



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITÉ LILLE 2 DROIT ET SANTÉ
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Psychothérapie de soutien, médecins généralistes et patients
dépressifs : enquête transversale auprès de 140 praticiens de soins
primaires du Nord**

Présentée et soutenue publiquement le 30 septembre 2014 à 16H
au Pôle Recherche de la Faculté

Par Mehdi BEKKOUCHE

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Guillaume VAÏVA

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Docteur Marc BAYEN

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Jean-Luc TÉNÉDOS

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations (non explicitées dans le corps du texte)

- AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (remplacée le 1^{er} mai 2012 par l'ANSM, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé).
- ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (remplacée le 1^{er} janvier 2005 par la HAS, Haute Autorité de Santé).
- APA : American Psychiatric Association.
- BZD : benzodiazépine.
- CMP : Centre Médico-Psychologique.
- DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.
- DSM-3 : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Third Edition. En français : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux-Troisième édition. Publié en 1980. Le DSM-3-R correspond à la troisième édition révisée publiée en 1987.
- DSM-4-TR : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition-Text Revision. En français : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux-Quatrième édition révisée. Publié en 2000.
- FDA : Food and Drug Administration. Équivalent états-unien de l'ANSM.
- ICSI : Institute for Clinical Systems Improvement.
- INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale.
- NICE : National Institute for Clinical Excellence. Aujourd'hui dénommé « National Institute for Health and Clinical Excellence », l'organisme conserve la même abréviation.
- NIMH : National Institute of Mental Health.
- NLP : neuroleptique.
- OR : odds-ratio, ou rapport de cotes.
- PHQ : Patient Health Questionnaire.
- PRIME-MD : Primary Care Evaluation of Mental Disorders.
- TCEM : troisième cycle des études médicales, ou "internat".
- USPSTF : U.S. Preventive Services Task Force Recommendation Statement.

Table des matières

Résumé	1
Introduction	2
I. Contexte de recherche.....	2
A. Épidémiologie descriptive de la dépression.....	2
1. Épidémiologie descriptive en population générale.....	2
a) Aux États-Unis.....	2
b) En France.....	2
2. Épidémiologie descriptive en médecine générale.....	3
B. Prise en charge de la dépression en médecine générale.....	3
1. Recommandations des agences officielles françaises.....	3
a) Recommandations de l'ANAES en 2002.....	3
b) Recommandations de l'expertise INSERM sur les psychothérapies en 2004.....	4
c) Recommandations de l'AFSSAPS en 2006.....	4
d) Méta-analyse de Kirsch, Deacon et al. en 2008, et communiqué de presse de l'AFSSAPS en février 2008.....	4
2. Réalités pratiques de 2007 à 2011.....	4
C. Prise en charge psychologique de la dépression : une possible alternative aux antidépresseurs.....	5
1. L'efficacité des antidépresseurs est discutable.....	5
2. Les preuves d'efficacité des psychothérapies.....	6
II. Inconnues.....	6
A. Prise en charge psychologique de la dépression en médecine générale.....	6
1. Un sujet peu évoqué dans la littérature médicale.....	6
2. L'importance de la psychothérapie de soutien pour les médecins généralistes..	7
III. Questions et objectifs de recherche.....	7
Matériels et méthodes	8
I. Sélection du matériel d'étude.....	8
A. Stratégie d'échantillonnage.....	8
B. Type d'étude.....	8
II. Intervention sur le matériel sélectionné.....	9
A. Élaboration et envoi d'un auto-questionnaire.....	9
B. Considérations éthiques.....	9
III. Critères d'évaluation des résultats.....	9
A. Critères de jugement.....	9
B. Méthodes d'analyse.....	10
Résultats	11
I. Taux de répondants.....	11
II. Description et représentativité des répondants selon les variables auxiliaires "âge" et "sexe".....	11
III. Analyse univariée.....	12
IV. Analyse bivariée.....	17
V. Modèle multivarié.....	19
Discussion	20
I. Synthèse de nos principaux résultats.....	20

II. Confrontation de nos résultats départementaux aux données nationales.....	20
III. De la fréquence de la psychothérapie de soutien des médecins généralistes à leur définition de cette pratique de soins.....	23
IV. Qu'est-ce que la psychothérapie de soutien ?.....	24
A. Rapports entre science, médecine, psychologie et subjectivité.....	24
B. Rapports entre psychanalyse et sciences.....	24
C. Du face-à-face à la relation de soutien.....	25
D. Qu'est-ce qu'une psychothérapie ?.....	26
E. La psychothérapie de soutien.....	27
1. Sa situation au sein du continuum psychothérapeutique.....	27
2. Les objections aux critiques portant sur ses bases conceptuelles.....	27
3. Ses fondements plurithéoriques.....	28
a) L'apport théorique principal est psychodynamique.....	28
b) L'apport des théories cognitivo-comportementales.....	29
c) L'apport des théories de l'apprentissage et de la communication.....	29
4. Ses techniques psychothérapeutiques.....	29
5. Ses objectifs de soins.....	29
6. L'alliance thérapeutique en psychothérapie de soutien.....	30
7. La gestion des mécanismes de défense en psychothérapie de soutien.....	31
8. La gestion du transfert en psychothérapie de soutien.....	31
a) Le maniement de la relation thérapeutique en pratique psychanalytique.....	31
b) Le transfert dans la psychothérapie de soutien.....	33
V. Les médecins généralistes pratiquent-ils véritablement une psychothérapie de soutien ?.....	33
A. Les définitions du soutien psychologique en médecine générale.....	33
B. Ce soutien psychologique est-il une psychothérapie de soutien ?.....	36
VI. Diagnostic de dépression en médecine générale.....	36
A. Quelques repères historiques.....	36
B. L'apport de l'approche évolutionniste de la tristesse et de la dépression.....	37
C. Limites des critères de la dépression des DSM 3, 4 et 5.....	39
D. Conséquences de l'utilisation du DSM en épidémiologie psychiatrique.....	40
E. Comment détecter la dépression en médecine générale ?.....	41
1. Le diagnostic positif de dépression en médecine générale.....	41
2. L'évaluation de la sévérité de la dépression en médecine générale.....	42
3. Quelques implications thérapeutiques du diagnostic de dépression en médecine générale.....	43
VII. La psychothérapie de soutien pourrait être pratiquée par différentes professions.....	45
A. Conceptualisation de la psychothérapie de soutien.....	45
B. Formation psychothérapeutique des médecins généralistes.....	46
C. La pratique effective de la psychothérapie de soutien par les médecins généralistes pourrait déboucher sur son évaluation future.....	47
1. Quelques repères historiques de l'évaluation des psychothérapies.....	47
2. Les essais contrôlés randomisés et leurs limites.....	48
3. L'analyse systématique de cas isolés et l'appariement de cas isolés.....	49
Conclusion.....	51
Références bibliographiques.....	53
Annexes.....	61
Annexe 1 : Auto-questionnaire envoyé aux participants de l'étude.....	61
Annexe 2 : Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-4-TR.....	65

RÉSUMÉ

Contexte. La dépression est un lourd problème en médecine générale. La littérature médicale détaille beaucoup plus les traitements médicamenteux que les approches psychothérapeutiques en soins primaires, ce qui ne facilite pas la recherche d'alternatives aux antidépresseurs. L'objectif principal de l'étude était de déterminer la fréquence de pratique de la psychothérapie de soutien pour les patients dépressifs par les médecins généralistes du Nord. L'objectif secondaire était de rechercher des corrélations entre cette pratique et d'autres caractéristiques de l'exercice.

Matériels et méthodes. Cette étude transversale reposait sur l'envoi d'un auto-questionnaire à un échantillon aléatoire de 350 praticiens de soins primaires. Un modèle multivarié centré sur la variable « pratique de la psychothérapie de soutien » a été construit, à partir d'analyses univariées et bivariées, au risque α de 5 %.

Résultats. 140 questionnaires (40 %) ont pu être exploités. 60 % des répondants (IC 95 : [51,53 - 68,47]) ont déclaré pratiquer une psychothérapie de soutien pour leurs patients dépressifs. 11 % déclaraient être formés à cette pratique. 22 % prescrivaient un antidépresseur dès la 1^{ère} consultation avec un patient dépressif. 67 % souhaitaient le remboursement des consultations chez les psychologues libéraux. La prescription immédiate d'un antidépresseur (OR = 0,28 [0,1 - 0,79] ; $p = 0,018$) et le souhait de remboursement des soins des psychologues libéraux (OR = 0,33 [0,11 - 0,9] ; $p = 0,036$) étaient significativement associés à l'absence de recours à la pratique d'une psychothérapie de soutien. 46 % s'estimaient insuffisamment formés pour aider les patients dépressifs. Cette auto-estimation défavorable était significativement associée au souhait d'une amélioration de la formation à la psychothérapie de soutien ($p = 0,005$).

Conclusion. L'absence de conceptualisation d'une psychothérapie de soutien applicable par des médecins généralistes formés, explique que cette étude ait mis en évidence 60 % de praticiens déclarant recourir à cette modalité de soins mais délivrant, en réalité, un soutien psychologique inorganisé et non une psychothérapie de soutien codifiée pour les patients dépressifs.

INTRODUCTION

I. Contexte de recherche

A. Épidémiologie descriptive de la dépression

L'épidémiologie psychiatrique, aux États-Unis puis en Europe, a montré que la dépression est un lourd problème de santé publique.

1. Épidémiologie descriptive en population générale

a) Aux États-Unis

C'est au début des années 1980 que se déroula la première enquête nationale de prévalence des maladies mentales : l'Epidemiologic Catchment Area (ECA). Ses données étaient basées sur le recueil de réponses au questionnaire DIS (Diagnostic Interview Schedule) créé à partir des critères du DSM-3. La prévalence annuelle du Trouble Dépressif Majeur rapportée à la population représentait 1,7 à 3,4 % (1). La fraction de population ayant été traitée pour dépression dans l'année précédente était de 2,7 %.

En 1991, le NIMH a procédé à la seconde étude nationale de prévalence des troubles psychiatriques : la National Comorbidity Survey (NCS). Ses résultats étaient basés sur les réponses au questionnaire WMH-CIDI conçu à partir des critères du DSM-3-R. La prévalence annuelle du Trouble Dépressif Majeur rapportée à la population représentait cette fois 8,6 % (2). La fraction de population traitée pour dépression dans les 12 derniers mois était de 3,1 %.

La National Comorbidity Survey Replication (NCS-R), conduite en 2001-2002 de façon similaire à la NCS, mettait en évidence une prévalence annuelle du Trouble Dépressif Majeur à 6,6 %. La fraction de population traitée pour dépression sur les 12 mois précédant l'enquête s'élevait à 3,7 % (3).

Du début des années 1980 au début des années 2000, la proportion de personnes traitées pour dépression aux États-Unis a donc augmenté significativement de 37 % en 20 ans (3).

b) En France

En 2005, l'enquête Baromètre Santé estimait la prévalence annuelle de l'épisode dépressif caractérisé (EDC) parmi les 15-75 ans à 7,8 %, sur la base des réponses au questionnaire CIDI-SF. Parmi les participants ayant présenté un EDC, le

recours au système de santé s'élevait à 38,3 % ; le taux de consultation d'un médecin généraliste était de 21,1 % ; le taux de traitement par antidépresseur était de 27,8 % (4).

En 2010, une nouvelle enquête Baromètre Santé relevait une prévalence annuelle de l'EDC parmi les 15-85 ans à 7,5 %, sur la base des réponses au même questionnaire qu'en 2005. Le taux de recours au système de santé des personnes atteintes était de 68 %. Le taux de consultation d'un médecin généraliste des personnes atteintes était de 47 % (5).

2. Épidémiologie descriptive en médecine générale

Selon l'Observatoire de Médecine Générale, la prévalence annuelle des patients consultant pour dépression oscillait dans les années 2000 autour de 2 % (6).

Selon la DREES, le taux national de médecins généralistes de ville confrontés chaque semaine à des patients présentant un état dépressif était de 66,5 % en 2011(7).

B. Prise en charge de la dépression en médecine générale

1. Recommandations des agences officielles françaises

a) Recommandations de l'ANAES en 2002

La sévérité d'un EDC peut être caractérisée d'après le DSM-4-TR (8) ou selon l'échelle Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) (9). L'EDC est dit léger lorsqu'il répond à 5 critères qualitatifs du DSM-4-TR ou s'il est coté entre 8 et 13 à l'HDRS. L'EDC est dit modéré lorsqu'il répond à 6 ou 7 critères qualitatifs du DSM-4-TR ou s'il est coté entre 14 et 18 à l'HDRS. L'EDC est dit sévère lorsqu'il répond à 8 ou 9 critères du DSM-4-TR ou s'il est coté entre 19 et 22 à l'HDRS.

