



**HAL**  
open science

# Le médecin généraliste pratique-t-il une psychothérapie spécifique ? Étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Oise

Éric Espinoza

► **To cite this version:**

Éric Espinoza. Le médecin généraliste pratique-t-il une psychothérapie spécifique ? Étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Oise. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02071229

**HAL Id: dumas-02071229**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02071229>**

Submitted on 18 Mar 2019

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE  
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**

**Année 2018**

**N°2018-61**

**LE MEDECIN GENERALISTE PRATIQUE-T-IL  
UNE PSYCHOTHERAPIE SPECIFIQUE?**

*Etude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Oise*

---

**THESE**

**POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE  
DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES DE MEDECINE GENERALE  
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 28 JUIN 2018**

**PAR**

**Eric ESPINOZA**

---

**Président du jury :** Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

**Membres du jury :** Monsieur le Professeur Bernard DEVAUCHELLE  
Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE  
Monsieur le Professeur Michel SLAMA  
Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ

**Directeur de thèse :** Monsieur le Professeur Georges JUNG



## **REMERCIEMENTS**

### **A Monsieur le Professeur Alain DERVAUX**

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Psychiatrie Adultes

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Je vous prie d'agréer l'expression de ma sincère gratitude.

### **A Monsieur le Professeur Bernard DEVAUCHELLE**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Chirurgie maxillo-faciale)

Responsable du service de chirurgie maxillo-faciale

Pôle des 5 Sens

Docteur Honoris Causa de l'Université de Louvain Belgique

Chevalier dans l'ordre de la Légion d'Honneur

Commandeur dans l'Ordre des Palmes Académiques

Officier dans l'Ordre National de la Légion d'Honneur

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Je vous prie d'accepter mes sincères remerciements.

### **A Monsieur le Professeur Henri SEVESTRE**

Professeur d'Anatomie et de Cytologie Pathologiques à l'UFR de Médecine d'Amiens

Chef du Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques du CHU d'Amiens Picardie

Adjoint au chef de l'Oncopôle

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury. Je vous suis reconnaissant de l'intérêt que, dès le début, vous avez manifesté pour ce travail.



**A Monsieur le Professeur Michel SLAMA**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Réanimation médicale)

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Je vous prie d'agréer l'expression de mes sincères remerciements.

**A Monsieur le Professeur Bernard BOUDAILLIEZ**

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Pédiatrie)

Pôle "Femme - Couple - Enfant"

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury de thèse. Je vous prie d'agréer l'expression de mes sincères remerciements.

**A Monsieur le Professeur Georges JUNG**

Professeur Associé de Médecine Générale

Département de Médecine Générale

Vous m'avez fait l'honneur de diriger ce travail de thèse, que votre aide et vos conseils m'ont permis de mener à bien. Je vous prie d'agréer l'expression de mes sincères remerciements et de ma respectueuse considération.

## INDEX

<b>INTRODUCTION</b>	<b>8</b>
<b>METHODE</b>	<b>9</b>
1. Choix de la méthode	9
2. Population étudiée	9
3. Recrutement	9
4. Préparation d'un guide d'entretien	9
5. Déroulement de l'entretien	10
6. Traitement des données	10
7. Saturation des données	11
<b>RESULTATS</b>	<b>12</b>
1. Caractéristiques des entretiens : données quantitatives	12
2. Questions discutées	12
<b>2.1. Définition de la psychothérapie en général</b>	<b>13</b>
2.1.1. Une définition difficile	13
2.1.2. Appréhendée par sa relation au somatique	13
2.1.3. Ses moyens	14
2.1.4. Ses objectifs	15
<b>2.2. Spécificités de la psychothérapie en médecine générale</b>	<b>15</b>
2.2.1. Des atouts propres	15
2.2.2. Un aspect incontournable du travail en médecine de premier recours	18
2.2.3. Savoir et savoir-faire limités comparés aux spécialistes	20
2.2.4. Des limites inhérentes à la médecine générale	23
2.2.5. Savoir passer le relai	24
<b>2.3. Objectifs</b>	<b>27</b>
2.3.1. Des objectifs au cas par cas	27
2.3.2. Types d'objectifs	27
2.3.3. Appréciation des progrès et résultats	28
<b>2.4. Procédés (savoir être, savoir-faire)</b>	<b>30</b>
2.4.1. Dispositifs techniques	30
2.4.2. Relation thérapeutique	42
2.4.3. Outils conceptuels	44

<b>2.5. Gestion des affects et professionnalisme</b>	<b>45</b>
2.5.1. Affects du médecin généraliste	45
2.5.2. Techniques de gestion des affects	47
2.5.3. Rôle décisif de l'affinité pour la psychothérapie	50
<b>DISCUSSION</b>	<b>52</b>
1. Caractéristiques de l'échantillon	52
2. Une pratique aux contours flous pour les médecins	52
3. Fondée sur une relation médecin-patient particulière	53
3.1. Une approche globale à double tranchant	54
3.2. Une accessibilité à assumer	54
3.3. Un suivi sans limite dans le temps, au-delà du passage de relai	55
3.4. Une connaissance du patient parfois encombrante	55
3.5. Un objet peu ciblé et des objectifs multiples	55
4. Méthodologie et moyens : des caractéristiques propres à la médecine générale	56
4.1. Feeling et autodidactisme	56
4.2. Une variété de techniques à dominante non directive	56
4.3. Une absence de structuration	57
4.4. Plasticité du cadre spatio-temporel	57
4.5. Contact physique	59
4.6. Recours à d'autres moyens thérapeutiques en association	59
4.7. Une approche collaborative recherchée avec le spécialiste	59
5. Un professionnalisme qui se cherche	60
<b>CONCLUSION</b>	<b>61</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>63</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>65</b>
Guide d'entretien	66
Transcriptions des entretiens	CD-ROM
de « M01 » (médecin n°1) à « M20 » (médecin n°20)	



## INTRODUCTION

Le médecin généraliste est le premier professionnel consulté en cas de problème de santé mentale, loin devant les psychiatres et les psychologues. Ces problèmes représentent un enjeu de santé publique majeur. En 2012, 7,3 millions de français ont bénéficié de soins en rapport avec la santé mentale (1), et le phénomène semble prendre de l'ampleur. Les deux tiers des symptômes et syndromes seraient des états stables et non les jalons précoces ou transitoires d'une affection médicale ultérieurement caractérisée, illustrant la notion de maladie « non organisée » évoquée par Michael Balint (2). Le praticien dispose d'outils multiples pour en assurer la prise en charge : médicaments, arrêt de travail, recours au spécialiste, travail en réseau, psychothérapie.

Les prises en charge par psychothérapie d'inspiration analytique, les thérapies cognitives ou comportementales, les thérapies non directives (école de Carl Rogers) ou les approches systémiques s'effectuent dans un cadre bien défini et relèvent du spécialiste.

Par opposition, la prise en charge au cabinet du médecin généraliste n'est pas clairement définie. Désignée sous le terme de psychothérapie non structurée de soutien en soins primaires, nous posons l'hypothèse qu'elle implique, au-delà du simple soutien affectif, une approche psychothérapeutique propre à la médecine générale, que nous nous proposons d'explorer dans ce travail.

Le médecin généraliste pratique-t-il une psychothérapie spécifique? C'est la question de recherche à laquelle ce travail souhaite apporter des éléments de réponse. L'objectif principal de cette étude consiste à déterminer la manière dont les médecins généralistes, au quotidien, pratiquent la psychothérapie au cabinet. Identifier les besoins des médecins généralistes pour une meilleure prise en charge constitue un objectif secondaire de ce travail.

## **METHODE**

J'ai réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de médecins généralistes.

### **1. Choix de la méthode**

1.1 Etude qualitative : Le but du travail est d'explorer les pratiques des praticiens en médecine générale face à la souffrance psychique d'un patient. Il s'agit d'un sujet large, pour lequel je souhaitais appréhender la diversité des approches et du regard que les médecins portent sur le sujet. Une étude qualitative m'a semblé la méthode la plus appropriée pour embrasser l'éventail des points de vue et des pratiques.

1.2 Entretiens semi-dirigés : Cette technique d'entretien est adaptée au recueil d'information en étude qualitative, car elle permet, sans le limiter, de guider le discours d'une personne autour des thématiques d'intérêt grâce à un guide d'entretien.

### **2. Population étudiée**

La population étudiée est celle des médecins généralistes exerçant en ambulatoire dans l'ancien secteur de garde 60E du département de l'Oise (3). Ce secteur a été choisi pour des raisons de commodité : lieu de résidence et déplacements effectués habituellement dans ce secteur. Il présente de plus une certaine hétérogénéité des milieux d'exercice : environnements urbain, péri-urbain et rural y sont représentés.

### **3. Recrutement**

Le recrutement s'est effectué par des moyens variés : sollicitation directe des médecins auprès desquels j'ai effectué des déplacements, bouche à oreille avec présentation du travail de thèse à d'autres confrères par certains interviewés, démarchage direct par téléphone, fax, courriels aux médecins participant à l'Enseignement Post Universitaire de Senlis, et courriers postaux, avec envoi d'un résumé du projet de thèse. Le démarchage s'est efforcé de cibler des zones géographiquement hétérogènes pour diversifier les populations de patients.

### **4. Préparation d'un guide d'entretien**

Un guide d'entretien (cf. script en annexe) a été préparé pour structurer l'échange sans être directif, le but étant d'avoir abordé avec le médecin l'ensemble des thématiques listées sur le guide durant l'interview. Il a été soumis à l'approbation de la Commission de thèse. Il était constitué de 6 questions principales et de sous-questions détaillant en 3 volets l'une des questions principales. Les 2 premières questions exploraient les connaissances théoriques des praticiens : le concept théorique général de psychothérapie, et de celle qu'on peut pratiquer en médecine générale. La troisième question s'intéressait aux objectifs que les thérapeutes assignent à leur pratique, et aux façons dont ils évaluent

et valident la progression vers le but recherché. La quatrième question détaillait en 3 volets les moyens mis en œuvre pour y parvenir : organisation matérielle, type de relation thérapeutique instauré, outils conceptuels utilisés. La cinquième question s'intéressait aux affects du praticien en situation et à son professionnalisme. Le but était d'explorer la réalité d'une pratique psychothérapeutique en médecine de premier recours, voir si elle se fondait sur des concepts théoriques établis, pour dégager les spécificités éventuelles d'une pratique propre à la médecine générale.

## 5. Déroulement de l'entretien

Les entretiens se sont déroulés sur rendez-vous, au cabinet du médecin. Après une brève présentation du sujet, un questionnaire préalable a permis de recueillir des éléments quantitatifs. L'interview s'est ensuite déroulée selon le guide d'entretien.

## 6. Traitement des données

6.1 Retranscription : L'entretien a été enregistré simultanément sur 2 dictaphones numériques, puis retranscrit mot à mot à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word®. Tous les noms, prénoms et lieux ont été anonymisés pour garantir l'anonymat des interviewés, au respect duquel je m'étais engagé.

6.2 Relecture et codage : Les retranscriptions ont été transférées dès leur obtention dans le logiciel Nvivo® 11, qui représente une aide technique à l'analyse, sans effectuer d'interprétation. La relecture et l'encodage ont été réalisés par 2 étudiants, pour tous les entretiens, dès leur transfert sur Nvivo® 11.

6.3 Analyse : Les données ont été analysées selon la méthode dite de théorisation ancrée. Elle repose sur une analyse phrase par phrase du *verbatim* permettant de dégager une première série de codes appelés « nœuds ». Ce codage primaire est l'étape initiale du travail d'analyse : la collecte de mots ou de phrases, dont la signification est synthétisée sous forme de nœuds qui réalisent un premier codage ouvert du *verbatim*. Une partie de texte peut contenir plusieurs idées et se voir encodée sous différents nœuds exprimant chacun une de ces idées.

Les nœuds ainsi définis peuvent, au fur de leur accumulation, être organisés en concepts plus généraux qui se dégagent de l'analyse. C'est à ce processus de conceptualisation que se réfère le terme de théorisation.

Ces concepts peuvent à leur tour faire l'objet d'une organisation entre eux, en concepts plus abstraits, selon un processus dit de « codage axial ». En autorisant une articulation des idées, ce processus d'agrégation permet une réponse organisée à la question posée, basée sur l'analyse des nœuds issus des *verbatim*. Elle est donc ancrée dans le texte, d'où l'appellation de théorisation ancrée.

## **7. Saturation des données**

Le nombre d'entretiens n'a pas été défini par avance. Ils ont été poursuivis jusqu'à saturation des données, contrôlée sur 2 entretiens supplémentaires. Celle-ci était atteinte lorsqu'à l'occasion d'un nouvel entretien, aucun nouveau code n'apparaissait.

## RESULTATS

18 entretiens ont été nécessaires pour obtenir la saturation des données, contrôlée sur 2 entretiens supplémentaires.

### 1. Caractéristiques des entretiens : données quantitatives :

Tableau 1

Médecin	Sexe	Age (ans)	ANCIENNETE (années d'exercice)	Type d'exercice	Activité (patients/J)	Formations complémentaires	Psychothérapie personnelle effectuée ou en cours	Durée de l'i.
M1	H	>60	>20	s.-rural	20 - 40	multiples	oui	00:34
M2	F	31< <40	<10	s.-rural	20 - 40	aucune	non	00:16
M3	F	51< <60	>20	ville	<20	une ou deux	non	00:34
M4	F	41< <50	11 - 20	s.-rural	20 - 40	une ou deux	oui	00:40
M5	F	51< <60	>20	ville	<20	une ou deux	oui	00:35
M6	H	<30	<10	s.-rural	20 - 40	aucune	non	00:18
M7	H	>60	>20	s.-rural	20 - 40	aucune	oui	00:33
M8	F	31< <40	<10	s.-rural	20 - 40	une ou deux	non	00:19
M9	F	31< <40	<10	s.-rural	20 - 40	une ou deux	oui	00:26
M10	F	41< <50	11 - 20	s.-rural	20 - 40	aucune	non	00:27
M11	F	31< <40	<10	s.-rural	20 - 40	une ou deux	non	00:29
M12	H	>60	>20	s.-rural	20 - 40	multiples	oui	00:33
M13	F	31< <40	<10	ville	<20	aucune	non	00:27
M14	F	31< <40	<10	ville	<20	une ou deux	non	00:25
M15	F	31< <40	<10	s.-rural	20 - 40	aucune	oui	00:28
M16	F	31< <40	11 - 20	s.-rural	20 - 40	une ou deux	Psychoanalyse en cours	00:18
M17	F	31< <40	<10	ville	<20	une ou deux	non	00:18
M18	H	51< <60	>20	s.-rural	20 - 40	multiples	non	00:34
M19	H	>60	>20	s.-rural	20 - 40	multiples	non	00:29
M20	F	31< <40	<10	ville	<20	aucune	non	00:15
Moy.		31< <40	< 10 ans	s.-rural	20-40	une ou deux	non	00:26

*Abréviations : « H » : homme, « F » : femme, « patients/J » : nombre de patients par jour «s.-rural » : semi-rural, « Moy.» : Moyenne, «Durée de l'i. » : Durée de l'interview*

Les entretiens ont été réalisés du 20 mai au 30 novembre 2017. Le ratio homme/femme était de 1/3. Toutes les interviews ont été réalisées en tête à tête, sauf les entretiens de M11 et M19, réalisés en présence d'un(e) externe. M14 avait une expérience de travail en secteur psychiatrique en tant qu'interne. La moitié des médecins interviewés exerçaient depuis moins de 10 ans, un tiers depuis plus de 20 ans. Deux tiers des médecins affirmaient avoir une patientèle semi-rurale, aucun ne percevait sa patientèle comme rurale. Plus d'un

tiers des médecins avaient l'expérience d'une psychothérapie ou d'une analyse personnelle.  
2 tiers des médecins avaient effectué des formations annexes (DU, groupe de pairs...)

## 2. Questions discutées

A travers les thèmes apparus au cours des entretiens, l'encodage a permis d'éclairer la perception que les médecins généralistes ont du travail psychothérapeutique au cabinet. Pour faciliter la lecture et la compréhension, je rends compte des *verbatim* les plus explicites et diversifiés. Si besoin, je cite à la suite les autres médecins dans les entretiens desquels le code apparaît, derrière la mention « *Autres références :* ». Les propos de l'enquêteur apparaissent en gras. Les termes entre crochets explicitent une attitude de l'interviewé. Pour améliorer la lisibilité, certaines parties du *verbatim* sont abrégées par le signe (..).

### 2.1. Définition de la psychothérapie en général.

**2.1.1. Une définition difficile :** Les médecins éprouvent de la difficulté à définir la psychothérapie. En apprécier les contours ne va pas de soi.

*M01 : C'est compliqué ça....Mettre une définition!...*

*M05 : Je ne sais pas trop comment définir ça...*

*M15 : Alors, psychologue... il y a tout et n'importe quoi, quoi.*

*M18 : psychologues, cliniciennes, psychologues avec différents modes d'exercices plus ou moins spécialisés, ... c'est un maquis parce qu'on ne sait pas trop*

*Autres références : M03, M04*

Hormis M01, une relance est nécessaire pour aider le médecin à développer sa compréhension du concept.

**2.1.2. Appréhendée par sa relation au somatique :** La psychothérapie est comprise par les médecins généralistes à travers son rapport au somatique. Celui-ci sert de cadre de référence, et c'est sur cette base que s'articule leur réflexion.

**La souffrance psychique du patient pour objet :** Son objet principal est la souffrance psychique, désignée sous divers termes.

*M04 : A partir du moment où on a un patient en souffrance psychique. Voilà, pour moi, la psychothérapie, elle démarre là.*

*M12 : en cas de difficultés psychologiques, familiales ou professionnelles*

*M13 : des patients qui rencontrent à un moment donné de leur vie, des soucis*

*M19 : on soigne le mal-être, on a, ... comment dirais-je?... oui, le mal-être...*

*Autres références : M11, M14*

**Par opposition à une démarche seulement biomédicale :** L'abord biomédical reste le cadre nosologique de référence. C'est en vis-à-vis de celui-ci que se construit la compréhension du « psychothérapeutique ».

