



La dépression en Médecine Générale, La psychothérapie de soutien : une approche spécifique.

**Pr. Pierre-Louis DRUAIS, Professeur de Médecine Générale
Président du Collège de la Médecine Générale
Pr. Albert OUAZANA, Professeur de Médecine Générale
Collège de la Médecine Générale**

Sommaire

Introduction	p.02
Les traitements psychotropes	p. 03
Les prises en charge psychothérapeutiques	p.03
Prise en charge psychologique du patient dépressif par le médecin généraliste	p.05
La place du médecin généraliste dans la prise en charge du patient dépressif	p.06
La relation médecin/patient	p.08
Le médecin généraliste, un psychothérapeute ?	p.11
Les techniques spécifiques en médecine générale	p.12
Une formation spécifique	p.14
Etat des lieux	p.14
Bibliographie	p.15

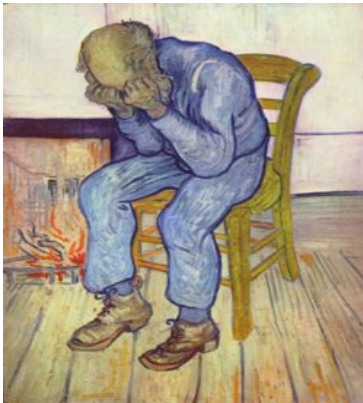
Introduction

« La dépression est une pathologie fréquente, dans laquelle le médecin généraliste est le premier recours, le point d'entrée dans le système de soin »

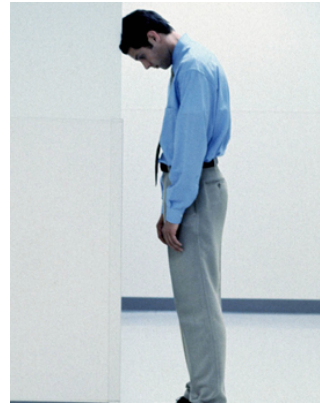
Premier recours... être présent pour le patient quel que soit le motif qui l'amène à consulter. Premier recours et souvent seul recours du patient qui identifie la médecine à son médecin de famille, celui qui le connaît depuis si longtemps, qui connaît les parents, les amis, les voisins. Une relation forte, une relation construite au fil du temps, le très long temps de la médecine générale. Une relation mise à l'épreuve sur des années par une multiplicité de situations de soins, d'écoute, d'aide, d'accompagnement. Alors le jour où « ça ne va pas », on se tourne naturellement vers « son » docteur qui saura bien, encore une fois, trouver la solution. Et il la trouve la solution le docteur, si on en croit les chiffres, pour ces 80% de dépressions quotidiennement prises en charge par le médecin généraliste. (Ref.HAS)

Mais quels sont ses outils, où et comment les a-t-il acquis ?

1890...



2017...



Dépression et premier recours

- ▶ Pathologie fréquente
- ▶ Une relation forte, construite au fil du temps
- ▶ Une relation mise à l'épreuve par une multiplicité de situation
- ▶ Écoute, aide , accompagnement
- ▶ 80% des dépressions prises en charge quotidiennement en médecine générale

Les traitements psychotropes

Pas d'originalité pour le médecin généraliste. Lorsqu'il le juge nécessaire, il utilise classiquement les antidépresseurs à sa disposition, et l'arrivée des IRS a nettement amélioré sa prise en charge des patients dépressifs, par la souplesse d'utilisation et les moindres effets secondaires de ces produits comparativement aux tricycliques. Les IMAO ne sont quasiment jamais utilisés (15).

A noter que pendant longtemps on a considéré que les médecins généralistes prescrivaient trop souvent des antidépresseurs à des patients non dépressifs...sans explorer la raison de ces pratiques de terrain, nées de la fréquentation quotidienne de tous les types de souffrance. Les recommandations françaises de 2006 sur « le bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement de la dépression et de l'anxiété » (1), ont légitimé et recommandé les conduites pragmatiques de prescription d'antidépresseurs, initiées par les médecins généralistes, face aux phénomènes masqués ou anxieux auxquels ils étaient confrontés.

Face à des dépressions résistantes ou récurrentes, si l'augmentation des doses de l'antidépresseur ou le changement de molécule n'a pas été efficace, le médecin généraliste confie volontiers le patient au psychiatre. Il n'a pas facilement la pratique d'associer plusieurs antidépresseurs ou d'adjoindre neuroleptiques ou thymorégulateurs.

Les traitements psychotropes

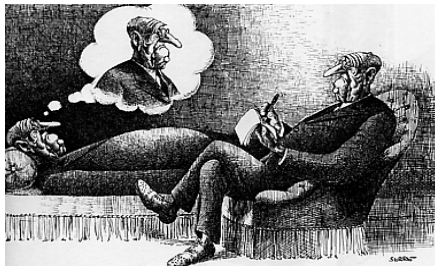
- ▶ Les recommandations françaises de 2006 (1), ont légitimé et recommandé les conduites pragmatiques de prescription d'antidépresseurs, initiées par les médecins généralistes
- ▶ Face à des dépressions résistantes ou récurrentes, et/ou sévères le médecin généraliste confie volontiers le patient au psychiatre.

AFSSAPS: le bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement de la dépression et de l'anxiété

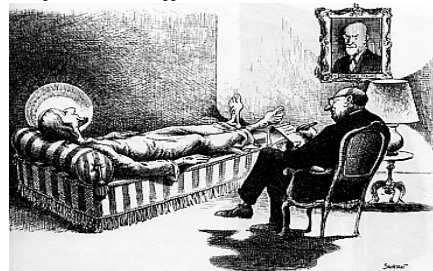
Les prises en charge psychothérapeutiques

Lorsque nous parlons de psychothérapie, nous parlons de l' « ensemble des moyens psychologiques qui peuvent être mis en œuvre dans un but thérapeutique » (11).