En 2002 selon l'ANAES (10), pour les EDC légers, aucun traitement n'avait prouvé sa supériorité à long terme. En traitement initial, les antidépresseurs seuls pouvaient être utilisés, selon des données de haut niveau de preuve, tout comme la psychothérapie cognitivo-comportementale seule. D'autres psychothérapies (psychothérapie interpersonnelle, thérapie par résolution de problèmes, psychothérapie de soutien) étaient considérées efficaces avec un moindre niveau de preuve.

Pour les EDC modérés, les antidépresseurs étaient recommandés en première intention, selon des données de haut niveau de preuve, et considérés comme

indispensables dès que l'on quitte la stricte définition des formes « légères ». La prise en charge psychothérapique répondait aux mêmes recommandations que dans les épisodes d'intensité légère.

Pour les EDC sévères, la prescription d'antidépresseurs a fait la preuve de son efficacité. L'association antidépresseurs-psychothérapie était considérée comme possiblement efficace.

b) Recommandations de l'expertise INSERM sur les psychothérapies en 2004

L'INSERM avait relativisé les recommandations de l'ANAES concernant les EDC légers ou modérés, en montrant que les thérapies cognitives, comparées aux antidépresseurs, avaient fait la preuve de leur supériorité en termes d'efficacité (11).

c) Recommandations de l'AFSSAPS en 2006

Elles confirmaient la prescription d'antidépresseurs en première intention pour les EDC d'intensité moyenne à sévère (8).

d) Méta-analyse de Kirsch, Deacon et al. en 2008, et communiqué de presse de l'AFSSAPS en février 2008

La méta-analyse de Kirsch et al. en 2008 (12) reprenait les données d'études non publiées par la FDA américaine. Selon Kirsch, la différence d'efficacité entre médicament et placebo pour les antidépresseurs augmente en fonction de la sévérité initiale mais est relativement faible même pour les dépressions initialement sévères. Le critère clinique d'efficacité des antidépresseurs défini par le NICE n'était atteint que pour les EDC d'intensité « très sévère ».

A la suite de cette méta-analyse, l'AFSSAPS avait réagi dans un communiqué de presse publié en février 2008 (13). Elle n'y annonçait aucune modification de ses recommandations de 2006, arguant de façon inexacte qu'elle avait déjà réservé en 2006 les antidépresseurs aux formes sévères d'EDC.

2. Réalités pratiques de 2007 à 2011

Selon l'enquête de la DREES conduite par Dumesnil en 2011 (7), à l'échelon national, 88,8 % des médecins généralistes débutaient une prise en charge thérapeutique seuls sans prendre d'avis.

66 % des médecins généralistes prescrivait des antidépresseurs, cette part restant élevée même en cas de dépression légère (61 %). Parmi les médecins généralistes prescrivant un traitement médicamenteux, la co-prescription d'un antidépresseur et d'un traitement anxiolytique ou hypnotique concernait 58 % d'entre eux, et la prescription d'un antidépresseur seul concernait 21 % de ces praticiens.

Selon la DREES, les médecins généralistes soulignaient plusieurs freins à l'accès aux psychothérapies. Les plus fréquemment cités étaient l'absence de remboursement des consultations avec un psychologue ou un psychothérapeute non médecin (91 %), et les délais d'obtention des rendez-vous avec un psychiatre (79 %). La grande majorité des médecins (58 %) laissaient au patient le libre choix du type de psychothérapie, ce qui laissait supposer qu'ils manquaient de connaissances au sujet des différents types de psychothérapies et de leurs spécificités.

Selon Mercier et al. en 2007 (14), les difficultés de prise en charge des patients dépressifs pouvaient être en partie expliquées par la mauvaise gestion de l'offre et de la répartition des soins, et non par un manque de disponibilité des médecins généralistes, ni par une insuffisance de leurs compétences personnelles. Les médecins généralistes interrogés semblaient toutefois prêts à se former, surtout dans le domaine de la relation d'aide.

Dans les études de Dumesnil et Mercier, les difficultés d'accès aux spécialistes et de coopération avec eux étaient à chaque fois invoquées par respectivement 66 % et 47 % des médecins généralistes interrogés.

En 2011, 84 % des médecins généralistes s'estimaient suffisamment formés pour prendre en charge leurs patients dépressifs. Mais ils étaient également demandeurs de formations complémentaires sur les différents types de psychothérapie et leurs indications (82 %), et sur la pratique de la psychothérapie de soutien (78 %).

C. Prise en charge psychologique de la dépression : une possible alternative aux antidépresseurs

1. L'efficacité des antidépresseurs est discutable

Dans leur récente revue de la littérature, Boussageon et Gilbert (15) ont affirmé que les antidépresseurs ont une efficacité faible dans le traitement du syndrome dépressif de l'adulte en médecine générale. En se basant essentiellement sur deux

méta-analyses, celles d'Arroll et al. (16) et celle de Fournier et al. (17), cette efficacité n'était cliniquement significative que pour les dépressions les plus sévères, c'est-à-dire celles dont le score initial à l'échelle HDRS est supérieur à 25. Ils en ont conclu qu'avant de prescrire un antidépresseur, les médecins généralistes devraient systématiquement mesurer la sévérité initiale de l'EDC par l'échelle HDRS et s'assurer que son score soit supérieur à 25. Ils ont également souligné la nécessité de la publication systématique de toutes les études réalisées qui doivent être dépourvues de conflits d'intérêts.

Kirsch (18) a avancé l'hypothèse que les antidépresseurs sont des placebos actifs. Cela signifie qu'ils sont des médicaments actifs, avec des effets secondaires induits chimiquement, mais leurs effets thérapeutiques seraient dus à l'effet placebo et non à leur composition chimique. Leur petit avantage dans les essais cliniques en double aveugle proviendrait de leur production d'effets secondaires, amenant les patients à comprendre qu'on leur donne le médicament actif, ce qui augmente leur attente en termes d'amélioration.

2. Les preuves d'efficacité des psychothérapies

Selon l'expertise INSERM de 2004, en termes de résultats généraux, les méta-analyses et études contrôlées randomisées (ECR) sur les patients atteints de dépression ont démontré que diverses formes de psychothérapie sont en général plus efficaces que l'absence de traitement. Ainsi la thérapie psychodynamique et la thérapie cognitivo-comportementale sont globalement associées à l'amélioration de la dépression (11).

II. Inconnues

A. Prise en charge psychologique de la dépression en médecine générale

1. Un sujet peu évoqué dans la littérature médicale

Selon Druais (19), la littérature médicale détaille beaucoup plus les prises en charge médicamenteuses et fournit très peu de données concernant l'accompagnement psychologique des patients déprimés en médecine générale.

2. L'importance de la psychothérapie de soutien pour les médecins généralistes

Selon l'étude de la DREES, la « psychothérapie de soutien » est le nom communément donné par les médecins généralistes pour désigner leur pratique du soutien psychologique. Cette psychothérapie de soutien occupe une place à part entière dans leur modèle professionnel de prise en charge de la dépression.

En 2011, le taux national de médecins généralistes de ville déclarant pratiquer une psychothérapie de soutien était de 67 % (7). Les taux régionaux variaient entre eux. Ainsi, en Pays de Loire, la fréquence de pratique de la psychothérapie de soutien par les médecins généralistes s'élevait à 76 % ; en Bourgogne elle était de 68 % ; en Provence-Alpes-Côte d'Azur elle passait à 59 % (20).

Ce soutien psychologique était un peu plus fréquemment réalisé par les praticiens présentant un faible volume global de prescriptions (7, 20). Il était également plus souvent proposé en zone rurale, probablement en raison d'un accès plus difficile aux spécialistes susceptibles d'assurer une psychothérapie.

III. Questions et objectifs de recherche

Le constat de l'important problème de santé publique constitué par la dépression, pour lequel la prise en charge psychologique en médecine générale est peu détaillée, a suscité une problématique de recherche s'intéressant à la psychothérapie de soutien en médecine générale pour les patients dépressifs.

La question principale de recherche était la suivante : la psychothérapie de soutien pour les patients en dépression est-elle pratiquée par la majorité des médecins généralistes du département du Nord ? L'objectif principal lié à cette interrogation était donc de mesurer la fréquence de cette pratique de soins sur un échantillon représentatif de la population des médecins généralistes du Nord.

L'objectif secondaire de l'étude était de chercher d'éventuelles liaisons entre cette pratique de soins et d'autres caractéristiques de l'exercice professionnel des praticiens de soins primaires.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

I. Sélection du matériel d'étude

A. Stratégie d'échantillonnage

La population-source était constituée des médecins généralistes libéraux installés dans le département du Nord fin 2013. L'échantillon d'étude extrait de cette population a été constitué de manière aléatoire par sondage élémentaire. La liste des médecins généralistes du Nord disponible le 26 novembre 2013 sur le site web des Pages Jaunes a constitué la base de sondage. Le tirage au sort a été effectué à l'aide d'une table de nombres au hasard générée par le logiciel Excel.

Les critères d'inclusion ont permis de sélectionner les médecins installés en secteur libéral et exerçant la médecine générale dans le département du Nord. Les médecins généralistes ayant une pratique exclusive d'orientation particulière (homéopathie, acupuncture, mésothérapie, allergologie, échographie ou algologie) n'ont pas été inclus.

A l'échelon national, la fréquence de la pratique d'une psychothérapie de soutien, par les médecins généralistes pour leurs patients en dépression, est estimée à 67 %. En fonction de cette fréquence de pratique attendue, le nombre de sujets nécessaires à l'étude a été calculé avec une précision exigée de 10 % et un risque de première espèce α consenti à 5 %, selon la table de la loi normale centrée réduite. Un minimum de 85 médecins généralistes était nécessaire. Le taux de retour des questionnaires attendu avant leur envoi était de 25 %. Le nombre de participants à solliciter était donc de 340.

B. Type d'étude

L'étude était quantitative, observationnelle et transversale. Elle s'apparentait méthodologiquement à une enquête de pratiques.

II. Intervention sur le matériel sélectionné

A. Élaboration et envoi d'un auto-questionnaire

Un auto-questionnaire a été envoyé par voie postale le 4 décembre 2013 à un échantillon aléatoire de 350 médecins généralistes satisfaisant aux critères d'inclusion et de non-inclusion. L'envoi comprenait une enveloppe pré-timbrée de retour libellée à l'adresse de l'auteur du présent travail. Le questionnaire comportait 21 questions, de type fermé à choix multiple ou dichotomique, ou de type échelle. Il a été conçu pour répondre aux objectifs précédemment exposés. Il aborde plusieurs thématiques en rapport avec la question de recherche : la psychothérapie de soutien en médecine générale, l'épidémiologie de la dépression en médecine générale, la prescription d'antidépresseurs en médecine générale, la démarche du diagnostic de dépression en médecine générale, l'amélioration de l'impact de la dépression sur la santé publique. Avant son envoi, il a été testé auprès de 3 médecins généralistes ne figurant pas parmi les participants de l'étude.

Ce questionnaire est disponible en annexe 1.

B. Considérations éthiques

La garantie de l'anonymisation des données personnelles fournies a été apportée aux répondants.

III. Critères d'évaluation des résultats

A. Critères de jugement

Pour répondre à l'objectif principal de l'étude, le critère de jugement principal était le calcul de la fréquence de pratique de la psychothérapie de soutien pour les patients en dépression parmi les médecins généralistes répondants de l'échantillon. Cette variable binaire a constitué la variable d'intérêt de l'ensemble de l'étude.

Concernant l'objectif secondaire, le critère de jugement secondaire a consisté à relever les éventuelles corrélations entre cette variable d'intérêt et d'autres variables explicatives. Celles-ci ont été classées en :

- variables binaires, comprenant le sexe du répondant, son type et son secteur d'exercice, la prescription immédiate ou non d'un antidépresseur, et 7 propositions de dispositifs pour améliorer l'impact de la dépression sur la santé publique ;

- variables quantitatives, comportant l'âge du répondant et le nombre moyen d'actes médicaux journaliers ;
- variables qualitatives ordonnées, avec la fréquence du suivi en début de prise en charge et l'auto-estimation par le répondant de sa formation.

