



Faculté de médecine

Année 2021/2022

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

Par

Iolanda JELEA

Née le 24.12.1987 à Bucarest (Roumanie)

TITRE

Quel type de conseil proposent les médecins généralistes pour aider les patients à gérer leur angoisse ?

Présentée et soutenue publiquement le 30.06.2022 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury :

Professeur Franck PERROTIN, Gynécologie-obstétrique, Faculté de Médecine – Tours

Docteur Boris SAMKO, Médecine Générale, MCA, Faculté de Médecine – Tours

Dr Caroline GIRAudeau, MCU, UFR d'Arts et Sciences Humaines, Département de Psychologie – Tours

Directeur de thèse : Docteur Thierry BALAND, Médecine Générale, Mehun-sur-Yèvre

Quel type de conseil proposent les médecins généralistes pour aider les patients à gérer leur angoisse ?

Contexte: Environ un quart des consultations de médecine générale sont en lien avec le stress ou l'angoisse des patients. Ayant souvent des conséquences sur la santé globale du patient, l'angoisse est évoquée spontanément ou recherchée par le médecin devant des symptômes évocateurs d'une somatisation.

Objectif : Le but de cette thèse est d'établir un état des lieux des conseils donnés aux patients lorsque ceux-ci évoquent ressentir de l'angoisse, ainsi que d'explorer la proportion de conseils proposés selon trois stratégies de gestion du stress ; les stratégies centrées sur l'identification et la confrontation du problème, les stratégies centrées sur la gestion des émotions, ainsi que les stratégies centrées sur l'évitement de la source de stress.

Matériel et méthodes: Douze médecins généralistes ont participé à l'étude par entretiens semi-dirigés et anonymisés avec retranscription verbatim et analyse qualitative des conseils proposés.

Résultats : La majorité des conseils proposés est représentée par la catégorie de conseils centrés sur la régulation des émotions, suivie ensuite par les conseils centrés sur le problème et dernièrement par les conseils centrés sur l'évitement de la source de stress. Le choix des conseils proposés est fait par les médecins généralistes principalement suite à des perceptions subjectives des besoins des patients. Ces conseils sont communément bien reçus par les patients et considérés par les soignants comme étant importants à la prise en charge globale du patient.

Conclusion : Le lien étroit des patients avec leur médecin généraliste mène souvent et naturellement à une exploration de toute source de stress ou d'angoisse du patient. N'ayant souvent pas d'algorithme pour la prise en charge non-médicamenteuse de l'angoisse, l'approche des médecins varie largement selon des critères subjectifs ou leur propre expérience vécue, la majorité d'entre eux proposant des conseils après avoir utilisé l'écoute active pour estimer les besoins de leurs patients et leurs propres intérêts. Vu le lien entre une diversification des stratégies de coping et une augmentation de la résilience des patients, il serait intéressant d'explorer une introduction de ces trois méthodes de coping dans le cursus des médecins pour faciliter non seulement l'accueil de l'angoisse de leurs futurs patients mais aussi augmenter leur propre résilience.

Mots-clés : Angoisse, Stress, Coping, Conseils, Médecine Générale, Gestion du stress, Problèmes, Émotions, Évitement, Résilience

What type of advice do general physicians offer their patients when the latter mention having anxiety?

Context: Around a quarter of all medical consultations with primary care physicians end up having to do with the patients' feelings of stress or anxiety. Feelings of anxiety can be the primary motive of consultation or can be sought by the general physician in case of the presence of symptoms of somatization alluding to them. These feelings of anxiety, if not addressed, can build up and have not only acute but also chronic effects on the patients' global health.

Goal: The goal of this thesis is to explore the different types of advice given to patients when the latter mention having feelings of anxiety. The ulterior goal is to establish what the different proportions are of the following categories : problem-centered coping strategies, emotion-centered coping strategies as well as avoidant coping strategies.

Materials and method: Twelve primary care physicians volunteered to participate in the study via semi-structured interviews that were then rendered anonymous, underwent a verbatim transcription. A qualitative analysis was used to separate and compare the different types of advice according to the kind of coping strategy suggested.

Results : Most of the advice given was represented by emotion-centered coping strategies, followed by problem-oriented coping and, lastly, avoidant coping. Primary care physicians chose which advice to offer based on a subjective perception of their patients' needs. Advice offered by general practitioners is generally well received by patients and considered by the physicians as being an integral part of the biopsychosocial therapeutic approach.

Conclusion : Causes of stress and anxiety as felt by the patients are often explored in a medical setting with their general physician. After eliminating a psychiatric diagnosis, primary care providers often offer advice to help patients deal with their anxiety. Without a formal guide of how to offer advice, physicians often call on their own judgement of what the patients' subjective needs might be, according to their own lived experience. Physicians place a great deal of importance on active listening techniques in order to impart advice that is in alignment with the patients' goals and wishes. Given the existing evidence between diversification of coping techniques and increase in resilience, it would be interesting to see if a presentation of these three different types of coping could be introduced in the medical curriculum.

Key words. Anxiety, Stress, Coping, Coping mechanisms, Family Medicine, Problem oriented, Emotion oriented, avoidant coping, Resilience

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr Henri MARRET

ASSESEURS

Pr Denis ANGOULVANT, *P dagogie*

Pr Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr Theodora BEJAN-ANGOULVANT, *Moyens – relations avec l'Universit *

Pr Clarisse DIBAO-DINA, *Médecine générale*

Pr François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine – 1947-1962

Pr Georges DESBUQUOIS (†) – 1966-1972

Pr André GOUAZE (†) – 1972-1994

Pr Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr Daniel ALISON

Pr Gilles BODY

Pr Jacques CHANDENIER

Pr Philippe COLOMBAT

Pr Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr Pascal DUMONT

Pr Dominique GOGA

Pr Gérard LORETTE

Pr Dominique PERROTIN

Pr Roland QUENTIN

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – P. ARBEILLE – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – C. BARTHELEMY – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD – P. BEUTTER – C. BONNARD – P. BONNET – P. BOUGNOUX – P. BURDIN – L. CASTELLANI – A. CHANTEPIE – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T. CONSTANS – P. COSNAY – C. COUET – L. DE LA LANDE DE CALAN – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUDEAU – J.L. GUILMOT – O. HAILLOT – N. HUTEN – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – O. LE FLOCH – Y. LEBRANCHU – E. LECA – P. LECOMTE – AM. LEHR-DRYLEWICZ – E. LEMARIE – G. LEROY – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAIN – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – A. ROBIER – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A. SAINDELLE – E. SALIBA – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
APETOH Lionel	Immunologie
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BAKHOS David	Oto-rhino-laryngologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERHOUEZ Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BOURGUIGNON Thierry	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck.....	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Médecine intensive – réanimation
FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GATAULT Philippe.....	Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUILLOIN Antoine.....	Médecine intensive – réanimation
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire
IVANES Fabrice	Physiologie
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd.....	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique.....	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie

MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénérologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MITANCHEZ Delphine	Pédiatrie
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophthalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénérologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

DIBAO-DINA Clarisse
LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs || POTIER Alain | Médecine Générale |
| ROBERT Jean | Médecine Générale |

PROFESSEUR CERTIFIE DU 2ND DEGRE

MC CARTHY Catherine Anglais |

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AUDEMARD-VERGER Alexandra	Médecine interne
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BINET Aurélien	Chirurgie infantile
BISSON Arnaud	Cardiologie (CHRO)
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostat., informatique médical et technologies de communication
CARVAJAL-ALLEGRIA Guillermo	Rhumatologie (au 01/10/2021)
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DENIS Frédéric	Odontologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
ELKRIEF Laure	Hépatologie – gastroentérologie
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HOARAU Cyrille.....	Immunologie
LE GUELLEC Chantal.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
LEFORT Bruno.....	Pédiatrie
LEGRAS Antoine.....	Chirurgie thoracique
LEMAIGNEN Adrien.....	Maladies infectieuses
MACHET Marie-Christine.....	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste.....	Radiologie pédiatrique
PARE Arnaud.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
PIVER Eric.....	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille.....	Médecine légale
ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte.....	Thérapeutique
STANDLEY-MIQUELESTORENA Elodie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
STEFIC Karl.....	Bactériologie
TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
VUILLAUME-WINTER Marie-Laure.....	Génétique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
NICOGLOU Antonine.....	Philosophie – histoire des sciences et des techniques
PATIENT Romuald.....	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

BARBEAU Ludvine.....	Médecine Générale
ETTORI-AJASSE Isabelle.....	Médecine Générale
PAUTRAT Maxime.....	Médecine Générale
RUIZ Christophe.....	Médecine Générale
SAMKO Boris.....	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRAE

BECKER Jérôme.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BOUAKAZ Ayache.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
BRIARD Benoit.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
DE ROCQUIGNY Hugues.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche Inrae – UMR Inrae 1282
GOUILLEUX Fabrice.....	Directeur de Recherche CNRS – EA 7501 - ERL CNRS 7001
GOMOT Marie.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Directrice de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
KORKMAZ Brice.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
LATINUS Marianne.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche Inserm - UMR Inserm 1253
LE MERREUR Julie.....	Directrice de Recherche CNRS – UMR Inserm 1253
MAMMANO Fabrizio.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1259
PAGET Christophe.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
RAOUL William.....	Chargé de Recherche Inserm – UMR CNRS 1069
SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche Inserm – UMR Inserm 1100
SUREAU Camille.....	Directrice de Recherche émérite CNRS – UMR Inserm 1259
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche Inserm – UMR Inserm 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire.....	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ecole d'Orthoptie

BOULNOIS Sandrine.....	Orthoptiste
SALAME Najwa.....	Orthoptiste

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice.....	Praticien Hospitalier
-----------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

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

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

Remerciements

Je souhaite remercier mon directeur de thèse, **Dr BALAND** ; Merci pour votre confiance et votre main tendue.

Je souhaite remercier le président du jury, **Professeur CAMUS** ; Merci d'avoir accepté de présider ma thèse et de me donner votre précieux avis, vous me faites un grand honneur.

Au **Professeur PERROTIN, Docteur SAMKO, Dr GIRAUDEAU** ; Merci d'avoir pris le temps d'assister à ma soutenance, veuillez recevoir toute ma gratitude.

A tous les médecins que j'ai rencontré depuis le début de mes études en médecine, qui m'ont inspiré et guidé ; Merci d'avoir éclairé mon passage et illuminé mon âme, que ce soit pour une seconde ou le temps d'un stage entier. Je pense régulièrement à vous et espère vous avoir pu montrer ma gratitude d'avoir été à vos côtés.

A mes parents ; Merci de votre amour et encouragements.

A Lars ; Merci de ton aide, ton soutien, ton amour.

<< On pourrait dire que chacun de nous construit et vit un récit

Et que c'est lui qui fait ce que nous sommes.>>

- Oliver Sacks

Abréviations :

DSM = Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux

MSU = Maitre de Stage Universitaire

SNS = Système Nerveux Sympathique

SNP = Système Nerveux Parasymphatique

Table des Matières

Introduction	15
Première Partie	16
I. Le Stress.....	16
i. Prévalence du stress en consultation de médecine générale	16
ii. Prise en charge de l'angoisse en médecine générale.....	17
iii. Sources de stress	17
II. Physiologie du stress	18
i. Le système nerveux sympathique	19
ii. Le système nerveux parasympathique.....	20
iii. Les Phases du stress	22
1) La phase d'alarme.....	22
2) La phase de résistance.....	23
3) La phase d'épuisement.....	23
iv. Les effets du stress sur la santé globale	24
III. L'angoisse	25
i. Les théories de l'origine du syndrome anxieux.....	25
1) La théorie du comportement	25
2) La théorie cognitive	26
3) La théorie comportementale	27
ii. Les composantes de l'angoisse dans le contexte du ressenti du patient.....	27
1) La composante cognitive.....	29
2) La composante physique / émotionnelle	29
3) La composante comportementale	29
4) Les facteurs déclencheurs	30
IV. La Résilience	30
i. Stratégies de coping	30
1) Stratégies centrées sur le problème.....	31
2) Stratégies centrées sur les émotions	33
3) Stratégies centrées sur l'évitement.....	34
Deuxième Partie	35
I. Matériel et methods.....	35
i. Objectifs.....	35

ii.	Hypothèses	36
iii.	Critères d'inclusion	36
iv.	L'entretien	37
v.	Recueil et traitement des données	37
II.	Résultats	38
i.	Description de la population étudiée	38
1)	Age	38
2)	Le parcours universitaire	38
3)	Les lieux de pratique.....	39
4)	L'accès aux soins de santé mentale.....	39
5)	Réponse à l'annonce	41
6)	Notions acquises sur la prise en charge de l'angoisse	42
ii.	Les représentations de l'angoisse	43
iii.	L'angoisse personnelle des médecins	44
iv.	L'angoisse des patients.....	47
1)	Prévalence de l'angoisse	47
2)	La somatisation de l'angoisse.....	48
3)	Les sources de stress	51
4)	Le ressenti des médecins lors des consultations en lien avec l'angoisse.....	53
5)	Le type de conseil donné.....	54
a.	Stratégies contrées autour des émotions	54
b.	Stratégies centrées autour du problème	60
c.	Stratégies centrées autour de l'évitement.....	63
v.	Le choix des conseils.....	66
vi.	La réception des conseils par les patients.....	70
vii.	Le rôle des conseils selon les praticiens	71
	Troisième Partie: Discussion.....	73
i.	Points forts de l'étude	73
ii.	Limites et biais de l'étude.....	74
iii.	Retour sur nos hypothèses.....	77
i.	Le choix du mot « angoisse »	78
ii.	La méthode.....	78
iii.	L'annonce	79
iv.	Les caractéristiques des participants	80
v.	Le questionnaire	82

vi.	Les métaphores sur l'angoisse	82
vii.	Le choix des catégories.....	83
viii.	L'angoisse des soignants	85
ix.	L'angoisse des patients.....	85
x.	La réception des conseils.....	88
xi.	Le choix des conseils.....	89
xii.	Le rôle des conseils selon les médecins	89
xiii.	Perspectives.....	90
	Conclusion	91
	Bibliographie.....	92
	Annexes	98

Introduction

Le monde dans lequel nous vivons est pris dans un flux de changement perpétuel. Avec la technologie et l'internet, de nouvelles façons de travailler et d'aborder notre environnement apparaissent ; des nouveaux progrès mais aussi des nouveaux défis.

Nous nous trouvons de plus en plus, en tant que soignants, confrontés à des patients souffrants moralement. Le nombre de gens se plaignant de stress ou se sentant handicapés par l'angoisse est en cours d'augmentation et ces consultations représentent environ un quart des motifs totaux (1, 2). Ces derniers deux ans, de plus, avec l'émergence de la pandémie de Covid en 2019 l'incidence de souffrance morale de nos patients a été accrue (1).

Le médecin généraliste occupe une place centrale dans la prise en charge du stress et de l'angoisse dans la médecine de ville (3). L'accès aux professionnels de santé mentale, psychologues, psychiatres et thérapeutes étant limité dans plusieurs secteurs de France (4), ceci met les médecins généralistes en première ligne dans l'accès aux soins concernant les souffrances liées au stress et à l'angoisse. Hors l'arrêt de travail et le traitement médicamenteux que nous apprenons à prescrire pendant nos études nous finissons par répondre aux demandes de l'humain en face de nous avec notre humanité propre. Nous écoutons et nous offrons des conseils selon nos vécus, notre intuition, les recherches faites pendant notre temps libre.

Pour minimiser l'impact du stress et des angoisses du patient sur sa qualité de vie les médecins proposent souvent des conseils d'adaptation au stress, connues sous le nom de méthodes de « coping » (5).

Le but de cette thèse est de faire un état des lieux sur les différents conseils donnés par les médecins généralistes lorsque le patient en face nous exprime qu'il passe par une phase ou situation angoissante et de regrouper ensuite ces conseils selon les catégories de coping du stress inspirées de la littérature psychologique et de thérapie cognitive-comportementale pour voir si on donne plus d'une sorte de conseil que d'un autre.

Première Partie

I. Le Stress

Professeur Hans Selye, enseignant endocrinologue à l'Université de Montréal, largement reconnu comme l'initiateur de la Science du Stress, nous donne la première définition de "stress" officielle, étant <<une réponse non-spécifique du corps à n'importe quelle demande>> (6) cette réponse ne pouvant pas être évitée car le fait même d'être un organisme vivant implique le fait qu'on est en lutte permanente pour nous maintenir. Initialement cette définition étant utilisée pour décrire un « Syndrome de l'adaptation générale » (6), c'est en empruntant au ingénieurs le mot « stress » que notre définition actuelle est née.

Claude Bernard, médecin, physiologiste et épistémologue Français du 19eme siècle, est ensuite celui qui aurait défini l'intérieur d'une cellule comme étant différent de l'extérieur d'une cellule et que le processus par lequel l'intérieur de la cellule se protège des agressions perpétuelles provenant de l'extérieur est une sorte de stress (7). Le stress devient alors une représentation de tous les efforts faits pour se maintenir en autonomie face à un milieu extérieur, hostile.

Dans le domaine de la santé, notamment avec les travaux de Lazarus en 1966 (8), le <<stress>> devient cette perception d'une menace à tout événement perçu qui engendre une réponse physique de gêne, une réponse émotionnelle d'angoisse et de tension, ainsi qu'une difficulté d'ajustement ou d'adaptation à la situation en question, le tout produisant une contrainte (9).

Le stress, donc, peut être conçu comme étant une réponse psychique, biologique et émotionnelle a une demande d'adaptation à une situation aigue ou chronique, un facteur entretenant un autre et devenant un facteur de stress pour un autre. C'est cette cascade d'émotions qui déclenche ce qui est connu comme le "Stress Response", la réponse physiologique au stress (10).

i. Prévalence du stress en consultation de médecine générale

Une étude belge de 2004 effectuée par Ansseau et al. (3) retrouve que 42.5% des consultations en médecine générale relèvent d'une pathologie psychologique non-psychiatrique, alors que seulement 5.4% des patients avaient consulté pour une souffrance morale (3). En 2011 a eu lieu le premier sondage national Français sur la prévalence des troubles anxieux, retrouvant ces troubles chez 21.5% de la population générale (11). La conclusion de cette étude était de

montrer l'importance de ces troubles et de justifier la demande d'une prise en charge qui devient prioritaire de la part du système de santé (11).

Selon un sondage OpinionWay mené pour la fondation Ramsay Santé (1) en 2017, 9 Français sur 10 se disent stressés, 10% se considérant comme étant "très" stressés et 40% "assez" stressés. Cette prévalence semble avoir augmenté car selon cette même étude 4 Français sur 10 ont senti leur niveau de stress augmenter avec le temps (1).

ii. Prise en charge de l'anxiété en médecine générale

Une étude de 2014 a retrouvé que l'opinion des médecins généralistes envers l'offre de soins psychiatriques était insuffisante, du fait de la difficulté d'accès aux soins et le manque de psychiatres, bien que le regard des patients envers des troubles psychiques ou psychiatriques soient moins stigmatisants qu'auparavant (4,11). Ce manque d'accès accentue le rôle du médecin généraliste en tant que premiers recours dans la prise en charge de l'anxiété des patients, résultant en 50% des pathologies psychiatriques qui sont diagnostiquées par le médecin généraliste (13). Pres de 50% des cas traités par des anxiolytiques ou antidépresseurs en médecine générale en 2009 étaient reconnus par des psychiatres comme étant un trouble dépressif majeur ou un trouble anxieux nécessitant une prise en charge médicamenteuse selon le Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux (DSM-4) (14).

Les dernières études montrent que l'approche au traitement de l'anxiété en médecine générale doit reposer principalement sur une prise en charge psychothérapeutique avant une prise en charge médicamenteuse (15, 16). Cette prise en charge psychothérapeutique peut correspondre tout simplement à l'écoute active et la discussion médicale spécifique, toutefois le type de psychothérapie ayant le plus haut niveau de preuves est la thérapie cognitive comportementale (15,17). La psychothérapie peut aussi inclure la méditation, respiration et relaxation active (18). Une prise en charge psychothérapeutique seule peut parfois être aussi efficace et donner les mêmes résultats qu'une prise en charge médicamenteuse (15-19).

iii. Sources de stress

En 2017 les principales causes de stress ont été nommées comme étant le travail (36%), les problèmes financiers (35%) et les problèmes relationnels (33%) (1). Parmi les jeunes en 2018

les causes d'angoisse principales sont les études, leurs finances, les relations personnelles, leur futur emploi ou leur quête d'emploi ainsi que l'emploi du temps (20). En 2009 un sondage ANACT/CSA a mis en évidence que la population active en France compte parmi les 3 populations les plus stressées au monde, à propos de leur travail, (21). Dans la revue Management et Avenir en 2011 Alain Gintrac décrit la souffrance au travail comme pouvant être regroupée en 4 catégories principales (22) :

- 1) L'organisation et Processus du travail : organisation du temps, horaires de travail, degrés d'autonomie
- 2) Conditions et environnement du travail : spécificités physiques de l'endroit de travail (lumière, chaleur, écrans, souris, bruit, etc.)
- 3) Communication : s'applique au niveau des 3 axes, vertical ascendant, vertical descendant et horizontal.
- 4) Facteurs Subjectifs

Pendant la pandémie de Covid-19 il a été démontré que le niveau d'angoisse ressenti était inversement proportionnel à l'âge et au degré d'éducation (23). En mars 2022 une étude faite par Harris Poll pour l'Association Américaine de Psychologie trouve que parmi les causes principales de stress sont la hausse des prix et de l'inflation, une anticipation d'une attaque de la part de la Russie et l'invasion de l'Ukraine (23). En deuxième intention en fonction de la fréquence on retrouve les conjugopathies et les séparations ainsi que l'impossibilité de voir ses proches pendant la pandémie (24). 35% des Américains notent que le travail est leur source de stress principale avec 76% de ceux-ci évoquant un lien entre leurs difficultés au travail et des conjugopathies (24).

Une étude effectuée par Malakoff pour Humanis en 2021(25) sur l'état du stress au travail des Français retrouve que 45% des salariés se sentent plus fatigués par suite de la pandémie.

II. Physiologie du stress

Le processus physique a été décrit initialement dans l'année 1920 par l'Américain Walter Cannon (26). L'analyse de notre entourage passe d'abord par nos 5 sens et arrive ensuite au complexe amygdalien, localisé dans la région antéro-interne du lobe temporal, où les informations sont évaluées et où on leur attribue une émotion (27). Le complexe amygdalien reçoit aussi des informations du complexe préfrontal, le centre décisionnel de nos actions qui

relaie des informations jusqu'au niveau du complexe amygdalien, jouant ainsi un rôle très important dans les circuits de récompense et comportements acquis (27). A son tour le complexe amygdalien envoie des signaux à l'hippocampe, siège de la formation de nos souvenirs, permettant au complexe amygdalien de faire le lien entre nos expériences vécues actuelles et les expériences stockées dans notre mémoire et nos décisions futures en lien avec notre comportement.

Le complexe amygdalien envoie aussi des branches efférentes à l'hypothalamus, au tronc cérébral (zones liées à la vocalisation, l'analgésie et des changements cardiovasculaires, les voies de la douleur, ainsi que le système vagal) (27). L'hypothalamus, à son tour, agit sur le système nerveux autonome (sympathique et parasympathique).

i. Le système nerveux sympathique

Lors d'une réponse à un stress aigu, le SNS stimule les glandes surrénales, celles-ci relâchant dans la circulation des catécholamines (adrénaline et noradrénaline). Les effets de l'adrénaline sur le corps peuvent être ressentis de diverses façons mais principalement (26) :

Augmentation de la fréquence du rythme cardiaque

Augmentation de la fréquence respiratoire

Augmentation de la pression artérielle

Pâleur

Tension et contracture musculaire

L'adrénaline joue un rôle majeur dans l'athérogénèse avec augmentation des lipides sanguins et augmentation de la glycémie, rôle important dans le contexte d'événements stressants répétitifs ou prolongés (augmentation progressive de la glycémie, intolérance progressive à l'insuline, augmentation des risques cardio-vasculaires) (25)

Une fois le SNS activé directement par l'hypothalamus, l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien est activé aussi. L'hypothalamus relâche le facteur de libération de l'ACTH (CRH = Corticotropin Releasing Factor) qui stimule le relâchement de l'ACTH par l'hypophyse. L'ACTH agit sur les corticosurrénales par l'intermédiaire de l'adénylcyclase, qui sont stimulées dans leur partie corticale et mènent à une sécrétion de cortisol et d'aldostérone. (26)

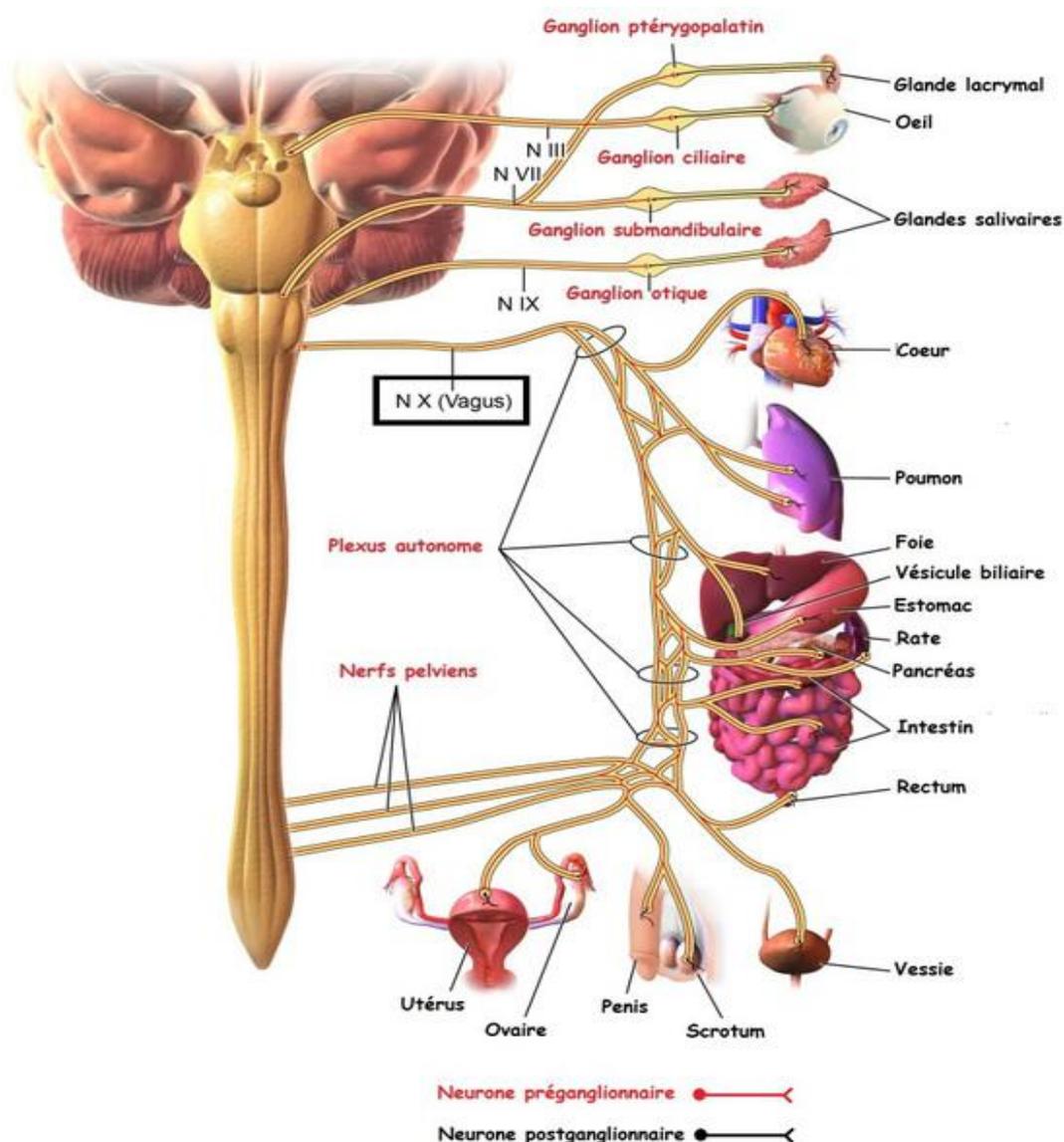
Le cortisol active ensuite le mécanisme de gluconéogenèse par lequel la glycémie est augmentée à la suite d'une transformation des acides gras. A noter que ce mécanisme est augmenté chez les gens ayant déjà une glycémie à jeun augmentée (28).

