien !

Oui, les médicaments seuls sans thérapie, quoi, ça sert à rien ?

Ouais

Ben, c'est exactement ce qu'ils disent les psychiatres dans la littérature, c'est beaucoup plus efficace s'il y a les 2, quoi.

Oui, si on fait que le traitement. Je suis convaincue qu'à l'arrêt, ou à la moindre situation de nouveau chez le patient, ça sera...

Oui, s'y a un stress en plus pour le patient, ou si y'a quoi que ce soit qui se passe...qui fait aggraver le trouble, ça va plus suffire quoi ?

Ouais, ouais.

Et y'a d'autres difficultés que vous auriez, au niveau diagnostic ou prise en charge vis-à-vis de ça ?

9-21

Nan, je pense pas.

Et tout ce que vous savez là-dessus, c'est des choses que vous avez apprises à la fac, ou ?

A la fac, parce que en stage, je pense pas en avoir vu.

Vous avez fait un stage en psychiatrie ?

Oui. Mais j'en n'ai pas vu en stage. Pour moi, c'est vraiment la préparation théorique de l'internat. C'est pour ça que ça me parle pas beaucoup ! (rigolent)

Et vous avez pas eu de FMC après ?

Nan, pas dans ce domaine-là.

En psychiatrie sur les troubles anxieux, nan ?

Nan

Je reviens sur quelque chose. Pour vous, ça peut se compliquer d'autres troubles, le TOC ? Un patient qu'aurait ça, pour vous, il pourrait développer un autre trouble ? Ou c'est plutôt isolé comme trouble anxieux ?

9-22

Oui, pour moi, c'est plutôt isolé.

D'accord. Ça peut pas se compliquer, quoi ?

Nan, je pense pas.

Ok. Et est-ce que vous auriez des besoins de formation ou d'échange là-dessus, avec d'autres professionnels de santé, les psychiatres notamment, les psychologues ?

9-23

Euh, peut-être, ouais. Formation, pas forcément, dans le sens où on n'en voit pas beaucoup et où, une fois qu'on sait que c'est IRS et thérapie, je pense que c'est déjà pas mal à notre niveau. Mais peut-être plutôt d'échanger sur comment on les dépiste. Parce que finalement, j'en vois pas, mais peut-être que je passe à côté.

Je vous rassure, tout le monde me dit ça. Et je réponds que je suis pas là pour vous faire douter de vous, vraiment ! (rigolent) Mais oui, c'est sûr, qu'on se pose tous beaucoup de questions, sur savoir si on dépiste bien, si on fait bien. Surtout pour des choses qui sont pas très fréquentes, ou très claires dans notre tête.

Et si les psychiatres en voient, est-ce que, eux, c'est parce que ils sont adressés, ou est-ce que...justement c'est associé à d'autres pathologies et du coup ils les dépistent ?

D'accord. Est-ce qu'ils sont adressés pour ça, est-ce qu'ils viennent d'eux-mêmes pour ça, ou pour autre chose ?

Ouais.

Et la définition du TOC, pour vous, c'est psychiatrique ? Ça vient de quoi ? Dans ce que vous aviez appris à la fac...

Oui, je sais plus.

Je crois qu'on a à peu près tout abordé. En tous cas, pour vous, faut le dépister, faut le prendre en charge, quoi !

9-24

Ouais, ah ouais, pour moi, c'est pathologique donc voilà...

Et pour vous, c'est quelque chose qu'est connu des gens, dans la société ?

9-25

Oui, je pense que ça parle. Par exemple mon mari, quand je lui ai dit qu'on allait parler des TOC, ça lui parle. Je lui aurais parlé d'une autre maladie, je sais pas si...

Donc pour vous, c'est quelque chose qu'est assez connu des patients, vulgarisé, pour le grand public ?

Oui, oui. Peut-être avec des erreurs. Avec justement, TOC/tics. Je sais pas jusqu'à quel point. Parce que bon, les tics, c'est qu'une toute petite partie des TOC.

Oui, donc ils peuvent confondre un peu. Est-ce que c'est exactement la même chose, est-ce que...

Ouais, mais je pense que les TOC, ça parle aux gens, ouais.

Par des émissions, par des lectures ?

Ouais. Y'avait en tous cas. Les émissions Delarue et tout ça, où les gens...(rigolent). Donc je pense que le grand public, c'est assez connu, ça.

Et donc, du coup, ça peut les aider pour nous en parler ?

Ben, normalement, ça permet quand même de se dire «Ben, ça, c'est moi » et de se reconnaître.

Ca peut être une prise de conscience et permettre d'en parler, en fait ?

Oui, voilà.

Donc, pour vous, c'est plutôt une maladie, un symptôme, un syndrome ? C'est une maladie à part entière, c'est un symptôme de quelque chose ?

9-26

Nan, c'est une maladie à part entière.

Ok, vous vouliez peut-être ajouter quelque chose ?