B. Méthodes d'analyse

L'échantillon des répondants a été comparé à la population-source selon les variables auxiliaires « âge » et « sexe », afin de déterminer sa représentativité. Selon le Conseil départemental de l'Ordre des médecins du Nord, en 2013 la moyenne d'âge des médecins généralistes libéraux était de 52 ans (21). En mars 2014, le département comptait 2503 médecins généralistes libéraux installés dont 1881 hommes, soit une proportion de 75,1 % de praticiens masculins (22). Les comparaisons statistiques ont été réalisées respectivement avec les tests de Student et du chi-2.

Chaque item du questionnaire a donné lieu à une analyse univariée avec détermination des paramètres de position lorsque la variable était qualitative, des paramètres de dispersion lorsque la variable était quantitative. La réponse au critère de jugement principal a été apportée par l'analyse univariée des résultats que devait fournir la question 7.

Pour répondre au critère de jugement secondaire, une analyse bivariée des relations entre la variable d'intérêt et les variables explicatives a été réalisée. Selon que la variable explicative était binaire, quantitative ou qualitative ordonnée, la corrélation était calculée respectivement grâce aux tests statistiques du chi-2, non paramétrique de Wilcoxon, de Fisher exact.

Les variables explicatives significativement liées à la variable d'intérêt, avec un coefficient de corrélation inférieur au seuil de 0,2, ont été retenues afin de construire un modèle multivarié centré sur la variable d'intérêt.

RÉSULTATS

I. Taux de répondants

146 questionnaires ont été retournés, et 140 ont pu être exploités. Le taux de répondants s'élevait à 40 %.

II. Description et représentativité des répondants selon les variables auxiliaires « âge » et « sexe »

Les répondants comptaient 96 hommes, soit 69 % de médecins généralistes masculins. Le tableau 1 présente les paramètres de dispersion de l'âge des participants.

Paramètres de dispersion	Valeur
Effectif	140
Moyenne	51.157
Écart-type	10.461
IC 95 %	[49.409 ; 52.905]
Minimum	29
Quartile 1	44
Médiane	53
Quartile 3	59
Maximum	71

Tableau 1 : Âge des participants

Les comparaisons statistiques entre l'échantillon des répondants et la population-source ont permis de calculer, au risque α de 5 %, des coefficients p respectivement à 0,34 et 0,079. Ces valeurs ont permis de valider l'hypothèse d'absence de différence entre l'échantillon aléatoire et la population-source selon ces variables.

III. Analyse univariée

Tous les résultats suivants sont exprimés au risque α de 5 %.

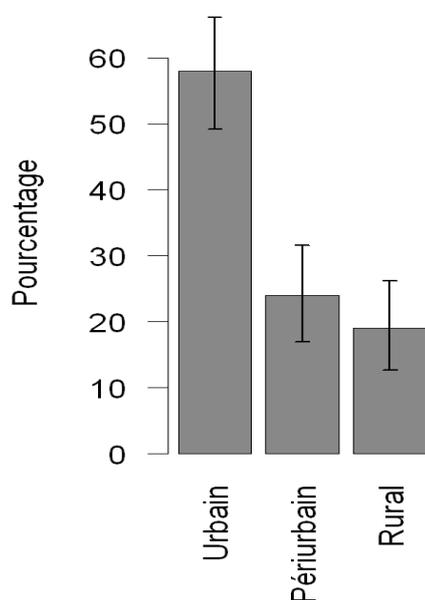


Figure 1 : Répartition des participants selon le secteur d'exercice

59 % des répondants étaient associés à au moins un autre médecin. Leur secteur d'exercice est indiqué en figure 1.

La quantité moyenne d'actes médicaux pratiquée quotidiennement s'élevait à une moyenne de 28,164 avec une médiane à 27,5.

94 % des répondants affirmaient être confrontés à au moins un patient dépressif par semaine. 88 % ont déclaré prendre en charge personnellement leurs

patients dépressifs. Les spécialistes sollicités en second recours sont représentés en figure 2.

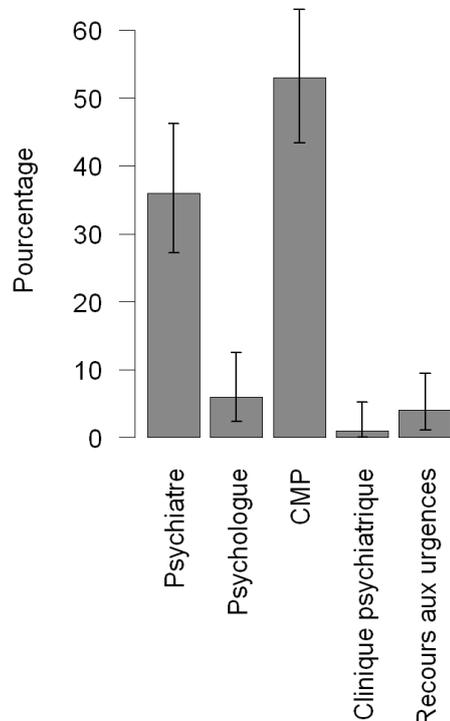


Figure 2 : Répartition des spécialistes sollicités en second recours par les répondants

Concernant l'objectif thérapeutique principal, 25 % des répondants recherchaient une amélioration du fonctionnement socioprofessionnel de leurs patients. Les autres médecins généralistes recherchaient, de façon égale, soit la réduction des symptômes de dépression, soit la confrontation des patients dépressifs à leurs propres difficultés psychologiques.

60 % des répondants [51,53 – 68,47] ont déclaré pratiquer une psychothérapie de soutien pour leurs patients dépressifs.

11 % des répondants ont été formés à cette pratique de soins. Les différents types de formation à la psychothérapie de soutien sont indiqués en figure 3.

La fréquence de suivi des patients dépressifs en début de prise en charge est représentée en figure 4.

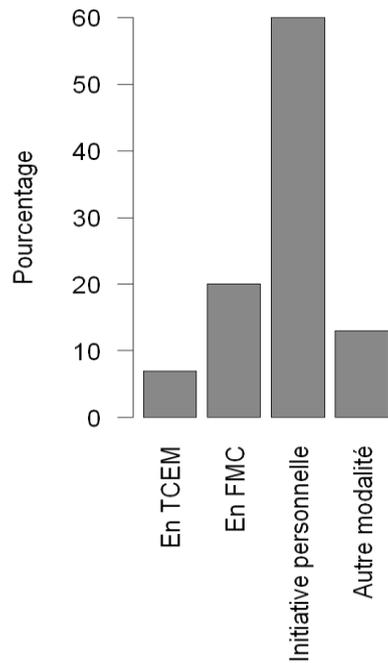


Figure 3 : Type de formation des médecins généralistes à la psychothérapie de soutien

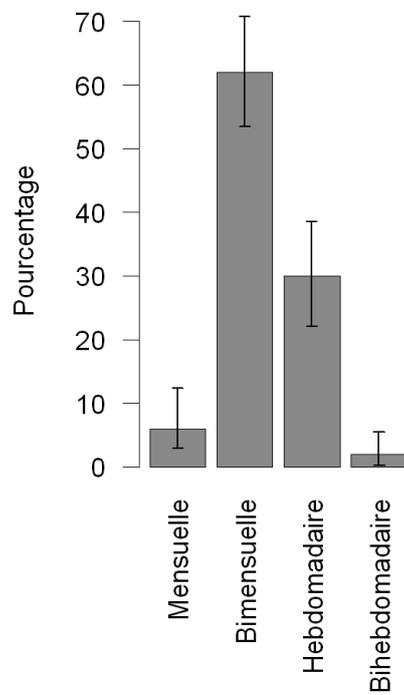


Figure 4 : Fréquence du suivi en début de prise en charge des patients dépressifs

22 % des répondants ont déclaré prescrire un antidépresseur dès la première consultation avec un patient dépressif. Les médicaments éventuellement associés à cette prescription sont exposés en figure 5.

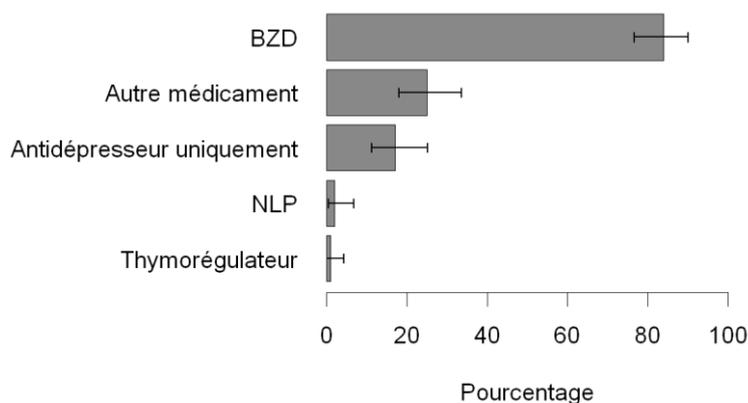


Figure 5 : Médicaments associés à la prescription d'antidépresseurs

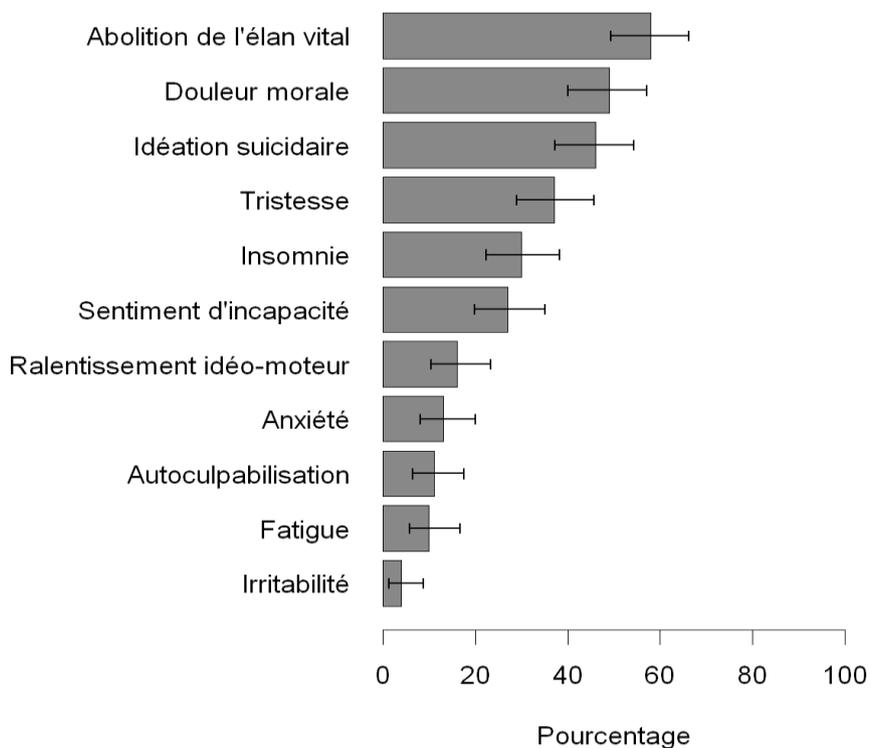


Figure 6 : Répartition des symptômes de dépression selon leur importance diagnostique pour les médecins généralistes

La figure 6 représente la répartition des symptômes de dépression selon leur importance diagnostique. Parmi les répondants, 89 % affirmaient ne pas recourir aux critères diagnostiques du DSM-4.

70 % des répondants déclaraient rechercher une cause organique plutôt fréquemment, et 93 % déclaraient rechercher une cause psychologique plutôt fréquemment.