Parfois c'est facile...



Parfois c'est difficile...



« Parlez-moi de votre père... »

Les psychothérapies structurées

On les distingue des « attitudes psychothérapeutiques », inhérentes à la fonction de médecin généraliste, aussi appelée « psychothérapie de soutien ».

« Pour qu'il y ait psychothérapie, il faut que le médecin soit conscient de la nature des moyens psychologiques mis en œuvre, et qu'il exerce un contrôle sur leur déroulement et leurs effets. Le contrôle implique donc une action réfléchie et la référence à une théorie psychologique, garantie de la cohérence de l'approche » (5).

Cela fait référence à différentes descriptions du fonctionnement psychique, aboutissant à différentes thérapies, qui peuvent être associées afin de réaliser une prise en charge multifocale, agissant à différents niveaux de fonctionnement du sujet.

Le travail sur le terrain confirme chaque jour que de nombreuses dépressions modérées sont accessibles à une prise en charge psychothérapeutique. D'autant que de nombreux patients sont réticents à la prise de psychotropes, soit par crainte d'accoutumance et/ou de dépendance, soit par la crainte des effets secondaires, réels ou supposés, soit le plus souvent avec la conviction, mêlée de culpabilité, que leur « passage à vide » est un signe de faiblesse qu'ils doivent surmonter sans aide médicamenteuse. Conviction qui n'est qu'un des symptômes de la maladie...

Dans ce contexte les médecins généralistes adressent leurs patients nécessitant une psychothérapie structurée à des correspondants, psychothérapeutes non médecins ou psychiatres. Ici nous devons aborder quelques difficultés. Le problème démographique : la répartition des correspondants « psy » est largement inégale géographiquement, et globalement le nombre de psychiatres est insuffisant pour couvrir les besoins de la population. Majoritairement les médecins ont peu le choix des correspondants, et adressent au thérapeute auquel ils ont accès, sans pouvoir toujours choisir en fonction d'un projet thérapeutique lié à un mode de prise en charge. Enfin tant la formation initiale que continue ne permet pas au médecin d'avoir suffisamment la compréhension des caractéristiques et des indications des différentes psychothérapies, afin d'affiner l'adressage lorsque cela est possible.

Les psychothérapies
<p>C'est l'ensemble des moyens psychologiques qui peuvent être mis en œuvre dans un but thérapeutique</p> <p>Pour chaque type de psychothérapie :</p> <ul style="list-style-type: none">▶ une théorie,▶ des techniques▶ des indications▶ des contre-indications.
Les deux premiers points :
<ul style="list-style-type: none">▶ L'établissement d'une relation thérapeutique positive:<ul style="list-style-type: none">– Par l'écoute active– Grâce à une empathie authentique– Par un médecin concerné...▶ La compréhension partagée de la problématique du patient

Trois points constitueraient le noyau commun des psychothérapies
<ol style="list-style-type: none">1) L'établissement d'une relation thérapeutique positive2) La compréhension partagée de la problématique du patient3) La promotion d'un changement comportemental, affectif ou émotionnel. <p><small>Cape J., Barker C., Buszewicz M., Pistrang N. Gestion psychologique par les médecins généralistes des problèmes psychoaffectifs courants. <i>British Journal of general practice</i> 2000 ; 50 : 396-99.</small></p>
Ces deux premiers points ...
<p>...points forts « naturels » des généralistes,</p> <p>sont paradoxalement souvent non reconnus...</p> <p>...par les médecins généralistes eux mêmes...</p>

Le troisième point. ! ?

Le troisième point : la promotion d'un changement comportemental, affectif ou émotionnel.

Permet de pouvoir aller plus loin...

...par une formation adaptée...?

Toutefois ...

« **La dépression s'améliore plus rapidement sous psychothérapie qu'avec les soins habituels en médecine générale,**

mais les résultats à 1 an ne sont pas meilleurs »

WARD E, KING MB, LLOYD M et coll., EBM Journal/Thérapeutique, Février 2002, 30 : 21.

En pratique

- ▶ Que se passe-t-il dans les cabinets des médecins de famille ?
- ▶ Quelle place pour le médecin généraliste ?

Prise en charge psychologique du patient dépressif par le médecin généraliste

Le temps du diagnostic

Par sa relation spécifique au patient, le médecin généraliste est le mieux placé pour dépister les symptômes, parfois même avant que le patient n'en ait conscience. La maladie dépressive est néanmoins sous-diagnostiquée, que ce soit par le défaut de perception qu'en a le patient, ou par le sentiment de culpabilité qu'il éprouve et qui l'amène à la masquer, consciemment ou non... Une raison supplémentaire est le peu de temps de consultation dont dispose souvent le médecin généraliste (4), à qui on soumet en moyenne 2,7 motifs de consultation différents par acte. Si le patient a d'autres demandes, elles risquent de passer en priorité et masquer le principal motif de consultation...d'autant plus que le patient va avoir du mal à aborder ce sujet difficile. Si celui-ci n'est évoqué que dans les dernières minutes, le médecin peut soit le minimiser, soit le remettre à une autre consultation qui n'aura peut-être pas lieu.