La sécrétion d'aldostérone mène à une rétention de sodium ; au niveau des reins menant elle-même indirectement à une augmentation de la pression artérielle. S'ensuit une série de mécanismes de vasoconstriction au niveau splanchnique, cutané et rénal (29).

ii. Le système nerveux parasympathique

Le SNP intervient ultérieurement par l'intermédiaire de l'acétylcholine après le danger et favorise une sensation de relaxation et détente (26). Il agit principalement par l'intermédiaire du nerf vague (10ème paire de nerfs crâniens) dont les fibres se répartissent de façon élargie dans le corps entier et contiennent 80 % fibres afférentes et 20% fibres efférentes (30), étant, donc, un intermédiaire important dans l'accumulation et le relai d'informations pertinentes. L'activation de ses voies afférentes est de type oscillatoire. L'activation des voies afférentes liées à la respiration, passant par le noyau ambigu (noyau commun des nerfs IX et X) est reflétée dans l'arythmie sinusale respiratoire perçue sur un ECG, ainsi qu'au niveau de la fréquence cardiaque (31). La respiration devient, donc, un outil important dans l'activation du PNS et de la communication entre les organes tributaires de nerf vague.

Le Système Nerveux Parasymphatique, Afférences du Nerf Vague



Source : psychoposturologue.com/regulationvagale

Le SNP ralentit la fréquence cardiaque, augmente la motilité intestinale et provoque un relâchement de la plupart des sphincters du tractus gastro-intestinal. L'activation du système sympathique inhibe les actions d'un état de détente et l'activation du système parasympathique inhibe les effets d'un état prédominant sympathique (29).

Les effets du système parasympathique vont au-delà des effets temporaires lors de son activation, jouant un rôle important dans les mécanismes de l'inflammation et le système immunitaire (30) par ses fibres qui rejoignent aussi d'importants organes lymphatiques. La physiologie complète de l'acétylcholine est toujours en cours d'étude mais son rôle dans la voie cholinergique anti-inflammatoire est bien connu. L'activation du nerf vague au niveau du ganglion cœliaque, origine du nerf splénique, mène à une inhibition de la production du facteur TNF dans la rate, ce facteur étant un de ceux qui amplifient les réactions inflammatoires innées (32). Des études récentes (33) montrent que le système parasympathique a un rôle aussi dans le ralentissement de l'oncogenèse, comparé au système sympathique qui, lui, favorise justement la progression d'un processus cancéreux. La stimulation du nerf vague par méthode mini-invasive a même été proposée comme traitement contre la dépression clinique, même si l'application de cette nouvelle technique n'a pas encore pris son ampleur (34).

Au long cours un état de stress chronique peut mener à des soucis de santé et même des changements anatomiques. Le stress chronique peut engendrer des changements chimiques ainsi que physiques au niveau du cerveau avec atrophie de la matière grise (noyau et corps cellulaire des neurones) (35,36), diminuant le nombre de neurones et terminaisons dendritiques (37), ces changements ayant eux-mêmes une influence ultérieurement sur la cognition et la mémoire. La partie du cerveau chargée de la transformation de la mémoire de courte durée en longue durée est l'hippocampe, zone la plus chargée en récepteurs de glucocorticoïdes, produits survenant d'une activation prolongée du système sympathique et donc, du stress (37).

iii. Les Phases du stress

Hans Selye décrit initialement la notion de stress comme étant une demande d'adaptation, nommant la réaction au stress physique-émotionnelle-mentale le Syndrome General D'adaptation. Il y décrit trois phases (38) :

1) La phase d'alarme

La phase initiale d'alarme est de courte durée ; le choc initial. Ceci représente une mobilisation des ressources physiques et émotionnelles pour se préparer à faire face au pire possible. C'est ici que se manifeste les phénomènes connus comme « attaque », « fuite » ou « rester figé ». C'est pendant cette phase que sont relâchées l'adrénaline et le cortisol en grandes quantités. (38)

2) La phase de résistance

Décrit la période qui suit la phase d'alarme lorsque l'état de stress se prolonge. La sécrétion d'hormones change, n'entraînant plus de changements aigus et exagérés d'un point de vue physiologique mais permettant au corps de rester dans un état de vigilance et d'anticipation prolongé. D'un point de vue émotionnel la phase de résistance représente une période de maintien d'un état d'alerte et de changements soutenus à la vue d'une adaptation à une demande. C'est ici qu'interviennent les stratégies de coping individuelles et d'activation du SNP pour pouvoir faire face à des demandes inhabituelles sur une période prolongée. (38)

3) La phase d'épuisement

La phase d'épuisement suit une période d'ajustement si le patient n'arrive plus à faire face aux demandes physiques, mentales ou émotionnelles. D'un point de vue physique cela peut être ressenti comme une grosse fatigue ou comme des <<symptômes physiques sans explication médicale>> (Medically Unexplained Symptoms), comme des souffrances sans définition. D'un point de vue émotionnel et moral cela se transforme en syndromes d'anxiété généralisés, burn-out, dépression (39).

La demande d'adaptation peut être réelle ou peut être à la suite de demandes ressenties. Cela dépend non seulement de l'agent stressant externe mais aussi de notre réponse émotionnelle et de la connexion qu'on fait entre plusieurs agents stressant (réelle ou imaginée). Plus nous sommes en état d'alerte permanent, plus la réponse sera amplifiée par la composante imaginaire, la pensée et les angoisses antérieures. (40)

Exemple d'agent stressant externe

A) L'annonce d'un cancer

Pensée réactive à l'agent stressant : <<On va devoir m'opérer>>

B) L'annonce d'un divorce

Pensée réactive à l'agent stressant <<Je vais devoir déménager>>

Exemple de stress cause par un agent stressant rehaussé par nos émotions et/ou par un état de stress prolongé :

A) L'annonce que notre supérieur souhaite nous parler

Pensée réactive déformée par le stress : <<il va sûrement me virer>>

B) L'annonce que notre père vient de faire un infarctus

Pensée réactive déformée par le stress. <<je vais sûrement en mourir d'un aussi>>

Alors que l'agent stressant initial ayant causé la souffrance reste le catalyseur principal, le manque de maîtrise de nos émotions reste le facteur propageant la souffrance du patient. (41) Cet agent stressant n'est pas obligé d'être un moment agresseur limité dans le temps mais peut aussi englober un état quasi perpétuel de conflits intérieurs, d'agitation et d'inquiétude que les patients peuvent entretenir sans qu'il y ait un élément externe clair (42). Comme dit Epictète dans son Manuel, << Ce qui trouble les hommes, ce ne sont pas les choses, mais les représentations qu'ils en fabriquent qui les tourmentent le plus.>> (43).

iv. Les effets du stress sur la santé globale

La plupart des études sur les effets du stress sur la santé physique et psychique sont anglo-saxonnes et notamment américaines et datent de la fin des années 1990 / début des années 2000. Selon la revue The US Surgeon General datant de 1999 (44) chez les personnes de 18 – 54 ans le stress et l'anxiété sont les principaux facteurs aggravant des troubles mentaux et somatiques. En 2020 l'Inserm lance un communiqué de presse pour proposer le lien entre des hauts niveaux de stress et une baisse de l'immunité par moyen des récepteurs B2-adrénérgiques (45). Les hormones impliquées largement dans la défense immunitaire et la modulation des infections sont aussi activées par le système sympathique lors des périodes de stress (45).

La vie étant jalonnée d'événements heureux ou malheureux, selon l'interprétation donnée. Les études semblent indiquer que tous les faits marquants de la vie sont des facteurs de stress et prédisposent aux troubles mentaux lorsqu'ils se suivent de près (46). Le caractère péjoratif d'un événement n'est pas obligatoire pour qu'il mène à une anxiété ; il suffit qu'il soit inattendu (favorable ou défavorable) ou qu'il fasse partie d'une succession inhabituelle d'événements (46). Ystgaard et al en 1997 démontrent un lien entre la quantité de stress accumulé dans la vie d'un être humain et le risque accru d'angoisse, dépression, abus de substances illicites et suicides (46).

III. L'angoisse

La distinction entre le stress et l'angoisse varie dans cette thèse selon l'approche motivant les différentes études. Dans les prochains chapitres l'anxiété sera étudiée selon les théories de son évolution en psychothérapie pour en tirer des parallèles pour avec les solutions proposées. L'angoisse représentant une demande d'adaptation, elle n'a pas toujours une connotation péjorative. A partir de cette étape l'angoisse mentionnée sera l'angoisse non-adaptative qui diminue la qualité de vie du sujet.

L'anxiété non adaptative est l'anticipation d'évènements futurs, perçus comme une menace (42). Elle est définie par une sensation d'appréhension et de tension accrue. L'angoisse peut être synonyme du stress mais elle s'exprime sur une période plus prolongée étant ou bien une expérience chronique ou bien une expérience intermittente mais récurrente. (47) Même si une vigilance augmentée pourrait augmenter les performances physiques et mentales et encourager l'apparition ou l'évolution de mécanismes d'adaptation dans un premier temps, l'angoisse est souvent utilisée avec une connotation négative dans les consultations habituelles de médecine générale.

i. Les théories de l'origine du syndrome anxieux

1) La théorie du comportement

Cette théorie est basée sur les principes des conditionnement Classiques et Opérants, développées en partie par Dr Orval Hobart Mowrer, un psychologue Américain qui, pendant les années 1930, a voulu démontrer que la peur et l'angoisse sont synonymes et que toutes les deux sont une réponse à un stimulus (42). Selon lui la peur et l'angoisse sont des réactions malléables qui peuvent être apprises et aussi désappries. Cette théorie est basée sur deux étapes successives décrivant l'installation d'une angoisse, peur ou phobie : le conditionnement Classique et Opérant (42).

a) Le conditionnement classique : Décrit la métamorphose d'un objet / lieu / événement de nature neutre en objet / lieu / événement qu'on associe avec de l'angoisse ou de la peur (42).

Exemple : Une personne qui aime être dans le contrôle prend l'avion et a un trajet avec beaucoup de turbulences qui la rendent inconfortable et qu'elle ne peut pas contrôler.

Depuis s'installe une angoisse liée au voyage en avion et un comportement d'évitement. Même le fait d'y penser génère une angoisse.

Exemple : Une personne qui travaille à son boulot depuis des années et a toujours aimé ce qu'elle fait, à une mauvaise interaction avec des collègues. D'un coup le lieu de travail commence à représenter un endroit hostile ou l'expérience s'empire chaque jour qui passe et ou l'angoisse d'y retourner commence dès la veille.

b) Le conditionnement opérant: Cette étape ultérieure décrit comment la peur ou l'angoisse peuvent être augmentées, maintenues ou diminuées selon les réponses élicitées par le comportement associé à cette angoisse ; les punitions augmenteront la réponse d'angoisse, les récompenses la diminuent. C'est à cette étape-ci que peuvent intervenir les divers exercices pour gérer l'angoisse (42).

Exemple : Un patient avec agoraphobie évite de sortir pour ne pas se sentir angoissé ; ce comportement sera perçu comme une récompense et donc sera encouragé dans sa réponse au stress, cette réponse pouvant devenir elle-même pathologique lorsque poussée vers l'extrême.

2) La théorie cognitive

Selon Aaron Beck dans ses papiers publiés en 1985 (42), les patients ayant déjà établi une relation d'angoisse avec un stimulus neutre (voir étape précédente) commencent à avoir des interactions non-neutres et biaisées, non seulement avec les événements externes mais aussi avec ceux internes. Ce filtre augmentera la perception de danger, d'attaque à sa propre personne (42). Les types de pensées qui seront favorisées seront : la catastrophisation (une prévision irrationnellement négative des événements futurs), l'abstraction sélective (interprétation de la réalité où on isole un sujet hors de son contexte en ignorant les parties du dit contexte qui pourraient offrir une autre perspective) et la pensée dichotomique (tout ou rien, sans nuance) (42). Beck propose que ces éléments prennent place largement dans le subconscient (42).

Il propose que ces liens faits dans le subconscient puissent justement être démontés consciemment en les adressant directement rationnellement, laissant le patient entrevoir la

discrepance entre ses perceptions et la réalité, lui permettant de voir en quelle mesure son subconscient a déformé des événements ou des sujets neutres en quelque chose étant une source de danger (42). Beck propose même d'affronter ses propres pensées angoissantes avec des propositions <Socratiques>, ou on trouve la réponse nous-même et on la confronte à la probabilité qu'elle soit vraie, ligne de questionnement souvent retrouvée dans l'Entretien Motivationnel.

3) La théorie comportementale

Le modèle de Barlow : En 2002 Barlow propose que dans toutes les situations où il existe de l'anxiété, il existe à la base de <l'anxiété anticipatoire>, ou une certaine sensation d'incapacité de prédire le futur et à le contrôler (41).

Selon Barlow (42) cette habitude se crée chez des individus qui ont eu des vécus traumatiques dans leur passé (éventuellement pendant leur années formatives) ou ils ne pouvaient pas prédire si leur sécurité personnelle ou leurs besoins de base étaient assurés. Ces habitudes auraient même pu se former dès l'enfance des patients dans le cas de parents ayant un style de parentage ne permettant pas à l'enfant de contrôler des événements vitaux. De cette façon l'enfant se crée une idée que le locus de contrôle est externe, et non interne ; c'est-à-dire il devient intimement convaincu qu'il n'exercera aucune influence sur le résultat des événements autour de lui, devenant ainsi une victime passive qui subit les événements du monde. C'est ainsi que l'idée <<d'anxiété anticipatoire>> devient un mode de défense et de pensée habituel chez ces patients (42).

N'ayant pas les outils nécessaires pour faire face à l'inconnu (locus de contrôle externe), le patient se retourne vers le milieu intérieur et y retrouve les sensations inconfortables d'anticipation et, ne sachant pas comment les gérer, crée une boucle de feedback ; pour fuir les situations anxiogènes, l'attention du patient se tourne vers lui-même ou il découvre les symptômes de l'anxiété, accentuant le problème initial (42).

ii. Les composantes de l'anxiété dans le contexte du ressenti du patient

Faisant suite aux théories de l'origine du stress nous pouvons explorer les manifestations du stress par rapport aux trois versants explorés. L'anxiété peut se manifester par des troubles

physiques, émotionnelle, cognitifs ou comportementaux (42). Les patients peuvent se présenter pour des symptômes liés directement ou indirectement à l'anxiété, ou le sujet peut apparaître pendant la consultation.

Parmi les symptômes physiques les plus fréquents on y retrouve (47, 48, 12)

- La fatigue
- Les troubles du sommeil
- Céphalées, vertiges, nausée
- L'inconfort abdominal, pollakiurie
- Sensations de palpitations, douleur thoracique, sensation d'étouffement, augmentation pression sanguine
- Des douleurs diffuses

Parmi les symptômes émotionnels les plus fréquents on y retrouve (47,48,12) :

- La peur, l'appréhension
- Des pensées d'inquiétude ou de vulnérabilité
- Irritabilité, émotivité pendant la consultation
- Difficultés de concentration
- Peur de mourir
- Intolérance à un symptôme ou une maladie habituellement bien tolérée

Parmi les symptômes comportementaux on y retrouve (47,48,12) :

- Retard, oublis de rendez-vous, multiplication des consultations, motif de consultation pas clair ou apparemment trop bénin
- Persistance d'un symptôme, nouveau symptôme
- Hyperactivité physique pendant la consultation
- Attitude revendicatrice, hésitations
- Pensées envahissantes
- Comportements d'évitement de la confrontation
- Troubles du comportement alimentaire
- Comportements addictifs

La répercussion du stress la plus ressentie par les patients eux-mêmes en 2017 a été l'insomnie chez 54% des participants (1). À la suite de la Pandémie Covid-19 20% des

Français ont augmenté leurs habitudes addictives, 28% ont vu leur insomnie s'aggraver et 32% ont eu une prise de poids non souhaitée (24).

1) La composante cognitive

Correspond à la perception de l'agent stressant selon les croyances personnelles et interprétations d'évènements par le patient. Du fait des biais personnels, des évènements particuliers deviennent d'éventuelles menaces réelles ou ressenties. La réaction mentale à ces évènements devient ensuite apprise et acquise (42).

2) La composante physique / émotionnelle

Est définie par le retentissement de la perception de l'agent stressant sur le corps et les sensations ressenties ; tension musculaire / contractures, agitation, tremblements, respiration superficielle, palpitations ou tachycardie, sécheresse des muqueuses / de la bouche, transpiration ou sueurs froides, mains moites, bouffées de chaleur ou frissons, pollakiurie, nausée, diarrhée ou constipation. Notamment, des symptômes d'un système nerveux sympathique surexcité et d'un système nerveux parasympathique fonctionnant au ralenti (42).

3) La composante comportementale

Définie par les techniques d'adaptation qu'une personne développe face au stress (7). Ces adaptations peuvent être instantanées, répondant immédiatement à l'agent stressant, ou bien peut être une réponse apprise et développée sur une période plus prolongée. On peut la diviser familièrement en trois types de réponses ;

“Le combat” : vérification excessive, comportements où l'on recherche l'acceptation de nos pairs, etc.

“Le vol” : évitement, procrastination, évasion, etc.

“Le blocage : comportement bloqué ou choqué

4) Les facteurs déclencheurs

Sont des facteurs qui vont activer une des composantes par la ressemblance avec des expériences antérieures. Ceci mènera à la reproduction du cycle cognitif / physiologique / comportemental mis en place pour un autre évènement stressant. Ces Facteurs peuvent être externes ou internes.

Facteurs externes : tout stimulus conditionne à être associé à la peur

Facteurs internes : images mentales d'anticipation, souvenirs, revivre des expériences anxiogènes

IV. La Résilience

Etant initialement décrit dans le milieu physique et cellulaire et décrivant la capacité d'une cellule de revenir à son état initial à la suite d'un choc environnant, la notion de Résilience s'est propagée aussi dans le milieu psychologique et décrit les capacités d'une personne à 'rebondir' à la suite d'un évènement difficile, à laisser des contrariétés ricocher sans causer des dégâts (49, 50).

La résilience peut être une capacité innée, à différents degrés selon chaque individu, mais peut aussi être cultivée volontairement en développant des méthodes de coping qui sont propres à chaque patient. Des facteurs prédictifs positifs de la résilience sont : des relations personnelles stables évoluant depuis la naissance avec un climat familial sécurisant, un entourage encourageant, statut socio-économique (42). Le mariage ou la colocation augmentent cette probabilité dans la limite de la qualité des relations (42). La capacité à canaliser les émotions ressenties dans les arts, les sports ou différents hobbies permettant aussi de l'augmenter.

i. Stratégies de coping

Le mot << coping >> vient de l'anglais voulant dire << faire face >>. C'est un mot qui insinue que la source d'angoisse ne peut pas nécessairement être changée et que la solution doit être trouvée en acceptant sa présence (7).

Le coping est une stratégie d'ajustement ou d'adaptation au stress permettant au patient d'atténuer les effets négatifs ou les perturbations des situations perçus comme étant stressantes (39). Les méthodes de coping sont en lien direct avec l'estimation cognitive des agents stressants externes et peuvent être décrites comme étant la somme d'une addition des éléments contraignants de l'environnement avec les ressources disponibles. (Lazarus et al) (9).

Les méthodes de coping peuvent être conscientes, après les avoir travaillées et introduites dans nos vies, ou bien elles peuvent être automatiques, cas dans lequel elles s'appellent des mécanismes de défense. Lazarus et Folkman décrivent les méthodes de coping comme étant une façon de diminuer le stress en altérant les causes de celui-ci (52). Ces méthodes de coping peuvent jouer un rôle dans la diminution de l'impact des événements stressants sur le patient, pour limiter non seulement les effets du stress chronique susmentionnés mais aussi le risque de développement d'une pathologie psychiatrique.

Les prochaines catégories de coping sont séparées selon le but recherché par le patient et selon ses besoins. En utilisant l'écoute active et des méthodes comme l'entretien motivationnel, le médecin généraliste peut guider le patient dans la découverte de ses besoins pour faire face à des situations ou des états angoissants. En 2017 30% des Français ne mettaient rien en place pour gérer leur stress (1).

1) Stratégies centrées sur le problème

Le but des stratégies centrées sur le problème est de pouvoir identifier le problème, la situation problématique qui génère la sensation d'angoisse. Le but est ensuite de trouver une façon de mettre en place une stratégie d'adaptation au problème, une résolution ou bien tout simplement une conduite à tenir. Les différentes facettes de cette stratégie sont :

- La perception objective de la situation
- L'identification de la source du problème
- L'identification des variables qui devraient être prises en compte pour tenter d'améliorer la situation
- Evocation d'un plan ou d'un stratagème
- La préparation à un échec

Une anticipation préparatrice de toutes ces étapes avec la possibilité de réévaluation et dédramatisation

L'avantage de l'utilisation des stratégies de coping centrées sur le problème est le fait d'avoir une sensation de maîtrise de son environnement et des résultats, ceci augmentant l'estime de soi et la motivation de faire face aux agents stressants ; le risque étant de mal estimer quel est le vrai agent stressant dans une situation complexe. Dans ce cas les stratégies essayées ne donneraient pas le résultat envisagé – à prendre en compte pour ne pas entraîner une démotivation accrue (49).

- Exemples de coping orienté sur le problème
- Organisation (garder un agenda, un journal, organisation de l'emploi du temps)
- Gestion du travail
- Anticipation des tâches et leur exécutions correctes
- Stratégies interactionnelles (apprendre ses limites et à les poser d'une façon non-violente)
- Planification et adaptation
- Confrontation

Une étude de 2020 (54) montre que les hommes ont une tendance à utiliser plus de stratégies de coping centrées sur le problème que les femmes qui, elles, sont plus attirées par les stratégies de coping centrées sur les émotions. Une autre étude de 2006 (55) retrouve une corrélation entre le degré d'auto-efficacité (la croyance d'un individu qu'ils sont capable d'accomplir une tâche) et la tendance au coping centre sur le problème, ainsi que le fait qu'il pourrait y avoir un lien entre le coping centré sur les problèmes et l'impression de faire partie de son équipe au travail (lorsque la source du stress se trouvait au travail) que les méthodes de coping centrées sur l'évitement (54). Amiot et al trouvent aussi que le coping centre sur le problème mène plus à l'obtention d'un but souhaité que l'utilisation d'une autre sorte de coping (55) et que ce type de coping est le plus commun chez les personnes ayant un assez haut degré de motivation et d'autodétermination leur permettant d'être concentrées sur l'obtention de ce but. Ce type de coping, utilise régulièrement dans des situations qui le permettent, mène aussi à un niveau réduit de stress ressenti au quotidien (56).

Le coping centré sur le problème a été relie à moins d'insomnie et de dépression que les autres types de coping (58).

2) Stratégies centrées sur les émotions

Les stratégies de coping basées sur les émotions ont comme but d'aider l'individu à gérer les émotions qui résultent d'une situation stressante sans essayer de gérer la cause du stress ou de trouver une solution (43). Ce type de coping peut être ou bien cognitif (en essayant de diminuer l'impact de pensées angoissantes) ou bien comportemental (agissant sur notre comportement avec but de gérer le stress) (53). Ce type d'exercice est utilisé souvent quand il n'y a pas de solution en vue (53). C'est le type de coping qui a été démontré comme ayant un lien positif avec le niveau de stress ressenti (58).

Dans cette catégorie entrent les exercices qui permettent de gérer nos émotions mais aussi celles où nos émotions sont dirigées vers des sensations et des pensées agréables et positives, exercices que Lazarus et al décrivent comme étant <<meaning-oriented>> (orienté vers des principes alignés avec la moralité et le bonheur de chaque individu) (9). Ce type de coping a été négativement associé à la dépression (59).

Exemples de coping centré sur les émotions

- Recherche de soutien, liens sociaux
- Spiritualité, prière
- Activités en dehors du travail, développement des intérêts personnels, hobbies
- Décharge émotionnelle, désengagement mental et comportemental
- Méditation
- Pratique d'exercices physiques
- Exécution de tâches ménagères, bricolage
- Expression des émotions (par exemple l'écriture)
- Visualisation positive
- Relaxation progressive
- Cohérence cardiaque
- Exercices de respiration
- Exercices de gratitude et de pardon
- Connexion avec des souvenirs de bonheur, de joie.... (<<meaning-focused>>)

Dans l'étude de 2017 effectuée pour Ramsay Santé évaluant le stress des Français, 55% avaient nommé le sport comme méthode de coping contre le stress, 45% yoga et méditation (1). Ces deux méthodes sont des exemples de coping centré sur les émotions.

3) Stratégies centrées sur l'évitement

Ce type de pratique est basé sur la nécessité de se séparer, physiquement ou mentalement, volontairement ou involontairement, de l'agent stressant dans un but protectif. Ce type de coping peut être nécessaire dans un premier temps pour permettre la mise en place d'autres stratégies de coping car le coping évitant n'est pas une stratégie de management du « distress » à long terme, sinon il y a un risque augmenté que ça ne devienne un coping plus malsain que sain. (41)

Exemples de coping évitant

- L'arrêt de travail
- Les activités en dehors du travail
- La médication
- Les exercices de respiration
- La relaxation progressive
- La diversion
- La résignation

La capacité de jongler entre les divers types de coping entraîne un plus grand degré d'adaptabilité aux différents agents stressants pouvant apparaître en un seul moment ou au cours de la vie. (42) Ceci traduit une capacité de différencier entre les situations où des solutions peuvent être obtenues et des situations où on doit davantage se concentrer sur la tolérance et l'acceptation de la présence d'un agent stressant en limitant son impact sur notre vie. Cette adaptabilité mène, donc, à une résilience augmentée (60). Pendant une période de crise comme une pandémie il devient nécessaire d'apprendre à jongler avec différentes techniques de coping pour éviter la transformation d'un stress aigu en stress chronique ou syndrome dépressif (61,62).

Deuxième Partie

I. Matériel et methods

L'annonce pour l'entretien a été d'abord publiée sur deux groupes de médecins généralistes de Tours sur le réseau social Facebook. Afin d'augmenter le nombre de réponses, l'invitation à la participation a été publiée aussi sur un groupe de Thèses Médicales sur Facebook, devenant une recherche multicentrique. Deux participants ont évoqué leur souhait de participer suite a propagation orale de type « bouche à oreille ».

Le choix a été fait de publier l'annonce en ligne pour établir un contact direct et rapide avec les participants. Le contenu de l'annonce a décrit le sujet de l'annonce (Conseils Proposés en cas d'Angoisse) sans rentrer dans plus de détails pour ne pas influencer l'expression des participants. De cette façon une sélection naturelle s'est faite pour les médecins souhaitant participer à l'étude qui avaient déjà un intérêt pour le sujet facilitant l'introspection nécessaire pour répondre aux questions et reproduire les conseils donnés.

Les données ont été recueillies et analysées de façon qualitative par entretiens semi-dirigés faits par visioconférence. La durée moyenne des entretiens a été de 45 minutes, le plus court étant 30 minutes et le plus long 75 minutes. Ce type d'étude est adéquate dans la situation où on souhaite faire un état des lieux des ressentis de conseils qui peuvent

Les réponses ont été anonymisées et retranscrites verbatim en utilisant l'application Word et introduites dans l'application Atlas.ti, où des mots-clés ont été générés pour l'encodage des conseils. Pour répondre au sujet principal, les catégories de conseils ont été comparées entre elles pour évaluer leur fréquence.

Une déclaration au CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et de la Liberté) n'a pas été nécessaire vu l'anonymisation des données. Les médecins participants ont donné leur accord pour être enregistrés dans le but de la retranscription, sachant que les entretiens allaient être anonymisés.

i. Objectifs

L'objectif principal de cette étude est d'explorer les conseils que donnent les médecins généralistes aux patients qui évoquent ressentir de l'angoisse. Cette angoisse peut être le

motif principal de la consultation du patient ou bien peut survenir au cours des consultations. Les conseils sont ensuite divisés en trois catégories selon le type de coping évoqué (centré sur le problème, centré sur les émotions ou coping évitant) pour voir quelles sont les proportions des différents types de conseils donnés.

Les objectifs secondaires sont :

- De voir quels types de coping les médecins utilisent eux-mêmes lorsqu'ils se sentent angoissés.
- De voir ce qu'ils ont appris sur l'angoisse pendant les études de médecine.
- De voir quelles sont les principales causes d'angoisse des patients de façon anecdotique.
- De voir quels sont les symptômes physiques qui orientent les médecins vers une somatisation d'une angoisse.
- D'explorer les ressentis des médecins généralistes lors des consultations en lien avec l'angoisse.
- De voir comment les médecins choisissent les conseils qu'ils proposent.
- D'explorer la réception par les patients des conseils offerts.
- D'explorer l'importance attribuée à ces conseils par les médecins généralistes.

ii. Hypothèses

Pour répondre à cette question plusieurs hypothèses ont été émises :

- L'accès aux soins de santé mentale (psychiatres ou psychologues) est difficile dans toute la France pour raison de délai d'attente ou de prix.
- Le pourcentage de consultations par jour en lien (directement ou indirectement) avec l'angoisse seront aux alentours de 20%.
- Les médecins utilisent plus des stratégies centrées sur les émotions pour leur propre angoisse ainsi que pour l'angoisse des patients.
- Les médecins choisissent leurs conseils de façon intuitive, majoritairement.

iii. Critères d'inclusion

Les médecins participants devaient avoir fini leur DFASM3 en France et devaient être médecins généralistes. Ils devaient manifester leur intérêt pour participer à l'étude et devaient être d'accord pour participer à un entretien semi-dirigé enregistré et anonymisé.

iv. L'entretien

L'entretien semi-dirigé est basé sur une liste de points spécifiques à discuter avec le sujet, cependant ces points n'étaient pas à traiter dans un ordre précis afin d'encourager une expression libre. Les deux questions principales abordées ont été la façon dont le sujet gère sa propre angoisse et les conseils qu'il donne aux patients angoissés. Autant de questions que nécessaires ont été rajoutées avec chaque sujet pour comprendre le but de chaque conseil et permettre une classification ultérieure adaptée. L'analyse de l'entretien a été expliquée ultérieurement (aux sujets intéressés) pour ne pas induire de biais dans l'expression des pensées au cours de l'entretien.

v. Recueil et traitement des données

Le nombre de sujets participants a été dicté par la quantité d'entretiens nécessaire pour arriver à saturation et répétition des réponses.

