



HAL
open science

Représentations des médecins généralistes concernant leur pratique de la psychothérapie de soutien dans la prise en charge du patient dépressif: résultats d'une étude qualitative menée auprès de médecins généralistes picards

Damien Chivot

► To cite this version:

Damien Chivot. Représentations des médecins généralistes concernant leur pratique de la psychothérapie de soutien dans la prise en charge du patient dépressif: résultats d'une étude qualitative menée auprès de médecins généralistes picards. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02879743

HAL Id: dumas-02879743

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02879743>

Submitted on 24 Jun 2020

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.



UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNE

FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

ANNÉE 2020

N° 2020 - 20

**REPRÉSENTATIONS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES CONCERNANT
LEUR PRATIQUE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE DE SOUTIEN DANS LA
PRISE EN CHARGE DU PATIENT DÉPRESSIF**

Résultats d'une étude qualitative menée auprès de médecins généralistes picards

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : Médecine Générale

Présentée et soutenue publiquement le 02 Avril 2020

Par

Damien CHIVOT

PRÉSIDENT DU JURY

Madame le Professeur Catherine BOULNOIS

MEMBRES DU JURY

Monsieur le Professeur Hervé DUPONT

Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD

Monsieur le Docteur Xavier BENAROUS

Monsieur le Professeur Eric SERRA

DIRECTEUR DE THÈSE

Monsieur le Docteur Olivier BOITARD

REMERCIEMENTS

Madame le Professeur Catherine BOULNOIS

Professeur des Universités (Médecine Générale)

Directeur du Département de Médecine Générale

Assesseur du 3ème cycle

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider ce jury. Je vous remercie pour votre disponibilité et vos précieux conseils. Veuillez trouver ici l'expression de ma sincère gratitude et soyez assurée de ma profonde considération.

Monsieur le Professeur Hervé DUPONT

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Anesthésie-Réanimation)

Chef du service de Réanimation Chirurgicale

Chef du Pôle Anesthésie-Réanimations

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Soyez assuré de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

Madame le Professeur Rachel DESAILLOUD

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Endocrinologie, Diabétologie et Maladies Métaboliques)

Votre participation à ce jury de thèse est pour moi un très grand honneur. Veuillez croire en ma profonde et sincère reconnaissance.

Monsieur le Docteur Xavier BENAROUS

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier

(Pédopsychiatrie)

*Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail. C'est pour moi un très grand honneur.
Veuillez croire en mon profond respect.*

Monsieur le Professeur Eric SERRA

Professeur Associé de Médecine de la douleur - Chef de Service Centre d'Etude et de
Traitement de la Douleur CETD

Département Interdisciplinaire de Soins de Support pour le Patient en Oncologie DISSPO

*Vous me faites l'honneur de siéger parmi les membres du jury. Recevez ici tous mes
remerciements et l'expression de mon profond respect.*

Monsieur le Docteur Olivier BOITARD

Praticien Hospitalier - Chef de service

(Psychiatrie Adulte)

*Je tenais à vous exprimer mes sincères remerciements pour m'avoir accompagné et guidé
tout au long de ce processus. Mon intérêt pour la psychiatrie est né dans votre service et je
vous suis profondément reconnaissant de m'avoir permis de m'y épanouir. Merci pour votre
constante bienveillance et votre disponibilité.*

À Rudy, mon époux

Pour ton aide dans toutes les étapes de ce travail, pour ta précieuse relecture et les nombreuses conversations qui ont nourri ma réflexion, je tenais à te remercier. Merci également pour ta patience et ton soutien pendant toutes ces années. Je mesure la chance de t'avoir chaque jour à mes côtés.

À Christine et Xavier, mes parents

Merci pour votre soutien sans faille. Vous avez toujours cru en moi et m'avez apporté les conditions indispensables à mon accomplissement personnel, scolaire et professionnel. Merci de m'avoir permis de me construire dans une famille aimante.

À Vanessa et Amandine, mes sœurs

Vous avez toujours été présentes pour moi et m'avez accompagné dans toutes les étapes de ma vie. Merci pour tous les instants de complicité et de joie passés et à venir.

À Thérèse et Jean-Jacques, mes beaux-parents

Merci pour votre si bon accueil dans votre famille et pour tous les instants de bonheur que nous avons déjà partagés. Merci pour l'amour que vous nous portez et pour votre grande générosité.

À mes grands-mères, Françoise et Sylviane,

Je garde en mémoire mes souvenirs d'enfance à vos côtés comme parmi les meilleurs de ma vie. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté et pour tous les moments que nous continuons de partager.

À mes grands-pères, André et Yvon,

Vous nous avez quittés bien trop tôt mais restez constamment présents dans nos pensées. Merci d'avoir toujours été là pour moi.

À mes amis,

Merci pour votre présence et pour tous les bons moments que nous avons partagés. Ils ont égayé ces années et restent une source inépuisable de joie.

À mes maîtres de stages,

Merci à chacun d'entre vous pour votre accueil et pour le partage de vos expériences.

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	8
INTRODUCTION	9
MATERIEL ET METHODE	12
1. Type d'étude	12
2. Echantillonnage	12
3. Recueil des données	13
4. Stratégie d'analyse	14
RESULTATS	15
1. Caractéristiques de l'échantillon	15
2. Analyse qualitative des entretiens	16
2.1. Définition générale de la psychothérapie de soutien	16
2.1.1. Un accompagnement du patient	16
2.1.1.1. Guider	17
2.1.1.2. Modifier les représentations	17
2.1.2. Un concept difficile à formaliser	17
2.1.2.1. Une thérapie aspécifique	17
2.1.2.2. Définie par analogie aux autres psychothérapies	18
2.1.3. Une mission du médecin généraliste	19
2.1.4. Une thérapie fondée sur la relation médecin-patient	20
2.1.4.1. L'échange au cœur du processus de soutien	20
2.1.4.2. Une compatibilité nécessaire des profils patient-thérapeute	20
2.2. Objectifs d'une psychothérapie de soutien	21
2.2.1. La restauration de l'humeur comme principal objectif	21
2.2.2. Prévenir les rechutes de la maladie	22
2.2.3. Une transition vers une psychothérapie plus spécifique	23
2.3. Modalités pratiques d'une psychothérapie de soutien	23
2.3.1. Un cadre singulier	23
2.3.1.1. Créer une atmosphère propice au soutien	24
2.3.1.2. Une progression thérapeutique adaptée au patient	27
2.3.1.3. Organisation du suivi	28
2.3.2. Conduire une psychothérapie de soutien	30
2.3.2.1. Une méthode d'écoute psychothérapeutique	30
2.3.2.2. Une phase d'évaluation diagnostique	33
2.3.2.3. Des modalités d'interventions thérapeutiques.....	38
2.3.3. Un investissement psychologique de la part du médecin	39
2.3.3.1. Requier un effort d'attention intense	39
2.3.3.2. Une réflexion sur sa propre condition	40
2.4. Place de la psychothérapie de soutien dans la prise en charge de l'épisode dépressif	41
2.4.1. Une place centrale dans la stratégie globale du généraliste	41
2.4.2. Ayant ses limites	42
2.4.2.1. Le recours au psychiatre et au psychologue.....	42

2.4.2.2. Le recours aux médecines alternatives	47
2.5. Facteurs favorisant la pratique de la psychothérapie de soutien en médecine générale	47
2.5.1. Le privilège d'une relation singulière	47
2.5.2. Des qualités personnelles du médecin	48
2.5.3. Une nécessité en médecine générale	49
2.5.4. Des difficultés avec le milieu psychiatrique	51
2.5.5. Une valorisation du médecin généraliste	52
2.6. Freins à la pratique de la psychothérapie de soutien en médecine générale	52
2.6.1. Des consultations exigeantes	52
2.6.2. Des freins inhérents au patient	53
2.6.3. Les limites du médecin généraliste	54
2.6.3.1. Un rejet du milieu psychiatrique	54
2.6.3.2. Une connaissance du patient préjudiciable	55
2.6.3.3. Un sentiment d'incompétence	56
2.6.4. Une relation menacée	57
2.7. Formation des médecins généralistes à la psychothérapie de soutien	57
2.7.1. Place de la psychothérapie de soutien au cours des études médicales	57
2.7.2. Un sujet abordé dans la formation médicale continue des généralistes	58
2.7.3. Une formation autodidacte	59
2.8. Des pistes d'amélioration pour une meilleure pratique	60
2.8.1. Contourner les freins à la pratique quotidienne en médecine générale	60
2.8.1.1. Une meilleure organisation de ces consultations	60
2.8.1.2. Revaloriser la consultation	61
2.8.2. Vers une meilleure formation	62
2.8.2.1. Formation des étudiants en médecine	62
2.8.2.2. Formation des médecins généralistes	64
2.8.3. Préserver l'équilibre psychologique du médecin	65
DISCUSSION	66
CONCLUSION	79
ANNEXES	80
Annexe 1 : Guide d'entretien	80
Annexe 2 : Cartes heuristiques des résultats	81
BIBLIOGRAPHIE	84
RESUME	88

LISTE DES ABRÉVIATIONS

DMG	Département de Médecine Générale
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EPU	Enseignement Post-Universitaire
MSU	Maître de Stage des Universités
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
TCC	Techniques Cognitivo-Comportementales
UFR	Unité de Formation et de Recherche

« Et quel est donc le type de société, pourvu d'une organisation sanitaire exploitant l'information la plus sophistiquée sur la distribution et les corrélations des facteurs de maladies, qui dispensera un jour le médecin de la tâche, "peut être désespérée", d'avoir à soutenir des individus en situation de détresse dans leur lutte anxieuse pour une guérison aléatoire ? »

Georges Canguilhem, *Ecrits sur la médecine*.

INTRODUCTION

Très longtemps, ce que nous désignons aujourd'hui comme *maladie mentale* a évolué à distance du monde médical. Dès l'Antiquité, le médecin est celui qui soigne le corps tandis que c'est au philosophe qu'est confié le rôle de médecin de l'âme. Au Moyen-âge et à la Renaissance, la « folie » véhicule une dimension magico-religieuse, perçue avant tout comme une punition divine ou la manifestation d'une possession démoniaque. Sa prise en charge relève alors de la prière, de l'exorcisme ou encore des pèlerinages (1)(2). Il faut attendre l'intervention de Philippe Pinel au XVIIIème siècle pour amorcer un réel bouleversement dans le domaine psychiatrique (3). Il accorde en effet le statut de maladie aux troubles mentaux qu'il désigne sous une entité unique : l'*Aliénation Mentale*. En théorisant la notion de *Traitement Moral* qui consiste à placer le patient, et non la maladie, au cœur du traitement, il affirme que l'*aliéné* n'est pas totalement dépourvu de raison et d'humanité et qu'ainsi la guérison est possible. Jusqu'alors, la prise en charge de la « folie » ne consistait qu'au recours à des méthodes répressives visant à contenir ses manifestations physiques. Cela s'explique par la croyance en l'incurabilité de la folie qui préexistait à cette époque. Il recourt alors à l'isolement, établit les conditions d'un environnement rationnel et use de l'influence que le médecin exerce sur le patient dans la relation qui les lie. Il pose ainsi les prémices du travail psychothérapeutique.

Le terme de *psychothérapie* apparaît dès le XIXème siècle avec le médecin britannique Daniel Hack Tuke, traduisant selon lui le pouvoir thérapeutique de « l'imagination » qu'utilise le médecin (4). Il s'inscrit directement dans la lignée du « Traitement Moral » de Pinel mais puise également dans le courant du « magnétisme animal » de Mesmer, ayant évolué vers la pratique de l'hypnose au XIXème siècle. Intimement liée à celle de la psycho-analyse développée par Freud au début du XXème siècle, la définition de la psychothérapie a depuis sans cesse évolué avec le développement de différents courants psychothérapeutiques tels que les thérapies systémiques ou cognitivo-comportementales (5)(6). L'OMS définit aujourd'hui sous le terme de *psychothérapies* les « interventions planifiées et structurées qui visent à modifier le comportement, l'humeur et les modes de réaction à différents stimuli par des moyens psychologiques verbaux et non verbaux » (7).

Plus récente, la notion de *psychothérapie de soutien* apparaît dans la seconde moitié du XXème siècle et nombre d'auteurs y ont depuis apporté leur définition. Parmi eux, Robert Knight établit dès 1945 une distinction claire entre *psychothérapie psychanalytique* et

psychothérapie de soutien : il s'agit ici d'une relation directe patient-thérapeute, en « face à face », au cours de laquelle le thérapeute joue un rôle actif et dont l'objectif vise à renforcer le *moi* en conservant et en améliorant ses défenses, sans chercher à les attaquer (8). Bien que certains auteurs aient tenté d'en délimiter les contours à travers quelques ouvrages récents (9)(10), il n'existe à ce jour pas de consensus clairement établi détaillant précisément les modalités d'une psychothérapie de soutien. Ce défaut de conceptualisation traduit un manque de réflexion portée à son attention qui tient en partie aux ambitions rigoureuses affichées par la psychanalyse d'accéder à l'inconscient et de modifier les structures psychologiques de l'individu. Souffrant de cette comparaison qui tend à lui conférer l'image d'une psychothérapie peu discernable, moins ambitieuse et qui se conduirait selon le bon sens de chacun, la psychothérapie de soutien n'a donc fait l'objet que de peu de réflexions et d'études (11). Son caractère éclectique, empruntant aux différents courants psychothérapeutiques, semble toutefois admis par tous et a contribué à justifier les critiques portées à son égard (11)(12).

Les recommandations les plus récentes (13)(14) accordent à la psychothérapie le statut de traitement de première intention des épisodes dépressifs caractérisés d'intensité légère à modérée (définis selon les critères du DSM V(15)) pour lesquels elle devrait être utilisée initialement sans association aux traitements antidépresseurs. Les études montrent toutefois qu'elle n'est en pratique que rarement proposée seule (16). Son importance est donc établie dans la mesure où la pathologie dépressive représente un réel enjeu de santé publique. On estime en effet qu'1 personne sur 5 a été ou en sera atteinte au cours de sa vie (17). En 2017, le baromètre santé évaluait en France la prévalence de la dépression chez les 18-75 ans au cours des 12 derniers mois à 9.8%, révélant une augmentation par rapport aux données de 2010 (18). De manière générale, les maladies psychiatriques et les traitements psychotropes se placent au deuxième rang des dépenses remboursées par l'Assurance Maladie en France, devant les cancers et les maladies cardio-vasculaires (19). La psychothérapie de soutien représente donc également un enjeu économique certain dans la mesure où elle pourrait permettre une diminution des prescriptions de psychotropes.

Le médecin généraliste est fréquemment confronté à la dépression (16). Plus généralement, il est le premier à être consulté en cas de problème de santé mentale (20)(21). Il est, par sa fonction, celui qui permet l'expression de la souffrance du patient au sein d'une relation singulière. L'une de ses six principales compétences repose d'ailleurs sur l'approche centrée patient, la relation et la communication (22). Il prend en charge le patient dans sa globalité, à travers ses aspects physiques, psychologiques et sociaux (23). Cette relation particulière confère au médecin un pouvoir de remède, théorisé par Balint sous la notion de

remède-médecin (24). Il est ainsi directement concerné par l'exercice de la psychothérapie de soutien.

Selon une étude de la DREES publiée en 2012 (16), 88,8% des médecins affirmaient initier seul la prise en charge de leurs patients dépressifs et 67% d'entre eux déclaraient pratiquer une psychothérapie de soutien. Cette même étude révélait toutefois que, si la grande majorité s'estimait suffisamment formée sur le diagnostic et le traitement médicamenteux de la dépression, près de 8 médecins sur 10 étaient en demande de formations sur les différents types de psychothérapies et leurs indications. La même proportion souhaitait pouvoir bénéficier d'une formation à la pratique de la psychothérapie de soutien. Ceci témoigne donc à la fois d'un manque de formation au cours du cursus des études médicales et d'un intérêt certain de la part des médecins généralistes pour ce type de modalité thérapeutique. Il s'agit par ailleurs d'une réelle demande de la part des patients. Ainsi, une étude réalisée en 2014 (25) en France auprès d'une population de patients révélait qu'une écoute centrée, une disponibilité du médecin et des attitudes de « soutien » figuraient parmi leurs attentes principales dans la prise en charge d'une dépression.

À l'heure où la médecine concède une part de plus en plus importante aux techniques biomédicales aux dépens de la clinique, le rôle du médecin évolue continuellement mais rien ne semble pouvoir se substituer à l'accompagnement psychologique qu'il apporte à ses patients. La psychothérapie de soutien correspond donc à la fois à l'une de ses missions, à un besoin pour ses patients et à une nécessité en terme de santé publique. Dans un système médical tourné vers la standardisation des méthodes et l'évaluation de la qualité des soins, la psychothérapie de soutien peine à trouver sa place. Elle ne répond en effet, pour l'heure, à aucune forme de protocole méthodologique. Tenter d'en évaluer l'efficacité pratique apparaît donc absurde puisqu'elle ne repose sur aucun référentiel théorique validé et que sa conduite relève avant tout d'une forme d'empirisme. Cela soulève légitimement la question de notre capacité à offrir à tous un soin de qualité dans des dimensions comparables.

L'ensemble de ces éléments nous a amené à nous interroger sur la pratique de la psychothérapie de soutien en médecine générale dans le cadre de la dépression. L'objectif principal de cette étude consistait à identifier les représentations des médecins généralistes concernant leur pratique de la psychothérapie de soutien chez les patients dépressifs. Deux objectifs secondaires ont ensuite été formulés : la mise en lumière des facteurs favorisant ou limitant cette pratique et la recherche de pistes permettant d'améliorer sa réalisation. L'ensemble de ce travail visait à extraire, depuis le matériel de recherche, des éléments pouvant participer à une meilleure conceptualisation de la psychothérapie de soutien afin d'améliorer la prise en charge thérapeutique des patients.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1- Type d'étude

La recherche par méthode qualitative est particulièrement adaptée à l'étude de phénomènes méconnus, subjectifs et dont la mesure par analyse quantitative est donc rendue difficile (26). Par le recueil d'un matériel empirique, elle cherche à aboutir à la caractérisation du phénomène étudié à travers le point de vue singulier des sujets interrogés.

L'étude de la pratique de la psychothérapie de soutien nous a par conséquent semblé justifier l'utilisation de ce type de méthode. D'une part, recourir à une méthodologie quantitative aurait nécessité de soumettre aux personnes interrogées des hypothèses à l'aide d'un questionnaire dont la trivialité nous apparaissait évidente. D'autre part, nous cherchions à conceptualiser le phénomène étudié à partir du matériel de recherche de manière exclusivement inductive. Sans chercher à valider des théories existantes, nous souhaitons en faire émerger de nouvelles à partir d'une analyse essentiellement guidée par nos objectifs de recherche.

Nous avons donc appliqué une méthode d'analyse inductive par théorisation ancrée (27) s'appuyant sur des entretiens individuels semi-directifs.

2- Echantillonnage

Notre travail de recherche s'intéressait aux représentations des Médecins Généralistes concernant le phénomène étudié. Pour cela, nous avons procédé à un recrutement raisonné, en *recherche de variation maximale*, afin de recueillir des profils d'expérience les plus divers possible et ainsi de renforcer la puissance de l'étude.

Pour être inclus, les sujets devaient être des médecins généralistes libéraux installés dans l'un des 3 départements de l'ex-région Picardie : la Somme, l'Aisne et l'Oise. Nous n'avons pas souhaité interroger de médecins remplaçants dans la mesure où le phénomène étudié

reposait sur une relation médecin-patient inscrite dans la durée. Les praticiens ayant suivi une formation complémentaire à la psychothérapie n'étaient pas retenus.

Le recrutement des participants était conduit au fil des entretiens, en fonction des caractéristiques des médecins interrogés précédemment, afin de sélectionner de nouveaux profils sur des critères socioprofessionnels jugés pertinents. Cela devait permettre d'obtenir les réponses les plus variées possibles. Ils étaient ainsi sélectionnés sur des critères de genre, d'âge, de secteur d'installation (urbain, rural ou semi-rural) et de leur éventuel statut de MSU ou d'enseignant au sein du Département de Médecine Générale de l'UFR d'Amiens.

Ils étaient contactés au cours d'un entretien téléphonique durant lequel leur était énoncée la question de recherche et leur était précisé que la méthode utilisée nécessitait des entretiens en présence physique d'une durée moyenne estimée à 30 minutes. Lorsqu'ils acceptaient de participer à l'étude, nous convenions d'un rendez-vous sur leur lieu d'exercice. Cela permettait aux praticiens de s'exprimer librement dans un cadre familial, rassurant, au plus près de leurs conditions quotidiennes d'exercice.

3- Recueil des données

L'objectif principal de notre étude était d'identifier les représentations des médecins généralistes Picards concernant leur pratique de la psychothérapie de soutien. Pour cela, nous avons élaboré un guide d'entretien (*annexe 1*) constitué de 8 questions ouvertes et de relances possibles. Il a été soumis à la Commission de Thèses du DMG de la faculté de médecine d'Amiens et approuvé.

Le guide d'entretien a été testé au préalable afin d'en évaluer la compréhension et la durée. Il a évolué au cours des premiers entretiens lorsque nous avons constaté que notre question « brise-glace » portant sur la définition de la psychothérapie de soutien était déstabilisante pour les médecins interrogés. Nous l'avons donc remanié et avons débuté les entretiens suivants en interrogeant les praticiens sur la prise en charge globale d'un épisode dépressif caractérisé pour aboutir, de manière plus progressive, à la définition de la psychothérapie de soutien.

Les thèmes explorés par ce guide portaient sur la méthode et l'organisation, en pratique, d'une psychothérapie de soutien en médecine générale, sur sa place dans la prise en charge

d'une dépression ainsi que sur la formation des médecins. En réponse à nos objectifs secondaires, nous abordions les facteurs favorisant ou limitant cette pratique en médecine générale et propositions aux interrogés de soumettre des pistes permettant d'améliorer les conditions de sa réalisation.

Les entretiens individuels semi-dirigés ont tous été menés aux cabinets des médecins interrogés. L'ensemble de l'échange était enregistré sur support audio à l'aide de deux dictaphones après avoir obtenu le consentement du praticien et l'avoir informé de l'anonymisation du contenu. Les entretiens ont ensuite été intégralement retranscrits à l'aide d'un logiciel de traitement de texte, quelques jours après leur réalisation afin de retranscrire au plus près de la réalité l'ensemble des éléments d'expression non-verbale. Ils ont été conduits jusqu'à saturation théorique des données.

4- Stratégie d'analyse

Les verbatim obtenus à la suite de cette étape de retranscription ont servi de base à l'analyse qualitative des données par une approche inductive fondée sur la méthode de *théorisation ancrée*. Cette méthode vise à formuler, depuis les données brutes, des éléments de caractérisation du phénomène étudié à travers un processus de catégorisation et à articuler ces catégories entre-elles en identifiant les liens qui les unissent. Les limites de l'analyse sont alors définies par les objectifs principaux et secondaires du travail de recherche (27).

Chaque entretien était analysé avant la tenue de l'entretien suivant afin d'être en mesure de remanier le guide si nécessaire. La triangulation des données a été assurée par un double codage, réalisé indépendamment par deux chercheurs (le doctorant et le directeur de thèse), le premier à l'aide du logiciel NVivo 12®, le second par codage manuel. Les résultats ont ensuite été comparés afin de retenir les formulations les plus pertinentes.

