

La psychothérapie en médecine générale

INTRODUCTION

La médecine générale a pour mission de proposer une prise en charge globale de la santé aux patients qui consultent en soins de santé primaires. Dans ce cadre, le médecin généraliste est amené à recevoir les plaintes et témoignages des personnes qui s'adressent à lui. Qu'en est-il des demandes plus ou moins explicites d'aide psychologique ? La réponse est à minima une écoute active et bienveillante, en soi soutenante, mais en réalité la prise en charge psychologique du patient en médecine générale est souvent beaucoup plus riche. Le présent document a pour objectif d'apporter quelques éléments de synthèse du travail effectué par les représentants de la spécialité depuis plusieurs décennies, et encore en cours, sur les différentes fonctions psychothérapeutiques de la médecine générale.

Le concept de psychothérapie fait référence à l'« ensemble des moyens psychologiques qui peuvent être mis en œuvre dans un but thérapeutique » (1). Il comprend les psychothérapies structurées et les « attitudes psychothérapeutiques », inhérentes aux fonctions de la médecine générale, souvent regroupées sous le titre de « psychothérapie de soutien ».

Les psychothérapies structurées

« Pour qu'il y ait psychothérapie, il faut que le professionnel **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 » (2). Cette approche 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 : thérapies analytique, psychodynamique, systémique, cognitivo-comportementale.

Les études d'intervention ont démontré que les dépressions d'intensité modérée sont accessibles à une prise en charge psychothérapeutique, avec une efficacité comparable aux chimiothérapies, moins d'effets indésirables et une meilleure acceptabilité pour la majorité des patients. Le travail sur le terrain confirme ces données. De nombreux patients sont réticents à la prise de psychotropes, par crainte d'accoutumance et/ou de dépendance, ou par crainte d'effets indésirables, réels ou supposés. Mais le plus souvent, c'est 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, ce qui suscite plusieurs difficultés. La stigmatisation de la maladie psychique dans la plupart des cultures amène parfois le patient à « préférer » un autre diagnostic ou une autre prise en charge. Le problème est aussi démographique, avec une répartition des correspondants « psy » inégale géographiquement, et globalement un nombre de psychiatres 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.

La psychothérapie de soutien

La médecine générale a une fonction spécifique d'accompagnement psychologique ; le médecin généraliste est dans une position privilégiée et possède des outils propres à cette fonction (3). Il est donc en mesure de développer une thérapie adaptée, souvent appelée « psychothérapie de soutien du médecin généraliste ».

Le rapport « Itinéraire des déprimés », dirigé par Parquet (4), en précise les contours :

- 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 psychothérapeutique 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 à 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 cette posture. Soigner les troubles psychiques relève de la fonction de la médecine générale, que le médecin généraliste soit conscient ou non de ses outils et de leur spécificité.

Une revue de la littérature de 2000 en Angleterre (5) a recherché le noyau commun de toutes les psychothérapies, pour dégager les éléments utilisables dans les contraintes de temps de la médecine générale. Les résultats sont du même ordre que ceux évoqués ci-dessus : 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).

SPÉCIFICITÉS DE LA PSYCHOTHÉRAPIE EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Une place spécifique

Au carrefour de dimensions complémentaires, la psychothérapie en médecine générale peut aider le médecin et le patient à faire des liens entre symptômes et histoire de vie, inscription familiale et sociale :

- Médecine globale centrée sur le patient, la médecine générale offre soin et écoute du langage du corps, qui s'intriquent dans l'écoute du vécu et le soutien psychothérapeutique.
- Médecine de premier recours et d'accompagnement au long cours, elle réunit proximité et connaissance de l'histoire du patient qui permettent de l'accompagner dans son histoire de vie, et l'aider à donner du sens à certains événements ou à leurs récurrences.
- Médecine de famille, elle facilite la connaissance de l'histoire familiale qui peut éclairer certains événements et permettre d'étayer certaines carences familiales spécifiques.
- Médecine dans la cité, elle allie proximité, relation de confiance et vision globale des problématiques du patient, qui permettent au médecin généraliste d'être personne ressource pour un réseau de soin.