Les entretiens ont été faits à travers la plateforme Zoom, qui a permis l'enregistrement pour la retranscription ultérieure. La retranscription a été faite par l'auteur dans l'application Microsoft Word. Les dialogues retranscrits ont été importés dans le software Atlas.ti pour permettre l'analyse qualitative. Des tableaux Microsoft Excel ont été utilisés pour l'analyse quantitative. L'application Canva a été utilisée pour les graphiques.

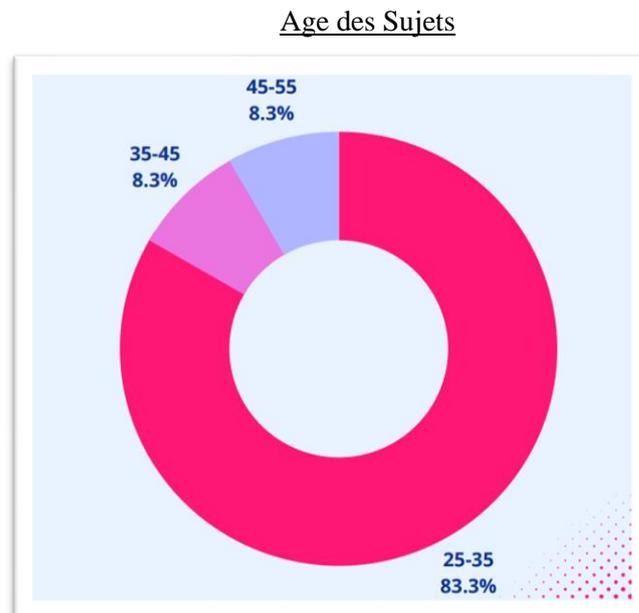
II. Résultats

i. Description de la population étudiée

1) âge

12 médecins ont participé à cette étude.

10 de ces médecins ont entre 25 et 35 ans, soit 83% de la population. 1 sujet se trouve dans la tranche d'âge 35-45 (8,3%) et un deuxième entre 45-55 (8,3%).



2) Le parcours universitaire

8 participants ont fait leur internat rattaché à la Faculté de Médecine de Tours. 2 participants ont fait leur internat à Paris, 1 participant a fait son internat rattaché à la Faculté de Médecine de Limoges.

3) Les lieux de pratique

Parmi les sujets, 50% font des remplacements réguliers, 50% sont installés.

En tant que zone de travail 3 (25%) sujets travaillent en zone urbaine, les autres 9 (75%) travaillant en zone rurale ou semi-rurale.

4) L'accès aux soins de santé mentale

Nous avons demandé à 11 participants de décrire l'accès du patient aux soins de psychiatrie dans leur région et la totalité a témoigné des difficultés rencontrées. Comme principale raison a été évoqué le délai d'attente.

- << De mon expérience je trouve que ce n'est pas évident. J'ai toujours eu du mal à orienter vers les CMP parce que les délais étaient très très longs, parfois c'était des mois avant d'avoir un rendez-vous.>>

- << Apres, ça revient au même problème : soit ils sont prêts à payer des psychologues libéraux soit ils sont orientés vers la CMP mais c'est tellement difficile d'avoir un rendez-vous au CMP que je ne suis même pas sûre si les patients que j'ai adressés au CMP pour un suivi psychologique aient eue leur rendez-vous à l'heure d'aujourd'hui.>>

- << L'accès aux psychiatres est vraiment difficile, principalement à cause de l'attente, qui peut durer des mois entiers.>>

- << Pour voir un psychiatre c'est, malheureusement, très très compliqué. [...] Les délais de consultations de ce que j'ai compris sont assez longs. Il y'avait un patient qui aurait voulu prendre rendez-vous mais il a vu qu'il y a deux mois de délais et il avait dit à la secrétaire que si on voulait se suicider c'est trop tard.>>

1 seul médecin a exprimé avoir trouvé une solution au manque de suivi psychiatrique localement en utilisant la plateforme Doctolib avec les psychiatres libéraux de son entourage.

- << Soit j'appelle et mon confrère me donne son avis soit sinon je peux prendre moi-même le rendez-vous pour le patient sur Doctolib dans des filières spécifiques de certains psychiatres en libéral qui me précisent bien qu'il s'agit d'un seul rendez-vous et que ce sera un rendez-vous d'avis et dans ce cas-là j'ai la possibilité d'avoir un rendez-vous sous 15 jours en présentiel. Moi je prends juste le rendez-vous pour le patient via Doctolib et le patient s'y rendra le jour de son rendez-vous.>>

Les 11 participants ont aussi été interrogés sur l'accès aux soins de santé mentale payants dans leur région comme les psychologues et psychothérapeutes. 3 d'entre eux (27%) ont exprimé une satisfaction avec l'accès aux psychologues en notant l'importance d'un bon réseau personnel de soins.

- << L'accès aux soins est correct, j'ai mon réseau, je sais avec quel psychologue travailler avec quel type de chose et je n'ai pas de problème de délai démesuré.>>

- << Je trouve qu'on était plutôt bien doté en psychologues dans les différents cabinets ou j'exerçais, on avait des contacts assez rapprochés avec des psychologues et on avait des échanges assez faciles.>>

Le frein principal à une prise en charge psychologique en libéral est l'argent, comme évoqué par 6 participants (55%).

- << Oui, systématiquement c'est l'argent, c'est le gros poids noir de l'accès aux psychologues.>>

- << Cependant, l'accès aux psychologues est aussi difficile à cause du prix. Il n'y a pas beaucoup de patients qui peuvent se permettre d'y aller. Je trouve que c'est très important d'avoir son propre réseau créé.>>

- << Le psychologue est quand même accessible, on a une psychologue dans la maison de santé si les gens peuvent se le permettre financièrement. L'argent peut être vraiment un frein, il y'en a qui vont le faire (même des gens qui n'ont pas beaucoup d'argent) mais sinon l'argent non. C'est une population qui est assez pauvre, quand même. >>

3 participants (27%) ont parlé de la stigmatisation des soins de santé mentale, présente toujours dans notre culture et empêchant parfois les patients de se faire aider.

- << Pour tout ce qui est psychologue je trouve qu'ils ont une pire réputation que les psychiatres et les gens pensent <<C'est pour les fous.>>, même si moi j'aime bien orienter vers les psychologues. Je trouve que les gens me répondent qu'ils vont voir un psychologue par politesse mais derrière cela il n'y a pas beaucoup qui y vont, malheureusement. >>

- << Quand les gens peuvent se permettre du payant en libéral je leur parle de partenaires thérapeutiques et je les oriente vers ce qu'ils souhaitent (sophrologue, acupuncture, hypnothérapeute etc.). Sinon des fois lorsqu'on utilise le mot <<psychologue>> ça peut faire tout de suite peur.>>

5) Réponse à l'annonce

Les médecins participants ont été demandés quelle a été leur motivation pour participer à cette étude. 3 personnes (25%) ont répondu par confraternité ou car elles avaient aussi fait une thèse ou allaient aussi faire une thèse et souhaitaient participer connaissant les difficultés présentées par le recueil des données.

- << Je suis en train de faire aussi ma thèse, ou j'explore l'aspect de la communication. Je me dis que moi aussi j'aurai besoin de gens qui veulent participer à ma thèse donc j'ai voulu voir un peu comment ça se passe.>>

- << Très honnêtement c'est parce que je vais faire des entretiens pour une thèse qualitative et je me disais que je vais participer à la vôtre.>>

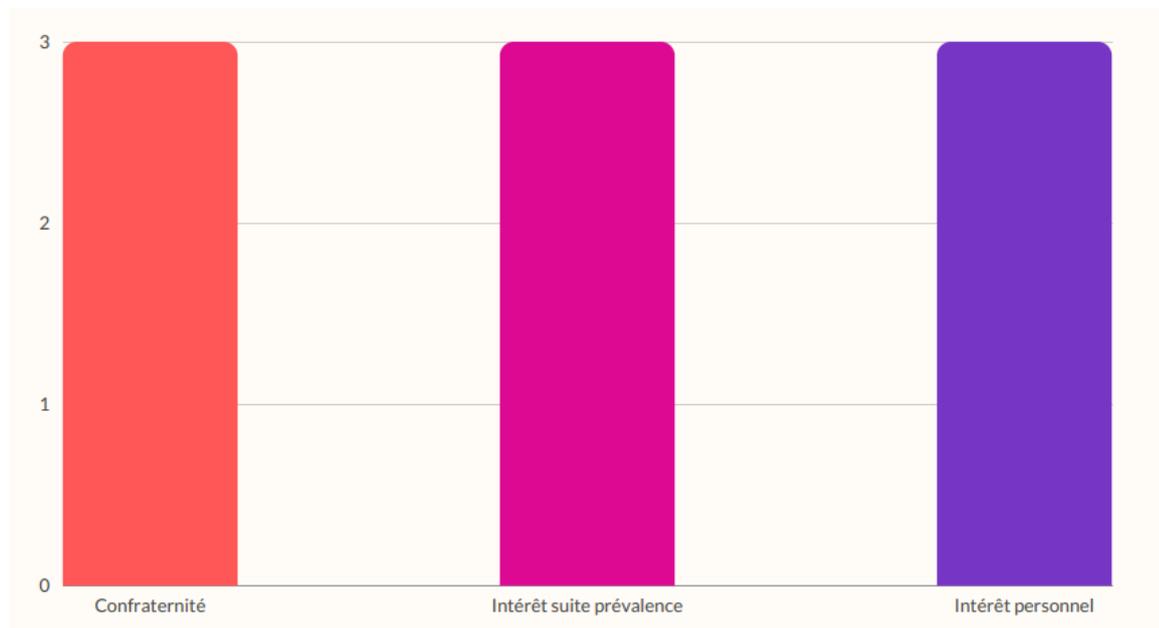
9 personnes (75%) ont exprimé un intérêt pour le sujet de l'angoisse et de sa prise en charge. Parmi celles-ci 2 personnes (16%) ont évoqué que leur intérêt a été suscité par la fréquence à laquelle elles se heurtent contre ce sujet quotidiennement.

- << Je n'ai pas une appétence particulière pour les troubles anxieux ou pour les syndromes anxiodépressifs mais bizarrement depuis mon installation 40% de ma patientèle a eu, comme point de départ de notre rencontre, un trouble anxieux simple ou un trouble combiné anxiodépressif. J'ai donc été, sans le vouloir, vraiment sollicitée là-dessus pour toutes les tranches d'âge. Cela veut dire pour des enfants comme pour des personnes de plus de 75 ans et donc ça a été une grosse part de mon activité depuis le début de mon installation... >>

6 personnes (50%) ont été intéressées par le sujet du fait de la reconnaissance de l'angoisse dans leur propre vie.

- << J'ai commencé à me renseigner dessus parce que je suis une grande stressée, c'est ce qui m'a fait répondre à votre annonce.>>

Figure 1 : Raisons pour participation à l'étude



6) Notions acquises sur la prise en charge de l'angoisse

La question a été posée aux participants de savoir ce qu'ils ont appris pendant leurs études de médecine en lien avec la prise en charge non-médicamenteuse de l'angoisse. Aucun des sujets n'a évoqué une prise en charge systématisée autre que celle médicamenteuse. 3 sujets (25%) évoquent l'outil <<d'écoute active >> qu'ils utilisent dans leur prise en charge des patients anxieux.

- << J'ai appris qu'on doit encourager le patient à verbaliser ses ressentis parce que finalement je ne leur dis pas grande chose, je les laisse s'exprimer et ensuite je reformule, je rebondis. Je pense que c'est surtout le fait de se sentir écoutés qui leur permet de relâcher une partie de leurs angoisses. >>

-<< On apprend surtout à faire parler les patients pour essayer de comprendre et de leur faire dire ce qui les angoisse, ça permet de désamorcer les choses. On apprend aussi à reformuler et de leur faire comprendre qu'on a entendu et qu'on comprend. >>

6 médecins (50%) ont exprimé une reconnaissance envers les stages pendant l'internat (notamment le Niveau 1 et le SASPAS) où leurs Maîtres de Stages ont servi de modèle pour la prise en charge non médicamenteuse des patients anxieux.

- << J'avais un MSU qui, du fait de son expérience personnelle, donnait des exercices écrits à faire ; les patients devaient écrire leurs émotions lors de crises d'angoisse, ce qui les avaient déclenchées, ce qui les avaient calmées. >>

- << Il y a des MSU qui essaient de ne pas du tout rentrer dans le sujet, ils essaient juste de faire baisser la tension et de passer à autre chose parce que ça ne les intéresse pas trop. J'avais un MSU qui leur disait <<Houlà ! Attendez, calmez-vous, ce n'est pas grave...>> et comme il avait une certaine prestance et un certain âge les patients se sentaient plus calmes, tout simplement. Il y avait d'autres MSUs qui rentraient carrément dans la conversation et le sujet de la consultation changeait totalement... je pense que moi-même j'ai plutôt pris cette voie-là quand j'ai commencé à consulter toute seule. Je trouve que, finalement, c'est ce qui permet de résoudre les problèmes ou d'aider les patients à résoudre leurs problèmes, ce qui est la raison, finalement, pour laquelle ils viennent nous voir.>>

ii. Les représentations de l'angoisse

Plusieurs métaphores pour l'angoisse sont ressorties spontanément au cours des entretiens. 2 médecins ont utilisé des motifs visuels pour représenter l'angoisse, qui influencent les conseils qu'ils donnent.

- << Déjà, au moins, qu'ils puissent passer au-dessus de la vague d'anxiété. Je leur fais souvent cette image : les troubles anxieux c'est une vague. Parfois certaines personnes arrivent à voir du bord de la plage la vague arriver et puis y'a d'autres personnes qui ne se rendent pas compte qui sont dos à la plage et qui se mangent la vague par-dessus et qui sont submergés. Une fois qu'ils ont passé cette vague-là, le but est qu'ils arrivent à mettre la tête hors de l'eau, qu'ils remontent sur la plage et qu'ils essaient de déterminer quelle est l'origine, même s'il n'y a généralement pas qu'une seule cause.>>

- << [Je] considère que le stress est comme lorsqu'on remplit une coupe. On a le ras-le-bol et la goutte qui fait déborder le vase, ça c'est quand on n'en peut plus et on décompense d'une manière ou d'une autre. Lorsqu'on a toujours ras-le-bol on est à fleur de peau. Selon [mon MSU] il y a deux façons de protéger son bol. La première est de vidanger par le bas et ça va être composé de tous types d'activités défouloirs. Après, on a les différents médicaments thérapeutiques qui vont agrandir le bol d'une façon transitoire. Dernièrement, on a les techniques de TCC qui vont couvrir le haut du bol pour éviter que ça se remplisse de trop pour que les gouttes ne nous atteignent plus.>>

Chez un des participants médecins, le lien entre la souffrance individuelle et la souffrance planétaire est très fort.

<< Souffrance psychologique, qui est l'image du réchauffement climatique. Le niveau de la mer, comme le niveau d'anxiété dans la société ne font que d'augmenter et les gens sont en difficulté pour le gérer. Les gens ne savent plus transmettre à leurs enfants des techniques pour gérer leurs angoisses.>>

Un des participants utilise son intuition pour imaginer qu'il y a une voie du milieu représentant un équilibre moral.

<< ...rapprocher autant que possible de la ligne moyenne de ce qui serait "normal". Si on a plutôt un ralentissement qui colle avec un syndrome dépressif et qu'on ne reste qu'au fond du canapé, je pense plutôt à encourager à faire des activités qui nous motivent de sortir et de s'activer. De la même façon, si un patient est plutôt travailleur, de l'encourager à se poser et à se déconnecter.>>

iii. L'angoisse personnelle des médecins

Les participants ont été interrogés sur leur ressenti en lien avec leurs propres angoisses et quelles étaient leurs façons de les gérer. Tous les médecins (100%) étaient familiers avec la sensation d'angoisse. Ils l'avaient ressentie soit à des moments précis, soit elle faisait partie de leur identité.

- <<J'ai ressenti de l'angoisse dans différentes périodes de la vie, le plus souvent en lien avec les études, les examens, la thèse...>>

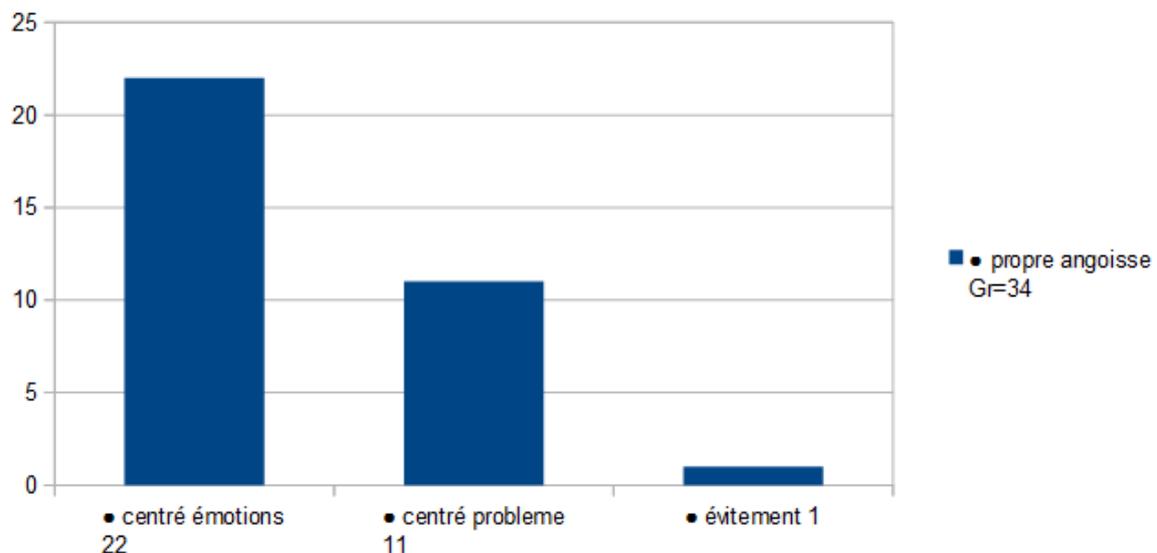
- << Je trouve que par sa nature, notre métier est anxiogène en lui-même ; on a des décisions à prendre et parfois on n'a pas le droit de se tromper. Je pense qu'on est beaucoup dans notre profession à avoir de l'anxiété mais on ne se sent pas à l'aise d'en parler.>>

- << Je suis plutôt anxieuse, moi-même, je stress souvent « pour rien ». Pour moi l'angoisse va se manifester par des questions répétées sur le même problème, à tourner en rond sur le même sujet, à pas trouver de solutions. Je réfléchis dessus sans que ce soit productif. Ce sont des pensées qui n'ont aucun intérêt et qui ne font pas avancer.>>

- << L'angoisse est mon quotidien, je suis de nature anxieuse. Je suis né avec l'angoisse, je vis avec l'angoisse.>>

En demandant ce qu'ils font pour gérer leur angoisse, un total de 34 méthodes de coping sont ressorties. Celles-ci ont ultérieurement été analysées de façon d'abord qualitative, ensuite quantitative, et associées à une des trois catégories de coping introduites dans cette thèse, soit : le coping centré problème, le coping centré sur les émotions et le coping évitant. De loin la majorité des stratégies tournaient autour de l'apaisement des émotions négatives et de l'augmentation des émotions réconfortantes (65%). Viennent ensuite les stratégies centrées sur le problème (32%) et les stratégies centrées sur l'évitement (3%).

Figure 2 : La proportion des types de coping que les médecins utilisent pour leur propre angoisse



Parmi les options pour gérer la composante émotionnelle du stress on retrouve :

- L'activité physique (évoquée par 3 personnes)
- La méditation (évoquée par 3 personnes)
- La communication avec la famille et les proches
- Marcher dans la nature
- Faire des activités qui faisaient plaisir pendant l'enfance

- Le confort physique, le cocooning, la lumière ambiante
- La respiration, la relaxation, la cohérence cardiaque
- Des vidéos en ligne, des podcasts ou des livres audios

- << Sinon j'aime bien aller marcher dans la nature et c'est un conseil que je donne aux patients aussi, de se tourner vers la nature>>

- << En ce qui me concerne l'activité physique était indispensable, ainsi que la communication avec des proches ou un professionnel.>>

- << A titre personnel je pratique les dessins, la peinture, c'est quelque chose que je peux faire assez facilement si je suis stressée et que j'ai envie de m'accorder un petit temps.>>

- << A une époque j'avais trouvé des vidéos comme des <<bruits blancs>> : la pluie, les vagues, ou une musique très répétitive (par exemples les musiques qui durent 3 heures sur YouTube) et je mettais cela pour m'aider à m'endormir. Je mets aussi des musiques douces ou des musiques de films. Je propose cela aussi, mais bien sûr que tout le monde a ses petites rigueurs de relaxation. J'utilise aussi la lumière autour de moi pour créer une ambiance de bougies parfumées le soir pour essayer de me mettre dans un mood un peu <<cocon>>.>>

- << J'écoute souvent des vidéos YouTube de méditation. J'avais oublié d'en parler mais je le conseille souvent aux patients aussi. C'est gratuit, c'est facile d'accès, ça détend bien. Je le fais dans le but de la relaxation mais bien sûr ça aide si on a besoin de se focaliser sur quoi-ce-soit dans l'après-coup. Pour l'instant je ne m'applique pas trop les propres conseils car je n'ai pas encore eu trop le temps. Je dois m'inscrire au sport. Ce que je fais et que je propose aussi beaucoup aux gens est de jardiner. Je jardine beaucoup et ça a un côté défouloir et aussi un côté serein et méditation. Ce que je conseille aussi est de cuisiner mais ça dépend du patient et des moments. Ce que j'ai découvert et que je conseille aux patients c'est d'écouter des livres sur Audible, ça focalise mon attention et ça me permet de déstresser. >>

Parmi les options que les médecins utilisent pour gérer le problème engendrant leur propre angoisse on retrouve :

- identification de la source du problème
- prévoir des stratégies interactionnelles
- la rationalisation
- travail sur soi-même
- recentralisation sur les objectifs

- << Ça m'a aidé déjà d'identifier les facteurs qui déclenchaient les crises d'anxiété et identifier quand ils surviennent... Je suis devenue mon propre expert et je me suis rendu compte que j'avais de l'autocritique et des pensées de dépréciation que j'arrive mieux à identifier et à moins les croire. Maintenant j'en suis plus dans le travail de les modifier >>

- << C'est plutôt un travail de fond pour repérer ce qui m'anxiéte et de mettre en place des stratégies pour la gérer. Par exemple au travail ce qui va me stresser c'est le patient difficile : agressif, etc. Comme j'ai repéré ces difficultés j'ai appris toute seule différentes techniques pour gérer l'agressivité du patient dans la façon d'en parler et de présenter les choses. Quand j'ai du retard et que je prends un patient je ne dis pas <<Excusez-moi de vous avoir fait attendre>>, je dis plutôt <<Merci de m'avoir attendu>>. Habituellement dans ces cas-là lorsque j'ouvre la porte les gens semblent mécontents mais dès que je les remercie leur visage généralement s'illumine et ils disent <<Mais non, ne vous inquiétez pas, c'est normal...>>. Du coup, je suis d'emblée plus calme et nous pouvons commencer la consultation en toute sérénité. Dans ma vie privée, si ce sont des situations que j'ai déjà repéré en avance j'essaie de trouver une façon de les désamorcer. Ça ne marche pas à tous les coups mais ça marche. >>

- << Au lieu d'être la tête dans le guidon à faire des trucs qui m'anxiéte, de repartir sur l'objectif final et de me recentrer dessus, et cela me permet d'avancer.>>

La seule stratégie de coping évitant qui a été évoquée a été en lien avec une déconnection forcée des pensées anxiogènes, en ce cas-ci en utilisant des podcasts ou des vidéos.

- << J'ai aussi beaucoup de podcasts, quand j'ai des difficultés à dormir, par exemple... ce ne sont pas nécessairement des podcasts qui détendent mais ce sont des podcasts avec des sujets qui m'intéressent et ça me permet de me focaliser sur autre chose.>>

iv. L'anxiété des patients

1) Prévalence de l'anxiété

11 des 12 participants ont été demandés de quantifier ou de décrire la prévalence et le pourcentage des consultations liées à l'anxiété (comme motif de consultation ou comme motif qui est ressorti au cours de l'anamnèse) dans leur pratique. 5 participants (45%) ont quantifié qu'il s'agit d'un quart (25%) de leurs consultations qui deviennent en lien avec une anxiété ressentie de la part des patients. 1 participant (9%) a décrit la prévalence de l'anxiété comme étant 50% de ses consultations.

Pour les participants ayant utilisé des mots descriptifs pour quantifier la prévalence des consultations en lien avec l'anxiété, les mots utilisés ont été :

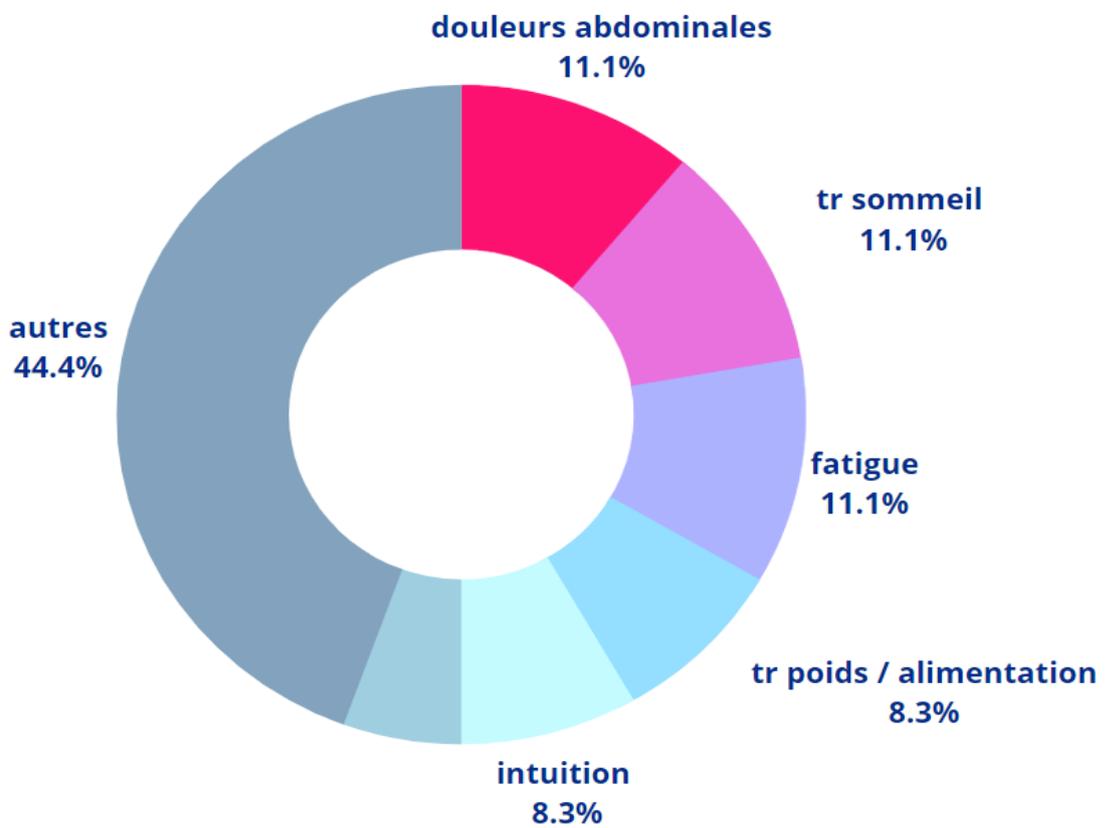
- << très fréquent>>
- << hyper fréquent>>
- << omniprésente>>

2) La somatisation de l'angoisse

Certains patients viennent en consultation directement pour prise en charge d'un état d'anxiété. Chez d'autres patients l'angoisse sous-jacente est dévoilée au cours de l'anamnèse. Les participants ont été demandés quel sont les signes et symptômes évocateurs d'un syndrome anxieux sous-jacent chez leurs patients. Les 6 signes qui sont ressortis plusieurs fois au cours des entretiens ont été les douleurs abdominales (11%), les troubles du sommeil (11%), la fatigue (11%), les troubles du poids et de l'alimentation (8%), l'intuition qu'il y a un trouble de l'angoisse sous-jacent (8%) et les symptômes imprécis ou vagues et les douleurs diffuses (5%). Les autres causes constituant le reste des 44% sont :

- La gestuelle tendue et une logorrhée
- Un patient trop calme ou un regard détourné
- Évocation d'avoir un nœud ou une boule dans la gorge
- Les lumbagos
- Les douleurs thoraciques et palpitations
- Une polypnée
- Les tendinites d'épaule
- Les céphalées
- Les discordances radio-cliniques
- Les échecs thérapeutiques
- Des comportements addictifs comme le tabagisme

Figure 3 : La Somatisation de l'angoisse



- << Je me rappelle une dame qui avait consulté pour mal de ventre, première consultation de l'après-midi. Je me suis entendu dire pendant la consultation <<Mais madame, est-ce que vous êtes heureuse ?>>. Il y a eu un gros blanc, elle m'a dit <<Pardon, vous avez dit quoi ?>>. Je l'ai répété et là elle s'est effondrée en larmes et en fait elle m'a avoué qu'elle avait des troubles de la sexualité depuis plus de 10 ans avec son mari dont elle n'avait jamais parlé à personne et c'était très douloureux pour elle.>>

- << J'ai eu un patient hier. On était en train de discuter et je comme je l'avais déjà vu je lui dis : << Vous êtes stressé ! >> Il me répond : << Ah bon ? Ça se voit ? >>. C'était un monsieur qui venait pour la deuxième fois et se plaignait d'un prurit diffus pour lequel il avait vu plusieurs fois les dermatologues qui avaient tout essayé. Il n'y avait pas de lésion visible. Il avait le profil très speed, il passait du coq-à-l'âne, il était toujours tendu avec des gestuelles très tendues. Hier il me dit <<C'est rigolo parce que lorsque je suis dehors et je fais autre chose je ne me gratte pas et maintenant quand je vous parle je ne me gratte pas non-plus.>> C'est un patient fumeur avec un milieu social un peu compliqué. C'est difficile habituellement d'ouvrir le sujet avec lui-même si hier il semblait l'accepter plus.>>

- << Des fois il y a un feeling et d'autres fois il y a un aspect plutôt fatigué avec des symptômes imprécis et vagues. Sinon c'est vite fait la question <<Comment ça va au travail ?>>, <<Comment ça va à la maison ?>>. Sinon un anxieux, ça se voit ; il se ronge les ongles, il ne tient pas sur sa chaise, ou bien il exprime des angoisses par rapport à sa santé <Et ça, docteur, ça va?...et ça?...et ça ?>>. Ensuite j'ai tendance à leur dire <<Vous ne seriez pas anxieux de nature, par hasard ?>>, pour leur faire comprendre que ça se voit. Ils répondent <<Ça se voit tant que ça?>>.