RÉSULTATS

1- Caractéristiques de l'échantillon

Douze entretiens, d'une durée de 14 à 49 minutes, ont été réalisés entre avril et décembre 2019. La durée moyenne était de 32 minutes. Aucun n'a été suspendu précocement par un participant. Tous les entretiens menés ont pu être retenus pour l'analyse qualitative.

La saturation des données est survenue à partir du dixième entretien et a été confirmée par la conduite de deux entretiens supplémentaires.

L'échantillon était constitué de cinq femmes et sept hommes. L'âge moyen était de 56 ans. Tous étaient des médecins généralistes libéraux installés, en accord avec nos critères d'inclusion. Parmi eux, quatre exerçaient en secteur urbain, quatre en secteur semi-rural et quatre en secteur rural. Les trois départements picards étaient représentés.

Bien que MG10 déclarait une activité en milieu psychiatrique, nous l'avons retenu dans la mesure où sa pratique ne concernait exclusivement que les soins somatiques. De même, MG12 nous expliquait être considéré comme un référent local dans la prise en charge de la toxicomanie sans qu'il n'ait toutefois suivi de formation particulière aux techniques psychothérapeutiques.

L'ensemble des caractéristiques socioprofessionnelles des médecins interrogés sont reportées dans le **tableau 1**.

MG	Genre	Age	Durée installation	MSU	Enseignant	Département d'exercice	Secteur d'activité	Exercice particulier	Durée de l'entretien
MG1	F	≥ 60	28 (cabinet de groupe)	+	+	Somme	Semi-rural		32 min
MG2	F	50-60	28 (cabinet seul)	+		Somme	Urbain	Régulateur SAMU	33 min
MG3	H	≥ 60	32 (cabinet seul)	+		Somme	Semi-rural	Médecine du sport	46 min
MG4	H	50-60	27 (cabinet de groupe)	+	+	Somme	Urbain		49 min
MG5	H	50-60	25 (cabinet seul)	+		Somme	Semi-rural		32 min
MG6	F	30-40	5 (cabinet de groupe)			Somme	Rural	Acupuncture	34 min
MG7	H	≥ 60	37 (cabinet seul)	+	+	Oise	Rural	Gériatrie	36 min
MG8	H	50-60	29 (MSP)	+		Somme	Rural		21 min
MG9	F	50-60	25 (cabinet de groupe)			Somme	Semi-rural		18 min
MG10	H	≥ 60	31 (cabinet seul)			Oise	Rural	Soins somatiques en clinique psychiatrie	31 min
MG11	F	40-50	21 (cabinet de groupe)			Aisne	Urbain	Hypnose	14 min
MG12	H	≥ 60	30 (cabinet de groupe)			Aisne	Urbain	Prise en charge de la toxicomanie	35 min

Tableau 1 – Caractéristiques socioprofessionnelles des médecins généralistes interrogés

2- Analyse qualitative des entretiens

2.1- Définition générale de la psychothérapie de soutien

2.1.1- Un accompagnement du patient

Les médecins généralistes définissaient en premier lieu la psychothérapie de soutien comme un travail d'accompagnement psychologique de leurs patients.

MG1 : « Une psychothérapie de soutien, c'est l'accompagnement de notre patient. »

MG5 : « Je crois que la principale thérapeutique, c'est l'accompagnement. C'est surtout l'accompagnement ... »

2.1.1.1 - Guider

Par cet accompagnement, ils déclaraient exercer un rôle de guide qui ne consistait toutefois pas à se substituer au libre-arbitre de leurs malades. Une telle entreprise était décrite comme contre-productive. Ils devaient permettre d'orienter la réflexion du patient afin qu'il parvienne à déterminer ses propres solutions.

MG11 : « Je ne suis pas directive, j'aide le patient à trouver ses solutions. »

MG7 : « Parce que dès que vous commencez à [...] vouloir imposer une façon de voir et une façon de s'exprimer, ça peut ... enfin l'expérience montre que ça bloque les gens. »

2.1.1.2- Modifier les représentations

Ils définissaient par ailleurs cet accompagnement comme un moyen leur permettant d'amener progressivement le patient à modifier ses représentations sur une situation dont sa perception était biaisée par la symptomatologie dépressive.

MG1 : « Lui apprendre à réfléchir, lui apprendre à regarder un petit peu ... à voir les choses [...] un petit peu différemment. »

MG3 : « L'aider à voir les points positifs même dans une situation [...] où le patient a tendance à voir le côté sombre des choses. »

2.1.2- Un concept difficile à formaliser

Tenter de conceptualiser le phénomène de psychothérapie de soutien représentait une difficulté certaine pour les praticiens interrogés. Elle leur apparaissait aspécifique et ses contours leur semblaient difficiles à délimiter. Les éléments définitionnels qu'ils donnaient l'étaient souvent par analogie aux autres types de psychothérapies.

2.1.2.1 – Une thérapie aspécifique

Ils la percevaient comme une méthode psychothérapeutique en manque de spécificité

technique et manifestant une variabilité importante d'un praticien à l'autre.

MG1 : « Je pense que c'est Monsieur Jourdain et la prose ... On fait tous de la psychothérapie de soutien mais ... »

MG4 : « Il parlait de la "thérapie derrière le voile", c'est-à-dire que la psychothérapie du généraliste c'était une thérapie qui ne se nommait pas comme telle [...], voilà, la psychothérapie de soutien c'est ça : c'est un cadre non-institué. »

2.1.2.2 – Définie par analogie aux autres psychothérapies

► Un cadre plus souple

En opposition aux techniques bien codifiées, les médecins généralistes conféraient à la psychothérapie de soutien une structure plus souple offrant davantage d'espace à la parole du patient et ne devant jamais constituer une contrainte pour lui. Ils précisaient que l'absence d'engagement dans la durée et la plasticité du cadre permettaient précisément de réunir les conditions d'une libre expression du patient.

MG10 : « Ah, mais on n'est pas dans la psychanalyse là. Moi, la psychothérapie de soutien, ça reste quelque chose d'assez libre. Il faut que ça reste libre et il faut que le patient vous livre ce qu'il a envie de vous livrer. »

MG4 : « Voilà, la psychothérapie de soutien c'est ça : c'est un cadre non-institué dont l'objectif n'est pas la thérapie [...], on n'est pas dans un truc où notre patient s'est engagé. »

► Une efficacité comparable aux autres techniques

En comparaison aux techniques spécialisées, la psychothérapie de soutien s'attachait moins à sonder en profondeur la structure et les traumatismes passés du patient. Elle était volontiers caractérisée de plus superficielle. Toutefois, les généralistes estimaient qu'elle pouvait se révéler aussi efficace et que le recours aux thérapies spécialisées n'était pas toujours adapté aux profils des patients ni nécessaire à l'obtention d'une rémission.

MG2 : « Peut-être que le psychiatre va, lui, remonter beaucoup plus, va fouiller des choses que nous mêmes on ne connaîtra pas de notre patient [...]. On peut avoir le même résultat avec un abord complètement différent. »

MG12 : « Souvent, je pense qu'il n'y a pas besoin d'être dans une thérapie de type TCC ou autre. Je pense qu'il y a certaines psychothérapies qui sont beaucoup plus intrusives et qui ne sont pas nécessaires [...]. L'efficacité, pour moi, peut être tout à fait comparable. »

► Une thérapie qui ne vise pas l'accès à l'inconscient

Ils proposaient un élément majeur de distinction entre psychanalyse et psychothérapie de soutien : cette dernière ne consistait pas à faire émerger la part d'inconscient. Les manifestations inconscientes qui pouvaient toutefois apparaître au thérapeute n'avaient pas pour objet d'être spécifiquement analysées et n'étaient pas portées à l'attention du patient.

MG4 : « C'était une thérapie qui ne se nommait pas comme telle, voilà, et qui se passait ... la part d'inconscient se passait sans être obligatoirement nommée et travaillée. »

► Mobilisable pour tous les patients

Par la souplesse de sa structure et de son contenu, la psychothérapie de soutien était jugée adaptable à tous les patients. Ses indications dépassaient par ailleurs les limites de la pathologie dépressive et de la psychiatrie. À la différence d'autres techniques psychothérapeutiques, elle ne nécessitait pas de capacités d'introspection élaborées de la part du patient, ce qui permettait d'en étendre les indications.

MG1 : « La psychothérapie de soutien, on la fait chez tous nos patients. Il y a les patients dépressifs mais il y a tous les autres. Ceux qui ont une maladie chronique, qu'il faut accompagner sur le diagnostic d'une mauvaise nouvelle, accompagnement sur les thérapeutiques qui ne sont pas bien tolérées, ... »

2.1.3 – Une mission du Médecin Généraliste

Les médecins généralistes estimaient que la prise en charge des patients dépressifs à travers la psychothérapie de soutien s'inscrivait pleinement dans les caractéristiques de leur profession. Si certains préféraient utiliser la dénomination de « soutien psychologique » à défaut de *psychothérapie de soutien*, tous reconnaissaient qu'il s'agissait là d'une mission du médecin généraliste, au même titre que la prise en charge des pathologies somatiques.

MG1 : « Je pense que ça fait partie de notre boulot. »

MG3 : « Et encore une fois, ce n'est absolument pas dénué d'intérêt parce que si on ne comprend pas les patients, je pense qu'on n'a pas vraiment grand chose à faire derrière un bureau [...] à les prendre en charge. »

La notion de compétence était en revanche débattue. Si, pour certains, la qualité de « psychologue » était partagée par tous à divers degrés et pouvait être développée par le travail, d'autres se montraient plus catégoriques en affirmant au contraire que certains en étaient dénués et qu'il leur était impossible de l'acquérir.

MG1 : « On l'a, on l'a un petit peu de base. Si on a envie de la développer, on la développe. Si on n'a pas envie, on apporte cette formation de base et cette compétence de base en fonction de ses moyens. »

MG7 : « Ce que je veux dire, c'est qu'on est psychologue ou on ne l'est pas. Après, moi, je pense que tout médecin, franchement, n'est pas capable de prendre en charge un dépressif. Je pense que c'est vraiment particulier et qu'il faut une empathie naturelle, il faut un sens psychologique naturel que certains n'ont pas. »

2.1.4 – Une thérapie fondée sur la relation médecin-patient

2.1.4.1 – L'échange au cœur du processus de soutien

La psychothérapie de soutien était définie comme une relation d'échange au cours de laquelle patient et thérapeute jouaient tous deux un rôle actif. Il ne s'agissait donc pas, selon eux, d'une simple écoute mais bien d'un temps au cours duquel le praticien prenait une part active au dialogue.

MG8 : « Certains patients aiment être dans un dialogue, c'est-à-dire qu'en fait, on fait une espèce de thérapie en vis-à-vis où on échange. »

2.1.4.2 – Une compatibilité nécessaire des profils patient-thérapeute

La notion de compatibilité entre patient et médecin dans la relation était indispensable. La personnalité du médecin, autant que celle du patient, était donc un élément déterminant qui participait à la conduite d'une thérapie de qualité.

MG10 : « La relation, c'est comme ma paire de chaussures, il faut vraiment que ça épouse mon pied. [...] Je veux dire qu'avec le même discours, ça ne va pas passer parce que ma personnalité ne lui convient pas [...] et c'est pour ça que je vous dis que, de temps en temps, ça colle ou que ça ne colle pas. »

2.2- Objectifs d'une psychothérapie de soutien

2.2.1 – La restauration de l'humeur comme principal objectif

Lorsqu'ils entamaient une psychothérapie de soutien avec leurs patients, les médecins visaient en premier lieu l'obtention d'une rémission au moyen du rétablissement de l'humeur.

MG9 : « Alors, le soutien psychologique, c'est accompagner mon patient, essayer de lui restaurer son humeur. »

Ne méconnaissant pas la dimension de rechute, ils n'utilisaient pas spontanément le terme de « guérison ».

MG12 : « Alors, je ne vais pas utiliser le terme de guérison parce que, je ne vais pas dire que je n'y crois pas, mais ce n'est pas comme ça que ça s'articule. »

► Rétablir une dynamique psychique positive

L'obtention d'une amélioration globale du fonctionnement du patient, synonyme de rémission, reposait sur le rétablissement d'une dynamique psychique positive. Il s'agissait de travailler avec le patient afin de combattre l'anhédonie et l'aboulie, constitutives du syndrome dépressif.

MG3 : « C'est lui offrir un soutien [...] de manière à essayer de lui rendre une dynamique positive. En tous cas plus positive que celle dans laquelle il se trouve au moment où il consulte puisqu'il est déprimé. »

◆ Favoriser la projection dans l'avenir

Pour y parvenir, l'une des conditions était de rendre au patient sa capacité à élaborer des projets et à se repositionner dans une démarche tournée vers l'avenir. Face à un état psychique emprunt de pessimisme, le rôle du thérapeute consistait essentiellement à le

rassurer sur un futur perçu comme anxiogène, voire inexistant, afin de lui rendre l'espoir de la guérison.

MG3 : « C'est le manque de projet, c'est le manque d'envie, c'est cette difficulté à se projeter dans l'avenir. Donc c'est quand même essayer de lui montrer que, même si c'est difficile pour le moment, tout n'a pas été difficile par le passé et que, si ça n'a pas été difficile par le passé, ça peut quand même revenir mieux. »

◆ « Renarcissiser » le patient

Le rétablissement de l'estime de soi, la « re-narcissisation », était cité comme un autre objectif participant à la restauration d'une dynamique psychique positive. Les médecins pointaient en effet l'importance des sentiments d'auto-dévalorisation et de culpabilité éprouvés par le patient au cours d'un épisode dépressif.

MG5 : « C'est une thérapie non codifiée, non analytique, non psychanalytique, qui consiste à "re-narcissiser" les gens. »

MG6 : « [...] ils ont vraiment l'impression de ne plus servir à rien, d'être nuls et d'être mis au placard. »

◆ Réinsérer le patient

Au sein de cette quête, il était également question de réinsérer le patient dans son environnement personnel. Les médecins cherchaient alors à s'appuyer sur les éléments étayant sa sphère socioprofessionnelle.

MG8 : « On essaie de se fixer des petits objectifs d'activités pour le patient et voir s'il sort un peu de son isolement, s'il reprend un peu d'activité physique ou sociale. [...] Parfois, un retour au travail, renouer avec les membres de la famille ou les amis. »

2.2.2 – Prévenir les rechutes de la maladie

En utilisant le terme de « rémission », les médecins généralistes sous-entendaient la notion de rechute dans la maladie dépressive. Pour eux, l'un des objectifs d'une psychothérapie de soutien reposait également sur la prévention de ces rechutes en informant les patients et en les accompagnant dans la recherche de moyens permettant de les éviter.

MG12 : « [Les informer] que la rechute peut arriver et que l'essentiel c'est qu'ils reviennent rapidement parce que, parfois, il ne faut pas grand chose pour les remettre sur les rails. »

MG6 : « Si on éteint le feu et qu'on ne leur donne pas les moyens de gérer ça pour eux, d'être autonomes par rapport à tout cela ... au prochain problème, ils seront à nouveau dans le même état. »

2.2.3 – Une transition vers une psychothérapie plus spécifique

Parmi les praticiens interrogés, plusieurs évoquaient la psychothérapie de soutien comme un objectif de transition vers une psychothérapie plus codifiée relevant du psychiatre ou du psychologue.

Pour certains, la psychothérapie de soutien permettait d'apporter au patient un support initial dans l'attente de débiter un travail psychothérapeutique spécialisé.

MG4 : « En fait, on n'est pas psychothérapeutes, donc on ne va pas proposer [...] une psychothérapie dans la durée à un patient. [...] Mon but, c'est assez rapidement d'aider quelqu'un à reprendre appui et à redémarrer sur ses fondements ou de se poser la question d'aller chercher les vrais supports. »

Pour d'autres, elle constituait une étape particulièrement adaptée aux patients ne s'estimant pas prêts à entamer une psychothérapie avec un psychiatre ou un psychologue.

MG2 : « Et puis, il y a celui qui est complètement réfractaire ou qui n'est pas encore prêt, donc on va le voir deux fois, trois fois avant qu'il soit peut être décidé à aller le voir. »

Enfin, elle offrait selon certains l'intérêt de mettre en lumière, au cours de son déroulement, des difficultés indiquant le recours à une autre forme de psychothérapie.

MG12 : « Je crois que c'est au décours de la psychothérapie qu'on peut se rendre compte qu'à un moment, oui, effectivement, il y aurait besoin d'autre chose. »

2.3- Modalités pratiques d'une psychothérapie de soutien

2.3.1 – Un cadre singulier

2.3.1.1 – Créer une atmosphère propice au soutien

► **Un cadre adapté à chaque patient**

Le cadre d'une psychothérapie de soutien reposait avant tout sur son adaptation au patient. Les médecins généralistes décrivaient ainsi une certaine liberté de structuration et d'évolution dans le processus thérapeutique.

MG1 : « On s'adapte en fonction du patient, en fonction de son évolution, en fonction de ses possibilités. »

MG5 : « Je n'ai jamais rien de planifié parce que je ne sais jamais comment ça va tourner. D'une part, je ne sais pas dans quel état ils vont être, je ne sais pas dans quel état je vais les mettre aussi en les poussant un petit peu à droite à gauche. »

◆ Une disponibilité nécessaire du médecin

La première condition avancée par les médecins pour permettre cette adaptation au patient était leur disponibilité. Ils estimaient nécessaire de pouvoir recevoir leurs patients à leur demande dans des délais raisonnables et insistaient auprès d'eux pour qu'ils les sollicitent en cas de difficulté.

MG9 : « Après, on a les répétitions de rendez-vous et puis "à vous aussi de me solliciter si vous êtes moins bien, s'il y a eu quelque chose dans votre vie", etc. »

MG12 : « J'ai le sentiment qu'il ne faut pas les laisser en déshérence en tous cas. »

◆ Se mettre au niveau du patient

Afin de mettre en confiance le patient et de lui permettre de s'exprimer dans des conditions favorables, les médecins cherchaient à se mettre « à son niveau ». Il s'agissait pour eux d'identifier les demandes énoncées ou masquées du patient et de tenter d'y répondre en s'adaptant à ses croyances, ses représentations et ses capacités d'élaboration.

▸ Repérer les attentes du patient

Ils insistaient sur l'importance d'identifier les attentes du patient concernant la prise en charge afin de structurer la thérapie dans l'objectif d'y répondre. Ils poursuivaient tout au long du suivi cette recherche des attentes du patient soumises à l'évolution de la thérapie.

MG3 : « Il est certain qu'encore une fois, on ne pourra pas se passer de la phase qui est la plus compliquée, c'est-à-dire l'évaluation des attentes. »

MG9 : « Et puis, qu'est-ce qu'ils attendent aussi parfois d'un entretien avec moi, quoi ? [...] Qu'est-ce qu'ils sont venus chercher, en dehors du médicament bien évidemment ? »

▸ Identifier ses représentations

Le dialogue étant au cœur du processus thérapeutique, s'accorder sur une signification commune pour une notion donnée constituait un élément essentiel au bon déroulement du soutien. Ainsi, l'identification des représentations du patient et l'évaluation de ses capacités de compréhension étaient des étapes cruciales qui permettaient au médecin de s'assurer que l'un et l'autre parlaient un langage commun et pouvaient se comprendre.

MG3 : « Savoir si on met les mêmes images sur les mêmes notions employées [...], l'évaluation des capacités de compréhension, la vérification que la compréhension est effective. »

MG4 : « On va avoir du temps pour s'intéresser [...] au patient alors tel qu'il est, tel qu'il le vit, tel qu'il se connaît et tel qu'il est prêt à bouger. »

◆ Respecter l'intimité du patient

Conscients de la difficulté que constituait le processus psychothérapeutique pour les patients, les praticiens insistaient sur la notion de respect de leur intimité. Ils leur laissaient la décision d'aborder les éléments les plus sensibles à leur rythme, sans jamais les y contraindre, et en les assurant de leur discrétion.

MG12 : « C'est intrusif quand réellement je sens qu'il y a un blocage complet, et en précisant à chaque fois qu'ils ont le droit "de ne pas", de ne pas dire. [...] Je leur dis aussi très souvent que je ne leur reparlerai pas de certaines choses si eux ne m'en parlent pas. »

◆ Avancer conjointement

Loin du schéma de médecine paternaliste, les médecins interrogés s'accordaient à dire que le succès de la thérapie reposait notamment sur une évolution conjointe du patient et de son thérapeute tout au long du processus d'identification du complexe pathogène. Cela nécessitait parfois certains compromis de la part de chacun des deux protagonistes.

MG7 : « Il y a des fois des gens qui vous disent "non non, pour moi c'est pas ça", et puis à force on arrive à trouver un terrain d'entente par rapport à l'origine des troubles. »

► **Instaurer un climat de confiance**

Il était essentiel d'installer un climat de confiance tout au long de la thérapie pour permettre au patient de se livrer avec un sentiment de sécurité en lui offrant un espace d'écoute bienveillante. Selon les médecins, cela était le gage d'une expression libre, sans retenue, avec la certitude, pour le patient, de ne pas être jugé.

MG4 : « Mais, le patient, il sent que là il peut se ré-appuyer sur un médecin, qu'il a pu être entendu, qu'on ne l'emmène pas où il ne veut pas, que même si ça prend du temps le médecin ne le virera pas ou ne sera pas très rapidement fâché du fait que ça prenne du temps ... »

MG12 : « Je pense qu'il y a cette espèce d'incertitude et à un moment, moi, je leur redis que ce qui se dit ici le reste, et totalement [...] et qu'ils ont le droit de pleurer, qu'ici ça se fait. »

► **L'attitude du médecin : entre neutralité et empathie**

La posture du médecin au cours d'une psychothérapie de soutien leur apparaissait difficile à formaliser. Ils décrivaient un équilibre délicat à trouver entre une attitude empathique favorisant le soutien et une nécessaire distance à maintenir avec le patient.

◆ Adopter une posture empathique

La qualité d'**empathie** était citée en premier lieu par les médecins lorsqu'ils caractérisaient leur attitude au cours du processus de soutien psychologique.

MG3 : « Si on ne comprend pas les patients, je pense qu'on n'a pas vraiment grand chose à faire derrière un bureau, entre guillemets, à les "prendre en charge". [...] C'est effectivement se trouver en empathie avec le patient et puis aussi savoir à quel moment de son cycle il se trouve ... »

La notion d'attitude **sympathique** n'était en revanche pas partagée par tous. Pour certains, elle caractérisait la posture du médecin et plus largement la relation de soutien tandis que d'autres estimaient qu'elle pouvait la desservir dans la mesure où elle induisait une dimension émotionnelle inappropriée.

MG4 : « Donc, pour moi, l'outil de la psychothérapie de soutien c'est sûrement la reformulation et le contexte empathique et plus largement sympathique. »

MG7 : « J'essaie de me mettre à son niveau, d'avoir une empathie et pas forcément une sympathie parce que ce n'est pas dans son intérêt, mais d'abord une empathie. »

◆ Une proximité physique soutenante

Certains médecins expliquaient adapter leur positionnement dans l'espace au cours de la consultation en se plaçant de manière à favoriser un échange moins formel.

MG12 : « Je change de place. [...] Je vais m'asseoir à côté pour effacer cette barrière que constituent le bureau, l'ordinateur. »

◆ Faire preuve d'objectivité

Pour certains, il était nécessaire, pour ne pas devenir délétère, de se distancer des a priori qu'ils étaient susceptibles d'éprouver à l'égard de la singularité manifeste de certains patients. Qu'ils soient de nature positive ou de l'ordre de l'antipathie, ces ressentiments nuisaient à l'objectivité du médecin.