Une proximité et un abord de l'intime

Cette approche s'inscrit dans une relation de confiance :

- Amélioration de l'implication dans un projet de soins.
- Atouts pour accompagner le patient en souffrance dans la reconstitution d'un espace de sécurité psychique.

La prise en charge et l'écoute du corps

Ils ont une fonction psychothérapeutique intrinsèque :

- Pour le patient, la présentation d'un symptôme physique peut faciliter l'entrée en contact avec le médecin, à qui il pourra exprimer ensuite une demande d'aide plus globale.
- Le temps de l'examen clinique peut faciliter le lâcher prise et les confidences.
- Les symptômes physiques qui peuvent symboliser des vécus traumatiques difficiles à verbaliser, sont repérés par le médecin.
- Le fait de prendre soin du corps aide à la reconstitution d'un sentiment de sécurité intérieure pour le patient, et participe à l'apaisement de la souffrance psychique, en particulier de l'anxiété (« effet médecin » de Balint).
- L'usage stratégique du corps et du savoir-être du médecin peuvent rassurer le patient (par exemple main sur l'épaule au moment adapté, rituel de la palpation abdominale et de la prise de pression artérielle, attitude, timbre de voix).

Une approche holistique

Elle permet d'aider le patient à faire du lien entre ses symptômes, son histoire de vie, ses cognitions et ses émotions :

- Elle repère les souffrances psychiques cachées ou révélées par certaines plaintes somatiques.
- Elle aide le patient à verbaliser des émotions vécues comme illicites, honteuses, paradoxales ou trop complexes.
- Elle l'accompagne dans la recherche du contenu émotionnel associé à certains de ses symptômes.
- Elle l'aide à revisiter son histoire de vie, à la lumière du vécu actuel.
- Elle ouvre des perspectives devant les symptômes médicalement inexplicables, évite d'entretenir le clivage entre émotions et symptômes physiques, et limite la surmédicalisation.

Une place symbolique dans la constellation familiale

Elle peut étayer une fonction familiale ou sociale manquante :

- Rôle de tiers dans le système familial.
- Fonction d'étayage de carence ou de déficience d'environnement familial ou social, qui peut être identifiée à la figure symbolique de substitut parental.
- Soutien de démarches administratives pouvant renforcer la fonction d'étayage.
- Personne-ressource dans un réseau de soin psycho social.

Une palette évolutive de rôles et de fonctions

Dans le suivi au long cours, le médecin mobilise et développe ses compétences, pour s'adapter aux demandes du patient, qui sont variables au fil du temps : situations de crise, consultations symptomatiques, plaintes ponctuelles, suivi récurrent. Parfois émerge une demande de psychothérapie, parfois un simple retour à la situation d'équilibre se produit. En conséquence, le médecin développe une gamme de rôles et de compétences, adaptés à chaque situation :

- Prise en charge de crise (rôle d'évaluation, de prise en charge ou d'orientation, compétence de repérage et de priorisation).
- Psychothérapie de soutien (rôle d'accueil, d'écoute, de soutien dans les moments difficiles, compétence relationnelle).
- Fonction d'étayage de fragilités identifiées, personnelles, familiales ou professionnelles (rôle de sécurisation, de renforcement de la confiance en soi, de contenance, compétence relationnelle).
- Accompagnement du patient dans sa prise d'autonomie, parfois jusqu'à l'émergence d'une demande de psychothérapie structurée.