- << Il y a aussi les patients qui vont être trop calmes pendant la consultation, ou qui ont le regard un peu détourné qui m'évoquent qu'il pourrait y avoir un souci et dans ces cas-là je veux savoir pourquoi. La semaine dernière j'ai eu une patiente qui allait se faire expulser de son appartement et qui présentait des douleurs diffuses et j'avais observé qu'elle était un peu trop calme donc je lui avais demandé ce qui se passait et c'est comme cela que j'ai pu être au courant de cette situation. C'était la première fois que je la voyais, en plus.>>

- << C'est quelque chose à laquelle je suis sensible, surtout parce que je suis une angoissée, moi-même, et même si le patient ne vient pas avec ce motif en tête, étant une personne sensible j'arrive à le débusquer grâce à son langage physique. C'est peut-être pour cela que je suis tout le temps en retard. Même si le patient ne savait même pas qu'il était angoissé, vu que j'arrive à le repérer je lui pose la question franchement et la discussion arrive autour de cela. Par exemple, celui qui a pris une consultation d'urgence pour un lumbago, je l'examine et juste avant de faire l'ordonnance et de lui dire que je lui donne des médicaments j'essaye de comprendre d'où ça vient. Je lui demande ce qu'il fait comme métier et ensuite je lui demande s'il y a du stress au travail ou à la maison et assez rapidement ils embrayent sur ce qui ne va pas au travail. Quand je vois dans leur dossier qu'ils ont des lumbagos à répétition, assez rapidement aussi je passe sur le sujet du stress et de l'angoisse.>>

3) Les sources de stress

L'origine des situations angoissantes évoquées par les patients pendant les consultations de médecine générale a été aussi examinée. La cause d'angoisse la plus fréquemment évoquée est le travail. Parmi les soucis au travail se comptent le harcèlement, la surcharge de travail, le surmenage, le conflit avec la hiérarchie, les différences entre les collègues, un manque général de reconnaissance pour le travail fait et le burn-out.

- << Quel sont les origines de cette angoisse ? En ce moment je trouve que c'est énormément le travail. Je ne sais pas si c'est le contexte du Covid qui a fait que les gens ont moins de ressources pour supporter leurs conditions de travail qui, jusque-là, étaient tolérable, ou si c'est un changement du paradigme des entreprises qui sont de plus en plus inhumaines et inadaptées>>

- << Déjà, il n'y a pas mal de souffrance au travail. Il y a beaucoup de gens qui ne sont pas bien à cause de problèmes d'harcèlement, de conflits avec la hiérarchie ou de <<j'effectue un travail qui ne me correspond pas>> et << il faudrait que je fasse autre chose mais je ne sais pas quoi faire je n'ai pas d'autre formation>> ou <<je crains de sortir un peu de mon quotidien>>.

- Je trouve qu'il y a beaucoup plus de souffrance au travail, ainsi que la souffrance des soignants. Les gens ils précisent : <<Ce n'est pas que je n'aime pas mon travail, mais je n'ai pas de reconnaissance, on est des numéros, manque d'intérêt, dégradation des conditions de travail, moins de moyens humains, j'ai une conscience professionnelle et je donne, je donne jusqu'à ce que je n'aie plus rien à donner.>>

- <<.. Il y a beaucoup qui tournent autour du travail, c'est la cause la plus fréquente. Souvent c'est en lien avec la charge de travail et le manque de reconnaissance. << Je m'investis, je m'investis, je m'investis, et puis après il n'y a rien derrière donc...>>.

Le travail n'est pas le seul milieu où il existe de la souffrance, chez les jeunes il y a beaucoup de souffrance en lien avec les études.

- << Il y a aussi, je trouve, une anxiété un peu sociétale. C'est à dire <<Je me mets la pression parce que pour que je réussisse bien dans la vie il faut que j'aie coché telle case et telle case.>>. Même chez des adolescents, qui me disent par exemple <<Il faut absolument que j'aie mes partiels parce qu'il faut que je fasse tel métier parce que...ça ferait plaisir à ma mère.>> une anxiété de réussite en sorte.>>

- << Je trouve qu'il y a aussi pas mal d'étudiants en souffrance soit parce qu'ils sont très isolés et n'ont pas beaucoup d'argent et sont tellement à fond dans les études que s'il y a un échec c'est tellement difficile à admettre. Je trouve qu'ils ont beaucoup d'angoisses sur leur avenir, que ce soit sur leur futur travail, que ce soit une nécessité de se réorienter parce que finalement leurs études ne leur conviennent plus ou qu'ils ont eu une désillusion.>>

Un autre motif d'angoisse qui ressort pendant les consultations est la relation avec les proches, les conjugopathies et les diverses tensions des couples, ainsi que l'isolement qui en résulte. Ont aussi été mentionnées les violences contre les femmes.

- << Il y a aussi les problèmes de couple par exemple <<Ça fait longtemps qu'avec mon mari on ne parle plus>>... ou tout simplement des conjugopathies.>>

-<< Je trouve aussi qu'il y a beaucoup de difficultés dans les relations de couple et, là aussi, je ne sais pas s'il y a un effet du Covid ou tous les gens sont sur le dos des uns les autres mais il y a beaucoup de ruptures et de remise en question des couples et des façons de vivre. Ça revient aussi un peu à l'idée d'isolement car souvent ces gens ont construit un peu tout autour de leur couple et si, en plus, le travail ça ne va pas ça fait en sorte que les piliers dégagent et tout tombe.>>

- << C'est soit le travail soit l'isolement. L'isolement il peut soit être en lien avec les personnes âgées et personnes retraitées récemment qui n'ont pas préparé leur retraite ou ont eu un départ récent de leurs enfants et qui se rendent compte qu'après le travail et la famille il n'y a plus grande chose à faire. On se rend compte qu'on n'a pas d'amis, qu'on n'a pas fait d'autres choses et on se retrouve, donc, face à soi-même.>>

Dans une moindre mesure ont été nommées la perte de confiance en soi, la peur de la mort, les douleurs chroniques ainsi que le fait de ne pas s'écouter comme étant anxiogènes. Bien sûr, la pandémie récente Covid-19 ayant accentué tous ces motifs.

- << l'isolement des personnes majeure où décompense des troubles anxieux chez des personnes qui étaient borderline ou avec un trouble sous-jacent et le Covid a fait exploser ceci puisque ça a fait majorer l'isolement et la précarité de certains patients qui ont perdu leur travail ou qui ont perdu des proches. >>

- << Je trouve qu'il y a aussi <<L'approche de la trentaine>> avec des crises identitaires ou ils s'étaient imaginé qu'a la trentaine ils auraient beaucoup plus de responsabilités qu'ils ont actuellement. <<J'arrive à trente ans et je n'ai rien fait de tout ce que je voulais faire.>>

4) Le ressenti des médecins lors des consultations en lien avec l'angoisse

Cinq participants ont été questionnés sur leur ressenti lors des consultations centrées autour de l'angoisse, qu'elles soient directement le motif de consultation ou qu'elles le deviennent au cours de la conversation avec le patient. La plupart des ressentis (80%) expriment une ambivalence, qu'elle soit entre le bonheur d'aider les patients et le fait que ces consultations durent souvent plus longtemps que le temps réservé aux consultations habituelles, soit entre le bonheur d'aider et le fait de ne pas se sentir à l'aise avec ce genre de consultations.

- << Je trouve que cela a évolué au fur et à mesure du temps. Quand j'ai fini mon niveau 1 c'était plutôt <<Oh non, mon Dieu... ils vont se mettre à pleurer, qu'est-ce que je vais faire, qu'est-ce que je vais bien pouvoir leur dire ?>>. Avec l'expérience je trouve que ça ne m'impressionne plus autant et, au contraire, je suis plutôt contente quand je vois que ça part vers ce point-là car je sens qu'ils se lâchent un peu et qu'ils ne suppriment plus ce qui était là depuis le début. S'il y a des gens qui viennent dix fois pour la même douleur et que je sens bien qu'il y a autre chose derrière cette douleur mais on ne peut pas forcer les gens de nous dire la vraie cause parfois, je suis plutôt contente quand la <<vraie>> raison ressorte. Je me dis qu'au moins on va avancer et je l'accueille comme une libération de la part du patient et c'est positif.>>

- << Un contentement et en même temps un inconfort du fait que je ne sais pas quoi dire.>>

- << Je n'ai pas de ressenti particulier, je suis contente que ça peut lier des liens. En revanche, bien sûr, ça peut devenir un peu difficile et c'est clair que ça peut être chronophage. Parfois ça peut aussi être difficile à se protéger des émotions des patients dans le contexte de transfert d'émotions. Ça me fait penser aux différents types d'empathie, ou bien innée ou bien à base de transferts, et le besoin de se protéger du transfert et de l'anti-transfert qui peut prendre place dans des situations où le patient s'ouvre à nous.>>

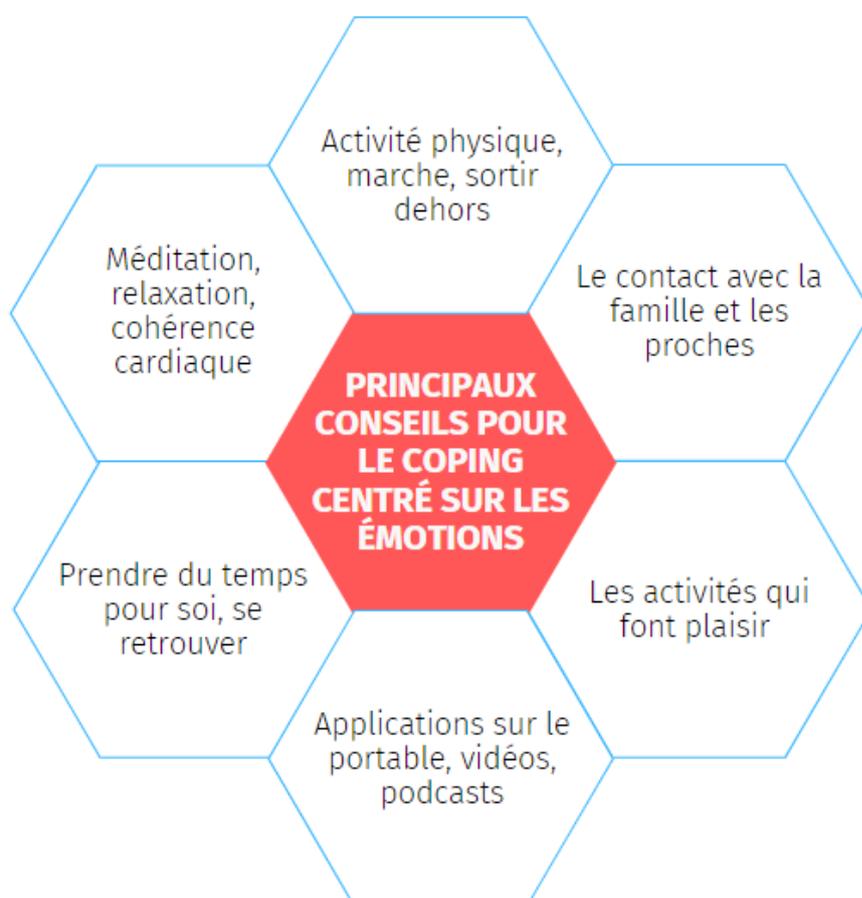
5) Le type de conseil donné

Les médecins participants ont été demandés quels conseils ils donnent à leurs patients lors des consultations en lien avec l'angoisse, que ce soit le motif principal de la consultation ou bien que ce motif se présente au cours de l'anamnèse. Ces conseils ont ensuite été séparés en trois catégories différentes base sur les exemples donnés p 31-33.

a. Stratégies contrées autour des émotions

La majorité (67%) des conseils donnés appartiennent à la catégorie de coping centré sur les émotions. Le nombre total de conseils liés au management des émotions a été de 42. Parmi ceux-ci les plus fréquents ont été l'activité physique et la marche, le contact avec les proches, les activités qui font plaisir, la méditation et la cohérence cardiaque, prendre du temps pour soi et se retrouver et les applications, vidéos et podcasts pour se détendre.

Figure 4. Les conseils les plus fréquents liés à la gestion des émotions



De loin le conseil donné le plus souvent était de faire de l'activité physique et de marcher ou de sortir dehors, de passer du temps dans la nature ; de se défouler.

- << Je leur dis d'essayer de sortir au moins une heure par jour, ce qui les force à s'habiller.>>

- << S'ils me disent qu'ils sortent pour faire du shopping ou faire des courses ils pourraient rencontrer d'autres personnes et ça devient une lutte contre l'isolement aussi. L'activité physique est aussi importante car lorsque je travaillais en centre anti-douleur je voyais des patients qui venaient avec des lombalgies chroniques et qui ne faisaient aucune activité physique, zéro. Ils étaient complètement sédentaires. Le fait de marcher force à s'habiller, ça force à marcher un petit peu avec un peu d'activité, ça lutte contre l'isolement, ça lutte contre le syndrome amotivationnel, ça permet aussi de nourrir la réflexion sur soi. Je trouve qu'il n'y a rien de pire que la télévision, c'est quand même un fléau parce que ça nous inonde d'informations qui nous anesthésient et qui empêchent la réflexion.>>

- << Je leur propose beaucoup de s'aérer et d'aller marcher, toujours dans l'idée d'introduire un peu le sport vu que lorsqu'on est surmenés on ne fait pas de sport.>>

- << Pour l'activité physique c'est par rapport au nombre de bienfaits. D'une part l'effet direct sur le moral à la suite de l'activation du neurohormone du bonheur. D'autre part pour avoir de la lumière naturelle, même s'il fait froid dehors.>>

- << Je leur dis aussi de marcher et de sortir dehors. [...] Les études ont montré que le contact avec la nature et l'extérieur est vraiment un antidépresseur ultra efficace et que la marche permet d'éviter de ruminer et de reconnecter un peu le cerveau et on ne laisse plus l'amygdale en roue libre.>>

Les prochains conseils les plus fréquents ont été ceux en lien avec la communication et l'expression de leurs émotions, de même que le contact avec les gens, la famille, les proches, ainsi que le contact augmenté avec des animaux de compagnie.

- << Effectivement, je leur dis aussi de voir des personnes bienveillantes, de s'appuyer sur l'entourage.>>

- << [Le but de voir du monde] peut être de se divertir, et en faisant ceci d'éviter de tourner en boucle sur des ruminations. Ça peut être un outil pour pouvoir s'exprimer, si on est confortable avec les gens autour de nous, pour pouvoir parler, exprimer ce qu'on ressent, partager des choses et voir que nous ne sommes pas les seuls à être dans une situation X. Ensuite, le but de la parole est de réécrire un peu son histoire, comprendre ce qui s'est passé, comment ça s'est passé et pourquoi ça s'est passé. >>

- << Je leur dis de reprendre contact avec des gens avec qui ils n'ont pas parlé depuis longtemps.>>

- << [Je leur dis aussi de] caresser leur chien.>>

- << Généralement je leur propose [...] d'entrer dans une association (marche nordique, broderie...) et leur faire rencontrer des gens, ce qui leur permettrait de moins se centrer sur leurs symptômes. >>

Les patients sont aussi conseillés de faire des activités qui leur font plaisir notamment de faire des activités qui leur faisaient plaisir pendant leur jeunesse.

- << C'est aussi un conseil que je donne aux patients, de pratiquer les choses qui leur faisaient plaisir de faire quand ils étaient jeunes. Je trouve qu'il y a certaines activités qui sont un peu oubliées. Ils disent <<avant je faisais cela mais maintenant je suis mariée, j'ai des enfants, faut faire le ménage, faut faire à manger...>> et ça m'arrive régulièrement de dire <<et vous pour vous vous faites quoi ?>>. Ils me répondent <<Comment ça, pour moi ?>> et je dis <<Là vous me parlez de votre rôle d'épouse, de mère etc. mais pour en tant que.... Et là je cite leur prénom.... Vous faites quoi ?>> On est surpris quand même parfois des réponses ou de l'absence de réponse, il y a pas mal de personnes qui s'oublie. J'utilise leur prénom et souvent ils sont surpris.>>

- << C'est un peu la même idée que lorsque je parlais de la nature, c'est une façon de se retrouver soi-même. Le fait de pratiquer une activité qui nous plait nous permet de nous retrouver en tant que personne et de s'accorder du temps pour soi. Je vais prendre un autre exemple. Quand vous êtes de garde aux urgences et qu'il y a le temps qui passe, vous commencez à avoir faim, vous dites au chef que vous aimeriez bien aller manger et que le chef vous répond que vous devez en voir encore avant d'y aller. Je trouve que, finalement, qu'on aille manger à 23 heures en faisant une petite pause et en laissant les patients attendre quinze minutes et qu'après on soit plus efficace ou de prendre encore sur soi, en voir encore 20 patients mais finalement être moins bien concentré car on n'a pas pris de temps pour soi... je ne suis pas sûre qu'on soit plus efficace si on ne s'écoute pas et si on ne prend pas de pause.>>

- << Faire des choses qui leur feront plaisir. Ça veut dire faire des choses qui vont les apaiser. Mon but est aussi de se retirer un peu de l'émotionnel. Ça veut dire aussi de laisser passer la crise et de se mettre un peu plus dans la réflexion de ce que j'aurais pu leur dire.>>

- << J'essaie de partir de leurs loisirs, je leur donne des pistes d'activités en exemple mais j'ai plus tendance à leur faire chercher ce qu'ils aiment faire eux-mêmes.>>

Parmi les activités proposées à faire pendant leur temps libre on retrouve des activités artistiques du type : dessins, peinture, l'art-thérapie, la lecture et l'écriture.

- << Dans l'art-thérapie on a des exercices à faire pour apprendre à lâcher prise, comme <<faire des dessins sans soulever le stylo>> ou <<faire des taches puis essayer de faire un dessin avec>>. A un moment donné il y a du lâcher-prise, des choses qu'on ne contrôle pas complètement. On peut apprendre à accepter le résultat, on peut apprendre à arrêter de se dire <<c'est moche>> mais de dire plutôt <<je l'apprécie tel qu'il est>> et surtout apprendre à ne pas se mettre une pression énorme.>>

- << Le but [de l'écriture] est de prendre de la distance par rapport aux pensées et d'arrêter de ruminer sur tout. Je trouve que si j'écris, je ne vais pas ruminer, souvent je le fais avant de me coucher comme ça on dit au cerveau <<ça y est c'est écrit, pas besoin d'y penser pendant la nuit>>.

- << Je lui conseille, cependant, d'écrire, pour le soutien à l'analyse de leur situation et pour marquer un peu ce qu'ils ressentent. De mon point de vue le cahier fait un peu le rôle d'interface pour leurs émotions.>>

- << [Je leur dis parfois] d'écrire la situation et d'écrire ce que [le patient] avait ressenti à ce moment-là, qu'est-ce qui s'était passé et qu'est-ce que je recommanderais à un ami dans la même situation et pourquoi je ne l'ai pas fait. Le fait de passer par l'écrit donne aux patients une certaine preuve. >>

- << Je leur conseille des bouquins, aussi, qu'ils achètent mais qu'ils n'utilisent pas forcément. J'ai bien aimé <<Dans le Cerveau de mon Enfant>> qui repart sur la base de la neuroscience et fait la différence entre le cerveau des enfants et celui des adultes. Il y a aussi une BD qui s'appelle <<Emotions : Mode d'Emploi>> que je propose. J'avais prêté un bouquin sur la méditation de Jeanne Siaud-Facchin que je trouve assez clair.>>

Parmi les autres activités données aux patients on retrouve cuisiner, jardiner et bricoler.

- << Ce que je fais et que je propose aussi beaucoup aux gens est de jardiner. Je jardine beaucoup et ça a un côté défouloir et aussi un côté serein et méditation. Ce que je conseille aussi est de cuisiner mais ça dépend du patient et des moments. >>

Sont ensuite représentées les différentes méthodes de détente et relaxation ; la respiration, la cohérence cardiaque, la méditation, le yoga et le Pilates.

- << J'ai en exemple une jeune maman qui avait très certainement un trouble anxieux avant sa grossesse avec une angoisse de mourir qui n'était pas du tout handicapante. Pendant la grossesse on a trouvé une insuffisance mitrale de grade 1, sur lequel s'est enkyste son trouble anxieux. Maintenant elle craint de se retrouver seule avec sa fille de 3 mois de peur de mourir et de faire tomber le bébé ou de ne pas avoir la capacité de s'occuper de son bébé parce qu'elle serait en train de mourir. Dans ce contexte-là je lui ai conseillé d'effectuer des exercices de cohérence cardiaque et de respiration.>>

- << Je trouve que souvent cela peut se manifester par des maux de ventre, parfois même des douleurs thoraciques. Parfois quand les patients me parlent de ces douleurs je pense à recommander la cohérence cardiaque. Je me dis que la tension réside au niveau diaphragmatique et que la respiration pourrait aider à détendre à ce niveau, d'un point de vue mécanique. >>

- << Quand je vois dans leur dossier qu'ils ont des lumbagos à répétition, assez rapidement aussi je passe sur le sujet du stress et de l'angoisse et je n'hésite pas à proposer la méditation à pleine conscience. Je les rassure en leur disant que ce sont des techniques qui ne sont pas de l'ordre du spirituel et qu'elles ont une validation scientifique et que c'est purement physiologique : on respire, ça calme le cœur et ça calme les pensées. Je n'ai pas forcément toujours des retours mais je sais qu'il y a des patients qui le notent ou me demandent surtout quand c'est quelque chose dont ils n'avaient pas du tout entendu parler. C'est comme cela que je vois que ça les a percutés ou intéressés et qu'ils vont l'utiliser derrière. Je leur dis que, surtout pour la méditation, ce n'est pas quelque chose qui va marcher en claquant des doigts mais que s'ils ont pris l'habitude à en faire un peu régulièrement, ça peut, non pas aider à trouver la solution à leur problème, mais à prendre un peu de hauteur et de recul.

- << La méditation je la fais pour comprendre un peu ce qui se passe dans mon cerveau et réussir à prendre du recul par rapport à mes pensées et développer un peu plus de sérénité dans l'avenir.>>

Les patients sont encouragés à <<se retrouver>>, <<prendre du temps pour soi>>, pratiquer le <<lâcher-prise>> et prendre du recul, ainsi que de structurer leur journée pour accueillir les activités susmentionnées.

- << C'est un peu la même idée que lorsque je parlais de la nature, c'est une façon de se retrouver soi-même. Le fait de pratiquer une activité qui nous plaît nous permet de nous retrouver en tant que personne et de s'accorder du temps pour soi. Je vais prendre un autre exemple. Quand vous êtes de garde aux urgences et qu'il y a le temps qui passe, vous commencez à avoir faim, vous dites au chef que vous aimeriez bien aller manger et que le chef vous répond que vous devez en voir encore avant d'y aller. Je trouve que, finalement, qu'on aille manger à 23 heures en faisant une petite pause et en laissant les patients attendre quinze minutes et qu'après on soit plus efficace ou de prendre encore sur soi, en voir encore 20 patients mais finalement être moins bien concentré car on n'a pas pris de temps pour soi... je ne suis pas sûre qu'on soit plus efficace si on ne s'écoute pas et si on ne prend pas de pause.>>

- << Le but est qu'ils puissent prendre du recul, car c'est ce qui fonctionne pour moi. Le fait de se séparer de ce champ-là de leur vie qui, très souvent, est source d'angoisse, peut être bénéfique. Je leur dis de prendre du recul, de prendre du temps pour faire des choses qu'ils aiment et qu'ils font d'habitude pour se retrouver un petit peu et savoir qui ils sont en dehors de leur travail et en dehors de leurs angoisses.>>

Les patients ont aussi été conseillés d'utiliser des applications sur smartphones, des vidéos sur internet et d'écouter des podcasts pour se détendre.

- << Typiquement j'aime bien proposer l'application Petit Bambou car il y a des séances gratuites. On y revient toujours à ce sujet, il y a toujours le problème du coût. Il y a aussi l'application Headspace, sinon sur YouTube pour tout ce qui est méditation je recommande Christophe André qui est un médecin et qui anime en ligne gratuitement beaucoup de séances de méditation avec des sous-chapitres. Comme ça les patients peuvent aller sur la méditation centrée sur l'anxiété ou plutôt conjugopathie, ainsi de suite.>>

- << Je propose aussi l'application Petit Bambou sur Smartphone, ou bien des tutos sur YouTube avec l'ASMR et je les préviens que ça peut plaire ou pas.>>

- << Je propose aux patients des programmes de méditation si vraiment ils sont motivés, des vidéos sur YouTube ou sur Netflix <<Headspace>>. >>

Dernièrement, les patients sont parfois conseillés de se mettre en valeur et d'être égoïstes en prenant soin d'eux, en se focalisant sur le repos, le confort, les soins corporels, même le chocolat.