Nan, c'est bon. Mais en fait, j'en ai pas dans mes patients, mais j'ai une amie qu'est prof et qu'a un TOC de vérifications. Elle vérifie les volets, les portes, sans arrêt le soir. C'est très compliqué, ça la fait beaucoup souffrir.

Remerciements

ENTRETIEN 10 (le 03/01/2014)

10-1

Je travaille sur les représentations et le vécu du TOC par les médecins généralistes, même s'ils n'en ont pas dans leur clientèle.

Y'a beaucoup de pathologies...comme les bipolaires, je pense qu'il y a un certain nombre de gens qui vivent avec des formes légères à modérées, comme tout le monde !

Pour les TOC ?

Ouais. Qui vivent avec, sans...ils gèrent leurs problèmes sans...

Sans consulter ?

Sans consulter, oui. Sans le signaler.

C'est comme ça que vous voyez les choses ?

10-2

Oui. Je pense que j'en ai dans la clientèle. Oui...pas beaucoup...ça se compte sur les doigts d'une main, même pas, mais...oui...je pense à une dame qui un jour a parlé de ses troubles anxieux, alors que...Ben j'ai découvert qu'elle avait une trichotillomanie, je pense. Elle avait une perruque parce qu'elle était complètement chauve, à force de s'arracher les cheveux.

Et ça a été découvert comment ? Elle vous en a parlé en consultation ?

Ouais, elle est venue m'en parler, mais je sais plus comment c'est venu. Elle parlait très peu, mais elle m'a signalé voilà que hop, elle s'arrachait les cheveux.

D'accord. Et ça, pour vous, ça fait partie du TOC ?

10-3

Oui, c'est une des formes de l'angoisse.

Ca représente quoi pour vous le TOC de manière générale ?

Une des formes de l'angoisse, une forme clinique des troubles anxieux, avec...est-ce qu'il y a une part génétique je sais pas...avec des formes où il y a un retentissement...après, je dirais, c'est comme les formes graves, c'est un continuum, et à partir d'un moment, on va considérer que c'est pathologique parce que ça va entraîner un trouble de la vie sociale du sujet.

Oui, c'est à partir de là que ça devient pathologique, quoi ?

Voilà, le sujet qui vit tout seul avec des chiens de traîneaux au fin fond de l'Alaska, il doit pas être tellement emmerdé par ses TOC. Y'a plein de gens qui doivent vivre avec et d'autres qui sont hyper gênés parce que dans la vie courante, ils peuvent plus rien faire autre chose que de tourner les robinets ou de...

Y'en a au moins un qui m'en a parlé, y'a quelques mois ou quelques années. Et voilà, tant que c'était tant de fois, ça allait, au-delà, c'est plus vivable. C'est juste en quantité que ça s'était aggravé.

A l'occasion d'un évènement ou ?

10-4

Je ne sais plus, sûrement. Mais il y a fait allusion.

Il vous en a parlé parce que c'était devenu trop envahissant pour lui ?

Est-ce que c'était à moi pour que je le prenne en charge ou est-ce que c'était...Même la dame avec la perruque je vois qui c'est mais, comme toujours pour avoir le nom, ça mettra quelques temps.

Oh bah, c'est pas gênant. C'est des gens de quel âge ?

Oh, elle a 65 ans.

Ah oui quand même. Et ça dure depuis longtemps ?

Ca dure depuis toujours. Là, elle est stabilisée.

Par quoi, du coup, y'a eu une prise en charge ? Vous l'avez orientée ?

Pas moi, puisqu'elle m'en a parlé incidemment, alors que...Elle m'a parlé d'un problème cutané, dermato. On a parlé des cheveux. Et elle m'a dit « Mais vous savez bien que c'est pas mes cheveux ? » C'est comme ça que c'est venu, quoi. Elle m'en a parlé, mais j'ai oublié. Et c'est pas du tout moi, nan, elle a trouvé un équilibre

Elle a trouvé un équilibre par une prise en charge avec qui ? Elle avait des traitements ?

Je ne sais pas.

Vous, vous l'avez juste écouté raconter ça, mais vous ne la suivez pas vraiment pour ça, finalement ?

Nan, du tout.

Y'a des gens que vous suivez pour ça ?

10-5

Nan

C'est des gens qui ont évoqué ça lors de consultations, en fait ?

Je pense que y'en a eu au moins 1 que j'ai dû adresser, je sais pas, il y a 1 an, 2 ans, 3 ans, ça va vite... J'ai dû en avoir au moins 1 ou 2, quoi. Pour moi, au total, avec les différentes formes cliniques, on doit arriver à 5, je sais pas. Comme vous le disiez au téléphone, « Même si on n'en a pas dans la patientèle », si vous ne vous attendez pas à ce qu'on ait chacun au moins dans la clientèle, c'est donc que c'est suffisamment rare. Et directement pris en charge par le psychiatre, qui fait que c'est pas vu par nous, quoi.

Vous aviez adressé à un psychiatre, justement ?

Sûrement.

Pour le patient qui tournait les robinets ?

Oui, soit les portes, soit les robinets, je sais plus.