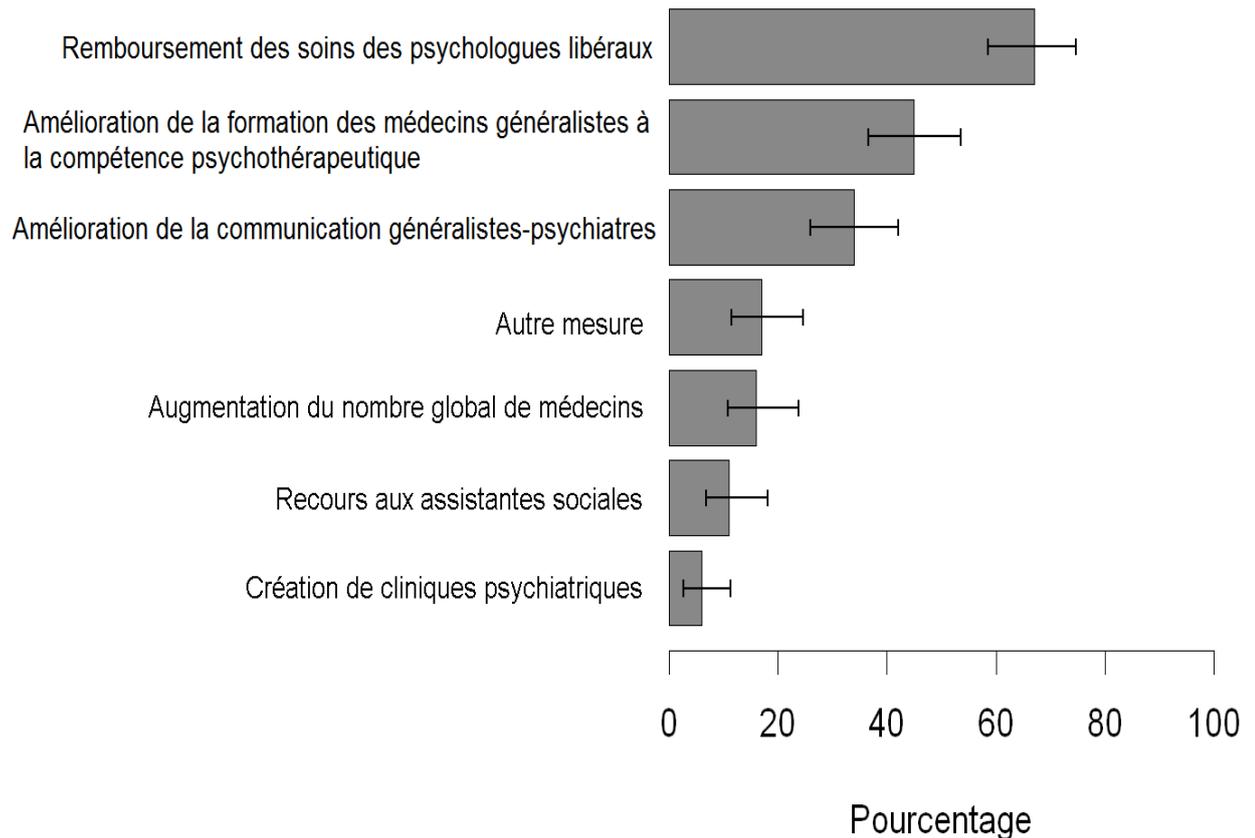


Figure 7 : Les 7 dispositifs proposés pour réduire l'impact de la dépression sur la santé publique

La figure 7 montre la répartition des différentes mesures de santé publique, destinées à améliorer la prise en charge de la dépression, choisies par les répondants. 24 d'entre eux ont cité d'autres dispositifs, dont la moitié concernait des souhaits d'améliorations globales d'ordre sociétal ou socioprofessionnel.

La figure 8 conclut l'analyse univariée avec l'auto-estimation de leur formation par les répondants.

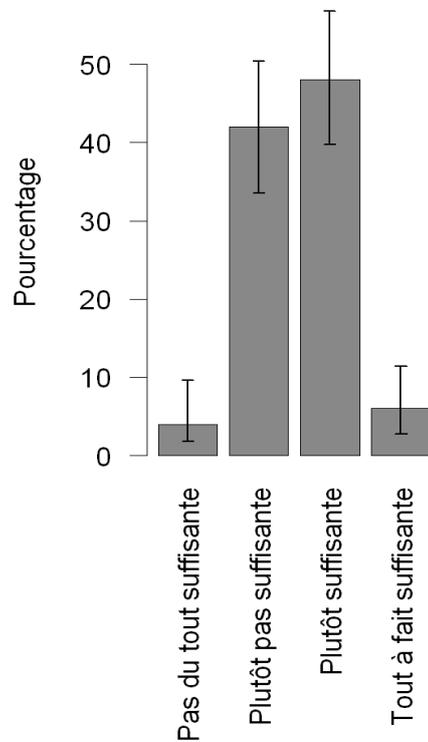


Figure 8 : Auto-estimation de la formation à la prise en charge des patients dépressifs

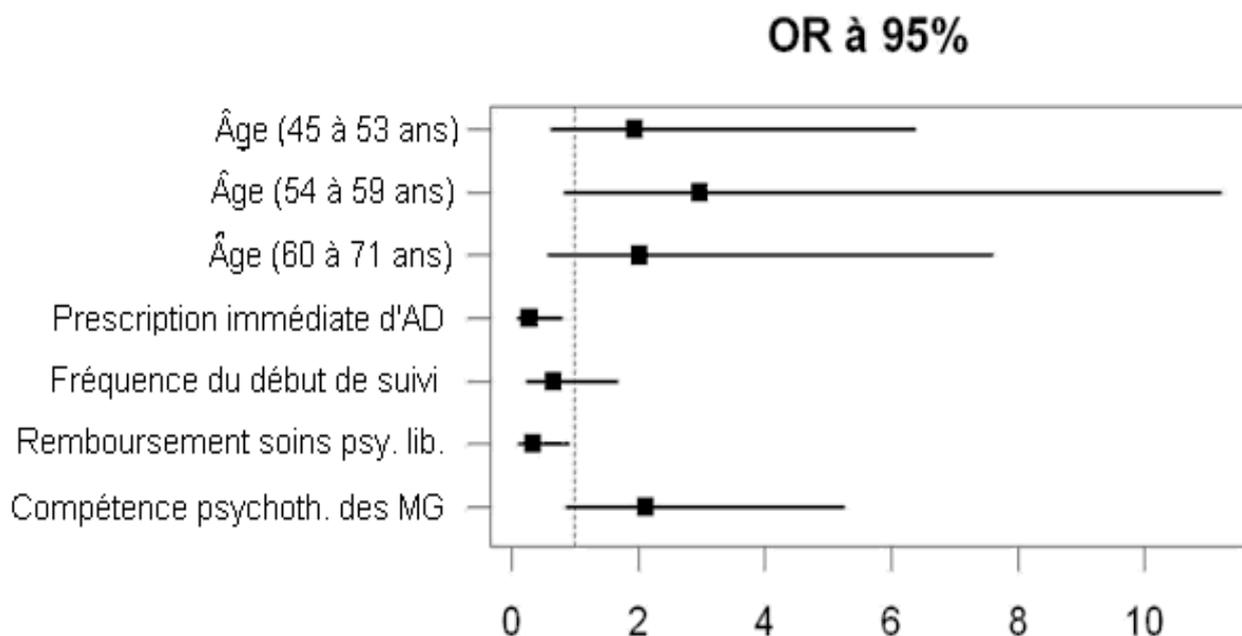
IV. Analyse bivariée

Les tests statistiques des analyses bivariées ont permis d'isoler 5 variables explicatives (figurant en gras dans le tableau 2) pour la construction du modèle multivarié. Les coefficients p correspondants sont exprimés au risque α de 5 %.

Variable explicative	Test statistique	Coefficient p
« Sexe »	Chi-2	0,355
« Âge »	Wilcoxon (non paramétrique)	0,029
« Nombre moyen d'actes journaliers »	Wilcoxon (non paramétrique)	0,8
« Secteur d'exercice »	Chi-2	0,84
« Association à un autre médecin »	Chi-2	0,765
« Prescription immédiate d'antidépresseur »	Chi-2	0,0148
« Fréquence du suivi »	Fisher exact	0,513
« Fréquence du suivi » (binarisée)	Chi-2	0,172
« Augmentation du nombre de médecins »	Chi-2	0,383
« Création de cliniques psychiatriques »	Chi-2	0,712
« Recours aux assistantes sociales »	Chi-2	0,462
« Remboursement des consultations des psychologues libéraux »	Chi-2	0,00339
« Amélioration de la communication généralistes-psychiatres »	Chi-2	0,54
« Amélioration de la formation des généralistes à la compétence psychothérapeutique »	Chi-2	0,0199
« Autre dispositif »	Chi-2	0,516
« Auto-estimation de la formation »	Fisher exact	0,249
« Auto-estimation de la formation » (binarisée)	Chi-2	0,363

Tableau 2 : Résultats de l'analyse bivariée

V. Modèle multivarié



Légende : AD=antidépresseurs ; psy. lib.=psychologues libéraux ;
psychoth.=psychothérapeutique ; MG=médecins généralistes.

Figure 9 : Modèle multivarié centré sur la variable « pratique de la psychothérapie de soutien »

Les 5 variables explicatives précédentes ont fait l'objet d'une régression logistique centrée sur la variable d'intérêt.

Cette analyse multivariée a mis en évidence 2 variables significativement associées à la variable d'intérêt. La prescription d'un antidépresseur dès la première consultation (OR = 0,28 [0,1-0,79] ; p = 0,018) et le souhait de remboursement des consultations chez les psychologues libéraux (OR = 0,33 [0,11-0,9] ; p = 0,036) sont significativement associés à l'absence de recours à la pratique d'une psychothérapie de soutien par les médecins généralistes pour leurs patients dépressifs.

Aucune autre association significative avec la variable d'intérêt n'a été objectivée. Deux variables étaient dotées d'une borne inférieure de leur intervalle de confiance très proche de 1 : le souhait d'amélioration de la formation des médecins généralistes à la compétence psychothérapeutique (OR = 2,11 [0,87-5,25] ; p = 0,1) et l'appartenance à la tranche d'âge 54-59 ans (OR = 2,96 [0,84-11,2] ; p = 0,098). Pour ces deux variables, la tendance à être associée au recours à la pratique d'une psychothérapie de soutien peut être simplement évoquée.

DISCUSSION

I. Synthèse de nos principaux résultats

60 % des médecins généralistes de notre étude déclarent pratiquer ce qui est usuellement appelé une psychothérapie de soutien pour soigner les patients dépressifs. Ce résultat est généralisable à l'ensemble des médecins généralistes libéraux du département du Nord, en l'absence de biais de sélection majeur.

Seuls 11 % des médecins généralistes déclarent être formés à cette pratique de soins.

22 % des répondants prescrivent un antidépresseur dès la première consultation avec un patient dépressif. 67 % souhaitent le remboursement des consultations chez les psychologues libéraux. Nous avons montré que la prescription immédiate d'un antidépresseur à un patient dépressif, et le souhait du remboursement des soins des psychologues libéraux, sont significativement associés à l'absence de recours à une psychothérapie de soutien par les médecins généralistes.

45 % souhaitent une amélioration de la formation des médecins généralistes à la compétence psychothérapeutique. Cette demande de formation a tendance à être associée au recours à la pratique d'une psychothérapie de soutien par ces praticiens. Cette possible corrélation n'a pu être confirmée par notre étude probablement par manque de puissance.

Il a semblé exister une association significative entre le recours à la pratique d'une psychothérapie de soutien et l'augmentation de la fréquence du suivi des patients dépressifs à un rythme hebdomadaire en début de prise en charge. Cette corrélation n'a pas été retrouvée par notre modèle multivarié.

II. Confrontation de nos résultats départementaux aux données nationales

Nous comparons nos principaux résultats à ceux de l'enquête nationale réalisée par Dumesnil et al. pour la DREES en 2011 (7).

Variables	Dumesnil	Notre étude
Pratique de la psychothérapie de soutien	67 %	60 %
≥ 1 patient dépressif / semaine	66,5 %	94 %
Prise en charge par le généraliste seul	88,8 %	88 %
Prescription d'un antidépresseur seul	21 %	17 %
Coprescription antidépresseur-benzodiazépine	58 %	84 %
Recours au psychiatre libéral	53 %	36 %
Recours au psychologue	16 %	6 %
Recours au CMP	6 %	53 %
Non-remboursement des soins des psychologues libéraux = frein à l'accès aux psychothérapies	91 %	-
Souhait de remboursement des soins des psychologues libéraux	-	67 %
Souhait d'amélioration de la formation des généralistes à la compétence psychothérapique	78 %	45 %
Formation auto-estimée suffisante par les généralistes	84 %	54 %

Tableau 3 : Comparaison des résultats quantitatifs de notre étude à celle de Dumesnil et al.

Globalement, nos résultats sont comparables à l'enquête nationale, notamment concernant la variable d'intérêt de notre étude. Cependant, il existe quelques résultats discordants (figurant en gras dans le tableau 3).

La dépression comme motif de consultation paraît bien plus fréquente dans le Nord. Cette prédominance de soins délivrés aux patients dépressifs pourrait être expliquée par une plus grande précarité socio-économique dans notre département par rapport à la moyenne nationale.