Le temps de l'accompagnement

Une fois le diagnostic posé, le savoir, l'expérience, la littérature et les recommandations officielles semblent baliser le terrain de la prise en charge. Malheureusement ces démarches protocolisées sont souvent sorties du contexte réel. La littérature détaille essentiellement des solutions médicamenteuses mais n'explicite pas le soutien psychologique qui est pourtant préconisé.

L'HAS précise toutefois que les psychothérapies cognitivo-comportementales, les thérapies de soutien et les thérapies interpersonnelles « ont fait l'objet d'études contrôlées dans les dépressions d'intensité légères à modérées. Les psychothérapies d'inspiration analytiques instituées au mieux à distance de la phase aiguë, constituent, pour certains patients, un recours utile. » Par ailleurs, l'AFSSAPS précise qu'un traitement par antidépresseur ne peut s'envisager indépendamment d'un soutien psychologique. Nous abordons là le sujet de l'accompagnement psychologique réalisé par le médecin généraliste. Malheureusement, aucune recommandation ne détaille plus avant les choses dans ce sens.

Prise en charge des patients dépressifs par les médecins généralistes et ISRS

Méthode

- ▶ Étude prospective et randomisée
- ▶ 40 médecins généralistes interrogés exerçant leur activité dans la région Nord-Est des Yvelines
- ▶ Médecins vus à leurs cabinets médicaux
- ▶ Évaluation de la pratique médicale

Ligori S. Utilisation des IRS en médecine générale. Thèse Paris 2002

La pratique des médecins

- ▶ Pour 2 / 3 des Médecins généralistes, les ISRS ont modifié leur prise en charge du patient dépressif
- ▶ Les éléments de choix d' un antidépresseur
 - la tolérance
 - l' efficacité
 - les associations
 - les signes cliniques du patients
- ▶ Les antidépresseurs tricycliques semblent être réservés en médecine générale dans les cas sévères de dépression

La prescription et la démarche

- ▶ Les médecins ont confiance dans leur choix d' antidépresseurs
 - 92 % reconnaissent leur efficacité
 - 95 % pensent ne pas les prescrire trop rapidement
- ▶ Des biais de prescription
 - 23 % des médecins donnent systématiquement des anxiolytiques à leurs patients dépressifs
 - 25 % prescrivent des antidépresseurs pour une durée < 6 mois
- ▶ Sous-estimation de la qualité de leur suivi psychologique

Discussion: 4 points « forts »

- ▶ Modification de la prise en charge des patients dépressifs pour 2 / 3 des médecins généralistes
 - Traitement médicamenteux donné plus rapidement
 - Détection des patients dépressifs identique
- ▶ Formation insuffisante
- ▶ Problème de disponibilité des psychiatres
- ▶ Rémunération adaptée avec la démarche de soins effectuée ?

La place du médecin généraliste dans la prise en charge du patient dépressif

Les cinq fonctions de la médecine générale

Parmi les cinq fonctions du médecin généraliste, la prise en charge globale et la médecine de premier recours sont essentielles. C'est le premier interlocuteur auquel le patient a accès, interlocuteur qui le connaît, connaît son environnement social, familial, professionnel, et qui a une vision d'ensemble de ce qu'il est. Or la dépression est une maladie qui affecte le patient dans sa globalité.

Les autres fonctions du médecin généraliste s'appliquent dans la continuité des soins, c'est-à-dire le suivi au long cours, la coordination des soins et l'action de santé publique. On voit ici que la dépression fait appel aux cinq fonctions qui définissent la médecine générale.

Le généraliste est donc au premier plan pour dépister les symptômes dépressifs, démarrer la prise en charge et réaliser le suivi, seul ou conjointement avec un tiers si la situation le nécessite.

Hypothèse

Les médecins généralistes possèdent un savoir leur permettant d'assurer la prise en charge de leurs patients déprimés.

Mais ils ne l'expriment pas ainsi, ils se pensent trop peu formés.

Une position privilégiée

Par rapport aux autres spécialistes, le médecin généraliste a une position privilégiée :

- Soit il connaît déjà le patient, son vécu, son environnement, ses conflits éventuels personnels ou professionnels... Cela lui permet de voir les choses de façon plus globale, de percevoir aussi les choses que le patient ne dit pas, mais qu'une écoute attentive au fil des consultations lui aura fait comprendre. Et ce auprès d'un patient pour qui la relation de confiance a déjà été établie, renforcée par le long cours de la relation, renforcée par les si nombreuses fois où « son » médecin a répondu présent, quel que soit le motif de consultation. Le patient va donc se confier plus facilement et plus spontanément.
- Soit le médecin ne connaît pas le patient, et c'est le début d'une longue histoire. Le médecin est dans la position de soigner non pas une dépression mais un patient qui souffre de dépression. Potentiellement, il aura aussi à soigner les autres problèmes du patient, psychologiques ou somatiques, sans omettre son entourage. Il est donc implicite entre le patient et le médecin que la consultation ne se limite pas aux problèmes actuels et que le médecin « entre » dans la vie du patient pour une durée indéterminée.

Une prise en charge globale

Pour présenter simplement les différents aspects de cette prise en charge globale, on peut reprendre les mots clés de l'approche globale, résumés dans l'acronyme **CHARPENTE** :

- Contexte de vie du patient
- Histoire du patient personnelle et familiale, évènements qui ont conditionné et façonné sa personnalité physique et psychique
- Attentes ainsi que besoins du patient
- Représentations de santé, croyances, préjugés ...
- Préférences, et sens que le patient accorde à la vie
- Emotions et affects
- Nature du patient, caractéristiques biomédicales
- Temps : capacité du patient à évoluer dans la durée
- Etre : personnalité du patient.