*M01 : A la différence de la relation purement organique qui est par exemple de faire un diagnostic d'angine*

*M02 : la clinique pour moi c'est euh... l'auscultation... Ah, le somatique? Oui, le somatique. Tout ce qui est psychologique, c'est plus les mots qui sortent.*

*M10 : Quand le patient vient pour des troubles psychologiques (..), quand c'est pas une plainte somatique*

Certains praticiens associent chimiothérapie et approche biomédicale, et, par opposition, une prise en charge sans chimiothérapie à un abord psychothérapeutique.

*M14 : c'est un moyen de traitement non médicamenteux (..) des troubles psychiques*

*M16 : c'est (..) quelque chose de fondamental... (..). Avant les médicaments.*

**Un cadre somatique souvent révélateur :** Les troubles somatiques sont l'occasion d'identifier des problèmes non somatiques.

*M05 : le patient (..) nous dépose, parfois, un problème qui paraît somatique et qui ne l'est pas (..) on se rend compte qu'il n'y a rien de somatique*

*M09 : c'est là qu'ils lâchent des choses, (..) que l'on comprend aussi certaines choses... (..) ils ont mal au ventre mais (..) parce qu'ils ne sont pas bien*

*Autres références : M10, M13, M15, M16, M19*

M12 précise avancer la prise en charge de problèmes non somatiques à l'occasion de troubles somatiques.

*M12 : sur une somatisation, on arrive à faire évoluer la situation sur le psychologique.*

### 2.1.3. Ses moyens

**Soutien et aide psychologique :** Ils sont au cœur de la démarche psychothérapeutique du médecin généraliste.

*M02 : pour moi, c'est le soutien psychologique que tu peux apporter à un patient*

*M12 : la psychothérapie, je dirais que c'est (..) un soutien, une aide à la personne*

*Autres références : M04, M07, M15, M16, M17*

**Leur corollaire : accompagnement et suivi dans la durée.** Accompagnement et suivi dans le temps apparaissent nécessaires à la mise en œuvre de ce soutien.

*M03 : C'est l'accompagnement des problèmes psychologiques*

*M08 : Euh, le suivi... (..) ça concerne un suivi psychologique*

*M09 : c'est une prise en charge sur le long cours, régulière*

*Autres références : M01, M19*

**La parole pour soigner :** Le verbe est l'outil principal pour aider et soutenir le patient.

*M06 : C'est la façon de soigner le psychisme (..) par la parole.*

*M07 : soulager une souffrance... par un dialogue*

*Autres références : M01, M14*

Pour M19, l'interaction entre parole du soignant, et parole libérée du soigné, amorce le processus de soin.

*M19 : notre technique de parole, c'est laisser la parole (..) une libération du verbe, de quoi exprimer leur mal-être (..) exprimer leurs convictions*

**Introspection :** Le dialogue favorise la réflexion et la compréhension des problèmes.

*M01 : du moment où l'on permet (..) une introspection (..) on rentre déjà dans une relation de psychothérapie (..) on se pose pour commencer à réfléchir sur soi-même.*

*M16 : Une aide pour comprendre (..) si les gens comprenaient un peu plus, il y aurait moins (..) de somatique.*

*Autres références : M07, M08, M18, M20*

#### **2.1.4. Ses objectifs**

**Etre entendu :** Pour M07, un des principaux objectifs de prise en charge reste la satisfaction pour le patient d'avoir été entendu.

*M07 : que le patient reparte en disant : « j'ai été entendu. » (..) A moi d'agir, mais il y a (..) quelqu'un qui m'a entendu. Voilà l'essentiel (..), que sa souffrance a été entendue, comprise*

*Autres références : M18*

**Trouver ses propres réponses :** Introspection et expression du vécu doivent permettre au patient de trouver ses réponses.

*M17 : apporter des réponses qui viennent de lui (..) les réponses doivent venir de lui.*

**Retrouver un bien-être:** La notion de bien-être intérieur à recouvrer est évoquée.

*M04 : que le patient retrouve un bien-être psychique satisfaisant*

*M06 : ramener un état de bien-être intérieur à (..) un malade en souffrance*

*M16 : comprendre pourquoi (..) Et du coup, (..) aller mieux (..) Trouver un équilibre*

**Disparition de la souffrance, évacuation du mal-être**

*M07 : soulager une souffrance... (..) lui donner des clés pour avancer.*

*Autres références : M06, M15, M16, M18, M19*



## 2.2. Spécificités de la psychothérapie en médecine générale.

Le travail au cabinet revêt plusieurs spécificités. Certaines sont vécues comme des atouts, d'autres comme des freins au travail psychothérapeutique.

### 2.2.1. Des atouts propres : Les médecins trouvent des atouts associés à leur pratique.

**Une approche holistique :** Elle permet de trouver du sens là où une vision plus parcellaire du patient limiterait la perception des problèmes.

*M01 : la connaissance (..) des antécédents de vie mais, pas que médicaux ... (..) fait partie et complète la vision humaniste que l'on a du patient*

*M04 : j'aurai une vision plus globale de sa santé. (..) tout ce qui est psychologique et psychosomatique, c'est (..) très lié*

*Autres références : M03, M07, M13, M14, M15, M20*

Sans approche holistique, le travail serait souvent incomplet pour M09.

*M09 : si on traite les gens sans faire intervenir la partie psychologique, (..) ça ne suffit pas. (..) C'est une globalité pour moi. [Sinon] les gens reconsultent...*

**Une contextualisation renforcée :** L'approche holistique permet une meilleure contextualisation des problèmes, par mise en perspective des situations personnelles.

**i. Connaissance de l'état de base du patient :** Elle optimise la prise en charge par un dialogue confiant qui cible mieux, et plus précocement, des problèmes décelés sur des variations parfois discrètes de cet état de base.

*M02 : on sent qu'il n'est déjà pas comme d'habitude, qu'il y a quelque chose qui ne va pas et là je lui demande « oh là, ça n'a pas l'air d'aller(..) »*

*M03 : [on] peut expliquer, on a un recul, on a une connaissance du patient*

*Autres références : M05, M09, M13*

**ii. Un prérequis: un pacte sur la durée :** cette connaissance s'appuie sur une relation construite et confortée au fil des consultations, véritable ciment de la confiance entre soignant et soigné.

*M01 : ça se construit au fur et à mesure (..) Une des différences entre le MG et le psychothérapeute est que chez l'un on vient pour traiter un problème et que la thérapie prend fin un jour (..) Chez le MG, la « thérapie » ne finit pas*

*M04 : je ne lâche pas le patient, l'objectif étant (..) de continuer, moi, à proposer au patient de (..) revenir faire le point avec moi régulièrement.*

*M20 : on continue à les voir souvent. (..) On a (..) un suivi, même à distance...*

*Autres références : M03, M05, M09, M18*

**iii. Une perception multifocale du patient :** Le médecin a une bonne connaissance du patient au cabinet, par son évaluation directe et par le biais de l'entourage. Le prisme de l'entourage familial est capital.

*M01 : on connaît toute la famille, (..) on a toutes les versions... (..) la version du conjoint (..) Je connais aussi la version de la grand-mère (..) la version de l'institut*

*M16 : des choses que les gens ne vont pas forcément nous dire, mais que l'on connaît parce qu'on connaît la famille*

*Autres références : M03, M04, M05, M10, M11, M13, M15, M19, M20*

Cette perception est enrichie par celle du patient hors du cabinet, liée à la vie sociale du médecin ou aux visites à domicile.

*M01 : l'intérêt d'être dans le village (..), je connaissais plein de choses (..) les tenants et les aboutissants et quand ils viennent ici, ils disent bien ce qu'ils veulent!*

*M04 : des patients que l'on suit à domicile, (..) on sait vraiment comment ils vivent.*

*Autres références : M19*

**iv. Une appréciation plus pertinente des problèmes :** L'approche multifocale permet une évaluation plus pertinente des situations cliniques, et la reconnaissance précoce des signes d'alerte. Cette pertinence de l'appréciation contribue à l'efficacité de la prise en charge.

*M01 : la position du MG à multi-entrée de l'information (..) permet de recadrer si nécessaire, si cette distorsion de la réalité (..) n'est pas constructive*

*M03 : on peut lui dire exactement ce qu'il a, pourquoi, et ce qu'il devrait faire*

*M07 : j'essaye maintenant (..) de pressentir ces problèmes-là, pour alerter le patient.*

*Autres références : M11, M13, M17*

Le gain de temps pour arriver à cerner le problème est souligné par M01 et M19.

*M01 : dès la première consultation, on peut se permettre d'aller sur des points douloureux (..) j'ai une base qui permet d'avancer beaucoup plus vite*

*M19 : très rapidement (..) on va demander (..) s'il n'y a pas un autre problème*

## **Un pouvoir de communication et de persuasion accru**

**i. La continuité, gage de confiance, invite la confiance :** La continuité de la relation est perçue comme un gage de confiance. Elle facilite le dialogue en autorisant la confiance et la mise en lumière de problèmes sous-jacents.

*M05 : ils ont confiance ... ils osent aborder certains sujets*

*M06 : la relation de médecin traitant, de confiance, le long cours quoi. Le fait qu'on l'ait vu plein de fois, qu'on l'ait guéri pour d'autres choses avant*

*M19 : du fait de la confiance (..) ils vont pouvoir verbaliser beaucoup mieux*

*Autres références : M09, M10, M11, M12, M13, M17, M18*

**ii. Le poids de la parole du médecin traitant :** Cette confiance bâtie sur la durée donne un poids particulier à la parole du praticien.

*M06 : il nous écoute plus sur nos conseils (..) ce que l'on dit a plus d'importance*

*M12 : les personnes disent « Ah ! Vous m'aviez dit il y a longtemps etc... », donc (..) il y a des mots qui passent. On n'est pas forcément conscient (..) de leur poids.*

*M18 : si on leur recommandait quelqu'un à juste titre, (..) ils sont prêts à y aller*

Le poids accordé à cette parole perdurerait au-delà de la relation soignant-soigné.

*M01 : « (..) ce n'est plus vous que je viens voir depuis longtemps (pour X raisons) mais je viens (..) pour un avis (..) parce que je vous fais confiance »*

**iii. Un recours méfiant au spécialiste :** Le confort rassurant de cette relation peut expliquer la réticence de certains patients à consulter un spécialiste.

*M01 : on ne veut pas aller faire une thérapie de couple, on veut venir ici parce qu'on vous connaît et vous, vous nous connaissez*

*M04 : ils vont (..) me parler plus facilement (..) qu'à quelqu'un qu'ils ne connaissent pas du tout*

*Autres références : M06, M13, M16*

**iv. Choix du médecin traitant, une liberté à préserver :** Dans ce contexte de relation intime et privilégiée, M18 souligne l'importance que revêt la liberté de choix du médecin traitant.

*M18 : C'est toute la liberté de choix du médecin traitant, et son importance (..) Et plus dans ce domaine-là que pour des problèmes organiques bien spécifiques.*

**Mise à profit de compétences annexes :** M03 et M08 mettent à profit d'autres qualifications dans la prise en charge des souffrances psychiques.

*M03 : la formation je l'ai déjà faite en faisant la capacité de Gériatrie (..) la Gériatrie et les Soins Palliatifs me permettent d'avoir une certaine partie du travail*

*M08 : J'ai fait un stage en addictologie donc, je sais un petit peu plus gérer peut-être l'addictologie*

### **2.2.2. Un aspect incontournable du travail en médecine de premier recours.**

**Par nature :** La médecine de premier recours intègre, par nature, la prise en compte des souffrances psychiques des patients en demande de soin.

*M01 : ça fait partie de l'échange quotidien (..) connaître le patient, arriver à le faire parler sur lui, (..) sur ce qu'il est*

*M05 : la psychologie est complètement intégrée (..) incluse dans notre pratique*

*M12 : la médecine générale (..) c'est (..) Tous les événements de la vie... (..) finalement, notre rôle (..) c'est d'aider les gens à vivre.*

Cette prise en compte n'est souvent pas consciente.

*M02 : un psychiatre (...) faisait le séminaire, et (...) avait fait : « Mais les médecins généralistes, vous faites déjà beaucoup! ». Et tout le monde a été étonné (..) je n'ai vraiment pas l'impression de pouvoir faire grand-chose*

*M12 : on fait ça comme Monsieur Jourdain, sans savoir qu'on en fait*

*M19 : on est comme Monsieur Jourdain*

*Autres références : M05*

D'autres soulignent qu'il s'agit surtout de petits moyens dans le cadre d'une approche pragmatique inscrite dans la mission d'une médecine de premier recours.

*M06 : des conseils (..) et un soutien psychologique et on fait des choses avec ça! (..) de la « psychologie de comptoir » (..) mais (..) on peut faire beaucoup de choses avec.*

*M07 : Je ne suis pas psychologue, (..) pas psychiatre. (..) Je dis par contre « je peux vous aider ». En gros, mon dialogue, il est là.*

*M18 : on peut simplement par la discussion aider (..) et (..) gérer le problème au niveau du cabinet.*

## **Par obligation**

### **i. Difficulté d'accès au psychologue, psychothérapeute ou psychiatre**

Maillage psychiatrique insuffisant : La faiblesse du maillage régional est évoquée.

*M07 : je dirige vers des psychologues. Parce que des psychiatres, il n'y en a pas*

*Autres références : M09, M10, M13, M15, M19, M20*

Les médecins déplorent un circuit psychiatrique à flux tendu, dont l'accès devient toujours plus difficile.

*M11 : il y a de moins en moins de psychiatres libéraux (..) ils ne prennent plus de nouveaux patients*

*M18 : on n'en a presque plus, et ils sont tous saturés. Après, on a bien sûr les psychiatres du CMP, mais (..) on réserve à leur attention les patients les plus lourds*

M10 souligne les difficultés des CMP.

*M10 : au CMP (..) il vous envoie un infirmier (..), il va vous orienter (..) mais ce n'est pas simple non plus. (..) les psychiatres ici, ils ne font pas de psychothérapies (..), le patient, il dit « bah j'ai vu le psychiatre 10 minutes (..) » et voilà*

Coût des psychologues : le coût est également un frein

*M10 : certains (..) ne veulent pas (..) parce que leur mutuelle ne prend pas en charge, (..) et que justement, une seule séance ça ne suffit pas (..), qu'il faut avancer les frais*

*Autres références : M06, M11, M13, M16*

Les médecins en prennent compte pour l'orientation du patient.

*M03 : je suis obligée de faire une séparation entre ceux qui iront au CMPP, et ceux qui peuvent se payer une thérapie en privé*

*Autres références : M02, M15, M18*

Délais de prise en charge : la longueur des délais est une difficulté supplémentaire.

*M01 : il y a toujours un délai de 2 à 3 mois. Tu continues à les suivre de toute façon.*

*M10 : pour avoir des rendez-vous, c'est très long! Et souvent, le patient, quand il en a besoin eh bien, c'est trop tard.*

Dans cette situation, le médecin traitant s'efforce alors d'être plus accessible pour pallier au spécialiste, notamment quand la situation est urgente.

*M11 : disponibilité, (..) qui est quand même juste monstrueuse... moi, un patient suicidaire, il appelle et il a un rendez-vous dans la journée, et je peux le garder 45 minutes, même si je n'ai pas de place!*

*Autres références : M17, M18*

## **ii. En cas de refus du psychologue, psychothérapeute ou psychiatre**

Peur d'une labellisation « psy » : l'aide du médecin traitant est mieux acceptée car moins stigmatisante que celle d'un spécialiste dont l'image est souvent négative.

*M04 : il y a la vision (..) du psy (..) un peu tabou, et qui fait que (..) le médecin généraliste il s'occupe un peu de tout. (..) L'entourage ne va pas critiquer. (..) les patients qui vont voir les psy., l'entourage peut être (..) critique.*

*M05 : ça fait peur aussi. (..): «C'est les fous! Je ne suis pas fou!».*

*Autres références : M13, M16, M19*

Cette crainte peut constituer un frein plus fort encore que le coût financier, pour M13.

*M13 : ce n'est pas parce qu'ils ne sont pas remboursés*

Adressage vécu comme une négation de sa plainte : l'attitude du praticien qui suggère une orientation spécialisée peut être ressentie comme une négation, mal vécue, de la plainte somatique. D'où la nécessité de pédagogie.

*M13 : quand (..) on leur dit (..) « c'est dans votre tête » (..) ils n'aiment pas ces termes-là. (..) on leur explique un peu le processus de l'adrénaline, etc. et là, ils se disent « Ah oui (..) c'est parce que je ne suis pas bien que je ressens tout ça ».*

### 2.2.3. Savoir et savoir-faire limités comparés aux spécialistes.

#### Un savoir-faire limité

**i. Un travail peu formalisé :** Les médecins admettent un travail peu formalisé, tributaire des dispositions personnelles du praticien pour ce type de suivi, et de la relation entretenue avec le patient, et désigné sous le terme de « travail au feeling ».

*M06 : j'identifie (..) aussi le type de personnalité, et c'est un peu au feeling.*

*M08 : tu n'as pas de techniques particulières (..) ? Non, (..) c'est au feeling.*

*M16 : je m'adapte au fur et à mesure ! (..) C'est vraiment au ressenti, oui !*

*Autres références : M05, M07, M09, M11, M12, M15*

Le recours réticent aux échelles d'évaluation en est une autre illustration.

*M09 : je ne suis pas formée là-dessus. (..) Je ne les utilise pas parce que je ne sais pas les utiliser.*

*Autres références : M07, M08, M10*

**ii. Une formalisation évitée au bénéfice du colloque singulier :** La réticence s'explique par l'absence de formation, mais aussi par l'aspect analytique d'une méthode aux antipodes du colloque singulier, que le médecin de premier recours s'efforce, au jour le jour, de cultiver avec son patient.