Le temps comme atout spécifique à la prise en soins

Le suivi au long cours assuré en médecine générale participe à la construction de la relation de confiance :

- La planification des différentes rencontres et la priorisation des interventions, s'adaptent aux problématiques identifiées (données de la science, représentations du médecin, attentes du patient, etc.).
- La fréquence des consultations est un outil puissant pour adapter la réponse à la situation du patient (intensité de la souffrance ressentie, personnalité du patient, progrès réalisés, rechutes). Une présence renforcée accompagne les épisodes de régression et peut augmenter l'effet thérapeutique.
- L'aménagement de temps dédiés est utile pour des prises en soins spécifiques (consultation dédiée aux troubles du sommeil, addictologie, psychothérapie).
- La prise en soins est par nature diachronique : elle tient compte du passé, du présent, et de la projection dans le futur. Elle permet au patient de prendre la mesure des progrès réalisés.
- Le patient peut aussi remettre ses souffrances en perspective, en tant que conséquences d'un processus historique, plutôt que tare ou autre faiblesse intrinsèque.

Un cadre variable, plus ou moins conscientisé

Le cadre est l'ensemble des limites et des contraintes à l'intérieur duquel va se dérouler le soin. C'est aussi le système de références utilisé par le médecin pour choisir ses outils thérapeutiques. Ce cadre est d'abord défini par les autorités de tutelle et concerne toute activité de soins.

- Le mode d'accueil est variable (modalités de prise de rendez-vous, de délivrance des documents, de renouvellement des prescriptions, types de locaux).
- Le cadre de la médecine générale devra souvent être adapté par le médecin pour répondre à ses fonctions psychothérapeutiques (par exemple durée des séances, planification des rendez-vous, contrat de soin spécifique, coût).
- La demande d'officialisation à laquelle répond le médecin, a une dimension à la fois concrète et symbolique (déclaration de Médecin Traitant) mais devra parfois être retravaillée (distinction entre l'activité de soins de médecine générale et une prise en charge spécifique). Elle participe à la consolidation de l'effet thérapeutique.
- La sécurisation de la pratique du médecin généraliste peut se faire par différents modes de mise en perspective de son activité de thérapeute : DPC, groupes d'échanges de pratiques, groupes de formations à la relation thérapeutique (type Groupe Balint), supervision structurée.

LIMITES ET EFFETS INDÉSIRABLES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE DE SOUTIEN EN MÉDECINE GÉNÉRALE

Proposer à un patient une psychothérapie conduit parfois à modifier le cadre de la relation thérapeutique. Dans la plupart des cas, cette modification se fait en souplesse sans répercussion notable sur la relation, mais dans d'autres cas des facteurs limitants et des effets indésirables peuvent apparaître.

Limites liées aux comportements du patient

- Perversité : la thérapie de soutien est fondée sur la fraternité et l'encouragement à être soi. Elle risque de renforcer le pervers dans son illusion qu'il est supérieur aux autres, dans sa légitimité à les accuser de ce qu'il commet (identification projective), voire dans son droit à les rabaisser ou à les faire souffrir.
- Histrionisme sévère : une psychothérapie de soutien chez un patient à personnalité histrionique sévère a peu de chance d'aboutir car la recherche principale est le bénéfice secondaire, en particulier l'attention du soignant. Pour autant, un suivi à base de recueil de la plainte et de délivrance au patient de la « dose-médecin » est de nature à apaiser les angoisses et à éviter un trop grand recours aux hospitalisations ou aux examens complémentaires.
- Patients sans demande d'aide explicite : le zèle de bien faire peut amener à vouloir traiter les souffrances psychologiques de tous ceux qui ne vont pas bien, et d'essayer de les pousser à en parler alors qu'ils n'y sont pas prêts. Il faut savoir respecter leur refus, pas toujours explicite, ou sentir leurs réticences, laisser mûrir et accompagner l'émergence de la demande (cas particulier : situations de maltraitance).