La communication et ses bases

Le médecin généraliste communique « naturellement » avec son patient en utilisant les outils habituels de la communication, qu'il va adapter à sa fonction.

- l'écoute active

C'est la première étape du dialogue qui va permettre au patient et au médecin de communiquer. « Ecouter quelqu'un, c'est écouter le silence » (9). Il s'agit alors d'écouter ce que dit le patient, mais aussi ce qu'il ne dit pas, ce qu'il dit à moitié, et tout ce que les mots signifient pour lui. Et pour cela il faut saisir les moments de silence et les comprendre. (13) Cet exercice difficile est implicite pour le médecin qui connaît depuis plusieurs années le patient et son entourage. C'est l'histoire partagée du patient avec son médecin qui intervient dans la consultation. (8) L'écoute active va donc aider le médecin à comprendre le patient. Cela va permettre aussi au patient de percevoir une « attitude facilitatrice, impliquée et compréhensive ». (13) Par ailleurs, une fois le patient mis en position de s'exprimer, celui-ci peut aussi s'écouter, s'approprier ses propres réflexions et cheminer en même temps qu'il verbalise les choses. Le médecin a créé un espace où le patient peut s'exprimer : dire et penser ce qu'il veut en sécurité.

- *le non-verbal*

Percevoir le non verbal du patient, c'est observer ses gestes, ses mimiques, son agitation ou son calme plus ou moins approprié. En retour, au-delà du verbe du médecin, son attitude physique fait également passer une partie importante du message. Par sa posture, ses gestes, les expressions de son visage, le regard etc., le médecin fait alors passer les différentes dimensions du discours.

- *la gestion de l'espace*

C'est un des éléments du non-verbal. Les relations sociales sont régies par la distance que l'on instaure entre son interlocuteur et soi-même. C'est cette gestion de l'espace et ses variations qui vont permettre au médecin de positionner sa relation avec son patient. Pour rappel, il existe quatre espaces possibles (12) : *l'espace public*, *l'espace social*, *l'espace personnel*, (c'est l'espace entre le médecin et son patient en consultation, de part et d'autre du bureau), et surtout *l'espace intime* : il s'agit d'un espace correspondant à une distance permettant de toucher l'interlocuteur, distance qui n'est normalement pas franchie dans une conversation ordinaire. Cet espace ne peut être atteint qu'avec la permission de l'autre. C'est la particularité du médecin de pouvoir atteindre cet espace lors de l'examen clinique. Charge à lui de gérer correctement cette intimité pour mettre le patient en confiance, sans le braquer par une intervention non souhaitée. (9)

La psychothérapie de soutien du généraliste

- ▶ *En dehors des thérapies structurées, est une forme de thérapie relationnelle, non codifiée dans sa technique, présente implicitement dans tout acte médical.*
- ▶ **Objectifs:**
 - *Soutenir les patients face à leur souffrance,*
 - *Les réassurer*
 - *Maintenir un lien avec la réalité quotidienne*

La psychothérapie de soutien du généraliste

- ▶ Est basée sur l'empathie, la confiance, le soutien.
- ▶ Comprend une dimension directive de conseil, d'information et d'explications.
- ▶ L'écoute facilitant l'expression du patient peut en faire un outil thérapeutique à part entière.
- ▶ Composante fondamentale du traitement de la dépression, elle améliore l'observance médicamenteuse.

(extrait du rapport « itinéraire des déprimés » Pr Parquet et al. Paris fév. 2001)

La relation médecin/patient

Comme toute relation, la relation médecin/patient du généraliste est particulière. Il va l'initier avec le patient, créant ainsi un espace dans lequel le patient et lui-même vont pouvoir évoluer, le but ultime étant la guérison du patient.

C'est un espace d'échanges humains, de partage, qui va permettre au médecin de progressivement accepter d'écouter et d'avancer avec le patient. Le médecin généraliste intervient ponctuellement, mais de manière répétée avec un patient et son histoire, étalée dans le temps (13). C'est donc le début d'une histoire entre le patient et son médecin, histoire qui continue au delà de la maladie actuelle, car le généraliste est le médecin du suivi, de la prise en charge globale dans le temps.

Les trois espaces thérapeutiques en médecine générale

Toute relation médecin malade évolue au fur et à mesure des consultations dans trois espaces théorisés par Louis Velluet, y effectuant une progression, avec des possibilités de régression. Le but ultime est l'autonomisation du patient afin qu'il puisse se prendre en charge lui-même et se conduire vers la guérison.

Le médecin doit pouvoir repérer à quel niveau se situe sa relation avec le patient afin de pouvoir adapter les outils thérapeutiques qu'il va utiliser.

- *l'espace primaire*

Le patient est dépendant du médecin. Il a besoin d'être materné, que le médecin lui dise quoi faire. Il peut se retrouver dans cet espace par le fait d'une régression suite à un choc psychologique important. L'objectif est alors pour le médecin d'aider le patient à atteindre l'espace intermédiaire. Il faut noter que lors d'une dépression, le patient se retrouve inévitablement dans cet espace à un moment ou un autre de l'histoire de la maladie.

- *l'espace intermédiaire*

Aussi appelé l'espace transitionnel, il s'agit d'un espace de négociation, d'échange. Le médecin et le patient recherchent un langage commun. Le médecin n'est plus « tout puissant » et le patient participe à l'élaboration de son traitement.

- *l'espace d'autonomisation*

C'est l'aboutissement du parcours de maturation du patient. Il participe activement à son traitement et garde son libre-arbitre.