*M11 : j'aime pas les grilles (..) Donc, le fait de prendre 5 minutes à quelqu'un qui a envie de parler, lui dire « Est-ce que vous ressentez un picotement, un chatouillement ou un « machin » (..) », ça me gave! (..) donc je n'utilise pas.*

Or dans ce tête-à-tête, pour certains, c'est l'absence de formalisation, reflétée dans la diversité des pratiques et des interactions médecin-patient, qui semble favoriser l'émergence du dialogue.

*M12 : certains patients m'ont (..) dit «(..) avec le docteur \*, je ne peux pas parler de ça parce qu'elle n'a pas le temps » ou « Elle, elle est pressée » (..) « Ah, ça c'est bizarre, je n'ai jamais parlé de ça avec \*» (nom de l'associé)*

*M18 : il y a des gens avec qui j'arrive à rentrer en contact facilement, et (..) des personnes (..) plus fermées, ou ça ne correspond pas à mon type de caractère, à ma personnalité et je n'y arrive pas.*

*Autres références : M05, M19*

**iii. Accompagnement, écoute et soutien :** Ce peu de formalisation explique le rejet du terme « psychothérapie » pour la tâche qu'ils accomplissent. D'autres qualificatifs sont jugés plus conformes à la réalité de leur pratique : travail d'accompagnement, de soutien psychologique, d'écoute empathique.

*M06 : je fais surtout de l'accompagnement psychologique. (..) c'est de l'écoute, de l'accompagnement c'est (..) de « la psychologie de comptoir » (..) Je fais du soutien psychologique mais ce n'est pas de la psychothérapie.*

*M11 : Je ne suis pas forcément très à l'aise sur les prises en charge psychologiques et psychiatriques (..), je fais comme je peux ! (..) vraiment c'est de l'écoute*

*Autres références : M03, M07, M08, M10, M14*

**iv. Le prisme du biomédical comme référence :** Le patient est perçu à travers le prisme du biomédical, souvent associé à la prise de médicament. Le socle d'une pratique familière rassure le médecin, qui s'y appuie pour justifier une démarche dans laquelle il n'est pas toujours à l'aise.

*M03 : si je les ai accompagnés, ils avaient un traitement médicamenteux en général.*

*M08 : tu ne penses pas que (..) la relation que tu as avec le patient relève du soin (..)? Bah, (..) si j'estime qu'il y a un traitement à mettre en route, mais euh sinon...*

*Autres références : M04, M15*

### **Une formation insuffisante**

**i. Nécessité d'un savoir et d'un savoir-faire spécifiques :** Certains soulignent la nécessité d'une formation spécifique pour mener à bien un travail d'envergure.

*M05 : s'il y a vraiment besoin, je vais amener la chose. Mais ce ne sera pas moi qui le suivrai (..) si vraiment il y a un problème à creuser (..). Il faut quelqu'un d'autre. D'abord parce que je n'ai pas la formation, je pense, suffisante.*

*Autres références : M09*

M08 rappelle la nécessité de compétences réelles pour une telle entreprise.

*M08 : j'aurais peur de (..) faire une bêtise (..). Tout ce qui est psy c'est vraiment tellement important... faut pas se louper quoi!*

Selon M12, les patients aussi ressentent le besoin d'un interlocuteur formé.

*M12 : ils déballet leurs problèmes et (..) disent «Bon, il faut que je vois un professionnel». Donc, ils attendent peut-être aussi autre chose (..) ils attendent peut-être une démarche (..) plus (..) « technique »*

**ii. Les lacunes de la formation universitaire :** La formation universitaire est fréquemment jugée insuffisante.

*M02 : la formation (..) n'est pas très développée. (..) on a eu un séminaire d'une demi-journée sur ça alors (..) qu'on en voit souvent (..) et on devrait être armés*

*M05 : Elle est nulle ! Après (..) je ne peux pas juger de ce qu'il se passe actuellement (..) à mon époque, il y avait très peu de formations*

*Autres références : M03, M08, M09, M10, M12, M13, M16*

Bien que nécessaire, celle reçue est peu adaptée et davantage orientée vers la psychiatrie selon M16.

*M16 : tous les jours, il y a plein de gens pour qui on a besoin de comprendre (..) Mais en psychiatrie on part tout de suite dans la « vraie » psychiatrie et ce n'est pas (..) ça que l'on va gérer en cabinet.*

**iii. Une formation post-universitaire limitée :** Une fois installé, l'acquisition de compétences complémentaires est ardue : manque de temps ou de motivation, impératifs d'organisation du cabinet sont en cause.

*M11 : j'ai pas envie. [rires] (..) si en plus je dois prendre du temps, si ça doit me coûter de l'argent, si ça doit me prendre la tête pour trouver des remplaçants*

*M16 : il faut du temps aussi, que l'on n'a pas forcément*

*Autres références : M03, M10, M05*

M05 et M12 mentionnent les formations ponctuelles des laboratoires, parfois utiles.

*M12 : des trucs organisés par des labos (..) bon, ça permet quand même d'avoir une autre approche, quoi.*

**iv. Se former en autodidacte pour compenser :** L'apprentissage « sur le tas », par la pratique, est monnaie courante.

*M11 : j'ai appris sur le tas, j'ai eu la chance de faire des stages (..) en rééducation (..) en neurologie. (..) c'est là que j'ai appréhendé la douleur, la mort, le handicap (..) Je n'ai eu strictement aucune formation.*

*M20 : c'est de la pratique aussi (..) on apprend après, aussi, «sur le tas» (..) ce n'est pas sur un bouquin que l'on apprend ce genre de choses*

*Autres références : M05, M16*

M05 relève que la psychothérapie entreprise à titre personnel l'aide dans son travail auprès des patients.

*M05 : Je pense que ça m'a apporté aussi un peu de technique (..) donc, je pense que ça, ça m'aide aussi. (..) on comprend certaines choses*

#### **2.2.4. Des limites inhérentes à la médecine générale.**

##### **Un format de consultation peu adapté**

**i. Des consultations trop courtes :** un temps d'écoute limité est souvent regretté.

*M02 : on n'a pas le même temps (..) la consultation (..) est (..) courte...*

*M10 : C'est maximum quinze minutes? Ah oui! (..) on n'a pas le temps! (..) quand je vois vraiment qu'il a besoin de plus de temps, j'envoie voir un confrère*

*Autres références : M09*



**ii. Peu adaptées à un travail de fond :** La consultation de médecine générale ne serait pas adaptée à un travail de fond, à l'opposé de la consultation spécialisée.

*M02 : un travail vraiment de fond, (..) on ne peut pas le faire (..) ce n'est pas la même approche et (..) pas les mêmes objectifs... (..) ça sort du cadre du médecin généraliste*

**iii. Priorité à l'urgence et à l'aigu :** Pour M02, la consultation spécialisée permet un travail sur le passé impossible en médecine générale, où l'objectif sera de trouver des solutions dans l'immédiat

*M02 : tu as la psychothérapie (..) en médecine générale où tu cherches des solutions pour le patient et (..) la psychothérapie (..) par un psychologue qui peut plus aller chercher dans le passé (..) en médecine générale, je pense que l'on n'a pas assez le temps*

M03 oppose aigu et chronique, traitement de l'urgence en médecine générale, et suivi de problèmes chroniques au cabinet spécialisé.

*M03 : accompagnement psychothérapeutique, que je qualifie plutôt, pour le généraliste, dans l'urgence que dans le chronique (..) je ne suis que le pompier et le psychothérapeute ce serait le ... l'architecte si vous voulez (..) Donc je suis le pompier pour vérifier qu'il n'y ait pas de trouble de type suicidaire*

**La pudeur, un obstacle chez le médecin traitant :** La continuité du lien avec le médecin traitant invite la confiance, mais constitue paradoxalement un frein. La pudeur interdit en effet au patient de se livrer sur des aspects trop intimes, au mieux effleurés au fil des consultations.

*M12 : ce n'est pas toujours évident, parce qu'il y a vraiment un blocage (..) on se connaît trop bien pour pouvoir confier des choses privées.*

*M18 : il y a des personnes qui viennent (..) en choisissant le remplaçant. (..) pour un anonymat plus important*

*Autres références : M19*

**Pas de regard neuf possible :** Pour M01 et M03, le médecin traitant ne peut porter un regard neuf sur le patient.

*M01 : on ne peut avoir comme le psy, ce regard neuf (..) il y a tout le passé, le vécu qui est là entre lui et nous.*

*M03 : une psychothérapie (..) où le patient est seul avec ce psychothérapeute (..) moi en général, j'ai des familles (..) des notions (..) autour de la personne*

**2.2.5. Savoir passer le relai :** Plusieurs médecins insistent sur la nécessité de savoir passer le relai.

**Quand inefficacité de la prise en charge de premier recours :** Certains recourent d'emblée à une chimiothérapie, pour passer le relai si cette démarche est inefficace. D'autres privilégient l'écoute, avec un appui médicamenteux en deuxième intention. Le passage de bâton est envisagé dès lors que le tableau clinique tarde à s'améliorer.

*M19 : on peut commencer (..) avec un abord (..) médicamenteux, (..) puis, à un moment donné, on se dit (..) j'aimerais avoir le soutien de quelqu'un d'autre parce que (..) on n'avance pas*

*M02 : il y a l'écoute, on peut être aidé par des médicaments si (..) il n'arrive pas à passer le cap...(..) mais (..) au bout de 3 ou 4 fois qu'il vient me voir (..) je l'oriente*

M08 et M13 soulignent l'efficacité du spécialiste quand le suivi devient difficile.

*M08 : ça marche bien. Les psychologues surtout, quand c'est vraiment un problème (..) d'estime de soi, d'anxiété (..) ça marche très bien*

*M13 : depuis qu'il y a la psychologue (..) j'ai plein (..) de patients qui sont suivis par elle (..) et qui vont mieux.*

*Autres références : M09*

M08 et M10 évoquent une perte de chance pour le patient en cas de prise en charge inefficace prolongée au cabinet du médecin traitant.

*M08 : s'il est vraiment très mal... je pense que c'est perdre du temps avec moi. Je ne vais pas lui donner les bonnes solutions*

*M10 : c'est sûr que je pense que l'on peut faire mieux pour les patients*

### **Valorisation du travail d'équipe autour des patients.**

**i. Davantage de collaboration souhaitée :** Plusieurs interviewés affirment souhaiter et apprécier une collaboration. M06 souligne la complémentarité des approches.

*M06 : on a une approche très différente des psychologues, des psychothérapeutes, des psychanalystes et des psychiatres. (..) on est complémentaires.*

M13 apprécie de collaborer avec un psychologue, ce qui rassure les patients.

*M13 : on avance à deux, (..) on communique (..), elle vient me voir et on fait le point sur les patients (..) eux, ils le ressentent, ils disent « vous avez vu \* [prénom du psychologue], du coup? » (..) je pense que ça les aide.*

M08 oriente facilement en cas de pathologie chronique.

*M08 : quand ce sont des pathologies chroniques (..) je ne fais jamais ça seule. Si je vois (..) que c'est une vraie souffrance, j'oriente*

Pour M07, le passage de relai est un moyen de se protéger.

*M07 : je fais simplement montre (..) d'empathie (..), peut-être trop (..) et j'essaye (..) de me protéger.*

**ii. Un manque de communication regretté :** M11 déplore ne pouvoir recevoir davantage de conseils de confrères spécialisés.

*M11 : j'aimerais bien avoir des conseils, mais il n'y a pas moyen*

Selon M07 et M12 la communication serait plus difficile qu'avec d'autres spécialités. Pour M12, ce serait lié à la nature même de celle-ci.

*M07 : Les psychiatres n'écrivent jamais et les psychologues, non plus (..) **ce serait une aide (..)?** Ah oui! (..) débriefer certaines situations (..) parler des cas lourds*

*M12 : j'ai jamais appelé un psychiatre pour lui dire « je vous envoie untel » (..) Chez le psychiatre, (..) c'est comme le confesseur. **Il n'y a pas de lien confraternel?** (..) il n'envoie jamais de courrier. (..) il faut que le patient puisse y aller en disant « bon, ça restera entre nous » et raconte...*

**iii. Des interlocuteurs multiples :** Outre les psychiatres, les médecins travaillent avec une variété d'interlocuteurs, en premier lieu desquels les psychologues. Le praticien favorise des psychologues de confiance.

*M07 : je travaille essentiellement avec une psychologue que je connais bien (..) ce n'est pas remboursé. Et je leur explique : « ça vaut le coup ! ».*

*Autres références : M09, M11, M13, M17, M19, M20*

A part le coût, M18 évoque d'autres difficultés: L'opacité des formations et compétences rend l'adressage délicat.

*M18 : si on prend le bottin, on en a un certain nombre: psychologues cliniciennes, psychologues avec différents modes d'exercices (..) c'est un maquis (..) c'est difficile d'orienter à bon escient. (..) vous ne savez pas à quelle porte frapper.*

Ce peut être une psychologue au travail, lorsque l'entreprise en est pourvue, ou le médecin du travail, plus fréquemment.

*M05 : La souffrance au travail (..) c'est presque du quotidien (..) on ne connaît pas vraiment la situation, donc le jugement est difficile. (..) il faut vite renvoyer, (j'utilise beaucoup le médecin du travail (..)) (..) la psychologue au travail, (..) aussi.*

M11 mentionne le recours occasionnel à une hypnothérapeute.

*M11 : j'ai même une hypnothérapeute, qui n'est pas très loin*

M19 recourt régulièrement à une sophrologue, vers laquelle l'adressage est plus aisé pour des patients réticents à un abord spécialisé.

*M19 : On a une sophrologue aussi, qui nous aide énormément. (..) parce qu'il y a des personnes qui rechignent un petit peu à aborder leurs problèmes par la voie psychologique, parce que ça a une connotation*

## **2.3 Objectifs**

### **2.3.1. Des objectifs au cas par cas.**

Les objectifs attendus d'une psychothérapie au cabinet ne sont pas toujours clairs.

*M05 : Les objectifs c'est... arriver à améliorer un état... chez un patient, qui ne relève pas donc, de quelque chose de somatique (..) je ne sais pas trop comment exprimer ça*

Pour M01 et M13, les buts ne sont pas à définir *a priori*. M13 précise qu'ils seront définis à mesure que l'on suit le patient.

*M01 : non, je ne fixe pas d'objectifs....*

*M13 : c'est au cas par cas? (..) Ça va dépendre de l'histoire de chacun (..) Le fait de les arrêter (..) fait qu'on les revoit, et que l'on commence à établir (..) des buts.*

M01 souligne que le patient a sa part à jouer dans la définition d'objectifs satisfaisants pour soignant et soigné.

*M01 : le but, c'est quelque chose au long cours, (..) Même si nous, nous ne sommes pas complètement satisfaits de la finalité, de ce que l'on a obtenu (..) c'est un juste milieu, un modus vivendi à arriver à trouver avec eux.*

Pour plusieurs médecins, l'un des principaux objectifs reste de convaincre le patient de la nécessité d'une prise en charge spécialisée, le cas échéant.

*M06 : qu'ils se rendent compte (..) qu'ils ont besoin de voir quelqu'un de spécialisé (..) Ça, c'est déjà une réussite.*

*Autres références : M03, M04*

### **2.3.2. Types d'objectifs.**

#### **Faire disparaître la souffrance**

*M07 : Plus serein, (..) avec moins de souffrance vis-à-vis des raisons qui, quelquefois, sont parfaitement légitimes de sa souffrance*

*Autres références : M01, M06, M15, M18*

**Retour à un équilibre familial et social :** Le retour à des relations familiales apaisées ou la réintégration du monde du travail est également un objectif important.

*M01 : reprendre une vie normale, (..) son travail (..) revivre dans son couple sans souffrance (..) ils commencent à me dire «j'ai recommencé (..) des activités (..)» (..) « (..) j'ai discuté un peu plus (..) avec les gens! (..) mes enfants (..) m'énervent (..) moins, je les écoute plus! (..) »(..) au fil du temps je les vois vivre, renaître à leur vie*

*M04 : que le patient retrouve un bien-être (..) pour mener sa vie de tous les jours.*

*M06 : reprise du travail, reprise d'un état de bonheur intérieur (..) Souvent le problème des gens (..) c'est qu'ils sont en arrêt de travail et il n'y a plus autre chose.*

*Autres références : M16*

### **Reconquérir son autonomie**

*M17 : Des réponses qui viennent de lui. (..) le but final, c'est quoi? C'est qu'ils n'aient plus besoin de moi. (..) retrouvent une autonomie (..) se posent les questions (..) et trouvent les réponses tout seuls*

La capacité à se projeter dans l'avenir en faisant des projets ou en redéfinissant ses objectifs de vie est un autre marqueur d'une autonomie retrouvée.

*M01 : (..) retrouver des objectifs de vie constructifs et qu'il retrouve un équilibre.*

*M10 : Il y a des projets, on parle de l'avenir, (..) je me dis « là, on a (..) réussi quelque chose»...*

**2.3.3. Appréciation des progrès et résultats. :** Plusieurs critères sont utilisés par les médecins pour jauger la progression des patients sur la voie de la guérison.

**i. Expression verbale :** Ils peuvent se baser sur les déclarations des patients. La diminution des plaintes somatiques, pour douleurs ou troubles fonctionnels, reflète une amélioration de l'état du patient.

*M04 : je questionne sur des éléments (..) de souffrance psychologique donc (..) des éléments somatiques, troubles du sommeil, alimentation, troubles du transit*

*M09 : Si, par exemple, il a moins d'angoisses, s'il dort mieux (..)*

*M16 : S'il y a moins de plaintes somatiques ou s'ils ont compris pourquoi il y avait une plainte somatique*

*Autres références : M05, M07, M18, M20*

M19 évoque également une baisse de la demande de médicaments, qui reflète une amélioration de l'état du patient.

*M19 : la demande qui sera moins prégnante, de vouloir des médicaments. Ça, c'est aussi je pense, une méthode.*

*M06 : Le but, c'est qu'ils diminuent leurs médicaments*

Outre les signes fonctionnels, M07 observe les interactions du patient avec son environnement et leur évolution entre deux consultations de suivi.

*M07 : depuis la dernière consultation (..) Je leur demande comment ça s'est passé, est-ce que vous êtes sorti, est-ce qu'il y a eu des problèmes ?*

*Autres références : M14*

Une libération du discours qui, lorsqu'elle est observée, augure d'une évolution favorable du patient.

