

Atelier au Congrès CNGE de novembre 2015 à Dijon
Psychothérapie de soutien en médecine générale : quelles techniques pour quels patients ?

Dr Pascal Bouché (DMG de Nancy)

Par Julia Forster (IMG Lille)

Il y a quelques siècles, la maladie psychique était perçue comme une « folie » résultant d'une punition des dieux, où le malade, le « fou », risquait de finir sa vie sur un bûcher.

Quelques exemples non exhaustifs de prise en charge psychothérapeutiques

La théorie de la psychanalyse a été définie comme une thérapie « dynamique ». Le silence du thérapeute y est préconisé pour ne pas donner ses propres mots au patient et pour permettre à ce dernier de faire, par lui-même, des associations d'idées. Toutefois, ce silence peut être vécu par le patient comme angoissant et non libérateur. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est souvent indiquée dans les troubles phobiques ou le trouble panique ; elle permet de « reprogrammer » les comportements en changeant les cognitions. On peut citer également l'hypnose et la méditation de pleine conscience qui connaissent un certain essor aujourd'hui, ou encore la méthode Balint.

Exercice et vécu

Le Dr Bouché, médecin généraliste, expliquait qu'il pratiquait lui-même, après s'être formé, des consultations dédiées de psychothérapies de soutien, à la fin de ses journées de consultations « courantes » de médecine générale. L'idée lui était venue d'abord par goût de cette idée de l' « écoute thérapeutique », et également car il s'était aperçu du besoin et de la demande de ses patients. Il précisait qu'il n' « empiétait » pas sur le terrain de ses confrères psychiatres, déléguant le travail et leur adressant le patient (ou alors possibilité de « supervision » par un confrère psychiatre) dès que cela lui paraissait nécessaire.

Le Dr Bouché s'était aperçu de la nécessité d'un réel dialogue avec le patient et faire preuve de sens didactique, notamment lorsque ses patients revenaient de l'hôpital puis venaient le voir, un peu en tant que « service après-vente de l'hôpital ». Il note le côté « magique » de poser un nom de diagnostic sur des symptômes, ce qui permet de « nommer le démon » et d'aboutir à une certaine « transe » à visée thérapeutique.

Nous avons ensuite fait plusieurs groupes au sein desquels nous avons mis en commun des idées dans le contexte fictif d'une 1^{ère} séance de psychothérapie de soutien pour un patient qui viendrait nous voir pour un syndrome dépressif.

- Idées de mon groupe :
 - expliquer que le syndrome dépressif peut être « endogène » ou réactionnel à un « évènement de vie »
 - s'adapter au patient, lui dire ce qu'il peut entendre
 - expliquer la maladie en parlant des modifications chimiques au niveau du cerveau (sérotonine ...)
 - reconnaître la souffrance du patient, le déculpabiliser, le rassurer
 - dire au patient que c'est une maladie fréquente et que l'on peut en guérir totalement
 - utiliser des images métaphoriques (une goutte d'eau a fait déborder le vase, on est dans le brouillard ou dans un tunnel, la dépression est comme un gros chien noir qui nous suit tout le temps et alourdit tous nos mouvements ...)
 - dire au patient qu'il détient une partie des clés de sa guérison
 - ne pas saturer la 1^{ère} consultation
 - poser la question de l'existence d'idées suicidaires, ce qui est un tournant dans la consultation mais qui protège en verbalisant une potentielle intention de passage à l'acte
 - penser aux symptômes psychosomatiques chez les patients réticents au diagnostic ou dans le déni

- Idées des autres groupes et discussion :
 - le patient n'est pas « fou », la dépression est une maladie dont les causes sont multifactorielles
 - évoquer « des hauts et des bas » dans le moral
 - évaluer le soutien de l'entourage +/- le solliciter
 - valoriser la demande d'aide / féliciter le patient d'être venu (« vous avez frappé à la bonne porte »)
 - reconvoquer le patient
 - on peut également informer le patient sur les centres médico-psychologiques (CMP)
 - intérêt des affiches informatives à visée préventive dans la salle d'attente ?
 - quelle est la place des échelles « diagnostiques » (ex : échelle d'Hamilton) ?
 - comment terminer la consultation (par exemple, difficulté si la personne est en train de pleurer ...) et introduire le moment de payer la consultation ?
 - formulations du type « on va s'arrêter là pour aujourd'hui » ou plus directes « je vais vous demander 23 euros ». Il peut être utile de demander la carte vitale au début de la consultation.