Le recours au CMP s'avère également beaucoup plus important dans le Nord. Les médecins généralistes du Nord sembleraient avoir intégré la notion de remboursement des soins dispensés en CMP, notamment dans un contexte de plus grande précarité socio-économique qui ne facilite pas le suivi de patients dépressifs plus vulnérables. Toutefois, nous savons que les médecins généralistes estiment les

délais d'attente souvent trop importants pour accéder à ces structures de soins psychiques (7, 14). Ceci expliquerait en partie que 2 médecins généralistes sur 3 demandent le remboursement des soins délivrés par les psychologues libéraux. Cette demande d'extension du remboursement des soins semble logique dans un contexte de précarité, mais une autre hypothèse pourrait aussi l'éclairer : la part des soins psychothérapeutiques, en CMP ou par les psychologues, semblerait occuper une place importante dans la planification des soins aux patients dépressifs par leurs médecins généralistes.

Concernant la formation et le souhait de formation des médecins généralistes, il existe, dans notre étude, la même proportion de praticiens estimant leur formation globalement insuffisante et souhaitant une amélioration de la formation à la compétence psychothérapeutique. La méthodologie de notre étude ne prévoyait pas de rechercher une corrélation entre ces deux paramètres. Néanmoins, nous avons procédé à cette analyse subsidiaire : un test de Fisher exact a objectivé une association fortement significative entre ce souhait de formation à la psychothérapie de soutien et une auto-estimation d'une formation globalement insuffisante ($p = 0,005$). En d'autres termes, le fait pour un médecin généraliste d'avoir conscience d'une insuffisance globale de sa formation a un lien fort avec le souhait d'amélioration de la formation à la psychothérapie de soutien. Nos résultats semblent donc plus cohérents que ceux de l'enquête nationale, où une majorité de praticiens s'estimait simultanément suffisamment formée et en demande de formation à la relation d'aide.

Nous avons mis en évidence des liens significatifs entre, d'une part, l'absence de recours à la psychothérapie de soutien par les médecins généralistes, et d'autre part, la prescription d'un antidépresseur dès la première consultation avec un patient dépressif et le souhait de remboursement des soins des psychologues libéraux. La méthodologie de notre étude ne permettait pas l'inférence de relations causales entre ces variables. Cependant, notre travail permet d'émettre l'hypothèse de l'existence d'une dichotomie parmi les médecins généralistes du Nord.

Ceux n'ayant pas recours à la psychothérapie de soutien auraient tendance à privilégier la prescription médicamenteuse pour soigner leurs patients dépressifs, laissant le soin à d'autres professionnels de santé d'entreprendre le traitement psychothérapeutique.

Ceux qui pratiquent une psychothérapie de soutien pour soigner leurs patients dépressifs sembleraient reporter la décision de prescrire un antidépresseur.

Notre étude ne permettait pas de montrer que ces médecins généralistes pratiquant un soutien psychologique prescrivent moins d'antidépresseurs. Mais l'étude de Dumesnil a montré que ce soutien est plus fréquemment réalisé par les praticiens ayant un faible volume global de prescriptions. Selon notre étude, ces généralistes, soucieux de l'approche psychothérapeutique de leurs patients dépressifs, auraient tendance à souhaiter que leur formation à cette compétence puisse s'améliorer. Ils sembleraient vouloir s'investir dans la conduite des soins psychiques auprès de leurs patients dépressifs. La demande de plus en plus forte de ces soins, à laquelle ne peut totalement répondre le nombre largement insuffisant de psychiatres et de psychologues, pourrait accréditer cette supposition.

III. De la fréquence de la psychothérapie de soutien des médecins généralistes à leur définition de cette pratique de soins

Notre enquête quantitative était basée sur l'envoi d'un auto-questionnaire. Le format de celui-ci ne permettait pas le recueil de la définition que pourraient donner les médecins généralistes à la psychothérapie de soutien. Quand les répondants affirmaient recourir à cette pratique, il ne leur était pas demandé ce qu'elle signifiait pour eux ni ce qu'elle contenait. La méthodologie de notre étude permettait le recueil et la quantification de données déclaratives, sans possibilité de vérifier la réalité des pratiques invoquées.

Dans notre étude, le nombre de médecins généralistes déclarant être formés à la psychothérapie de soutien est faible. Nous en déduisons que la plupart d'entre eux ne sauraient affirmer si leur prise en charge psychologique correspond véritablement à une psychothérapie de soutien.

Les recommandations de bonnes pratiques et certaines études qualitatives permettent d'explicitier le contenu des prises en charge psychologique des médecins généralistes. Il faut donc confronter ces données qualitatives à la définition actuelle de la psychothérapie de soutien. Une analyse non systématique de la littérature va nous permettre d'établir cette définition, que nous comparerons aux pratiques réelles des médecins généralistes, afin de savoir si le soutien psychologique pratiqué par la

majorité des médecins généralistes de notre étude est véritablement une psychothérapie de soutien.

IV. Qu'est-ce que la psychothérapie de soutien ?

A. Rapports entre science, médecine, psychologie et subjectivité

Le médecin pouvant être psychothérapeute et s'intéresser pourtant à la subjectivité du patient, il est nécessaire de rappeler au préalable les rapports entre science, médecine, psychologie et subjectivité.

Le sujet peut être défini comme l'être pensant, siège d'une conscience rationnelle subsumée par une instance inconsciente. La subjectivité désigne alors la part de l'être humain qui échappe à toute mesure et toute objectivation (23). La méthode expérimentale n'est pas applicable à la subjectivité. Fondées sur cette méthode, la psychologie expérimentale comme la médecine technoscientifique excluent le sujet de leurs démarches.

C'est parce que la psychanalyse se proposait d'intégrer la subjectivité au traitement médical, et qu'elle a contribué à la conception de la psychothérapie de soutien, qu'il nous faut l'aborder plus en détails, en précisant d'abord ses rapports avec les sciences.

B. Rapports entre psychanalyse et sciences

L'orientation initialement scientifique de la psychanalyse a incité à lui appliquer les critères de scientificité adoptés par les sciences naturelles et expérimentales. Dans ce contexte, Grünbaum (24) a supposé que la psychanalyse est une science hypothéticodéductive d'observation du psychisme du patient par l'analyste observateur externe, et que l'interprétation psychanalytique est une hypothèse explicative du fonctionnement des mécanismes de production de la réalité mentale du patient. La vérification de cette hypothèse nécessite alors des arguments objectifs et extérieurs au champ de la pratique psychanalytique (25).

Or, les interprétations psychanalytiques semblent devoir être envisagées plutôt comme le produit d'une interaction psychique spécifique entre l'analyste et le patient. Dans cette perspective, la relation entre l'analyste et le patient ne consiste plus en l'observation de ce dernier, puisque le psychisme de l'analyste est autant partie

prenante que celui du patient dans la relation intersubjective. Cette dernière peut être vue comme un processus psychique mutuel, une « copensée » (26), un objet commun consistant en l'interaction de deux psychismes, produit spécifiquement par la situation psychanalytique et interprété dans ce même cadre (27). Freud a proposé les termes de transfert et contre-transfert pour désigner cette interaction de deux psychismes.

La théorie psychanalytique n'établit pas de lois générales, au sens universel du terme, mais seulement des règles techniques dont il faut vérifier l'efficacité en vue de leur application en pratique psychanalytique. Pour le psychanalyste, il s'agit d'évaluer les effets psychiques induits réciproquement chez chacun des protagonistes par les paroles et la dynamique de l'échange (27). Cet « argument d'adéquation » freudien a pour fonction de valider la pratique psychanalytique sur des arguments cliniques.

La scientificité de la psychanalyse relève donc d'une vérification par sa pratique. Elle est une science inductive (28) qui décrit et modélise des phénomènes complexes. Widlöcher a proposé de placer la psychanalyse dans la même catégorie que d'autres sciences inductives comme les sciences économiques ou l'histoire (26). Parmi les réalités psychiques complexes découvertes par la pratique psychanalytique figurent les représentations mentales inconscientes. Cet Inconscient psychanalytique est différent du non-conscient de la psychologie objective cognitive constitué par les opérations élémentaires de production de la vie mentale (25).

C. Du face-à-face à la relation de soutien

Dans la perspective systémique, le face-à-face constitue un système d'interactions de tous les facteurs psychologiques, sociologiques et culturels influençant les comportements des individus en présence. C'est un système de relations, ouvert sur le monde environnant, qui renferme également une signification de l'ordre de l'être. C'est donc une réalité complexe qui pose les problèmes de son fonctionnement interne et de son sens, et pour Chappuis, seule la pluridisciplinarité permet d'apporter des réponses cohérentes à ces questions (29).

Le soutien signifie « empêcher quelqu'un de faiblir en lui apportant une aide, un réconfort » (30), « aider quelqu'un à traverser une épreuve » (31). Ces définitions du soutien montrent qu'il est synonyme d'aide, d'étayage, d'appui moral, mais il n'appartient pas exclusivement au monde soignant.

Lorsque le soutien n'est plus épisodique ou ponctuel, lorsqu'il se répète, s'établit une relation de soutien (32). Cette relation d'aide suppose la présence, dans le face-à-face, d'une personne momentanément vulnérable qui cherche auprès d'une autre personne, reconnue comme capable de l'aider, un soutien affectif (29). Cette relation de soutien, synonyme de relation d'aide, et appelée relation médecin-malade dans le monde médical, n'est pas non plus une exclusivité de ce dernier.

Toute relation intersubjective n'est pas une psychothérapie. Celle-ci franchit un degré supplémentaire dans le domaine de l'aide psychique basée sur un échange verbal. Elle se propose de doter le patient de nouvelles capacités psychologiques de faire face, de façon autonome, à de nouvelles difficultés internes ou interpersonnelles.

D. Qu'est-ce qu'une psychothérapie ?

La psychothérapie est un processus interpersonnel conçu pour apporter des modifications, des transformations, à propos de sentiments, de cognitions, d'attitudes et de comportements qui se sont montrés gênants pour la personne qui recherche une aide auprès d'un professionnel formé (33). « Interpersonnel » sous-entend d'une part que la relation psychothérapeutique est adaptée et spécifique au patient concerné, et d'autre part que les émotions du psychothérapeute sont prises en compte dans le déroulement du traitement. « Processus » sous-entend que le psychothérapeute est formé à l'application planifiée de techniques dérivées de principes psychologiques établis(34).

Il est possible d'énumérer quatre facteurs d'efficacité communs à toutes les psychothérapies (35) : une relation chargée émotionnellement, une nouvelle façon de voir le problème, un encouragement à essayer de nouveaux comportements plus adaptatifs, et l'effet d'une personne influente (le thérapeute) qui modèle l'acceptation de soi et le courage du patient. L'attitude de tout psychothérapeute est caractérisée par l'acceptation, le respect, la compréhension, la chaleur, l'absence de critique et de réaction émotionnelle aux provocations (33).

Toute psychothérapie comprend un processus composé de nombreux facteurs pouvant être regroupés schématiquement en quatre grandes catégories : le patient et son « problème », le thérapeute et sa technique, l'interaction patient-thérapeute, et le contexte de déroulement de la psychothérapie (36).

Toute psychothérapie suppose la mise en place d'un cadre, où ce qui se passe en séance prend le sens d'un travail sur soi (37). Ce cadre comprend l'ensemble du contexte matériel dans lequel se déroule la psychothérapie.

La première activité de tout psychothérapeute est psychodiagnostique. Toute psychothérapie suppose également la négociation d'un contrat relatif à la définition des objectifs thérapeutiques souhaités de part et d'autre.

E. La psychothérapie de soutien

1. Sa situation au sein du continuum psychothérapeutique

Schneider (38) situe la psychothérapie de soutien entre la psychothérapie psychanalytique (qui ne doit pas être confondue avec la psychanalyse) et la relation médecin-malade. Pour Schmitt (32), elle appartient au groupe des psychothérapies recouvrantes (qui recouvrent les conflits intrapsychiques au lieu de les dévoiler au patient).

2. Les objections aux critiques portant sur ses bases conceptuelles

La psychothérapie de soutien est paradoxalement la plus utilisée et la moins conceptualisée. Dépasser cette contradiction suppose d'abord de réfuter les critiques portées à l'encontre de ses bases conceptuelles.

Selon Crown (39), s'il y a du soutien il ne peut pas y avoir de psychothérapie. Il s'ensuit qu'à partir d'un soutien par définition non-psychothérapeutique, le patient n'aurait pas la capacité d'instaurer une réflexion et de modifier ses comportements. Cette assertion est discutable, d'autant plus que le patient vise clairement une amélioration de sa souffrance psychique et ne s'intéresse pas à un quelconque débat théorique (40). Par ailleurs, la théorie de l'attachement affirme que le soutien fait partie de toutes les psychothérapies (41).