*M10 : dès fois ils parlent plus facilement aussi.*

*Autres références : M12*

De la même façon, la reconquête de l'autonomie passe par une capacité retrouvée à identifier et savoir affronter les problèmes.

*M08 : ça permet au patient d'aller mieux, (..) de comprendre (..) ce qui l'embête, ce qui l'angoisse, ce qui le déprime. (..) trouver les causes, et (..) trouver des solutions.*

*M16 : comprendre pourquoi (..) trouver des réponses (..) si quelqu'un vient et qu'il n'est pas bien, (..) il y a des causes et (..) une raison, et ça aide à comprendre.*

*Autres références : M02, M07, M08, M11, M18, M19, M20*

**ii. Expression non verbale :** Le faciès est l'un des premiers points de référence du médecin.

*M10 : sur le visage (..) le sourire. J'ai des patients qui ne sourient jamais (..) le patient qui arrive, qui me dit bonjour, qui me fait un sourire (..) je me dis ça progresse.*

*M20 : La présentation. Un patient qui arrive soit en pleurant, soit en souriant, ou qui pleure ou... l'attitude qu'il a face à moi, déjà.*

*Autres références : M12, M13, M14, M15, M19*

La façon de se vêtir est également informative.

*M10 : sur (..) l'aspect, la façon dont elles s'habillent, (..) se maquillent, (..) se coiffent, c'est super important.*

*Autres références : M12, M14, M20*

M01 note l'attitude en salle d'attente et lors de l'entrée dans le cabinet.

*M01 : comment ils sont dans la salle d'attente. (..) recroquevillés (..) tranquillement en train de lire (..) ? (..) Tu vois là. Les quelques mètres de couloir, la manière dont ils te disent bonjour, la manière dont ils vont arriver(..) c'est très global. C'est un peu le coup d'œil du maquignon!*

*Autres références : M19*

M15 surveille l'évolution du poids.

*M15 : S'il a beaucoup maigri, s'il reprend un peu de poids*

*Autres références : M12*

**iii. Rétablissement du lien social :** La qualité des interactions sociales et leur évolution sont aussi un marqueur de progrès dans la prise en charge.

*M12 : Elle n'a pas vraiment créé de liens sociaux (..) et (..) je l'ai revue (..) elle m'a dit « Oh bah, j'ai trouvé un travail, je travaille dans un lycée(..) »*

**iv. Acceptation d'un suivi spécialisé :** L'acceptation d'un adressage spécialisé constitue un objectif et un marqueur en soi de progression du patient.

*M06 : que je réussisse à leur faire faire un vrai suivi psychothérapeutique à côté*

*M09 : j'ai avancé (..) s'il est mieux la fois d'après. Il est « mieux », ça veut dire quoi?*

*Si (..) il a adhéré à une prise en charge par exemple*

**v. Autres outils d'évaluation de la progression :** M03, qui travaille également en gériatrie, réalise une grille personnalisée d'évaluation, sur laquelle elle cote des symptômes selon une échelle type EVA, pour pose du diagnostic initial et balisage de la progression.

*M03 : je fais ma liste des symptômes (..) par rapport à ces critères (..) au départ du traitement (..) et ensuite je les reteste au fur et à mesure du traitement. (..) j'utilise souvent une évaluation de type EVA (..) Pour essayer d'avoir des critères « objectifs » au sein de critères un peu subjectifs*

A l'inverse, d'autres ne recourent à aucune échelle.

*M05 : je n'ai pas de cotation comme l'échelle de la douleur ou...*

*Autres références : M15*

## **2.4 Procédés (savoir être, savoir-faire)**

### **2.4.1. Dispositifs techniques**

#### **i. Structuration de la consultation**

**Ecoute, diagnostic, orientation :** La structuration de la consultation en 3 étapes, 1) écoute 2) diagnostic avec évaluation du degré de gravité 3) orientation, est un fil conducteur important dans la progression de l'entretien pour des médecins qui affirment leur rôle de premier recours.

*M08 : Je suis dans l'écoute, le diagnostic et après j'oriente. (..) j'essaie d'établir un peu le diagnostic, le problème posé par le patient et puis j'oriente...*

*M18 : ça reste (..) l'apanage du médecin généraliste d'être en première ligne, d'écouter, d'évaluer une situation de souffrance et de pouvoir bien orienter.*

*Autres références : M14*

**Questions systématiques :** Selon certains, les questions plus ou moins anodines, sans nécessairement de rapport direct avec le motif de visite, font partie intégrante du schéma de consultation

*M09 : prendre le temps (..) connaître leur vie, (..) savoir ce qu'ils vont faire aujourd'hui, est-ce qu'ils vont partir en vacances (...) c'est essentiel. (..) ça crée un lien (..) une certaine confiance, (..) des fois, c'est là qu'ils lâchent des choses, (..) que l'on comprend aussi certaines choses...*

*M14 : je commence toujours (..) en disant «Comment ça va?», « Qu'est-ce qui s'est passé depuis la dernière fois? », «(..) votre traitement, vous le supportez bien? »*

*Autres références : M12*

M14 et M08 rappellent la recherche d'idées suicidaires systématique chez le dépressif.

*M14 : je vais évaluer l'urgence (..) s'ils ont des idées noires ou (..) suicidaires (ça, ça fait vraiment partie de ma consultation)*

*Autres références : M08*

**Respecter le temps du patient :** M13 évoque la nécessité, dans la mesure du possible, de respecter le temps du patient en consultation.

*M13 : je prends mes notes (..) en attendant la dame... (..) ils ont les yeux rouges, ils se sèchent (..) ... Moi, j'ai déjà vu un de mes collègues, avec la dame qui était déjà en train de s'essuyer dans le couloir (..) Moi j'ai mon temps et puis elle, elle se calme un petit peu, elle s'essuie (..) je me mets à la place des gens*

## **ii. Organisation du temps**

### **Projet thérapeutique**

Projet thérapeutique à court terme (mois) : Pour beaucoup, il s'agit de prise en charge à court terme. L'arrêt de travail est un outil précieux dans cette gestion, notamment en cas de souffrance au travail.

*M02 : inquiète (..) je lui ai dit que je voulais le revoir (..) rapidement. Mais pour être sûre qu'il le fasse, je lui ai mis un arrêt de travail court en lui précisant qu'on allait le prolonger, et en lui donnant le rendez-vous.*

*M13 : il y a les arrêts de travail qui font qu'on les revoit aussi...*

M07 évoque un adressage rapide après quelques consultations.

*M07 : j'ai tendance assez vite (..) à diriger vers un psychologue (..) Au bout de la deuxième ou la troisième consultation, pour une souffrance.*

*Autres références : M02, M08*

Les rendez-vous programmés sont utiles si le cas exige une réévaluation à intervalles rapprochés.

*M14 : j'essaye de les voir tous les quinze jours, et (..) quand je vois que c'est stabilisé... s'il y a un traitement ( ...) tous les mois.*

*Autres références : M02, M04, M07*

Projet à plus long terme (plus de 6 mois) : En cas d'épisode dépressif caractérisé, le projet s'inscrit sur le long terme, car organisé autour de la prescription



d'antidépresseurs, dont la bonne administration implique une évaluation régulière. Les patients sont informés du plan de prise en charge.

*M03 : le médicament, je le présente (..) je leur dis que (..) si ce n'est pas un an, ce n'est pas la peine qu'on le commence! (..) ensuite on évalue l'amélioration (..) mais, ils savent (..) que ce n'est pas une histoire de semaines ni de quelques mois.*

*Autres références : M07, M14, M17*

Pas de délai fixé a priori : Pour d'autres, rien n'est fixé par avance, et c'est suivant l'interaction avec le patient que se dessine, peu à peu, la prise en charge. Elle peut se poursuivre en parallèle ou s'achève lorsqu'un spécialiste prend la relève.

*M10 : c'est vraiment au fur et à mesure des consultations que je vois l'évolution donc non, je ne me donne pas d'échéance*

*M16 : ce n'est pas forcément des limites dans le temps. C'est plus des limites quand je vois que je n'arrive plus à... (..) aller plus loin*

*Autres références : M01, M03, M04, M05, M13*

### **Temps de consultation**

Durée des consultations : Un patient en souffrance bénéficiera d'une consultation longue, que celle-ci ait été programmée ou non, aux dépens d'un planning dont le respect reste sujet aux aléas des motifs de consultation.

*M05 : Souvent, je mets une demi-heure. (..) quand ils viennent « comme ça » (..) pour la première fois, je prends le temps qu'il faut, (...) ça peut être 3/4 d'heure.*

M13 insiste sur l'importance de consacrer du temps à ces consultations, et sur la flexibilité nécessaire au praticien de premier recours dont le travail, par nature, requiert un abord empathique adapté.

*M13 : Si on n'est pas empathique, il faut changer de travail. (..) je fais comme j'aimerais que l'on fasse avec moi, (..) quand je vais en consultation pour X ou Y problème, je veux que l'on prenne le temps*

A l'opposé, pour M10, un allongement de la durée de consultation est inenvisageable, faute de temps vue l'affluence au cabinet.

*M10 : En tout cas, ça ne dépasse jamais quinze minutes*

*Autres références : M06*

M09 souligne aussi que des consultations trop longues peuvent avoir un impact négatif sur le soignant.

*M09 : pas des consultations trop longues, dans la mesure où après ça a trop d'impact sur nous (psychologique).*

Fréquence des consultations : M06, applique une durée et un rythme de consultation standardisés. Il reconnaît cependant déborder souvent, quitte à raccourcir la consultation suivante si cela est possible.

*M06 : je fais un quart d'heure toutes les 2 semaines. (..) Et puis après, moi, je n'ai pas de stress à être un petit peu en retard et (..) à réduire à 5 minutes la consultation [suivante] si c'est pour un truc simple, pour rattraper le retard.*

En fonction du motif et d'un suivi spécialisé éventuel, le rythme des consultations varie: du rendez-vous hebdomadaire donné d'une séance à l'autre, au suivi mensuel. La technique de la « porte ouverte » est mentionnée pour donner au patient toute latitude quant à la fréquence de consultation.

*M04 : C'est vraiment au cas par cas. (..) je propose toujours, au minimum, au patient de revenir me voir si ça ne va pas mieux... Donc, laisser une porte d'entrée pour une nouvelle consultation.*

*M07 : je lui dis en sortant : « N'hésitez pas à revenir dès que vous voulez, la porte est ouverte. » (..) généralement c'est la réponse que je fais.*

Plage horaire : selon les médecins, elle est choisie ou non.

a) Beaucoup ne la choisissent pas.

*M08 : Non, c'est trop compliqué, non, je les prends au tout venant!*

*Autres références : M04, M15, M16*

Un argument fréquent est que le médecin n'a pas la gestion du planning.

*M07 : ce n'est pas moi qui gère les rendez-vous, tout simplement. C'est le secrétariat et ça vient comme ça dans le planning.*

*Autres références : M11, M13, M17*

La priorité de M05 est d'obtenir une nouvelle visite du patient. Toute autre considération est secondaire.

*M05 : Non. C'est déjà tellement difficile [d'obtenir] que ces patients-là reviennent... pour en parler, je les laisse choisir leur horaire*

b) Inversement, certains sélectionnent à dessein une plage particulière.

M06 les place le matin, car la fatigue de la journée ne vient pas gêner l'écoute.

*M06 : Le matin. (..) je suis plus en forme (..) moins fatigué (..) plus à l'écoute. (..) il y a moins de stress, (..) de demandes. (..) de rajouts (..) j'ai moins de monde.*

M17 et d'autres, optent pour une fin de demi-journée.

*M17 : ils ont besoin de parler (..) ça peut mettre beaucoup de temps. (..), si c'est moi qui redonne un rendez-vous, c'est plutôt en fin de matinée ou en fin de journée.*

*Autres références : M14, M18, M19, M20*

M10 précise qu'il reconvoque ses patients en arrêt de travail en « heures creuses », pour limiter l'impact de ces consultations sur l'agenda.

*M10 : je le mettrais plutôt en début de rendez-vous, ou voilà... et je libérerais les plages du soir pour d'autres patients.*

Lorsqu'ils connaissent par avance le motif, beaucoup placent la consultation avant un créneau d'urgence.

*M09 : la première consultation (..) je bloque une demi-heure ou alors je vais mettre après un créneau d'urgence, comme ça je sais que la consultation d'après, ça va être plus court, (..) je peux déborder un peu.*

*Autres références : M01, M03, M04, M07, M08, M11, M14, M15, M16, M17, M18, M19, M20*

M04 et M11 veillent à ne pas placer 2 consultations de ce type sur des plages successives, en invoquant leur pénibilité.

*M04 : j'essaye de ne pas les regrouper (..) je trouve ça difficile d'en voir plusieurs d'affilée (..) c'est plus lourd que de voir un patient qui a une angine*

Programmation d'une nouvelle consultation: Les médecins programment volontiers la consultation suivante pour mieux contrôler le planning.

*M10 : même s'il vient (..) à la consultation libre, je lui redonne un rendez-vous (..).*

*Pour le suivi et puis pour prendre plus de temps pour discuter avec lui.*

*Autres références : M04, M06, M07, M08, M11, M17, M19*

M08, lui, adresse sans tarder les patients, sans former de projet thérapeutique, ni programmer de prochaine consultation.

*M08 : tu ne prévois pas de les revoir de façon régulière ? Non !*

### **iii. Organisation de l'espace**

**Consultations au bureau :** La consultation pour souffrance psychique se déroule fréquemment au bureau.

*M02 : je suis beaucoup sur le bureau... ( ...) parce que je sens que ce qu'ils viennent chercher, c'est parler*

*Autres références : M05, M08, M10, M12, M14, M16*

Pour certains, elle s'y déroule exclusivement. M06 avance des contraintes de temps et la nécessité de ne pas mélanger examen somatique et entretien, pour un suivi de qualité malgré les limites de temps.

*M06 : C'est toujours au bureau (..) Quand c'est moi qui demande la consultation, (..) je demande à ce que ce ne soit que de ça (..) sinon on ne fait pas de la bonne médecine (..) sinon tout est mélangé.*

*Autres références : M04, M20*

M11 évoque un retour au « bureau frontière », qui accorde au médecin la protection nécessaire à une mise à distance des souffrances discutées. La taille du bureau revêt alors son importance.

*M11 : Je tiens beaucoup à mon bureau très profond. (..) je suis leur médecin, (..) pas leur copine (..) je suis le docteur (..) il y a une espèce de distance, (..) pour me protéger aussi, (..) un grand bureau exprès pour ça.*

M18 précise que paradoxalement, cette distance libère la parole : elle rassure sur le professionnalisme du médecin, qui respectera le secret de ses confidences.

*M18 : le bureau (..) met de la distance (..) fait que la personne (..) peut se confier (..) et que ce qu'elle dit, ça reste là (..) c'est un cadre, finalement, qui leur permet (..) une liberté de parole, d'une certaine façon.*

Pour M03, seul le bureau permet une qualité de contact visuel suffisante.

*M03 : le regard est important. (..) Je pense que, quand on le regarde et quand on bouge...le face à face est important, enfin, la manière dont j'accompagne les gens.*

M17 évoque le confort du face-à-face assis, qui laisse toute latitude pour une observation attentive des réactions du patient.

*M17 : ça laisse un espace entre eux et moi, (..) on est assis et (..) confortablement installés pour discuter (..) je suis face à eux, (..) Ça me permet de voir leurs réactions, (..) leurs expressions*

*Autres références : M19*

Lorsque le patient vient pour une souffrance psychique, il exclut souvent de lui-même toute plainte somatique de la consultation, note M12, permettant d'organiser la consultation exclusivement au bureau.

*M12 : quand les gens viennent vraiment avec l'intention de dire que c'est un problème psychologique... ils vont mettre de côté... le côté somatique.*

**Au lit d'examen clinique :** Le motif de consultation véritable est parfois découvert inopinément lors de l'examen clinique. Plusieurs médecins disent alors faire revenir rapidement leur patient au bureau pour la poursuite de l'entretien.

*M03 : ça peut arriver qu'ils soient sur le lit (..), donc (..) rapidement je les fais (..) revenir ici.*

*Autres références : M05, M11, M13, M14, M16, M17*

Selon M01, l'examen clinique offre au médecin la possibilité d'ajuster le degré de proximité physique au patient, pour catalyser une libération de la parole.

*M01 : là-bas, il se dit des choses aussi, ils sont en position allongée, moi, je me mets tout au fond un peu plus à distance pour ne pas rentrer dans leur bulle... (..) La position où tu es (..) importe (..) Et là, il y a des trucs qui sortent.*

*Autres références : M05, M09*

M07, lui, intègre systématiquement un volet somatique à sa consultation, même si celle-ci a commencé au bureau, comme une réaffirmation de son rôle premier de médecin somaticien.

*M07 : je reste toujours dans mon rôle (..) même si ce n'est que de la psy, je prends la tension (..) Il y a systématiquement un déplacement vers la table de soins (..) Je tiens à rester dans mon rôle de médecin*

Plusieurs praticiens évitent cependant un dialogue prolongé au lit d'examen, préférant le face-à-face à l'asymétrie positionnelle du patient allongé qui biaiserait le dialogue.

*M03 : au bord du lit je suis debout (..) J'ai horreur d'être au-dessus des gens (..) Je ne trouve pas ça normal pour la relation, déjà. (..) le patient qui va faire son travail, je n'ai pas besoin d'être au-dessus.*

*M04 : je n'aime pas trop ça, (..) ça ne me met pas très à l'aise (..) je préfère (..) en face-à-face. (..) Je n'ai pas l'impression que le patient sera à l'aise de discuter (..) de ses problèmes psychiques, quand il est allongé comme ça.*

#### **iv. Les outils du médecin**

**Grille d'évaluation initiale :** La seule grille mentionnée est le test de Hamilton, pour les états dépressifs. Elle permet d'avoir une vision globale de l'état du patient, et peut servir d'amorce au dialogue.