La possibilité d'atteindre ce troisième espace est corrélée au degré de maturation affective et émotionnelle du patient. C'est dans cet espace que le patient va pouvoir évoluer vers la guérison complète, étape que le médecin ne peut pas faire pour lui.

Le transfert

Identifié par Freud, le transfert détermine toute relation humaine. Il se caractérise par la projection sur l'interlocuteur de sentiments archaïques concernant les personnages clés de l'enfance intégrés dans l'inconscience du sujet (5).

En médecine, il existe un transfert particulier qui joue un rôle capital dans le dialogue et la démarche de soin. Le transfert est essentiellement lié à un « supposé savoir » attribué au médecin. Cela déborde ensuite sur l'idée que l'intervention du médecin a une efficacité « magique », évoquant la toute puissance parentale originelle.

Dans le cadre de la médecine générale, le transfert se construit peu à peu à travers une relation de personne à personne. Proximité, accessibilité et continuité créent les conditions de ce transfert, à condition que le médecin accepte de l'assumer évidemment.

Ce transfert met en place un espace commun aux deux protagonistes. C'est dans cet espace que le médecin va pouvoir guider son patient vers la guérison.

Les attitudes de Porter. Disciple de Rogers, Porter a décrit dans les années 1950 six attitudes permettant de décrire les relations soignantes :

- Le conseil : C'est une proposition que l'on fait en fonction de ce que l'on pense être la bonne solution. L'avantage est que cela apporte une réponse au patient, que celui-ci est sécurisé, mais cela expose à deux risques : que le patient soit dans une relation de dépendance et que le conseil soit contesté à plus ou moins long terme.
- Le jugement : C'est une appréciation de la situation, il peut être positif ou négatif. Cela peut être une aide mais risque de provoquer un blocage et apporte un effet normatif.
- Le support : C'est une attitude de sympathie. Le support apporte une chaleur humaine réconfortante mais risque d'induire une dépendance affective et de ne rien faire avancer.
- L'enquête : C'est une interrogation à la recherche d'un complément d'information. Cela permet d'obtenir des précisions, aide à l'expression mais risque de diriger le dialogue en fonction du projet du médecin.

- L'interprétation : C'est l'expression de l'explication personnelle d'une situation. Elle a l'avantage de pouvoir être formulée comme une hypothèse de travail mais peut aussi être erronée, ou bien aller trop vite dans une direction, sans respect de la progression du patient et donc entraîner un blocage.
- L'empathie : C'est un mélange d'écoute, de compréhension, de reformulation qui permet d'être au plus près de la parole de l'autre, tout en restant à distance. Il y a empathie quand l'autre a totalement le sentiment d'exister, de pouvoir s'exprimer et la conviction d'une attention compétente extérieure. C'est la situation idéale pour l'expression authentique du projet du patient, mais c'est l'attitude spontanée la moins naturelle pour le médecin, qui nécessite donc d'être conscientisée et travaillée.

L'examen clinique

La manière dont le corps est touché, tenu (handling) lors des premiers mois de vie va jouer un rôle apaisant, rôle de pare-excitation d'après les théories de Freud. Or la dépression entraîne une certaine régression, phénomène physiologique défensif en réponse aux agressions physiques ou psychiques (5). Le patient ressent alors souvent le besoin d'attention, d'être touché, soutenu...

Le médecin généraliste va alors jouer le rôle de pare-excitation à son tour par l'intermédiaire du « holding » décrit par Winnicott, holding réalisé lors de l'examen clinique, examen physique qui permet d'abord au médecin d'éliminer toute pathologie somatique associée, mais qui va au-delà, dans des gestes aussi simples que prendre la tension. Ce geste rituel, contact chargé de sens pour le patient, geste où on le touche, on l'enserme, on le mesure, on le rassure... tout va bien, la tension est bonne... la tension interne, stable... pas d'excès, pas de chute, pas d'effet secondaire...

La prescription médicamenteuse

Selon les recommandations de l'HAS, en cas d'épisode dépressif modéré, on peut proposer en première intention soit une psychothérapie, soit un traitement par antidépresseur, les études réalisées ne montrant pas de différence dans la durée des symptômes dépressifs ni dans les rechutes.

Dans le cadre de la prise en charge par un médecin généraliste, il semble que beaucoup d'entre eux tiennent à laisser au patient une trace de sa consultation. Ceci peut se faire par l'intermédiaire d'une prescription médicamenteuse, ou par tout autre chose : arrêt de travail, conseils écrits, piste de réflexion... Cela fera l'effet d'un objet transitionnel qui va aider le patient avant qu'il soit en mesure de se prendre en charge lui-même.

Lors des premières consultations, il va s'instaurer, spontanément ou à l'instigation du médecin, un contrat thérapeutique. Bien sûr ce contrat est oral et souvent implicite, mais l'ordonnance remise en fin de consultation peut figurer un support papier à ce contrat.

Cela permet aussi d'assurer un lien aussi bien pour le médecin que pour le patient, par le biais du renouvellement ou de la surveillance du traitement.

L'avis d'un tiers

Dans toute situation, un médecin peut souhaiter avoir l'avis d'un confrère pour la complémentarité de la prise en charge. C'est courant et généralement bien perçu par les patients dans n'importe quel domaine médical. Mais dans le cadre d'une prise en charge d'un patient déprimé, la demande de « deuxième avis » peut être délicate à gérer.