Et il avait quel âge ce monsieur ?

Une trentaine d'années, je sais plus.

Pour vous, c'est quelque chose qui survient chez des gens de quel âge ? Chez les enfants aussi ?

Ca peut durer longtemps, ou ça dure qu'un moment, et après ça s'arrête avec la prise en charge ?

Nan, je pense que c'est à vie.

Ouais, ils vivent avec, quoi ?

10-6

La représentation que j'en ai, effectivement. Après, avec des formes différentes. Comme la majorité des dépressifs. On commence pas une carrière de dépressifs à 50 ans. Ils ont une sensibilité, soit génétique, soit...qui démarrait à l'adolescence, avec une fluctuation, comme...Mais oui, je pense qu'il doit y avoir des formes pédiatriques, qui doivent pas être très fréquentes quand même.

Vous, en tous cas, vous n'en avez pas vues ?

Bah, même si, y'a quand même beaucoup de gamins anxieux. Y'a beaucoup de gamins qui se bouffent les ongles, constipés...maintenant qui vont avoir des formes d'anxiété, mais de là, à dire « trouble/obsessionnel/compulsif » du DSM V, j pense que voilà, à un moment donné, on va parler de pathologie, parce que ça va entraîner un trouble, ce sera plus acceptable par la vie du sujet et/ou de son entourage. Donc, quand même, on va assez loin, quoi.

C'est-à-dire ?

Ben, les conséquences. Il peut plus travailler, il peut plus aller à l'école. Le gamin...

Ca peut être très handicapant, quoi ?

Voilà, voilà.

Et le DSM V, vous connaissez ?

10-7

Oh, j'ai pratiqué le DSM IV, en l'occurrence. Pour une raison très simple, dans mon service militaire en 99, juste après ma thèse, comme c'était la dernière année de service militaire. Et ils nous ont tous mis comme médecins au centre de tri, au centre de sélection ! Et ça consistait à avoir les appelés d'un côté et les engagés de l'autre. Et, c'était pas folichon folichon. Mais ils nous ont dit tout de suite qu'ils avaient besoin d'un psychiatre, d'un ORL dans les 15 jours. Et comme les médecins généralistes y'en n'avait pas beaucoup, ils les employaient à la chaîne. Et j'ai senti le gros coup, le truc foireux typiquement militaire, où, voilà, on allait faire de la psychiatrie dans 15 jours. Ce qui finalement était pas si bête, puisque c'était un travail de

sélection de généraliste. Ils nous demandaient de chercher avec des arguments, plus ou moins pifométriques, mais d'aller dans l'entretien de quelques minutes - ce qu'on a en consultation, le temps qu'on prend dans une consultation normale, finalement - de chercher les signes qui vont nous dire, ça, c'est tout à fait habituel et ça, ça nécessite un avis spécialisé. Donc finalement, c'était pas de la psychiatrie, c'était de la médecine générale. Et simplement, on se servait du DSM IV, parce qu'il fallait bien laisser des traces archivées. Toute institution a besoin de statistiques, toute institution en a en fait. Et donc on codait le diagnostic, ou la tentative de diagnostic.

Et vous avez pas diagnostiqué des TOC justement ?

A cette occasion non je ne pense pas. J'ai vu des gens qu'étaient déjà suivis, traités...je me souviens plus de troubles bipolaires. Je me souviens pas de TOC.

Pour vous, le trouble bipolaire, ça a quelque chose de commun, avec le TOC, parce que vous en parliez au départ ?

On en voit plus de troubles bipolaires, on en voit beaucoup. On en voit peut-être moins qu'il en existe aussi, mais...Bah, ils expriment beaucoup plus une souffrance, une souffrance de dépression.

Et les patients que vous avez vus pour TOC, ça entraînait une souffrance ?

Ah bah oui, oui, oui.

Je sais pas, faudrait voir dans les statistiques, quelle est la fréquence estimée. Je pense que sur une clientèle, voilà, est-ce que j'ai une vingtaine, une trentaine de bipolaires, enfin oui. C'est 2 mains, c'est pas 1, c'est sûr. Je sais pas si j'ai eu 3 TOC sur l'ensemble de ma clientèle sur 10 ans.

D'accord. Et vous disiez que ça peut venir d'une susceptibilité génétique, ça provient d'un problème génétique pour vous, ou ?

10-8

Oh bah, toute la psychiatrie, maintenant ! L'avancée, c'est génétique maintenant, donc...On se rend compte que ce sont des choses qui surviennent...On cherche là-dessus, maintenant, mais est-ce que ça sert à grand-chose ? Y'a pas de cause extérieure. Y'a des causes épigénétiques. Et y'a des gens qu'ont un caractère anxieux, ils ont un caractère anxieux, je veux dire, voilà. Et ce caractère, il est géré par des capacités génétiques ! On voit bien, moi, j'ai épousé une jumelle. 2 vrais jumeaux n'ont pas du tout le même caractère. Y'a pas que l'épigénétique !