- Etats délirants aigus : la psychothérapie de soutien n'a pas d'indication dans les phases aiguës des psychoses, les accès maniaques, les bouffées délirantes aiguës, pour lesquels une intervention spécialisée est requise. Le médecin généraliste a en revanche un rôle à jouer dans la prise en charge somatique et la construction au long cours d'une relation de confiance, dans le travail sur l'observance. Cette fonction est déterminante dans l'avenir de certains patients psychotiques (schizophrènes par exemple), dans la gestion des comorbidités et du surrisque (prévention) de la maladie mentale sévère en elle-même, et dans la lutte contre les inégalités sociales de santé.

Limites liées au médecin

- Trouble de la régulation émotionnelle : il n'est pas recommandé au médecin généraliste de proposer une psychothérapie de soutien s'il ne se sent pas en capacité de contenir ou de vivre sereinement ses émotions. Il risque d'entrer en sympathie totale avec le patient et de souffrir avec lui sans pouvoir prendre de la distance. A l'inverse, un médecin qui ne ressent pas ou plus d'émotions ne pourra faire preuve d'une empathie suffisante pour assurer sa fonction thérapeutique.
- Incapacité à fixer un cadre, déséquilibre entre vie professionnelle et personnelle : le manque de distance ou de cadre peut être source d'épuisement émotionnel pour le médecin et par ailleurs se révéler contre-productif sur le plan thérapeutique. Par exemple, donner son numéro de portable aux patients ou ne pas maîtriser la durée des consultations, entraînent un risque d'envahissement de la vie privée.
- Médecin lui-même en difficulté psychologique : il est souhaitable que le thérapeute ne soit pas dans un déséquilibre personnel. Le risque est de se trouver en difficulté devant un patient qui rencontre les mêmes problèmes que lui, ou devant des difficultés qui émotionnellement le touchent trop.

Effets indésirables pour le patient

- Perte du rôle de médecin-traitant, le patient ne parvenant pas à concilier la position du médecin qui soigne les problèmes psychologiques de celui qui soigne les autres maladies.
- Manque de reconnaissance sociale de la compétence du médecin généraliste à mener une psychothérapie, que ce soit par les autorités (par exemple suite à la remise d'un certificat « *qui ne vient que de votre médecin traitant !* ») ou par l'entourage du patient.
- Nécessité parfois d'interrompre la psychothérapie, quand les souffrances exprimées sont trop difficiles à supporter pour le patient.
- Dépendance envers le médecin, vécu comme irremplaçable, voire érotisation de la relation, surtout si des notions de sexualité sont échangées.
- Rechute dépressive ou anxieuse lors de l'interruption trop précoce du traitement antidépresseur, soit du fait du patient qui se croit guéri trop vite, soit par un confrère.
- Rupture sentimentale, divorce, démissions professionnelles : certaines psychothérapies, en mettant au jour la nature dysfonctionnelle d'une relation conjugale, familiale ou professionnelle, conduisent le patient à remettre en question ses engagements personnels ou professionnels.
- Risque d'une démarche psychothérapeutique qui vient ralentir une prise en charge complémentaire médicamenteuse lorsqu'elle est nécessaire.
- Interférence des discours d'autres médecins et/ou de l'entourage du patient et des médias avec la relation thérapeutique, parfois difficile à gérer (par exemple : patient que le médecin accompagne dans l'élaboration des causes d'un syndrome médicalement inexpliqué, qui entend ou lit qu'il existe une cause somatique que son médecin n'a pas identifiée ; proche qui critique le recours fréquent au médecin, ou le retard au résultat attendu).

Effets indésirables pour le médecin

Le cadre a pour fonction non seulement de délimiter un espace d'élaboration psychique pour le patient, mais également de protéger le psychothérapeute.

- Trop grand investissement émotionnel, souffrance par procuration, *cf. supra*.
- Frustration devant la non-reconnaissance financière du temps passé et de l'expertise déployée.
- Gestion du temps, les consultations pour problèmes psychiques demandant plus de temps que les consultations pour d'autres motifs.

