

# Place de la psychothérapie dans la prise en charge de la dépression en médecine générale

Alain Moreau\*, Marie-France Le Goaziou\*\*

\*Maitre de conférences associé,

\*\*Professeur associé de médecine générale : UFR Lyon

## Introduction

La dépression est un diagnostic fréquent en médecine générale : 2,3 % des résultats de consultation. Devant un état dépressif caractérisé, le recours au traitement médicamenteux est habituel. Mais quelle est la place de la psychothérapie ? Comment est-elle utilisée ? Quel type de pratique est proposé ? Les indications et contre-indications sont-elles bien maîtrisées ? A qui s'adresse-t-elle ? Comment se situe l'abord psychothérapique en médecine générale dans le champ des psychothérapies en général ? Pour répondre à ces questions, un travail d'enquête par interview a été mené à Lyon et a fait l'objet d'une thèse (1).

## Matériel et méthodes

Ce travail comportait un aspect qualitatif d'évaluation de pratique. La méthode par interview permettait une approche plus adaptée, plus personnalisée et au plus près des réalités de la pratique psychothérapique. En France, il n'existe peu de données et cette étude se proposait de dégager des pistes, des tendances à partir d'un échantillon de 15 médecins généralistes tirés au sort parmi les 402 exerçant à Lyon, répertoriés dans les pages jaunes de l'annuaire télé-

phonique. Deux généralistes ont testé la faisabilité de l'interview et ont été intégrés à l'étude ; 14 médecins sur les 15 ont accepté d'être interviewés par le résident qui faisait son travail de thèse. Chaque interview avait une durée de 20 à 40 minutes et était enregistrée sur magnétophone afin de retranscrire intégralement le langage parlé.

Sur les 42 questions posées, 26 étaient à réponses ouvertes. Il était prévu en fin d'entretien un temps pour un commentaire libre.

L'interview a permis d'identifier chaque médecin généraliste avec ses caractéristiques propres de manière anonyme, et d'aborder 4 thèmes principaux :

- le patient dépressif en pratique quotidienne,
- le cadre de la consultation,
- le contenu de la consultation,
- la connaissance et la place des psychothérapies.

## Résultats

### Population des généralistes

Seize médecins ont participé à l'enquête. Les caractéristiques des répondants et leur profil d'activité sont exposés dans le tableau 1.

Sexe	5 femmes	11 hommes		
Age	34-45 ans : 11	45-55 ans : 5	Moyenne : 42 ans	
Durée d'installation	< 5 ans : 3	Entre 5 et 10 ans : 5	entre 10 et 20 ans : 7	> 20 ans : 1
Mode d'exercice	Médecine générale exclusive : 8	Médecine générale avec activités annexes : 5	Médecine générale + activités MEP : 3	
Organisation des consultations	Rendez-vous exclusif : 7	Mixte : 8	Consultation libre : 1	
Durée moyenne des consultations habituelles	15-20 min : 13	30-35 min : 2	1 sans durée moyenne	
Nombre d'actes / jour	< 10 : 2	Entre 10 et 15 : 2	Entre 15 et 25 : 5	> 25 : 7

Tableau 1 : La population des médecins généralistes

Les activités "annexes" consistaient en vacations d'urgences, de centre de santé ou de gériatrie, activités de sexologie et hypnothérapie. Les activités "Mode d'Exercice Particulier" (MEP) étaient représentées par l'homéopathie, l'acupuncture et la mésothérapie.

### Le patient dépressif en pratique quotidienne

Les médecins interviewés pensaient rencontrer fréquemment (14/16) des patients dépressifs. Ils les prenaient seuls en charge (13/16) en utilisant des médicaments psychotropes (14/16).

### Le cadre de la consultation

La fréquence des consultations était d'une fois par semaine et/ou tous les 15 jours au début du traitement (14/16). La durée de consultation était en général plus longue. Le patient était en position habituelle en face à face avec le médecin (16/16).

L'examen clinique était fait de manière systématique par 12 médecins : pour le repérage des effets secondaires (6/12) avec au moins prise de TA (7/12), pour "recadrer" et montrer le côté généraliste et non psy de la consultation (5/12), pour la recherche d'une éventuelle cause organique (2/12), mais aussi pour "revaloriser la consultation", "souffler un peu" et reconnaître le langage du corps.