Nous l'avons vu, une relation médecin malade spécifique s'est établie et participe activement à la guérison. Or l'arrivée d'un tiers modifie en partie cette relation. Cela peut être aussi voulu par le médecin, si celui-ci sent que le transfert n'est plus maîtrisé ou s'il sent que cela n'aide pas le patient. L'arrivée d'un tiers permet donc de recentrer la prise en charge sur l'essentiel. Par ailleurs, l'avis d'un tiers, psychiatre, psychologue ou partenaire social est parfois nécessaire si le médecin n'arrive pas à gérer seul la situation, ou tout simplement pour mettre en place un cadre de vie et un environnement sécurisé pour le patient.

Une rencontre

Dans le cadre d'une maladie dépressive, la première consultation a pour but d'évaluer les symptômes, afin de réaliser un diagnostic et d'évaluer le degré de gravité. Mais cette consultation permet aussi une véritable rencontre avec le patient (9). A travers les questions posées le patient percevra l'intérêt porté par le médecin à sa demande.

Un projet thérapeutique

A l'issue de cette rencontre, une sorte de contrat s'établit donc entre le patient et son médecin.

Il s'agit d'abord d'un projet à court terme : « il y a actuellement une pathologie, nous allons ensemble essayer de vous soigner ». Il peut exister des projets intermédiaires, comme des objectifs de consultation, une hiérarchisation des problèmes à régler. En médecine générale, il y a aussi un projet à plus long terme : le suivi du patient sur plusieurs années, et souvent même celui du reste de la famille. Dans cette continuité s'instaure un projet thérapeutique qui va dépasser la gestion de la consultation présente, qui va confirmer l'importance de la relation de soins établie, pour permettre une évolution du patient plus approfondie que celle limitée à un problème précis. Il s'agit de l'aider à accéder à l'espace d'autonomisation, ce que l'on ne peut imaginer dans le cadre d'une prise en charge ponctuelle.

Un accompagnement psychologique

Le médecin généraliste a une fonction spécifique, il est dans une position privilégiée, et possède des outils propres à sa fonction. Il est donc en mesure de développer une thérapie adaptée, souvent appelée « psychothérapie de soutien du médecin généraliste ».

Extrait du rapport « Itinéraire des déprimés », dirigé par le Pr Parquet en février 2001 :

- En dehors des thérapies structurées, il existe une thérapie non codifiée dans sa technique que l'on appelle volontiers psychothérapie de soutien.
- Elle représente une forme de thérapie relationnelle, présente implicitement dans tout acte médical.
- Elle est basée sur : l'empathie, la confiance, le soutien.
- Elle comprend une dimension directive de conseil, d'information et d'explications.
- Une écoute facilitant l'expression du patient peut en faire un outil thérapeutique à part entière.
- Le soutien psychothérapique propre à la relation médecin malade est une composante fondamentale du traitement de la dépression et cet accompagnement améliore l'observance médicamenteuse.

Pour certains, le terme « psychothérapie » sous-entend une formation spécifique en une thérapie structurée. La psychothérapie de soutien est tout simplement implicite au rôle de médecin généraliste, et sa formation et son expérience professionnelle le préparent à cela. Soigner les troubles psychiques relève de la fonction du médecin généraliste, qu'il soit conscient ou non de ses outils et de leur spécificité.

Une revue de la littérature faite en 2000 en Angleterre (14) a recherché le noyau commun de toutes les psychothérapies, pour ensuite dégager les éléments utilisables dans les contraintes de temps des médecins généralistes. Les résultats sont du même ordre que ceux évoqués ci-dessus, c'est-à-dire que l'étude théorique des différentes techniques psychothérapeutiques montre qu'elles auraient des éléments de partage assimilables à un noyau commun. Ces éléments seraient ici :

- l'établissement d'une relation thérapeutique positive basée sur une écoute active, une empathie authentique et un médecin concerné par la problématique ;
- le développement d'une compréhension partagée de la problématique du patient
- la promotion d'un changement comportemental, affectif ou émotionnel.

Comme le rappelle Balint, le médecin engagé dans une démarche de psychothérapie ne doit pas « jouer au psychiatre » (6). Mais il dispose d'un éventail très large de relations possibles, bien plus que dans toute autre branche médicale. « Dans le doute, ne vous hâtez pas, mais écoutez » (Balint).

Les techniques spécifiques en médecine générale

Ce qui est spécifique au médecin généraliste est lié à ses fonctions propres. Il peut utiliser ces techniques dans la continuité, aussi bien au cours du suivi de ses patients dans le temps que lors des différents temps de la consultation. Il les utilise dans le cadre de la prise en charge globale de ses patients, en tenant compte de la famille et du milieu socioprofessionnel (13).

La directivité

Technique utile pour rassurer les patients qui se sentent maintenus dans un cadre protecteur. Elle est parfois nécessaire pour des personnalités immatures. Elle est souvent utile en début de prise en charge, lorsque le patient, à cause de sa maladie dépressive, régresse dans un espace primaire de dépendance. Les anglo-saxons utilisent le terme de « counselling », que l'on peut traduire par conseils directifs ou guidance. Il s'agit en réalité de thérapies brèves (7) dérivées des psychothérapies structurées, nécessitant une formation courte, et réalisable par les médecins généralistes (3). La stratégie de délivrance du conseil en médecine générale fait maintenant l'objet d'une standardisation des pratiques comme tout autre acte de soin (16).

La non-directivité

Il s'agit de faire participer le patient, l'inciter à donner son avis et sa manière de voir les choses. Cette technique va lui permettre d'évoluer vers l'espace d'autonomisation. C'est dans ces situations que le médecin doit savoir écouter en silence, ce qui n'est pas toujours bien supporté par le médecin... (10).