- Interactions compliquées avec le pharmacien, qui peut s'interroger sur certaines doses de psychotropes, et conseiller au patient de ne pas en prendre autant... ce qui retarde d'autant l'amélioration.
- Concurrence avec un psychiatre : certains voient négativement le fait que le généraliste se mêle de la psychothérapie et considèrent son travail comme relevant soit de l'amateurisme, soit de l'usurpation. La démographie des psychiatres plaide dans le sens inverse.
- Perte de vue du patient envoyé en hospitalisation psychiatrique, souvent réorienté vers un psychiatre plutôt que vers le médecin généraliste qui avait pourtant entamé la psychothérapie.
- Questions déontologiques, voire ordinaires : certains confrères généralistes peuvent vivre la pratique de la psychothérapie en médecine générale comme une astuce « commerciale », a fortiori si un patient les quitte pour trouver cette démarche auprès d'un autre confrère.
- Départ de la clientèle des proches du patient suivi en psychothérapie, soit parce qu'ils perçoivent négativement l'apparition d'un nouveau personnage entrant dans le secret de leurs vies, soit en réaction aux changements survenant dans le comportement de la personne traitée. Parfois le médecin doit, par fidélité à son patient, renoncer de lui-même à soigner le persécuteur dont il ignorait le rôle jusqu'alors.
- Problèmes potentiels vis-à-vis de la Sécurité Sociale : la fréquence des consultations et la prescription d'arrêt de travail sont deux indicateurs qui peuvent alerter l'Assurance maladie. Ils peuvent faire partie des mesures thérapeutiques, dans l'éventualité d'un lien entre souffrance psychologique et situation au travail.
- Patients qui se sentent redevables, qui insistent pour payer plus que le prix de la consultation, et qui en cas de refus apportent des cadeaux.
- Patients très satisfaits de leur suivi psychothérapeutique et qui adressent tous leurs amis.e.s.
- Découragement et angoisse devant certains patients difficiles à traiter, nécessitant une supervision ou un dispositif de type Groupe Balint.

LE SOCLE MINIMAL D'INTERVENTION PSYCHOTHÉRAPEUTIQUE

Le savoir médical

Tout médecin, au même titre qu'il connaît les signes évocateurs d'embolie pulmonaire ou de diabète, doit posséder une connaissance clinique des pathologies psychiatriques à forte prévalence (dépression caractérisée, trouble anxieux généralisé, trouble panique, etc.) ainsi que les indications et effets indésirables des thérapies médicamenteuses et non-médicamenteuses.

L'accueil

La première condition pour pouvoir exprimer des choses inconfortables, c'est de se sentir en sécurité et bien accueilli. L'organisation matérielle du cabinet y participe : les modalités de prise de rendez-vous, la décoration, la température.

Le temps

Le médecin doit déterminer s'il a la possibilité/le désir de s'organiser pour offrir un temps de consultation suffisant et un suivi au long-cours aux patients en souffrance psychique, faute de quoi il est préférable d'orienter vers un autre professionnel. Le temps est un outil d'aide aux patients, il construit souvent la confiance à travers les précédentes rencontres avec le patient. C'est également une contrainte : si la longueur de la consultation n'est pas un gage d'efficacité psychothérapeutique, elle est souvent nécessaire, ne serait-ce que pour laisser au patient le temps de « se poser » et d'élaborer. De plus, pour le patient, une bonne part du travail psychothérapeutique s'effectue dans le temps entre deux consultations.

La communication

Pour accueillir toutes les plaintes des patients, il est utile de minimiser les freins à l'échange, par une connaissance des techniques de communication verbales (reformulation, phrases-rebond, etc.) et non verbales (utilisation de la distance physique, regard, tonalité de la voix, rituel de l'examen clinique autorisant l'entrée dans la « sphère intime », etc.), le tout en prenant en compte la diversité interculturelle.