La plupart des médecins acceptait que la durée prévue de consultation soit dépassée avec un patient dépressif.

Un médecin sur deux évitait d'être interrompu en consultation par le téléphone, mais le plus souvent, se rendait disponible lors d'un appel d'un patient déprimé.

### Le contenu de la consultation

Les mots le plus souvent retrouvés concernant l'attitude générale et le savoir être vis-à-vis du patient, étaient :

- écoute (6 fois),
- neutralité (3 fois), distance (2 fois),
- empathie (2 fois), bienveillance (2 fois),
- discussion (2 fois), dialogue,
- apaisement.

Tous les médecins donnaient aux patients des explications sur le traitement pour le justifier, sur le mode d'action des médicaments, sur la durée des traitements, sur les effets indésirables. Mais aucune explication spontanée n'intervenait sur le traitement psychothérapeutique.

Des explications déculpabilisantes, sur la maladie dépressive et ses mécanismes, étaient fournies par 10 médecins. L'annonce du rôle du médecin (relationnel, prescripteur de médicaments) et de ses limites, était faite 10 fois sur 16.

Dix médecins avaient tendance à interpréter les plaintes, contre 6 s'y refusant.

Le risque suicidaire apparaissait préoccupant pour 11 des 16 médecins.

La moitié des médecins impliquait régulièrement l'entourage, un quart selon la situation et un quart ne l'impliquait pas. Les conseils sur le mode de vie, l'environnement relationnel et professionnel, les loisirs étaient donnés 15 fois sur 16.

La majorité des médecins (12/16) avaient l'impression de mener eux-mêmes une psychothérapie avec le sujet dépressif ; pour 2, c'était de temps en temps ; pour 2 autres, c'était exceptionnel ou jamais.

### La connaissance et la place des psychothérapies dans la prise en charge

Le plus souvent, les médecins avaient du mal à répondre et employaient des expressions comme :

- travail préparatoire, mise en condition pour une thérapie,
- psychothérapie qui passe,
- une oreille attentive, donner 2 ou 3 conseils, rassure, un soutien mais je ne sais pas si c'est une vraie psychothérapie,
- je traite globalement, cela ne me préoccupe pas de savoir si c'est une psychothérapie,
- une psychothérapie entre guillemets parce que je n'ai pas été formé pour,
- je dialogue, ce mot (psychothérapie) est fait pour les psychiatres, pas pour un médecin généraliste.

Certains proposaient d'autres qualificatifs :

- psychothérapie superficielle a minima, conseils de bon sens,
- j'essaye de faire percevoir au patient qu'il pourrait voir les choses de façons différentes,
- psychothérapie de bon sens, dédramatiser certaines choses, redonner confiance, le fait d'en parler, ça fait du bien,
- un patient qui se confie, donne une partie de son intimité, on le reçoit comme un cadeau précieux, un moment fort de notre activité,
- les définitions précises (citées 3 fois) étaient rares : psychothérapie cognitive, psychothérapie de soutien, psychothérapie d'étayage.

### Les motivations du médecin généraliste pour adresser le patient à un psychiatre :

- les besoins du patient, la gravité et la durée de la dépression, le lourd passé du patient,
- le sentiment d'incapacité, d'échec, de limites de compétence, de manque de disponibilité, de manque d'aura ou de trop grande proximité avec le patient et la famille,

- la volonté de différencier le rôle de prescripteur du rôle de psychothérapeute.

#### La relation avec le psychiatre :

Les 16 médecins généralistes avaient tendance à proposer un psychiatre de leur choix.

Une fois qu'ils avaient confié leur patient au psychiatre, 10 sur 16 continuaient de le suivre pour sa dépression en demeurant le médecin plutôt somaticien.

La moitié d'entre eux pensaient que la psychothérapie était aussi importante que le traitement médicamenteux. Pour l'autre moitié, la psychothérapie n'était pas toujours nécessaire et dépendait du type de dépression (plutôt les dépressions chroniques et graves) et des résistances du patient.

La moitié des médecins pensait que la psychothérapie était sous utilisée en invoquant surtout des résistances des patients mais une seule fois des résistances du médecin généraliste. Les autres avaient du mal à avoir une opinion ; enfin, 2 pensaient que la psychothérapie était assez utilisée.