MG10 : « [...] éliminer aussi le ressenti du médecin par rapport au patient, et puis également du patient, pour essayer de graduer un petit peu les choses de manière un peu objective. »

◆ Maintenir une distance nécessaire

Sans remettre en cause l'empathie nécessaire à la relation de soutien, il apparaissait fondamental de maintenir une certaine distance dans la relation afin de limiter les effets de transfert.

MG5 : « Alors le lien, attention, il faut faire attention à ce qu'on fait. Il y a aussi une distance. [...] Si ça change des trucs, c'est que tu es allé trop loin ou que tu l'as mal fait, dans le bon ou dans le mauvais sens. [...] C'est que ce n'était plus de la psychothérapie de soutien [...] mais quelque chose que tu n'as pas maîtrisé, de l'ordre du transfert, contre-transfert. »

2.3.1.2 – Une progression thérapeutique adaptée au patient

► **Qui se construit au fil des consultations**

Lorsqu'ils abordaient la structure de la psychothérapie de soutien sur la durée, les médecins généralistes reconnaissaient ne pas avoir de schéma de progression préétabli. Là encore, l'adaptation au patient faisait figure de règle admise par tous et ils reconnaissaient volontiers une certaine spontanéité propre à la psychothérapie de soutien.

MG5 : « Quand on fait du soutien, on va le faire plutôt à la demande, consultation après consultation. On n'est pas dans un truc organisé où les gens vont réfléchir avant, payer en espèces ... »

MG8 : « Je n'ai pas de schéma de consultation préétabli en dehors du temps d'interrogatoire préliminaire, et après c'est un petit peu comme le patient le ressent. »

► **Une stratégie difficilement reproductible**

Elle était ainsi décrite comme une thérapie personnalisée dont il était impossible d'extraire une stratégie de progression interchangeable d'un patient à l'autre. Son évolution reposait avant tout sur la personnalité du patient en s'adaptant à ses attentes et ses capacités.

MG10 : « Il n'y a pas, pour moi, de règles en psychologie, en psychiatrie, il n'y a pas de choses qui marchent à tous les coups et d'autres choses qui ne marchent jamais. C'est toujours une adaptation en fonction de la personne que vous avez devant vous. »

2.3.1.3 – Organisation du suivi

► **Des temps de consultation appropriés**

◆ A des moments opportuns

Reconnaissant que leur capacité d'écoute et que la qualité du soutien qu'ils étaient en mesure d'apporter à leurs patients n'étaient pas égales à tout moment de la journée, ils accordaient une certaine importance à positionner les consultations de soutien à des moments propices. Ils programmaient ces rendez-vous sur des plages pour lesquelles la gestion du temps leur était plus confortable et où leurs capacités de concentration étaient plus favorables.

MG2 : « Quand je leur donne rendez-vous, c'est moi qui vais les caser à un moment où, pour moi, ce sera beaucoup plus simple à gérer. »

◆ Des consultations longues nécessitant d'être anticipées

Tous les médecins s'accordaient sur la nécessité d'un temps de consultation adapté, supérieur aux 15 minutes fréquemment mises en place pour leurs consultations habituelles. Lorsqu'elles pouvaient être anticipées par la prise d'un rendez-vous, des temps de 30 à 45 minutes étaient souvent accordés aux patients.

MG12 : « Il faut vraiment laisser du temps aussi et c'est donc une consultation qui peut durer 15 minutes à une demi-heure, voire parfois trois quarts d'heure. »

MG10 : « Souvent, je leur dis de ne pas prendre rendez vous par exemple sur les sites en ligne où, là, c'est tous les quarts d'heure mais de téléphoner avant, ça me permet par exemple de bloquer deux créneaux. »

► **Un cadre temporel flexible**

Concernant le rythme des entretiens, ils déclaraient fixer eux-mêmes la fréquence des consultations tout en informant les patients de leur disponibilité pour les recevoir entre deux échéances.

MG12 : « C'est moi qui pose les fréquences. Je leur dis souvent que la porte est ouverte. »

MG10 : « En général c'est plutôt moi qui le fixe mais ça peut être le patient aussi. La porte, elle est toujours ouverte de toute façon. »

◆ Un suivi rapproché

Pour la plupart, dans la phase initiale du suivi, les patients étaient reçus à un rythme bimensuel, voire hebdomadaire. Ils se montraient particulièrement vigilants pendant cette étape initiale. À distance de la phase aiguë, un rythme mensuel était souvent préféré.

MG6 : « Et puis, souvent, je les revois à 15 jours, 3 semaines, même s'il n'y a pas eu d'arrêt, [...] et puis après ... ouais c'est souvent au mois. »

MG7 : « Il y a des gens pour qui toutes les semaines c'est beaucoup, ils préfèrent tous les 15 jours mais je ne vais pas au delà de 15 jours. »

◆ Adapté à la sévérité des troubles

La fréquence des entretiens dépendait essentiellement de la sévérité du tableau clinique. Ainsi, le rythme bimensuel décrit par la plupart dans le cas général ne constituait en aucune mesure une quelconque standardisation et pouvait être adapté aux besoins de chaque patient.

MG8 : « La fréquence, en général, je la propose en fonction de l'état du patient. »

MG9 : « - Vous, ce créneau, vous le fixez en fonction de ... ? - Du tableau clinique, de la sévérité et puis il y en a à qui je dis " bah moi je veux vous revoir la semaine prochaine". »

► **La mise en place de stratégies favorisant l'observance**

Pour les médecins généralistes, la régularité du suivi de leurs patients était essentielle. Ils avaient conscience que leur observance au suivi psychothérapeutique pouvait être fragile. Certains éléments constitutifs de la prise en charge de la dépression leur permettaient de s'assurer une réévaluation régulière de leurs patients.

Ainsi, les durées des **prescriptions médicamenteuses** et des **arrêts de travail** étaient volontairement limitées dans la phase initiale de la maladie.

MG5 : « La façon dont tu gères la durée de l'arrêt de travail, ça te permet à toi de pouvoir assurer une phase de diagnostic, d'approfondissement, plus serrée qu'autrement. »

MG4 : « Je pense que les patients ont besoin, pour revenir, d'une alliance qui soit aussi autour d'une aide médicamenteuse. [...] Nous, la succession des arrêts de travail ou la succession des prescriptions sont des outils, voilà. »

De même, certains évoquaient l'utilisation du **tiers payant** comme moyen de lever le frein financier qui pouvait limiter l'observance des patients les plus démunis.

MG4 : « Comme autre outil, il y a que j'utilise beaucoup le tiers payant, en partie, dans mes consultations, ce qui fait que les gens n'ont pas l'impression que je tire de l'argent non plus. Ils ne sont pas empêchés de revenir me voir pour des raisons financières. »

2.3.2 – Conduire une psychothérapie de soutien

2.3.2.1- Une méthode d'écoute psychothérapeutique

► **Mobilisant des outils de communication**

Pour les médecins interrogés, l'essence même de la psychothérapie de soutien reposait sur l'échange avec le patient par le biais du dialogue. Cette interaction se distinguait d'une conversation ordinaire par la mise en jeu d'outils de communication sciemment utilisés par le thérapeute, lui permettant de structurer l'entretien et de favoriser l'expression du patient.

◆ Etre à l'écoute

Elément essentiel de la communication avec le patient, l'écoute occupait une place de choix dans le temps de l'entretien. Il s'agissait, pour les médecins, de l'une des principales attentes du patient.

MG3 : « Bah, je pense que, déjà, écouter et tenter de comprendre ce que nous expose un patient, c'est déjà une forme de psychothérapie de soutien. »

MG11: « Donc il faut vraiment être à l'écoute et laisser le patient vraiment s'exprimer, oui. »

◆ Utiliser des questions ouvertes

Ils soulignaient l'importance de recourir à l'utilisation de questions ouvertes pour interroger le patient. Ainsi, ils l'amenaient à verbaliser et à élaborer davantage en lui laissant la place de s'exprimer sans jamais se montrer directifs.

MG2 : « Je veux dire, dans les questions, il ne faut pas les faire répondre que par "oui" ou "non". Il faut essayer de les débloquer pour en dire le plus possible sans qu'on soit trop directifs. »

◆ Reformuler

La reformulation était fréquemment utilisée par les praticiens au cours des entretiens. Elle était le moyen pour eux de s'assurer de la bonne compréhension des propos du patient et de l'inciter à poursuivre et préciser sa réflexion.

MG4 : « C'est vraiment l'outil, pour moi, de la psychothérapie de soutien du généraliste : la reformulation. [...] Simplement, ça permet de faire avancer la parole et au patient d'aller plus loin dans une introspection. »

◆ Respecter les silences

Le respect des temps de silence apparaissait nécessaire au travail d'introspection du patient.

MG12 : « Je laisse des silences. Je pense que c'est important aussi. »

◆ L'importance du langage non-verbal

Le temps de l'entretien était également un temps d'observation pour les deux protagonistes. Les médecins avaient conscience de l'importance de la communication non-verbale et du message que pouvait véhiculer l'expression corporelle qu'ils dégageaient.

MG3 : « Je pense qu'il y a aussi une ... comment dire ... une attitude, une gestuelle derrière le bureau, la façon de regarder [...], la façon dont on regarde les patients [...]. Parce qu'on ne noue pas de relation que par la parole quand même. »

◆ Recourir à l'humour

Pour certains, mobiliser l'humour au cours de l'échange permettait de sonder l'humeur du patient. Ainsi, l'accessibilité à l'humour était un signe favorable quant à son état de santé mentale. Au contraire, l'imperméabilité à l'humour était le gage d'un tableau clinique plus sévère.

MG5 : « Alors, moi, je travaille beaucoup avec l'humour [...] et j'essaie de voir comment ils réagissent à un humour. Quelquefois ils pleurent, tu envoies une petite vanne et puis, tout de suite, ils s'éclairent, ils se marrent. C'est plutôt bon signe. Et puis, quelquefois, tu envoies une petite vanne et vraiment, ça ne passe pas. Alors, là, tu arrêtes tes vannes et tu repars dans la compassion et dans le soutien. »

► **Au service d'un processus psychothérapeutique**

◆ Favoriser la libre expression

L'utilisation de ces outils de communication permettait aux médecins de servir de cadre au discours du patient en intervenant pour amorcer, préciser ou réorienter le propos. Ils cherchaient ainsi à favoriser une expression du patient la plus libre possible tout en jouant un rôle actif dans l'entretien.

MG4 : « C'est quelque chose où on laisse venir, où on ne reprend pas la main, où quand on reprend la main c'est juste pour reformuler et laisser repartir un petit peu. »

Dans ce rôle de guide et de cadre, ils reconnaissaient que cette libre expression avait toutefois ses limites et qu'il leur était parfois nécessaire de recentrer le propos du patient.

MG9 : « Bon, après, de temps en temps, on le recentre, il faut toujours être dans la vigilance et le recentrer. »

◆ Favoriser l'introspection du patient

Par l'utilisation de moyens de communication au sein d'une expression libre, les médecins visaient un travail d'introspection du patient. Il était question de l'amener à approfondir sa réflexion afin d'identifier, au-delà de la problématique apparente, les réels enjeux sous-jacents.

MG12 : « Je laisse la parole et puis quand je sens qu'il y a autre chose peut-être derrière, là par contre je suis peut-être un peu incisif et intrusif dans mes questions. »

MG3 : « Donc ça ne veut pas dire qu'il ne faut pas lui faire répéter des choses, parce qu'il y a des choses [...] qu'il ou elle aurait pu oublier ou des points qu'on peut approfondir parce qu'on peut faire une connexion. »

2.3.2.2- Une phase d'évaluation diagnostique

► **Evaluer l'état de fonctionnement du patient**

Lorsqu'ils initiaient une psychothérapie de soutien avec leurs patients dépressifs, les médecins effectuaient un premier travail primordial d'évaluation globale du fonctionnement du patient dans son environnement. Il s'agissait de dresser un portrait de sa sphère socioprofessionnelle et d'identifier ses difficultés à s'y maintenir. Ce travail d'évaluation était poursuivi tout au long de la thérapie afin de juger de son efficacité relativement à l'amélioration du fonctionnement du patient.

MG8 : « J'accueille le patient, je commence à lui poser quelques questions sur la façon dont il se ressent, dont il ressent sa vie, ce qu'il fait en ce moment, comment il supporte son traitement [...]. L'observance au traitement, savoir s'il est toujours intégré dans sa vie sociale, professionnelle, familiale, s'il a des troubles de libido, alimentaires, de sommeil. »

MG9 : « Les outils, d'abord, c'est l'interrogatoire, l'examen clinique, la connaissance du patient, de son environnement, les modifications de tout ça évidemment. »

◆ Caractériser la dépression

La phase d'évaluation de la situation comprenait également une caractérisation de l'épisode dépressif. Il était question de différencier l'épisode dépressif caractérisé d'un

syndrome anxieux ou d'un fléchissement thymique transitoire ne remplissant pas les critères d'un épisode caractérisé. Ils cherchaient également à définir le contexte de survenue de cette dépression en distinguant les troubles réactionnels à un évènement de vie et ceux de nature « endogène », ayant davantage trait à un trouble dans la structure psychique du patient. Enfin, ils évaluaient le degré de sévérité de l'épisode dépressif.

MG6 : « C'est déjà déterminer un peu le degré de dépression, savoir si on a des causes identifiées : des problèmes perso, des problèmes familiaux, des soucis professionnels, enfin, voilà, faire un peu le tour. Le degré de gravité aussi. »

MG4 : « Le premier, c'est le repère. C'est d'avoir une demande et d'avoir repéré quelque chose de cette dépression et d'avoir fait un peu le tri dans ce qu'on entend entre un syndrome anxieux, une histoire un peu réactionnelle très ponctuelle ou un vrai syndrome dépressif qui s'installe ou qui s'est installé progressivement [...]. »

◆ Recherche du risque suicidaire

Le repérage du risque suicidaire, dès les premiers contacts avec le patient dépressif, était une nécessité absolue. Il constituait le principal danger dans la prise en charge de cette pathologie.

MG4 : « Le plus important est d'abord de repérer l'angoisse, y compris la souffrance anxieuse qui donne envie parfois de passer à l'acte [...]. On est obligé de repérer son risque de passage à l'acte et de savoir ce qu'on en fait. »

◆ Evaluation de la thérapeutique médicamenteuse

La recherche de l'adhésion du patient au traitement, de son observance, de son efficacité et la surveillance de la survenue d'éventuels effets secondaires figuraient parmi les éléments recherchés tout au long de la thérapie.

MG4 : « Et puis, dans ma petite tête, il va y avoir : adhésion au traitement, réactivité au fait de se revoir ... »

MG8 : « Oui, c'est-à-dire qu'on essaie de voir si le traitement est adapté, s'il faut le modifier, l'augmenter. »

► **Une démarche étiologique**

L'enquête étiologique constituait une étape importante dans le processus de soutien. Les médecins distinguaient deux principales situations : la dépression réactionnelle à un évènement de vie et la dépression « endogène ». Par ce terme, ils désignaient les situations au cours desquelles la pathologie semblait s'être installée de manière spontanée et inexplicée.

◆ La recherche d'un évènement déclenchant

Dans le premier cas, identifier l'évènement à l'origine du trouble constituait un enjeu important. Ils se sentaient en effet davantage compétents pour prendre en charge le patient autour d'une problématique bien identifiée sur laquelle ils estimaient pouvoir intervenir. Ils précisaient toutefois poursuivre leurs investigations au-delà de la cause apparente qui masquait parfois d'autres problématiques non reconnues par le patient.

MG4 : « Et puis, tout ce qui est de l'ordre des dépressions plus réactionnelles où, assez vite, on va aborder ce qui rend difficile leur vie et en quoi leur humeur rend difficile leur vie, dans les deux sens. [...] On va avoir du temps pour s'intéresser au fond du problème, aux causes possibles. »

MG8 : « Alors, oui, je recherche éventuellement une cause, à savoir que souvent il n'y en a pas ou en tous cas pas de clairement établie. Enfin, le patient aime bien souvent alléguer des problèmes familiaux, professionnels, relationnels, sentimentaux. »

◆ L'absence de cause apparente

Les situations de dépressions non-réactionnelles et sans étiologie apparente constituaient une difficulté majeure face à laquelle les généralistes se sentaient rapidement limités. Leur travail psychothérapeutique consistait alors à tenter de mettre en place d'autres mécanismes afin d'identifier les problématiques sous-tendues par la structure psychique du patient.

MG3 : « Il est clair que les dépressions endogènes, c'est beaucoup plus complexe en terme de thérapie de soutien pour un médecin généraliste [...]. Moi, personnellement, là, je m'estime assez désarmé parce que je me dis que quelle que soit la situation autour de lui, si la dépression tient aux traits de personnalité du patient, ce n'est pas son entourage au sens large, ce n'est pas la façon dont il vit, la façon dont il évolue dans la société qui est en cause. »

▸ Identifier un fonctionnement pathologique

Ils cherchaient à amener le patient à identifier les éléments pouvant être à l'origine du syndrome dépressif, voire de la récurrence des épisodes dépressifs. Pour cela, ils orientaient la réflexion vers la recherche de schémas pathologiques liés au mode de fonctionnement et à l'environnement du patient.

MG6 : « C'est les amener à réfléchir à pourquoi est ce que ça leur est arrivé à eux et pas à leurs collègues ou à leur mari ou voilà ... Pourquoi est-ce que c'est moi ? [...] Peut-être que dans leur mode de fonctionnement psychologique, il y a des choses qui font qu'à un moment donné ils se mettent dedans. »

▸ Interpréter

Déceler, par l'interprétation des propos ou des attitudes du patient, des éléments pathologiques pouvait leur permettre d'avancer vers l'identification du problème.

MG1 : « Vraiment, être dans l'écoute un petit peu pour essayer de rebondir sur les choses qui montrent une souffrance. »

MG11 : « Comprendre quelles sont les vraies souffrances parce, que bien souvent, ce n'est pas formulé dans un premier temps et c'est formulé très longtemps après ... »

▸ Respecter les défenses du patient

Pour autant, il n'était pas question, dans une psychothérapie de soutien, de confronter le patient aux mécanismes inconscients de défense qu'il avait pu mettre en place pour refouler son complexe psychique.

MG8 : « Il ne s'agit pas de mettre le patient devant son problème et d'essayer de le résoudre à tout prix, ce n'est pas ça du tout. »

Si les médecins reconnaissaient être amenés à identifier des manifestations inconscientes, leur rôle dans la thérapie de soutien ne consistait pas à les porter à l'attention du patient.

MG4 : « Je crois beaucoup à la dimension inconsciente [...], donc, c'est évident qu'il se passe des choses qui ne sont pas verbalisées pendant le temps de la thérapie. A la différence d'une thérapie analytique où au fur et à mesure il va se dire ce qu'il se passe, là, pas obligatoirement. »

► Délivrer une information au patient

◆ Nommer la maladie

A l'issue de la phase initiale de diagnostic et d'évaluation globale de la situation, il apparaissait important pour certains de nommer la maladie auprès du patient. Poser un diagnostic sur leur mal-être était perçu comme une première étape déterminante du processus thérapeutique. Le patient se sentait alors reconnu dans sa souffrance.

MG5 : « Le fait d'annoncer un diagnostic, déjà, ça les soigne. Ils sont perdus et tu dis "Ben là vous n'êtes pas que triste, il y a une maladie, c'est une dépression, il y a ceci et cela qui se passent". »

◆ Informé sur son évolution

Informé le patient sur les risques évolutifs de la pathologie leur apparaissait également essentiel à une bonne observance du suivi et au renforcement de la confiance dans la relation. Les patients étaient ainsi conscients de la nécessité d'un traitement prolongé et de la possibilité de rechutes constitutives de cette maladie.

MG12 : « Je leur dis toujours, à un moment donné, qu'il peut y avoir des rechutes et que ce n'est pas grave s'il y a des rechutes. »

MG3 : « C'est l'occasion aussi de faire passer des messages de ... "même quand vous irez mieux au bout de deux ou trois mois, le traitement est à poursuivre pendant neuf mois de manière à consolider l'amélioration de l'humeur." »

◆ Amener à l'acceptation de la maladie

Pour les généralistes, l'acceptation de sa maladie par le patient était un facteur déterminant dans le processus de soutien.

MG9 : « La guérison, ce n'est pas un objectif en soi, c'est la progression, la prise en charge et puis aussi le fait parfois de s'accepter dépressif, quoi. »

Cette acceptation nécessitait d'amorcer un travail de déculpabilisation et de réassurance du patient.

MG5 : « Dans le syndrome dépressif, tu as quand même une grosse souffrance morale et une grosse dépréciation. Tu as vraiment des gens qui sont mal, qui sont honteux ... Donc

c'est important de déculpabiliser. [...] Donc il faut rassurer les gens et il faut avoir aussi une attitude qui soit rassurante, qui soit contenante. »

2.3.2.3- Des modalités d'interventions thérapeutiques

► **Le conseil**

Parmi les moyens thérapeutiques qu'ils estimaient avoir à disposition, ils déclaraient utiliser le conseil de manière prudente auprès du patient. Il s'agissait de formuler des propositions pour résoudre certaines situations. Ils insistaient toutefois sur l'importance de ne rien imposer et de laisser au patient le choix de suivre ou non ces recommandations.

MG7 : « Si on a plusieurs entretiens, qu'on arrive à dégager des axes éventuellement de prise en charge, on peut être amenés à proposer, mais c'est toujours du "proposer". »

Certains ajoutaient se servir de leur propre expérience dans les conseils qu'ils formulaient aux patients.

MG10 : « Même si on n'a pas la formation [...], il y a quand même une forme d'expérience personnelle. Dans la vie, il n'y a pas non plus que des choses qui vont toujours bien donc, en fait, on essaie avec sa propre expérience d'aider l'autre. »

► **Amener le patient à modifier un fonctionnement pathologique**

Les médecins expliquaient tenter d'intervenir sur la structure psychologique du patient en cherchant à lui faire prendre conscience de certains schémas de répétition pathologiques dans son fonctionnement. Ce travail avait pour but de l'amener à les modifier ou lui proposer des stratégies d'évitement.

MG6 : « Moi, je pense que ce qui est important aussi c'est de modifier un peu son mode de fonctionnement de manière à ne plus se remettre dans une situation où ils vont à nouveau décrocher, quoi. [...] C'est vraiment leur permettre de gérer ça de manière un peu plus autonome après, quoi. Ne pas se remettre dans le mur la fois suivante. D'apprendre de la situation. »

► **Induire un changement de point de vue pour le patient**

La maladie dépressive s'accompagnait d'une vision dépréciée de la réalité, en congruence avec l'humeur. Dans le cadre de la psychothérapie de soutien, les médecins mettaient en place des axes de travail visant à modifier cette perception erronée.

◆ Le recentrer sur les aspects positifs de sa vie

Selon eux, l'un des moyens les plus efficaces pour mener à bien cet objectif consistait à amener le patient à reconnaître les éléments positifs de son environnement et à s'y réinscrire. Il pouvait s'agir d'activités sportives ou de loisirs dans lesquelles le patient s'accomplissait mais que la maladie l'avait amené à délaisser, ou encore d'un entourage familial ou amical étayant.