La seconde critique concerne l'éclectisme technique de la psychothérapie de soutien qui tendrait à l'absence de théorie. Il est possible de montrer que la psychothérapie de soutien est par essence éclectique, et de surcroît utile. D'abord, il est admis que la plupart des phénomènes cliniques ne peuvent être expliqués par une seule théorie. Ensuite, la démarche de consultation est difficile pour le patient, surtout si celui-ci n'a pas les capacités de choisir entre différents thérapeutes. A l'inverse, l'absence d'autres professionnels à proximité obligent parfois les professionnels à recourir à une stratégie de prise en charge adaptative. En définitive,

il semble utile de poser les bases d'une psychothérapie de premier recours, qui sera souvent la seule réalisée. Néanmoins ces impératifs pratiques ne supposent aucunement de renoncer à toute théorie sous-jacente à la psychothérapie de soutien(40).

3. Ses fondements plurithéoriques

a) L'apport théorique principal est psychodynamique

La psychologie dynamique étudie les forces internes (« motivations », « tendances », « pulsions ») qui paraissent orienter dans un sens ou dans un autre la mise en œuvre de l'activité de l'individu, depuis sa simple activité motrice jusqu'à l'utilisation de son intelligence (42). La psychanalyse constitue une branche de la psychologie dynamique. Elle conçoit les fondements biologiques de la vie psychique, qui en sont indissociables, en termes de pulsions. Toute pulsion, synonyme de pression instinctuelle, n'a de cesse que d'aboutir à son apaisement – quelle que soit, par ailleurs, la part de souffrance ou de désadaptation qui pourraient en découler(43). La psychanalyse postule donc l'existence d'une activité mentale inconsciente, constituée de pensées, de pulsions et de représentations mentales qui influencent constamment le comportement humain.

Le psychisme humain se construit au contact d'autres psychismes humains. De ce fait, les premiers êtres humains, qui accompagnent dans l'enfance le développement d'un individu, jouent un rôle essentiel dans la manière dont il se figurera ses propres expériences vécues. Le psychisme humain est le produit de cette interaction entre une matière biologique « brute », destinée à générer une vie psychique, et les humains qui prêtent leur propre appareil psychique à ce travail de construction d'un nouveau psychisme. Les produits du psychisme humain, symptômes compris, peuvent être compris et travaillés à travers la relation avec autrui. Celle-ci peut permettre alors la réactivation des traces d'un travail semblable effectué, lors d'expériences similaires, au début de la vie psychique. La réactivation des traces mnésiques inconscientes d'attachements infantiles correspond à la notion psychanalytique de transfert (43).

La référence théorique principale de la psychothérapie de soutien est psychodynamique (44). La psychothérapie de soutien appartient aux psychothérapies psychodynamiques brèves. La contribution de la théorie psychanalytique à la conceptualisation de la psychothérapie de soutien peut être

soulignée par l'examen par Buckley (45) des travaux de D. W. Winnicott, Ronald Fairbairn et Heinz Kohut.

b) L'apport des théories cognitivo-comportementales

Les théories cognitivocomportementales partent du principe que les distorsions cognitives sont issues d'apprentissages émotionnels ou comportementaux inadaptés ou pathologiques. Ces apprentissages dysfonctionnels peuvent être modifiés de l'extérieur par le thérapeute, à l'aide de techniques de déconditionnement et de suggestion active de nouveaux schémas cognitifs (46).

c) L'apport des théories de l'apprentissage et de la communication

Ces théories interviennent dans l'alliance thérapeutique permettant au patient de comprendre sa maladie et les étapes du soin (40).

4. Ses techniques psychothérapeutiques

En lien avec le paragraphe précédent, il faut rappeler que chaque technique est à référer à une grille théorique. En psychothérapie de soutien, toutes les techniques, correspondant aux trois apports théoriques précités, peuvent coexister, puisqu'elles s'appliquent à des niveaux psychopathologiques distincts et des besoins exprimés individuellement par chaque patient (40). Il faut tout de même distinguer les techniques de soutien spécifiques ayant un effet direct de soutien du patient, et le soutien du processus psychothérapeutique.

De manière générale, la psychothérapie de soutien est conversationnelle dans son style. Elle évite autant que possible l'anxiété induite par la thérapie (47). Le psychothérapeute se présente comme un moi-auxiliaire, c'est-à-dire qu'il joue le rôle de pare-excitations et crée un climat favorable à la sécurisation du patient et à l'évolution positive de l'alliance thérapeutique (48). L'écoute active et l'exploration active de la vie du patient remplacent l'attention flottante du psychanalyste. La neutralité technique de celui-ci est donc abandonnée, et le thérapeute prend une position active et engagée dans la réalité (44).

5. Ses objectifs de soins

Il est possible de formuler des objectifs de soins transcendant toutes les théories : la réduction des symptômes, l'amélioration du fonctionnement du sujet, le

gain de l'estime de soi et l'apprentissage de nouveaux modes de réaction face aux difficultés (32).

6. L'alliance thérapeutique en psychothérapie de soutien

Selon l'approche développée par Carl Rogers, la relation offerte par le thérapeute est une condition nécessaire et suffisante pour aider le patient à résoudre ses problèmes. Rogers a participé à émettre l'hypothèse suivante : l'empathie, la congruence (c'est-à-dire l'ajustement de l'attitude du thérapeute à celle du patient) et l'acceptation inconditionnelle du patient par le thérapeute, sont suffisantes pour que le patient s'améliore (49). Cependant Gelso et Carter ont estimé ces conditions insuffisantes pour assurer le succès de la relation psychothérapeutique (50). Au contraire, la personnalité du patient et surtout la qualité de l'alliance thérapeutique sont considérées aujourd'hui comme des facteurs prédictifs puissants du succès de la thérapie (36, 44).

L'alliance thérapeutique désigne le lien de confiance réciproque établi entre le patient et le thérapeute (36). Bordin (51) l'a conceptualisée en trois composantes : les tâches, les buts et le lien relationnel. Selon lui, la force de l'alliance dépend du degré d'accord entre le patient et le thérapeute vis-à-vis des tâches et des buts, et de la qualité du lien thérapeutique. Ces variables se renforcent l'une l'autre. Ainsi, une relation de bonne qualité permet à la dyade thérapeute-patient de mieux négocier les tâches et les buts, comme la négociation des tâches et des buts renforce la relation(44).

La confiance n'est pas un donné de la situation mais va se créer dans la situation thérapeutique (52).

Dans le cadre de la psychothérapie de soutien, les patients ont souvent des difficultés importantes dans le domaine interpersonnel. Le travail sur l'alliance devient alors un élément essentiel de la mise en place d'un projet thérapeutique commun(44). La capacité du thérapeute à gérer des processus interpersonnels négatifs et à réparer les ruptures du lien thérapeutique sont des compétences très importantes à l'égard de l'alliance thérapeutique (53).

Soutenir le processus thérapeutique, c'est, entre autres, surveiller la qualité de l'alliance thérapeutique. Soutenir l'alliance thérapeutique n'implique pas forcément d'utiliser des techniques répertoriées comme techniques de soutien (54). D'ailleurs le soutien seul ne suffit pas à la construction de l'alliance (55). Une technique plutôt expressive que de soutien, comme l'interprétation d'un conflit à un moment juste,

peut être la technique adéquate pour renforcer l'alliance (52). L'étude de Despland et al. (55) montre bien que la qualité de l'alliance thérapeutique, dans les thérapies psychodynamiques brèves, dépend surtout de l'ajustement des techniques (de soutien ou d'expression) du thérapeute au niveau de fonctionnement défensif du patient.

Pinsof (56) décrit 5 procédures générales pour faire progresser la composante « lien » de l'alliance : mettre l'accent sur les expériences relationnelles du patient avec le thérapeute, augmenter la fréquence des séances, voir un patient individuellement pendant une longue période de temps, patienter aussi longtemps que possible jusqu'à ce que le malade accorde sa confiance, établir un contrat de confidentialité avec le patient.

7. La gestion des mécanismes de défense en psychothérapie de soutien

Les mécanismes de défense sont des processus psychiques inconscients visant à réduire l'anxiété liée aux dangers réels ou imaginaires. Les défenses tentent d'annihiler l'anxiété en remaniant les réalités interne et/ou externe du patient. Les manifestations cliniques – comportements, idées ou affects – des mécanismes de défense peuvent être inconscientes ou conscientes (57). Les mécanismes de défense peuvent être physiologiques ou pathologiques, de niveau adaptatif faible ou élevé.

En psychothérapie de soutien, l'objectif premier est de rétablir l'équilibre psychique antérieur du patient. Il faut rendre celui-ci capable de contenir plus économiquement les mouvements pulsionnels éprouvés comme néfastes. Il n'est pas nécessaire, du moins dans un premier temps, que le patient ait à reconnaître explicitement les mouvements affectifs qui l'assaillent brusquement. Par conséquent, le thérapeute doit repérer patiemment et évaluer les défenses en termes d'adaptation, puis encourager les plus adaptatives et décourager les plus nocives, sans forcément les interpréter intégralement au patient (58).

8. La gestion du transfert en psychothérapie de soutien

a) Le maniement de la relation thérapeutique en pratique psychanalytique

Dans la situation analytique, le patient est invité à donner libre cours à son imagination, à adhérer à la règle fondamentale analytique consistant à dire tout ce qui lui vient à l'esprit. Il ne lui est pas demandé explicitement de produire un effort de

remémoration de tout ce qui constituerait son inconscient car il « ne peut pas se souvenir de tout ce qui est en lui refoulé » (59). Pour Freud, dans la situation psychanalytique, le malade répète le refoulé « comme expérience vécue dans le présent, au lieu de se le remémorer comme un fragment du passé, ce que préférerait le médecin ». Cette répétition du refoulé « qui revient avec une fidélité qu'on n'aurait pas désirée (...) se joue régulièrement dans le domaine du transfert, c'est-à-dire de la relation au médecin » (59).

Le but du protocole psychanalytique est donc de susciter l'apparition du transfert pour pouvoir connaître l'inconscient du patient et le réorienter vers un fonctionnement plus sain.

Il faut préciser ce qu'est le transfert. Pour Freud, le transfert en général est une « nouvelle édition des [pulsions] et des fantasmes qui peuvent être éveillés et rendus conscients au cours de l'analyse et dont le trait caractéristique est de remplacer une personne antérieurement connue par la personne du médecin » (60). La survenue du transfert peut être concomitante de la sédation momentanée des symptômes du patient dans la situation psychanalytique. Le terme de névrose de transfert désigne alors « le déplacement au cours duquel la névrose clinique (celle qui produit les symptômes) cède la place à une nouvelle organisation pathologique inscrite dans le processus de la cure où le transfert a pris la place du symptôme » (61).

La situation analytique est donc paradoxale, puisque son protocole est conçu pour permettre le surgissement du transfert, mais les interprétations psychanalytiques dénoncent l'inadéquation des effets du processus thérapeutique par rapport à l'actualité de la relation du patient avec son analyste (62). Ces interprétations du transfert ont pour but de « faire constater au Moi conscient du patient qu'il répète le passé au lieu de s'ajuster au présent » (63).

Au transfert répond le contre-transfert du thérapeute, défini par les mouvements que celui-ci peut percevoir en lui quand tel propos ou telle association du patient entrent en résonance avec un point sensible de son histoire ou de sa fantasmagie et le touchent au vif (62).

En résumé, toute psychothérapie psychodynamique implique structurellement un processus que le thérapeute soutient, afin de favoriser l'apparition du transfert. Ce transfert permet une prise de conscience par le patient de ses potentialités de direction de sa propre conduite. Il permet également l'aménagement de ses

mécanismes de défense et l'avènement d'une organisation plus fonctionnelle de sa personnalité (36).

b) Le transfert dans la psychothérapie de soutien

La psychothérapie psychanalytique se différencie de la psychanalyse par la fréquence moindre des séances et le déroulement en face-à-face. Comme la psychothérapie psychanalytique, la psychothérapie de soutien utilise le face-à-face, au rythme de une à deux séances par semaine. Mais elle s'en différencie par une utilisation antithétique du transfert (64). Toutes deux le prennent en considération dans le travail thérapeutique, mais en psychothérapie de soutien, il ne faut pas communiquer au patient l'interprétation du transfert comme répétition d'une situation infantile dans la relation psychothérapeutique actuelle. La connaissance du transfert par le thérapeute sert uniquement à mieux comprendre l'organisation de la personnalité du patient, notamment son organisation défensive, afin de mieux réaménager cette dernière, en renforçant les défenses adaptatives et en décourageant les défenses nocives (64).