L'empathie

Cette capacité de percevoir les émotions de la personne qui est en face devient chez le médecin un véritable outil de soins, par exemple lorsqu'il nomme les émotions et les ressentis du patient (*« je vois bien que vous êtes triste lorsque vous parlez de cette situation »*). Si cette capacité est naturelle, elle est plus ou moins développée d'un praticien à l'autre ; les études médicales ne la cultivent pas suffisamment ; en revanche le travail de réflexivité (cf. infra) aide à la mettre en œuvre.

La légitimation

Le médecin fait preuve de respect et d'acceptation active des émotions du patient, et leur donne ainsi une légitimité (par exemple : *« il est normal pour une personne dans votre situation de ressentir/penser ce que vous m'exprimez »*).

La réflexivité

Le médecin a souvent besoin d'un travail sur les émotions ressenties dans le cadre de son exercice professionnel. Il peut ainsi se préserver lui-même et protéger le patient contre les effets d'une parole ou d'une action malencontreuse sous le coup de l'émotion. En revanche, il est parfois utile que le médecin verbalise son propre ressenti (*« je suis heureux de vous voir aller mieux »*) sans perdre sa bienveillance et son authenticité. Cette réflexivité se développe dès les études médicales (à l'occasion de la production de traces écrites des apprentissages), et peut s'entretenir une fois en exercice : groupes de parole et/ou d'intervision, écriture (médecine narrative), ou simplement lors d'un temps de réflexion après la consultation.

L'effet de catharsis

Le simple fait d'offrir au patient la possibilité d'évoquer les événements douloureux aide généralement à alléger le sentiment de souffrance. Parfois cette intervention est suffisante, parfois elle représente le début d'un travail plus élaboré.

La reformulation

Outil des thérapies dites « humanistes » (comme l'approche centrée sur la personne décrite par Carl Rogers), son rôle est de rassurer la personne sur la bonne compréhension de ce qui vient d'être dit. Elle consiste simplement à redire ce que le patient a exprimé, avec des mots éventuellement différents : *« Si je reprends ce que vous m'avez dit, la recherche du sommeil est un problème en ce moment pour vous... »*.

La réexpression

Elle donne au patient l'occasion de s'exprimer encore, de développer ses idées, de réduire l'écart entre ce qu'il dit et ce qu'il veut dire, d'abandonner une éventuelle attitude défensive, de se prendre progressivement en charge.

Le questionnement des valeurs (également appelé « questionnement socratique »)

Aux questions de la personne, il est utile et souvent productif de savoir répondre *« Que cherches-tu vraiment ? Pour qui le cherches-tu ? »*. Le médecin prend de la distance avec les injonctions sociétales pour questionner son interlocuteur sur ce qui compte vraiment pour lui (*« en fait, tout le monde me dit que j'ai bien fait de maigrir, mais moi j'étais beaucoup plus heureux quand j'étais gros »*).

L'adaptation du positionnement à la situation

Le médecin fait preuve de souplesse dans la façon dont il se situe par rapport au patient. Il peut, tour à tour, se comporter :

- En « directeur », paternaliste (dans le cas notamment du patient que la souffrance amène à régresser dans une posture infantile).
- En expert de la maladie dans une procédure de décision partagée.
- En « position basse » : posture relationnelle, dans laquelle le médecin ne se place pas comme « celui qui sait », mais au contraire comme une personne qui ne sait pas, et qui demande l'aide du patient. Cette attitude va à l'encontre de la formation du médecin, qui le conditionne à être omniscient et porteur de solutions. Cette technique est particulièrement recommandée dans les « symptômes bio-médicalement inexpliqués ». L'acceptation de l'impuissance du médecin (à diagnostiquer, à guérir), parfois mal vécue au

départ par le patient, le pousse à trouver en lui les ressources pour débloquer une situation enkystée dans une demande passive de solutions.

- En « planificateur » qui propose des actions et des stratégies.