MG8 : « On essaie de se fixer des petits objectifs d'activités pour le patient pour voir s'il sort un peu de son isolement, s'il reprend un peu d'activité physique ou sociale. »

MG10 : « Alors, moi, je leur dis aussi d'essayer de faire une chose dont ils ont envie, c'est-à-dire qu'en fait ça peut être le sport, ça peut être les jeux vidéo [...], tout ce qui quelque part est capable de leur amener un instant de plaisir, aussi court soit-il et quel que soit le truc. »

◆ Ouvrir des perspectives

Ils intervenaient également en amenant le patient à entrevoir des perspectives d'avenir. La capacité à élaborer des projets à court ou moyen terme était pour eux synonyme d'une amélioration de l'humeur et donc de l'atténuation de la symptomatologie dépressive.

MG5 : « Vous travaillez un peu sur l'avenir, sur les perspectives, et puis, de consultation en consultation, on voit qu'il se projette un peu plus dans l'avenir. [...] Quand ils ont fait un peu de projets [...], voilà, ça reprend. »

2.3.3 – Un investissement psychologique de la part du médecin

2.3.3.1- Requiert un effort d'attention intense

Conduire une psychothérapie de soutien représentait pour les médecins un investissement psychologique important. Tout au long de l'échange, ils devaient adapter leur discours et trouver des réponses aux demandes du patient. Leurs propos ne relevaient ainsi pas de la simple spontanéité mais étaient le fruit d'un travail de concentration éprouvant.

MG7 : « De toute façon, c'est certainement, à mon avis, les consultations les plus éreintantes, ça c'est sûr. Surtout si vous vous impliquez dedans, [...] c'est fatigant parce que vous êtes obligés d'être à l'écoute sur tout, même des fois sur le non-dit ou sur l'expression et donc c'est une attention intense. »

2.3.3.2- Une réflexion sur sa propre condition

Cet accompagnement psychologique retentissait directement sur le médecin qui entamait une réflexion sur sa propre condition. Il apparaissait difficile pour certains d'entre eux de ne pas s'interroger sur leur propre fonctionnement, les éléments de leur vie personnelle ou encore sur leur statut professionnel de médecin.

MG10 : « L'expérience des autres, le vécu des autres, ça vous fait forcément réfléchir sur vos problématiques personnelles [...]. Toutes les histoires de burn-out [...], ça vous fait quand même pas mal réfléchir sur votre propre propre situation. C'est assez éclairant ... »

► **S'interroger sur son utilité pour le patient**

Au cours de la thérapie, les médecins étaient amenés à s'interroger sur l'efficacité du soin qu'ils prodiguaient. Dans les situations qui ne semblaient pas évoluer favorablement, ils remettaient en question leur utilité pour le patient et envisageaient qu'ils n'étaient peut-être pas le recours approprié, se sentant parfois même déléteres.

MG12 : « Est-ce que je ne rends pas certains patients dépendants de moi et non plus des anxiolytiques ? Et puis est-ce que ce que je fais est réellement bien pour le patient ? »

MG3 : « Parfois, on peut s'enfermer dans des situations et au bout du compte ne plus être utile, [...] être finalement plus nocif au patient quoi. »

► **Reconnaître ses propres limites**

Ils avaient conscience de ne pas toujours correspondre aux attentes du patient. De leur côté, ils estimaient parfois ne pas être en mesure d'apporter une qualité de soutien identique à des patients dont la personnalité leur posait des difficultés. Dans ces situations, ils déclaraient orienter le patient en reconnaissant auprès d'eux leurs limites à les prendre en charge.

MG9 : « Au bout d'un moment, moi, je leur dis, "vous savez, si vous n'êtes pas à l'aise avec moi pour ce sujet là, vous pouvez aller voir un autre collègue, ça ne me choquera pas". C'est une histoire de personnalité, je pense, aussi. [...] Moi, j'ai une grande tolérance et une

grande écoute pour les dépressifs, j'ai beaucoup moins de patience avec l'alcool [...]. Mais j'en suis consciente, hein, mais je leur dis que ce n'est pas moi la meilleure là dedans. »

2.4- Place de la psychothérapie de soutien dans la prise en charge de l'épisode dépressif

2.4.1- Une place centrale dans la stratégie globale du généraliste

Les médecins généralistes interrogés s'accordaient sur l'importance majeure de la psychothérapie de soutien dans la prise en charge du patient dépressif. Elle constituait pour nombre d'entre eux la priorité absolue du traitement.

MG11 : « La priorité, c'est le soutien. »

MG12 : « Je pense que c'est d'une importance majeure parce qu'elle permet très souvent de sortir et d'aider les gens dans leur mal-être. »

Définir sa place dans la prise en charge de la dépression les conduisait à expliciter l'ensemble des moyens à leur disposition au sein d'une stratégie thérapeutique globale.

► Les psychotropes

La place des psychotropes était discutée. Pour certains, la prise en charge reposait sur les deux piliers qu'étaient la psychothérapie de soutien et le traitement médicamenteux. Ils déclaraient alors systématiquement instaurer l'un et l'autre d'emblée dans le but de potentialiser leurs effets respectifs.

MG1 : « Je la mettrais presque au même niveau que le traitement. Euh ... c'est vraiment un ensemble. On ne peut pas soigner un dépressif rien qu'avec un antidépresseur ou un anxiolytique, enfin je ne crois pas. [...] Rien qu'une psychothérapie, des fois, je pense qu'on n'y arrive pas. [...] Donc, moi, je mettrais un peu tout sur le même pied d'égalité. »

MG3 : « En règle générale, la psychothérapie de soutien ne se suffit pas à elle-même. Je veux dire par là qu'un patient vraiment dépressif, il a en général une chimiothérapie, donc il a une prescription à côté. »

Pour d'autres, amorcer une psychothérapie de soutien dans la phase initiale de la prise en charge pouvait permettre de différer l'instauration d'un traitement antidépresseur. Ils estimaient ainsi qu'elle pouvaient parfois se révéler suffisante. Ils nuançaient toutefois en

précisant s'adapter à chaque situation, en particulier au degré de sévérité de la maladie et à la capacité d'observance du patient au suivi psychologique.

MG12 : « Alors, c'est souvent le dialogue dans un premier temps [...] et puis ce n'est que dans un second temps que l'antidépresseur est mis en place, selon l'évaluation en fait. »

MG7 : « En règle générale, bon, moi je ne suis pas à traiter forcément d'emblée, surtout si les troubles dépressifs sont récents. [...] Après, ça dépend si, voilà, il y a une souffrance morale intense, ça dépend s'il y a des idées suicidaires. [...] Tout ça fait un mélange qui fait décider si on met d'emblée, par exemple, un antidépresseur ou si on attend un petit peu. »

► L'arrêt de travail

L'utilisation de l'arrêt de travail était un moyen cité par les médecins lorsqu'ils développaient la stratégie de prise en charge du patient dépressif. Ils déclaraient y recourir fréquemment, particulièrement en cas de problématique professionnelle, mais se montraient très vigilants et estimaient que certaines situations contre-indiquaient sa prescription. En effet, l'arrêt de travail pouvait avoir pour corolaire un isolement social dangereux à la santé psychique du patient. Ses indications étaient donc consciencieusement pesées.

MG1 : « Parfois, l'arrêt de travail aussi, la mise au repos [...] chez des gens qui sont très abouliques, très inhibés, qui ont une problématique parfois professionnelle. Donc l'arrêt de travail c'est aussi un instrument thérapeutique dont on dispose et qui est utile. »

MG5 : « Mais l'arrêt de travail n'est pas toujours une bonne chose ... ce n'est pas obligatoire dans la dépression. Quelquefois, ça empire les choses. »

2.4.2- Ayant ses limites

Les médecins généralistes expliquaient leurs modalités de recours lorsqu'ils estimaient avoir atteint leurs limites dans la prise en charge d'un patient dépressif.

2.4.2.1 – Le recours au psychiatre et au psychologue

Orienter le patient vers un psychiatre ou psychologue était fonction de plusieurs paramètres.

► Fonction de l'évolution clinique

Le critère principal leur permettant de juger de leur limite dans la prise en charge du patient reposait sur la constatation de l'absence d'évolution favorable de la symptomatologie dépressive. Dans les situations pour lesquelles aucune amélioration n'était observée ou dont l'amélioration n'était pas assez rapide, les médecins adressaient leur patient à un confrère.

MG10 : « Ça peut être aussi un psychologue ou psychiatre dans les cas un petit peu difficiles, qui s'étirent en longueur ou qui posent un problème d'emblée. »

MG3 : « À partir du moment où l'amélioration ne ... soit tarde, soit est incomplète, je pense qu'il faut savoir quand même passer la main. »

► **Fonction de l'histoire de vie du patient**

◆ Devant un vécu psychologique lourd

Une histoire de vie comportant de lourds traumatismes constituait une indication à orienter le patient. Les médecins s'estimaient à la fois limités dans leur capacité à lui apporter des solutions et dans la disponibilité qu'ils pouvaient lui offrir, considérant nécessaire un suivi plus rapproché.

MG5 : « Quand tu as des trucs, des incestes, des viols, [...], je ne sais pas ce que je vais en faire et je crois qu'il vaut mieux passer la main. »

MG7 : « Le deuxième [critère], c'est si vraiment il y a une histoire très ancienne avec, voilà, des choses un petit peu complexes qui font que ça nécessite du temps. »

◆ En réponse à une demande du patient

À tout moment du processus de psychothérapie de soutien, ils pouvaient être amenés à passer la main en cas de demande formulée par le patient. Ne constituant pas un échec pour le médecin, cela confirmait l'un des objectifs cités de la psychothérapie de soutien : préparer le patient à accepter un suivi spécialisé.

MG7 : « Et ça peut arriver ... alors ça peut arriver à n'importe quel moment. J'ai vu des gens être suivis au cabinet pendant des mois et des mois, et puis, à un moment donné, qui éprouvent le besoin d'aller voir un psychologue. »

◆ En cas de suivi spécialisé antérieur

Ils pouvaient également, en cas d'antécédent de suivi spécialisé, confier plus rapidement la prise en charge à un confrère.

MG3 : « J'envoie assez volontiers chez le psychologue des gens qui y sont déjà allés... »

MG8 : « Après, j'ai des patients à qui je l'avais proposé qui, peut-être parce qu'ils y avaient déjà eu recours auparavant, ont préféré être suivis uniquement par le psychiatre. »

► Fonction de la disponibilité du médecin généraliste

Le manque de disponibilité du médecin généraliste, qui variait en fonction de la période de l'année et de son activité, était également pour certains un élément déterminant l'orientation vers le psychiatre ou le psychologue.

MG2 : « Parce qu'un patient dépressif, ça te prend beaucoup de temps. Alors quand tu es dans une période hivernale hyper chargée, il faut que tu sois disposé, disponible pour ton patient. Quand tu sens qu'il a un lourd passé, quand tu sens qu'il a beaucoup de choses à larguer, j'avoue que je n'ai pas forcément la disponibilité et que j'aurais plutôt tendance à l'orienter vers un psychiatre ou un psychologue. »

► Le choix de l'interlocuteur

En adressant un patient auprès d'un psychiatre ou d'un psychologue, les médecins généralistes recherchaient tant que possible une adéquation entre la personnalité du patient et le profil du thérapeute. Connaître les orientations de travail du thérapeute en s'appuyant sur des collaborations antérieures ou sur le réseau local du généraliste facilitait ce choix.

MG10 : « Quand je l'adresse finalement à un autre professionnel [...], j'essaie d'adapter, pareil, en fonction de moi, mon ressenti, en me disant que celui-ci sera mieux avec untel qu'avec untel, mais ça ne gagne pas à tous les coups. »

MG9 : « On a le soutien d'une psychologue puisqu'on a des psychologues dans notre bourg, et ensuite j'ai des référents hospitaliers et libéraux. »

► Orienter vers un psychiatre

Le choix d'adresser un patient à un psychiatre, plutôt qu'à un psychologue, relevait de certains critères.

◆ Critères cliniques

En premier lieu, les situations d'incertitudes diagnostiques requéraient l'expertise d'un psychiatre. Il s'agissait de tableaux dépressifs pour lesquels le médecin généraliste s'interrogeait sur la présence d'une composante psychotique ou d'un trouble bipolaire.

MG12 : « Très souvent, c'est que derrière je me pose la question du diagnostic. Est-on sur une dépression simple ou y a-t-il une composante psychiatrique autre de type psychose maniaco-dépressive ou dépression sévère chronique négligée par le patient ? »

MG8 : « Le psychiatre a son rôle à jouer s'il y a des éléments psychotiques pendant l'interrogatoire qui apparaissent. Dans ces cas là, son rôle est déterminant. »

Face à une dépression « endogène », ils ne s'estimaient pas suffisamment compétents pour assurer une psychothérapie de soutien et orientaient préférentiellement le patient vers un psychiatre.

MG10 : « Il y a des problématiques qui sont bien identifiées [...], ce qui est différent du dépressif où l'on n'arrive pas à identifier les causes. Voilà, la personne est ralentie et puis, finalement, il n'y a pas de problème de couple, les enfants vont bien, il a un boulot, [...] donc là, en général, je passe la main. »

La sévérité de l'épisode dépressif représentait également un critère d'orientation vers le psychiatre, notamment en cas de mise en évidence d'intentionnalités suicidaires.

MG8 : « Si je juge l'état suffisamment évolué, important, inquiétant, j'adresse systématiquement dans ces cas là au psychiatre. [...] En fait, je suis des patients qui n'ont pas des pathologies trop sévères, trop marquées, qui ne sont pas suicidaires. »

MG4 : « J'ai un risque suicidaire non-feint : psychiatre. »

◆ Critères thérapeutiques

Ils recherchaient également en la personne du psychiatre une expertise thérapeutique médicamenteuse dans les situations pour lesquelles les traitements psychotropes mis en place se révélaient inefficaces.

MG1 : « Moi, je les ai plus sur le côté thérapeutique [...], quand j'ai un peu augmenté le traitement et que ça ne va pas [...]. Donc, moi, le psychiatre il me vient en aide dans ce cas là. »

MG5 : « Quand il y a une prescription médicale qui me paraît plus judicieuse, c'est quand même plus le psychiatre. »

Toutefois, tout en reconnaissant au psychiatre cette maîtrise de l'arsenal thérapeutique

médicamenteux, ils émettaient quelques réserves à leur égard en les décrivant parfois comme prescripteurs en excès. Cela pouvait constituer un frein pour leur adresser leurs patients.

MG6 : « Ca m'arrive aussi d'envoyer assez facilement vers les psychologues, moins fréquemment chez les psychiatres parce qu'ils ont quand même tendance à charger en médicaments et je ne suis pas sûre que ce soit ... on en a besoin mais, à mon sens, ce n'est pas l'essentiel. »

◆ Critères économiques

Le niveau économique du patient constituait un élément décisif dans le choix de son orientation vers un psychiatre ou un psychologue. Ainsi, les médecins généralistes dirigeaient vers le psychiatre lorsque l'aspect financier posait problème au patient.

MG4 : « Vient le patient qui souffre beaucoup et qui a des problèmes de boulot en plus, etc ... mais qui n'a pas de fric pour aller voir un thérapeute : psychiatre. »

► **Orienter vers un psychologue**

◆ La recherche d'une compétence psychothérapeutique

Ils avançaient comme principal argument motivant leur choix d'orienter leurs patients vers un psychologue la recherche d'une expertise en techniques psychothérapeutiques spécialisées. Ils estimaient la psychothérapie de soutien parfois insuffisante et attendaient du psychologue la conduite d'un travail technique d'approfondissement, dépassant le champ de leurs compétences.

MG4 : « Si ce sont des gens qui sont plus cortiqués, qui ont besoin d'une écoute plus flottante et en même temps qui ont besoin aussi d'aller plus loin et de laisser venir des émotions plus anciennes, je les enverrais vers des psychologues qui ont une formation plus psychanalytique. »

MG1 : « Le psychologue, c'est quand je vois qu'il y a besoin d'une thérapie plus spécifique, pas d'un accompagnement. »

◆ Frein financier

L'absence de prise en charge par l'Assurance Maladie des consultations constituait pour tous les médecins interrogés l'entrave principale à l'orientation des patients vers les psychologues.

MG10 : « Quand il est aussi possible de les adresser parce que, le problème de la psychologie, c'est le non-remboursement. »

MG12 : « Alors, les psychologues, c'est un petit peu difficile parce que, pour les patients, ça représente [...] un coût, mais un coût non négligeable. »

2.4.2.2 – Le recours aux médecines alternatives

Certains médecins évoquaient la possibilité, dans certaines situations, d'orienter le patient vers des pratiques alternatives telles que l'acupuncture ou l'hypnose. Elles pouvaient constituer des moyens complémentaires à la psychothérapie de soutien, parfois dans l'objectif d'accorder un caractère moins prégnant au traitement médicamenteux dans la prise en charge.

MG1 : « Après, on le sait, il y a l'hypnose. On entend parler de plus en plus de l'hypnose donc ça peut arriver de la proposer. »

MG6 : « L'hypnose conversationnelle, je trouve que ça fonctionne quand même bien. [...] Et peut-être [...] l'acupuncture parce qu'effectivement on peut faire des choses ! [...] C'est le fait de me dire que, voilà, les médicaments c'est bien gentil, c'est des béquilles, mais à un moment donné, les gens, quand ils se retrouvent à nouveau dans une situation où ils ne sont pas bien, s'ils n'ont plus les béquilles, on ne leur a pas forcément réappris à marcher. »

2.5- Facteurs favorisant la pratique de la psychothérapie de soutien en médecine générale

2.5.1- Le privilège d'une relation singulière

Pour les médecins généralistes, la relation particulière qui les unissait à leurs patients constituait un atout majeur dans la conduite d'une psychothérapie de soutien.

► **Fondée sur la confiance**

La relation de confiance ainsi instaurée et renforcée par la psychothérapie permettait de favoriser l'expression du patient.

MG6 : « Et puis, je pense qu'on a une relation de confiance avec eux donc ils savent qu'ils peuvent parler. »

MG4 : « Et la confiance qui est déjà là et qui va encore se renforcer dans ces situations. »

► S'inscrivant dans la durée

Suivre les patients dans la durée, caractéristique inhérente à la médecine générale, offrait aux praticiens un avantage certain dans la mise en place du processus psychothérapeutique.

MG4 : « Voilà, donc, ça, c'est tous les avantages. Et puis, dans la durée, comme en plus on est des prescripteurs, on va pouvoir se débrouiller pour revoir les gens. »

► Une connaissance de l'histoire du patient

Tous s'accordaient à dire que la connaissance de leur patient dans son intimité, à travers son histoire de vie, constituait un privilège indéniable dans le cadre d'une psychothérapie de soutien. Elle leur permettait d'identifier d'éventuelles problématiques à l'origine du trouble avant même qu'elles ne soient verbalisées. Cela offrait la possibilité d'orienter l'échange afin d'amener le patient à développer ces éléments.

MG1 : « Ca peut être un patient qu'on connaît très bien, depuis très longtemps et finalement on peut comprendre tout à fait dans son déroulé de vie pourquoi d'un seul coup il décroche. »

MG7 : « Et puis ça me permet, moi, des fois, comme je connais le milieu, je connais la famille, [...] de poser des questions ou de parler de choses qui spontanément ne viendraient pas forcément sur la table. »

Le médecin généraliste était également perçu comme celui qui, plus que tout autre, connaissait l'environnement dans lequel évoluait son patient et pouvait donc être en mesure d'en percevoir les risques ou les éléments étayants.

MG10 : « Probablement, au départ, la connaissance du patient parce que [...] la seule personne qui connaisse à peu près les habitudes de vie du patient, c'est le médecin généraliste. Et parce qu'une fois que vous êtes allés chez lui, vous voyez des problématiques qu'à mon avis, alors probablement le professionnel, le psychiatre, va découvrir petit à petit, mais il n'a pas le ressenti de terrain comme le médecin généraliste peut l'avoir, quoi. »

2.5.2- Des qualités personnelles du médecin

► Une appétence personnelle nécessaire

Selon les généralistes, l'intérêt personnel du médecin à la prise en charge psychologique des patients favorisait la pratique d'une psychothérapie de soutien de qualité.

MG8 : « Il faut avoir le goût d'écouter, d'aider, de soutenir parce que, parfois, on n'a pas envie, ça peut être pénible. »

MG4 : « Il y a quelque chose qui est volontaire, qui est "j'ai envie d'aller un peu plus loin avec ces patients-là" et d'être prêt à accueillir des choses un peu plus complexes et pas juste leur taper sur l'épaule en leur disant "ça va aller mieux, je vous prescris un médicament et je vous revois dans deux mois". »

► Une facilité d'accès au médecin généraliste

Bénéficier d'un accès rapide au médecin pour les patients constituait un avantage important pour la pratique de la psychothérapie de soutien en médecine générale. Ils s'estimaient être en mesure d'assurer un suivi régulier et de pouvoir recevoir leurs patients dans des délais restreints en cas de situation d'urgence.

MG11 : « C'est peut-être plus facile pour le patient de demander de l'aide au médecin généraliste qui est plus accessible, tout simplement. »

MG12 : « C'est l'accessibilité pour le patient. [...] On a toujours la possibilité de le reprendre rapidement pour faire une petite piqûre de rappel. »

► Une capacité d'écoute

Disposer d'une certaine capacité d'écoute et d'attention permettait au médecin de favoriser la conduite du processus psychothérapeutique.

MG12 : « Je pense que les quelques généralistes qui continuent à pratiquer de la psychothérapie de soutien prennent le temps d'écouter. »

MG3 : « Il y a des gens qui nous remercient, enfin qui me remercient, de mon écoute. Donc je me dis que, même si j'ai peut-être eu l'impression de ne pas être tout à fait comme j'aurais entre guillemets "dû être" [...], eux ont ressenti quand même que ma capacité d'écoute les avait aidés. »

2.5.3- Une nécessité en médecine générale

► Le médecin traitant comme premier recours

La dimension du médecin généraliste comme intervenant de premier recours le plaçait dans une position favorable à la conduite d'une psychothérapie de soutien. Il était, en effet, celui vers qui le patient se dirigeait en premier lieu et qui accueillait la plainte dans sa forme initiale, dès les premières manifestations symptomatiques de la maladie.

MG4 : « "Je ne sais pas encore ce qui ne va pas bien mais il n'empêche qu'il faut que j'aille en causer au docteur. Ça ne va pas, je ne dors plus, je suis anxieux, je n'arrive plus à bosser". [...] Et le premier que je vais voir, c'est mon généraliste. Donc on a vraiment une disponibilité et un repérage en premier recours. »

► **Un sentiment de devoir d'accompagnement**

Pour les médecins généralistes, l'accompagnement psychologique du patient dépressif relevait d'un devoir inscrit dans les fondements de leur profession. Face à des patients refusant une prise en charge spécialisée, ils ne pouvaient déroger à cette responsabilité.

MG2 : « Clairement, il y en a pour qui tu n'as même pas besoin de prononcer le "-chiatre", le mot "psy" ça bloque complètement. [...] Tu es bien obligé de te débrouiller parce que tu ne vas pas le laisser tomber. »

► **Une volonté de prise en charge globale du patient**

Pour certains, prendre en charge le patient sur le plan psychologique n'était pas dénué d'intérêt et leur permettait une approche globale en ne scindant pas somatique et psychique.

MG1 : « Moi, ça ne me pose pas de problème. [...] Pour moi, ce n'est pas un problème d'être le médecin traitant et de prendre en charge le côté psychologique d'un patient qui ne va pas bien. »

► **Eviter la perte d'informations par multiplication des intervenants**

Ne pas multiplier les intervenants offrait plusieurs avantages. D'une part, cela épargnait au patient la pénible tâche d'avoir à répéter l'exposition d'un mal-être souvent difficile à verbaliser. D'autre part, conduire la psychothérapie permettait au médecin généraliste de centraliser les informations et d'éviter ainsi la perte d'éléments due à des intervenants multiples entre lesquels la communication n'était pas toujours efficace.