- Idées « types » amenées par le Dr Bouché lors d'une 1^{ère} séance de psychothérapie de soutien pour un patient dépressif :
 - la dépression peut être vécue par le patient comme « la peur d'être fou ou la honte d'être faible » donc expliquer au patient que ce n'est ni une folie ni une faiblesse
 - dire au patient que toute personnalité a ses côtés positifs et négatifs
 - évoquer la notion d'épuisement ; la fatigue peut être physique ou morale (notion d'insuffisance émotionnelle)
 - reconnaître la douleur morale
 - bannir les expressions « toxiques » (pouvant être utilisées par l'entourage) telles que « sois fort » ou « prends sur toi », qui reviennent à « dire à un cul-de-jatte de pousser fort sur ses pieds quand il arrive au fond de la piscine »
 - expliquer au patient que si l'on ne fait rien, il y a des risques d'apparition d'idées suicidaires
 - tout seul, on ne peut pas s'en sortir car on n'a plus de « positivité », donc on a besoin d'aide
 - mais mettre en avant les capacités du patient à se battre contre l' « adversité »
 - le traitement permettra de « diminuer la négativité et regonfler la positivité »
 - nécessité de parler
 - modalités d'un traitement médicamenteux ; attention aux potentielles interactions médicamenteuses
 - terminer la consultation en « concluant » sur 1 ou 2 idées développées avant de repartir
- Pour le suivi : demander si le patient a repensé à la séance précédente, interroger sur l'efficacité ...
- Si la plainte dépressive se manifeste au décours d'une consultation pour un tout autre motif (manque de temps), il est préférable de dire au patient que l'on prend en compte sa plainte et qu'on le revoit le lendemain si possible.

Trouble anxieux généralisé (TAG)

La peur est une adaptation à une certaine situation alors que l'angoisse est une désadaptation (peur disproportionnée).

Sémiologie du TAG :

- anxiété disproportionnée et incontrôlable depuis plus de 6 mois
- ≥ 3/6 critères de « nervosité » parmi :
 - ✓ insomnie
 - ✓ troubles de concentration
 - ✓ irritabilité
 - ✓ douleur musculaire, somatisation
 - ✓ agitation
 - ✓ troubles mnésiques

Métaphores :

- passager d'une voiture regardant la route avec des jumelles et voyant tous les « dangers » potentiels arriver bien avant le conducteur, ce qui le stresse démesurément
 - expliquer que le système de peur et d'adaptation à un danger, avec le système adrénurgique, est utile mais que chez le patient souffrant d'un TAG, le thermostat « alerte danger » est toujours en marche
- Notion d'intolérance à l'incertitude.

Même si la symptomatologie peut varier un peu ou présenter des intrications avec un syndrome dépressif, il peut être intéressant d'adopter une « posture basse » : « je ne sais pas exactement ce que vous avez mais ce n'est pas grave, on va s'en occuper quand même ».

Pour permettre de remettre les symptômes psychosomatiques dans le contexte du TAG, on peut adopter un « comportement phasique » avec le patient : « ça fait comment ? », « ça m'embête car je vous sens vraiment nerveux » ; tout en évitant de générer une recherche de bénéfices secondaires.

Conclusion

Cet atelier interactif avait pour objet la psychothérapie de soutien en médecine générale à travers la vision et la pratique du Dr Bouché, formé à cette pratique, qui ne se substitue pas au psychiatre mais travaille en étroite collaboration avec lui.

La prise en charge des maladies psychiques a beaucoup évolué et on retrouve à l'heure actuelle de multiples possibilités de psychothérapies ; mais la psychothérapie de soutien apparaît comme celle qui est toujours indiquée, notamment pour prendre en charge la souffrance des patients.

Nous avons surtout évoqué la psychothérapie de soutien dans le cadre d'un syndrome dépressif, maladie extrêmement fréquente en médecine générale, avec la nécessité de prendre le temps, au cours de consultations dédiées, de reconnaître la souffrance du patient, de le déculpabiliser et de le rassurer avec une écoute empathique. L'utilisation d'un langage imagé adapté au patient a aussi été mise en exergue. La recherche d'idées suicidaires, en posant directement la question au patient, apparaît également primordiale.

Nous avons aussi souligné les difficultés qui pouvaient être rencontrées et évoqué des exemples concrets à utiliser.

Avis personnel

J'ai trouvé cet atelier très intéressant.

J'ai toujours été attirée par la psychologie en général et le concept d'écoute thérapeutique. Je trouve passionnant de pouvoir, dans une humble mesure et en collaboration avec des confrères spécialistes de ces maladies, aider les patients dans un dialogue, un échange, tout en sollicitant le potentiel de ressources thérapeutiques contenu en eux. De plus, la connaissance globale du patient (antécédents, maladies somatiques, éventuels problèmes familiaux confiés ... qui sont autant de facteurs aggravants potentiels d'un trouble dépressif par exemple) et son suivi place le médecin généraliste en quelque sorte au centre du dispositif de soins et en tant que premier recours du patient, ce qui peut apparaître comme un avantage certain pour pratiquer une psychothérapie de soutien.

Les difficultés les plus importantes sont à mon sens l'amalgame possible entre le statut de « médecin » et d' « ami » et peut-être les limites à poser en ce sens quand on entre dans une psychothérapie de soutien.

Je me projeterai bien dans une pratique future assez similaire à celle du Dr Bouché avec, en plus des consultations « courantes » de médecine générale, une formation spécifique supplémentaire qui me permettrait de faire des psychothérapies de soutien aux patients qui le souhaiteraient.