L'acceptation des sens cachés

Le rôle du médecin consiste parfois à savoir décoder les lapsus, l'agressivité « passive » (« regardez, docteur, comme je souffre »), l'ambivalence (« je me demande bien pourquoi je viens chez vous plusieurs fois par mois »), le déplacement d'objet (« c'est la faute des médecins si je suis malade »), etc. Dans le même registre, quelques notions de « communication non violente » sont utiles : percevoir la violence dans les propos de l'autre, savoir l'interpréter comme l'expression d'un besoin non satisfait, prendre conscience de ce que cette violence peut avoir de blessant pour le soignant, y répondre de manière non-violente.

Les moments de sincérité

Lorsque le médecin les ressent, il peut être utile de les repérer et de les signaler au patient, en tant que repères de progrès.

L'estime de soi

Le médecin, par une attitude bienveillante et positive, aide le patient à reconnaître sa propre valeur, à accepter ses imperfections et à tirer parti de ses forces, à diminuer sa culpabilité et à abandonner les positionnements sacrificiels.

CONCLUSION

La psychothérapie de soutien s'inscrit naturellement dans la pratique de médecine générale. Elle met en œuvre une écoute active qui offre sans risque une réponse adaptée à une demande de proximité. Elle permet au patient de progresser dans la résolution de son problème. La psychothérapie de soutien est un outil des soins de santé primaires accessible, facilement mobilisable, efficient et utile au patient.

Références

1. Guyotat J. Psychothérapies médicales. Tome1. Aspects théoriques, techniques et de formation. Paris : Masson, 1978, 226 p.
2. Brusset B. Les psychothérapies. Col Que sais-je ? Paris : PUF, 2003.
3. Druais PL, Ouazana A. La dépression en médecine générale. La psychothérapie de soutien : une approche spécifique. Collège de la Médecine générale, 2017.
4. Parquet PJ, Chevallier L, Cuche H, Darcourt G, Ferreri M, Frimat P, et al. Itinéraire des déprimés. Réflexion sur leur trajectoire en France. Rapport d'experts. 2011. Disponible en ligne : https://www.sfm.org/upload/consensus/re_depression%20itin.pdf
5. Lejoyeux M. Les psychothérapies en médecine générale. La Revue du praticien - Médecine générale 2006;20(742-743):941-50.
6. Balint M. Le médecin, son malade et sa maladie. Paris : Bibliothèque scientifique Payot, 1988.

Bibliographie

- Balint M, Gosling ER, Hildebrand P. Le médecin en formation. Paris : Payot, 1979.
- 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.
- Cape J, Barker C, Buszewic M, Pistrang N. General practitioner psychological management of common emotional problems (II): A research agenda for the development of evidence-based practice. Br J Gen Pract 2000;50:396-99.
- Doutrelugne Y, Cottencin O. Thérapies brèves ; principes et outils thérapeutiques. Paris : Masson, 2008, 231 p.
- Druais PL. Psychiatries, revue de recherche et d'échanges. L'écoute. Paris, 2008 ; AFPEP N°150, 55-61.
- Druais PL. Enseigner la communication. In : Conférence permanente de la médecine générale. Pédagogie de la relation thérapeutique. Paris : editoo.com, 2003.
- Gay B, Le Goaziou MF, Budowski M, Druais PL, Gilberg S. CNGE. Médecine générale. Col Abrégés. Paris : Masson, 2003.
- Iandolo C. Guide pratique de la communication avec le patient : techniques, arts et erreurs de la communication. Paris : Masson ; MMI Editions, MédiStratégies, 2001.
- Jaury P. La psychothérapie, dite de soutien, faite par le médecin généraliste. Département de médecine générale, Faculté de médecine, Université de Paris V, 2004.

Juin 2019

Coordination des travaux :

Pascal Bouché, Bernard Gay, Philippe Guillou, Isabelle Martinot-Nouet, Frédéric Urbain