MG3 : « Et c'est des choses qu'on ne peut pas écrire dans un courrier ça ... [...] Mais toute la subtilité de ce qu'on comprend, on ne peut pas l'exprimer dans un courrier. Donc ça veut dire

qu'après, chez le psychiatre ou le psychothérapeute, le patient devra répéter tout ça. »
MG5 : « Une disponibilité et puis, après, je sais exactement ce que je dis. Et moi, ça me permet aussi de voir l'état du patient. »

► **Un intérêt financier pour le patient**

Assurer la conduite d'une psychothérapie de soutien par le médecin généraliste relevait parfois d'une nécessité financière pour le patient qui ne pouvait pas s'offrir la possibilité d'un suivi spécialisé.

MG8 : « Deux, ça ne leur coûte pas d'argent, donc, ça, c'est quand même ... en zone rurale c'est primordial parce que c'est un frein à la prise en charge de devoir aller en ville, de devoir payer une consultation parfois onéreuse, parfois non remboursée. »

2.5.4- Des difficultés avec le milieu psychiatrique

La pratique de la psychothérapie de soutien en médecine générale était par ailleurs favorisée par les difficultés rencontrées avec le milieu psychiatrique.

► **Un défaut d'accessibilité du psychiatre**

Le défaut d'accès au psychiatre favorisait la réalisation de la psychothérapie de soutien par le généraliste. Cette difficulté résidait dans leurs délais de consultations mais également dans leur éloignement géographique, particulièrement en zones rurales.

MG1 : « Moi, je vois un peu le psychiatre, enfin les psychiatres avec lesquels je travaille, ils sont tous débordés dans la région donc, la psychothérapie, ils font un peu mais pas beaucoup. »

► **Une communication Médecin Généraliste-Psychiatre difficile**

Certains praticiens évoquaient leurs difficultés à communiquer avec leurs confrères psychiatres. Très souvent, ils n'avaient que peu de retours sur la prise en charge de leurs patients et se sentaient dès lors impuissants pour assurer leur suivi.

MG3 : « Donc, on ne sait jamais finalement au bout du compte trop bien ce qui s'est passé, pourquoi ça s'est bien passé ni pourquoi ça s'est mal passé, et donc parfois on a loupé quand même quelque chose je trouve. »

► Un milieu stigmatisant

L'image stigmatisante de la psychiatrie véhiculée dans la société constituait un frein pour de nombreux patients et encourageait ainsi la conduite de la psychothérapie de soutien par le généraliste.

MG4 : « On n'est pas dans quelque chose de très formalisé, on n'annonce pas la couleur qu'on est en train de faire du psy, donc ça va, on peut parler et "il ne va pas m'étiqueter, ne va pas me prendre pour un fou, il ne va pas me faire faire des trucs bizarres". »

2.5.5- Une valorisation du médecin généraliste

Certains médecins avançaient enfin le caractère valorisant, pour eux, de mener une psychothérapie de soutien, particulièrement lorsqu'ils en constataient l'efficacité.

MG5 : « Avoir aidé des gens à se sortir d'une dépression, c'est assez valorisant, et pour toi, et pour eux, et ça crée des liens. Et puis, après, c'est assez gratifiant d'arriver à ne soigner les gens que par la parole. »

2.6- Freins à la pratique de la psychothérapie de soutien en médecine générale

2.6.1- Des consultations exigeantes

► Chronophages

Le caractère chronophage des consultations menées dans le cadre d'une psychothérapie de soutien constituait le frein majeur dans leur exercice de généraliste. Il leur était difficile de prévoir a priori la durée des consultations qui variait fortement d'un patient à l'autre. S'ils s'estimaient toutefois capables d'assurer ces consultations de manière ponctuelle, l'accumulation au cours d'une même journée d'entretiens de soutien posait rapidement une difficulté dans la gestion de leur temps.

MG6 : « Clairement, c'est chronophage ... parce que, moi, je travaille sur quinze minutes mais c'est jamais quinze minutes ... Donc, après, c'est une heure de retard ... »

MG12 : « Et puis, pour nous, en médecine générale, où je trouve le temps ? [...] Il ne faut pas

par exemple que j'en ai dix dans la journée ... parce qu'hélas, ce n'est même pas une histoire financière, mais je les mets où ? »

► Difficiles à anticiper

Cette difficulté dans la gestion du temps était notamment consécutive à l'impossibilité d'anticiper le motif de consultation du patient, en particulier lors d'un premier contact dans le cadre d'une dépression. Il leur était donc difficile d'adapter leur agenda en conséquence.

MG2 : « Malheureusement, c'est la réalité du terrain. En médecine générale, c'est ça, le patient, pour peu qu'il t'ait pris rendez-vous, tu ne sais pas pour quel motif, et du coup ça va durer théoriquement 15 minutes ... euh ... c'est compliqué quoi ... »

► Un manque de valorisation financière

Ils mettaient en évidence un frein financier en établissant le constat que ces consultations ne bénéficiaient pas d'une cotation spécifique valorisant le temps passé et l'investissement auprès du patient. Paradoxalement, certains envisageaient difficilement, en pratique, devoir facturer le patient pour le temps passé avec lui.

MG4 : « Il y a la question du financement [...]. C'est difficile de dire aux gens "Ah, je vous ai vu 25 minutes aujourd'hui, je prends deux consultations alors que d'habitude je n'en prends qu'une ...". Donc on ne peut pas facilement formaliser financièrement la psychothérapie de soutien. »

MG7 : « Même si on a fait des progrès dans la nomenclature, les français, dans leur ensemble, ont quand même l'habitude que l'acte médical ça vaut tant et pas plus. Dès qu'on passe à quelque chose de plus, ça devient tout de suite plus compliqué. »

2.6.2- Des freins inhérents au patient

► Le patient non-accessible au soutien

Selon les médecins, certains profils de patients étaient inaccessibles au soutien ou à certains de ses aspects, les limitant ainsi dans leurs possibilités de travail psychothérapeutique.

MG9 : « Il y a des patients avec qui on ne peut pas du tout faire de soutien sur certains thèmes parce qu'en fait, ils occultent ou ils ferment les portes quoi. »

MG2 : « Il y en a qui sont totalement fermés, oui. »

► Une proximité délicate

La proximité dans la relation médecin-patient, propre à la médecine générale, pouvait également constituer une limite à la prise en charge psychothérapeutique.

Selon les médecins, les patients pouvaient éprouver une certaine pudeur, voire de la honte, à solliciter leur généraliste dans le cadre d'un épisode dépressif. Ils craignaient alors d'induire un changement dans la relation préexistante par la nouvelle image d'eux-mêmes qu'ils pouvaient renvoyer au médecin.

MG6 : « Et puis, il y a des gens qui cloisonnent certaines choses, qui n'ont pas forcément envie qu'on se rende compte de certaines choses ou qui nous mentent parce que ce n'est pas facile. »

Dans ce contexte, les généralistes déclaraient avoir conscience que certains patients pouvaient éprouver plus de facilités à se livrer à un tiers inconnu.

MG9 : « En tout cas, moi, je leur dis " Après si vous ne voulez pas l'aborder avec moi [...], on va aller voir quelqu'un d'autre", et puis on ouvre les portes ailleurs. »

► Une confidentialité mise en doute

Les dimensions de suivi familial et de secret médical pouvaient constituer une limite. La proximité que le médecin pouvait entretenir avec d'autres membres de la famille pouvait générer, chez le patient, une forme d'appréhension de rupture du secret médical.

MG12 : « Et puis l'incertitude, alors je ne vais pas dire du secret professionnel, mais il y a quand même de ça. Si je raconte certaines choses, est-ce que je suis sûr que l'autre en face va rester une tombe ? »

MG4 : « C'est aussi une limite parfois : on ne va pas lui en dire trop parce ce qu'on le connaît, il nous connaît, il connaît le reste de la famille ... »

2.6.3- Les limites du médecin généraliste

2.6.3.1- Un rejet du milieu psychiatrique

► Un manque d'intérêt pour la psychiatrie

L'un des freins à la pratique de la psychothérapie de soutien par les généralistes reposait sur le manque d'intérêt de certains pour les prises en charges psychiatriques.

MG10 : « Il y a des médecins qui sont plus, je dirais, ouverts sur ce type de patientèle puis d'autres qui vont préférer se cantonner à la médecine vraiment somatique pure et donc que ça ne va pas intéresser. »

► Une appréhension de la maladie mentale

Pour certains, l'appréhension de la maladie mentale pouvait constituer une autre limite. Cette crainte pouvait s'expliquer par la nécessité pour le médecin de remettre en question sa pratique et d'adopter une démarche réflexive différente du somatique. La crainte du suicide, particulièrement présente dans la maladie mentale, pouvait également constituer un frein dans l'accompagnement psychologique du patient dépressif.

MG3 : « La maladie mentale, ça fait toujours un petit peur ... je pense que ça peut faire peur à des médecins comme ça fait peur au commun des mortels en général. » ; « Quand on arrivait en cours de psychiatrie, on se disait "[...] mais là... on n'est pas ... [...], c'est pas comme d'habitude, c'est pas : il s'est cassé la jambe, ça va mettre six semaines à cicatriser." Voilà, donc, il y avait autre chose et cette espèce d'autre chose, inexplicable d'ailleurs, enfin, moi, personnellement ça m'interrogeait beaucoup. »

MG7 : « On prend des risques quand même à prendre en charge un dépressif. Moi, j'en ai eu aussi pour qui on a le risque du suicide derrière [...], moralement, c'est pas évident. »

► Une approche jugée non-scientifique

Pour certains, la psychothérapie de soutien pouvait être qualifiée de méthode non-scientifique, ce qui était en mesure de constituer un frein pour les médecins les plus scrupuleux.

MG12 : « Ça repose sur peu de choses et on n'a pas de vraies études scientifiques autour de ça, c'est-à-dire dans le sens vraiment "sciences" que l'on nous a inculqué pendant toutes nos études ... »

2.6.3.2- Une connaissance du patient préjudiciable

Si la connaissance de l'histoire et de l'environnement du patient était un avantage certain, elle pouvait également constituer un frein à leur pratique de la psychothérapie de soutien.

D'une part, ils redoutaient de manquer d'objectivité dans leur analyse de la situation en générant, à partir d'a priori, des conclusions erronées sur le diagnostic ou la recherche étiologique. Ce défaut d'objectivité pouvait se révéler préjudiciable.

MG10 : « Trop bien connaître le patient, de temps en temps, c'est aussi une source d'erreur potentielle de prise en charge thérapeutique mais aussi diagnostique. [...] Parce que, le patient, quand il franchit la porte, vous avez déjà dans votre tête tout son passé et donc, [...] de temps en temps, vous allez être amené à des retards de ... surtout en psy. »

D'autre part, ils étaient parfois mis en difficulté face à des éléments qui avaient été portés à leur connaissance à l'insu du patient et qu'ils ne pouvaient donc pas utiliser. Ils soulignaient par là la complexité du suivi familial en médecine générale qui les amenait à avoir connaissance de certains faits qu'ils devaient pourtant taire en vertu du secret médical.

MG10 : « Connaître le patient, c'est souvent aussi la limite parce que le fait de le connaître, de temps en temps, ne va pas forcément aller dans le sens où on va pouvoir aller au fond des choses parce qu'il y a une certaine retenue, parce que vous connaissez la situation mais que lui ne sait pas forcément que vous la connaissez. »

2.6.3.3- Un sentiment d'incompétence

► **Un manque de formation**

Pour l'ensemble des médecins interrogés, l'un des freins majeurs à leur pratique de la psychothérapie de soutien reposait sur l'absence de formation à cette technique. Ils qualifiaient ainsi leur pratique d'empirique, reposant davantage sur leur expérience personnelle et sur des éléments acquis au fil des suivis de patients que sur un quelconque fondement théorique.

MG3 : « En ce qui me concerne, clairement, c'est un manque de formation. Voilà, je pense que c'est pour moi mon premier frein. »

MG12 : « Je pense qu'il nous manque certains outils et on n'est pas formés à ça dans nos études. Du tout même. Et que c'est sur de l'empirisme total que l'on a fait du soutien. »

► Un défaut de compétences relationnelles

Pour certains, son statut ne conférait pas automatiquement au médecin généraliste les qualités nécessaires en termes de compétences relationnelles et psychologiques pour conduire une psychothérapie de soutien.

MG7 : « Pour d'autres, le problème, c'est le problème d'empathie, le problème de relationnel. Moi, je connais des collègues qui ne supportent pas ... »

2.6.4- Une relation menacée

► Tendances à la distanciation dans la relation

La relation patient-médecin généraliste semblait pour certains menacée avec l'évolution des pratiques et des modes d'exercices qui limitaient la proximité et la découverte du patient dans son environnement. Cela pouvait représenter une perte d'information préjudiciable dans le cadre d'une psychothérapie de soutien.

MG10 : « Même si ça a tendance à se perdre un petit peu parce que, déjà, tout le côté habitudes de vie, etc, on les connaît de moins en moins parce qu'on fait de moins en moins de domicile et tout ça c'est une perte quand même énorme vis-à-vis de la médecine générale. »

► L'informatisation en médecine générale

L'outil informatique représentait pour certains un frein dans la prise en charge des patients au cours d'une psychothérapie. Il constituait une entrave à la relation dans la mesure où il sollicitait un temps important durant lequel le contact pouvait se rompre.

MG10 : « Je trouve que l'ordinateur a déjà biaisé un petit peu la relation médecin-patient puisqu'en fait, au cours d'une consultation d'un quart d'heure, je dois passer la moitié du temps sur l'ordinateur [...]. Ça, c'est le problème de la relation en fait qui se distend un petit peu parce qu'il y a l'écran maintenant entre le patient et le médecin. »

2.7- Formation des médecins généralistes à la psychothérapie de soutien

2.7.1- Place de la psychothérapie de soutien au cours des études médicales

► Non traitée en formation initiale

Interrogé sur la place de la psychothérapie de soutien au cours de leur cursus universitaire, l'ensemble des médecins déclarait n'avoir reçu aucune formation à ce sujet. Pour certains, il s'agissait au mieux d'une notion vaguement abordée mais jamais précisée.

MG2 : « Et bien, en ce qui me concerne, ça remonte maintenant à quelques années, mais inexistante ... Je ne sais pas maintenant, mais inexistante ... »

MG9 : « Non, pas du tout. On en a entendu parler mais ça fait partie des notions dont on entend parler sans savoir ce que c'est. »

► Un désintérêt des étudiants

Selon eux, les étudiants en médecine présentaient peu d'intérêt à la dimension psychologique de la prise en charge des patients au cours de leur formation. Ils l'expliquaient par la place prépondérante de la démarche scientifique dans les études médicales.

MG12 : « Ce qui barbe complètement les étudiants, bien-sûr, mais à mon sens ce qui est absolument nécessaire. [...] - Et à votre avis, pourquoi est-ce que ça ennuie justement les étudiants ? - Parce qu'ils sont venus faire de la science et que dans leur tête un médecin est un scientifique. Alors qu'historiquement, un médecin était un homme de sciences humaines. »

La structure même des études médicales n'incitait pas, selon eux, à s'intéresser à cette problématique. Ils estimaient d'une part que le caractère majoritairement hospitalier des stages proposés aux étudiants ne leur permettait pas suffisamment de se confronter à la pratique de la psychothérapie de soutien dans le cadre de la médecine générale. D'autre part, ils déploraient le manque de confrontation à la psychiatrie dans le cursus.

MG4 : « Pour le reste, ce côté un peu plus flottant, on a beaucoup plus de mal à se former et je pense que la fac ne nous y forme pas du tout puisque l'hôpital est un lieu au contraire où le médical reprend la main tout de suite. »

MG8 : « Je pense que si on n'est pas passé en psychiatrie, à mon avis, c'est difficile de faire un travail de qualité si on n'a jamais travaillé avec des psychologues et des psychiatres. »

2.7.2- Un sujet abordé dans la formation médicale continue des généralistes

► Au sein de formations générales sur la dépression

Certains reconnaissaient que la psychothérapie de soutien pouvait être brièvement abordée lors de formations générales sur la dépression. Ils n'avaient en revanche jamais suivi ou eu connaissance de l'existence de formations spécifiquement dédiées à cette technique.

MG2 : « Oui, c'est déjà arrivé, mais pas que sur ça. [...] On va dire que j'ai fait des trucs sur la dépression, donc on l'a abordée mais on n'a pas fait un thème que sur ça. »

► **Echanges avec des pairs**

Dans le cadre de leur formation médicale continue, les généralistes expliquaient être amenés à échanger sur des situations de soutien psychologique lors de groupes de pairs. Bien que cela ne constituait pas une formation à proprement parler sur la psychothérapie de soutien, cela leur permettait de se servir de l'expérience de leurs confrères dans la résolution de certaines situations problématiques.

MG2 : « Ça sert à ça aussi les groupes de pairs. C'est de pouvoir échanger, se donner des idées. »

MG9 : « En fait, moi, ce que j'ai pu apprendre, c'est au travers de certains enseignements post universitaires, certaines lectures et puis des échanges, et puis de mes confrères et collègues psychologues ou psychiatres. »

► **Un manque d'intérêt des médecins**

Certains soulevaient le manque d'intérêt des généralistes pour les formations en lien avec la psychiatrie. Ce détachement ne favorisait pas, selon eux, le développement de sessions de formation médicale continue sur le thème de la psychothérapie de soutien.

MG3 : « Le problème des soirées consacrées à la psychiatrie à l'EPU auquel je participe, c'est que [...], normalement, la soirée commence à 21 heures et se termine à 22h30-22h45 et il y en a une qui s'est terminée à 00h30. Et c'était absolument intenable à la fin, voilà. [...]. Ça n'a pas aidé le comité scientifique auquel je participe à re-choisir des sujets de psychiatrie parce qu'on a bien perçu l'extrême lassitude de l'auditoire ... »

2.7.3- Une formation autodidacte

Pour les médecins interrogés, la formation à la psychothérapie de soutien relevait avant tout d'une démarche personnelle guidée par un intérêt pour cette pratique. Cette compétence s'acquerrait essentiellement par l'expérience accumulée au cours de la pratique.

MG12 : « Et puis, derrière, eh bien, des interrogations qui m'ont amené à aller vers des formations un petit peu particulières. »

MG1 : « C'est aussi quelque chose qu'on va apprendre petit à petit avec la pratique. »

2.8- Des pistes d'amélioration pour une meilleure pratique

2.8.1- Contourner les freins à la pratique quotidienne en médecine générale

Afin de permettre une meilleure pratique de la psychothérapie de soutien en médecine générale, les médecins envisageaient des solutions aux limites imposées par les contraintes de leur pratique quotidienne.

2.8.1.1- Une meilleure organisation de ces consultations

Le caractère chronophage des consultations conduites dans le cadre d'une psychothérapie de soutien constituait le frein principal à sa pratique. Les généralistes tentaient d'y apporter des solutions en évoquant des moyens permettant une meilleure organisation de ces entretiens.

► Une meilleure souplesse des agendas

L'anticipation de ces consultations par la prise de rendez-vous relevait pour la plupart d'une nécessité organisationnelle. Pour certains, le problème du temps était principalement généré par des agendas trop fournis, ne laissant aucune place à l'imprévu. Ils proposaient alors une meilleure souplesse des plannings en y insérant des créneaux libres qui permettraient au médecin de pouvoir absorber en toute quiétude un éventuel retard lié à une consultation de durée prolongée.

MG4 : « Alors, l'accélération des agendas aujourd'hui, puisque [...] tout marche sur rendez-vous, ce n'est pas confortable parce que ça nous stresse nous, c'est-à-dire que dès que ça dérape et que ça prend plus de temps ... [...]. Je marche maintenant à trois rendez-vous à l'heure. Au départ j'en ai deux à l'heure et le troisième je le glisse dans mes urgences. »

► Augmenter la fréquence et/ou la durée des consultations

Pour combattre cette problématique du temps, il était proposé de programmer des plages de consultation plus longues lorsque celles-ci pouvaient être anticipées ou encore d'augmenter leur fréquence pour en réduire la durée.

MG3 : « Quand on travaille sur rendez-vous, on peut parfois prévoir que, bon, untel aura besoin non pas d'un quart d'heure mais d'une demi-heure, on bloque deux rendez-vous. »

MG4 : « Ça fait que, moi, je les vois un peu plus souvent par contre, ça compense. Au bout d'un moment, on ne passe plus 20 ou 25 minutes, ou une demi-heure avec eux. »

2.8.1.2- Revaloriser la consultation

Le problème de la rémunération inadaptée de ces consultations souvent longues avait été soulevé comme l'un des autres freins à cette pratique.

► **Instaurer une cotation particulière**

Pour contourner ce frein, certains envisageaient la création d'une cotation spécifique aux consultations dans le cadre d'une psychothérapie de soutien. Ce moyen pouvait permettre, selon eux, d'inciter davantage les médecins à cette pratique. Ils exprimaient notamment la possibilité d'instaurer une tarification pour « consultation longue ».

MG8 : « Si on avait la possibilité, par exemple, d'avoir une consultation longue pour certains patients, je pense que ça serait un plus indéniable et que plus de confrères passeraient du temps pour prendre en charge leurs patients. »

Toutefois, ils envisageaient parfois difficilement la mise en place d'une telle disposition, questionnant les modalités possibles de surveillance de son utilisation. Ils éprouvaient par ailleurs un certain malaise à l'idée de demander au patient une contribution financière plus importante dans ce contexte particulier.

MG1 : « Mais comment aller vérifier que le médecin a vraiment passé une demi-heure avec le patient ? »

MG7 : « Peut-être que j'ai des préjugés par rapport à demander de l'argent en plus, même si c'est du temps passé, mais, ça, il faudrait que ce soit, je dirais, plus facilement codifié. »

► **Une tarification à la pathologie**

Un changement de mode de tarification des prestations médicales, non plus à l'acte mais à la pathologie, offrait pour certains une perspective d'amélioration dans la pratique de la psychothérapie de soutien en médecine générale. Ainsi, un tel système pouvait permettre, selon eux, de contourner le frein financier limitant certains médecins généralistes.

MG7 : « Ou alors il faudrait changer notre système de prise en charge, c'est-à-dire de faire une prise en charge qui ne soit plus à l'acte. Il y en a qui veulent essayer de mettre à la pathologie [...], on n'aurait plus ce frein là, c'est sûr que ça pourrait être mieux. »

2.8.2- Vers une meilleure formation

L'absence de formation à la psychothérapie de soutien constituait une limite incontestable à son exercice. Ils entrevoyaient des solutions pour favoriser son enseignement en formation initiale et dans le cadre de la formation médicale continue.

2.8.2.1- Formation des étudiants en médecine

► **Un enseignement théorique**

◆ Enseigner les principes généraux

Sensibiliser les étudiants à la psychothérapie de soutien en abordant ses principes fondamentaux permettait une première approche. L'important était d'amener les étudiants à prendre conscience de l'existence de cette modalité thérapeutique et de leur proposer des situations particulières auxquelles ils pouvaient l'appliquer.