La suggestion

Il s'agit d'une affirmation qui est médicale mais qui prend aussi une dimension « magique » du fait du transfert effectué. C'est l'effet « médecin médicament », effet placebo par excellence décrit par Balint. Il faut bien sûr encore une fois s'adapter à la suggestibilité du patient, suggestibilité qui va être bien plus importante dans l'espace primaire. Elle peut aider alors à diminuer des plaintes somatiques fonctionnelles, ou à renforcer l'efficacité d'une prescription pharmaceutique.

La reformulation

Il s'agit d'exprimer le « ressenti » du patient, ses sentiments, son état d'esprit plutôt que le résumé des faits évoqués. Il faut le faire sous la forme d'un constat, en employant des expressions équivalentes à celles du patient. Il ne faut pas y ajouter d'expression d'accord ou de désaccord et donc laisser au patient la responsabilité de ce qui est dit. Pour le médecin, cela permet de créer un climat de confiance et d'acceptation, de s'assurer qu'il a bien compris le point de vue du patient, et de le clarifier si besoin. Une fois ses propos reformulés par le médecin, le patient va trouver l'occasion de se ré-exprimer : il va s'exprimer à nouveau, développer ses idées, réduire l'écart entre ce qu'il a dit et ce qu'il veut dire, abandonner une éventuelle attitude défensive, et ainsi arriver à se prendre progressivement en charge. (9)

La réassurance

Le médecin peut alors remettre les éléments dans leur contexte et aider le patient à prendre du recul face à la situation. Parfois c'est par l'examen clinique que la réassurance est possible, le médecin montrant ainsi que le patient ne va pas si mal sur le plan somatique, tout en prenant ses plaintes au sérieux. Ce rapport au corps conjointement à l'expression psychologique est un privilège de la fonction de soins du médecin généraliste.

La restauration de la confiance en soi

Le patient étant encadré, rassuré, va pouvoir reprendre confiance en lui. Il s'agit du « renforcement du moi » décrit par Freud dans le cadre de la psychanalyse. Le médecin généraliste est alors à même d'aider le patient dans cette démarche, connaissant, par son rôle de médecin de la famille, l'environnement du patient. Il va accompagner le patient dans un changement comportemental et social, changement nécessaire à son équilibre. Il va aussi aider le patient à reconnaître les symptômes précédant la diminution de cette confiance en soi, afin de prévenir les rechutes éventuelles.

Le suivi médical

Ce n'est pas une technique en soi mais tout simplement la base de la fonction du médecin généraliste. Au fur et à mesure des consultations, le médecin devient le dépositaire du mal être du patient et se retrouve investi du rôle de confident, de référent ou de « figure bienveillante », image maternelle ou paternaliste décrite par Winnicott. Cette image est un réconfort ponctuellement lors d'un suivi d'une dépression, mais peut aussi rester une image récurrente, au fil des années, véritable point de repère pour le patient qui sait qu'il peut à tout moment retrouver un espace d'expression libre et d'écoute empathique.

Les 12 commandements face à la maladie dépressive

1. Adopter vis-à-vis du malade une attitude empathique et chaleureuse
2. Rassurer le patient sur le caractère pathologique, mais curable, de la dépression
3. Etablir une véritable relation thérapeutique, définir clairement les rôles du patient comme du thérapeute, sans perdre le caractère interactif du dialogue.

Les 12 commandements face à la maladie dépressive

4. Déculpabiliser rapidement le patient en s'appuyant notamment sur des explications médicales concernant la dépression.
5. Considérer les plaintes du patient comme des symptômes pathologiques, témoins du trouble dépressif, et non d'emblée comme des signes à interpréter.

Les 12 commandements face à la maladie dépressive

6. Expliquer au patient sa maladie, son expression et l'évolution qu'elle peut avoir ainsi que les avantages et les contraintes possibles de son traitement
7. Réfuter de manière convaincue les « rationalisations » morbides liées à la maladie: inéluctabilité de la solitude, des conflits, des jugements, etc....

Les 12 commandements face à la maladie dépressive

8. Evaluer la gravité de la dépression et le risque suicidaire, savoir envisager l'utilité et/ou l'urgence d'une hospitalisation.
9. Impliquer l'entourage dans le déroulement des soins en l'informant. Savoir faire la part, pour expliquer des conflits, entre ce qui est secondaire à la dépression et ce qui lui est antérieur.

Les 12 commandements face à la maladie dépressive

10. Laisser le patient s'exprimer largement, dans un objectif de compréhension du sujet et de son histoire et dans un but de soulagement immédiat de sa souffrance psychique
11. Apprécier l'évolution ultérieure par des consultations hebdomadaires puis mensuelles et aider, voire inciter, progressivement le patient à reprendre ses activités dès que possible.

Les 12 commandements face à la maladie dépressive

12. Informer le sujet sur le fait que le traitement médicamenteux est la base indispensable de la thérapeutique dans un premier temps, mais savoir juger de l'opportunité dans un second temps, d'entreprendre un traitement psychothérapeutique.

Une formation spécifique

Nous avons décrit une partie des éléments utilisés, consciemment ou non, dans la prise en charge des patients dépressifs. L'« attitude psychothérapeutique » décrite par Balint (2) se construit, comme le reste du métier de médecin généraliste. Car si l'impact du médecin généraliste peut être positif, il peut aussi être négatif si l'on n'en maîtrise pas tous les enjeux. Selon Balint, la formation du médecin implique un « changement limité, bien que considérable, de la personnalité du médecin » (6). Notons bien qu'il ne s'agit pas de « jouer au psychiatre » ni d'inventer des psychothérapies structurées spécifiques. Il s'agit de prendre conscience de ce que l'on peut avoir comme impact sur le patient, et de s'en aider pour le bien du patient, en maîtrisant les effets négatifs que cela peut avoir.