*M04 : le test de Hamilton (..) permet d'aborder des sujets auxquels on ne pense pas toujours (..) ça donne un chiffre qu'il faut (..) prendre avec beaucoup de pincettes (..) Mais qui permet (...) de refaire des évaluations*

*Autres références : M05, M06, M11, M20*

#### **Prise de notes**

Quand ? La prise de notes pendant l'entretien est fréquente. On perd le contact visuel, mais cela permet de ne pas prendre de retard dans ses consultations.

*M20 : Ça m'arrive parfois de ne le faire qu'à la fin... parce que c'est (..) gênant de ne pas regarder le patient (..) mais très souvent, je le fais en même temps.*

*M15 : J'essaye pendant l'entretien. (..) parce qu'après, je n'ai pas le temps. (..) mais c'est vrai que c'est très succinct.*

*Autres références : M08, M10, M14, M15, M19, M20*

D'autres favorisent l'annotation après l'entretien, ou pendant les temps morts dans le dialogue, mis à profit par M03 et M13.

*M03 : après... ça m'arrive des fois de couper quand c'est trop long, parce que ma mémoire ne va pas y arriver. Mais je ne prends pas énormément de notes. (..) j'en prends (..) au niveau des temps calmes*

*Autres références : M01, M05, M06, M09, M11, M13, M16, M17*

Où ? Les médecins consignent les informations recueillies dans le dossier médical classique.

*M04 : je mets tout dans le dossier (..) il est confidentiel de toute façon, c'est des choses qui font partie de la santé des gens....*

*Autres références : M01, M02, M03, M05, M06, M07, M08, M09, M10, M11, M12, M13, M14, M15, M16, M17, M19, M20*

M14 ajoute des mentions particulières en cas d'information à manipuler avec précaution, tout en les inscrivant dans le dossier médical classique.

*M14 : je vais marquer dans le titre (..) «Ne veut pas que...», et en gros en rouge dans le titre... (..) Les choses qui sont difficiles et délicates, je le note, même si c'est mis dans les consultations habituelles.*

*D'autres utilisent une zone confidentielle de leur logiciel.*

*M04 : je vais le noter (..) dans mon encadré de bloc-notes, qui n'apparaît pas (..) sur les dossiers que l'on peut imprimer pour les patients, ou sur les courriers (..) pour des correspondants (..) ça peut être intéressant (..) quand on a des remplaçants*

*Autres références : M01, M11, M13, M16*

Pas de notes : M18 affirme ne pas prendre de note, ne croyant pas au secret médical informatisé.

*M18 : le secret médical à notre époque, je n'y crois plus. (..) la seule façon d'avoir un vrai secret, c'est de ne pas laisser de traces... et de ne les garder qu'au niveau de ma mémoire personnelle.*

Il arrive aussi à M03 de ne rien noter, pour certains thèmes concernant les mineurs.

*M03 : Il y a eu quelques rares dossiers (..) des cas d'attouchement sexuel ou des choses comme ça où je n'ai pas tout rentré (..) chez l'enfant ou chez l'adolescent...*

## **Médicaments**

Une approche graduée : M10 privilégie un abord progressif des médicaments, par recours à phytothérapie et homéopathie dans un premier temps.

*M10 : je commence par l'homéopathie (..) Après, la phytothérapie...(..) je mets des anxiolytiques et des antidépresseurs hein, mais d'emblée, je vais commencer par des choses douces. Je préfère revoir le patient*

*Autres références : M13*

Pour M13 l'abord psychothérapeutique, par un confrère spécialisé le cas échéant, doit prendre le pas sur une surenchère médicamenteuse.

*M13 : je prescris beaucoup d'homéopathie pour ça... quand je vois que ça ne suffit pas, (..) je passe la main facilement. D'abord à la psychologue...*

*Autres références : M10, M16*

A l'inverse, M19 tend à utiliser les médicaments au début, à la phase aiguë, pour envisager une prise en charge spécialisée ultérieurement, après réévaluation.

*M19 : on peut commencer effectivement avec un abord (..) médicamenteux, par exemple, et puis on se débrouille, on avance (..)*

M07 précise : anxiolyse légère dans un premier temps, pour diminuer la souffrance puis réévaluation pour initiation d'un traitement antidépresseur ou adressage.

*M07 : Je commence par un (..) anxiolytique léger, (..) pour baisser (..) le seuil de souffrance (..) Et si le patient voit sa souffrance s'accroître, là, je parle psychologue et (..) traitement antidépresseur*

Enfin, en cas d'épisode dépressif caractérisé, M13 insiste sur la nécessité d'un traitement médicamenteux pour soigner ce qui constitue une véritable maladie.

*M13 : s'il y a un syndrome dépressif majeur (..) ils ne pourront pas s'en sortir tout seuls. (..) Je leur explique que c'est une pathologie. (..) Donc (..) oui, je passe la main, et oui, je traite.*

Le semestre en psychiatrie de M14 lui permet d'aborder avec aisance, quand nécessaire, les ajustements thérapeutiques.

*M14 : s'ils ont un traitement en place et que ça ne va pas, en général je le change. (..) avec mon stage de psychiatrie, j'ai pas mal d'expérience (..) je suis (..) à l'aise (..) Je n'ai pas trop peur des dosages non plus, même si je fais vraiment attention*

Un usage limité, sous contrôle et défini dans le temps: A plusieurs reprises, mes interlocuteurs soulignent que le médicament est surtout un pis-aller, et ne doit pas être le cœur de la réponse apportée à la souffrance psychique.

*M09 : pas trop de médicaments (..). Je pense que ça, ce n'est pas trop la réponse.*

*Autres références : M03, M13, M15*

A l'introduction d'un traitement antidépresseur, M03 insiste sur les modalités de prise et la durée du traitement.

*M03 : je leur dis qu'il y a un début et qu'il y a une fin. (..) Je leur dis que l'on va faire les quatre saisons*

*Autres références : M17*

M14 précise que les modalités d'administration doivent rester sous le contrôle strict du médecin traitant lorsque c'est lui qui gère l'épisode.

*M14 : je m'occupe (..) d'encadrer. (..) je leur dis systématiquement «(..) si vous voyez que ça va mieux, pour l'arrêter il faudra venir me voir pour que l'on fasse la décroissance et tout ».*

*Autres références : M15*

**Recours aux spécialistes:** Malgré le frein financier évoqué précédemment, la proposition d'un suivi psychologique est fréquente quand s'en pose l'indication.

*M14 : de toute façon, s'il y a un traitement je leur dis «Le traitement, ça ne va pas suffire. Il faut qu'il y ait de la psychothérapie à côté».*

La difficulté d'accès aux psychiatres a déjà été évoquée. Les médecins ne s'y décident qu'en cas d'absolue nécessité : pathologie psychiatrique manifeste avec situation d'urgence ou idées suicidaires. A moins de pouvoir assurer au patient un accès ambulatoire rapide à un confrère psychiatre dans son réseau de collaborateurs.

*M14 : Si vraiment c'est urgent (..) j'adresse soit vers les urgences de Clermont, les urgences du secteur. Soit, j'appelle mon collègue d'ici, pour essayer de voir le patient rapidement.*

*Autres références : M08, M09, M10, M13*

Certains déplorent devoir recourir à l'Unité d'Accueil Urgences (UAU) du CHI de Clermont pour des cas ne relevant pas *stricto sensu* d'une consultation aux Urgences psychiatriques. L'aspect stigmatisant de cet adressage est un frein supplémentaire.

*M09 : Enfin, c'est tout de suite qu'il faut le gérer (..) les adresser au CHI en urgence pour un avis psychiatrique, ça peut être violent pour eux. Parce qu'ils ne relèvent pas toujours d'une urgence psychiatrique.*

*Autres références : M10, M13*

Dans ce tableau, le ressenti de M14 dénote. Son expérience du secteur psychiatrique semble lui avoir fourni le réseau et la familiarité nécessaire avec les traitements pour mener à bien ses prises en charge ambulatoires en évitant de recourir à l'UAU.

*M14 : J'ai fait un stage en psychiatrie (..) de six mois, ça faisait partie de mon internat donc (..) je connais pas mal le réseau. (..) du coup, dans le coin j'ai des psychologues qui, je sais, sont fiables et que je conseille. Et j'ai (..) des contacts à*



*l'hôpital (..) avec des médecins qui étaient mes chefs (..) et que, (..) je n'hésite pas à contacter si j'ai une question ou un cas un peu difficile*

**Arrêt de travail:** Il fait partie de l'arsenal thérapeutique. Il est parfois même utilisé malgré le patient, affirme M17.

*M17 : je vais être un peu directive, quand il s'agit d'un arrêt maladie qui me paraît nécessaire, je vais plus ou moins le forcer en fait. Ça peut arriver que je force.*

## **v. Gestion de l'intimité**

### **Présence de tiers**

Admise : Beaucoup de praticiens acceptent la présence de tiers, sous condition qu'elle soit souhaitée par le patient et ne gêne pas le déroulement de la consultation.

*M01 : Et il faut que ce soit d'eux que cela vienne. S'ils me disent: je veux venir avec untel, je demande pourquoi? (..) On a une explication sur le pourquoi, le comment....*

*Autres références : M05, M10, M12, M14, M15, M18, M19, M20*

Ce tiers apporte parfois un complément d'information.

*M12 : si le tiers est en cause, (..) on va le laisser et puis, le faire parler aussi.*

*Autres références : M04, M10, M14, M19*

Embarrassante : Pour M14, la présence du tiers est à endiguer et canaliser pour ne pas empiéter le colloque singulier censé s'opérer au cabinet.

*M14 : les tiers (..) envahissants, j'essaye de les canaliser, (..) je me tourne exclusivement vers la personne qui est malade, et je vais même dire au tiers «On va voir ce qu'il a à dire»*

M12 précise que la présence d'enfant est gênante, car elle focalise l'attention de l'adulte qui consulte, alors que celle d'adultes tiers est bien tolérée. Il laisse au parent le soin, quand c'est possible de déposer l'enfant en salle d'attente.

*M12 : un enfant, c'est (..) plus compliqué... parce qu'il y a moins de disponibilité de la part de la personne. (..) quelquefois, je donne un jouet à un enfant pour qu'il aille (..) jouer (..) Ce n'est pas moi qui fais sortir, la plupart du temps c'est... la maman*

Le cas des adolescents est plus délicat. Après accueil initial des personnes et évaluation du motif de consultation, certains font sortir l'adulte.

*M05 : pour (..) les ados quelquefois je vois avec le parent, et ensuite je fais sortir le parent pour me retrouver toute seule avec l'ado.*

*Autres références : M06, M11, M15*

Évitée : le tiers biaise la consultation dans certaines situations.

a) Demande de tête-à-tête : Beaucoup de médecins n'hésitent pas à faire sortir un tiers adulte lorsque nécessaire : consultations de mineur, souffrance psychique et thématiques de couple sont souvent évoquées.

*M07 : lorsque ce sont des enfants, des couples ou des ados, (..) je reçois les personnes et quand on aborde le problème (..) souvent, je fais sortir le tiers. (..) il y a des cas où tu les laisses assister? Non. (..) Je n'ai jamais eu de refus.*

*M11 : mettre le mari dehors, ça ne me pose pas de problème.*

*Autres références : M05, M13, M16, M20*

b) Proposition de consultation ultérieure : Certains poursuivent la consultation à plusieurs, mais proposent de revoir le patient seul par la suite.

*M17 : la consultation d'après, je demande à ce que la personne soit seule, en fait. Le tiers, souvent, interfère, oriente les réponses du patient et le patient garde une certaine retenue.*

*Autres références : M04, M13, M18*

**Téléphone** : Pour beaucoup, le téléphone reste branché pendant la consultation. L'interviewé explique qu'il y a peu de chance, de toute façon, qu'il soit dérangé, car le secrétariat filtre les appels.

*M09 : on n'est pas dérangés (..)A moins vraiment d'un problème, sinon elle ne nous passe pas les coups de fil.*

*M10 : maintenant j'ai un télésecrétariat, donc mon téléphone sonne moins. Quand ça sonne, c'est quelque chose d'urgent*

*Autres références : M06, M13, M14, M15, M16, M17*

D'autres affirment ne pas répondre même s'il vient à sonner. Ignorer la sonnerie devant le patient, où décrocher ostensiblement le combiné en début d'entretien, sont des moyens de signifier l'importance de ce dialogue et du temps qui lui est consacré.

*M20 : sur ce genre de consultation non. (..) Je ne réponds pas.*

*M12 : il m'arrive de faire comme ça, là. [un des combinés est en train de sonner, et le médecin l'ignore ostensiblement devant moi]*

*M10 : je décroche mon téléphone. Enfin, je le mets, voilà, [en faisant le geste de décrocher le combiné de son socle] et ça sonne occupé*

*Autres références : M01, M02, M04, M11*

M02 et M03 affirment néanmoins décrocher dans les rares éventualités où le secrétariat tenterait de les contacter pour une urgence.

*M02 : quand c'est le secrétariat, je décroche. Si c'est quelqu'un d'autre, (..) jamais, (..) en consultation, quelle qu'elle soit.*

## vi. Paiement

Pour tous les médecins auxquels la question a été posée, le paiement était classiquement effectué à l'acte.

### 2.4.2. Relation thérapeutique

**i. Une relation privilégiée à cultiver :** La qualité de la relation entre médecin et patient est un thème récurrent. Pour M01, la création d'une relation inter-personnelle constitue le socle fondamental de la prise en charge.

*M01 : le but, c'est (..) arriver à créer une vraie relation, (..) tu dois créer un truc qui est «la confiance du relationnel». Tu ne confies pas ton corps et ton esprit à quelqu'un (..) sans raison et pas du jour au lendemain non plus. (..) Quand je me suis fait opérer (..), mon genou tu le prends, tu fais ce que tu veux, je ressorts dans 8 jours et c'est fini! Mais, je ne lui confie pas ma vie, mon « moi ».*

M14 voit sa fonction comme un rôle pivot d'encadrement, ancrée dans la stabilité d'une relation au long cours.

*M14 : Je balise (..). Et je m'assure que tout se passe bien. (..) mon objectif c'est vraiment l'encadrement... pour ne pas qu'ils se retrouvent dans la nature et isolés, (..) offrir un guide, un support.*

**ii. Positionnement en psychothérapeute :** Les interviewés récusent un positionnement en psychothérapeute.

*M03 : je ne suis pas un psychothérapeute... Pour moi, c'est le travail de base du médecin généraliste, pour lequel on n'est pas assez formé à la fac, ça c'est évident.*

*Autres références : M01, M02, M04, M05, M06 M08, M10, M11, M12, M13, M15, M16, M17, M18, M19*

Fréquemment, ils tiennent à réaffirmer un rôle somaticien prioritaire.

*M07 : systématiquement, (..) je prends la tension, pour qu'il y ait (..) une partie de médecine « normale », normale = médecine somatique*

*M14 : J'essaye de garder mon rôle (..) je fais toujours un examen clinique (..) Il y a toujours cette part (..) du somaticien que je tiens à préserver.*

*Autres références : M04, M08, M10, M11, M12, M20*

Même si ce positionnement en psychothérapeute est récusé, ce sont les patients eux-mêmes qui parfois tendent à attribuer ce rôle au médecin, souligne M01.

*M01 : des fois ils disent «vous feriez un bon thérapeute!». C'est eux qui le disent (..) mais moi je ne me pose pas en thérapeute.*

*Autres références : M04, M07, M09*

M12 propose au patient d'évaluer, en fin de consultation, la nécessité d'un adressage.

*M12 : vous seriez allé voir un psy, finalement on aurait peut-être fait un peu la même chose ... (..) Si ça marche comme ça, on peut continuer, si (..) vous pensez qu'il y a quelque chose (..) plus problématique (..) pourquoi ne pas voir avec un professionnel.*

### **iii. Type de communication**

#### **Communication verbale**

Chez beaucoup, les entretiens sont ouverts.

*M07 : Je le laisse parler... et puis, voilà.*

*Autres références : M01, M02, M03, M06, M08, M11, M19*

D'autres évoquent un entretien semi-directif.

*M15 : Ca dépend de mon humeur [rires]... C'est souvent semi-ouvert. (..) c'est surtout aussi pour les amener à quelque chose.*

*Autres références : M14, M17*

On retrouve fréquemment une technique d'entonnoir, l'entretien initialement ouvert devenant plus ciblé à mesure qu'on progresse dans l'identification des problèmes.

*M16 : j'essaye d'être plutôt ouverte, mais quelquefois un peu semi-directif pour les aiguiller, les aider un peu à voir des choses.*

*Autres références : M04, M09, M12, M13, M14, M18, M20*

M06 et M13 affirment s'adapter à l'espace d'autonomie dans lequel évolue le patient.

*M06 : ça dépend (..) Les patients d'un médecin d'à côté (..) sont (..) passifs (..)... si je les autonomise tout de suite, ils sont totalement perdus (..) je leur dis ce qu'il faut faire. Et d'autres, bah non. Les cadres, les gens un peu plus intellectuels (..) il faut que ça viennent d'eux, sinon ils ne le font pas du tout.*

#### **Communication non verbale**

S'asseoir à côté du patient : M10 et M13 mentionnent un rapprochement physique comme moyen d'accompagner le patient .

*M10 : Si vraiment je vois qu'il est en souffrance, je peux m'asseoir à côté de lui et... me rapprocher de lui, voilà.*

Le temps du geste : Outre le rapprochement physique, et le fait de décrocher le combiné, un geste est parfois le moyen d'accompagner le patient dans sa souffrance.

a) Toucher le patient.

*M13 : il y a des personnes où il ne faut pas trop s'approcher (..) d'autres oui. Ne serait-ce que, (..) une main sur l'épaule... (..) «N'hésitez pas», avec ça, ils se sentent bien... (..) qu'ils sachent que ce n'est pas parce que la consultation elle est terminée, là, ce jour-là qu'on ne les accompagne pas.*

*Autres références : M10, M17*

b) Aller chercher des mouchoirs pour le patient.