Donc y'a la génétique et puis y'a le caractère, la personnalité ?

Voilà. Donc quelle est dans la formation... ? Y'a un mélange avec l'épigénétique, ça c'est évident, mais c'est une façon de dire, y'a pas un tiers, la mère, le truc...C'est pas causé par un événement, c'est pas parce qu'ils ont tous été violés dans l'enfance, enfin, je veux dire...Ca semble pas créé par un événement traumatique, ni par un mode de vie, ou un mode d'éducation. Y'a pas un tiers causal, y'a pas un fautif. C'est pas la mauvaise mère qui crée l'autiste. Les médecins sont très forts pour culpabiliser les parents ! Les médecins et les instits, quoi !

Voilà, donc dire, y'a un terrain génétique, c'est la faute à personne !

Oui, tout à fait, c'est pas plus mal de dire ça que de culpabiliser les parents ! Et pour vous, vous disiez que ça peut avoir un retentissement important, donc ça peut être grave, quoi ?

Ah bah oui !

C'est comme ça que vous allez évaluer les choses en consultation, si on vous en parle. Savoir comment est-ce que ça retentit dans votre vie, quoi ?

Voilà.

Pour vous, ça devient grave à ce moment-là, quoi ?

Voilà

D'accord. Et est-ce que vous pensez qu'il y a d'autres patients qui pourraient avoir ça dans votre patientèle, et qui vous en parlent pas forcément ?

10-9

Ah oui !! Mais soit ils pensent qu'on peut rien y faire, soit ils en ont honte ! Je pense que y'a beaucoup de ça. Et puis ils s'habituent.

Ils s'habituent à leur fonctionnement, du coup, ils voient pas trop l'intérêt d'en parler ?

Bah, oui, c'est comme ça. Et puis, c'est pas une maladie que d'être anxieux. Et puis, tout le monde fait pareil, ça arrive à tout le monde, donc. Tout le monde va vérifier 3 fois s'il a fermé la porte et se souvient pas de ce qu'il a fait.

Et pour vous, ça peut être associé à d'autres pathologies ? Ca peut avoir des complications ?

Au niveau psychiatrique ou autre ? C'est quelque chose qui va être assez isolé ?

10-10

Je pense que ça fait partie de la famille de l'anxiété, donc on peut avoir d'autres complications de l'anxiété, l'angoisse... Les troubles boulimie/anorexie, heu...

Tout ça, ça peut être associé ?

A vue de nez, j'ai pas d'expérience. Mais je dirais que c'est... La patiente avec sa trichotillomanie, elle avait un terrain anorexique. Souvent, on déplace le symptôme sur d'autres problèmes du corps.

Oui, pour vous, c'est un symptôme, c'est pas une pathologie ?

Oui, enfin, c'est un syndrome, un ensemble de symptômes. Mais je mettrais pas le TOC complètement à part, dans le fonctionnement cérébral.

Oui, c'est des gens anxieux, qu'ont d'autres troubles anxieux, finalement ?

Ouais.

Et, est-ce que ça vous est déjà arrivé de vous dire en consultation « J'ai l'impression qu'il a un TOC, c'est bizarre ce qu'il fait ! » ou lorsque les gens vous parlent de leurs troubles anxieux, vous vous êtes posé des questions, quelquefois ?

10-11

Ah non, c'est marrant. J'ai pas fait de diagnostic comme ça.

C'est les gens qui sont venus vous en parler ?

Ouais.

Vous n'avez pas posé de questions « Dites-moi, vous n'auriez pas des rituels ? » Nan, c'est jamais arrivé, ça ?

Je suis pas assez doué pour ça.

Nan, mais c'était juste une question comme ça. C'est le 10^{ème} entretien que je fais, et personne ne pose de questions comme ça, à la recherche de TOC !

(rigolent)

Et pour vous, c'est difficile à prendre en charge ?

10-12

Ah bah, une fois qu'on a évoqué le diagnostic et qu'on en a parlé avec le patient... bah oui... faut avoir un correspondant psychiatre, à qui on peut adresser. Bah, si je voyais un patient avec ça, faudrait que les symptômes soient suffisamment graves, pour vraiment en avoir besoin. Mais j'adresserais volontiers au psychiatre, oui. Pour vraisemblablement une prescription médicamenteuse, associée à une prise en charge.....

Psychothérapique, vous voulez dire ?

Oui.

Et de quel type ?

Cognitive

Et les médicaments ?

Aucune idée

Donc c'est le psychiatre qui met en place tout ça ?

Oui, on lui demande son avis, pour un truc comme ça. Voilà. Et on essaiera de faire à 2, en alternant l'un l'autre, en...

En suivant le patient en parallèle ?

Voilà.

10-13

Donc vous disiez que y'a probablement plus de patient qu'en ont que ceux qui nous en parlent, quoi ?

Oui.

Et du coup, vous pensez qu'ils sont pas forcément diagnostiqués ? Ou alors, c'est qu'ils sont pas forcément prêts à en parler ?