V. Les médecins généralistes pratiquent-ils véritablement une psychothérapie de soutien ?

A. Les définitions du soutien psychologique en médecine générale

Selon Schneider, dans la relation de soutien médecin-malade, le médecin conseille le patient afin qu'il puisse mieux supporter ses difficultés. Le médecin aborde les aspects conscients et interpersonnels de la situation problématique du patient sur le mode de la conversation ordinaire. Il y adopte une attitude psychothérapeutique mais pour Schneider, cette relation médecin-malade n'est pas une psychothérapie car elle n'aborde pas les aspects inconscients des problèmes du patient (38). A ce point de vue, nous ajoutons le fait que la relation médecin-malade n'est pas une psychothérapie parce qu'elle n'a pas pour objectif d'améliorer de façon curative le fonctionnement du sujet.

Selon Rouillon, le rapport habituel médecin-malade fait appel à une « démarche psychothérapeutique médicalisée » accompagnant toute prescription. Dans le cas de la prise en charge des patients dépressifs, cette démarche psychothérapeutique vise

à leur rendre compréhensibles leurs troubles. Pour Rouillon, il n'y aurait pas vraiment de différence entre cette démarche psychothérapeutique et la « psychothérapie de soutien » (65).

Selon les recommandations de l'ANAES de 2002, la psychothérapie de soutien a pour objectif, avec le patient déprimé, de l'amener à verbaliser ses difficultés actuelles, de l'aider à comprendre leur origine, et de le soutenir dans ses décisions facilitées par son travail psychothérapeutique. Elle nécessite d'être menée par des praticiens formés. A l'époque, le groupe de travail de l'ANAES s'est demandé si les soins habituels des médecins généralistes, difficiles à définir en eux-mêmes (66), incluent cette psychothérapie de soutien, sans pouvoir trancher. Pour certains experts, le terme même de « psychothérapie » suppose une formation spécifique, un cadre spécifique, et une technique particulière, exercée par un « psychothérapeute » habilité à cet effet ; pour d'autres experts, la relation médecin-malade en médecine générale inclut la pratique d'une réelle « psychothérapie de soutien », dont le médecin acquiert progressivement la compétence au fil de son expérience et de sa formation continue. Ce qui va à l'encontre de ce dernier point de vue est que cette pratique nécessite une formation initiale encore actuellement très succincte dans ce domaine, et une orientation concertée de la formation continue. Pour l'ANAES, 70 % des patients dépressifs suivis en médecine générale ne peuvent pas consulter un psychologue ou un psychiatre. Elle a conclu donc en 2002 que la mise en œuvre, en pratique courante de médecine générale, d'une telle « psychothérapie de soutien » nécessiterait une remise en question de la formation initiale et une incitation en matière de priorités de formation continue (10).

Dumesnil et al. (7) définissent le soutien psychologique en médecine générale comme une forme de thérapie médicale relationnelle. Il comprendrait l'expression libre du patient, à laquelle répondent une dimension d'écoute empathique et une dimension directive de conseil et d'explication. Ce soutien psychologique du médecin généraliste serait synonyme de « psychothérapie de soutien ».

Selon Gourmet (67), les médecins généralistes utilisent une démarche psychothérapeutique de premier recours, que certains appellent « psychothérapie de bon sens », mais qu'ils ne parviennent pas à nommer précisément. Moreau et Le Goaziou (68) la nomment « psychothérapie de soutien » en se basant sur la définition, incomplète selon nous, de la psychothérapie donnée par Guyotat (69) : l'utilisation à visée thérapeutique des mouvements affectifs du patient dans sa

relation avec son thérapeute. Selon eux, la démarche psychothérapique des médecins généralistes partage le même objectif que la psychothérapie de soutien : rétablir l'équilibre psychologique du patient sans viser une modification importante de sa personnalité. Ils soulignent cependant que cette démarche psychothérapique de premier recours manque de bases conceptuelles pour pouvoir être enseignée.

Dans l'étude de Tranchée-Vergé (70), les médecins généralistes interrogés déclarent faire de la psychothérapie, sans parvenir à nommer ce qu'ils font. Son travail souligne que le terme « transfert » pose problème à certains d'entre eux.

De façon similaire, Warwick (71) a montré que, lors de leur prise en charge psychologique des patients déprimés, les médecins généralistes n'ont pas forcément conscience des outils thérapeutiques qu'ils utilisent, et parviennent difficilement à les décrire.

En partant de la définition de la médecine générale, Druais affirme que le médecin généraliste pratique une « psychothérapie de soutien ». Il commence par rappeler les 5 fonctions du médecin généraliste : la médecine de premier recours, la prise en charge globale du patient, la continuité des soins, la coordination des soins, l'action de santé publique. Selon lui, le médecin généraliste a une position privilégiée pour orienter la relation avec son malade vers un registre psychothérapeutique. En effet, soit il le connaît déjà et le lien de confiance a déjà été établi de longue date, soit il ne le connaît pas mais le patient et le médecin ressentent implicitement que la consultation peut ne pas se limiter aux problèmes liés à la consultation « actuelle ». Du fait de ses fonctions spécifiques et de sa position privilégiée, le médecin généraliste pratiquerait donc une thérapeutique spécifique appelée « psychothérapie de soutien du médecin généraliste ». Celle-ci serait tout simplement implicite au rôle du médecin généraliste qui y serait préparé par sa formation et son expérience professionnelle (19).

Comme nous l'avons dit, la méthodologie de notre étude ne permettait pas de demander leur définition de la psychothérapie de soutien aux médecins interrogés. Mais notre étude contribue à montrer que ceux pratiquant ce soutien psychologique tendent à augmenter d'eux-mêmes la fréquence du suivi en début de prise en charge des patients dépressifs. Cette procédure, tout comme la confidentialité propre à la relation médecin-patient et la longue durée de cette dernière, sont utilisées couramment en médecine générale. Nous avons vu qu'elles renforcent la composante « lien » de l'alliance thérapeutique, variable prédictive très importante

en psychothérapie. Cette constatation est un signe encourageant montrant les fortes potentialités relationnelles des médecins généralistes, même si la grande majorité d'entre eux ne sont pas formés à la pratique d'une réelle psychothérapie de soutien.

B. Ce soutien psychologique est-il une psychothérapie de soutien ?

Parmi les définitions précédentes, celles qui n'incluent pas la notion de formation psychothérapeutique aboutissent à la considération suivante : le soutien psychologique est intrinsèque aux fonctions du médecin généraliste, son expérience professionnelle le prépare à en acquérir la compétence, son soutien psychothérapeutique peut donc s'appeler « psychothérapie de soutien ».

Notre définition de la psychothérapie de soutien aboutit à la considération inverse. Tout psychothérapeute, quelle que soit sa profession, devrait acquérir la théorie du changement structurel psychologique, même minime, qu'il attend chez son patient, et qu'il tente de provoquer par son application planifiée de techniques apprises en formation et reposant sur des principes psychologiques établis.

Nous estimons que le soutien psychologique du médecin généraliste est abusivement confondu avec la psychothérapie de soutien, dès lors que le médecin généraliste n'a pas été formé à la connaissance et la pratique de cette dernière. Puisque peu de praticiens de soins primaires ont bénéficié de cette formation, nous pensons que notre étude a donc mesuré la fréquence de pratique par les médecins généralistes d'un soutien psychologique non formalisé des patients dépressifs, et non la fréquence d'une véritable psychothérapie de soutien.

De manière générale, tout traitement psychothérapeutique suppose un diagnostic psychopathologique approprié. Il faut donc s'intéresser également à la démarche employée par les médecins généralistes pour diagnostiquer les épisodes dépressifs.

VI. Diagnostic de dépression en médecine générale

A. Quelques repères historiques

Trois grandes tendances historiques doivent être rappelées afin de mieux comprendre la provenance des définitions actuelles de la dépression.

Selon Wakefield (72), la pensée médicale traditionnelle, depuis l'Antiquité avec Aristote et Galien jusqu'au début du XXème siècle avec Kraepelin, a toujours distingué la dépression-maladie de la tristesse intense mais normale. La tradition psychiatrique admettait que les individus sont, selon leur tempérament, prédisposés ou non à ressentir plus rapidement et plus intensément cette tristesse. Ces variations de tempérament étaient considérées comme s'étalant sur un continuum normal de réponses raisonnablement proportionnées à de graves pertes, partageant avec la maladie nombre de symptômes mais ne se confondant pas avec elle.

La seconde tendance historique est représentée par les grandes difficultés qu'ont toujours connues les psychiatres pour unifier le champ des maladies dépressives. En 1973, Akiskal propose de rassembler les troubles de l'humeur récurrents et essentiels selon des organisations unipolaires et bipolaires (73).

Le troisième fait historique de grande importance est l'avènement progressif de critères diagnostiques de la dépression uniquement symptomatiques et affranchis de toute théorie explicative. En 1980 est ainsi publié le DSM-3, dont le comité de rédaction est piloté par Robert Spitzer (74).

B. L'apport de l'approche évolutionniste de la tristesse et de la dépression

Les difficultés à établir une définition de la dépression résultent de la combinaison entre une hétérogénéité extrême, comme l'hystérie, et une universalité maximale, comme l'anxiété, ce trouble si facilement reconnaissable (75).

Jeanneau (76) en donne une définition à la tournure philosophique. La dépression se tient au cœur de la problématique psychiatrique pour deux raisons. Elle constitue une remise en cause existentielle des raisons et de l'envie de vivre, qui serait comme l'« envers de l'être ». Elle s'exprime néanmoins à travers les manifestations les plus spécifiques d'une pathologie.

Wakefield livre une approche évolutionniste du trouble mental. Il considère que la meilleure manière de distinguer le normal du pathologique chez l'homme est de faire la différence entre le fonctionnement tel qu'il a été biologiquement façonné par la sélection naturelle et l'échec de ce fonctionnement, c'est-à-dire le dysfonctionnement (77).

La tristesse normale constitue la réponse non pathologique à la perte. Elle est produite par des déclencheurs contextuels environnementaux. Son intensité est

relativement proportionnelle à la perte. Elle prend fin lorsque cesse la situation déclenchante, ou s'apaise graduellement quand les mécanismes naturels d'adaptation permettent à l'individu de supporter les circonstances nouvelles et de revenir à l'équilibre psychologique et social (78).

Trois sortes d'arguments étayaient l'hypothèse d'un substrat biologique inné de la tristesse chez l'homme : la ressemblance des réponses à la perte entre les primates non-humains et les hommes ; la survenue de la tristesse chez des enfants non encore socialisés après la perte d'un objet proche d'attachement (79) ; l'existence de traits innés d'expression de la tristesse parmi les diverses ethnies à travers le globe. Ces fondements biologiques n'empêchent pas les influences sociales de peser sur la définition des circonstances dans lesquelles il convient d'exprimer cette tristesse. La tristesse normale est donc le produit conjoint de facteurs biologiques et de facteurs culturels, avec des variations individuelles (78).

Diverses hypothèses permettraient d'expliquer pourquoi les réponses dépressives après des pertes ont été sélectionnées dans l'histoire évolutive : elles auraient permis de montrer le besoin de soutien et d'attirer la sympathie du groupe humain environnant ; elles auraient favorisé la survie quand celle-ci était menacée dans des positions d'infériorité ; elles auraient aidé à éviter des activités improductives après des échecs, pour entreprendre d'autres efforts (78).

Selon Wakefield, il y a trouble mental lorsque l'échec des mécanismes internes d'un individu, à remplir la fonction que leur a assignée la sélection naturelle, porte préjudice au bien-être de cet individu tel qu'il est défini par les valeurs culturelles et les significations sociales (77). Les dysfonctionnements des mécanismes internes peuvent avoir des causes autant physiopathologiques que psychopathologiques ou sociopathologiques.

La dépression vraiment pathologique n'a pas été sélectionnée par la nature, et le trouble dépressif est donc une tristesse causée par un dysfonctionnement préjudiciable des mécanismes de réponses à la perte (77). Les réponses dépressives pathologiques sont ainsi disproportionnées en intensité et en durée aux circonstances déclenchantes, ou surviennent dans des situations complètement inappropriées.