M13 fait référence à une expérience traumatique lorsqu'elle était elle-même patiente, qui l'a poussée à choisir, à dessiner, l'emplacement de la boîte de mouchoirs.

*M13 : les mouchoirs, ils sont là-bas [en désignant la boîte de mouchoir sur la paillasse, contre le mur au fond de la pièce (..)]. (..) je les mets là-bas, et je vais les chercher (..) ça aide la personne à se sentir à l'aise déjà... à être moins gênée (..) Moi, je me dis que quand je pleure, je ne voudrais pas que la personne me regarde en train de pleurer... (..) non, il ne faut pas faire ça.*

c) Préparer un café :

*M09 : après je peux aller faire le café pour le patient hein, ça ne me dérange pas. Des fois, on se pose et je dis « je vais faire un café »... et j'en fais un pour le patient.*

### **2.4.3. Outils conceptuels**

Les médecins recourent à différents outils dans leurs échanges, certains utilisés par tous, d'autres mentionnés par certains uniquement.

**i. Ecoute empathique, soutien et réassurance :** Les notions d'écoute empathique, de soutien et de réassurance semblent partagées par tous.

#### Ecoute empathique

*M04 : l'écoute (..) le simple fait de parler, d'avoir un interlocuteur et de pouvoir parler librement, c'est déjà une thérapie.*

*M13 : l'écoute, (..) Je me mets à la place des autres, et je dis ce que je voudrais que l'on me dise aussi (..) Et souvent ça marche*

*M03 : jouer dans l'empathie, dans l'accompagnement et dans la compréhension (..) je ne peux pas donner de solution miraculeuse au patient, mais je peux expliquer.*

#### Réassurance sur le respect du secret, exergue du positif et renarcissisation:

*M11 : je leur rappelle que (..) je ne pourrai jamais le redire (..) je leur rappelle le secret médical.*

*M19 : le renforcer (..) Mettre en avant les points positifs, (..) c'est (..) important. (..) revaloriser ce qu'ils savent faire, ça a toujours été positif.*

*Autres références : M01, M02, M05, M06, M07, M08, M09, M10, M12, M14, M15, M17, M18, M20*

**ii. Autres outils :** Les médecins disposent dans leur « boîte à outils » de divers autres moyens pour mener à bien les échanges avec leurs patients.

Reformulation : pour s'assurer d'une bonne compréhension, pour faire le tri, pour la mise en exergue du positif.

*M19 : je vais faire de la reformulation (..) ça rassure un peu tout le monde. Pour le patient, il a l'impression qu'on l'a bien écouté (..) et puis (..) moi, je réassure par rapport à ce que j'ai cru bien comprendre ou bien percevoir.*

*Autres références : M01, M03, M06, M08*

**Suggestion** : utilisée pour guider le patient et l'aider à avancer dans sa réflexion

*M03 : je parle de symptômes pour les amener à me dire pourquoi (..) leur dire « c'est important ce que vous dites là. » (..) C'est ma phrase (..) on peut rebondir (..), ou c'est le point dont ils n'avaient pas forcément réalisé l'importance et qu'ils vont pouvoir travailler avec le psychologue.*

*Autres références : M02, M11, M12, M19*

**Synchronisation** : pour faciliter la compréhension du patient et la communication.

*M03 : utiliser son vocabulaire uniquement.*

*M07 : je vais m'adapter (..) je vais rentrer dans son jeu. (..) **Quel est le but?** Établir une relation de confiance, qu'il se laisse aller, qu'il puisse parler.*

**Humour** : il aide parfois à cadrer les choses en douceur.

*M11 : quand je vois que c'est un peu délicat... (..) j'ai un petit trait d'humour, en demandant « Vous êtes sûre que tout ce que vous allez me dire, il a besoin de l'entendre? »*

**Relaxation** : M02 propose parfois des techniques de relaxation.

*M02 : quelqu'un qui a beaucoup de stress, je vais lui proposer des exercices de cohérence cardiaque ou des choses comme ça*

## **2.5 Gestion des affects et professionnalisme**

**2.5.1. Affects du médecin généraliste** : Les difficultés de la prise en charge conduisent fréquemment le médecin à se remettre en question, et ce pour divers motifs :

### **i. Un professionnalisme mis à l'épreuve**

Projection de la vie privée sur la sphère professionnelle

*M12 : les gens vous racontent leurs problèmes (..) et (..) vous avez l'impression qu'ils vous racontent votre vie. (..) je me dis « Merde ! Comment se débattre... alors que moi j'ai déjà eu des difficultés avec ça ! »*

*M03 : c'est toujours ce que cela fait revenir en soi (..) C'est notre propre histoire qui, dans l'affect, est projetée. (..) la vie privée*

*Autres références : M09, M12*

### Affinité variable avec le patient

*M04 : j'essaye (..) de ne pas faire d'inégalité (..). Mais (..) certains patients, (..) on va avoir plus de mal (..) il y a des patients (..) avec lesquels je vais être (..) moins à l'écoute*

M09 et M12 soulignent un lien renforcé avec le patient lorsque les épreuves ont été traversées ensemble avec succès.

*M09 : j'en ai eu 3 (..) avec tentative de suicide et autres, mais (..) je trouve ça intéressant (..) ils s'en sont sortis tous les 3 (..) j'ai un lien très particulier et ça, je trouve ça sympa.*

**ii. Frustration :** Liée aux conditions difficiles de l'exercice au quotidien, elle apparaît de manière récurrente dans le discours des praticiens. Ses causes sont diverses :

Sentiment de trahison, non reconnaissance du travail accompli : Le médecin peut se sentir trahi si, malgré le sérieux du travail accompli ensemble, le patient décide de consulter ailleurs pour « couper » avec un passé qu'il souhaite laisser derrière lui.

*M05: changer de médecin (..) parce que cela a été une période difficile, (..) se retrouver de nouveau en face de la personne qui SAIT, il n'en a plus envie! (..) j'ai passé beaucoup de temps pour ce patient, j'ai donné de ma personne et paf! C'est comme si c'était une trahison.*

Prémices d'un drame non perçus : le médecin peut s'en vouloir de ne pas avoir vu venir le drame.

*M07: des suicides (..) que je n'ai pas (..) vu venir. (..) c'est très difficile à gérer.*

Sentiment d'impuissance :

*M04 : elle s'était suicidée. Une dame (..) que je voyais régulièrement (..) que j'avais déjà essayé d'orienter (..) c'est dur! (..) on se remet toujours en question.*

M15 exprime également un ressenti d'impuissance doublé de colère face à la variété et la quantité de tâches désormais imparties au généraliste.

*M15 : les gens (..) vont voir leur médecin généraliste, mais (..) il a déjà tellement de choses à faire que, ce n'est pas en dix minutes qu'il va réussir à... (..) je suis en colère sur le fait qu'il n'y ait pas de psychiatre (..) les gens ne vont pas très bien. Et (..) on n'a pas trop de trucs à leur proposer...*

*Autres références : M07*

**iii. Epuisement psychique :** M07 précise que cet épuisement l'a mené à la dépression.

*M07 : Il t'est arrivé (..) de ne pas te protéger suffisamment? Oui. (..) ça m'a mené vers la dépression. (..) J'ai fait un burnout (..) D'accord, c'était... Un mélange de tout, (..) Privé, professionnel.*

Il ajoute qu'il doit faire face à des sollicitations croissantes.

*C'est lourd. J'ai l'impression d'avoir de plus en plus de cas... (..) les patients vieillissent etc. Même si au départ ils n'ont pas d'accident de la vie, ils en ont un à un moment ou à un autre*

Pour M15, la proximité avec son patient peut rendre plus ardu le travail de cadrage.

*M15 : Ces consultations-là sont longues parce qu'en plus, on connaît bien les gens. C'est dur de leur dire...*

#### **iv. Anxiété**

*M09 : c'est (..) anxiogène... C'est (..) la souffrance des gens que l'on doit absorber*

#### **v. Expérience douloureuse**

*M05 : c'est toujours douloureux. (..) Après (..) il faut avancer, sinon on arrête tout.*

**iv. Pas de remise en cause :** Pour d'autres, les difficultés rencontrées au quotidien n'entraînent pas de remise en cause.

*M11 : je suis consciente (..) que je ne sauverai pas le monde. (..) je vais faire en sorte que les gens essayent d'aller mieux. Après, s'ils ne vont pas mieux, tant pis.*

*Autres références : M06, M15, M16, M18*

### **2.5.2. Techniques de gestion des affects**

**i. Echanges :** Les interlocuteurs sont divers.

Echanges confraternels : ces échanges peuvent être informels, avec d'autres membres du cabinet ou des connaissances hors cabinet.

*M07 : j'en avais parlé à mon collègue (..) qui m'avait dit « T'inquiète pas, tu fais ce que tu peux et si tu as un problème, tu m'appelles. ». Et ça (..) ça fait un bien fou.*

*Autres références : M03, M05, M09, M10, M12, M13, M14, M15, M16, M17*

Ils se déroulent parfois dans un cadre formel : groupes de pairs, avis auprès du Conseil de l'Ordre, réunions de concertation pluridisciplinaires au sein des Maisons de Santé Pluriprofessionnelles.

*M03 : j'ai fait un groupe de médecins où l'on a fait des évaluations de pratiques pendant une dizaine d'années.*

*Autres références : M01, M05, M14, M19*

Étayage familial : L'étayage familial a également un rôle à jouer.

*M14 : ça reste plutôt axé sur les confrères, mais c'est vrai que des fois, je vais dire à mon mari que j'ai eu un cas compliqué (..) sans jamais donner de nom bien sûr, mais ça m'arrive d'en parler*

*Autres références : M07, M16, M17, M20*



## ii. Prise de distance

Prise de distance psychique : La prise de distance est généralement psychique. Elle se fonde sur des principes variés :

- Dissociation entre sphère privée et professionnelle.

*M18 : mes défenses, c'est... (..) quand je sors du cabinet (bon, je ne dis pas qu'il n'y a pas encore des choses qui me tracassent (..)) mais en principe, quand je ferme la porte, je ferme la porte.*

*Autres références : M07*

- Appui sur l'expérience et le vécu.

1) Recentrage sur soi

*M01 : Il faut que tu restes tel que tu es, sinon tu n'as plus de personnalité. Tu ne peux pas plaire à tout le monde (..) La majorité des gens (..) viennent pour ce que tu es.*

2) Constitution d'une « carapace psychique » avec les années

*M05 : ma première réaction c'est de me mettre «dans ma bulle» (..). Après, il ne faut pas y rester parce que sinon... (..) Bien sûr, on se fait sa carapace.*

3) Gestion de situations spécifiques

*M01 : il y avait ( ...) pas la réa. médicale aux Enfants Malades, donc les enfants, (..) ça tombait! (..) c'est une sensibilisation qui (..) m'a appris aussi à prendre un peu de recul (..) quand je sors d'une consult. difficile*

*Autres références : M07*

4) Psychothérapie personnelle

*M09 : c'était quand même un travail (..) que j'ai fait avec la psychologue avant... d'être moins dans l'affect*

5) Connaître ses limites et savoir passer la main

*M05 : le médecin (..) a ses limites et je crois qu'il ne faut pas qu'il les dépasse.*

*Autres références : M01, M04, M09, M20*

- Evitement

*M09 : Il y a des médecins qui ne veulent pas voir cet aspect-là parce que c'est aussi anxiogène... (..) La consultation (..) dure dix minutes (..) s'il y a un problème psychologique, ils n'en parlent pas.*

*Autres références : M07*

- Une empathie à équilibrer

*M04 : je fais beaucoup d'efforts (..) pour qu'il puisse exprimer des choses (..) très difficiles à exprimer parfois. (..) Après, il faut trouver un juste milieu!*

*Autres références : M03, M07, M09, M13, M15, M18*

- Fierté professionnelle

*M01 : il faut accepter, nous ne sommes pas des commerciaux. Nous ne sommes pas le commercial dont le seul but est d'arriver à vendre sa voiture*

Prise de distance physique: La prise de distance est également physique pour certains.

Le bureau en est l'élément-clef.

*M02 : je garde la distance du bureau, j'ai besoin de cette distance-là, physique, parce que je serais capable de trop m'impliquer émotionnellement (..), pour garder cette distance professionnelle (..) cette distance physique m'aide*

*Autres références : M11*

M18 retient la valeur symbolique du bureau qui, en marquant la frontière entre médecin et patient, assure ce dernier du professionnalisme du premier.

*M18 : le bureau (..) fait que la personne qui est de l'autre côté, elle peut se confier*

Prise de distance temporelle :

- Espacement des consultations dans la journée.

*M04 : j'essaye de ne pas les regrouper (..) je trouve ça difficile d'en voir plusieurs d'affilée (..) ce sont des consultations (..) assez lourdes*

*Autres références : M11*

- Limitation de la durée de la consultation

*M09 : pas des consultations trop longues, dans la mesure où après ça a trop d'impact sur nous (psychologique).*

Formations et apprentissages spécifiques :

*M01 : On a (..) été sensibilisés à ce qu'était l'empathie (..) : arrêter de faire de la sympathie complète ou de l'antipathie complète. Arriver à vraiment «déposer sa casquette» quand on sort*

*M04 : il m'est arrivé de faire des formations sur la Communication (..) sur l'Approche de la mort... (..) j'ai envie d'en faire plus! (..) ça nous aiderait (..) à mieux prendre en charge les patients, et (..) contribuerait aussi à nous protéger*

Psychothérapie ou analyse personnelle :

*M01 : j'ai (..) fait un peu de psychothérapie à titre personnel, de réflexions que je me suis imposées (..) il est vrai que je prends beaucoup plus de distance qu'avant.*

*Autres références : M04, M07, M09, M16*

### iii. Renforcement positif des affects du médecin

#### Fierté pour la confiance accordée

*M01 : tu as des gens qui te disent « (..) je viens vous voir pour un avis (..) parce que je vous fais confiance », (..) tu te dis «j'ai construit quelque chose» (..) là, j'ai fait de la vraie médecine générale. La vraie.*

#### Persistance du lien avec le patient

*M05 : **Il reste dans ce cabinet médical-ci.** Oui, donc il y a un lien, ils ne le disent pas mais finalement, je le prends bien*

*Autres références : M01*

#### Satisfaction des patients

*M01 : le but, c'est (..) que, quand ils sortent, ils soient bien contents de ce qu'il s'est passé et qu'ils se disent « Bon, j'avance. »*

#### Justification du comportement du patient

*M05 : c'est nécessaire pour lui s'il veut continuer à avancer, de ne plus me voir. Et je le comprends. Peut-être que je ferais la même chose... Voilà, ça paraît logique comme démarche en fait, si on y réfléchit!*

### iv. Comportement physique

#### Se défouler :

*M05 : **vous avez une méthode pour gérer ça?** (..) Allez hurler dans les bois! [rires] (...)  
Ca m'arrive, pas dans les bois mais dans ma voiture, oui. Oui, on fait des choses comme ça. Des petites méthodes.*

#### Rapprochement physique :

*M10 : J'ai accompagné une dame en Soins Palliatifs à domicile (..) je suis retournée sur la tombe (..), j'ai embrassé toute la famille, (..) j'avais besoin (..) de le faire, parce que la patiente avait 40 ans et que (..) je ne pouvais pas imaginer ne pas les accompagner... **donc la proximité physique...** Oui, je pense que des fois, on en a besoin*

**2.5.3. Rôle décisif de l'affinité pour la psychothérapie :** Les praticiens qui ressentent une affinité pour la psychothérapie ont un abord plutôt positif des problématiques rencontrées.

*M04 : j'ai envie d'en faire plus! (..) il y a beaucoup (..) de choses en médecine générale qui pourraient se dénouer beaucoup plus facilement si on avait des outils. **Une préparation ?** Oui, si on était mieux formés.*

*Autres références : M02, M12, M16*

Ceux d'avis contraire semblent mal vivre cette contrainte inhérente à leur travail.

*M08 : on va s'investir (..) plus dans des sujets qui nous intéressent. Moi par exemple, ça va être la gynéco (..) parce que j'ai une formation et (..) je sais ce que je fais. Pour la psy, non. Et puis, c'est pas quelque chose qui m'intéresse.*

## **DISCUSSION**

### **1. Caractéristiques des répondeurs et choix de la méthode**

Il s'agissait d'une étude qualitative. L'objectif n'était donc pas d'avoir une représentativité d'une population ni de quantifier des opinions ou pratiques mais de faire émerger le maximum de variétés d'opinions et de pratiques sur les différents thèmes. L'hétérogénéité des interviewés était donc nécessaire. Cependant je n'ai pu, malgré diverses tentatives, réaliser d'entretien avec des praticiens exerçant en milieu rural. Par ailleurs il faut noter un nombre relativement important de praticiens ayant fait une psychothérapie personnelle ce qui pourrait être un biais de sélection à moins que ce fait soit finalement assez répandu chez les généralistes.

### **2. Une pratique aux contours flous pour les médecins et non ou peu contractualisée explicitement**

L'effet psychothérapeutique peut être compris comme le résultat bénéfique d'une action sur le psychisme en souffrance ou dysfonctionnant, par divers moyens dont la psychothérapie. Mais effet psychothérapeutique n'est pas synonyme de psychothérapie. Celle-ci peut être définie comme une thérapie sur le psychisme par la psyché reposant sur un socle conceptuel de connaissances sur le psychisme et se réalisant dans un cadre défini, structuré avec des objectifs, une méthodologie, des outils propres, une évaluation, une éthique.

Sa définition est difficile pour les médecins interviewés, et ce pour diverses raisons apparues au cours des interviews : une formation initiale insuffisante, l'estimation de ne pas être psychothérapeute et de ne pas faire de psychothérapie, le constat d'expérience que sous ce terme on voit de tout, voire un doute sur sa pertinence, l'absence d'intérêt pour sa définition. Peut-on, dans ces conditions, avoir un effet psychothérapeutique ou mener une véritable psychothérapie sans connaître ni s'interroger sur les concepts qui sous-tendent ce que l'on fait? Eclairer ces notions en développant un savoir de base chez les médecins généralistes les aiderait-il à mieux trouver leur place et optimiser leur pratique psychothérapeutique? La difficulté à définir la psychothérapie explique pour partie leur incapacité à expliquer spontanément de façon structurée leur pratique psychothérapeutique. On parle justement, en médecine générale, de psychothérapie non structurée pour cet exercice, et peu de travaux se sont penchés sur la spécificité et la réalité de cette pratique. Balint, lui, affirmait que davantage que l'acquisition d'un savoir, c'était un savoir-faire en situation qu'il fallait aider le praticien à acquérir (6).