- << Pour les loisirs le but est [...] d'utiliser le temps libre pour faire des choses qui pourraient valoriser. Par exemple un patient marie avec des enfants qui n'a jamais le temps de faire un gâteau, s'il leur fait un gâteau lorsqu'ils rentrent de l'école, ça leur procure de la joie et cette joie lui apporte de la valorisation. S'ils bricolent et font un objet, le faire d'avoir créé quelque chose procure une certaine satisfaction, surtout si c'est quelque chose qu'ils n'arrivent pas à faire car ils n'ont pas le temps à cause du travail.>>

- << Arrêter de se dévaloriser>> qui veut dire : apprendre ce qu'on vaut et se prouver à soi-même qu'on a des qualités, demander à ses proches de montrer qu'on a des qualités.>>

- << Que veut dire <<prendre soin d'eux>> ? Ça veut dire d'essayer de ressentir ce dont ils auraient besoin. D'essayer de voir ce qu'ils voudraient la, maintenant, s'ils pouvaient tout avoir. Essayer de penser un peu à eux aussi, et pas qu'aux autres. >>

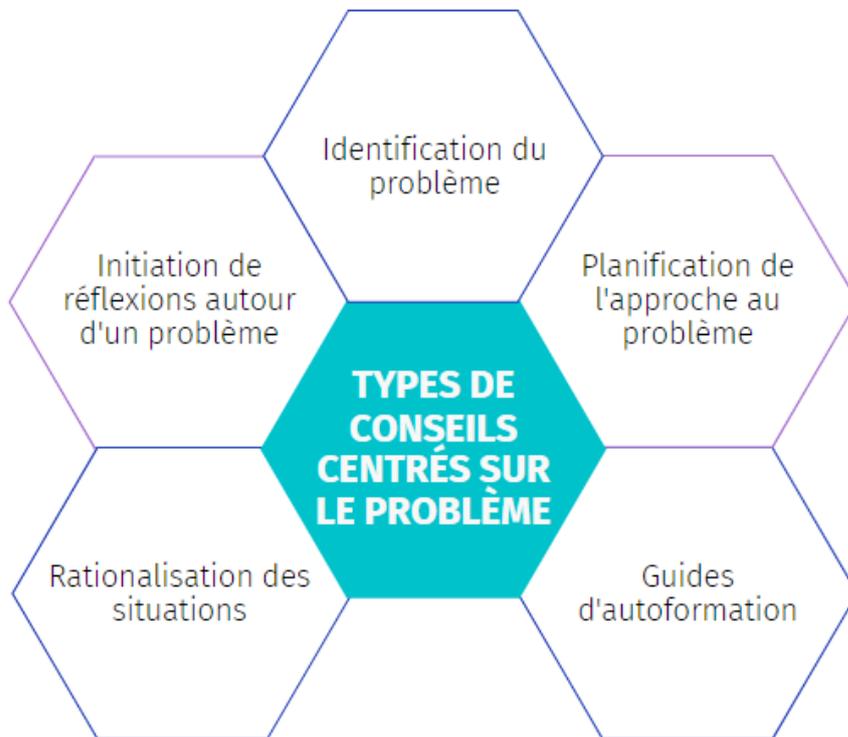
- << Parfois aussi je leur dis de prendre soins d'eux, de prendre rendez-vous chez le coiffeur ou l'esthéticienne.>>

- << Sinon, il y a aussi des petits rituels quotidiens comme boire des boissons chaudes réconfortantes, le petit gâteau ou le petit chocolat... ce sont des techniques pour se faire oublier, on va dire, et pour occuper l'esprit.>>

b. Stratégies centrées autour du problème

Parmi les conseils évoqués par les participants, 25% étaient liés à la prise en charge de la source de l'anxiété du patient. Les catégories de conseils les plus fréquents ont été la rationalisation des situations, l'initiation de réflexions sur un problème, l'identification du problème, la planification de l'approche du problème, ainsi que les guides d'autoformation.

Figure 5. Les familles de conseils donnés pour gérer les sources d'angoisse



Parmi les conseils retrouvés on retrouve des types de rationalisation de leurs émotions ainsi que des initiations à la réflexion, pouvant se manifester par des incitations à échanger des idées, à écrire ou à penser à ce qu'un ami nous conseillerait dans une certaine situation pour avoir un avis plus objectif.

- << Ça me rappelle une autre patiente qui avait une dépression rebelle à qui je pose la même question, si elle est heureuse, et qui me répond : « -Bien sûr que je suis heureuse. J'ai un chien, j'ai une piscine, j'ai un mari, j'ai trois enfants, j'ai une maison, j'ai de l'argent, etc... » Je l'ai regardée et je lui ai dit : « -D'accord mais vous ne répondez pas à ma question, moi je vous demande si vous êtes heureuse ». Elle me dit : « -Oui, je viens de vous répondre ». J'ai dit : « -Vous m'avez répondu sur un plan matériel. Vous cochez plein de petites cases sur une liste mais au fond de vous qu'est-ce que vous ressentez ? » Elle n'a pas su me répondre. Moi je n'ai pas répondu à sa place, j'ai laissé en suspens. J'essaye d'initier une réflexion.>>

- << Il y a une phrase que j'aime c'est <<Je sens que je suis en train de m'énerver. Que me conseillerait un ami ?>>. Il me dirait probablement <<ce n'est pas grave>>, <<laisse passer>>. Il y avait un patient qui s'était énervé parce que ça femme avait jeté un fond d'huile. Ça l'avait énervé car il trouvait que ça gâchait de l'argent et ils s'étaient vraiment disputés. [On] lui avait demandé : « -Est-ce que vous trouvez que ça vaut le coup de se disputer aussi fort pour 2 euros ? Est-ce que vous conseillerez à votre ami de s'engueuler avec sa femme pour 2 euros ? » Le patient a finalement dit que non, il ne conseillerait pas ça. Je trouve que passer par cette approche-là marche très bien, les gens se rendent compte qu'ils sont dans l'émotion. >>

- << Ça veut dire aussi de laisser passer la crise et de se mettre un peu plus dans la réflexion de ce que j'aurais pu leur dire.>>

- << Ensuite, le but de la parole est de réécrire un peu son histoire, comprendre ce qui s'est passé, comment ça s'est passé et pourquoi ça s'est passé.>>

L'autre majorité de conseils centres sur le problème sont liés à l'identification du problème.

- << Une fois qu'ils ont passé cette vague-là, le but est qu'ils arrivent à mettre la tête hors de l'eau, qu'ils remontent sur la plage et qu'ils essaient de déterminer quelle est l'origine, même s'il n'y a généralement pas qu'une seule cause. J'espère qu'ils puissent me donner les différentes causes de leur mal-être et ça, ça prend du temps. Ensuite, une fois qu'on a le point de départ je pense que c'est plus simple ensuite pour mettre en place une prise en charge.>>

Le troisième type de conseil en lien avec les problèmes a été la projection dans le futur, la planification, la confrontation a la source du problème, ainsi que d'explorer différentes approches liées à l'affrontement ou la résolution du problème.

- << Bien sûr que je leur demande aussi de penser à leur travail et à la suite. Ou bien l'arrêt de travail leur a permis de se reposer et de prendre assez de recul et, dans ce cas-là, il n'y a aucun souci pour le retour au travail. Ou bien, ils se rendent compte qu'ils ne peuvent plus continuer comme cela et je les encourage à penser à leur futur et à leurs options.>>

- << Le but de prendre du recul sur eux-mêmes est de voir ensuite ce qu'ils veulent faire pour la suite, ce qu'ils peuvent faire et comment ils peuvent le faire.>>

- << C'est pour se reposer pour qu'on avance dans la problématique. Quand c'est un « burn-out » je leur dis aussi que le but de l'arrêt n'est pas seulement de faire une pause mais de savoir ce que le patient veut faire après l'arrêt. Envisage-t-il, par exemple, une rupture conventionnelle, un retour, une démission ? Le but n'est pas de faire indéfiniment un arrêt de travail, cela mettra tout le monde en difficulté.>>

- << Parfois j'évalue avec eux les différentes options qu'ils ont dans une certaine situation et on pense ensemble aux conséquences pour leur permettre de faire un meilleur choix. <<Si vous faites ça, il se passera ça, ça et ça. Si vous faites ça, il se passera ça et ça. A vous de faire le choix.>>
J'essaye d'exposer un point de vue objectif sans trop influencer, sans trop donner d'avis lorsqu'on sort du médical pur.>>

- << Ensuite je lui ai redit à repenser à ce qu'elle envisage pour la suite et de se reconnecter un peu au travail juste en s'asseyant devant son bureau ou son ordinateur, ouvrir un fichier qui est en lien avec l'école et voir si ça réveille de l'angoissé ou pas. Si ça réveillait de l'angoisse je lui disais de passer à autre chose. La fois suivante elle m'avait dit qu'elle allait beaucoup mieux et que le fait de faire ces petits contacts avec le travail l'avaient bien aidé et elle a pu continuer le reste de son arrêt plus sereinement tout en se préparant petit à petit pour la reprise de son travail.>>

Les derniers conseils de cette catégorie sont liés aux guides d'autoformation.

- << c'est l'écoute de livres d'autoformation et de développement personnel, notamment Fabien Olicard. Il fait beaucoup de bouquins pour aider à prendre en main sa vie. Je ne veux pas, non plus, être trop insistante. >>

- << Je leur propose aussi un podcast qui s'appelle Change Ma Vie fait par un Coach de Vie qui parle de développement personnel. C'est quoi les émotions, à quoi ça sert et comment est-ce que je peux les utiliser pour aller mieux ? >>

c. Stratégies centrées autour de l'évitement

La dernière catégorie de conseils représente 12% et contient 12 conseils différents. Ces conseils peuvent être rassemblés dans les catégories suivantes : l'évitement de tout contact avec l'agent stressant, la focalisation sur sa propre personne, l'activité physique et le contact avec les gens, l'évitement des méthodes compensatoires.

Figure 6 : Les catégories de méthodes centrées sur l'évitement



Le premier groupe de conseils est l'évitement physique et émotionnel de tout contact avec l'agent stressant. On retrouve les conseils d'éviter de penser au travail, éviter de regarder le portable, se déconnecter, sortir de l'agression permanente et prendre du recul.

- << Éviter de regarder le portable, par exemple. Dans ce cas-là je lui proposerai plutôt des techniques pour éviter de penser au travail. >>

- << J'ai l'impression que le fait de ne pas aller travailler leur enlever d'emblée une charge ou une pression mentale. Je m'attends à ce qu'ils puissent récupérer des heures de travail qu'ils n'ont pas pu récupérer auparavant ou qu'ils puissent penser à autre chose.>>

- << je leur dis aussi de couper tout contact avec l'employeur.>>

- << Je trouve que l'arrêt est important pour leur faire sortir de l'agression permanente ainsi que pour moi-même en tant que soignant pour pouvoir réévaluer la situation un peu à distance et voir si c'est purement réactionnel ou s'il y a un syndrome dépressif ou une anxiété plus globale.>>

La deuxième catégorie de conseils tourne autour le fait de se retrouver soi-même et de prendre du temps pour soi.

- << Déjà je mets quinze jours car je suis sûre que la première semaine ils passent le temps à culpabiliser leurs arrêts de travail et qu'ils vont se déconnecter et prendre un peu de temps pour eux, car en gros c'est ça le but de l'arrêt de travail, la deuxième semaine. Moi, ce que je recherche de l'arrêt de travail, c'est une déconnection pour pouvoir se recentrer sur soi.>>

Dans la troisième catégorie on y retrouve les conseils sur l'activité physique et le contact avec les autres.

- << Leur faire rencontrer des gens, ce qui leur permettrait de moins se centrer sur leurs symptômes.>>

- << Je leur dis de s'aérer et de prendre l'air, de se promener en forêt, de faire les vitrines pour se changer les idées et ne pas broyer du noir à la maison. [Le but serait] de réduire les ruminations. Beaucoup font des rêves ou des cauchemars en lien avec leur travail, beaucoup ramènent leur travail avec eux à la maison. Moi, par exemple, je ne le rapporte jamais avec moi à la maison. Donc oui, c'est pour penser à autre chose et réduire les ruminations.>>

La dernière catégorie est représentée par les conseils d'évitement de comportements compensatoires.

- << Je leur dis pour éviter aussi certains comportements compensatoires comme le grignotage, surtout si c'est un arrêt de travail sur plusieurs semaines, d'autant plus qui ont d'autres pathologies ou qui ont un risque de comportement addictif>>

- << Je vérifie aussi qu'il n'y a pas des moyens de gérer l'anxiété qui puissent être nocifs comme le tabac, l'alcool, la drogue. Je leur pose la question au début pour savoir ce qu'ils font pour se détendre et à partir de là on peut discuter. S'il y a une problématique d'alcool ou de tabac je ne leur dis pas d'arrêter tout de suite, si c'est sa seule solution en ce moment je ne vais pas lui dire d'arrêter sinon ça risque de briser le dialogue. Je leur propose plutôt d'autres choses à faire en complément en espérant qu'un jour on trouve d'autres solutions.>>

v. Le choix des conseils

Les participants ont été demandés quelles sont les motivations derrière le choix des conseils. Les choix des conseils semble se partager naturellement en plusieurs catégories : des conseils en fonction de l'origine de l'angoisse du patient, des conseils en fonction de caractéristiques du patient comme perçues par le médecin, des conseils survenus à la suite de l'écoute active en fonction des souhaits du patient, des conseils bases sur l'intuition du médecin, et l'absence de conseils.

Figure 7 : Les catégories de facteurs influençant le choix des conseils



Les conseils en fonction de l'origine de l'angoisse contiennent une partie d'introspection de la part du patient menant à une identification de la source du problème.

- << Une fois qu'ils ont passé cette vague-là, le but est qu'ils arrivent à mettre la tête hors de l'eau, qu'ils remontent sur la plage et qu'ils essaient de déterminer quelle est l'origine, même s'il n'y a généralement pas qu'une seule cause. J'espère qu'ils puissent me donner les différentes causes de leur mal-être et ça, ça prend du temps. Ensuite, une fois qu'on a le point de départ je pense que c'est plus simple ensuite pour mettre en place une prise en charge.>>

- << A 15-16 ans je vais poser des questions plutôt que de donner de règles établies car ils sont jeunes et influençables. Je vais interroger. Par exemple <<Est-ce que le but d'un métier est de faire plaisir à ta maman... ?>> ou <<Si tu te lèves pour faire un métier qui ne te plait pas tu vas tenir 2-3 semaines mais comment seras-tu dans 10 ans ?>> etc. Il faut commencer par les questions, comme la dame a qui j'ai demandé si elle était heureuse. Elle m'avait regardé d'une telle façon... je pense qu'on ne lui avait jamais demandé cela, pourtant c'est une question de base. >>

- << Quand je suis avec un patient qui renouvelle déjà plusieurs fois son arrêt de travail, là je suis moins sur des recommandations de relaxation /méditation /gym et plutôt je les encourage à prendre de la distance et réévaluer la situation en leur disant <<est-ce que vous vous imaginez faire ce métier-là toute votre vie ?>>. S'ils disent finalement <<je ne sais pas, je n'en peux plus>>, je leur demande <<Est-ce que vous avez envie de choisir une autre voie professionnelle ?>>. J'essaye d'engager cela dans la conversation car sinon il va revenir et on va l'arrêter systématiquement une semaine ou quinze jours et il reviendra à chaque fois. >>

- << Je trouve que souvent cela peut se manifester par des maux de ventre, parfois même des douleurs thoraciques. Parfois quand les patients me parlent de ces douleurs je pense à recommander la cohérence cardiaque. Je me dis que la tension réside au niveau diaphragmatique et que la respiration pourrait aider à détendre à ce niveau, d'un point de vue mécanique.>>

Certains conseils ont été donnés en fonction des caractéristiques du patient comme étant perçues par le médecin. Celles-ci peuvent être des variables *objectives*, comme l'âge, ou bien des caractéristiques *subjectives* comme la capacité d'introspection ou le type de personnalité selon un algorithme du médecin.

-<< Quand ça va être plutôt un jeune ou un ado, en fonction de ses appétences [je lui offre plutôt] une activité physique qui va le défouler et qui va lui permettre d'extérioriser seul ou en groupe si c'est ce qu'il aime.>>

- << J'essaie de me rendre compte quelle sorte de personnalité ils ont et ensuite de donner des conseils pour les rapprocher autant que possible de la ligne moyenne de ce qui serait "normal". Par exemple, si le patient est plutôt du type travailleur je lui prodiguerai plutôt des conseils qui mènent à éviter d'être en contact avec le travail.>>

- << Si je sens que les patients sont plutôt anxiodépressifs et un peu plus au ralenti je leur proposerai de trouver des choses à faire pour ne pas s'enfoncer dans leur anxiété. Je leur proposerai, par exemple, de la marche nordique, de préparer des repas. Je pense que c'est important de leur demander de structurer un peu leur journée ou de se motiver à faire des activités si le patient ne fait plus rien, est sur son canapé toute la journée et est en train de s'enfoncer.>>

- << La méditation je vais la conseiller aux gens qui sont capables d'un minimum d'introspection.>>

- << Quelqu'un qui a des capacités intellectuelles réduites, disons dans le contexte d'une maladie d'Alzheimer ou de troubles psychiatriques évolués... je ne fais pas lui conseiller de faire de la psychothérapie ou de la méditation. Je vais plutôt lui proposer d'aller marcher.>>

- << Je cerne un petit peu leur personnalité pour voir s'ils seraient susceptibles à mes conseils selon la personnalité et la temporalité. Il y a des gens qui ne sont pas prêts maintenant et il y a des gens qui ne seront jamais ouverts à ceci. >>

- << Ensuite c'est aussi la gestion du stress qui dépend du type de personnalité de chacun. Si c'est une personnalité plutôt stressée en permanence je propose plutôt un suivi psychologique ou de faire appel à des sophrologues, faire du yoga, de la relaxation et de la méditation.>>

- << Après, ça c'est chez des patients qui ont internet et qui maîtrisent l'outil. La méditation et Petit Bambou, par exemple, sont recommandées plutôt [pour] les patients jeunes (< 75 ans) qui ont des attaques de paniques, troubles anticipatoires, phobies anticipatoires (scolaire) à qui je recommande la méditation.>>

L'écoute active joue aussi un rôle important dans le choix des conseils, certains médecins préférant d'adapter leurs conseils aux préférences des patients.

- << Le médecin est un guide, si on donne des traitements ou des avis qui ne lui sont pas adaptés, à quoi ça sert ? Notre rôle est de guider le patient et de l'aider à trouver sa propre voie, à lui.>>

- << Je choisis [mes conseils] en fonction de l'histoire de la personne et en fonction de ses attentes.>>

-<< J'essaie de partir de leurs loisirs, je leur donne des pistes d'activités en exemple mais j'ai plus tendance à leur faire chercher ce qu'ils aiment faire eux-mêmes.>>

- << Finalemnt je leur propose des choses qu'eux-mêmes m'ont dit qu'ils aiment faire.>>

- << Ils me disent déjà quels sont leurs intérêts de base ou s'ils ont des animaux, par exemple, et cela me permet de leur conseiller des choses très accessibles. Faire de la marche, balader leurs chiens, passer du temps avec leurs petits-enfants, etc. Je reste à leur écoute, si je leur propose de faire de la marche, par exemple, et qu'ils me disent qu'ils aiment plutôt le vélo, je les suis.>>

-<<Le but est de montrer au patient que leur angoisse est valide et écoutée. Le médecin ne s'en fiche pas. Ça aide beaucoup que les patients se sentent écoutés et d'ailleurs ils me le disent souvent à la fin de la consultation. Les petits conseils... ils les appliquent ou ils ne les appliquent pas... J'essaye de faire en sorte qu'ils ne soient pas trop spécifiques ou trop dans les injonctions. J'essaye plutôt de me servir de ce qu'ils me donnent, je saute sur la perche et je renvoie la balle sur ce qu'ils me disent. Vu que, finalement, les réponses viennent d'eux-mêmes, je m'en sers pour formuler leurs propres réponses. Cela aide aussi pour ne pas créer de la culpabilité si on donne des conseils qui ne leur vont pas et qu'ils ne font pas, qu'ils ne pensent pas <<Je n'ai pas suivi les conseils du médecin et je n'en suis pas mieux et je dois revenir, on va m'enqueuler>>. De un, ça aide la personne à se sentir écoutée. De deux ça aide la personne à trouver leurs propres stratégies pour s'en sortir. >>

Certains médecins ont évoqué choisir leurs conseils en fonction de leur intuition avec chaque patient.

- << C'est difficile à décrire, c'est beaucoup au feeling.>>

- << Ensuite c'est plutôt de l'intuitif ou du conversationnel en fonction de ce qu'ils amènent à la discussion, en essayant toujours d'être à l'écoute et douce. >>

Un médecin a répondu qu'il n'aime pas donner des conseils.

- << Je ne leur dis pas de faire quelque chose en particulier. Je ne suis pas très fan du conseil de <<pratiquer du sport>>, par exemple. Je trouve que si on n'est pas déjà en forme on ne peut pas bien pratiquer du sport. Je l'encourage à faire des choses qu'il aime s'il me les exprime spontanément pendant la consultation mais je ne fais pas d'injonctions. Même si on aime faire quelque chose, si ça ne vient pas spontanément on le fera mal donc j'évite justement cette sorte d'injonction. Je leur dis plutôt que lorsqu'ils vont aller mieux ils vont pouvoir reprendre les activités qu'ils faisaient auparavant. Je n'ai pas l'impression que ces conseils soient efficaces et ça se saurait si ces activités spécifiques comme le sport apportaient vraiment un grand changement.>>

vi. La réception des conseils par les patients

Les médecins faisant partie de cette étude ont partagé la réaction et/ou le retour des patients à la suite de leurs conseils. Au total les patients trouvent les conseils comme étant positifs, ils restent ouverts aux conseils et ont souvent des retours spontanés ou ils expriment *non seulement si les conseils les ont aidés mais aussi s'ils les ont trouvés adaptés à eux-mêmes ou pas.*

- << Je trouve qu'ils s'y attendent à en recevoir, la plupart du temps, comme si ça faisait partie du traitement qu'on leur propose. Ils m'en reparlent ensuite en disant, par exemple, << Oui, docteur, je sais que vous allez me dire de...>>, car ils savent ensuite quels sont les conseils que je leur donne.>>

-<< Je n'ai jamais eu de colère ou de réaction négative, c'est toujours plutôt positif. L'avantage de l'entretien motivationnel est que le patient se sent quand même un peu écouté et si derrière on propose quelque chose ce n'est jamais perçu avec malveillance même s'ils ne prennent pas le conseil.>>

-<< Oui oui, soit ils l'abordent spontanément, soit je le relance moi-même. J'écris beaucoup dans les observations donc je suis capable d'écrire les conseils que j'ai donné ou les choses qu'ils ont dit aimer faire pour leur demander plus tard. S'ils disent qu'ils n'ont pas fait suite à ce dont on avait parlé, je ne les dévalorise pas. Je leur dis que ce n'est pas grave, je leur parle toujours dans la valorisation. Je ne veux pas qu'ils viennent et qu'ils aient peur parce qu'ils n'ont pas fait <<ce que le docteur leur a dit>>. Je leur rappelle toujours que la porte reste ouverte et que je suis disponible.>>

- << En général ils sont à l'écoute et bondissent un peu dessus en répondant aux questions et en ajoutant, par exemple, <<Ah oui c'est vrai que j'aime promener mon chien.>> ou <<Ah oui c'est vrai que j'aime bricoler.>>. Je n'ai pas forcément toujours le retour mais en général je le note dans le dossier et je leur redemande lorsque je les revois. Ça ne marche pas toujours hyper bien mais parfois ça change des toutes petites choses dans le sens positif.>>

-<< Les retours sont spontanés, je ne leur demande jamais si mes conseils étaient <<bons>> ou pas, je trouve qu'ils le font spontanément vers la fin quand ça va mieux.>>

- << La plupart du temps ça va, ils sont assez ouverts. Je sais que ce n'est pas parce que je vais leur dire de méditer qu'ils vont le faire. Le programme sur Netflix passe très bien car si c'est Netflix ça moins <<bizarre>>. La cohérence cardiaque passe bien aussi car c'est un petit outil et je leur explique bien que ça a été scientifiquement reconnu et démontre par stimulation du nerf vagal et qu'il y a de vraies études derrière. La marche, aussi, est plutôt bien reçue comme conseil mais il faut qu'ils aillent la force de la faire. Je leur dis bien que si jamais ils ne sentent pas un conseil de ne pas le faire. >>

-<< Globalement, c'est plutôt bien accueilli. Parfois ils me disent que c'est plus facile de dire que faire et je leur confirme mais j'essaie de les rassurer et de dédramatiser ou banaliser la situation en leur disant qu'il y a eu pleins d'autres qui sont passés par la même situation et ont eu du mal lorsque je leur ai dit de faire tels trucs mais, finalement, ces choses leur ont fait du bien. Je leur dis qu'ils peuvent test, essayer, tenter et si ça ne leur convient pas de ne pas continuer. Le but est d'essayer et de ne pas rester toujours dans le négatif. J'essaie beaucoup d'être dans la déculpabilisation et d'appréhender les difficultés s'ils ont un peu des hésitations. C'est rarement sur la défensive.>>

-<< Oui, assez beaucoup. Je n'ai pas eu de retour sur les podcasts et le bruit blanc mais j'ai eu des patients qui m'ont dit <<j'ai repensé à ce que vous m'avez dit et je trouve que ce serait bien de...>> quel que soit le conseil qui avait été donné. Il y a eu aussi des patients qui ont essayé ce que j'ai dit et qui se sont plantés et je leur dis que ce n'est pas grave, au moins on a tenté et on sait ce qui ne marche pas.>>

vii. Le rôle des conseils selon les praticiens

Finalement, les médecins ont été demandés ce qu'ils pensent des conseils qu'ils donnent et quel rôle ils leur attribuent dans la prise en charge de l'angoisse (hors syndrome d'angoisse généralisé). Tous les médecins interrogés (10/12) ont évoqué l'importance de ces conseils, selon eux.

- << L'inspection, l'écoute et seulement après : la prise en charge, sont aussi importantes que les ordonnances. Ce n'est pas facile, en médecine générale, de terminer sa consultation sans ordonnance, sans arrêt de travail, sans certificat, sans rien. Ce genre de prise en charge peut emmener le médecin à terminer la consultation en ne rien donnant au patient si ce n'est des conseils.>>

- << Je pense qu'ils font partie du traitement, complètement. En prenant en compte cette notion de temporalité ou chaque conseil peut être entendu à un moment différent par le patient.>>

-<< Moi, je trouve cela super important de les dire mais bien sûr que c'est lié à la personnalité de chaque personne. Il y a des médecins qui ne veulent pas du tout rentrer dans cela et je peux tout à fait comprendre. Après, si c'est nous on ne les dit pas nous-même, on doit vraiment encourager les patients à aller voir quelqu'un qui leur dira, car les patients me font des retours et me disent à quel point ça les a aidés et ça leur fait du bien de leur dire ce genre de choses.>>

-<< Je pense que ça fait largement partie de la prise en charge de l'angoisse. Le traitement médicamenteux qu'on apprend pendant nos cours n'est pas adapté la plupart du temps, je trouve que les patients ont besoin de conseils la plupart du temps et de comprendre que leur angoisse est normale. C'est juste une émotion, ce n'est pas grave, il faut juste comprendre ce qu'elle veut nous dire et essayer d'avancer dessus. Si ça ne va pas, évidemment qu'on peut mettre en place un traitement, il n'y a pas de souci.>>

-<< On se rend compte que les gens ne viennent pas principalement pour avoir des traitements médicamenteux lorsqu'ils viennent nous parler de leurs angoisses. Au contraire, ils sont plutôt demandeurs de choses plus naturelles. Bien sûr qu'on doit y penser si les choses s'allongent et si on voit qu'il y a un vrai trouble anxieux sous-jacent ou une autre maladie à traiter.>>

-<< Je trouve qu'ils font carrément partie du traitement global mais que c'est moins strict qu'un traitement médicamenteux.>>

-<< Je pense qu'ils sont hyper importants. Nos conseils ont, peut-être, plus de valeur que le médical pur. On prend en charge du psychologique parce que, par définition, c'est de l'humain et c'est encore plus loin des livres que le reste des sujets. La médecine générale est très vaste, il n'y a pas vraiment de limites dans les motifs des patients qui viennent nous voir. De la même façon on n'a pas de limite dans les compétences qu'on peut apporter à nos patients et, du coup, elles sont très variables.>>

Troisième Partie: Discussion

I. Critique de l'étude

i. Points forts de l'étude

- Le premier point fort de l'étude est la pertinence du sujet. La prévalence de la sensation de stress et d'angoisse (ne rentrant pas dans un syndrome d'angoisse généralisé ou de dépression clinique) est en cours d'augmentation. Cette augmentation a été nettement accélérée par la pandémie du Covid-19, où un grand nombre de la population mondiale a été confrontée à une instabilité de leur travail (62) menant à une potentielle baisse des revenus, à une isolation accrue, à un confinement forcé qui n'a fait qu'augmenter la violence domestique et les séparations pendant cette période-là (62). Les médecins généralistes sont le premier recours de la population générale et la préparation à de telles situations pourrait être améliorée pour venir à l'encontre des besoins non seulement des soignants mais aussi de des patients. Vu la difficulté d'accès aux soins en santé mentale le rôle du médecin généraliste devient de plus en plus central dans la prise en charge de tout symptôme en lien avec le psychique.
Nous voyons dans l'introduction les effets du stress aigu et chronique sur la santé physique et mentale. Nous voyons le rôle du fait d'une succession d'évènements, euphoriques ou dysphoriques, sur la quantité totale de stress accumulé par une période et la prédisposition de celle-ci à des troubles mentaux plus sévères à la suite d'une accumulation trop accrue de ces évènements (52). La pertinence de cette étude, qui est un état des lieux, réside en ce qui peut suivre après cette étude ; la possibilité d'une prise de conscience globale des différents types de coping et d'une exploration personnelle de ceux-ci. Le but étant de limiter l'impact de chaque évènement stressant au cours de la vie et d'une moindre accumulation de stress.
- Le deuxième point fort de l'étude est la variété des réponses. Elle reflète la variété des prises en charge par les soignants selon leur personnalités, expériences vécues et affinités pour le sujet. Cette variété reflète aussi un manque de structuration dans la prise en charge de l'angoisse, structuration qui pourrait être explorée pour son enseignement ultérieurement. Une description de la consultation en lien avec l'angoisse des patients qui est revenue plusieurs fois dans les réponses des soignants était que ces consultations sont <<chronophages>>. Au-delà du temps d'écoute

active, une prise de conscience des différents types de coping pourrait-elle soulager un peu la pression sur le soignant qui peut se retrouver, parfois, démuni devant les soucis exprimés par le patient ? Une augmentation de nos outils nous permettrait-elle une prise en charge plus ciblée de la cause de l'angoisse des patients et de leur façon de gérer ?