MG1 : « Expliquer que la psychothérapie de soutien c'est quelque chose de base à la limite. [...] Expliquer que ça existe. Expliquer ce qu'on fait sans rentrer trop dans les détails. »

MG3 : « Déjà, l'enseigner. Dire : "Voilà, vous pouvez dans tel ou tel type de cas ... ". On parlait des patients cancéreux, l'annonce d'un mauvais diagnostic... [...]. C'est aussi donc toutes ces situations de stress intense qui sont à mon avis des occasions de pratiquer une thérapie de soutien. »

◆ Sensibiliser aux techniques de communication

Pour les généralistes, l'élément fondamental dans la conduite d'une psychothérapie de soutien reposait sur la qualité de la communication du médecin au sein de la relation avec le patient. Il leur apparaissait dès lors essentiel d'enseigner aux étudiants en médecine les principes d'une attitude thérapeutique en leur permettant d'acquérir des compétences en termes de techniques de communication.

MG6 : « Moi, je pense qu'il faudrait, à partir du moment où les externes déjà vont dans les services [...], que ça serait important que justement il y ait une petite piqûre de rappel en termes de vocabulaire, de la façon dont on s'adresse aux gens ... »

MG7 : « Je pense qu'il n'y a pas forcément des techniques mais il y a un savoir-être [...]. Il y a des mots à éviter, il y a une façon de se présenter face à un dépressif qui, à mon avis, peut quand même être enseignée. »

◆ Enseigner des notions de psychologie médicale

Certains praticiens soulevaient le manque de place accordée à la dimension psychologique dans le cursus des études médicales. Ils estimaient pourtant primordial pour un médecin d'acquérir certaines connaissances en psychologie afin d'être en mesure d'assurer un meilleur repérage du symptôme et d'apporter des réponses adaptées, fondées sur des connaissances théoriques et non sur le simple bon sens du praticien.

MG8 : « Je pense qu'il serait bien, et je l'appelle de mes vœux, que le futur médecin généraliste ait une formation suffisante en psychologie et en psychiatrie, ce qui n'est pas le cas. »

MG6 : « La façon dont on pratique et puis, effectivement, repérer quand même les signes ... comment on fait pour voir quand les gens ne vont pas bien ? [...] Et à des notions de psychologie de base en fait, pas des choses extraordinaires mais qu'on n'a déjà même pas ... »

► **Un enseignement pratique**

◆ Des mises en situation

Certains envisageaient l'enseignement pratique de la psychothérapie de soutien à travers des exercices de mises en situations, en groupes restreints, ou par des critiques de consultations fictives présentées sur support vidéo. Généraliser les groupes Balint étudiants était également évoqué. Ils insistaient sur la nécessité d'inscrire ce type d'enseignement dans la durée et non de manière ponctuelle.

MG9 : « Alors, je pense qu'il faudrait que ce soit un enseignement qui soit plus, je dirais, interactif, vous savez, dans des petits groupes avec des échanges faisables mais sur des longues périodes, sur trois heures, sur quatre heures. »

MG12 : « Il faudrait peut-être que les groupes Balint ré-existent, soient introduits à la fac. »

◆ Dans le cadre du stage chez le praticien

Les généralistes insistaient sur l'importance de l'immersion des étudiants dans la pratique de la médecine générale à l'occasion des stages. Ils proposaient d'apporter à l'étudiant des outils pratiques en les inscrivant au plus près de la réalité du terrain. A travers le débriefing des consultations, le praticien pouvait pointer les éléments mobilisés et l'orientation de son discours de manière contextualisée.

MG5 : « Il faut que les externes aillent en stage, il faut que les internes aillent en stage, il faut que les maîtres de stage prennent les étudiants, les remontent, dissèquent ce qu'ils ont fait sur une consultation. Faire du compagnonnage. Rien de ce que je dis dans une consultation n'est gratuit. »

◆ Généraliser les stages en psychiatrie

Favoriser les stages en psychiatrie, encore peu nombreux pour les internes de médecine générale, était également envisagé comme un moyen d'acquérir des connaissances et des compétences sur la prise en charge psychologique du patient dépressif.

MG8 : « Si on donne un an supplémentaire aux étudiants en troisième cycle, ça permettrait d'intégrer un stage optionnel en psychiatrie pendant six mois et je pense que ce serait un plus indéniable parce qu'une bonne formation en psychologie [...], je pense que c'est très important pour le futur médecin généraliste. »

2.8.2.2- Formation des médecins généralistes

Dans le cadre de la formation médicale continue, les médecins généralistes évoquaient la possibilité d'assurer des sessions de travail par des psychiatres.

MG2 : « Bah, après, j'imagine qu'il y a des psychiatres qui peuvent faire [...], enfin ça peut se faire certainement sur une journée ou un week-end de travail. Ca demande quand même pas mal de boulot au niveau organisation mais avec un psychiatre, ouais ça ne peut être que comme ça. »

Concernant le contenu de la formation, ils envisageaient avant tout un travail sur la communication par l'apprentissage de techniques spécifiques.

MG4 : « On peut travailler à la relation... Oui, à la communication, etc. Et ça, c'est la boîte à outils et on pourrait la renforcer. »

Comme pour les étudiants, les médecins généralistes accordaient une certaine importance à l'échange avec les confrères. Participer à des groupes de pairs ou discuter de certaines situations complexes avec des collègues pour prendre conseil pouvait favoriser une meilleure pratique de la psychothérapie de soutien.

MG10 : « Si vous ne faites pas un minimum de formations, de groupes de pairs pour pouvoir discuter un petit peu avec vos confrères, je ne sais pas comment vous pouvez progresser en fait. »

2.8.3- Préserver l'équilibre psychologique du médecin

L'équilibre psychologique du médecin généraliste apparaissait comme une condition de possibilité à la conduite d'une psychothérapie de soutien de bonne qualité.

MG4 : « Je pense que [...] si on a un bon équilibre psychique, on va pouvoir accueillir les gens différemment en face de nous quand ils ne vont pas bien. »

MG6 : « Parce que c'est ça aussi le souci, si toi tu n'es pas bien, tu ne peux pas non plus aider les gens parce que tu vas projeter tes propres histoires, tes peurs, tes angoisses ... »

Tout au long de la thérapie, le médecin devait être en mesure de trouver des moyens pour gérer les répercussions parfois négatives sur son propre état psychique.

MG6 : « Alors, moi, mon truc, c'est la méditation. [...] Ça a été libérateur, quoi, parce que, mine de rien, les gens posent leurs valises mais toi ... enfin, voilà, tout ça tu l'emmagasines aussi et à un moment donné il faut aussi arriver à lâcher prise par rapport à tout ça. »

Certains estimaient qu'un travail de prévention devait être mené auprès des généralistes pour leur apprendre à se protéger de ces répercussions sur leur santé mentale. Ils proposaient d'instaurer des formations pour les médecins à cet effet.

MG6 : « Et c'est là que tu te dis qu'il y a quand même un souci, je pense, dans notre formation qui ne nous apprend pas à nous protéger. »

DISCUSSION

Notre étude a révélé la difficulté éprouvée par les médecins généralistes à conceptualiser la notion de *psychothérapie de soutien*. Sa conduite, dans le cadre de la maladie dépressive, est souvent décrite comme intuitive et spontanée. Ses objectifs apparaissent multiples et vont au-delà du seul but de rémission. Elle mobilise par ailleurs des éléments techniques clairement identifiés et utilisés par les généralistes au service d'un travail sur la psyché du patient. Les déterminants de sa réalisation en médecine générale sont multiples et articulent de manière complexe éléments relationnels, déontologiques et impératifs d'ordre organisationnel.

► Un rôle de psychothérapeute difficilement accepté

Notre étude a mis en évidence la difficulté des médecins généralistes à qualifier leur pratique de « psychothérapie ». Cette difficulté est corroborée par d'autres travaux étudiant le point de vue des généralistes ou des internes de médecine générale sur la psychothérapie de soutien (28)(29). L'utilisation de ce terme induisait naturellement chez eux l'exigence d'une formation spécialisée et d'une technique structurée qu'ils attribuaient à la seule compétence du psychiatre et du psychologue. Cette réticence peut s'expliquer par un sentiment d'incompétence de la part des généralistes pour cet exercice. Elle peut également traduire une certaine difficulté à assumer la responsabilité du rôle de psychothérapeute et les attentes en termes de résultats qu'un tel statut peut impliquer. Pourtant, les différents éléments d'ordre technique qu'ils utilisaient pour caractériser leur pratique et les axes de travail qu'ils mettaient en place dans le cadre d'un soutien conféraient justement une portée psychothérapeutique à leur entreprise. Dépassant la simple relation de soutien fondée sur un accompagnement et une écoute active au sein d'un espace dédié, ils cherchaient à identifier un fonctionnement pathologique et à le modifier, suggérant un travail sur la structure psychique du patient. L'ensemble de ces éléments définit le caractère psychothérapeutique du processus qui doit associer relation thérapeutique, compréhension partagée du problème et promotion d'un changement de fonctionnement (30).

Les médecins généralistes parvenaient difficilement à établir une définition claire de la psychothérapie de soutien. Cette difficulté tient probablement dans l'absence de références théoriques établies et diffusées sur la psychothérapie de soutien ainsi que dans la carence de la formation des professionnels de santé à cet exercice. Il s'agissait avant tout pour eux d'un acte intuitif fondé sur l'accompagnement au cœur duquel la relation médecin-patient semblait

fondamentale. Si leur difficulté à la définir transparaisait dans d'autres travaux (28), notre étude apportait un éclairage différent sur la manière de caractériser le processus en établissant un parallèle avec les thérapies dites « spécialisées ». Le concept était souvent défini par la négative par rapport aux autres techniques parmi lesquelles la psychanalyse. Les différences fondamentales qu'ils mettaient en évidence constituent les forces et la singularité de la psychothérapie de soutien. Ainsi, en ne se nommant pas, elle ne stigmatise pas et tient à distance, aux yeux du patient, le spectre parfois négatif de la psychiatrie. Elle ne constitue pas non plus une démarche dans laquelle le patient viendrait à s'engager dans un processus contractualisé de soin. Elle demeure souple dans sa mise en place structurelle, semblant avant tout être à disposition d'un patient en demande d'aide mais ne le contraignant en aucune mesure. Enfin, elle ne cherche pas à confronter le patient à ses défenses par l'analyse des manifestations inconscientes et ne requiert pas de capacités cognitives ou d'élaborations particulières. Dans son ouvrage, De Perrot (9) présente la psychothérapie de soutien dans une perspective psychanalytique et suggère une différence fondamentale entre les deux, rejoignant directement nos résultats. Pour lui, la psychothérapie de soutien prend en compte les conflits intrapsychiques conscients et inconscients mais n'interprète pas le transfert et n'en donne pas le sens au patient. La psychanalyse, elle, repose sur cette interprétation du transfert portée à la connaissance du patient.

L'ensemble de ces éléments définit un processus thérapeutique adapté à tout profil, hors d'un cadre formalisant et stigmatisant, dans une dynamique de prise en charge globale caractéristique de la médecine générale, au plus près des attentes et des besoins du patient.

► **Des objectifs au-delà de la guérison**

Il est intéressant de constater que la psychothérapie de soutien ne réside pas seulement, pour les médecins généralistes, dans un objectif de rémission. Si la disparition de la souffrance du patient et l'amélioration de son fonctionnement global restent les buts recherchés, ce qui rejoint les données de la littérature (28)(31), d'autres objectifs ont pu être mis en évidence dans notre travail. Ainsi, la psychothérapie pouvait servir de phase d'approche, de préparation du patient en vue de l'amener à accepter un travail spécialisé qu'il n'est pas toujours en mesure d'envisager, faute parfois de ressources suffisantes pour mener une introspection. Il est également intéressant d'observer que les généralistes perçoivent et utilisent la psychothérapie de soutien comme une solution pérenne permettant au patient de se maintenir dans un fonctionnement non-pathologique et ainsi de prévenir les rechutes de la

maladie dépressive. À ce titre, elle présente donc les mêmes intérêts que les médicaments antidépresseurs : traitement de la phase aiguë et consolidation d'une rémission.

► **Des éléments de conceptualisation**

Les médecins généralistes ont défini les modalités pratiques de la conduite d'une psychothérapie de soutien en insistant particulièrement sur l'importance de la mobilisation d'outils de communication. L'ensemble de ces moyens (parmi lesquels la recherche d'une compréhension réciproque, l'utilisation de la reformulation, des questions ouvertes, ou encore le recours à l'humour) concorde avec les éléments présentés par Schmitt dans son ouvrage référence sur la psychothérapie de soutien (10). Ces éléments transparaissent également dans d'autres travaux (32)(28). Cela témoigne d'une certaine connaissance des généralistes concernant le fonctionnement et les enjeux de la communication médecin-patient. Ils semblent en effet disposer des outils nécessaires à l'émergence du dialogue dans le processus psychothérapeutique. Toutefois, la difficulté qu'ils expriment à prendre en charge les patients présentant un syndrome dépressif de nature « endogène » tend à indiquer des lacunes concernant leur connaissance du fonctionnement psychologique de l'individu. Leur aisance avec la prise en charge d'épisodes dépressifs réactionnels peut s'expliquer par une facilité à s'identifier à un événement de vie difficile, faisant parfois écho à leur propre histoire, plus qu'à des éléments psychopathologiques d'une personnalité. De manière plus générale, il apparaît une certaine carence dans la connaissance des mécanismes psychologiques et leurs modalités de dysfonctionnements. Ainsi, peu de médecins interrogés développaient la notion de « défenses » du patient, élément pourtant majeur de la prise en charge psychothérapeutique selon plusieurs auteurs (9)(10). Dans leurs ouvrages sur la psychothérapie de soutien, ils placent la restauration des mécanismes de défense comme l'un des objectifs principaux d'une psychothérapie de soutien. Conscients de ces lacunes, les médecins généralistes proposaient d'introduire, dans le cursus des études de médecine, un enseignement en psychologie médicale et de renforcer l'apprentissage des techniques de communication.

La notion d'*adaptation au patient* était citée à de nombreuses reprises pour caractériser le cadre de la thérapie, son évolution ou encore ses objectifs. Cette notion d'adaptation perpétuelle implique nécessairement une part de subjectivité du thérapeute. Or, les médecins généralistes insistaient sur l'importance de demeurer objectif et d'adopter une certaine neutralité. Ces notions, en apparence contradictoires, ne le sont peut-être pas forcément. Ainsi, pour le comprendre, le médecin est amené à s'identifier à son patient, s'appuyant parfois sur sa propre expérience. Cette identification ne relève toutefois pas d'une

forme de « contagion affective » mais reste distancée et sert d'outil à la compréhension. L'introduction d'une part de subjectivité dans le processus ne constitue donc pas un obstacle mais une nécessité. Elle sert l'objectif thérapeutique en imposant au médecin de repenser sa pratique et d'innover en s'adaptant aux spécificités du patient, à la particularité de sa situation, à l'unicité de son identité.

Ces éléments expliquent la diversité des approches et l'absence possible d'uniformisation des moyens thérapeutiques dans le cadre d'une psychothérapie de soutien. Il s'agit en effet d'une relation de sujet (médecin) à sujet (patient) dont l'objet est la souffrance du patient – souffrance dont la perception est elle-même variable d'un individu à l'autre. La prise en charge globale du patient en médecine générale implique donc la prise en compte de nombreux paramètres singularisant chaque situation et ne permettant pas d'appliquer une méthode « type » à chacun.

Subjectivité et caractère adaptatif de la prise en charge psychothérapeutique n'impliquent pas nécessairement absence totale d'anticipation dans l'évolution du travail. Notre étude a soulevé le caractère souvent spontané des entretiens dans leur contenu et l'absence de vision globale a priori de la thérapie dans son déroulement. Les médecins expliquaient adapter leurs interventions à chaque séance, en fonction des demandes ponctuelles du patient. Pourtant, sans remettre en cause une certaine plasticité essentielle dans le déroulement de la psychothérapie de soutien, certains auteurs fixent des étapes et des éléments structurant le procédé dans son évolution. Ainsi, pour Schmitt (10), il est utile de construire les entretiens autour d'objectifs donnés d'une séance à l'autre. Débuter un entretien en reprenant les éléments du précédent et achever une consultation en ouvrant des pistes de réflexion pour la prochaine en sont des exemples. Dans cette démarche de structuration, il propose également un plan d'évolution général dans lequel les premières consultations devraient être consacrées au recueil et à la compréhension du problème, au repérage des mécanismes de défense, et où les suivantes s'intéresseraient progressivement à mettre en perspective la problématique, à effectuer des retours sur le passé et à générer des associations d'idées.

Finalement, si les généralistes semblent détenir les outils techniques nécessaires pour assurer un soutien psychologique ponctuel à leurs patients, la vision globale du processus et son anticipation semblent leur faire défaut et participent probablement à leur réticence à se considérer comme psychothérapeutes dans la mesure où ils estiment ne pas maîtriser une progression réfléchie de la thérapie. Cette notion rejoint la conception de Brusset pour qui

l'essence d'une psychothérapie repose sur la nécessité que « le médecin soit conscient de la nature des moyens psychologiques mis en œuvre et qu'il exerce un contrôle sur leur déroulement et leurs effets » (33).

► **Une dimension d'information et de conseil**

Les résultats de notre travail ont permis d'établir l'importance de l'information que le médecin doit délivrer au patient au cours d'une psychothérapie de soutien. Lors de la phase d'évaluation diagnostique, les participants déclaraient veiller à informer sur la maladie en la nommant et en expliquant ses modalités évolutives afin d'amener le patient à l'acceptation de sa pathologie. Cette place essentielle de l'information délivrée au patient transparaît dans la littérature (10)(12)(34).

La notion de *conseil* était quant à elle très discutée dans notre étude. Elle représente probablement pour certains le risque d'inscrire le patient dans une attitude régressive peu compatible avec l'objectif de ré-autonomisation. Ce phénomène peut également naturellement s'expliquer par la crainte de prodiguer de « mauvais » conseils pouvant être préjudiciables au patient. En effet, lorsqu'on ne maîtrise pas les modalités de la psychologie individuelle du patient, suggérer expose à un risque certain concernant les conséquences de la mise en application de ces conseils. Le sentiment d'incompétence qu'ils pouvaient parfois verbaliser tend à justifier cette appréhension. Pourtant, de nombreux auteurs accordent aux dimensions de conseil et de suggestion un intérêt majeur dans la conduite d'une psychothérapie de soutien (34)(12)(10). Dans le rapport Itinéraire des déprimés dirigé par Parquet (34), il est ainsi clairement établi que la psychothérapie de soutien « comprend une dimension directive de conseil, d'information et d'explication ».

► **Une compétence partagée par tous ?**

Notre étude a mis en évidence des discordances concernant le point de vue des médecins généralistes sur leurs compétences en psychologie. Pour certains, il s'agissait d'une caractéristique partagée par tous à un certain degré et perfectible par la formation et le travail. Pour d'autres, en revanche, il s'agissait d'une compétence innée dont certains pouvaient être privés sans possibilité d'acquisition. Cette divergence d'opinion soulève plusieurs interrogations. D'une part, si l'on estime que certains en sont totalement dépourvus, quelle légitimité peut avoir la profession de médecin généraliste à prendre en charge les patients sur le plan psychologique ? D'autre part, aucune forme de sélection au cours des études médicales ne prend en compte la dimension « humaine » des individus et aucun moyen

n'est mis en place à plus large échéance pour réévaluer la présence de ces qualités au cours de la carrière des médecins. Il n'existe à notre connaissance aucune étude scientifique en France ayant évalué les compétences des médecins généralistes en matière de psychologie.

► Une relation mise à l'épreuve

Réinscrire le patient dans son environnement était présenté à la fois comme un objectif et un moyen d'intervention thérapeutique. Lorsqu'ils évoquaient leurs principaux atouts dans la prise en charge, les médecins citaient en premier lieu leur connaissance, plus que pour tout autre professionnel, de la personnalité du patient, de son histoire de vie et de son fonctionnement au sein de sa sphère socioprofessionnelle. Il apparaît alors évident que le généraliste semble le plus adapté à remplir cet objectif. Toutefois, ils soulevaient également le frein que pouvaient constituer une proximité et une connaissance parfois incommodes du patient, également mises en évidence dans d'autres études (28). Elles pouvaient être à l'origine, de la part des deux intervenants, d'une certaine retenue, d'une pudeur, entravant le processus psychothérapeutique. Ainsi, pour le patient, une telle attitude peut s'expliquer par la crainte de décevoir son médecin ou de se montrer sous un aspect différent de celui avec lequel la relation s'est créée. Si le médecin généraliste accède quotidiennement à l'intimité de ses patients, celle-ci n'est pas absolue. Ainsi, certains sujets, par crainte d'une forme de jugement, peuvent être plus aisément abordés avec des professionnels rencontrés ponctuellement dans un cadre bien précis. Dans la relation au long-cours caractéristique de la médecine générale, le patient peut légitimement redouter que cet épisode impacte la perception du médecin le concernant et modifie le fonctionnement de la relation. Enfin, la dimension d'implantation locale du généraliste implique souvent la prise en charge de l'entourage du patient : famille et amis. Cet élément peut également expliquer la retenue du patient qui peut redouter la faillibilité du secret médical. Du point de vue du médecin, l'entrave à la psychothérapie peut notamment reposer sur la détention d'informations portées à sa connaissance par des tiers proches du patient – informations qu'il ne peut utiliser sans compromettre ce secret médical. La connaissance trop précise de son patient et de son environnement peut également conduire le médecin à mal orienter son analyse de la situation par des présupposés erronés concernant l'élément déclenchant. Cela peut amener à des retards de prise en charge préjudiciables.

Il est d'autre part surprenant que les médecins n'aient pas évoqué l'effet néfaste que pourrait constituer un certain excès de familiarité, d'absence totale de retenue, dans le cadre d'une relation de proximité et qui pourrait mettre en défaut le médecin dans son statut de thérapeute. Les rôles de *thérapeute* et de *patient* pourraient alors ne plus être si aisément

distingués et l'autorité dont est naturellement investi le médecin serait alors remise en cause, entravant ainsi le processus psychothérapeutique.

L'importance centrale de la relation médecin-patient dans la psychothérapie de soutien est admise par tous et largement corroborée par la littérature qui la décrit comme l'élément majeur prédictif du succès de la thérapie (12)(32)(35).

► **Psychothérapie de soutien et thérapeutique médicamenteuse**

La place de la psychothérapie de soutien apparaissait aux yeux des médecins généralistes comme majeure dans la prise en charge d'une dépression. Néanmoins, son articulation avec les médicaments antidépresseurs était l'objet de débats. Pour certains, instaurée en première intention, elle pouvait se révéler suffisante ou permettre de différer l'introduction d'un antidépresseur. Pour d'autres, psychothérapie de soutien et antidépresseur devaient être instaurés d'emblée pour chaque situation d'épisode dépressif caractérisé. Cette difficulté pour les médecins généralistes à s'accorder sur une démarche commune reflète les données de la littérature à ce sujet. Si les recommandations concernant la dépression donnent à la psychothérapie le statut de traitement de première intention dans les épisodes d'intensité légère à modérée (13), les études conduites montrent qu'elle n'est en pratique que rarement proposée seule (16). On peut émettre l'hypothèse que cette situation tient son explication dans la difficulté des généralistes à accéder aux spécialistes et probablement dans la sous-estimation qu'ils ont de l'efficacité de leur travail psychothérapeutique, les amenant à associer un médicament comme « garde-fou ». Ce phénomène est par ailleurs sous-tendu par l'image de « prescripteur » que véhicule le médecin dans la société et pour qui il peut être difficile d'assumer de ne pas apporter une réponse médicamenteuse à la demande d'un patient. Plusieurs études se sont intéressées à la problématique de la non-prescription en médecine générale et ont mis en évidence les difficultés multiples qu'elle constitue, associant paramètres relationnels, éducation du patient, connaissances techniques et relations avec l'industrie pharmaceutique (36)(37).