Oui, ils sont pas prêts à en parler, ou ils ont pas besoin d'en parler.

Parce que c'est pas très envahissant, ça les gêne pas ?

Ouais.

10-14

Et vous, vous aviez appris quoi à la fac là-dessus ? Vous aviez eu des cours sur le TOC, des stages en psychiatrie ?

Ah bah, pas grand-chose. Mais sûrement des cours sur le TOC, ça oui, ça faisait partie des cours. Après, comme tout le reste, je m'en souviens pas, mais...

(rigolent)

Mais vous vous souvenez avoir eu des cours et ça avait été évoqué, quoi ?

Ah oui, ça oui.

Et vous aviez fait un stage en psychiatrie ?

Nan.

Et après, dans votre formation continue, est-ce que vous avez eu des FMC ?

En FMC, on a eu 2 jours sur les démences Alzheimer et autres, j'ai eu au moins 1 soirée ou 2 sur les bipolaires, mais sur les TOC, pas que je me souviens, nan.

Et du coup, ce que vous en savez, c'est plutôt par votre formation initiale à la fac, en fait, ou par des lectures, par des échanges avec des psychologues, des psychiatres ?

Des lectures sûrement, et les cas cliniques que j'ai eus.

10-15

Et du coup, vous sentez que vous auriez besoin d'échange avec des psychiatres là-dessus ?

Oh bah ouais. Avec plaisir, toujours !

10-16

Donc pour vous, ça devient important à soigner, quand y'a un retentissement...

Social ouais. On a tous des formes modérées, on est tous borderline. Ça calme l'angoisse. Tant que ça n'entraîne pas de pathologie, c'est pas grave.

Et au niveau des complications, du retentissement ?

Bah, c'est des complications financières. Si c'est plus vivable, si la femme fout le camp, ça crée des problèmes.

Et, on en parlait, pour vous, c'est associé à la bipolarité ?

Non, Je l'aurais pas dit comme ça... C'est contraphobique. C'est un symptôme, enfin un syndrome, qui se déplace.

10-17

Et le DSM, c'est quelque chose que vous connaissez ? Enfin, la définition du TOC, vous connaissez pas précisément, plutôt de manière globale ?

Oui, je le connais pas par cœur. Mais c'est précis, c'est pratique, facile.

Oui, ça permet d'établir des diagnostics quelquefois ?

Ouais.

Mais bon, c'est quand même difficile à appréhender pour nous, en tant que MG ?

Bah, oui, ça fait longtemps que je m'en sers plus, effectivement. Il est là (montre l'étagère), mais...

10-18

Et le TOC, c'est quelque chose qu'est connu des gens, du grand public ? Pour qu'ils puissent nous en parler ?

Oh, y'a dû y avoir des pubs. C'est plus connu qu'à une époque, qu'il y a 20 ans.

A la télé, des affiches ?

Ouais, le grand public a dû voir des films, avec des trucs cognés, bien graves. Et ça a dû être montré dans une émission de 20 heures, ou dans une émission de variété. Ça frappe les gens donc ils en parlent. Donc en cours de récré, ils disent « Tiens, t'as un TOC »

10-19

Et je lis (il prend son DSM IV), là « le sujet le caractère irrationnel, excessif de son trouble », effectivement, partir du moment où il va nommer, on va pouvoir le prendre en charge, parce que il va...

Oui, on n'est pas dans la psychose, dans le délire ?

Complètement !

Ils ont conscience des choses ?

Bah, au début, nan. Mais après oui.

Remerciements.

ENTRETIEN 11 (le 06/01/2014)

11-1

J'ai réfléchi à votre sujet, et je crois que les gens ne viennent pas pour ça, c'est sûr

D'après les entretiens que j'ai faits, c'est pas évident

C'est quelquefois en les interrogeant qu'on arrive à suspecter quelque chose comme ça, surtout quand ils vont pas bien psychiquement et qu'on n'arrive pas à savoir ce qui se passe.

Quelquefois en les interrogeant, on peut en trouver, parce que quand on sent qu'ils vont pas bien psychiquement, qu'on oriente un peu l'interrogatoire vers des problèmes un petit peu comme ça, on peut en trouver.

Ca vous est arrivé ?

Comme ça de mémoire, ça doit faire longtemps que ça m'est pas arrivé parce que ça me revient pas du tout.

Et c'était des questions que vous aviez posées à la recherche de ça ?

Au départ non, et puis certaines réponses font « tilt » un peu, on a l'impression que les gens ont des trucs comme ça qui leur bouffent la vie, par ce qu'ils font, parce qu'ils répètent. On les sent très angoissés.

Quand on essaie de creuser un peu ce qu'il y a derrière cette angoisse, on découvre peut-être des choses comme ça quelquefois, on peut trouver des choses comme ça.

11-2

Et pour vous, ça représente quoi un TOC vrai, même si vous n'en avez pas vu ? Vous voyez ça comment ? C'est quelque chose qui occupe toute la place dans la vie du patient ?

Toute la place peut-être pas, mais une énorme place, oui.