- Le troisième point fort de l'étude est son universalité. L'angoisse est un poids et un frein non seulement en médecine générale mais dans toute la médecine. Tout soignant de toute spécialité peut avoir en face de lui un patient anxieux qui pourrait être aidé par des conseils. Tout soignant peut lui-même être confronté à des périodes d'anxiété. Tout métier et toute personne peut bénéficier d'une analyse de ses propres méthodes de coping et de la mise en place d'une diversification de celles-ci, augmentant, probablement, le degré de résilience. Il serait intéressant d'examiner si cet algorithme pourrait être enseigné l'enfance pour augmenter la résilience et diminuer l'impact des divers événements stressants dans la vie.

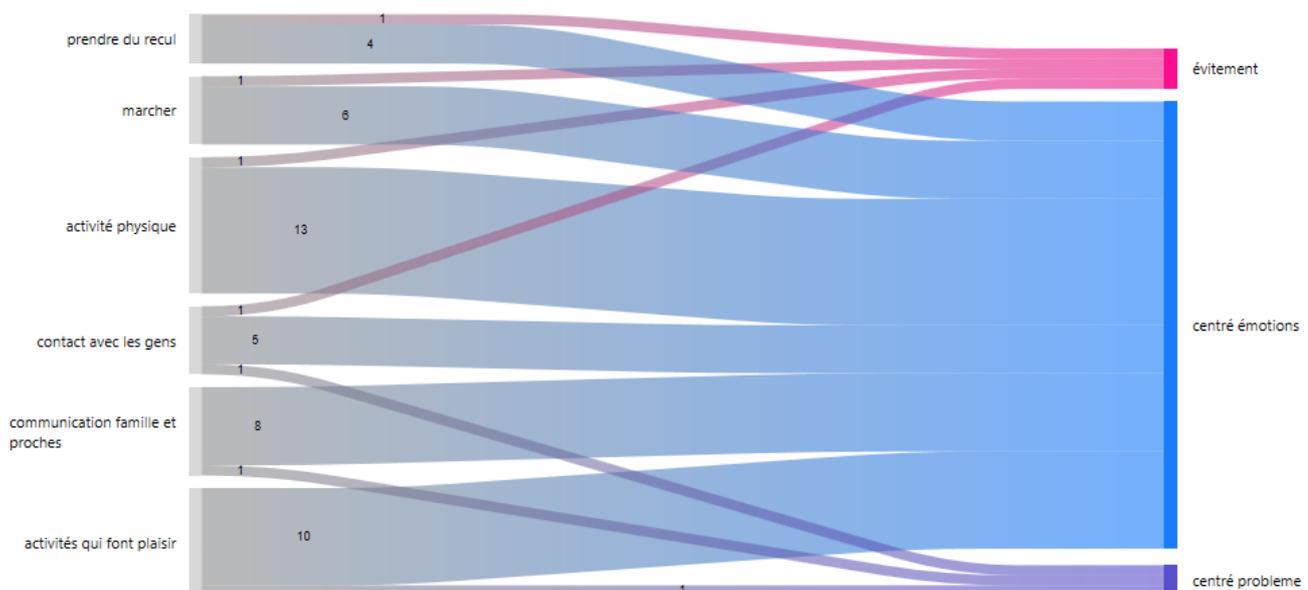
ii. Limites et biais de l'étude

- La première limite est le fait qu'il n'y a pas eu de deuxième relecture de la totalité des entretiens, seulement de quelques entretiens étant les plus représentatifs.
- Une deuxième limite de cette étude vient du fait que les conseils donnés sont tellement spécifiques à chaque patient et situation que c'est difficile de se rappeler ponctuellement de tous les conseils donnés, vu qu'on les oublie s'ils font partie de certaines habitudes conscientes ou inconscientes. Il se peut que lors de leur pratique certains soignants donnent plus d'un autre type de conseils que celui exprimé dans cette étude. Lors d'une prochaine étude ce serait intéressant de demander aux soignants de noter les conseils donnés après chaque consultation où ils les ont utilisés avec une anecdote expliquant le choix du conseil et les circonstances.
- Une troisième limite de cette étude réside dans le fait qu'il a été parfois difficile de classer un conseil dans la famille de conseils appropriée sans comprendre exactement

le but souhaité de l'activité nommée. Il y a eu besoin de multiples relances du type <<...et vous proposez ceci en quel but ?>>.

L'activité physique, par exemple, peut être classifiée dans la catégorie centrée sur les émotions si le but est de se faire plaisir, ou bien dans la catégorie de résolution du problème si c'est en lien avec celle-ci, ou bien dans la catégorie de stratégies centrées sur l'évitement si le conseil est donné pour éviter d'être confronté à la source du problème. De cette façon, plusieurs conseils ont été classés dans plusieurs catégories concomitantes si le soignant présentait différents rôles et buts pour le même conseil ou si des participants différents utilisaient les mêmes conseils à des fins différentes.

Figure 8 : Exemples de conseils classés dans plusieurs catégories, ainsi que la fréquence de ces occurrences



Dans la Figure 8 on peut voir que pour 4 propositions de « prendre du recul » avec le but de gérer ses émotions, une même proposition a été faite avec le but d'éviter l'agent stressant. « Marcher » a été proposé 8 fois pour gérer les émotions et 1 fois en tant que coping évitant. Le contact avec les gens a été le seul conseil pouvant être encadré dans les 3 catégories.

La classification a aussi été difficile lorsqu'un conseil avait deux buts différents en fonction de la temporalité. Par exemple, un sujet avait suggéré la méditation pour calmer ses pensées angoissantes (coping centré sur les émotions) afin de se recentrer sur le problème (coping centré sur le problème). Même si la raison d'utiliser la méditation était de vouloir se focaliser sur le problème, le but immédiat était de calmer ses pensées ; dans cet exemple le but d'une stratégie a dû être décomposé en plusieurs parties et l'action a été associée au résultat le plus immédiat.

Cette notion de temporalité a été utilisée par un participant pour décrire l'utilisation d'une stratégie centrée sur les émotions afin d'arriver finalement à une stratégie centrée sur le problème :

<<C'est pour pouvoir plus facilement élaborer des stratégies de résolution de problème, parce que quand on est trop submergé par les émotions, la colère, la tristesse, le découragement, c'est beaucoup plus compliqué de se dire <<Qu'est-ce que je vais faire ?>>. Les gens subissent et subissent sans avoir la possibilité d'établir une stratégie. >>

Les sujets se sont exprimés souvent via des idiomes qui contiennent une connotation culturelle mais pas un type de conseil aisément classifiable. Ce sont ces clichés linguistiques qui ont contribué principalement à la saturation des données. Ces phrases ont été du type <<se retrouver>>, <<prendre du temps pour soi>>, <<prendre du recul>>, <<lâcher prise>>. Certaines phrases ont été placées simultanément dans deux catégories différentes. De plus, pour une même catégorie, ces phrases pouvaient avoir différentes significations lorsqu'une clarification a été demandée.

Par exemple :

“Prendre du temps pour soi” peut être centré sur les émotions en faisant des activités qui font plaisir, ayant comme but une émotion positive

-<<. C'est un peu la même idée que lorsque je parlais de la nature, c'est une façon de se retrouver soi-même. Le fait de pratiquer une activité qui nous plaît nous permet de nous retrouver en tant que personne et de s'accorder du temps pour soi.>>

La même phrase peut aussi être utilisée dans un but d'évitement de confrontation à une

situation anxiogène.

<<[J'espère] qu'ils vont se déconnecter et prendre un peu de temps pour eux, car en gros c'est ça le but. [...] Moi, ce que je recherche de l'arrêt de travail, c'est une déconnection pour pouvoir se recentrer sur soi.>>

Ces expressions idiomatiques ont peut-être aussi un rôle important pour le patient qui peut les interpréter plus librement en fonction de ses propres besoins. Cependant elles représentent aussi une limite dans le manque éventuel de clarté envers les patients et l'interprétation peut ne pas correspondre à l'intention.

iii. Retour sur nos hypothèses

- L'accès aux soins s'est avéré effectivement difficile dans la plupart des régions mentionnées par les participants, avec les difficultés d'accès étant liées principalement au délai du rendez-vous et au prix de la consultation pour les professionnels en libéral. La confirmation de cette hypothèse, bien qu'évidente, souligne le rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des souffrances morales.
- La deuxième hypothèse est le pourcentage de consultations liées à l'angoisse, celle-ci étant entre 20%-40% dans la littérature médicale (3,9). Les participants ont décrit une quantité dépassant celle-ci en utilisant des comparaisons quantitatives (25-50%) ainsi que qualitatives (<<hyper fréquent>>). A nouveau, la confirmation de cette hypothèse souligne l'importance du médecin de premier recours dans la prise en charge de l'angoisse.
- La troisième hypothèse est que les médecins utilisent principalement des méthodes centrées sur les émotions pour gérer leurs angoisses. Celle-ci a été confirmée. Les méthodes utilisées le plus fréquemment par les médecins pour gérer leur propre angoisse se retrouvent dans les méthodes conseillées aux patients. La proportion de type de conseil que les médecins utilisent pour eux-mêmes est similaire à la proportion de types de conseils qu'ils donnent aux patients, ceci validant la quatrième hypothèse qui était que le type de conseils donne le plus fréquemment est celui centré sur les émotions.
- La dernière hypothèse a été que le choix des conseils a été fait principalement sur l'intuition du médecin, celle-ci a été infirmée. Bien que faisant partie des choix des

conseils, l'intuition a été la moindre représentée, étant dépassée par les conseils donnés en fonction de l'origine de l'angoisse et ceux donnés selon des caractéristiques des patients comme étant perçues par les médecins selon des critères subjectifs. Bien que le côté intuitif puisse y jouer un rôle important, ceci semble montrer que les médecins se sont fait leurs propres algorithmes pour faciliter leur choix de conseils.

II. Réflexion

i. Le choix du mot « angoisse »

Tout au long de cette thèse le mot “angoisse” et “stress” sont utilisés de façon interchangeable. Les statistiques retrouvées en lien avec le stress ou l'angoisse ont aussi été utilisées de façon interchangeable. Le choix a été fait de garder le mot angoisse tout au long du questionnaire, des entretiens ainsi que des résultats pour deux raisons :

- D'une part, bien que de façon familière nous associons le mot “stress” avec le “distress” avec une sensation négative, le stress peut être positif (par exemple, l'eustress). En utilisant le mot “angoisse” on évite cette potentielle ambiguïté plutôt académique.

Le deuxième motif pour ce choix de vocabulaire vient du fait que bien que des méthodes de coping ont été étudiées dans le contexte du “stress”, les méthodes de coping les plus approfondies et systématisées dans la littérature psychothérapeutique sont liées à “l'angoisse” : aux théories de son origine et de son évolution au cours de nos vies. C'est à la suite de l'exploration de ces origines (cognitive, émotionnelle, comportementale) que des approches basées sur l'évidence ont suivi.

ii. La méthode

La méthode utilisée a été une analyse qualitative. Les données ont été recueillies via des entretiens semi-dirigés. Ceci a permis de guider l'entretien du fait de l'inexpérience en tant qu'interviewer et de ne pas passer à côté des sujets importants. En étant en même temps interviewer et processeur des données, un certain manque d'objectivité pourrait être considéré comme un biais, du fait que l'interviewer aurait pu induire certaines réponses de façon

involontaire. Toutefois, ce manque d'objectivité a aussi été utile car le questionnaire a évolué avec les entretiens pour apprendre à demander des clarifications, notamment lors des clichés linguistiques.

Les entretiens ont été retranscrits en Word puis en utilisant l'application Atlas.ti, il a été possible de relever les mots-clés et effectuer l'analyse sémantique, générant des codes. En utilisant une analyse qualitative, l'exploration ouverte des ressentis des participants a été effectuée, en favorisant l'expression libre et le rappel d'exemples précis. Une comparaison des trois types de conseils a été ensuite effectuée.

iii. L'annonce

L'annonce a été publiée sur un groupe en ligne ciblant les médecins du Centre Val de Loire pour avoir autant de médecins ayant fait leurs études à la faculté de Tours que possible afin de limiter les variables de chaque institut d'enseignement de médecine. Devant la nécessité d'avoir plus de participants cette variable a été supprimée et l'annonce a été publiée sur un groupe public de médecins. Ceci semble ajouter des variables inconnues si on essayait de limiter nos conclusions à une seule région géographique mais étant donné que plusieurs médecins ont fait leur externat et leur internat dans des régions différentes, le fait de ne parler qu'à des médecins du Centre Val de Loire n'aurait pas permis de tirer une conclusion sur les conseils donnés en fonction du lieu des études de médecine.

iv. Les caractéristiques des participants

La plupart (85%) des participants à cette étude ont entre 25-35 ans. La dominance de cette tranche d'âge pourrait être expliquée par plusieurs facteurs :

- 1. Le moyen de transmission de l'annonce pour la thèse, sur réseau social, est très populaire parmi les jeunes médecins.
- 2. Il peut exister des différences de paradigmes en lien avec la santé mentale selon les différentes générations de médecins. Ceci serait intéressant à explorer dans une thèse ultérieure.

Le genre des participants n'a pas été demandé et n'a donc pas été pris en compte lors de l'analyse des réponses. Ce sujet n'a pas été abordé pour ne pas induire de biais envers le reste du questionnaire selon l'approche de chaque personne au sujet de la dichotomie du sexe et du genre.

Bien que la plupart des participants travaillaient en milieu semi-rural, aucune analyse de corrélation n'a été faite entre le lieu de pratique (urbain, semi-rural ou rural) et le type de conseil donné. Ceci pourrait être intéressant pour une future étude de voir si l'installation et la permanence du suivi des patients encourage les médecins à explorer plus d'un type de conseil qu'un autre.

Comme vu dans les résultats, les motifs de réponse à l'annonce ont été : la confraternité, l'intérêt au sujet de l'angoisse ou la reconnaissance de la présence d'angoisse dans leur propre vie. Tous les participants ont exprimé qu'ils sont conscients de leur propre angoisse et qu'elle joue un rôle dans leur vie, à des niveaux différents pour chacun. Malgré la verbalisation du choix de participation à l'étude étant la confraternité, la présence de cette angoisse personnelle pourrait avoir participé à un biais inconscient de participation. Il serait intéressant de voir, ultérieurement, quel est le lien entre le degré d'angoisse ressenti par chaque participant et le type de conseil proposé.

Aucun participant n'avait eu des notions pré-acquises de prise en charge non-médicamenteuse de l'angoisse à la suite de ses études de médecine. On peut en conclure que la navigation des situations angoissantes et de la prise en charge des consultations en lien avec l'angoisse résulte des expériences vécues dans leur vie personnelle ou à la suite d'un parcours non systématisé leur ayant permis de se familiariser avec différentes techniques de prise en charge. La moitié des participants ont exprimé de la reconnaissance envers leurs Maîtres de Stage pendant l'internat pour leur avoir montré différentes approches pendant les consultations en lien avec l'angoisse. Ceci souligne l'importance du rôle de Maître de Stage et la multitude de connaissances pratiques qui peuvent être acquises pendant cette période.

L'accès aux soins de santé mentale, publics et privés, a été décrit de façon similaire par quasiment tous les participants, avec des exceptions en fonction des détails de leur pratique et d'accords spécifiques entre médecin généraliste et professionnel de santé mentale (psychologue dans la maison de santé pluridisciplinaire, possibilité de prendre un rendez-vous avec psychiatre pour un avis unique). Ceci nous montre que malgré les difficultés rencontrées par les patients à niveau national pour la prise en charge et suivi des pathologies en lien avec la santé mentale, des méthodes d'adaptation peuvent être mises en place au niveau des structures ou des villes pour donner suite à des accords entre professionnels.

Voici la méthode décrite par une participante :

- << Soit j'appelle et mon confrère me donne son avis soit sinon je peux prendre moi-même le rdv pour le patient sur Doctolib dans des filières spécifiques de certains psychiatres en libéral qui me précisent bien qu'il s'agit d'un seul rendez-vous et que ce sera un rendez-vous d'avis et dans ce cas-là j'ai la possibilité d'avoir un rendez-vous sous 15 jours en présentiel. Moi je prends juste le rendez-vous pour le patient via Doctolib et le patient s'y rendra le jour de son rendez-vous.>>

A noter qu'à partir de 2022 l'Assurance Maladie a mis en place le dispositif MonPsy. Celui-ci permet aux patients d'avoir des séances de thérapie avec un psychologue conventionné qui sont remboursées (67).

v. Le questionnaire

Le questionnaire établi a été utilisé comme guide pour l'entretien semi-dirigé. Les questions obligatoires ont été celles qui couvraient les méthodes de coping de chaque médecin envers sa propre angoisse ainsi que les conseils donnés aux patients lorsque ceux-ci se disaient être angoissés. L'ordre des questions n'a pas toujours été respecté pour favoriser la liberté d'expression et un flux de conversation naturel.

Certaines questions ont été utilisées pour favoriser le rappel des conseils donnés. Ceci a été le but en demandant aux sujets s'ils donnent des arrêts de travail. En se focalisant sur un arrêt de travail il a été plus facile d'explorer, par la suite, s'ils envisagent la façon dont le patient utilise le temps libre de cet arrêt de travail pour gérer l'angoisse qui a été à l'origine de celui-ci. Ceci a permis aussi d'explorer les attentes implicites (et donc des conseils non exprimés verbalement) des médecins lorsqu'ils prescrivent un arrêt de travail. Par extrapolation on peut déduire que l'attente du médecin sur la façon dont le patient devrait passer son temps lors d'un arrêt de travail (donné pour cause de syndrome anxieux) serait directement en lien avec le type de conseil qui aurait été donné.

L'utilisation de l'arrêt de travail comme catalyseur pour la reproduction de conseils donnés aurait pu être considéré comme un conseil de type évitant en soi mais il n'a pas été utilisé dans l'analyse des conseils, vu qu'il a fait partie du questionnaire. Certaines questions ont été omises selon les réponses des sujets, si la question principale avait déjà été abordée.

Pour pouvoir classifier ultérieurement les conseils évoqués, leur intention devait être clarifiée. Des questions ont été rajoutées au fur et à mesure de l'entretien, selon le besoin, pour clarification, notamment lors de propositions qui pourraient être ambiguës. Exemple : << Je dis aux patients de prendre du recul.>> <<Qu'entendez-vous par cela ?>> <<Je veux dire qu'ils doivent prendre du temps pour faire des activités qui leur font plaisir.>>

vi. Les métaphores sur l'angoisse

Pendant l'entretien plusieurs métaphores sur l'angoisse sont ressorties spontanément, sans que cela fasse partie du questionnaire. Ces métaphores sont importantes car elles montrent le contexte duquel ressortent les conseils de chaque participant et les représentations qui aident à guider leurs choix des conseils. N'ayant pas de pas-à-pas formel, les conseils des médecins dépendent de ces représentations. Il serait intéressant d'explorer ceci dans une étude future et faire un catalogue des diverses représentations de l'angoisse qui existent en médecine

générale. Il serait aussi intéressant d'explorer les représentations des patients en lien avec l'angoisse pour permettre une relation de partenariat autour d'un thème commun.

vii. Le choix des catégories

Dans l'introduction ont été présentées deux façons différentes de classifier les stratégies de coping de l'angoisse ; d'une part la classification entre stratégies centrées sur le problème, les émotions et du coping évitant, de l'autre part une classification basée sur les différentes composantes de l'angoisse, explorées dans les théories d'origine de l'angoisse : la facette cognitive, la facette émotionnelle ou la facette comportementale. Le choix a été fait d'utiliser la première classification vu la facilité de la mettre en pratique par le médecin, patient, ou tout autre personne. Cette facilité permettrait une assimilation rapide de l'apprentissage d'analyse d'une situation anxiogène en fonction des 3 plans d'approche. L'analyse de ses propres réactions à une situation anxiogène en fonction de la fonction cognitive, émotionnelle ou comportementale pourrait nécessiter d'avantage un interlocuteur objectif ou un degré d'introspection qui est une variable inconstante de personne à personne. Le but étant de rendre toute personne autonome dans la prise en charge de son coping, cette approche choisie semble être la plus facile à apprivoiser, à mettre en pratique et à enseigner.

Lazarus et Folkman, dans leur étude de 1988 (66) proposent un questionnaire pour évaluer les méthodes de coping de personnes dans la population générale. Ce questionnaire (<<Ways of Coping Questionnaire>>) est divisé en trois parties, la dernière partie explorant huit méthodes par lesquelles une personne pourrait contrer un évènement anxiogène. Ces 8 catégories sont:

- La confrontation
- La distanciation
- Le contrôle de soi
- La recherche de soutien social
- L'acceptation des responsabilités
- L'évitement
- La résolution des problèmes
- La réévaluation positive

Dans ces huit propositions on retrouve, de façon dispersée et décomposée, les 3 catégories de coping étudiées dans cette thèse. L'avantage d'utiliser les catégories présentées revient à la facilité d'apprentissage et de transmission de cet algorithme plutôt que de demander aux patients de mémoriser les 8 approches différentes. De plus, en enseignant le coping de l'anxiété en fonction du problème, des émotions ou de l'évitement on permet aux patients de trouver leurs propres solutions au lieu de les imposer. L'autonomisation est plus facilement atteinte et le médecin généraliste retrouve son rôle d'accompagnateur. Ceci correspond au changement de paradigme de la médecine qui devient centrée sur le patient et sur l'importance de respecter et d'accompagner ses choix. Pour paraphraser un sujet de l'étude :

- << Je l'encourage à faire des choses qu'il aime s'il me les exprime spontanément pendant la consultation mais je ne fais pas d'injonctions. Même si on aime faire quelque chose, si ça ne vient pas spontanément on le fera mal donc j'évite justement cette sorte d'injonction.>>

Ces catégories ont aussi été choisies par rapport aux théories d'origine de l'anxiété ainsi qu'aux différentes facettes de la manifestation de l'anxiété chez les patients. L'exploration des différentes théories de l'anxiété présentées dans l'introduction, si cela nous semble intéressant, pourrait nous orienter vers le lien qui existe entre l'anxiété de notre patient et la source d'anxiété, quels sont les émotions qui sont évoquées et quels sont les comportements qui renforcent cette anxiété ? La physiopathologie du stress est présentée comme étant une introduction au lien qui existe entre les stratégies de coping centrées autour des émotions et les causes physiologiques pouvant expliquer les effets des différentes méthodes centrées autour des émotions. Ce lien est mentionné à nouveau lors de l'explication de la prévalence des conseils centrés autour des émotions.

Il existe, bien sûr d'autres catégories de conseils ou d'exercices pour prendre en charge l'anxiété, venant principalement des études de psychothérapie cognitive comportementale, soit les stratégies centrées sur l'élément cognitif, physique/émotionnel et comportemental. Ces catégories ont un lien plus direct avec les différentes origines de l'anxiété et en suivent plus facilement la logique. Elles nécessitent, toutefois, plus d'intérêt envers le sujet de la part du soignant et peuvent limiter la facilité d'accès d'un lecteur n'ayant pas d'appétence particulière pour le versant psychothérapeutique de la santé.

viii.L'angoisse des soignants

Tous les soignants ont reconnu ressentir de l'angoisse, que celle-ci soit un état permanent ou des situations spécifiques. Il n'y a pas eu de différence notée entre les stratégies utilisées pour gérer une l'angoisse en fonction de sa temporalité ; c'est à dire, les conseils pour gérer une situation ponctuelle et angoissante ont été analysés de la même façon que les stratégies utilisées pour gérer un état d'angoisse répétitif ou chronique.

Les stratégies pour gérer le stress en se focalisant sur les émotions couvrent une majorité des conseils donnés en exemple auparavant dans cette thèse. Ce qui n'a pas été mentionné sont les exercices de visualisation positive, l'exercices de gratitude et de pardon et la connexion aux souvenirs de joie et de bonheur (<<meaning-focused>>).

Les stratégies centrées sur les problèmes ont couvert l'ensemble des exemples proposés dans cette thèse, sous condition que les mêmes propos peuvent être interprétés de différentes façons (ex : les stratégies interactionnelles peuvent être aussi considérées comme étant une sorte de confrontation ou d'adaptation aux différentes conditions de travail ou de situations anxiogènes.)

La seule stratégie d'évitement évoquée par les médecins a été la déconnection des pensées angoissantes par méthode de diversion. Celle-ci est la catégorie la moins représentée. A noter que la plupart des méthodes de coping émotionnel peuvent aussi être utilisées comme stratégies centrées sur l'évitement en fonction du but évoqué par la personne l'utilisant.

La proportion des différents types de stratégies pour gérer leur angoisse est comparable entre les stratégies utilisées par les médecins pour eux-mêmes et les stratégies qu'ils proposent aux patients. A noter que les méthodes d'évitement n'ont été évoquées que par un seul médecin envers soi-même alors que le conseil de <<penser à autre chose>> est survenu dans un quart des entretiens.

Il a été intéressant d'entendre quelques participants (25%) mentionner le fait qu'eux-mêmes se conseilleraient les mêmes stratégies que celles offertes aux patients mais qu'ils n'arrivent pas à les mettre en place, ou bien par manque de moyens, d'opportunités, de temps, ou parce qu'ils ne se sentent pas encore prêts à le faire.

ix. L'angoisse des patients

Le but de l'exploration de la somatisation de l'angoisse par les patients a été de voir quels sont les signes physiques ou les symptômes évoqués par les patients qui encourageaient les

médecins à explorer une potentielle angoisse. Ceci expliquerait l'abord de l'angoisse du patient par le médecin alors que ce n'est pas son motif principal de consultation. Ce serait intéressant d'explorer ultérieurement s'il y a un lien entre la somatisation d'une sensation d'angoisse et le conseil donné par le médecin. Ceci a été mentionné déjà par un soignant :

-<< Je trouve que souvent cela peut se manifester par des maux de ventre, parfois même des douleurs thoraciques. Parfois quand les patients me parlent de ces douleurs je pense à recommander la cohérence cardiaque. Je me dis que la tension réside au niveau diaphragmatique et que la respiration pourrait aider à détendre à ce niveau, d'un point de vue mécanique.>>

De loin le type de conseil le plus utilisé a été celui centré sur les émotions ; sur le fait de baisser la sensation physique et émotionnelle de stress et d'augmenter la sensation de plaisir. La raison pour ceci pourrait avoir sa base dans le fait que les émotions ont plus d'impact sur le système sympathique et parasympathique que les pensées conscientes. Une autre cause pourrait être liée au fait que, selon certains participants, la pandémie Covid-19 n'a fait qu'augmenter l'angoisse des patients en les plaçant dans des situations de façon forcée (voir : isolement social suite à quarantaine, télétravail ou instabilité au travail). Ceci pourrait fermer d'emblée la conversation sur la prise en charge du problème, le problème en soi étant une situation incontrôlable, ne laissant de la place que pour des façons de gérer ses émotions ou d'éviter de faire face à une contrainte imposée et à laquelle on n'a pas accès.

L'utilisation de conseils centrés sur les émotions plutôt que centrés sur le problème peut avoir sa source dans une reconnaissance intuitive de la part des soignants d'un phénomène exploré par McCraty dans son ouvrage de 2006 : *Stress in Health and Disease* (40). Il note que les circuits neuronaux allant de centres de régulation émotionnelle dans le cerveau (comme l'amygdale) jusqu'aux centres de régulation cognitive (le néocortex) sont plus forts et plus nombreux que vice-versa. Ceci peut offrir une explication pour le fait que la régulation des émotions est un pas nécessaire ou, au moins, parallèle à la régulation des pensées. En suivant la logique on pourrait dire que le coping centré sur les émotions devrait précéder ou, au moins, être complémentaire aux stratégies de coping centré sur le problème. McCraty (40) a aussi exploré le rôle des émotions négatives persistantes dans la création d'un espace intérieur qui crée de l'angoisse même en absence d'un agent stressant évident. En ce contexte le rôle du coping-centre-émotions semble évident.

Comparé aux exemples de stratégies centrées sur les émotions donnés dans l'introduction de la thèse, les stratégies offertes par les soignants en ont largement correspondu. Les catégories

qui n'ont pas été retrouvées dans les conseils des soignants ont été les catégories associées à la spiritualité et la prière, la visualisation positive, les exercices de gratitude et de pardon et la connexion aux souvenirs de bonheur et de joie (<<meaning-focused>>). Ceci correspond à la tendance observée dans les méthodes utilisées par les soignants eux-mêmes.