Il est intéressant de constater que certains travaux ont mis en évidence un lien entre réalisation d'une psychothérapie de soutien et prescription d'antidépresseur. Ainsi, dans leur étude auprès de médecins généralistes, Dumesnil et al. parviennent à établir un rapport entre faible volume global de prescription médicamenteuse et pratique de la psychothérapie de soutien (16). De même, une étude quantitative de 2014 portant sur la pratique de la psychothérapie de soutien par les médecins généralistes du Nord chez les patients dépressifs associe la prescription d'un antidépresseur lors de la première consultation à l'absence de

réalisation d'une psychothérapie de soutien (31). Pourtant, psychothérapie de soutien et traitement médicamenteux sont étroitement liés. Ainsi, la psychothérapie, à travers sa composante informative, peut constituer un outil favorisant l'observance du patient à un traitement dont lui sont expliqués l'efficacité, le délai d'action et les effets secondaires. Le traitement médicamenteux peut également s'avérer une aide à la conduite de la psychothérapie de soutien en amorçant, par l'amélioration de l'état psychique du patient, un changement de perception pouvant favoriser l'émergence du discours (10)(12).

► **Les problèmes du temps et de la valorisation financière**

L'exercice de la psychothérapie de soutien en médecine générale était considéré par beaucoup comme chronophage. Il s'agit du principal frein retrouvé dans l'ensemble des données de la littérature (35)(28)(38). Les généralistes proposent pour cela de remettre en question leur gestion du temps en prévoyant des plages de consultations adaptées. Pour autant, cela ne règle pas la question de la consultation inopinée ou du premier contact, difficilement prévisible. Au cours de nos entretiens, l'idée d'identifier spécifiquement, au préalable, ces consultations lors de la prise de rendez-vous en ligne a émergé mais s'est rapidement heurtée à l'exigence du secret médical. S'ils envisageaient volontiers d'allonger leurs durées de consultations, il est surprenant de constater qu'aucun d'entre eux ne proposait de fixer une limite de temps définie au préalable avec le patient. Cela tient probablement en partie au caractère imprévisible de ces consultations pour lesquelles le patient peut nécessiter un temps plus ou moins conséquent d'une séance à l'autre. Toutefois, on peut légitimement envisager qu'une détermination d'un temps imparti a priori peut être en soi porteur d'un certain sens thérapeutique. Cela contraint ainsi le patient à effectuer un travail réflexif d'organisation de sa pensée dans un état psychique propice à une certaine « désorganisation », et la durée impartie favorise l'établissement d'un cadre rassurant et lui-même soutenant. Il semble qu'une durée moyenne de 30 minutes soit appropriée à ce type d'exercice (10), ce qui rejoint les données recueillies dans notre étude.

Concernant la fréquence des consultations, nos résultats mettaient en évidence un rythme bimensuel dans la phase initiale de la prise en charge, puis mensuel en phase de consolidation. Ce rythme ne représentait pas une norme absolue et s'adaptait à l'urgence et à la sévérité de chaque situation. L'on constate que ces données moyennes concordent avec les résultats mis en évidence dans d'autres travaux (28)(38).

La problématique du temps conduit directement à la question de la valorisation financière de ces consultations. Soulevé par de nombreux médecins interrogés, ce point

semble être un levier majeur à une meilleure pratique de la psychothérapie de soutien. Proposer aux médecins une rémunération adaptée à la réalité de cet exercice leur permettrait de pouvoir dégager des temps plus longs sans qu'ils ne soient synonymes de perte financière et de reconnaître l'investissement psychologique que ces consultations particulières représentent. On note toutefois que cette problématique financière soulève de nettes oppositions entre ceux qui estiment que l'acte médical a une valeur définie, quelque soit son contenu et sa durée, et ceux qui jugent que la complexité ou la pénibilité d'une consultation doivent permettre une rémunération adaptée. Les participants à l'étude proposaient notamment la mise en place d'une cotation dédiée à l'exercice de la psychothérapie de soutien. Cette proposition de tarification pour « consultation longue » émerge également des données de la littérature (38)(28). On retrouve dans certains modèles de rémunération des médecins généralistes à l'étranger le principe d'une tarification à l'acte selon plusieurs niveaux définis par la durée ou le contenu de la consultation. Ainsi, en Australie, aux Pays-Bas ou aux Etats-Unis, le tarif de la consultation chez le généraliste varie notamment en fonction d'une durée déterminée selon plusieurs paliers. Ce type de disposition pourrait apparaître comme une réponse possible aux demandes des médecins mais imposerait de profonds remaniements de notre système de santé.

► **Une communication délicate entre professionnels qui se méconnaissent**

Notre étude met en évidence des difficultés dans la relation professionnelle qu'entretiennent médecins généralistes, psychiatres et psychologues. Les médecins généralistes déclaraient schématiquement avoir recours au psychiatre en cas de problématique médicamenteuse ou face à un tableau clinique sévère et au psychologue lorsqu'ils envisageaient une psychothérapie spécialisée. Bien qu'ils le percevaient comme leur référence en cas de difficultés sur le maniement des psychotropes, certains généralistes conféraient au psychiatre l'image d'un prescripteur en excès. Cela témoigne probablement d'une méconnaissance mutuelle des réalités et contraintes de chacun dans son exercice. Cette difficulté peut parfois expliquer la décision de certains médecins généralistes de ne pas orienter leurs patients vers leurs confrères par crainte d'être exclus de la prise en charge et de perdre de vue leur patient (35).

Plusieurs études ont mis en évidence la difficulté du lien entre médecin généraliste et psychiatre (16)(38)(39). Ainsi, dans leur enquête portant sur les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de la dépression (38), Mercier et al. pointaient les difficultés d'accès au psychiatre, le manque de retour sur la prise en charge et proposaient des

solutions pour y pallier : création de circuits rapides de consultations spécialisées, de réseaux de proximité, ou encore mise en place d'un annuaire des intervenants disponibles. En outre, rejoignant nos résultats, cette étude établissait que les généralistes recouraient principalement aux psychiatres dans un objectif de conseil thérapeutique ou en cas de risque suicidaire avéré.

La méconnaissance du milieu psychiatrique peut également être perçue comme un élément expliquant le désintérêt, voire la peur, de certains pour la maladie mentale, comme le soulignaient les médecins participant à l'étude. Ce constat corrobore l'intérêt de leur proposition de généraliser la pratique des stages en psychiatrie dans le cursus des études médicales.

► **De fortes attentes concernant la formation**

Les médecins généralistes jugeaient la formation initiale et continue à la psychothérapie de soutien très insuffisante, et même souvent inexistante. Ce constat semble partagé par tous, internes et médecins généralistes diplômés, selon les différentes études sur la psychothérapie de soutien en médecine générale (38)(31)(28)(29). Tous s'accordent sur la nécessité d'introduire, à tous les stades de leur formation, un enseignement adapté à cet exercice.

Dans notre enquête, les généralistes proposaient notamment de mettre en place des enseignements de psychologie médicale, de communication, et insistaient sur l'intérêt d'un abord pratique de ces éléments lors d'exercices de mises en situations, d'échanges entre pairs et d'une supervision directe au cours des stages en médecine générale ambulatoire et en psychiatrie. En réalité, certaines de ces dispositions existent déjà dans le cursus médical mais peuvent être méconnues de praticiens installés de longue date. On peut ainsi citer la mise en place de groupes Balint étudiants dont la participation repose sur le volontariat. L'enseignement du DMG met en place, lors des cours sur la relation médecin-malade ou l'éducation au patient, des exercices de mises en situation des étudiants ou de critiques d'extraits vidéos que l'on pourrait aisément imaginer être transposés dans le cadre d'un enseignement de la psychothérapie de soutien. En dehors de l'abord très général que constituent les Sciences Humaines et Sociales au cours des deux premières années du cursus des études médicales, l'enseignement de la psychologie reste pauvre dans le cursus médical. C'est, selon nous, sur ce point précis qu'il faudrait orienter la formation des étudiants en leur présentant les mécanismes élémentaires d'un fonctionnement psychologique normal et pathologique.

Concernant l'immersion des étudiants dans le milieu psychiatrique, la disponibilité de stages en 2^{ème} et 3^{ème} cycles est assez limitée et ne permet pas à une part significative des étudiants d'en bénéficier (40). L'ouverture de terrains de stages supplémentaires en psychiatrie, voire leur intégration à la maquette du DES de médecine générale, pourrait être un moyen d'améliorer la formation des étudiants et ainsi de favoriser la compréhension du fonctionnement du milieu psychiatrique en vue d'une meilleure collaboration entre professionnels.

Sur le plan de la formation médicale continue, les médecins généralistes mettaient en avant l'échange entre pairs, à l'occasion de groupes Balint, et la formation aux techniques de communication. Il existe, à l'échelle nationale ou locale, des formations à destination des médecins généralistes tournées sur la communication. Parmi elles, la Société de Formation Thérapeutique du Généraliste (SFTG) propose, par le biais de ses séminaires « Clown », une formation spécifique à la relation médecin-malade. Elle permet aux participants, au gré de divers ateliers mobilisant des techniques de théâtre, de prendre conscience des enjeux de cette communication. Une étude qualitative, ayant fait l'objet d'une thèse de médecine générale, s'est intéressée à l'impact de cette formation dans la pratique des généralistes. Leurs résultats ont mis en évidence l'intérêt de ce type d'enseignement dans l'amélioration de la relation médecin-patient et offrent des perspectives intéressantes dans le cadre d'une formation à la psychothérapie de soutien (41).

Plusieurs travaux ont mis en évidence le manque de formation des généralistes sur la connaissance et les indications des différentes techniques psychothérapeutiques (16)(32). On peut aisément l'expliquer par une insuffisance de mise en interaction, au cours de leur cursus, des médecins généralistes et des psychologues. Cette lacune, si elle était corrigée, permettrait un adressage plus orienté de leurs patients par les généralistes en fonction des besoins de chacun et des spécificités du thérapeute visé.

L'absence de diffusion d'un cadre théorique freine les médecins dans leur exercice de la psychothérapie de soutien, n'ayant pas à disposition de référence facilement accessible pour guider leur travail. Etablir et diffuser un référentiel à destination des médecins généralistes pourrait, sans remettre en question la nécessité absolue d'une formation, permettre de poser des bases communes de conceptualisation en vue d'une meilleure pratique. Dans son ouvrage, Schmitt (10) propose des éléments qui pourraient servir de fondement à un tel référentiel. Ainsi, il vient combler le déficit de cadre solide, souvent dénoncé dans la littérature. Il offre une perspective très orientée sur la pratique en déclinant les modalités d'intervention en

fonction de contextes particuliers tels que le traumatisme, le deuil, la dépression ou encore les maladies chroniques. Enfin, il aborde l'attitude du thérapeute sous tous ses aspects et permet ainsi une prise de conscience du pouvoir thérapeutique du médecin.

► **Forces et limites de l'étude**

Dans le cadre de notre démarche d'analyse qualitative, nous avons cherché à varier les profils des médecins généralistes interrogés. Les deux sexes étaient représentés dans des proportions équivalentes. Notre travail s'intéressait aux médecins généralistes picards et nous avons pu recueillir les réflexions de praticiens des trois départements constitutifs de cette région. Toutefois, nous n'avons pas cherché à équilibrer le nombre d'entretiens sur ce critère qui ne nous semblait pas être en mesure d'apporter une diversité majeure de points de vue. Plus que le département d'exercice, c'est en effet le secteur d'installation des généralistes qui nous semblait importer dans la recherche de profils différents. Les contraintes imposées par l'exercice en milieu rural en termes d'accessibilité aux psychiatres et aux psychologues diffèrent des conditions de travail en zone urbaine et incitent davantage le généraliste à assurer le suivi psychologique de son patient dépressif, faute de possibilités d'orientation. Recueillir leur opinion sur cette pratique nous est donc apparu essentiel. L'étude de Dumesnil et al.(16) s'intéressant à la prise en charge de la dépression en médecine générale de ville confortait notre opinion en mettant en évidence un taux de réalisation de psychothérapie de soutien plus important chez les médecins ruraux.

Cette variabilité des profils trouvait sa limite dans l'âge moyen élevé des participants (56 ans) et nous ne sommes parvenus à interroger que peu de médecins récemment installés, malgré nos sollicitations. Ceci s'explique probablement par une moindre disponibilité des jeunes médecins qui débutent leur activité ainsi que par un manque d'expérience concernant le sujet de notre travail. Les résultats obtenus proviennent donc, en grande majorité, de médecins ayant une longue pratique de la médecine générale et dont on peut penser que l'expérience leur permet une réflexion plus circonstanciée à propos d'une pratique pour laquelle ils ont un recul plus conséquent. En revanche, concernant le sujet de la formation à la psychothérapie de soutien, leurs réponses n'étaient pas toujours corrélées aux réalités de l'enseignement universitaire actuellement dispensé.

Interroger les praticiens dans le cadre d'entretiens semi-dirigés induit inévitablement un certain nombre de biais.

Tout d'abord, le recrutement des participants nous amenait à leur présenter succinctement le thème de notre travail. On peut ainsi supposer que les médecins ayant accepté de participer à l'étude portaient préalablement un certain intérêt à la psychothérapie de soutien.

Au cours du déroulement des entretiens, il est probable que certaines interventions de l'enquêteur aient pu inconsciemment influencer les réponses des personnes interrogées, constituant un biais de l'intervieweur.

De même, du point de vue du participant, être interrogé par un membre de la même profession peut générer l'appréhension de l'erreur et être à l'origine d'un biais de désirabilité sociale consistant à privilégier la réponse que l'on pense être attendue à défaut de sa véritable opinion. Afin de limiter ce biais, il était précisé à chacun des participants, en début d'entretien, que l'objectif de l'étude visait à recueillir leurs représentations personnelles et non pas à évaluer leurs compétences sur le sujet.

Le choix d'un travail par méthodologie inductive nous imposait de mettre à distance nos différents a priori sur le sujet étudié. Toutefois, et bien que nous nous soyons attachés à le limiter par la triangulation des données, la survenue d'un biais de confirmation au cours de la phase d'analyse est à envisager. Il s'agit d'une tendance naturelle de l'analyste à sélectionner les réponses confirmant ses idées préconçues au dépend de celles venant les infirmer.

Notre guide d'entretien a légèrement évolué au cours des premières rencontres, concernant notamment l'ordre des différentes questions. Cependant, tous les thèmes de la grille d'entretien ont systématiquement été abordés avec chacun des participants. Les éventuels biais d'interprétation dans l'analyse des données ont été limités par un double codage indépendant de tous les entretiens. Ces éléments nous ont permis de nous assurer de la reproductibilité des résultats et renforcent ainsi la validité interne de notre étude.

CONCLUSION

L'étude des représentations des médecins généralistes picards concernant leur pratique de la psychothérapie de soutien chez le patient dépressif met en lumière la complexité du processus. Elle s'explique notamment par l'absence de références théoriques établies auxquelles se référer.

Les médecins généralistes éprouvent une certaine difficulté à caractériser leur pratique de véritable « psychothérapie ». Par l'absence de formation à cet exercice, ils n'estiment pas la qualité de l'encadrement psychologique qu'ils apportent suffisante pour lui conférer un tel statut. Toutefois, la pratique qu'ils décrivent mobilise bien des techniques et des objectifs de travail impactant la structure psychique de l'individu et son fonctionnement. Leur travail a donc effectivement une portée psychothérapeutique. En revanche, l'absence, chez les médecins généralistes, d'une perspective définie a priori du déroulement de la thérapie fragilise ce pouvoir thérapeutique dans la mesure où elle ne remplit pas l'exigence de contrôle de son déroulement et de ses effets. Par l'apprentissage, dans le cadre d'une formation initiale et continue à la psychologie médicale et aux techniques de communications, ils pourraient acquérir les compétences nécessaires pour répondre à cet objectif.

L'importance, dans ce processus, d'une relation médecin-patient spécifique à la médecine générale soulève des interrogations. Sa qualité est un facteur déterminant du succès de la thérapie. Si la connaissance du patient offre au généraliste un atout indéniable, elle peut être parfois à l'origine de projections négatives ou d'entraves à l'échange. Son caractère chronophage, son manque de valorisation financière, les difficultés d'accès et de communication avec les spécialistes en santé mentale, ainsi que les carences de la formation apparaissent comme les freins majeurs à son exercice. Des propositions sont avancées pour tenter d'y pallier, telles que la mise en place d'une cotation prenant en compte la durée de ces consultations, le développement de la formation des étudiants et des médecins généralistes ou la mise en place de moyens facilitant l'échange entre généralistes et spécialistes en santé mentale.

Il semble désormais nécessaire, face à des professionnels désireux d'améliorer leur pratique et dans un contexte de demande croissante des patients, de leur apporter les moyens d'un exercice de qualité, répondant à certaines exigences théoriques et adaptés aux réalités pratiques de la médecine générale.

ANNEXES

Annexe 1 : Guide d'entretien

GUIDE D'ENTRETIEN

Dans le cadre de ma thèse de médecine générale, j'effectue un travail de recherche visant à tenter d'identifier les représentations des médecins généralistes picards concernant leur pratique de la psychothérapie de soutien chez les patients dépressifs.

- 1) Pouvez-vous vous présenter brièvement ainsi que votre activité ? (formation complémentaire à la psychothérapie ?)
- 2) Comment prenez-vous en charge, de manière générale, vos patients dépressifs ?
- 3) Selon vous, en quoi consiste la psychothérapie de soutien ?

Reformulation : Comment la définiriez-vous ? Quels sont ses objectifs ?

Relances : En quoi vous semble-t-elle ou non différer d'autres techniques psychothérapeutiques ?

- 4) Dans quelle mesure estimez-vous la pratiquer ?

Relances :

Si oui : comment l'organisez-vous ? Adoptez-vous un cadre particulier ?

Si non : estimez-vous apporter une aide psychologique autre à vos patients dépressifs ?

- 5) Quelle place accordez-vous à cette thérapie dans la prise en charge de vos patients dépressifs ?

Relances :

Sur quels critères l'initiez-vous ou non chez le sujet dépressif ?

si n'évoque pas les psychotropes : Comment s'articule-t-elle dans la prise en charge par rapport au traitement médicamenteux ?

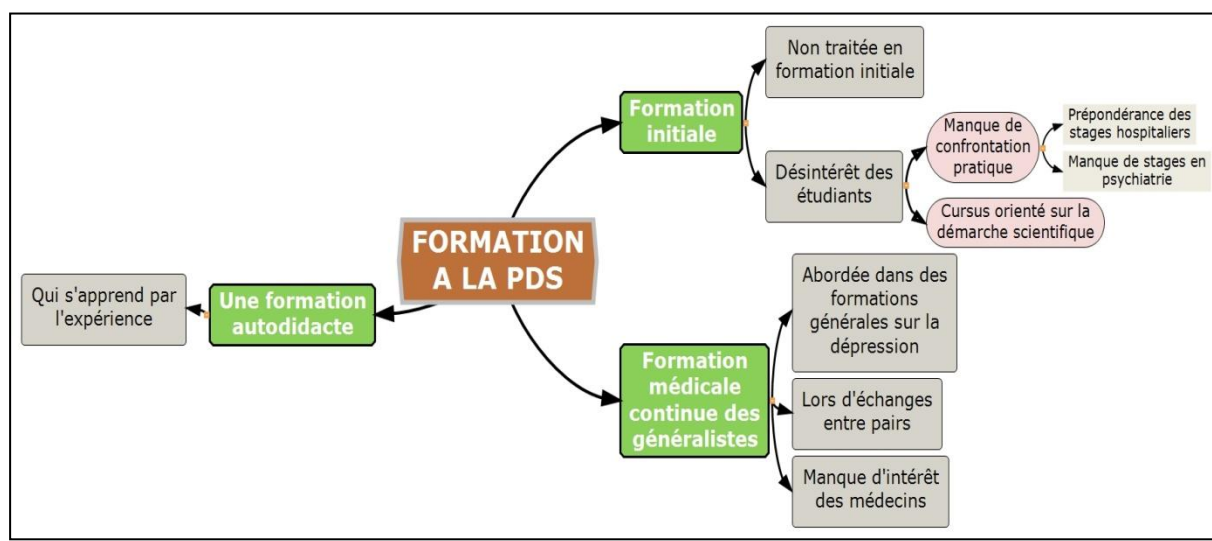
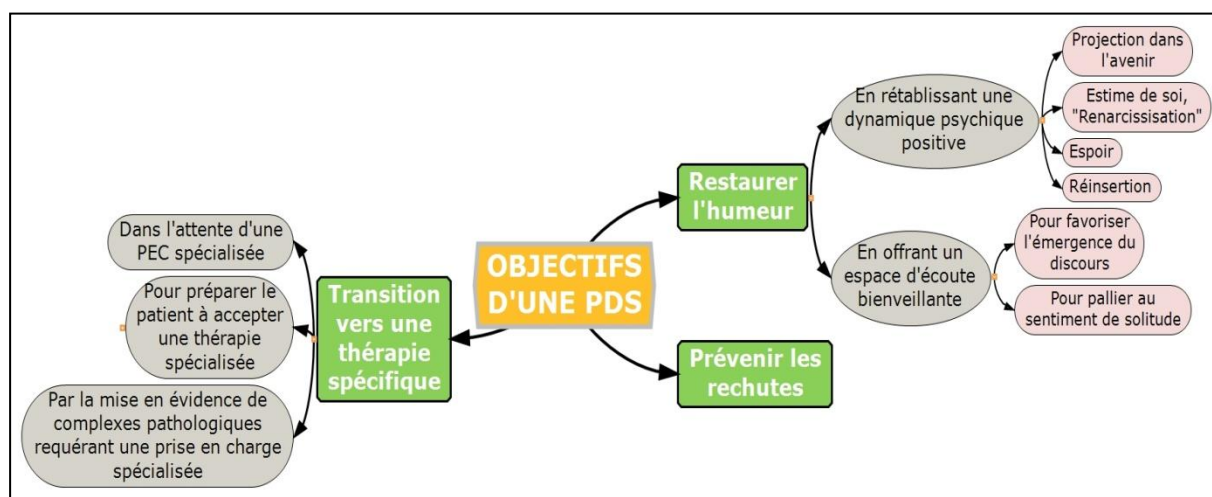
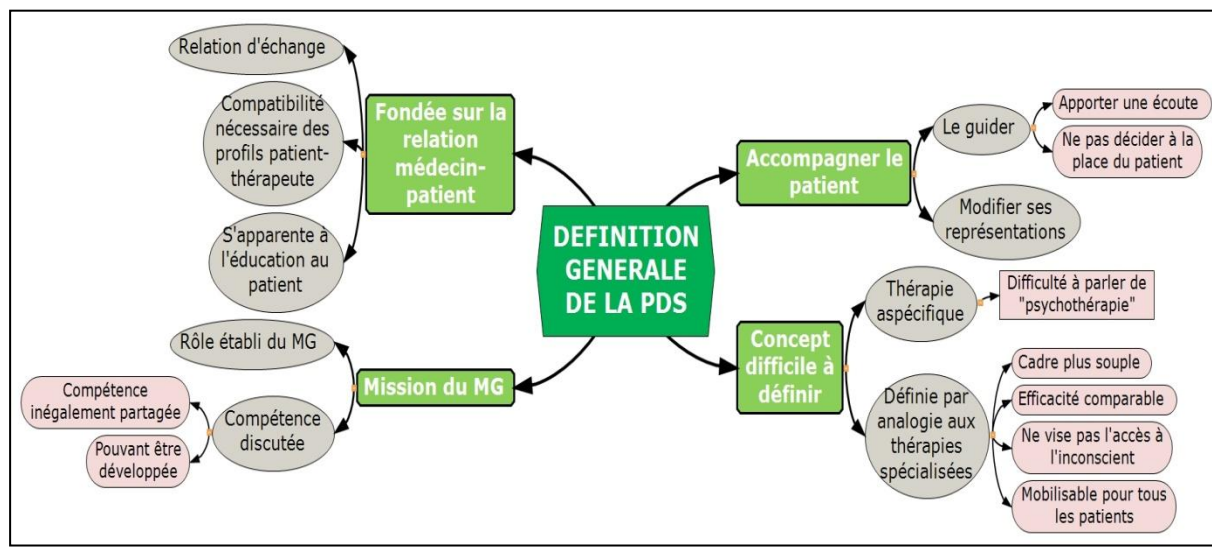
- 6) Quels sont, d'après vous, les avantages liés à la réalisation d'une psychothérapie de soutien par le médecin généraliste ?
- 7) Quels sont, d'après vous, les facteurs limitant sa réalisation ?
- 8) Si non abordé en question 5 : Comment jugez-vous votre formation (universitaire, formation médicale continue, ...) à la psychothérapie de soutien ?