Et qui se manifeste comment cliniquement ? Il est arrivé qu'il y ait des gens qui vous décrivent des choses ?

Ben, quand ils vont se laver les mains je ne sais combien de fois par jour, que le soir avant de se coucher, ils font tout un tas de vérifications. Des choses comme ça.

D'accord. Ca, c'est arrivé qu'ils vous en parlent ? Mais y'avait pas forcément de retentissement dans la vie de tous les jours ?

Quelquefois oui, quelquefois non. Finalement, y'en a certains qui intègrent tellement ça à leur vie, que finalement, ça leur pose pas de problème. En théorie du moins.

Donc, ça avait pas forcément été évoqué, parce que ça les gênait pas, parce qu'il y avait pas une demande de soin vis-à-vis de ça, mais c'est venu comme ça dans la consultation ?

Exactement, c'est venu comme ça. Mais c'est souvent quand même des gens angoissés en général.

11-3

D'accord. Donc pour vous c'est des gens qui sont anxieux, et, ça peut se compliquer aussi, ou ça reste comme ça, ils vivent avec ?

Ca peut se compliquer en prenant de plus en plus de place, et quand ça prend trop de place, là, ça devient une plainte spontanée. Parce qu'ils se rendent compte quand même que c'est pas normal. Ne serait-ce que parce qu'ils comparent leur vie à la vie d'autres personnes. Ils reconnaissent, y'a quand même quelque chose qui tourne pas rond.

Oui, en comparant ce qu'ils font eux par rapport à d'autres.

Par rapport à d'autres oui.

Ils prennent conscience, quoi.

Et c'est surtout que ça leur bouffe la vie, quoi ! Ca les empêche de vivre normalement entre guillemets.

D'accord. Et finalement, vous, vous n'avez pas eu trop de patients pour lesquels il y avait une grande gêne ?

J'en ai peut-être eu, mais il y a longtemps, et je m'en rappelle plus du tout.

D'accord. En tous cas, vous ne suivez pas de patients pour ça ?

Nan, actuellement, pas du tout.

11-4

Mais je pense qu'il y a un certain nombre de gens qui ont un petit trouble, j'dirais même à la limite du pathologique. Mais, qui finalement, ça les gêne pas. Ça reste gérable, ça leur crée une angoisse qu'est tout à fait acceptable et puis finalement, ça passe comme ça.

Et ça provient d'où pour vous ? D'une angoisse, c'est ça ?

Oui, moi, je pense que ça provient d'une angoisse. C'est lié à un mécanisme anxieux.

11-5

Et ça peut être lié à autre chose ?

Il peut y avoir une dépression derrière, on sait pas, ça peut être associé à d'autres problèmes psychiques, comme la dépression.

Et vu que c'est un trouble anxieux, est-ce qu'il vous est arrivé de voir quelqu'un qui avait des rituels répétés, associés à des phobies, des choses comme ça ?

Des phobies, ça me dit rien. Moi, c'est plutôt à la dépression que je pense.

Donc ça peut être associé à une dépression, ou causé par une dépression ?

Exactement, exactement.

C'est intriqué, quoi ?

Oui.

11-6

Donc ça peut être grave si ça prend trop de place dans la vie du patient, ou si ça se complique d'une dépression ?

Exactement, du coup ça devient grave.

Et c'est à ce moment-là qu'il faut faire quelque chose, quoi ?

Oui

11-7

Et vous pensez que c'est fréquent, ou rare, le vrai TOC avec un retentissement important ? Parce que vous disiez qu'il y a beaucoup de gens qui peuvent avoir ça à la limite du pathologique, mais au-delà du pathologique, est-ce que ?

A mon avis, c'est moins fréquent que la dépression.

Oui, c'est difficile à chiffrer. Et nous, par définition, on voit les gens qui vont pas bien, donc...

Voilà, on voit les gens qui vont pas bien.

Et en consultation, ça vous est arrivé, de vous dire, « Tiens, la manière dont il parle, dont il se comporte, je me demande s'il n'aurait pas des gestes répétés qui pourraient le gêner ? »

J'en ai pas un souvenir, comme ça. Je pense que ça peut arriver, oui. Mais j'en n'ai pas un souvenir, moi, précisément.

11-8

Et pour vous, c'est quelque chose qui arrive à un moment donné de la vie du patient, lorsqu'il est anxieux, ou ça dure dans le temps ?

Moi, je pense que c'est quelque chose qui s'installe sur un temps très très long, très progressivement. Que si on remonte très très très loin dans leur vie, y'avait déjà des petites choses, mais qui les ont pas alertés, qui n'ont alerté personne. Et puis, c'est une chose qui prend de l'ampleur.

Dès l'enfance, ou à l'âge adulte ?

Je pense que ça peut se manifester dès l'enfance.

Et vous, dans votre patientèle, vous avez des petits patients, des jeunes enfants, qui ont des troubles comme ça ?

J'en ai peut-être, mais je ne le sais pas.