J'ai été surprise par le nombre de conseils qui encourageaient les patients à faire des activités qui leurs faisaient plaisir pendant la jeunesse. La fréquence de ce conseil, que je n'avais pas rencontré jusqu'à présent, m'a fait me poser des questions sur le fait que nombre de personnes n'ont plus la possibilité de prendre part dans les activités appréciées antérieurement. Ceci pourrait être, en soi, un commentaire sur la corrélation entre la qualité de vie et le nombre croissant de consultations en lien avec l'angoisse, en médecine générale. Ceci pourrait aussi correspondre à la composante de conseils centrés sur les souvenirs de bonheur qui semble manquer dans les conseils des médecins envers les patients et des stratégies adoptées envers eux-mêmes. Cette association n'a pas été explorée explicitement pendant les entretiens pour ne pas induire de réponses forcées.

La fréquence de conseils en lien avec la cohérence cardiaque, la méditation, respiration et relaxation peuvent être expliquées par l'effet de baisse d'angoisse pouvant être ressenti immédiatement par le patient. Ceci est dû au lien entre la respiration et la fréquence cardiaque par le nerf vague et l'activation du système parasympathique, soulignant l'utilité de l'exploration de ces méthodes de relaxation. (40)

Comparé aux exemples de coping centré sur les problèmes évoqués dans l'introduction, ceux proposés par les soignants aux patients étaient similaires. Il n'y a pas eu de groupe de conseil non exprimé, parmi ceux centrés sur le problème. La différence de quantité de conseils centrés sur les émotions comparés à ceux centrés sur les problèmes peut aussi être en lien avec les sources de stress nommées. Certaines sources de stress ne permettent pas un abord facile ; la perte de confiance en soi, anxiété sociétale, l'angoisse de la pandémie, l'isolement. Lorsqu'une approche centrée problème n'est pas possible, l'approche émotionnelle est celle qui prend la priorité. On peut supposer que, cette étude étant faite suite à la pandémie Covid-19, les principaux conseils proposés pendant cette période ont été naturellement moins en lien avec les stratégies de coping centrées autour des problèmes, vu que les contraintes principales étaient inabordables.

Comparé aux exemples de coping centré sur l'évitement présentées dans l'introduction, ceux offerts en conseil par les soignants y correspondent totalement. A noter que dans notre introduction l'arrêt de travail a été présente comme méthode de coping évitant, tandis que dans la thèse il a été utilisé pour permettre un accès plus facile aux souvenirs de conseils donnés. En demandant aux soignants <<Comment vous imaginez-vous que le patient passe son temps lors qu'il est en arrêt de travail ?>> ceci a permis d'ouvrir l'accès à une perspective qui ne serait pas ressortie spontanément. Cette catégorie a été la moins proposée de toutes les trois. Le motif pourrait se retrouver dans le fait

Bien qu'il n'apparaisse pas dans la liste de stratégies évitantes présentées auparavant, il a été choisi de rajouter "l'évitement de mécanismes compensatoires" dans la liste de conseils donnés.

Il a existé des chevauchements entre certains avis, pouvant être inclus dans plusieurs catégories. Ceci est dû au fait qu'une certaine activité peut être conseillée ou peut être faite avec différents buts en tête. La méditation, par exemple, peut être faite pour calmer ses angoisses (diminuer les émotions négatives) et donc être utilisée comme stratégie focalisée sur les émotions, ou bien elle pourrait être utilisée comme stratégie d'évitement pour arrêter des pensées intrusives qui déclenchent de l'angoisse et des manifestations somatiques. C'est non seulement l'intention du médecin qui peut changer la façon dont une stratégie est utilisée mais aussi celle du patient. Le même exemple peut être donné pour le conseil de voir des connaissances et d'avoir des contacts avec des gens, qui peut être utilisé et qui a été donné comme conseil dans les trois catégories de types de stratégies.

La majorité des participants a exprimé un grand intérêt envers le sujet de cette thèse et les résultats et ceci a été très motivant au cours de sa rédaction. La prise en charge de l'angoisse a intéressé les participants d'autant plus s'ils ont exprimé le fait qu'ils soient eux-mêmes <<une personne très angoissée>>.

x. La réception des conseils

Les soignants trouvent que leurs conseils sont majoritairement bien reçus par les patients. Ceci peut être dû au fait qu'une large proportion des participants a évoqué l'écoute active ainsi que l'aspect « chronophage » des consultations. Ces deux notions pourraient être des

indices d'une alliance de type thérapeutique entre le patient et le soignant a base d'empathie, celle-ci étant nécessaire pour l'écoute active et menant ensuite à l'aspect chronophage. Il se peut que l'écoute soit thérapeutique en soi, pouvant jouer le rôle d'une stratégie de coping centrée sur les émotions du patient en lui permettant de se défouler ou bien même le rôle d'une stratégie centrée sur le problème, si cela implique une rationalisation, décatastrophisation ou identification du problème à la suite de la consultation.

xi. Le choix des conseils

A l'heure où l'autonomisation du patient devient de plus en plus importante, où les soins et la philosophie de soin devient de plus en plus centré patient, je me suis posé la question quelle était la place de ces conseils dans l'accompagnement du patient selon ses choix en ayant les informations nécessaires pour faire un choix éclairé. Au cours de cette thèse je me suis posé la question si le fait de proposer un conseil n'est pas une action qui crée une hiérarchie entre le médecin et le patient. Le participant refusant de proposer des conseils par inquiétude qu'ils ne soient pas adaptés au patient n'a fait que d'accentuer le doute. La réponse a été trouvée dans les commentaires des participants qui ont souligné que les choix de leurs conseils sont faits principalement en fonction de l'origine de l'anxiété du patient (selon le point de vue du patient) et selon les guides du patient. Ce même accompagnement a été retrouvé dans les conseils centrés problème : le médecin incite à l'introspection, le patient fait le cheminement et rejoint le médecin pour décider ensemble des prochaines étapes ; qu'elles soient centrées émotion, problème ou évitement. Les conseils sont complémentaires à l'écoute active et aux pratiques centrées patient comme l'entretien motivationnel.

xii. Le rôle des conseils selon les médecins

Les participants qui ont proposé des conseils les ont considérés comme faisant partie de façon intégrale à la prise en charge de l'anxiété des patients, rappelant que notre rôle de médecin généraliste va bien au-delà des protocoles médicaux stricto sensu. Cette réflexion semble indiquer que guider le patient vers le fait de trouver ses propres méthodes de coping est l'action inévitable à la suite d'une écoute active. La séparation de conseils en trois catégories comme exploré dans cette thèse pourrait offrir une trame d'algorithme facilement

implémentée et adaptée aux besoins et aux désirs de chaque patient, leur permettant tout de même d'élargir leur outil et d'agrandir leur résilience.

xiii.Perspectives

Au fur et à mesure de l'évolution de cette thèse j'ai pu implémenter la diversification de mes propres conseils, les introduisant plutôt à type de questions pour favoriser l'autonomisation du patient mais en offrant d'autres perspectives.

Une introduction de ces catégories de coping dans le cursus des futurs médecins pourrait être une façon d'augmenter leur propre résilience ainsi que de guider celle de leur patients.

Conclusion

Cette étude souhaite être un état des lieux des types de conseil donnés par les médecins généralistes au cours des consultations en lien avec l'angoisse, que celle-ci soit le motif primaire de la consultation ou qu'elle sorte au fur et à mesure de l'anamnèse ou de l'examen clinique. L'angoisse traitée dans cette thèse n'est pas celle liée à une prise en charge psychiatrique ou à un traitement médicamenteux, elle se limite à la réponse des médecins généralistes aux soucis partagés avec nous par nos patients.

On retrouve que la majorité (67%) des conseils donnés par les médecins envers les patients est représentée par les conseils destinés à aider gérer les émotions, que cela veuille dire de diminuer les émotions négatives ou d'augmenter les émotions positives (faire de l'activité physique, faire des activités aimées pendant la jeunesse). La prochaine catégorie de conseils (22%) est représentée par les stratégies pour gérer l'angoisse qui sont centrées sur le problème, en partant de l'identification de celui-ci à la mise en place de stratégies pour trouver une solution. La dernière catégorie de conseils (22%) donnés par les médecins généralistes aux patients est la catégorie traitant l'évitement de la source d'angoisse. Cette catégorie contient aussi l'évitement de comportements compensatoires.

Envers eux-mêmes les médecins utilisent une proportion similaire de méthodes pour gérer le stress. 65% des méthodes centrées sur les émotions, 32% des méthodes centrées sur les problèmes et 3% des méthodes d'évitement.

Le choix des conseils proposés aux patients est basé principalement sur la cause de l'angoisse ou sur des critères subjectifs. Ces conseils sont généralement bien reçus par les patients et sont considérés comme indispensables par la plupart des soignants participant à l'étude.

Au-delà des conclusions cela a été une très belle expérience que de voir l'interprétation de l'angoisse à travers différentes métaphores, d'entendre différents conseils et de constater que chaque soignant avait comme but l'amélioration de la qualité de vie de ses patients. L'espoir est qu'en prenant tout simplement conscience de ces différents types de conseils on peut élargir nos suggestions envers nos patients en vue de leur accompagnement selon leurs besoins et leurs souhaits.

Bibliographie

1. Boittiaux, P., & Jenik, C. (2017, November 24). Infographie: Les Français face au stress. Retrieved May 23, 2022, from <https://fr.statista.com/infographie/11998/les-francais-faceau-stress/>
2. Bjørland, E., & Brekke, M. (2015). What do patients bring up in consultations? an observational study in general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 33(3), 206-211. doi:10.3109/02813432.2015.1067518
3. Anseau, M., Dierick, M., Buntinx, F., Cnockaert, P., De Smedt, J., Van Den Haute, M., & Vander Mijnsbrugge, D. (2004). High prevalence of mental disorders in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 78(1), 49-55. doi:10.1016/s0165-0327(02)00219-7
4. S.Ynesta ; AS Danguin; F.Brossat; "Enquête sur les CATTP de la région Rhône-Alpes"; janvier 2012
5. Tan, S., & Yip, A. (2018). Hans Selye (1907–1982): Founder of the stress theory. *Singapore Medical Journal*, 59(4), 170-171. doi:10.11622/smedj.2018043
6. Gupta, V., Algorani, E. (2022, January). Coping mechanisms. National Center for Biotechnology Information. Retrieved May 29, 2022, from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32644457/>
7. Masson, G., & Selye, H. (1938). Réaction générale d'adaptation: Ses indications pratiques. *Canadian journal of comparative medicine (Gardenvale, Quebec)*, 2(11), 282–285
8. Goldstein, D. S., & Kopin, I. J. (2007). Evolution of concepts of stress. *Stress*, 10(2), 109-120. doi:10.1080/10253890701288935
9. Lazarus, R. S., & Opton, E. M. (1966). The study of psychological stress: A summary of theoretical formulations and experimental findings. *Anxiety and Behavior*, 225-262. doi:10.1016/b978-1-4832-3131-0.50015-9
10. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. *Dynamics of Stress*, 63-80. doi:10.1007/978-1-4684-5122-1_4
11. Vasar, E. (1995). Stress: From synapse to syndrome. *Trends in Pharmacological Sciences*, 16(8), 280-281. doi:10.1016/s0165-6147(00)89047-1
12. Leray, E., Camara, A., Drapier, D., Riou, F., Bougeant, N., Pelissolo, A., . . . Millet, B. (2011). Prevalence, characteristics and comorbidities of anxiety disorders in France: Results from the “Mental Health in general population” survey (MHGP). *European Psychiatry*, 26(6), 339-345. doi:10.1016/j.eurpsy.2009.12.001
13. Milleret, G., Benradia, I., Guicherd, W., & Roelandt, J. (2014). États des Lieux. Recherche Action Nationale « place de la santé mentale en Médecine générale ». *L'information Psychiatrique*, 90(5), 311. doi:10.3917/inpsy.9005.0311

14. Norton, J., De Roquefeuil, G., David, M., Boulenger, J., Ritchie, K., & Mann, A. (2009). Prévalence des troubles psychiatriques en Médecine Générale Selon Le Patient Health questionnaire: Adéquation avec la détection par le médecin et le traitement prescrit. *L'Encéphale*, 35(6), 560-569. doi: 10.1016/j.encep.2008.06.018 94
15. Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 19(2), 93-107. doi:10.31887/dcns.2017.19.2/bbandelow
16. Furukawa, T. A., Watanabe, N., & Churchill, R. (2007). Combined psychotherapy plus antidepressants for panic disorder with or without agoraphobia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi: 10.1002/14651858.cd004364.pub2
17. Andrews, G., Bell, C., Boyce, P., Gale, C., Lampe, L., Marwat, O., . . . Wilkins, G. (2018). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines for the treatment of panic disorder, social anxiety disorder and generalized anxiety disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(12), 1109-1172. doi:10.1177/0004867418799453
18. Locke, A. B., Kirst, N., & Shultz, C. G. (2015). Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *American family physician*, 91(9), 617–624.
19. Roy-Byrne, P., Craske, M. G., Sullivan, G., Rose, R. D., Edlund, M. J., Lang, A. J., . . . Stein, M. B. (2010). Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care. *JAMA*, 303(19), 1921. doi:10.1001/jama.2010.608
20. Bhargava, D., & Trivedi, H. (2018). A study of causes of stress and stress management among youth. *IRA-International Journal of Management & Social Sciences (ISSN 2455-2267)*, 11(3), 108. doi:10.21013/jmss.v11.n3.p1
21. ANACT/CSA -Le stress au travail. (n.d.). Retrieved May 23, 2022, from https://travailemploi.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ANACT_CSA_2009.pdf
22. Gintrac, A. (2011). Le stress au travail, un état des Lieux. *Management & Avenir*, N° 41(1), 89-106. doi:10.3917/mav.041.0089
23. Chen, S. (2022). The influence of the age and education level on the level of depression and anxiety under the COVID-19 pandemic. *Proceedings of the 2022 International Conference on Creative Industry and Knowledge Economy (CIKE 2022)*. doi:10.2991/aebmr.k.220404.112
24. Stress in America: On Second covid-19 anniversary, money, inflation, war pile on to nation stuck in survival mode. (2022). *PsycEXTRA Dataset*. doi:10.1037/e501612022-001
25. Malakoff Humanis Présente Les Résultats de son étude santé des dirigeants 2021... (n.d.). Retrieved May 23, 2022, from <https://newsroom.malakoffhumanis.com/actualites/malakoff-humanis-presente-lesresultats-de-son-etude-sante-des-dirigeants-2021-c3e9-63a59.html>
26. McCarty, R. (2016). The fight-or-flight response. *Stress: Concepts, Cognition, Emotion, and Behavior*, 33-37. doi:10.1016/b978-0-12-800951-2.00004-2

27. Sah, P., Faber, E. S., Lopez de Armentia, M., & Power, J. (2003). The Amygdaloid Complex: Anatomy and Physiology. *Physiological Reviews*, 83(3), 803-834. doi:10.1152/physrev.00002.2003
28. Hucklebridge, F., Clow, A., Abeyguneratne, T., Huezo-Diaz, P., & Evans, P. (1999). The awakening cortisol response and blood glucose levels. *Life Sciences*, 64(11), 931-937. doi:10.1016/s0024-3205(99)00019-3
29. Goldstein, D. S. (1987). Stress-induced activation of the sympathetic nervous system. *Baillière's Clinical Endocrinology and Metabolism*, 1(2), 253-278. doi:10.1016/s0950-351x(87)80063-0
30. Kenney, M. J., & Ganta, C. K. (2014). Autonomic nervous system and immune system interactions. *Comprehensive Physiology*, 1177-1200. doi:10.1002/cphy.c130051
31. Tonhajzerova, I., Mokra, D., & Visnovcova, Z. (2013). Vagal function indexed by respiratory sinus arrhythmia and cholinergic anti-inflammatory pathway. *Respiratory Physiology & Neurobiology*, 187(1), 78-81. doi: 10.1016/j.resp.2013.02.002
32. Koopman, F. A., Chavan, S. S., Miljko, S., Grazio, S., Sokolovic, S., Schuurman, P. R., . . . Tak, P. P. (2016). Vagus nerve stimulation inhibits cytokine production and attenuates disease severity in rheumatoid arthritis. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(29), 8284-8289. doi:10.1073/pnas.1605635113
33. Tibensky, M., & Mravec, B. (2020). Role of the parasympathetic nervous system in cancer initiation and progression. *Clinical and Translational Oncology*, 23(4), 669-681. doi:10.1007/s12094-020-02465-w
34. Senova, S., Rabu, C., Beaumont, S., Michel, V., Palfi, S., Mallet, L., & Domenech, P. (2019). Stimulation du nerf vague dans le traitement de la dépression. *La Presse Médicale*, 48(12), 1507-1519. doi: 10.1016/j.lpm.2019.10.019
35. McEwen, B. S., Nasca, C., & Gray, J. D. (2016). Stress Effects on Neuronal Structure: Hippocampus, Amygdala, and Prefrontal Cortex. *Neuropsychopharmacology* : official publication of the American College of Neuropsychopharmacology, 41(1), 3–23. <https://doi.org/10.1038/npp.2015.171>
36. Lupien, S. J., & Lepage, M. (2001). Stress, memory, and the hippocampus: Can't live with it, can't live without it. *Behavioural Brain Research*, 127(1-2), 137-158. doi:10.1016/s0166-4328(01)00361-8
37. Woolley, C. S., Gould, E., & McEwen, B. S. (1990). Exposure to excess glucocorticoids alters dendritic morphology of adult hippocampal pyramidal neurons. *Brain Research*, 531(1-2), 225-231. doi:10.1016/0006-8993(90)90778-a
38. Selye, H. (1976). Stress without distress. *Psychopathology of Human Adaptation*, 137-146. doi:10.1007/978-1-4684-2238-2_9

39. Neylan, T. C. (1998). Hans Selye and the field of stress research. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 10(2), 230-230. doi:10.1176/jnp.10.2.230
40. McCraty, R., & Tomasino, D. (2006). Emotional stress, positive emotions, and psychophysiological coherence. *Stress in Health and Disease*, 342-365. doi:10.1002/3527609156.ch21
41. Kinner, V. L., Het, S., & Wolf, O. T. (2014). Emotion regulation: Exploring the impact of stress and sex. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8. doi:10.3389/fnbeh.2014.00397
42. Rygh, J. L., & Sanderson, W. C. (2004). *Treating generalized anxiety disorder: Evidencebased strategies, tools and Techniques*. New York: Guilford Press.
43. Epictetus. (1903). *The Discourses of Epictetus*. Scott-Thaw. 96
44. Pear, R. "Mental Disorders Common, U.S. Says; Many Not Treated.". *The New York Times*, Section A, Page 1, Dec 13, 1999.
45. Wieduwild, E., Girard-Madoux, M. J., Quatrini, L., Laprie, C., Chasson, L., Rossignol, R., . . . Ugolini, S. (2020). B2-adrenergic signals downregulate the innate immune response and reduce host resistance to viral infection. *Journal of Experimental Medicine*, 217(4). doi:10.1084/jem.20190554
46. Ystgaard, M. (1997). Life stress, social support and psychological distress in late adolescence. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(5), 277-283. doi:10.1007/bf00789040
47. Banji, R., & Lalaoui, S. (2021). Les effets perçus du stress chez le personnel de la santé dans le contexte actuel de la Pandémie Covid-19. *International Journal of Financial Accountability, Economics, Management, and Auditing (IJFAEMA)*, 3(3), 225-239. doi:10.52502/ijfaema.v3i3.91
48. À propos des troubles Anxieux. (n.d.). Retrieved May 23, 2022, from <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/informer-sur-troublesmentaux/troubles-mentaux/troubles-anxieux/a-propos-troubles-anxieux>
49. Lazarus, R. S. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44(1), 1–22. <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>
50. Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of personality and social psychology*, 86(2), 320–333. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.86.2.320>
51. Symptômes, diagnostic et évolution des troubles Musculo-Squelettiques. (n.d.). Retrieved May 23, 2022, from <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/tms/symptomes-diagnostic>

52. Kavanagh, D. J. (1986). Stress, appraisal and copings. Lazarus and S. Folkman, New York: Springer, 1984, pp. 444., Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 14(4), 345- 345. doi:10.1017/s0141347300015019
53. Mohamadian, F., Veisani, Y., Jalilian, Z., & Sadeghifard, Y. (2021). Association between common stressful life events and coping strategies in adults. *Journal of Education and Health Promotion*, 10(1), 307. doi: 10.4103/jehp.jehp_519_20
54. Amiot, C. E., Terry, D. J., Jimmieson, N. L., & Callan, V. J. (2006). A longitudinal investigation of coping processes during a merger: Implications for job satisfaction and organizational identification. *Journal of Management*, 32(4), 552-574. doi:10.1177/0149206306287542
55. Chew, Q. H., Chia, F. L., Ng, W. K., Lee, W., Tan, P., Wong, C. S., Puah, S. H., Shelat, V. G., Seah, E. D., Huey, C., Phua, E. J., & Sim, K. (2020). Perceived Stress, Stigma, Traumatic Stress Levels and Coping Responses amongst Residents in Training across Multiple Specialties during COVID-19 Pandemic-A Longitudinal Study. *International journal of environmental research and public health*, 17(18), 6572. https://doi.org/10.3390/ijerph17186572_97
56. Aulén, A., Pakarinen, E., Feldt, T., & Lerkkanen, M. (2021). Teacher coping profiles in relation to teacher well-being: A mixed method approach. *Teaching and Teacher Education*, 102, 103323. doi:10.1016/j.tate.2021.103323
57. Galiana, L., Tomás, J. M., Fernández, I., & Oliver, A. (2020). Predicting well-being among the elderly: The role of coping strategies. *Frontiers in Psychology*, 11. doi:10.3389/fpsyg.2020.00616
58. Mearns, J., & Cain, J. E. (2003). Relationships between teachers' occupational stress and their burnout and distress: Roles of coping and negative mood regulation expectancies. *Anxiety, Stress & Coping*, 16(1), 71-82. doi:10.1080/1061580021000057040
59. Stanisławski, K. (2019). The coping circumplex model: An integrative model of the structure of coping with stress. *Frontiers in Psychology*, 10. doi:10.3389/fpsyg.2019.00694
60. Lester, N., Smart, L., & Baum, A. (1994). Measuring coping flexibility. *Psychology & Health*, 9(6), 409-424. doi:10.1080/08870449408407468
61. S, V., & Ruckmani, S. (2021). Anxiety, resilience, and coping strategies among the health care workers during Covid-19 pandemic. *Paripex Indian Journal Of Research*, 147-150. doi:10.36106/paripex/4510557
62. Finstad, G. L., Giorgi, G., Luli, L. G., Pandolfi, C., Foti, G., León-Perez, J. M., . . . Mucci, N. (2021). Resilience, coping strategies and posttraumatic growth in the workplace following covid-19: A narrative review on the positive aspects of trauma. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18), 9453. doi:10.3390/ijerph18189453

63. Chakraborty, I., & Maity, P. (2020). Covid-19 outbreak: Migration, effects on society, Global Environment and Prevention. *Science of The Total Environment*, 728, 138882. doi:10.1016/j.scitotenv.2020.138882
64. Pietromonaco, P. R., & Overall, N. C. (2021). Applying relationship science to evaluate how the COVID-19 pandemic may impact couples' relationships. *American Psychologist*, 76(3), 438-450. doi:10.1037/amp0000714
65. Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the ways of coping questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
66. Catu-Pinault, A., & Velluet, L. (2004). À propos de l'anxiété et de la dépression en médecine générale. *La Revue Exercer*, (70), 69–74.
67. Monpsy : Le dispositif de remboursement des séances chez le psychologue: Ministère de la Santé. République Française. (n.d.). Retrieved May 30, 2022, from <https://monpsy.sante.gouv.fr>

Annexes

Entretien # 7

Quel est votre âge ? [00 :13]

32 ans et quelques jours

Quel a été votre parcours jusqu'à présent ? [00 :25]

J'ai fait mon internat à Tours, aussi, maintenant je suis à Dreux. Maintenant je travaille en périphérie de Dreux et c'est plutôt semi-rural. Je suis en cabinet libéral ou il y a plusieurs associés.

Comment est l'accès aux soins de santé mentale dans votre région ? [01 :55] |

C'est un peu compliqué, surtout en termes d'accès aux psychiatres. Pour ce qui est <<thérapeutes>> les patients arrivent à trouver, parfois ils en tombent sur certains avec qui ils se sentent bien et ils sont très contents... en revanche c'est un peu compliqué de trouver un psychiatre.

Pour ce qui est les thérapeutes, certains patients qui ont déjà effectué un travail personnel antérieur y vont d'eux-mêmes, en revanche certains se montrent un peu réticents lorsque c'est moi qui leur suggère d'y aller. Je fais attention à la manière de présenter les choses, je dis parfois <<est-ce que ça pourrait vous aider, est-ce que vous pensez que ça pourrait être une bonne idée de...>>... S'ils restent un peu hésitants je leur demande ce qui les retient. En fonction de ce qu'ils répondent j'essaye de trouver une réponse adaptée, je n'insiste pas mais conclus avec une idée que <<ce n'est pas une urgence en ce moment mais ça pourrait être une bonne idée pour une prochaine fois>>.

Que 'est-ce qui vous a fait répondre à mon annonce ? [03 :45]

J'ai trouvé cela assez intéressant parce qu'effectivement ce ne sont pas nécessairement des choses qu'on apprend. On essaye d'apprendre sur le tas et de s'influencer de maîtres de stages ou de collègues, on essaye parfois d'appliquer des choses qu'on a entendu ou des choses qu'on a vécu dans notre vie de tous les jours.

Qu'avez-vous appris pendant vos études de médecine sur comment gérer l'angoisse ? [04 :23]

J'ai appris qu'on doit encourager le patient de verbaliser ses ressentis parce que finalement je ne leur dis pas grande chose, je les laisse s'exprimer et ensuite je reformule, je rebondis. Je pense que c'est surtout le fait de se sentir écoutés qui leur permet de relâcher une partie de leurs angoisses.

Sur l'angoisse des patients liée aux gestes médicaux comme la pose d'implant ou le vaccin Gardasil, j'ai testé quelque chose que j'avais moi-même essayé, la cohérence cardiaque – et je trouve que ça marche, juste, trop bien.

La première fois que je l'avais utilisée c'était sur un patient sur une pose d'implant. La patiente était logorrhéique dès son arrivée dans le cabinet et on voyait très bien qu'elle était très très stressée et elle verbalisait bien sa peur. La première fois qu'on lui avait mis son implant elle n'avait pas eu trop

d'angoisse ou d'anticipation, vu qu'elle ne savait pas trop à quoi s'attendre, mais là elle n'avait plus confiance. La sage-femme avec qui j'étais a essayé de la rassurer et de la calmer mais ça n'avait pas assez marché, elle était toujours très tendue. Au moment de mettre la xylocaïne la jeune patiente s'est mis à hurler. Je suis passée de l'autre cote de la table d'examen pour lui donner la main et chuchoter des paroles rassurantes et cela a aidé un peu mais pas assez. La sagefemme essayait de piquer un peu dans la zone anesthésiée et la patiente continuait à crier. Je me suis souvenue que j'avais une application avec de la cohérence cardiaque, avec une petite fleur qui grandissait avec chaque inspire, et je l'ai fait en même temps qu'elle. Quand la sage-femme a mis le coup de bistouri la jeune femme n'a rien senti, même quand la sage-femme a dû trifouiller un peu pour trouver l'implant. Lors du retrait il y avait des adhérences et la patiente a un peu senti mais pas plus que ça. J'ai été bluffée par l'effet de la cohérence cardiaque et j'ai ressaye plusieurs fois ensuite.

Une autre fois c'était une jeune fille qui venait pour son Gardasil et c'était sa deuxième dose. Pour la première injection elle n'avait pas eu peur mais elle avait eu mal. Elle revenait maintenant et elle était logorrhéique aussi, agitée. J'ai essayé de parler d'autre chose pour diminuer l'angoisse mais ça n'avait pas marché. Je sors de nouveau l'appli et avec la cohérence cardiaque elle était tellement concentrée qu'elle n'a rien senti. Pourtant, je l'avertissais, je lui disais quand je désinfecté, quand je pique... elle a continué à respirer et ça a été.

Je n'ai pas eu de retour de la part de ces gens avec qui ça a marché mais dans l'immédiat juste après ils me le disent qu'ils sont contents que ça a bien marché. Je leur explique ensuite le nom de l'exercice et comment ça marche et généralement ils le notent ou demandent s'ils peuvent le noter sur un post-it. Je leur dis ensuite qu'ils peuvent l'utiliser même dans des circonstances de vie personnelle, par exemple avant de passer un examen.