On constate néanmoins que les médecins parviennent à mettre du contenu derrière les éléments qui définissent une psychothérapie. Certes, ils ne se placent pas en psychothérapeute,

titre pour eux associé à une formation et un diplôme spécifiques, mais ils revendiquent un effet psychothérapeutique dont beaucoup estiment qu'ils sont, dans bien des cas, les seuls à pouvoir faire bénéficier les patients. Cependant, on peut légitimement se demander si ces effets psychothérapeutiques revendiqués sont conformes aux principes mêmes d'une psychothérapie, censée être basée sur un contrat de soin explicite préalablement établi. Les médecins semblent s'appuyer ici sur le contrat implicite auquel font allusion les interviewés, qui lie médecin traitant et patient pour intégrer de façon quasi-inconsciente l'élément psychologique à toutes les étapes de la prise en charge, sans qu'il y ait besoin de contractualisation formelle. Ce contrat est associé à la position de médecin traitant, mais également, assez souvent, au maintien du patient dans l'espace primaire, au sein duquel il s'en remet au praticien pour toute décision, et où ce dernier sert de pare-excitation au patient (7). Cette absence de contrat de soin psychothérapeutique explicite paraît arranger et le patient, qui en recourant à son médecin référent évite une représentation angoissante associée à une consultation chez le psychothérapeute, le psychologue ou le psychiatre, et le médecin, qui se refuse à se définir comme psychothérapeute. Néanmoins, elle n'empêche en rien la reconnaissance du caractère psychologique des problèmes pris en charge ni la recherche de solutions d'ordre psychothérapeutique. C'est uniquement lorsque la prise en charge psychologique se focalise sur des points précis ou lors de l'adressage spécialisé que le contrat devient explicite.

### **3. Fondée sur une relation médecin-patient particulière**

La pratique psychothérapeutique est fondée sur une relation interpersonnelle pour provoquer une mobilisation du psychisme. Les médecins généralistes savent que c'est la base de leur action psychothérapeutique, et que la spécificité et exclusivité de cette relation entre médecin traitant et patient fait la spécificité de leur pratique psychothérapeutique.

#### **3.1 Une approche globale à double tranchant**

La première spécificité relevée par les interviewés est une approche globale du patient, à savoir une appréhension simultanée de l'individu dans ses 3 dimensions, biologique, psychique et sociale, dans le cadre d'un modèle holistique. En ce sens, sa démarche peut être rapprochée des psychothérapies intégratives, car elle permet de faire lien entre le somatique, le psychique et l'environnement lors des séances. Cependant il convient de s'interroger sur les limites de cette approche en matière psychothérapeutique, car on ne peut ignorer le risque d'interférence délétère d'un domaine sur l'autre lors d'une prise en charge simultanée des champs somatique, psychologique et environnemental par le médecin : un échec de la relation sur l'un des aspects de cette prise en charge globale peut avoir des répercussions sur les autres

domaines. Il peut également y avoir focalisation du médecin ou du patient sur un volet de la prise en charge, ne permettant pas la libre expression du patient, ou gênant les autres aspects de la prise en charge.

De la même façon, la position de médecin de famille ou de groupe de vie est citée comme un atout majeur pour une meilleure connaissance du patient, directement ou indirectement, afin de l'aider à gérer ses relations avec les autres et agir, le cas échéant, sur son environnement, notamment humain. Cette situation présente cependant des risques : Participer aux activités de la communauté, comme l'ont mentionné certains, enfreint la règle de l'abstinence. Soigner les autres membres d'une famille expose au risque de se voir utiliser comme messenger au groupe et peut mettre le praticien en position délicate, à plus forte raison si les protagonistes ne sont pas vus ensemble. A cet égard, si l'approche du médecin généraliste est différente de la thérapie familiale, il serait intéressant d'étudier comment le médecin de famille se situe lorsque le patient souffrant n'est que le symptôme du dysfonctionnement d'une famille qu'il suit par ailleurs.

### **3.2 Une accessibilité à assumer**

L'accessibilité du généraliste, comme premier recours dans le système de soin, a été évoquée comme un atout pour le patient, et se décline sur plusieurs fronts. L'accessibilité financière, d'abord, par le remboursement et le non dépassement tarifaire, ce qui n'est pas le cas d'autres psychothérapies. L'accessibilité temporelle, du fait d'une offre spécialisée insuffisante entraînant des délais étendus, de la non prise en charge fréquente en urgence et lors des crises par ceux-ci. Accessibilité fonctionnelle, enfin, le patient attribuant volontiers à son praticien le rôle de psychothérapeute provisoire, voire même de substitution dans la durée. Cependant, ces situations où le généraliste se trouve quasiment seul en position de psychothérapeute sans en avoir toujours les moyens, les compétences ni le souhait, n'est pas idéale en psychothérapie.

### **3.3 Un suivi sans limite dans le temps, au-delà du passage de relai**

Pour les interviewés, leur rôle de coordination et de garant de la continuité des soins lors d'une prise en charge psychothérapeutique est primordial. Ils doivent préparer le patient, l'orienter et passer le relai au spécialiste, mais n'en continuent pas moins à accompagner psychologiquement le patient, et ce même lorsque la psychothérapie est finie. Il y a là une particularité de la pratique généraliste à laquelle certains font allusion lorsqu'ils affirment que chez eux, la thérapie n'a « pas de fin » et est en évolution constante, au gré des contacts et des événements de vie du patient.

### **3.4 Une connaissance du patient parfois encombrante**

A travers ces divers aspects du travail du médecin généraliste, médecine globale, premier recours, continuité des soins et coordination des prises en charge, médecin de famille, se tisse au fil du temps une relation médecin-patient particulière. Pour beaucoup, il s'agissait là de la clef de voûte d'une pratique psychothérapeutique spécifique dont elle permet l'optimisation : connaissance antérieure approfondie du patient, de ses évolutions, de son environnement, confiance installée, libération plus facile de la parole, gestion étalée des problèmes. Certains médecins ont objecté néanmoins que trop de connaissance du patient, trop de proximité voire d'implication sur d'autres aspects de la vie du malade peut nuire à une bonne prise en charge. Un interviewé affirme ainsi ne pas donner toutes les informations sur le patient lorsqu'il oriente, laissant au patient le choix d'exprimer ce qu'il souhaite et au psychothérapeute la possibilité d'avoir un regard neuf. Certains médecins ont considéré comme un atout à préserver le libre choix du médecin traitant, ce qui n'est pas forcément le cas pour d'autres psychothérapeutes.

### **3.5 Un objet peu ciblé et des objectifs multiples**

Les situations où les médecins estimaient faire de la psychothérapie étaient variées et très médecin-dépendantes. Certains se focalisaient sur des troubles psychiques bien définis nosologiquement, d'autres incluaient le mal-être sous toutes ses formes, ou encore faisaient de celle-ci une composante permanente de leur pratique pour tout motif de consultation. A cette variété d'objectifs s'applique ainsi une variété de méthodes : il n'est pas étonnant dès lors que la psychothérapie du généraliste soit difficile à cerner.

Aussi, les objectifs fixés par les médecins à leur psychothérapie étaient très généraux. Ici l'objet est peu ciblé, ce qui n'est pas le cas d'autres psychothérapies travaillant sur les cognitions, le comportement, le symptôme, la compréhension du pourquoi et du comment, l'interaction avec le milieu. L'objet était la personne, et l'objectif de l'aider, l'accompagner, la soutenir psychologiquement à travers les épreuves pour faire disparaître sa souffrance, l'aider à reconquérir son autonomie, assurer le retour à un équilibre familial et social. En ce sens, cette approche s'apparente aux psychothérapies humanistes et à la psychothérapie de soutien. Mais on ne peut confondre une simple relation de soutien, inhérente à une bonne partie de l'activité médicale, des techniques de soutien utilisées dans les psychothérapies de soutien, et une psychothérapie de soutien.

## **4. Méthodologie et moyens : des caractéristiques propres à la médecine générale.**

Les moyens et la méthodologie utilisés par les médecins montraient quelques particularités.



#### **4.1 Feeling et autodidactisme**

La première particularité était l'importance des notions de feeling et d'autodidactisme. S'il peut s'apparenter au sixième sens que le médecin, avec la pratique, développe dans sa démarche clinique, il traduit également un manque de conceptualisation et de structuration de l'approche psychothérapeutique. Cela suggère aussi que plus que la technique de soutien, c'est la personne du médecin, la relation réelle qui interviennent dans le processus thérapeutique, avant l'alliance de travail ou la configuration transférentielle. Des recherches récentes sembleraient d'ailleurs confirmer qu'en matière de psychothérapie, quelle que soit la technique employée et son degré de structuration, c'est avant tout la personnalité du thérapeute et la qualité du lien tissé avec celui-ci qui augurent du succès de la prise en charge (8).

#### **4.2 Une variété de techniques, à dominante non directive et empathique.**

La deuxième particularité était la variété des techniques employées. La dominante relève de la psychothérapie non directive de Carl Rogers et du concept d'empathie. Dans les interviews apparaissaient régulièrement les notions d'empathie, d'écoute, de reformulation, synchronisation, suggestion, réassurance. Ces résultats concordent avec ceux d'autres travaux réalisés sur la pratique psychothérapeutique des généralistes, par exemple en Poitou Charentes (9). Le recours à l'humour et à la relaxation est également mentionné. Peu ont esquissé un travail sur une compréhension partagée du problème, une démarche explicative, déculpabilisante et une promotion d'un changement positif du comportement. La dimension conseil y était alors forte. Quelques praticiens évoquent l'interprétation, mais en se contentant de donner une formulation plausible à ce qui est vécu par le patient, et non un travail sur le transfert.

La psychothérapie de soutien est souvent décrite comme éclectique (10), à savoir empruntant au gré des besoins des techniques issues d'autres psychothérapies plus spécifiques pour les sélectionner et les ajuster à chaque cas, la finalité restant le soutien. Cependant, très peu de médecins évoquent l'utilisation de techniques issues des thérapies cognitivo-comportementales, qui visent à une déconstruction-reconstruction du comportement et pourraient avoir leur place dans la « boîte à outils » du généraliste, tout autant que le renforcement du positif et des défenses saines du patient préconisé dans les psychothérapies de soutien. Cette faible évocation peut surprendre car la psychothérapie d'accompagnement en soins primaires, certes peu conceptualisée l'a été cependant dans le cadre du suivi de la dépression et des troubles anxieux (22). Cela dans une approche très voisine des thérapies cognitivo-comportementales. Cette approche voisine est d'ailleurs aussi retrouvée dans l'éducation en santé (11), à laquelle les généralistes sont de plus en plus formés et pratiquants.

### **4.3 Un manque de structuration**

Une explication peut être trouvée dans l'absence de structuration de la démarche du généraliste, ce qui constitue la troisième caractéristique de leur pratique, tant à l'étape diagnostique qu'à celle de l'évaluation de la progression et des résultats. L'approche subjective, au feeling, reste dominante. L'évaluation est là, mais s'appuie plutôt sur des critères propres à chaque médecin. Grilles d'évaluation et scores étaient très peu cités et plutôt rejetés, les médecins préférant évaluer les patients à l'aune de leur expression verbale, de leurs dires et peut être plus encore de leur expression non verbale, le faciès notamment. Les dimensions connaissance antérieure du patient et durée de la relation jouaient un rôle majeur. Le peu d'accent mis sur la prise de notes dans le dossier concernant le psychologique et la progression du travail est probablement aussi en rapport avec cette absence de structuration de la prise en charge psychologique, au-delà des arguments légitimes sur l'aspect chronophage des saisies et la non sécurisation de données sensibles.

### **4.4 Plasticité du cadre spatio-temporel**

La quatrième caractéristique réside dans la prise en compte par les médecins du cadre spatio-temporel de leur psychothérapie et de son intégration dans leurs conditions générales d'exercice. Certes, son lieu habituel est le cabinet, territoire du médecin. Le domicile du patient, territoire du patient, n'en est cependant pas exclu. Les médecins avaient conscience de l'importance de l'intimité, qui préserve la qualité de la relation et favorise l'expression du patient, comme en attestait la gestion de la présence d'un tiers ou le besoin de ne pas être dérangé par le téléphone lors de l'entretien. Mais la gestion de ces aspects était au cas par cas, et très médecin-dépendante, notamment de son organisation du cabinet. C'est toute la complexité du travail de médecin de famille, où il s'agit de maintenir une accessibilité rapide, notamment téléphonique, pour l'ensemble de ses patients, tout en préservant les conditions du colloque singulier.

Les médecins ont exprimé la gestion de l'espace qu'ils faisaient dans le cadre de leur psychothérapie. Le face-à-face de part et d'autre d'un bureau déterminant, limitant les espaces et la distance de chacun était la situation la plus fréquente, volontiers considérée comme la plus pertinente par le médecin comme par le patient dans leur relation psychothérapeutique. Certains médecins ont fait remarquer l'utilité de s'asseoir à côté du patient ou de mettre à profit le temps de l'examen clinique où le patient est allongé. En fait, si le face-à-face de part et d'autre du bureau reste la référence, certains ne s'interdisaient pas d'exploiter toute position favorisant l'expression du patient et la relation privilégiée avec celui-ci.

Ils étaient également conscients de la dimension temporelle : toute psychothérapie exige du temps, dans l'instant et dans la durée. Pour certains, c'était d'abord cela qui limitait leur

possibilité psychothérapeutique avec alors un adressage rapide vers un autre professionnel. Leur priorité était alors de gérer l'urgence, la crise et d'orienter. D'autres, tout en reconnaissant que le temps est un facteur limitant leur pratique psychothérapeutique, s'organisaient pour y remédier. La durée nécessaire à une séance de psychothérapie fait toujours débat, depuis plus d'un demi-siècle (16). Pour certains, une bonne connaissance préalable du patient et de ses antécédents de vie, l'existence préalable d'une relation de confiance, les contacts répétés pour divers motifs, d'avoir pour objectif de soutenir, d'accompagner et non d'aller en profondeur, leur permettaient de travailler différemment des autres psychothérapeutes. Cependant, alors que certains préféraient fixer des rendez-vous à la thématique plus ciblée ou limiter le temps de consultation sans s'apparenter pour autant à la scansion, d'autres acceptaient la perspective d'une consultation longue, fût-elle au prix d'une perturbation du reste de l'activité du jour. Dans bien des cas, il est apparu une grosse difficulté des praticiens à mettre fin à des séances qui se prolongeaient, probablement en rapport avec une absence de contrat initial, notamment sur le déroulement de la prise en charge, une absence de structuration méthodologique et l'interférence, volontiers dans une même séance, du somatique et du psychologique, du chronique et de l'aigu, de l'individuel et du familial. La durée de la psychothérapie, en elle-même, n'était pas fixée pour les interviewés, voire était perçue comme sans fin par certains.

Quand mettre fin à une psychothérapie ? Cela dépend de ses objectifs, fixés et évalués, de sa méthodologie, du patient et du thérapeute. Mais cette question se pose, sous peine de voir des patients fixés voire se complaisant dans une démarche sans fin les empêchant d'avancer et de « vivre ». En fait, l'objectif étant d'accompagner, d'apporter un soutien psychologique au patient au gré des événements de vie et de ses souffrances, il apparaît que se succèdent au cours du temps différents moments psychothérapeutiques pour des motifs distincts ou redondants selon les cas. Ces moments, même espacés, ne sont pas nécessairement indépendants et le travail d'une séquence peut être repris, poursuivi ou utilisé pour une séquence ultérieure.

Ainsi, la prise en charge psychothérapeutique en médecine générale se déroule dans un cadre spatio-temporel bien éloigné du cadre stable et déterminé qui, habituellement, définit une psychothérapie.

#### **4.5 Contact physique**

La cinquième particularité, qui paraît propre aux médecins généralistes est la place du contact physique dans leur activité psychothérapeutique. Cette dimension est liée à la position même de médecin généraliste. On pourrait considérer cela comme non académique en terme de psychothérapie, d'autant qu'il ne s'agit pas non plus de thérapie psychocorporelle. Pour autant,

certain médecins utilisaient l'examen clinique, le toucher, le retour au corps pour moduler le rythme de leur psychothérapie, faciliter ou élargir l'expression du patient, ajouter un degré de proximité au patient. Cela dépasse le simple geste de soutien, et beaucoup ont considéré cela comme un atout dans leur objectif de soutien. Cette perception corrobore les conclusions d'un travail de thèse de 2015 sur le toucher en médecine générale (12).

#### **4.6 Recours à d'autres moyens thérapeutiques en association**

La sixième caractéristique de l'approche en médecine générale retrouvée, partagée celle-ci avec les psychiatres, est le recours à d'autres moyens thérapeutiques, notamment l'arrêt de travail et la chimiothérapie. Les médecins ont décrit une approche graduée de ces outils thérapeutiques et volontiers, pour certains, en début de prise en charge, soit du fait de leur position en urgence soit pour atténuer la tension psychologique initiale et faciliter ensuite l'expression du patient et leur activité psychothérapeutique ou l'acceptation du recours à un psychothérapeute. La place du médicament dans un travail psychothérapeutique fait l'objet de débat (13). Pour les médecins interrogés il n'y a pas eu l'expression de réserves sur le sujet mais plutôt une vision que cela faisait partie d'un tout dans leur pratique psychothérapeutique.