La majorité des médecins (12/16) estimaient apporter une aide utile à leur patient dépressif.

Dans les commentaires libres, certains insistaient sur le manque de formation initiale et le besoin de Formation Médicale Continue ; mais malgré tout, ils se disaient le plus souvent à l'aise.

## Discussion

Du fait du faible effectif de cet échantillon, ce travail ne peut prétendre à une vision complète et statistiquement significative de la pratique des médecins généralistes dans la prise en charge psychothérapique du patient déprimé. Néanmoins, il reflète des tendances qui en permettent une approche utile.

### Prévalence et cadre de la pratique quotidienne

Les médecins se sentent très fréquemment confrontés à des patients dépressifs, ce que confirment les études épidémiologiques.

En 1992 l'enquête du CREDES retrouvait 3,8% de dépressions parmi les 12,9% de troubles mentaux diagnostiqués par les médecins généralistes (2).

Dans une enquête menée en Aquitaine, la prévalence de la dépression en consultation était de 5,9% pour les états dépressifs majeurs, 1,6% pour les dysthymies, 0,5% pour les dépressions récurrentes brèves (3).

Une étude plus récente du CREDES arrivait à un taux de prévalence de 14,9% en population générale, en ajoutant

à la prévalence déclarée par les personnes celle mesurée par les auto-questionnaires (4).

Ce décalage entre les dépressifs qui se reconnaissent déprimés et ceux qui ne sentent pas déprimés ou ne sont pas reconnus par leur médecin généraliste, peut entraîner une sous estimation de prévalence (5,6).

Le plus souvent, les médecins généralistes de l'enquête utilisaient des médicaments psychotropes (même ceux qui utilisaient l'homéopathie). Ils ne sont pas différents de la plupart de leurs confrères en France (6).

Le cadre de la consultation ne semble pas si différent de la consultation habituelle si ce n'est un temps un peu plus long.

Le contenu reflète bien la diversité des expériences, des sensibilités et des connaissances de chacun dans ce domaine (6), qui conditionne la prise en charge de la pathologie dépressive. Cette notion est confirmée par l'enquête INSERM (7) : plus le médecin généraliste éprouvait de l'intérêt pour le domaine du "psy", plus il diagnostiquait et rencontrait de problèmes "psy", plus il allait prendre en charge le malade "psy".

### Généraliste psychothérapeute ?

Personne ne conteste le rôle d'accompagnement, l'attitude psychothérapique ou la "guidance" psychologique du médecin généraliste dans la prise en charge de la dépression (8).

La psychothérapie a été définie ainsi : "Il y a psychothérapie chaque fois que sont utilisés à des fins thérapeutiques les mouvements affectifs mis en jeu à l'intérieur de l'esprit du malade et à l'occasion de ses relations avec le thérapeute" (9).

A la lumière de cette définition, la plupart des médecins généralistes de cette étude ont utilisé une approche psychothérapique de premier recours qui n'ose pas dire son nom, ressentie comme balbutiante, artisanale et parfois illégitime.

Cette psychothérapie peut se qualifier de psychothérapie de soutien. Elle se classe dans les psychothérapies non systématisées visant à rétablir ou maintenir l'équilibre psychologique du patient sans viser une modification importante de la personnalité de ce patient (10). Elle comprend les attitudes psychothérapiques directives, explicatives, activistes et de "bon sens" mises en évidence par Balint (11) : conseiller, réconforter et rassurer. Mais Balint avait bien insisté sur le caractère limité et pas toujours adapté au patient de ses attitudes spontanées. Cette démarche doit s'accompagner d'une relation impliquant réellement et personnellement le médecin, centrée sur son patient (12). Il s'agit de renoncer à poser uniquement des questions, pour être à l'écoute active du patient (11).

L'abréaction et l'expression émotionnelle (dimension "psychodramatique") font aussi partie de ce type de psychothérapie (9).

La dimension "approche corporelle" dans l'enquête n'était envisagée que dans une optique fonctionnelle de médecine globale au carrefour du biomédical et du psychosocial avec un aspect rituel (au moins la prise de TA) et un aspect diagnostique (différentiel pour éliminer une autre étiologie mais aussi positif pour conforter le diagnostic de mal être par l'observation du langage du corps). Un médecin donnait à cette approche une dimension thérapeutique dans le cadre de l'acupuncture et un autre dans le cadre de l'hypnose.