J'avais aussi testé la cohérence cardiaque pour une femme qui venait pour un examen gynécologique qui me dit d'emblée qu'elle déteste aller chez le gynécologue et que ça lui fait toujours mal. J'ai commencé à stresser parce que je ne suis pas très douée en gynécologie, alors qu'elle venait pour son frottis. Pareil, j'ai démarré l'application de cohérence cardiaque et ça c'est bien passé même si j'ai un peu peine à trouver son col, elle n'a rien capté. Elle m'a dit que c'était la première fois qu'on lui faisait un examen gynéco et qu'elle le vivait aussi bien. J'étais trop contente.

Comment gérez-vous votre propre angoisse ? [13 :13]

Ce n'est pas toujours très facile [*rire*]. J'utilise la cohérence cardiaque mais je suis quelqu'un de très très angoisse pour ce qui est la vie courante. C'est plutôt un travail de fond pour repérer ce qui m'angoisse et de mettre en place des stratégies pour la gérer. Par exemple au travail ce qui va me stresser c'est le patient difficile : agressif, etc. Comme j'ai repéré ces difficultés j'ai appris toute seule différentes techniques pour essayer l'agressivité du patient dans la façon d'en parler et de présenter les choses. Quand j'ai du retard et que je prends un patient je ne dis pas <<excusez-moi de vous avoir fait attendre>>, je dis plutôt <<merci de m'avoir attendu>>. Habituellement dans ces cas-là lorsque j'ouvre la porte les gens semblent mécontents mais dès que je les remercie leur visage généralement s'illumine et ils disent <<mais non, ne vous inquiétez pas, c'est normal...>>. De coup, je suis d'emblée plus calme et nous pouvons commencer la consultation en toute sérénité.

Dans ma vie privée, si ce sont des situations que j'ai déjà repéré en avance j'essaie de trouver une façon de les désamorcer. Ça ne marche pas à tous les coups mais ça marche.

Je teste la cohérence cardiaque sur moi aussi, plutôt quand il y a une situation où ça part en crise d'angoisse.

Où avez-vous appris les techniques dont vous m'avez parlé ? [15 :36]

La dernière dont je vous ai parlé, avec <<merci de m'avoir attendu>> c'était sur les réseaux sociaux que je l'ai apprise. J'avais vu un post de quelqu'un qui disait cela et ça m'avait sauté aux yeux parce que

déjà je rencontre une difficulté à gérer mon temps et je suis assez régulièrement en retard. A chaque fois qu'il y avait un patient qui était désagréable car il avait attendu, c'était moi qui étais stressée déjà du fait d'être en retard et encore plus stressée par l'interaction avec le patient donc j'avais beaucoup de mal à rentrer dans la consultation.

Comment décririez-vous le nombre de consultations qui finissent par être en lien avec l'angoisse ? [17 :40]

C'est hyper hyper fréquent. Sur une journée je dirais qu'il y a au moins 5 consultations qui finissent par être en lien avec l'angoisse. J'ai du mal à quantifier, nettement. C'est quelque chose à laquelle je suis sensible, surtout parce que je suis une angoissée, moi-même, et même si le patient ne vient pas avec ce motif en tête, étant une personne sensible j'arrive à le débusquer grâce à son langage physique. C'est peut-être pour cela que je suis tout le temps en retard. Même si le patient ne savait même pas qu'il était angoissé, vu que j'arrive à le repérer je lui pose la question franchement et la discussion arrive autour de cela. Par exemple, celui qui a pris une consultation d'urgence pour un lumbago, je l'examine et juste avant de faire l'ordonnance et de lui dire que je lui donne des médicaments j'essaie de comprendre d'où ça vient. Je lui demande ce qu'il fait comme métier et ensuite je lui demande s'il y a du stress au travail ou à la maison et assez rapidement ils embrayent sur ce qui ne va pas au travail. Quand je vois dans leur dossier qu'ils ont des lumbagos à répétition, assez rapidement aussi je passe sur le sujet du stress et de l'angoisse et je n'hésite pas à proposer la méditation à pleine conscience. Je les rassure en leur disant que ce sont des techniques qui ne sont pas de l'ordre du spirituel et qu'elles ont une validation scientifique et que c'est purement physiologique : on respire, ça calme le cœur et ça calme les pensées.

Je n'ai pas forcément toujours des retours mais je sais qu'il y a des patients qui le notent ou me demandent surtout quand c'est quelque chose dont ils n'avaient pas du tout entendu parler. C'est comme cela que je vois que ça les a percutés ou intéressés et qu'ils vont l'utiliser derrière. Je leur dis que, surtout pour la méditation, ce n'est pas quelque chose qui va marcher en claquant des doigts mais que s'ils ont pris l'habitude à en faire un peu régulièrement, ça peut, non pas aider à trouver la solution à leur problème, mais à prendre un peu de hauteur et de recul. Ensuite c'est plutôt de l'intuitif ou du conversationnel en fonction de ce qu'ils amènent à la discussion, en essayant toujours d'être à l'écoute et douce.

Vous avez dit qu'il y a le but de prendre de la hauteur et du recul – quel est le but de faire ceci ? [24 :54]

C'est pour pouvoir plus facilement élaborer des stratégies de résolution de problème, parce que quand on est trop submergé par les émotions, la colère, la tristesse, le découragement, c'est beaucoup plus compliqué de se dire « Qu'est-ce que je vais faire ? ». Les gens subissent et subissent sans avoir la possibilité d'établir une stratégie.

Quand je suis avec un patient qui renouvelle déjà plusieurs fois son arrêt de travail, là je suis moins sur des recommandations de relaxation / méditation / gym et plutôt je les encourage à prendre de la distance et réévaluer la situation en leur disant « est-ce que vous vous imaginez faire ce métier-là toute votre vie ? ». S'ils disent finalement « je ne sais pas, je n'en peux plus », je leur demande « Est-ce que vous avez envie de choisir une autre voie professionnelle ? ». J'essaie d'engager cela dans la conversation car sinon il va revenir et on va l'arrêter systématiquement une semaine ou quinze jours et il reviendra à chaque fois.

Lorsqu'on a déjà arrêté un patient quinze jours à la fois plusieurs fois et qu'on arrive à la nécessité de l'arrêter un mois, je lui dis de prendre le temps pendant cet arrêt de travail pour faire des activités et ne pas rester allongé sur son canapé tout le temps, et de prendre le temps pour penser à la suite. Je leur dis de se confronter par petites touches au travail. Par exemple, j'ai une jeune fille qui est professeure des

écoles en maternelle et c'était compliqué pour la gestion de sa classe et aussi par la pression de sa hiérarchie, elle avait été affectée dans un endroit qu'elle n'aimait pas et elle s'était donnée à fond jusqu'à l'épuisement et elle n'en pouvait plus. Elle avait déjà été mise en arrêt de travail et lorsque je l'ai vue je lui ai demandé ce qu'elle faisait pendant son arrêt. Elle m'a dit qu'elle retournait chez sa famille, elle faisait des gâteaux, et je l'ai encouragé sur cela. Ensuite je lui ai redit à repenser à ce qu'elle envisage pour la suite et de se reconnecter un peu au travail juste en s'asseyant devant son bureau ou son ordinateur, ouvrir un fichier qui est en lien avec l'école et voir si ça réveille de l'angoissé ou pas. Si ça réveillait de l'angoisse je lui disais de passer à autre chose. La fois suivante elle m'avait dit qu'elle allait beaucoup mieux et que le fait de faire ces petits contacts avec le travail l'avaient bien aidé et elle a pu continuer le reste de son arrêt plus sereinement tout en se préparant petit à petit pour la reprise de son travail.

Est-ce que vous leur demandez souvent ce qu'ils font pendant leur arrêt de travail ? [26 :38]

Très fréquemment. Surtout quand c'est un arrêt qui est prolongé ou lorsque je sens que l'angoisse y joue un rôle, même si le motif principal est somatique. C'est très fréquent que je demande ce qu'ils font pendant leur journée et de penser à la suite de leur arrêt de travail. Là où c'est compliqué c'est quand ce sont des gens qui sont arrêtés depuis plus d'un an et qui le vivent bien et en tirent un bénéfice secondaire.

Lorsqu'un patient me dit qu'il reste tout le temps sur son canapé je lui dis de faire des activités, notamment de l'activité physique. Sinon je lui dis de réfléchir à des choses qu'il aime bien et de les faire (lire, cuisiner, etc.) et j'encourage aussi les relations avec les proches. Je leur donne des conseils pour éviter qu'un syndrome dépressif ne s'installe ou pour éviter son aggravation.

Vous m'avez parlé de la relation avec les proches... pour éviter un syndrome dépressif. Pour l'activité physique et les loisirs, ils sont dans quel but ? [30 :53]

Pour l'activité physique c'est par rapport au nombre de bienfaits. D'une part l'effet direct sur le moral à la suite de l'activation du neurohormone du bonheur. D'autre part pour avoir de la lumière naturelle, même s'il fait froid dehors. Je leur dis pour éviter aussi certains comportements compensatoires comme le grignotage, surtout si c'est un arrêt de travail sur plusieurs semaines, d'autant plus qui ont d'autres pathologies ou qui ont un risque de comportement addictif.

Pour les loisirs le but est d'occuper le temps d'une manière productive et ne pas ruminer sur les choses désagréables et utiliser le temps libre pour faire des choses qui pourraient valoriser. Par exemple un patient marié avec des enfants qui n'a jamais le temps de faire un gâteau, s'il leur fait un gâteau lorsqu'ils rentrent de l'école, ça leur procure de la joie et cette joie lui apporte de la valorisation. S'ils bricolent et font un objet, le faire d'avoir créé quelque chose procure une certaine satisfaction, surtout si c'est quelque chose qu'ils n'arrivent pas à faire car ils n'ont pas le temps à cause du travail.

Quelle est la réaction des patients lorsque vous leur donnez ces conseils ? [34 :31]

En général ils sont à l'écoute et bondissent un peu dessus en répondant aux questions et en ajoutant, par exemple, «Ah oui c'est vrai que j'aime promener mon chien.» ou «Ah oui c'est vrai que j'aime bricoler.». Je n'ai pas forcément toujours le retour mais en général je le note dans le dossier et je leur redemande lorsque je les revois. Ça ne marche pas toujours hyper bien mais parfois ça change des toutes petites choses dans le sens positif. En général ils reçoivent le discours plutôt bien.

Quelle place ont ces conseils dans la prise en charge de l'angoisse, selon vous ? [35 :33]

Le but est de montrer au patient que leur angoisse est valide et écoutée. Le médecin ne s'en fiche pas. Ça aide beaucoup que les patients se sentent écoutés et d'ailleurs ils me le disent souvent à la fin de la consultation. Les petits conseils... ils les appliquent ou ils ne les appliquent pas... J'essaye de faire en sorte qu'ils ne soient pas trop spécifiques ou trop dans les injonctions. J'essaye plutôt de me servir de ce qu'ils me donnent, je saute sur la perche et je renvoie la balle sur ce qu'ils me disent. Vu que, finalement, les réponses viennent d'eux-mêmes, je m'en sers pour formuler leurs propres réponses. Cela aide aussi pour ne pas créer de la culpabilité si on donne des conseils qui ne leur vont pas et qu'ils ne font pas, qu'ils ne pensent pas <<Je n'ai pas suivi les conseils du médecin et je n'en suis pas mieux et je dois revenir, on va m'engueuler>>.

De un ça aide la personne à se sentir écoutée, de deux ça aide la personne à trouver leurs propres stratégies pour s'en sortir.

Entretien #11

Quel est votre âge ? [00 :22]

29 ans

Quel a été votre parcours ? [00 :31]

J'ai fait mon externat à Paris V, ensuite l'internat à Paris Diderot. J'ai fait un DU contraception et orthogénie l'année dernière.

Maintenant je fais des remplacements réguliers en libéral et en salarié en centre de santé en zone urbaine.

Comment est l'accès aux professionnels de santé mentale dans votre région ? [02 :03]

L'accès aux psychiatres est long, il faut vraiment avoir une urgence ou un épisode aigu. Si c'est un anxieux ou dépressif, sois je gère au maximum et puis j'oriente quand je sens que ça me dépasse j'oriente. Si les patients insistent pour voir un psychiatre je les oriente vers un Secteur 2 mais dans ce cas-là il y a les honoraires qu'ils doivent payer et c'est beaucoup plus cher... per total je trouve que l'accès aux psychiatres est très compliqué.

Là où je suis actuellement il n'y a pas du tout d'adressage donc c'est un peu compliqué de gérer l'orientation des patients derrière. Après, ça revient au même problème : soit ils sont prêts à payer des psychologues libéraux soit ils sont orientés vers la CMP mais c'est tellement difficile d'avoir un rendez-vous au CMP que je ne suis même pas sûre si les patients que j'ai adressés au CMP pour un suivi psychologique aient eux leur rendez-vous à l'heure d'aujourd'hui. Il y a l'accessibilité pour les

étudiants chez des psychologues conventionnelles donc je leur fais une ordonnance mais je ne sais plus trop à combien de séances ils ont droit.

Quand vous ressentez de l'angoisse, que faites-vous pour la gérer ? [04 :57]

Je suis plutôt anxieuse, moi-même, je stress souvent <<pour rien>>. Pour moi l'angoisse va se manifester par des questions répétées sur le même problème, à tourner en rond sur le même sujet, à pas trouver de solutions. Je réfléchis dessus sans que ce soit productif. Ce sont des pensées qui n'ont aucun intérêt et qui ne font pas avancer. Ça peut se manifester, pour moi, sous la forme d'insomnies, difficultés à dormir, plutôt sur le versant de réveils nocturnes que trouble de l'endormissement. Ça peut aussi être des crises de panique, je n'en ai pas eu depuis très longtemps.

Pour m'en sortir ça m'aide beaucoup d'en parler pour avoir un regard extérieur. C'est beaucoup la famille mais ça peut être aussi des amis sous forme de messages écrits ou vocaux et des rencontres.

Sinon, il y a aussi des petits rituels quotidiens comme boire des boissons chaudes réconfortantes, le petit gâteau ou le petit chocolat... se sont des techniques pour se faire oublier, on va dire, et pour occuper l'esprit. J'ai aussi beaucoup de podcasts, quand j'ai des difficultés à dormir, par exemple... ce ne sont pas nécessairement des podcasts qui détendent mais ce sont des podcasts avec des sujets qui m'intéressent et ça me permet de me focaliser sur autre chose. A une époque j'avais trouvé des vidéos comme des <<bruits blancs>> : la pluie, les vagues, ou une musique très répétitive (par exemples les musiques qui durent 3 heures sur YouTube) et je mettais cela pour m'aider à m'endormir. Je mets aussi des musiques douces ou des musiques de films. Je propose cela aussi, mais bien sûr que tout le monde a ses petites rigueurs de relaxation. J'utilise aussi la lumière autour de moi pour créer une ambiance de bougies parfumées le soir pour essayer de me mettre dans un mood un peu <<cocon>>.

Qu'avez-vous appris sur les différentes méthodes de gérer l'angoisse, pendant vos études de médecine ? [11 :41]

La majorité des choses énoncées sont des choses que j'ai apprises toute seule. Pendant les études de médecine il y a tellement de choses qu'on n'apprend pas et qu'on apprend finalement sur le tas. J'ai eu la chance pendant mon internat de tomber sur des médecins très humains et empathiques qui ont été des exemples pour comment être à l'écoute, comment aborder les difficultés de la vie, comment évaluer le non-verbal du patient et analyser son propre langage non-verbal. Si un patient est en train de raconter quelque chose d'intime, ne pas être penché sur la table de manière intrusive mais être plutôt penché en arrière, détendu, ouvert et à l'écoute, sans les bras croisés. C'est important d'apprendre à gérer l'accueil de la parole.

Pendant mes groupes de pratique à l'internat j'ai fait beaucoup de recherches sur le langage non-verbal, la gestion des enfants agités, des choses qui portaient beaucoup sur le relationnel et qu'on n'apprend pas pendant nos études.

On se rend compte que les gens ne viennent pas principalement pour avoir des traitements médicamenteux lorsqu'ils viennent nous parler de leurs angoisses. Au contraire, ils sont plutôt demandeurs de choses plus naturelles. Bien sûr qu'on doit y penser si les choses s'allongent et si on voit qu'il y a un vrai trouble anxieux sous-jacent ou une autre maladie à traiter.

Je pense qu'une écoute active est le premier pas. J'ai eu un maître de stage qui m'a dit d'écouter les patients car ce seront eux qui auront la réponse à leurs propres problèmes.

Comment décririez-vous la quantité de consultations en lien (direct ou indirect) avec l'angoisse ? [17 :45]

C'est difficile de dire s'ils viennent pour l'angoisse ou s'ils viennent à première vue pour autre chose mais en fait c'est l'angoisse qui était le sujet. Des consultations où le motif de consultation est l'angoisse, j'en ai facilement une ou deux par jour sur vingt à vingt-cinq patients par jour en moyenne. Ensuite, je pense que je peux facilement en rajouter 2 à 3 de plus par jour où le motif caché est l'angoisse. Je dirais, donc, que cela occupe facilement 20%-25% des consultations.

Quel sont les origines de cette angoisse ? [20 :14]

En ce moment je trouve que c'est énormément le travail. Je ne sais pas si c'est le contexte du Covid qui a fait que les gens ont moins de ressources pour supporter leurs conditions de travail qui, jusque-là, étaient tolérables, ou si c'est un changement du paradigme des entreprises qui sont de plus en plus inhumaines et inadaptées. Est-ce que c'est un truc sociétal car on nous dit qu'on doit travailler à fond et en même temps garder du temps pour soi ce qui mène à une réalisation qu'on n'a pas assez de temps pour soi et que nous sommes, en fait, malheureux ?

C'est soit le travail soit l'isolement. L'isolement il peut soit être en lien avec les personnes âgées et personnes retraitées récemment qui n'ont pas préparé leur retraite ou ont eu un départ récent de leurs enfants et qui se rendent compte qu'après le travail et la famille il n'y a plus grande chose à faire. On se rend compte qu'on n'a pas d'amis, qu'on n'a pas fait d'autres choses et on se retrouve, donc, face à soi-même.

Je trouve aussi qu'il y a beaucoup de difficultés dans les relations de couple et, là aussi, je ne sais pas s'il y a un effet du Covid où tous les gens sont sur le dos des uns les autres mais il y a beaucoup de ruptures et de remise en question des couples et des façons de vivre. Ça revient aussi un peu à l'idée d'isolement car souvent ces gens ont construit un peu tout autour de leur couple et si, en plus, le travail ça ne va pas ça fait en sorte que les piliers dégagent et tout tombe.

Je trouve qu'il y a aussi pas mal d'étudiants en souffrance soit parce qu'ils sont très isolés et n'ont pas beaucoup d'argent et sont tellement à fond dans les études que s'il y a un échec c'est tellement difficile à admettre. Je trouve qu'ils ont beaucoup d'angoisses sur leur avenir, que ce soit sur leur futur travail, que ce soit une nécessité de se réorienter parce que finalement leurs études ne leur conviennent plus ou qu'ils ont eu une désillusion.

Je trouve qu'il y a aussi <<L'approche de la trentaine>> avec des crises identitaires où ils s'étaient imaginé qu'à la trentaine ils auraient beaucoup plus de responsabilités qu'ils ont actuellement. <<J'arrive à trente ans et je n'ai rien fait de tout ce que je voulais faire.>>

Que pensez-vous de l'arrêt de travail dans les conditions où il peut être appliqué ? [24 :55]

Cela dépend du motif pour lequel la personne vient me voir. Si le souci est au travail, la solution est, effectivement, l'arrêt de travail. Il doit sortir de ça pour prendre du recul, arrêter la source d'agression pour pouvoir prendre le temps de réfléchir. Je leur dis à chaque fois que je les arrête une quinzaine de

jours et qu'on se revoit une semaine après pour réévaluer à tête froide et à tête reposée sans qu'il y ait l'échéance de l'arrêt de travail qui détruit tout le bénéfice de l'arrêt car il passe le temps à faire le décompte et ça vient s'imposer sur son repos et empêcher le patient de penser vraiment à ce qu'il veut faire plus tard. Je trouve que l'arrêt est important pour leur faire sortir de l'agression permanente ainsi que pour moi-même en tant que soignant pour pouvoir réévaluer la situation un peu à distance et voir si c'est purement réactionnel ou s'il y a un syndrome dépressif ou une anxiété plus globale. Lorsque je les revois une semaine après je décide ou bien de prolonger tout de suite, ou bien sur le rendez-vous une semaine après. Je leur dis aussi que ce n'est pas parce que je leur mets un arrêt jusqu'à telle date qu'on va s'arrêter là.

Il y a, cependant, des situations où le travail est contre-productif parce que ça n'a rien à faire avec leurs problèmes et ça leur permet même de penser à autre chose.

De toute façon, un arrêt n'est pas pour aller en vacances, c'est médical. C'est pour se reposer pour qu'on avance dans la problématique. Quand c'est un Burn Out je leur dis aussi que le but de l'arrêt n'est pas seulement de faire une pause mais de savoir ce que le patient veut faire après l'arrêt. Envisage-t-il, par exemple, une rupture conventionnelle, un retour, une démission ? Le but n'est pas de faire indéfiniment un arrêt de travail, cela mettra tout le monde en difficulté.

Quels conseils donnez-vous lorsque vous prescrivez un arrêt de travail ? [29 :42]

Je leur dis de ne pas rester à la maison, de sortir, de faire autre chose, de penser à autre chose. Le but est de se donner aussi des petits projets et se redonner des petites missions pour ne pas être dans la passivité de l'attente. Ça ne se passera pas mieux si eux ne font pas l'effort d'aller mieux, il faut qu'ils s'en donnent les moyens.

Je leur dis de reprendre contact avec des gens avec qui ils n'ont pas parlé depuis longtemps, je leur dis aussi de couper tout contact avec l'employeur. Je leur dis que c'est important qu'ils parlent ; soit avec moi soit avec leurs proches. Il y a aussi des gens qui me disent qu'ils se sentent dans la solitude même s'ils en parlent car ils se sentent un peu << à côté de la plaque >>, ils sentent qu'ils ont des relations un peu superficielles et ils ne peuvent pas parler de la profondeur de leur mal-être. Ils ont l'impression que les autres craignent de rentrer dans le sujet du Burn Out car ils n'ont pas envie, eux aussi, de tomber dans cela. Il faut qu'ils choisissent les bonnes personnes et tout le monde n'est pas à l'écoute. Il y a des potes qui sont bien pour penser à autre chose mais qui peuvent avoir des regards culpabilisants sur la situation.

Je leur dis de faire d'autres activités, de se remettre à des choses que, jusque-là, ils reportaient ou qu'ils ne faisaient plus parce qu'ils n'avaient plus le temps à cause du travail.

Ensuite c'est aussi la gestion du stress qui dépend du type de personnalité de chacun. Si c'est une personnalité plutôt stressée en permanence je propose plutôt un suivi psychologique ou de faire appel à des sophrologues, faire du yoga, de la relaxation et de la méditation (même si je n'en fais pas car il faut un certain lâcher-prise que je n'ai pas). Je redonne aussi toutes les méthodes dont j'avais parlé auparavant avec les podcasts et les bruits blancs.

Je vérifie aussi qu'il n'y a pas des moyens de gérer l'angoisse qui puissent être nocifs comme le tabac, l'alcool, la drogue. Je leur pose la question au début pour savoir ce qu'ils font pour se détendre et à partir de là on peut discuter. S'il y a une problématique d'alcool ou de tabac je ne leur dis pas d'arrêter tout de suite, si c'est sa seule solution en ce moment je ne vais pas lui dire d'arrêter sinon ça risque de

briser le dialogue. Je leur propose plutôt d'autres choses à faire en complément en espérant qu'un jour on trouve d'autres solutions.

Parfois j'évalue avec eux les différentes options qu'ils ont dans une certaine situation et on pense ensemble aux conséquences pour leur permettre de faire un meilleur choix. <<Si vous faites ça, il se passera ça, ça et ça. Si vous faites ça, il se passera ça et ça. A vous de faire le choix.>> J'essaye d'exposer un point de vue objectif sans trop influencer, sans trop donner d'avis lorsqu'on sort du médical pur.

Quelle est la relation des patients quand vous leur donnez ces conseils ? [39 :24]

Globalement, c'est plutôt bien accueilli. Parfois ils me disent que c'est plus facile de dire que faire et je leur confirme mais j'essaye de les rassurer et de dédramatiser ou banaliser la situation en leur disant qu'il y a eu pleins d'autres qui sont passés par la même situation et ont eu du mal lorsque je leur ai dit de faire tels trucs mais, finalement, ces choses leur ont fait du bien. Je leur dis qu'ils peuvent tester, essayer, tenter et si ça ne leur convient pas de ne pas continuer. Le but est d'essayer et de ne pas rester toujours dans le négatif. J'essaye beaucoup d'être dans la déculpabilisation et d'appréhender les difficultés s'ils ont un peu des hésitations. C'est rarement sur la défensive.

C'est important de se rendre disponible et présent.

Est-ce qu'il y a des patients qui reviennent et reparlent de ces conseils ? [43 :23]

Oui, assez beaucoup. Je n'ai pas eu de retour sur les podcasts et le bruit blanc mais j'ai eu des patients qui m'ont dit <<j'ai repensé à ce que vous m'avez dit et je trouve que ce serait bien de...>> quel que soit le conseil qui avait été donné. Il y a eu aussi des patients qui ont essayé ce que j'ai dit et qui se sont plantés et je leur dis que ce n'est pas grave, au moins on a tenté et on sait ce qui ne marche pas.

C'est toujours un peu compliqué parce qu'on n'est pas dans leur vie et qu'on donne des conseils aussi objectifs que possible mais on se pose parfois des questions sur notre rôle, en tant que médecin, de prodiguer des conseils sur leur vie. On peut facilement sortir du médical et rentrer dans des conseils d'amis, d'humain à humain mais... On n'est pas psychologue non plus. Parfois c'est un peu difficile de savoir où s'arrêter et si on est en train de donner notre avis de professionnel ou notre avis personnel suite à une expérience vécue avec telle ou telle personne.

Quelle est la place de ces conseils dans la prise en charge de l'anxiété ? [47 :34]

Je pense qu'ils sont hyper importants. Nos conseils ont, peut-être, plus de valeur que le médical pur. On prend en charge du psychologique parce que, par définition, c'est de l'humain et c'est encore plus loin des livres que le reste des sujets. La médecine générale est très vaste, il n'y a pas vraiment de limites dans les motifs des patients qui viennent nous voir. De la même façon on n'a pas de limite dans les compétences qu'on peut apporter à nos patients et, du coup, elles sont très variables. Dans chaque cabinet on a une médecine différente. Après, nous on leur donne des conseils selon nos expériences mais les patients sont libres et ils ont leur propre responsabilité, aussi.

Vu, le Directeur de Thèse

(3-1-)

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

Auteur : JELEA Iolanda

109 pages –8 figures -2 illustrations

Titre : Quel type de conseil proposent les médecins généralistes pour aider les patients à gérer leur angoisse ?

Résumé : Environ un quart des consultations de médecine générale sont en lien avec le stress ou l'angoisse des patients. Ayant souvent des conséquences sur la santé globale du patient, l'angoisse est évoquée spontanément ou recherchée par le médecin devant des symptômes évocateurs d'une somatisation.

Le but de cette thèse est d'établir un état des lieux des conseils donnés aux patients lorsque ceux-ci évoquent ressentir de l'angoisse, ainsi que d'explorer la proportion de conseils proposés selon trois stratégies de gestion du stress ; les stratégies centrées sur l'identification et l'affrontation du problème, les stratégies centrées sur la gestion des émotions, ainsi que les stratégies centrées sur l'évitement de la source de stress.

Douze médecins généralistes ont participé à l'étude par entretiens semi-dirigés et anonymisés avec retranscription verbatim et analyse qualitative des conseils proposés.

La majorité des conseils proposés est représentée par la catégorie de conseils centrés sur la régulation des émotions, suivie ensuite par les conseils centrés sur le problème et dernièrement par les conseils centrés sur l'évitement de la source de stress. Le choix des conseils proposés est fait par les médecins généralistes principalement suite à des perceptions subjectives des besoins des patients. Ces conseils sont communément bien reçus par les patients et considérés par les soignants comme étant importants à la prise en charge globale du patient.

Le lien étroit des patients avec leur médecin généraliste mène souvent et naturellement à une exploration de toute source de stress ou d'angoisse du patient. Vu le lien entre une diversification des stratégies de coping et une augmentation de la résilience des patients, il serait intéressant d'explorer une introduction de ces trois méthodes de coping dans le cursus des médecins pour faciliter non seulement l'accueil de l'angoisse de leurs futurs patients mais aussi augmenter leur propre résilience.

Mots clés : Angoisse, Stress, Coping, Conseils, Médecine Générale, Gestion du stress, Problèmes, Émotions, Évitement, Résilience

Jury :

Président du Jury : Professeur Vincent CAMUS

Directeur de thèse : Docteur Thierry BALAND

Membres du Jury : Professeur Franck PERROTIN

Docteur Boris SAMKO

Dr Caroline GIRAUDEAU

Date de soutenance : 30 juin 2022