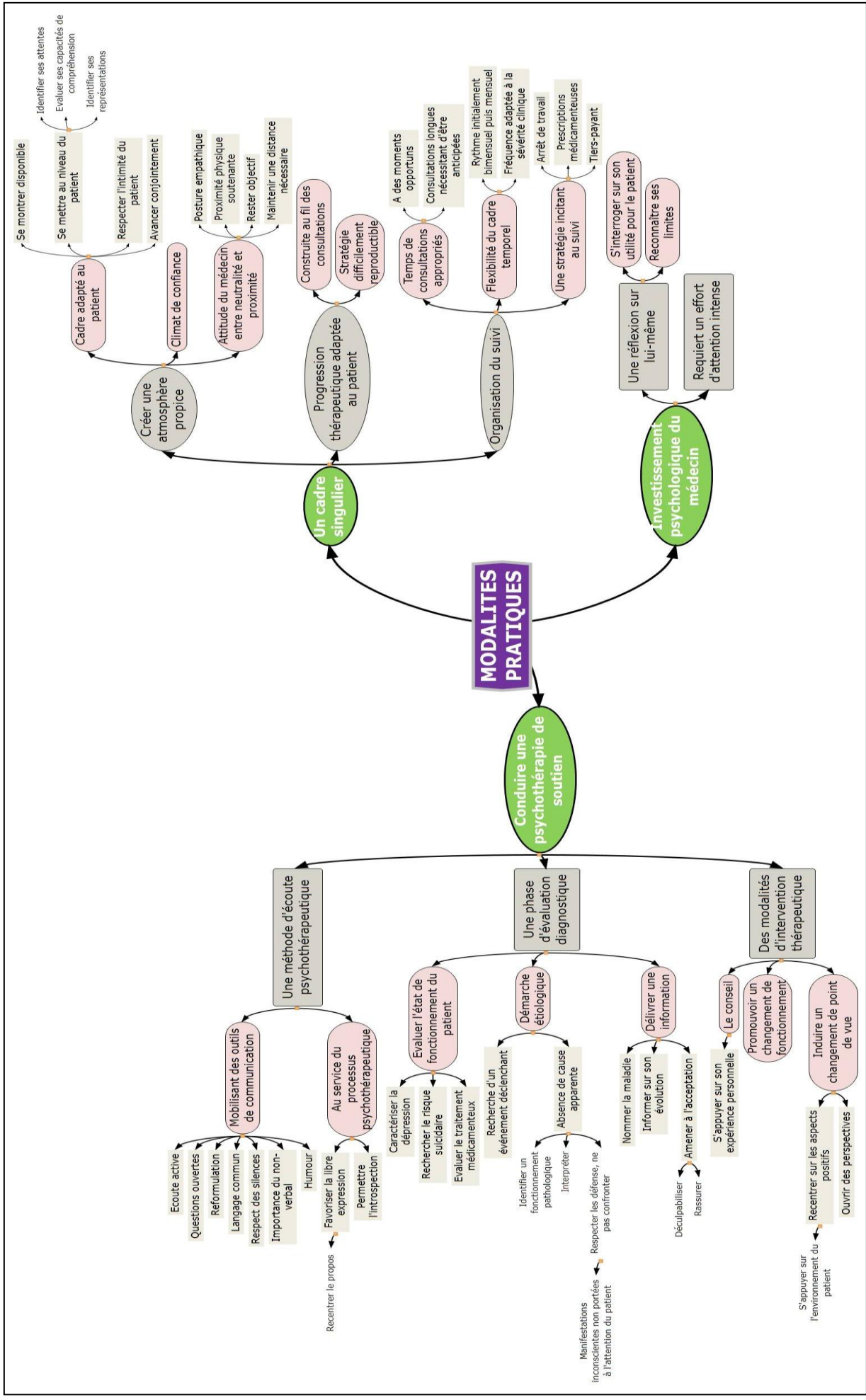
Relance : Echangez-vous, lors de réunions entre pairs, à propos de cas de patients pouvant bénéficier d'une psychothérapie de soutien ?

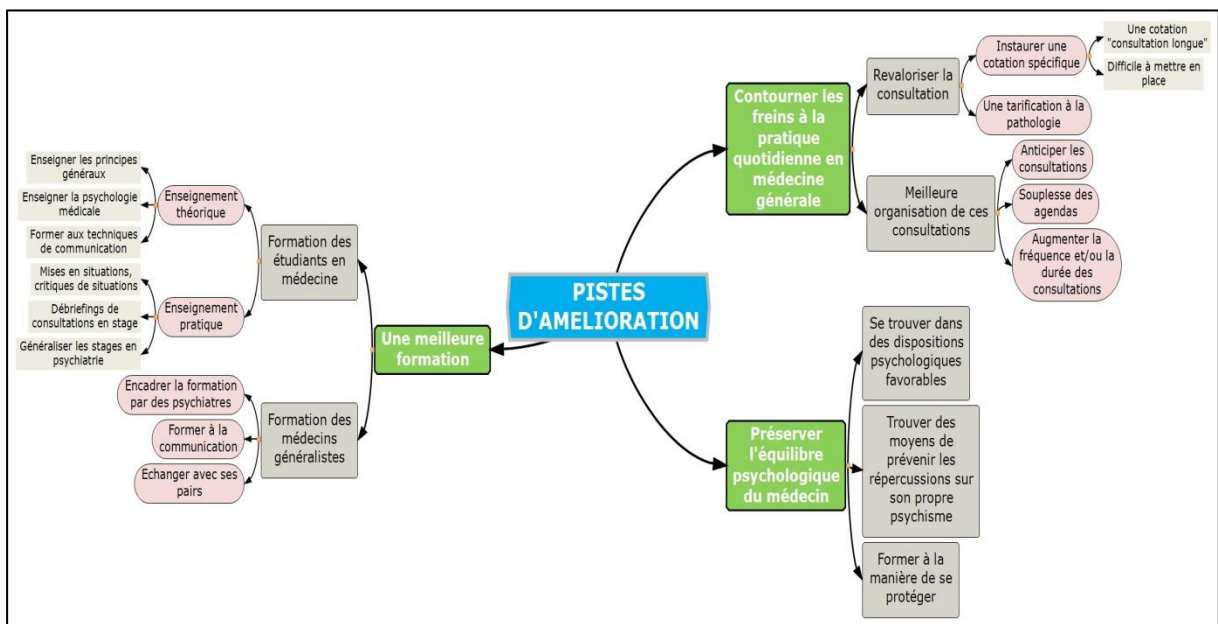
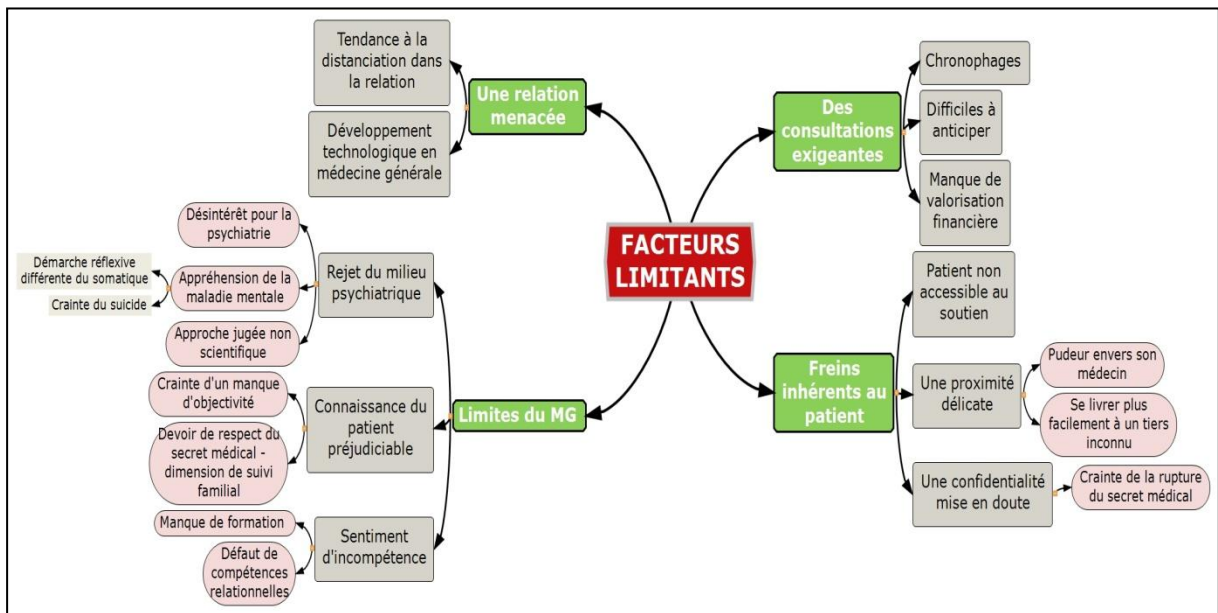
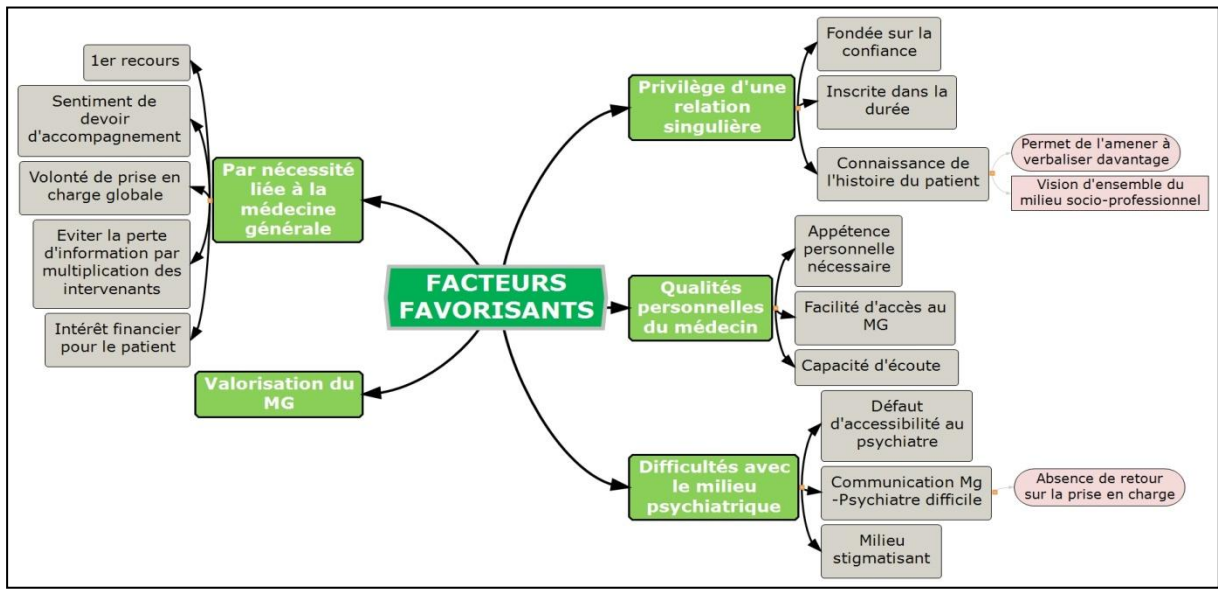
- 9) Comment pourrions nous, selon-vous, améliorer la réalisation de ce type de psychothérapie par les médecins généralistes ?

Annexe 2 : Cartes heuristiques des résultats

(PDS : Psychothérapie de soutien)







BIBLIOGRAPHIE

1. Salvarelli J-P. De quoi la psychiatrie est-elle le nom ? *Inf Psychiatr* [Internet]. 2013; Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-1-page-15.htm>
2. Caire M. Histoire de la psychiatrie en France [Internet]. Histoire de la psychiatrie en France. [cité 5 janv 2020]. Disponible sur: <http://psychiatrie.histoire.free.fr/index.html>
3. Baruk H. Pinel et son temps - Pinel et notre temps [Internet]. BIU santé Paris Descartes. 1977 [cité 5 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1977x011x003/HSMx1977x011x003x0152.pdf>
4. Barras V, Fussinger C. Histoire des psychothérapies [Internet]. Sciences Humaines. 2009 [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: https://www.scienceshumaines.com/histoire-des-psychotherapies_fr_23836.html
5. Garrabé J. Histoire de la psychothérapie en France. *Perspect Psy*. 23 nov 2012; Vol. 51(4):348-55.
6. Histoire de la Psychothérapie [Internet]. EFAPO. [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.efapo.fr/histoire-de-la-psychotherapie/>
7. OMS | Chapitre 3: Résolution des problèmes de santé mentale [Internet]. WHO. [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/whr/2001/chapter3/fr/index2.html>
8. De Perrot E. La psychothérapie de soutien : Une perspective psychanalytique. In: De Boeck. Bruxelles; 2006. p. 15-15. (carrefour des psychothérapies).
9. De Perrot E. La psychothérapie de soutien : Une perspective psychanalytique. Bruxelles: De Boeck; 2006. 229 p. (carrefour des psychothérapies).
10. Schmitt L. Psychothérapie de soutien. Elsevier Masson; 2012. 236 p. (Pratiques en psychothérapie).
11. De Perrot E. La psychothérapie de soutien : Une perspective psychanalytique. In: De Boeck. Bruxelles; 2006. p. 7-8. (carrefour des psychothérapies).
12. Weyeneth M, Ambresin G, Carballeira Y, Contesse V, Crivii C, Glauser F, et al. La psychothérapie de soutien : un pas vers l'éclectisme. *Psychotherapies*. 2004; Vol. 24(2):73-86.
13. HAS. Episode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours [Internet]. 2017 [cité 5 janv 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_fiche_de_synthese_pec.pdf
14. OMS. Principaux repères sur la dépression [Internet]. [cité 4 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression>

15. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th edition. Washington, DC; 2013.
16. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Résultats issus d'une enquête menée auprès d'un panel national de médecins généralistes français. *Inf Psychiatr*. 2014;90(5):341-52.
17. Dépression | Inserm - La science pour la santé [Internet]. [cité 5 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression>
18. Léon C, Chan Chee C, du Roscoät E. La dépression en France chez les 18-75 ans : résultats du Baromètre santé 2017. Groupe Baromètre Santé 2017. 2018;(32-33):637-44.
19. Lyon-Caen O, Tajahmady A, Gastaldi-Ménager C. La cartographie des pathologies et des dépenses. Résultats 2012-2017 [Internet]. 2019 [cité 5 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/presentation-et-principaux-resultats.php>
20. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey | BMC Public Health | Full Text [Internet]. [cité 5 janv 2020]. Disponible sur: <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-7-188>
21. Caria A, Roelandt J, Bellamy V, Vandeboore A. « Santé mentale en population générale : images et réalités (SMPG) » : Présentation de la méthodologie de l'enquête. *L'Encéphale*. 2010;(36):1-6.
22. Marguerite des compétences [Internet]. Collège National des Généralistes Enseignants. 2012 [cité 5 janv 2020]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Marguerite_MEDECINE_GENERALE_1909.pdf
23. Allen DJ, Heyrman PJ. La définition européenne de la Médecine Générale - Médecine de Famille [Internet]. 2002 p. 24-5. Disponible sur: <https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
24. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris: Payot; 2009. 419 p.
25. Monin D. Quelles sont les attentes des patients dans la prise en charge d'un syndrome dépressif majeur en médecine générale ? [Faculté de Médecine Lyon Est]: Claude Bernard- Lyon 1; 2014.
26. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 19(84):142-5.
27. Blais M, Martineau S. L'analyse inductive générale : description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches Qualitatives*. 2006;26(2):1-18.
28. Espinoza E. *Le médecin généraliste pratique-t-il une psychothérapie spécifique ? Etude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Oise*. [Amiens]: Université de Picardie Jules Vernes; 2018.

29. Amal B. Perception de la prise en charge psychothérapique dans la dépression par des internes du DES de médecine générale de Lyon Est - Etude qualitative.
30. Cape J, Barker C, Buszewic M, Pistrang N. Gestion psychologique par les médecins généralistes des problèmes psychoaffectifs courants : tour d'horizon pour le développement de techniques pratiques, utiles et efficaces. *Br J Gen Pract.* 2000;50:396-9.
31. Bekkouche M. Psychothérapie de soutien, médecins généralistes et patients dépressifs : enquête transversale auprès de 140 praticiens de soins primaires du Nord [Internet]. [Université Lille 2]: Faculté de médecine Henri Warembourg; 2014 [cité 6 janv 2020]. Disponible sur: <https://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/8cdb52c7-c59f-48ee-b0e2-312276612ad3>
32. Druais P-L, Ouazana A. La dépression en Médecine Générale, la psychothérapie de soutien : une approche spécifique. Collège de Médecine Générale; 2017.
33. Brusset B. Les psychothérapies [Internet]. Paris cedex 14: Presses Universitaires de France; 2005. 128 p. (Que sais-je ?; vol. 2e éd.). Disponible sur: <https://www.cairn.info/les-psychotherapies--9782130552017.htm>
34. Parquet P-J, Chevallier L, Cuche H, Darcourt G, Ferreri M, Frimat P, et al. Itinéraire des déprimés. Réflexion sur leurs trajectoires en France [Internet]. 2001. Disponible sur: https://www.sfm.org/upload/consensus/re_depression%20itin.pdf
35. Bouché P, Gay B, Guillou P, Martinot-Nouet I, Urbain F. La psychothérapie en médecine générale. Collège de la Médecine Générale; 2019.
36. Osadtchy Z. La non-prescription en consultation de médecine générale : pourquoi et comment. Etude qualitative à partir de 3 focus group. [Internet]. Rennes 1; 2016. Disponible sur: <https://ged.univ-rennes1.fr/nuxeo/site/esupversions/41442d72-f11e-4dd8-9adb-fbda68f49d11?inline>
37. Duffaud S, Liébart S. Comment les médecins généralistes limitent-ils leur prescriptions ? Etude qualitative par entretiens collectifs. *Santé Publique.* 2014;26(3):323-30.
38. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Becret F, et al. Enquête sur la prise en charge des patients dépressifs en soins primaires : les médecins généralistes ont des difficultés et des solutions. *L'Encéphale.* 2009;36S:73-82.
39. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann-Coblentz L, Zerr P. La consultation du patient à risque suicidaire en médecine générale. *Généralistes et psychiatres : une relation compliquée. Médecine.* 2008;4(6):279-83.
40. Fovet T, Amad A, Geoffroy, PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *Inf Psychiatr.* 2014;90(5):319.
41. Gondran L, Moulin M. Relation médecin-patient : Etude qualitative des apports d'une formation Clown pour les médecins, proposée par la société de formation thérapeutique du généraliste (SFTG) [Internet]. [Grenoble]: Joseph Fourier; 2013. Disponible sur: https://www.sftg.eu/media/these_laure_gondran_et_maxime_moulin__2013__052966200_1645_28122017.pdf

REPRÉSENTATIONS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES CONCERNANT LEUR PRATIQUE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE DE SOUTIEN DANS LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT DÉPRESSIF

Introduction: La psychothérapie de soutien (PDS) constitue une mission du médecin généraliste (MG), une attente pour les patients et une nécessité de santé publique. Pourtant, elle reste pauvre de fondements théoriques et sa pratique semble empirique. L'objectif principal était d'étudier les représentations des MG concernant cette pratique dans la dépression.

Matériel et méthodes: Etude qualitative par entretiens semi-directifs menés auprès de MG picards. L'analyse des données s'inspirait de la méthode par théorisation ancrée.

Résultats: 12 MG ont été interrogés. Formaliser la PDS représentait pour eux une difficulté, peinant à conférer une portée psychothérapeutique à leur travail. Ses objectifs étaient multiples, au-delà du seul principe de rémission. La singularité de la relation médecin-patient constituait leur principal avantage. Caractère chronophage, manque de valorisation financière et absence de formation figuraient comme les principaux freins à sa pratique. Ils insistaient sur la nécessité d'une formation à cette technique et demandaient une revalorisation des consultations.

Discussion: S'ils ne s'attribuaient pas le rôle de thérapeute, leur travail sur le fonctionnement psychique du patient conférait à leur démarche une portée psychothérapeutique. L'absence d'anticipation du processus dans son déroulement affaiblissait leur technique. Ces éléments s'expliquaient notamment par un manque de formation en psychologie.

Conclusion: Cette étude a mis en évidence des éléments de conceptualisation de la PDS. Elle a soulevé les carences de la formation et la nécessité de mettre en place des dispositifs pour une meilleure pratique.

→ Mots-clés: Psychothérapie; médecin généraliste ; dépression ; psychologie ; recherche qualitative

PERCEPTIONS OF GENERAL PRACTITIONERS REGARDING THEIR PRACTICE OF SUPPORTIVE PSYCHOTHERAPY IN DEPRESSED PATIENT TREATMENT

Context: Supportive psychotherapy is a duty of general practitioners, an expectation of the patients and a necessity for public health. However, it remains poorly grounded in theory and its practice seems empirical. The main objective was to analyze the general practitioner's representations of this practice in depressive illness.

Methods: Qualitative study by semi-directive interviews with general practitioners in Picardy. Data analysis was based on the grounded theory method.

Results: 12 physicians were interviewed. They had difficulties creating a formal method for supportive psychotherapy and struggled to have a psychotherapeutic effect to their work. Their work had several objectives beyond remission. The unique nature of the doctor-patient relationship was their main benefit. Time-consuming consultations, inadequate rates and gaps in training were the main obstacles to their practice. They stressed the need of training in supportive psychotherapy and asked for the costs of their consultations to be reappraised.

Discussion: Although they did not consider themselves psychotherapists, working on psychic functioning of the patient gave to their approach a psychotherapeutic effect. They didn't have an expectation for progress over the course of therapy which in turn weakened the effectiveness of their technique. This was a result of the lack of formal training in supportive psychotherapy.

Conclusion: This study indentified conceptual elements of supportive psychotherapy. It revealed a lack of training in the field and the need to set up measures for a better practice.

→ Keywords : Psychotherapy ; generalist practioner ; depression ; psychology ; qualitative research