En tous cas, ça a pas été évoqué par les parents, parce que souvent, c'est des choses qui sont évoquées par les parents ?

Nan, ça m'est jamais arrivé. Y'en a peut-être pour lesquels je ne le sais pas. C'est comme les enfants qui font pipi au lit, ils en parlent pas toujours.

11-9

Au niveau de la prise en charge, c'est par le généraliste, par un autre intervenant, si vous aviez quelqu'un qui s'en plaignait ?

Moi, je pense que j'essaierais d'abord, à mon niveau, de dédramatiser un peu la situation, en lui expliquant que c'est quelque chose qui peut être pris en charge, c'est une maladie, qui peut être soignée. Et j'aurais tendance à adresser à un psychiatre.

Oui, pour avoir son avis ?

Au niveau du traitement, parce que franchement, les traitements...sauf si je sens qu'il y a une dépression derrière, je m'attaquerais directement à la dépression. Mais sinon, je pense que j'aurais tendance à adresser directement à un psychiatre.

Oui, parce que ça, on sait pas trop quel traitement marche dessus, en tant que MG ?

Exactement. On peut déjà dédramatiser la situation. Je pense que la personne peut repartir un peu rassurée, en se disant « Voilà, c'est une maladie. On va s'occuper de moi, ça va aller mieux... ». C'était un peu l'idée. De gérer un peu l'angoisse. Mais pour le traitement même, j'avoue que...

11-10

Oui, c'est pas évident. Et après, y'a des thérapies ?

Y'a des thérapies qui peuvent marcher, oui.

De quel type ?

Les thérapies comportementales

Et pour vous, ça, ça va être efficace, la prise en charge par le psychiatre, les thérapies, les médicaments ?

Ca devrait être efficace, est-ce que ça l'est toujours ? Je sais pas.

11-11

Et est-ce qu'il y a déjà eu des proches en consultation qui ont décrit ça, pour un patient, qui s'inquiétait, parce que y'avait un proche qu'avait des manies un peu ?

Y'a une patiente l'autre jour qui m'en a parlé à propos de son mari, mais il est décédé il y a plusieurs années. Elle l'a évoquée, parce que elle aussi, elle commençait à faire un peu la même chose. Elle disait « parce que mon mari le faisait, alors finalement, je le fais aussi »

Et elle fait quoi, en fait ?

C'est surtout les vérifications le soir des fenêtres, des portes, tout ça. Enfin, elle a 85 ans.

Oui, c'est quelque chose qui est survenu tard dans sa vie, mais que son mari avait ?

Oui.

Alors, quel lien avec le deuil du proche ?

Oui, c'est compliqué, là. C'est plus par rapport à son mari. Elle veut pas quitter sa maison, alors qu'elle vit toute seule dans une grande maison. Parce que son mari avait dit QUE...son mari était un homme tyrannique, faut quand même le dire. Et sa tyrannie se prolonge, malgré son décès, c'est un peu ça. Elle arrive pas du tout à se sortir de ça, alors qu'elle est dans une grande maison, dans un coin paumé, toute seule. Elle veut rien entendre, y'a pas moyen.

Oui, une situation pas facile à gérer. La parole de son mari a eu trop d'impact.

Elle est plus forte que tout !

Mais en dehors de cette situation, y'a pas eu d'autre cas ?

Comme ça, en tous cas, pas récemment.

11-12

D'accord. Et justement, vous pensez que ces patients-là, ils auront tendance à facilement nous en parler, si ça les gêne, ou c'est pas facile pour eux ?

A mon avis, c'est pas facile. Parce que je pense qu'ils ont quand même la notion que c'est pas tout à fait normal. C'est pas un comportement normal. Et y'a toujours les histoires, vous savez « Je suis pas fou »... Même avec la dépression quelquefois. Je pense que là, encore pire d'ailleurs, qu'avec la dépression. Vous savez, « Le docteur va penser que je suis fou, il va m'envoyer chez les fous ». J'sais pas quoi, mais des trucs comme ça.

11-13

D'accord. Et selon vous, les patients, c'est quelque chose qu'ils connaissent le TOC ?

Peut-être pas tous. Mais sans savoir ce que c'est, ils ont quand même la notion que leur comportement n'est pas tout à fait normal. Ceux par exemple qui se lavent les mains plusieurs fois par jour se doutent bien que c'est pas tout à fait normal.

Sans pour autant identifier ça comme... ?

Exactement, comme un TOC.

D'accord. Donc ils ont un peu honte, ils ont peur d'être perçus comme fous, et du coup, pour eux, c'est pas facile d'en parler ?

Voilà, voilà.

Donc, ça, ça peut être un frein au diagnostic en médecine générale, parce qu'on est quand même le premier interlocuteur ?

Aussi, tout à fait.

11-14

Et pour vous, y'a d'autres difficultés vis-à-vis de ça, en tous cas, pour arriver au soin, c'est ça, quoi, faire le pas d'en parler, c'est pas évident...