Dans ce cadre psychothérapique, le médecin généraliste peut représenter "l'idéal du moi" issu du modèle de toute puissance parentale capable de protéger, réparer, calmer, rassurer, que toute personne a pu connaître dans l'enfance. L'enfant, confronté à sa faiblesse, a pu s'appuyer sur cette toute puissance mythique pour constituer son "narcissisme". De même le patient "infantilisé" par sa maladie peut restaurer son "narcissisme" en s'appuyant sur la relation qu'il a nouée avec son médecin, pour peu que celle-ci soit de qualité : empathie, congruence, confiance (10,12).

Ce travail psychothérapique semble aussi avoir une dimension "comportementaliste" (13) par la démarche explicative, déculpabilisante et l'importance des conseils donnés.

Par contre, la dimension "psychanalytique" d'interprétation semble plus discutable et problématique. Les aspects

transférentiels n'ont pas été abordés mais les notions de "neutralité" et de "bienveillance" dans les aspects relationnels sont évoquées (14).

L'existence d'une démarche d'implication de l'entourage et de "recadrage" peut donner une dimension "systémique" (médecine de famille) à cette prise en charge (15).

Un consensus se dégage pour dire que les psychothérapies sont au moins aussi efficaces dans les troubles anxio-dépressifs que les médicaments (8). En dernier ressort, c'est la qualité de la relation thérapeutique qui semble compter, la qualité du psychothérapeute plus que la technique psychothérapique, la présence ou non de troubles graves de la personnalité, le degré de collaboration et la motivation du patient (14).

Les limites de cette psychothérapie de "premier recours" semblent bien reconnues par les praticiens qui adressent facilement au psychiatre tout en gardant un rôle de prescripteur de médicament et de médecin somaticien.

## Conclusion

Cette étude de pratique permet de mettre en évidence les éléments constitutifs (et non limitatifs) d'une démarche psychothérapique de premier recours en médecine générale. Cette approche est en recherche de bases conceptuelles, de façon à pouvoir être enseignée. Elle se classe dans le cadre des psychothérapies de soutien, relationnelles et multidimensionnelles. D'autres études devraient en confirmer l'intérêt dans la prise en charge des patients dépressifs.

## Références bibliographiques

1. Gourmet E. Place et utilisations des psychothérapies dans la prise en charge du sujet dépressif par le médecin généraliste. Thèse médecine Lyon 1998.
2. Aguzzoli F, Le Fur Ph, Sermet C. Clientèle et motifs de recours en médecine libérale France 1992. CREDES 1994.
3. Tison S, Verdoux H, Gay B, Bourgeois M. Enquête en médecine générale sur les syndromes dépressifs. *Le Concours Médical* 1995;17:1293-5.
4. Le Pape A, Lecomte T. Prévalence et prise en charge de la dépression : France 1996-1997. *CREDES* 1999;1277:100 p.
5. Marquet S. Evolutions de la dépression en médecine générale. *Exercer* 1999;NSR:11-5.
6. Cremniter D. Aspects épidémiologiques de la dépression vue en médecine générale. *Rev Prat Med Gen* 1996;10,325:24-7.
7. Aiach P, Cebe D et al. Les médecins généralistes face aux troubles mentaux. *Rapport INSERM* 1983.
8. Marie-Cardine M, Chambon O. Psychothérapies de la dépression. In *Monographie sur les dépressions*. *Rev Prat* 1999;49:739-43.
9. Guyotat J. *Psychothérapies médicales*, 2 tomes. Paris : Masson, 1978.
10. Jeammet Ph, Reynaud M, Consoli SM. *Psychologie médicale*. Paris : Masson collection Abrégés, 1996.
11. Balint M. *Le médecin, son malade et la maladie*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 1973.
12. Rogers C. *Le développement de la personne*. Paris : Dunod, 1966.
13. Cottraux J. *Thérapies cognitivo-comportementales. Principes, applications et résultats*. *Le Concours Médical* 1998;120:88-94.
14. Chambon O, Marie-Cardine M. *Les bases de la psychothérapie*. Paris : Dunod, 1999.
15. Watzlavick P. *Une logique de la communication*. Paris : Le Seuil, 1972..