Discussion-Propositions

- ▶ Enseignement sémiologique adapté
- ▶ Développement Professionnel Continu des médecins généralistes
- ▶ Réseaux médecins généralistes / psychiatres
- ▶ Outils de dépistage des patients dépressifs plus clairs
- ▶ Mise en place d'une nomenclature adaptée à l'acte de prise en charge des patients dépressifs en ville

Etat des lieux

Les données disponibles dans la littérature concernant l'accompagnement psychologique des patients déprimés en médecine générale sont relativement pauvres. Les médecins généralistes explicitent souvent peu leur pratique car les outils utilisés et la relation thérapeutique établie sont identiques à ceux rencontrés dans les autres champs de la médecine générale. C'est ce qui en fait la spécificité.

Une étude récente (17), enquêtant sur les pratiques de prise en charge psychologique des patients dépressifs par les médecins généralistes, montre pourtant une nette homogénéité des pratiques, même s'ils n'ont pas forcément conscience des outils qu'ils utilisent. Ils effectuent au final une prise en charge adaptée, personnalisée et complète des patients déprimés, même s'ils n'ont pas les mots pour la décrire.

Etude

Etude d'observation des pratiques réalisée en mai 2008 sur 100 médecins généralistes des Yvelines.
Questionnaire envoyé par courrier.
Répartition aléatoire.
Résultats déclaratifs.

*Prise en charge psychologique d'un patient déprimé en médecine générale.
Etude d'observation des pratiques dans les Yvelines.
2009 BertilleWARWICK*

Discussion

- ▶ En effet cette étude montre que si les médecins généralistes réalisent cette prise en charge de façon habituelle,

ils l'explicitent peu,

pour eux, les outils utilisés et la relation thérapeutique sont identiques à ceux développés dans les autres champs de la médecine générale.

L'absence de cette compétence d'explicitation, qui n'entrave en rien la qualité de la prise en charge, semble responsable de la dévalorisation, imposée ou ressentie, à laquelle ils doivent parfois faire face. Il est intéressant de noter que les travaux de compréhension de cet exercice particulier, validant l'efficacité de sa pratique, pour la légitimer, sont fort peu nombreux. Le champ de cette légitimité serait-il réservé à ceux qui font profession de l'exposer ? Les anthropologues seuls observent, décrivent et légitiment l'efficacité des prises en charge traditionnelles, sans jugement, et sans demander au soignant de se justifier...mais ils ne sont pas assez lus par les médecins généralistes...

Discussion

- ▶ L'absence de cette compétence d'explicitation,
- ▶ qui n'entrave en rien la qualité de la prise en charge,
- ▶ semble responsable de cette perception dévalorisée, imposée ou ressentie, à laquelle ils doivent parfois faire face.

A noter que les travaux de compréhension de cet exercice particulier, validant la pratique du médecin généraliste face aux dépressions légères ou modérées, sont fort peu nombreux.

Bibliographie

1. AFSSAPS. Bon usage des médicaments antidépresseurs dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. 2006.
2. Balint M. Le médecin, son malade et sa maladie. Paris. Bibliothèque scientifique Payot 1988.
3. Balint M., Gosling E.R., Hildebrand P. Le médecin en formation. Paris. Payot 1979.
4. Berland Y. Mission « démographie des professionnels de santé ». Paris. Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées 2002 ; annexe 3, p. 5-8.
5. Brusset B. Les psychothérapies. Col Que sais-je ? PUF 2003.
6. Cape J., Barker C., Buszewic M., Pistrang N. Gestion psychologique par les médecins généralistes des problèmes psychoaffectifs courants : tour d'horizon pour le développement de techniques pratiques, utiles et efficaces. British Journal of general practice 2000 ; 50 : 396-99.
7. Doutreligne Y, Cottencin O, Thérapies brèves; principes et outils thérapeutiques. Paris, Masson 2008, 231 pages.
8. Druais P.L. Psychiatries, revue de recherche et d'échanges. L'écoute. Paris, 2008 ; AFPEP N°150, 55-61.
9. Druais P-L. La communication. Pédagogie de la relation thérapeutique. Conférence permanente de la médecine générale (editoo.com). CPMG 180, Ave de Choisy, 75013 Paris.
10. Gay B., Le Goaziou M.F., Budowski M., Druais P.L., Gilberg S. CNGE. Médecine générale. Col Abrégés. Masson. 2003.
11. Guyotat J. Psychothérapies médicales. Tome1. Aspects théoriques, techniques et de formation. Paris, Masson, 1978, 226 pages.
12. Iandolo C. Guide pratique de la communication avec le patient : techniques, arts et erreurs de la communication. Masson ; MMI Editions, MédiStratégies, 2001.
13. Jaury P. La psychothérapie, dite de soutien, faite par le médecin généraliste. Département de médecine générale, Faculté de médecine, Université de Paris V 2004.
14. Lejoyeux M. Les psychothérapies en médecine générale. La revue du praticien - médecine générale Septembre 2006 ; Tome 20, N° 742-743 : 941-950.
15. Ligor S. Utilisation des IRS en médecine générale. Thèse Paris 2002
16. Rageau J.P. Le généraliste, un spécialiste de la dépression. Le généraliste 2008 ; 2436 : 33-34.
17. Warwick B. Prise en charge psychologique d'un patient déprimé en médecine générale. Etude d'observation des pratiques dans les Yvelines. Thèse Paris 2009