Oui. Et ils auront tendance à minimiser. Si par exemple, c'est leur conjoint qui leur signale, ils vont dire « Mais non, t'exagères ! Et rappelle-toi, un jour, j'avais oublié, depuis, je fais attention... » Ils auront toujours tendance à rationaliser la chose, ou bien à la minimiser.

Et du coup, l'entourage peut quand même jouer un rôle dans la prise de conscience, aussi ?
Absolument.

Ils peuvent minimiser, mais ils peuvent aussi de dire « Bah oui, c'est vrai que... ». D'accord.

11-15

Et au niveau de la prise en charge, ça vous est jamais arrivé d'adresser à un psychiatre, d'avoir à prendre en charge un trouble vraiment envahissant ?

Nan.

Donc à priori, vous ne seriez pas en difficulté pour adresser à un psychiatre ?

Moi, non, mais tout dépend de la difficulté de l'acceptation du patient.

Comme pour la dépression et tout ça ?

Comme pour tout ! Si y'a un refus du patient de bouger, je vais être coincée.

D'accord, donc faut aller à son rythme, et faire en fonction de ce qu'il veut ?

Oui, exactement.

11-16

D'accord. Et ce que vous savez du TOC, c'est des choses que vous avez apprises à la fac, après ?

Je pense que j'ai appris ça à la fac. Ca s'est trouvé dans un listing de psychiatrie, probablement.

Et après, en FMC ?

Ca fait des années que j'y vais. Je saurais pas vous dire. Pas récemment en tous cas. Parce que la psychiatrie n'est pas quelque chose qu'on voit souvent en FMC de médecine générale. C'est pas un sujet qui revient souvent.

Et le listing de psychiatrie, c'est le DSM auquel vous faites allusion ?

Enfin dans les cours de psychiatrie, y'avait des têtes de chapitre qu'étaient plus importantes, comme la dépression. Je m'en souviens pas d'ailleurs. Ca remonte à plus de 30 ans. Mais j'imagine que au milieu de l'évocation des névroses, on a dû citer le TOC.

Donc c'est quelque chose qu'il y a 30 ans ?

Oui, je pense.

Et le DSM... ?

Oui, ça vient de changer, ils viennent de passer du IV au V.

Voilà. Et ça, c'est quelque chose que vous connaissez ?

En théorie, mais pas du tout en pratique.

Vous en avez une idée floue, globale ?

Oui, j'en ai une idée très floue, je le consulte pas.

Vous l'utilisez pas en pratique pour faire des diagnostics ?

Nan, pas du tout.

Vous aimeriez bien avoir des formations, type FMC là-dessus ?

Oui, pourquoi pas.

C'est pas un besoin de formation, c'est plutôt un souhait. Savoir ce qu'en pensent les psychiatres...

Oui, et comment on traite ça, j'en n'ai aucune idée.

11-17

J'ai essayé d'aborder tout ce que je voulais. Mais peut-être que vous voulez ajouter quelque chose ?

Mais je pense que les petits troubles sont assez fréquents. Et que peut-être, à un moment donné de la vie du patient, il se passe quelque chose, qui le fait basculer dans un grand trouble. Vraiment, une aggravation. Mais que les petits troubles à mon avis existent à l'état...

Oui, ça peut être un stress émotionnel, un évènement dramatique, à un moment dans la vie, qui fait que ?

Exactement

(discussion)

11-18

Et au niveau des traitements, d'après les études et les psychiatres, c'est les TCC et les IRS qui marchent, et surtout l'association des 2.

C'est normal que ce soit ça qui marche, quand ça marche. Parce que parfois, ça marche pas.

...

11-19

Mais à partir de quand doit-on considérer ça comme pathologique ? C'est comme la dépression, c'est pareil...

Alors dans le DSM, ils disent à partir d'1 heure, mais ça, ça veut pas dire grand-chose, mais surtout quand y'a une souffrance et un retentissement. Donc peut-être quand y'a une demande de soin.

11-20

Le problème, c'est comme pour tout, quand y'a une demande de soin, quoi. Parce que quand on a en face de soi un vrai déprimé et qu'il veut rien faire, ben, on peut rien faire. Ca, c'est une situation qu'on rencontre relativement souvent. Des vrais déprimés qui vous décrivent quasiment tous les signes de la dépression, comme dans un livre et qui veulent rien savoir.

11-21

Les gens ont beaucoup plus peur des antidépresseurs, que des somnifères ou des anxiolytiques. Les somnifères, ça leur fait absolument pas peur, même d'en prendre pendant des mois et des mois, voire plus. Les anxiolytiques, non plus. Mais dès qu'on leur parle d'antidépresseurs, ça leur fait une peur !! Alors que ça devrait être le contraire, logiquement. Y'a beaucoup moins de risque à prendre des antidépresseurs, que des somnifères.

Oui, et on lutte contre ça, mais c'est pas facile !

Nan.

Mais y'a les médias aussi. Pourtant, les médias parlent aussi des somnifères

Oui, mais les antidépresseurs, tout de suite, les gens ont un mouvement de recul.

Remerciements