#### **4.7 Une approche collaborative recherchée avec le spécialiste**

La septième particularité était de placer leur travail non en concurrence mais en complémentarité d'autres psychothérapies. Certains ont exprimé des réserves à adresser leur patient à un psychothérapeute spécialisé soit du fait d'une accessibilité difficile, soit du fait d'un doute ou d'une ignorance sur ce qui est pratiqué, un frein régulièrement évoqué dans d'autres enquêtes (14). Les médecins avaient parfaitement conscience de leurs limites en matière psychothérapeutique et du besoin dans certains cas de l'existence d'une autre personne, d'un autre lieu, d'un autre regard, d'une autre pratique à côté de leur prise en charge. Ils restaient cependant dans l'accompagnement et le soutien tant pour amener le patient à une démarche psychothérapeutique, l'orienter, que le soutenir et l'aider à persévérer dans ce travail. Beaucoup ont regretté le manque de communication entre professionnels lors de ces prises en charge conjointes. Il est à noter que la psychiatrie est l'une des rares disciplines à avoir formalisé le contenu des échanges, des courriers avec les médecins traitants et que c'est pourtant là qu'il y a très peu d'échanges (23). La même perception de ces problèmes par les médecins généralistes était retrouvée dans une étude de 2011 (15). En fait se pose la question du partage d'information entre acteurs lors d'une psychothérapie, situation qui n'est pas tout à fait identique à celle d'une crise suicidaire ou d'une hospitalisation en psychiatrie. Certains médecins ont préféré ne pas fournir au psychothérapeute les données qu'ils avaient sur le patient afin qu'il puisse y avoir un regard neuf, naïf et que le patient construise ce qu'il a envie de construire avec le psychothérapeute. Pourtant beaucoup attendaient du

psychothérapeute des informations sur le travail avec le patient, estimant que cela les aiderait pour leur propre pratique. Mais aucun n'a déclaré qu'il demandait au patient justement comment se passait leur psychothérapie.

## **5. Un professionnalisme qui se cherche**

Pratiquer une psychothérapie, fût-elle de soutien et dite non structurée, exige du praticien un professionnalisme dans sa formation, son éthique et la gestion de ses affects. Les praticiens ont déploré leur manque de formation théorique notamment initiale tant sur le psychologique en général que sur les différentes psychothérapies. De ce fait leur savoir, savoir-faire, savoir être, savoir devenir, savoir « faire faire » étaient acquis sur le tas et au gré des situations vécues. C'est toute l'importance de décrire, de conceptualiser les spécificités de la pratique psychothérapeutique du médecin généraliste, médecin traitant, médecin de famille. C'est aussi l'importance de voir comment la connaissance des concepts et outils de diverses psychothérapies permettrait au médecin généraliste d'optimiser sa pratique en les adaptant à ses conditions d'exercice et place dans le système de soins. Les médecins avaient parfaitement conscience des risques et affects pour eux-mêmes qu'engendrait leur pratique psychothérapeutique et plus globalement l'accès et l'action sur le psychisme de leur patient. Frustration, sentiment d'échec, d'impuissance, épuisement psychologique, interférence dans la vie privée ont été évoqués. Ils ont mis en place des défenses via la prise de distance psychologique ou physique (dont le bureau). A noter qu'aucun n'a cité la blouse blanche comme protection, blouse blanche qui a été abandonnée par les généralistes il y a très longtemps dans une optique justement de diminuer la distance relationnelle avec leur patient. Beaucoup ont évoqué l'aspect positif qu'était la relation de confiance durable du patient à leur égard pour contrecarrer leurs affects négatifs (l'altruisme: se soigner soi en soignant les autres). La supervision est un élément du professionnalisme du psychothérapeute. Bien qu'il y ait une polysémie du terme, on ne peut dire que les médecins interrogés avaient une supervision du fait du partage de leurs affects ou des cas de patients avec leur famille, leurs confrères, des groupes balint. Certains ont déclaré avoir été aidés par leur affinité pour le psychologique ou par le fait d'avoir fait eux-mêmes une psychothérapie ou de s'être confiés à un correspondant psychiatre. Il reste probablement à définir le niveau de nécessité et à construire le comment on pourrait « superviser » le médecin généraliste dans son activité psychothérapeutique.

## CONCLUSION

Cette étude qualitative révèle une pratique psychothérapeutique du médecin généraliste complexe à cerner. En premier lieu parce qu'elle s'appuie sur une relation thérapeute-patient sans équivalent dans les autres spécialités médicales. Elle accorde au praticien une proximité vis-à-vis du patient et des atouts pour la compréhension de ses problèmes que seule la trame d'une relation tissée au fil des consultations semble rendre possible. Aux avantages mentionnés, approche holistique, proximité et suivi au long cours, sont associés des inconvénients, dont la non prise en compte peut altérer l'efficacité ou la pertinence de la prise en charge. Le praticien semblait être d'autant plus sensible à ces arguments négatifs qu'il avait peu d'affinité pour cette discipline ou que les occasions de contact avec elle, dans sa vie personnelle ou professionnelle, étaient limitées.

Sur le fond de cette relation thérapeute-patient se détachaient les traits qui caractérisent la méthode et les moyens mis en œuvre dans l'abord psychothérapeutique. Le manque de structuration méthodologique, tant à l'étape diagnostique que pour l'évaluation de la progression et des résultats, expliquait l'accent mis sur le feeling par le praticien, qui compte avant tout sur la qualité de la relation médecin-patient pour progresser, à défaut de pouvoir s'appuyer sur un corpus de connaissances théoriques jugé insuffisant. Les médecins avaient recours à des techniques variées à dominante non directive, utilisées au cas par cas en fonction du patient et de l'expérience du praticien. Aucun n'a dit s'inspirer des techniques cognitivo-comportementales. Le cadre spatio-temporel présentait également une certaine plasticité : son territoire habituel demeurait le cabinet, mais pas de manière exclusive. Le bureau délimitait les espaces du patient et du médecin, mais pas toujours. On remarque la dualité du cadre temporel dans lequel s'inscrit l'action du médecin généraliste : gestion de l'urgence et de l'aigu puis adressage éventuel, mais poursuite d'un suivi en parallèle. Gain de temps par une bonne connaissance du patient, mais maîtrise difficile du temps de consultation. Traitement d'un épisode douloureux, ou suivi "sans fin". La mise à profit du contact physique, élément familier de l'examen somatique, à des fins psychothérapeutiques, un recours aisé à l'arrêt de travail ou aux chimiothérapies en association, sont d'autres caractéristiques apparues dans ce travail. Par ailleurs était clairement exprimée une volonté de plus de collaboration avec des confrères psychiatres, psychologues et psychothérapeutes. Enfin, bien que l'activité psychothérapeutique ne soit pas toujours inoffensive pour le psychothérapeute, on notait l'absence de structuration d'un accompagnement du généraliste.

Il existe bien ainsi des spécificités et aussi des variétés à la psychothérapie du généraliste mais probablement aussi des besoins et des possibilités d'en optimiser sa pratique. Un renforcement de l'apprentissage des bases théoriques et méthodes des différentes

psychothérapies dès la formation initiale serait sûrement utile. Dans l'hypothèse d'un allongement prochain de la durée de l'internat de médecine générale, un meilleur accès dans la maquette du D.E.S. au semestre de psychiatrie pourrait contribuer à améliorer la prise en charge en premier recours. L'intégration des CMP et CMPP comme lieux de stage des internes de médecine générale comme on l'a fait avec les PMI est à réfléchir. Il reste aussi à décrire, écrire et structurer encore mieux la psychothérapie du généraliste qui est une réalité et un besoin mais qui gagnerait à sortir du feeling qui paraît dominer pour se structurer, notamment dans ses méthodes, fussent-elles en partie inspirées d'autres types de psychothérapies spécifiques.

## BIBLIOGRAPHIE

1. Rapport Charges et produits pour l'année 2015. L'Assurance Maladie [en ligne]. Paris : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des travailleurs salariés, 2014 [consulté le 13 mars 2018]. Disponible sur <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapports-charges-et-produits-pour-2013-a-2017/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2017.php>
2. Gallais JL, Alby ML. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. Encycl Méd Chir, Psychiatrie. 37-956-A-20 : 2002 ; 6 p.
3. DREOS, Sous-Direction Soins de Premier recours et Professionnels de Santé. Arrêté DREOS n°2012-331 du 25 Octobre 2012 portant modification de l'arrêté DREOS n°2012-192 du 3 août 2012 fixant le cahier des charges régional de la permanence des soins ambulatoires. [en ligne]. Les services de l'Etat dans l'Oise, 2012 [consulté le 08 mai 2017]. Disponible sur [http://www.oise.gouv.fr/content/download/2929/18010/file/20121122\\_RAA\\_p59\\_a\\_128.pdf](http://www.oise.gouv.fr/content/download/2929/18010/file/20121122_RAA_p59_a_128.pdf)
4. Boss M. Développement de la psychothérapie au XX<sup>ème</sup> siècle. Revue de Psychiatrie française. 1983 (mai-juin) ; p. 7-16.
5. Bouet P, Rault J-F, Le Breton-Lerouvillois G. Atlas de la démographie médicale en France – Situation au 1<sup>er</sup> janvier 2016. Conseil National de l'Ordre des Médecins. 2016 ; 326 p.
6. Balint M, Training General Practitioners in Psychotherapy. Br Med J. 1954 ; 1(4854) : 115–120.
7. Jaury P, Fabre-Jaury M. Les différentes psychothérapies et la psychothérapie en médecine générale. Département de Médecine Générale, Université Paris Descartes. 2009 ; 40 p.
8. Lecomte C. La clef d'une thérapie réussie ? Le thérapeute !, Les Grands Dossiers des Sciences Humaines, Les Psychothérapies - Guide et bilan critique. 2009 ; 15 : 32-33.
9. Tranchée-Vergé V. De la fonction psychothérapeutique du médecin généraliste : Attitude psychothérapeutique, psychothérapie de soutien, psychothérapie spécifique ? Etude qualitative auprès de 18 médecins généralistes dans la Vienne. Thèse de doctorat : Médecine. Poitiers. Université de Poitiers - Faculté de Médecine et de Pharmacie, 93 p. 2008.
10. Weyeneth M, Ambresin G, Carballeira Y, Contesse V, Crivii C, Glauser F, Lopez de la Vega B, Matthey B, Bryois C. La psychothérapie de soutien : un pas vers l'éclectisme. Psychothérapies. 2004 ; 24 : 73-86.



11. Sandrin B. Éducation thérapeutique et promotion de la santé : quelle démarche éducative ?, Santé Publique. 2013 ; vol. s2, no. HS2 : 125-135.
12. Archambault D. Impact de la distance physique sur la qualité de la relation médecin-patient en médecine générale. Thèse de doctorat : Médecine. Bordeaux. U.F.R. des Sciences Médicales, 121 p. 2015.
13. Pelissolo A. Psychothérapie ou médicaments ?, Sciences Humaines, Les Grands Dossiers des Sciences Humaines, Les Psychothérapies - Guide et bilan critique. 2009 ; 15 : 28-29.
14. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, Verdoux H, Verger P. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Etudes et résultats. 2012 ; 810 : 7-8.
15. Dumesnil H, Apostolidis T, Verger P. Opinions of general practitioners about psychotherapy and their relationships with mental health professionals in the management of major depression: A qualitative survey. PLOSOne [en ligne]. 2018 [consulté le 10 février 2018]. Disponible sur : <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0190565>
16. BALINT M. Le médecin, son malade et la maladie. Paris : Payot ; 1957. Edition 1996 : 146-168.
17. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine. Version 1.1. Lille 2009 : 39 p.
18. Velluet L, Catu A. La psychothérapie spécifique du médecin généraliste. Exercer. 2001 ; 60 : 4-10.
19. Balint M, Balint E. Techniques psychothérapeutiques en médecine. Paris : Petite Bibliothèque Payot ; 1961. 296 p.
20. Ferrero F. De quelques erreurs à éviter dans l'enseignement de la psychothérapie, Psychothérapies. 2006 ; 26 (2) : 79-82.
21. Raoult P A. Pertinence des évaluations des psychothérapies ?, Bulletin de psychologie. 2006 ; 486 (6) : 561-564.
22. HAS. Recommandations de bonne pratique - Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours. 2017.
23. HAS. Recommandations de bonne pratique - Les courriers échangés entre médecins généralistes et psychiatres lors d'une demande de première consultation par le médecin généraliste pour un patient adulte présentant un trouble mental avéré ou une souffrance psychique. 2011
24. Velluet L. Le médecin, un psy qui s'ignore. Paris : l'Harmattan ; 2006. 267 p.

## **ANNEXES**

## GUIDE D'ENTRETIEN

Entretien no :

Date :

Lieu :

Nom :

Prénom :

Adresse courriel :

### **1-Introduction :**

Bonjour, merci d'avoir accepté de vous entretenir avec moi. Je suis interne en médecine à la Faculté d'Amiens, et je réalise une thèse de médecine générale sous la direction du Professeur Georges JUNG.

Je cherche à savoir s'il existe une pratique de psychothérapie spécifique à la médecine générale dans les situations où le médecin généraliste se trouve face à la souffrance psychique de l'un(e) de ses patient(e)s, dont il est le médecin traitant et dans ses conditions habituelles d'exercice : ce que vous faites dans votre pratique quotidienne mais n'appellez pas nécessairement « psychothérapie ».

Le sujet se limite ici à la psychothérapie au sein de votre propre patientèle, et dans le cadre de votre activité quotidienne, excluant toute pratique hors patientèle régulière ou de psychothérapie spécifique dans le cadre d'une activité annexe de médecine générale.

Pour cela, je réalise une recherche qualitative par entretiens semi-dirigés. L'anonymat des données est garanti. Les résultats de l'étude pourront vous être envoyés si vous le souhaitez. Afin d'analyser le contenu de l'entretien, il est nécessaire de l'enregistrer, et de le retranscrire. Cela vous convient-il ?

### **2-Pour commencer, merci de me dire qui vous êtes ?**

Sexe:      H      F

Age:        <30    31-40    41-50    51-60    >60

Ancienneté d'exercice :    <10 ans      11-20 ans    >20 ans

Type d'exercice:            ville            semi-rural    rural

Activité :                    <20 patients/J      20-40 patients      >40 patients

Formations complémentaires :

**Nous allons maintenant commencer l'entretien.**

### **3-Comment définiriez-vous la psychothérapie en général ?**

**4-En quoi d'après vous la psychothérapie que vous faites auprès de vos patients en souffrance psychique aurait-elle une spécificité par rapport aux psychothérapies plus structurées ?**

**5-Dans votre pratique, quels objectifs fixez-vous à votre psychothérapie ?**

**6-Comment procédez-vous ?**

**7-Comment gérez-vous les affects et votre professionnalisme, liés à votre pratique psychothérapeutique de médecin généraliste ?**

**8-Avez-vous d'autres choses à dire sur le sujet?**

**9-Merci.**

# **DO GENERAL PRACTITIONERS PERFORM A PSYCHOTHERAPY SPECIFIC TO THEIR PRACTICE?**

## **Qualitative study of GPs practices in the department of Oise**

Keywords: General practice, Psychotherapy, Primary health care, Mental health, Patient care management, Case management

Abstract:

### **BACKGROUND**

General practitioners (GPs) are the first health care professionals consulted in case of mental health disorders, which are a public health issue.

### **OBJECTIVES**

Our hypothesis was that besides structured psychotherapies performed by mental health care specialists, those performed by GPs, referred to as unstructured supportive psychotherapies, have features of their own. Do GPs perform psychotherapies specific to their practice?

### **METHODS**

We conducted a qualitative study by semi-structured interviews with 20 GPs practicing in former on-duty sector 60E of the department of Oise. Verbatim transcripts were examined by analyzing their thematic content.

### **RESULTS**

Yes, we identified traits specific to GPs' psychotherapy. They stemmed from a unique relationship between GPs and their patients based on a holistic approach, close contact and long-term follow-up. GPs' psychotherapy was characterized by a wide scope of subjects and purposes, the predominance of gut feeling, a lack of methodological structuring, a diversity of mainly non-directive and empathy-based techniques, time and space flexible settings, the use of touch, resorting to sick leave or drugs in association, and a desire for further cooperation with mental health specialists.

### **CONCLUSION**

GP's psychotherapy is a reality. Its teaching remains to be designed. It is crucial to further integrate training areas related to mental health care in family medicine residency programs.

# **LE MEDECIN GENERALISTE PRATIQUE-T-IL UNE PSYCHOTHERAPIE SPECIFIQUE?**

## **Etude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Oise**

Mots-clefs : Médecine générale, Psychothérapie, Soins de santé primaires, Santé mentale, Gestion des soins aux patients, Prise en charge personnalisée du patient

Résumé :

### **INTRODUCTION**

Le généraliste est le premier professionnel consulté en cas de problème de santé mentale, un enjeu de santé publique. Face aux psychothérapies structurées du spécialiste, notre hypothèse est que celle du généraliste, désignée sous le terme de psychothérapie non structurée de soutien, présente des caractéristiques propres. Le médecin généraliste pratique-t-il une psychothérapie spécifique ?

### **MATERIEL ET METHODES**

Une enquête qualitative a été menée par entretiens semi-dirigés auprès de 20 médecins généralistes de l'ancien secteur de garde 60E de l'Oise.

### **RESULTATS**

Oui, on retrouvait une pratique psychothérapeutique propre au médecin généraliste. Elle reposait sur une relation thérapeute-patient unique définie par une approche holistique, la proximité et le suivi au long cours, et se caractérisait par la variété des objets et objectifs, l'importance du feeling, un manque de structuration méthodologique, la diversité des techniques employées, à dominante non directive et empathique, un cadre spatio-temporel flexible, le recours au toucher, l'usage en association de l'arrêt de travail et des chimiothérapies, et la recherche d'une collaboration avec le spécialiste.

### **DISCUSSION**

Trop de proximité, de connaissances sur le patient, un socle théorique et méthodologique insuffisant, un cadre spatio-temporel trop flexible peuvent altérer la qualité de prise en charge. Se pose aussi la question d'une supervision du travail psychothérapeutique, pas toujours bénin pour le praticien.

### **CONCLUSION**

La psychothérapie du médecin généraliste est une réalité. Son enseignement reste à définir. Une meilleure intégration des terrains de stage psychiatriques à la maquette du D.E.S. est souhaitable.