Il faut préciser que la distinction entre dépression pathologique et tristesse normale ne correspond nullement à l'ancienne dissociation entre dépressions endogène et réactionnelle. En effet, le diagnostic effectif de dépression repose sur la

présence d'un dysfonctionnement préjudiciable des mécanismes de réponse à la perte, non sur la cause de celui-ci (80).

C. Limites des critères de la dépression des DSM 3, 4 et 5

Pour les concepteurs du DSM-3, l'amélioration de la fiabilité diagnostique inter-juges passait par le recours aux seuls critères symptomatiques et l'abandon de toute théorie étiologique. Mais pour Horwitz et Wakefield, la distinction traditionnelle entre tristesse normale et trouble dépressif ne constitue pas une hypothèse étiologique au sens de ce que voulait exclure le DSM-3. Celui-ci pouvait donc prendre en compte (ce qu'il n'a pas fait) que toutes les théories étiologiques partagent la conviction que les réponses normales et proportionnées se distinguent des réponses résultant d'un dysfonctionnement préjudiciable (81).

Horwitz et Wakefield montrent que les critères diagnostiques, symptomatiques et décontextualisés, des DSM-3 et 4 ne permettent pas d'exclure du trouble pathologique la tristesse intense mais ordinaire accompagnant de multiples réactions humaines normales à des pertes graves. Ils remettent donc en cause la validité des critères des DSM 3 et 4 pour le diagnostic de dépression avérée (82).

Le critère d'exclusion du deuil, figurant dans les DSM 3 et 4 et éliminant du trouble dépressif pathologique les cas de tristesse intense succédant au décès d'un proche, a été abrogé par la sortie récente du DSM-5 (83). Ceci aggrave encore l'incapacité des critères diagnostiques du DSM à distinguer la tristesse normale du trouble dépressif.

En France, la HAS, qui devrait éditer en 2015 ses nouvelles recommandations sur la prise en charge de la dépression en médecine de premier recours, a prévu de se baser sur les critères du DSM-5 (84). Elle a tenu compte du fait que la réponse normale à la perte pouvait très bien ressembler à la réponse dysfonctionnelle de type dépression caractérisée. Pour le diagnostic de dépression, elle prévoit néanmoins de rendre envisageable la coexistence, chez un même individu, d'une réponse pathologique et d'une réaction normale à la perte. Si elle se confirme, cette démarche pourrait manquer de cohérence et ne réglerait pas les problèmes liés aux critères du DSM.

L'insuffisance de validité des critères du DSM est réduite en pratique par quelques particularités propres au domaine clinique. Les DSM encouragent, plus ou moins explicitement, le clinicien à user de son bon sens pour appliquer les critères

diagnostiques. Par ailleurs, les indices contextuels sont fréquents dans la pratique clinique. Enfin, il existe une auto-sélection des patients : selon le sociologue David Karp, les patients dépressifs ne demandent une aide psychique qu'après avoir attribué leurs symptômes à des problèmes psychologiques internes et non aux situations externes qui les perturbent (85).

D. Conséquences de l'utilisation du DSM en épidémiologie psychiatrique

Aucune étude n'a évalué si les critères symptomatiques décontextualisés du DSM-3 produisaient des résultats valides pour les études épidémiologiques de populations, très différentes des situations cliniques. Ces critères ont tout de même été utilisés dans les nouvelles études populationnelles des années 1980 aux États-Unis. Mais celles-ci ne renferment aucunement les garde-fous cliniques représentés par l'auto-sélection des patients et la compétence professionnelle diagnostique des médecins. Leurs mesures standardisées, s'inspirant des critères du DSM-3, sont collectées par des enquêteurs profanes, et toutes les personnes déclarant un nombre suffisant de symptômes sont considérées comme atteintes d'une maladie mentale (86).

L'absence de prise en compte du contexte de survenue des symptômes déclarés dans ces études explique donc en partie qu'elles observent des taux élevés de cas non traités de dépression. Ces taux ont servi d'argument, d'abord aux États-Unis puis en Europe, pour soutenir que la dépression est un problème de santé publique aux proportions épidémiques, aux coûts économiques très importants et que relativement peu de gens qui en seraient atteints cherchent réellement un traitement approprié (87, 88, 89).

Le problème des critères décontextualisés du DSM appliqués à l'épidémiologie psychiatrique a encore été amplifié par l'abaissement du seuil diagnostique. Les symptômes dans la population non traitée se distribuent sur un continuum allant de léger à grave et de peu à beaucoup de symptômes, avec un nombre bien plus grand d'individus déclarant peu de symptômes que d'individus en déclarant beaucoup (90). Par crainte que les critères catégoriels des études épidémiologiques des années 1980 ne sous-estiment le nombre de malades non traités, les études des années 1990 ont considéré qu'il faut étendre la notion de trouble dépressif en abaissant le seuil symptomatique. Elles ont donc inclus les troubles dits légers, et les ont

considérés, simultanément, comme troubles dépressifs et facteurs de risque de pathologies futures plus graves. L'extension du trouble dépressif aux états subsyndromiques, qualifiés de Dépression mineure, peut éliminer le risque de faux négatifs, mais au prix d'une inflation des diagnostics faux positifs de tristesse normale jugée pathologique (86).

E. Comment détecter la dépression en médecine générale ?

1. Le diagnostic positif de dépression en médecine générale

Il existe des études ayant montré que les médecins généralistes identifient tout au plus la moitié des patients dépressifs (91, 92).

Pour améliorer le repérage, jugé insuffisant, de la dépression par les médecins généralistes, les chercheurs en psychiatrie ont voulu mettre au point des instruments de dépistage. Les premiers d'entre eux comportaient une étape de pré-dépistage et une étape de dépistage. En 1994, Robert Spitzer a conçu le PRIME-MD, qui a constitué la première tentative de réunion en un seul instrument des deux phases habituelles de pré-dépistage et de dépistage (93). Comme il prenait encore trop de temps pour une utilisation régulière en cabinet, Spitzer a ensuite créé le PHQ qui contient, pour la dépression, un module de 9 items fondés sur le DSM. Dans le PHQ, le seuil de 2 symptômes pour le diagnostic de trouble dépressif illustre la conviction progressive qu'une symptomatologie subsyndromique suffit pour le diagnostic (94).

Les instruments diagnostiques de la dépression, utilisés dans les études épidémiologiques en médecine générale, reposent sur les critères symptomatiques athéoriques du DSM. Ils ont été évalués par des agences officielles de recommandations. L'agence britannique NICE et les agences américaines USPSTF et ICSI ont conclu qu'ils sont peu adaptés au contexte des soins primaires et donc peu utiles pour la pratique de médecine générale (95).

L'apport négligeable de ces instruments n'a, en fait, pas de répercussion sur la capacité diagnostique des médecins généralistes. Selon le NICE (96), les études plus récentes suggèrent que la dépression cliniquement significative est bien reconnue du fait de la relation de longue durée entre patient et médecin généraliste. Ce sont les formes de dépression moins sévères et plus susceptibles de guérison qui passent inaperçues.

La faible contribution du DSM au dépistage de la dépression en médecine générale pose la question de son usage régulier dans ce contexte. En 2002, l'agence

française ANAES regrettait que le DMS-4 ne soit pas utilisé en pratique de médecine générale (10). Notre étude confirme d'ailleurs cette absence de recours au DSM par les médecins généralistes. Cependant il existe des explications quant à cette pratique. Selon Shedler et Westen (36), les algorithmes diagnostiques du DSM supposent de comptabiliser les symptômes. Or, d'après les sciences cognitives, les cliniciens jaugent plutôt la « correspondance » générale entre un patient et un prototype du trouble, c'est-à-dire qu'ils envisagent les traits d'un trouble dans une certaine configuration. Les théories causales leur servent aussi à donner un sens aux relations fonctionnelles entre symptômes. Au lieu de tout cela, le DSM se revendique « athéorique » et catégoriel.

En médecine générale, il semble donc que le diagnostic de dépression soit le mieux établi par l'entretien clinique. S'il inclut l'utilisation des critères diagnostiques du DSM, il doit adjoindre à celle-ci l'analyse du rapport entre les symptômes et les conditions contextuelles auxquelles ils répondent, et la prise en compte de l'ensemble de la souffrance psychique de la personne dans son histoire de vie (95).

2. L'évaluation de la sévérité de la dépression en médecine générale

La remise en cause de la validité des critères du DSM pour diagnostiquer la dépression provient de leur incapacité à discriminer les tristesses profondes mais normales répondant à leurs critères et les troubles dépressifs. L'estimation de la sévérité d'un trouble dépressif avéré comme d'une tristesse intense repose sur une approche d'abord quantitative mais qui ne peut faire l'économie d'une approche qualitative solide.

Selon Corruble (97), une pathologie de la personnalité, spécialement les troubles de type limite ou histrionique, est associée à environ 50 % des EDC. L'existence d'une pathologie de la personnalité constitue actuellement le facteur de vulnérabilité le plus clair aux dépressions sévères. D'autres facteurs comme l'impulsivité, le névrosisme (dimension associant irritabilité, nervosité, anxiété et instabilité émotionnelle), et certains mécanismes de défense de type immature, pourraient indiquer une vulnérabilité aux dépressions sévères.

La sévérité des symptômes de dépression est elle-même un facteur de risque suicidaire important (98), surtout si sont présents désespoir et culpabilité.

Il apparaît donc que les trois dimensions cliniques de culpabilité, désespoir et impulsivité sont des traits de personnalité associés à la vulnérabilité aux dépressions sévères et à la vulnérabilité suicidaire.

Pour évaluer la sévérité de l'épisode dépressif de son patient, tout médecin généraliste devrait donc approfondir l'évaluation de la personnalité de son patient.

Notre étude confirme la nécessité de l'évaluation de la gravité du trouble dépressif. Dans notre question sur l'importance diagnostique des symptômes de dépression, les médecins généralistes ont ainsi privilégié les plus sévères. Par ailleurs, leur préoccupation pour le risque suicidaire des patients dépressifs est connue. Même si notre étude ne permettait pas d'apprécier leur expérience en termes de traits de personnalité associés à ce risque, il paraît essentiel de les sensibiliser à l'intérêt de l'évaluation psychopathologique de leurs patients dépressifs.

3. Quelques implications thérapeutiques du diagnostic de dépression en médecine générale

Lorsqu'elle survient, la dépression pathologique constitue généralement un « épisode ». Même s'ils sont d'apparition progressive, ces « épisodes » ou « états » dépressifs se rangeraient plutôt dans la catégorie des pathologies aiguës. A l'opposé, les réponses dépressives normales se distribuent sur un continuum de sévérité superposable aux variations normales de tempérament. Cependant, chez certains individus normaux, il semble possible de discerner une humeur dépressive apparaissant comme une disposition permanente de leur vie psychique, peu variable dans le temps, qu'elle soit consécutive à un premier épisode dépressif ou qu'elle prenne l'allure d'un trait de caractère (99).

Cette dichotomie dépression-épisode et dépression-constitution a des implications thérapeutiques. Caractériser comme « résistante » une dépression chronique, qui serait en fait « constitutionnelle », conduit à persévérer dans l'effort thérapeutique biomédical, alors que cette dépression-constitution pourrait être rapprochée d'un type de personnalité particulier. D'autre part, il semble que l'existence d'un trouble de la personnalité associé à un épisode dépressif diminue la réponse thérapeutique, aux antidépresseurs comme à l'électroconvulsivothérapie, et explique en partie la résistance de ces dépressions (100). Dans ces cas de dépression résistante aux thérapeutiques biomédicales, l'absence de prise en charge

plus globale du fonctionnement psychique et de la personnalité risquerait donc d'aboutir à une impasse thérapeutique.

Cette dépression-constitution pourrait être en rapport avec des traits de personnalité qualifiés d'abandonniques appartenant plus ou moins aux troubles de personnalité limite. La dépression abandonnique, symptôme majeur des organisations limites de personnalité (101), se caractérise par un effondrement narcissique majeur, dû à une absence ou perte d'objet, exprimant une angoisse massive d'abandon. Les accès de rage auto- ou hétéro-agressifs y remplacent l'habituelle culpabilité du sujet mélancolique. Ce fonctionnement anaclitique (signifiant en grec ancien « penché en arrière, régressant ») (102) entraîne des passages à l'acte impulsifs, qui peuvent être une voie de décharge sidérant la pensée et ressentie parfois comme seul recours contre l'angoisse.

A l'intérieur des organisations limites de personnalité peuvent être distingués deux sous-types cliniques : la personnalité narcissique, caractérisée notamment par une prépondérance de l'investissement narcissique aux dépens de l'investissement objectal ; la personnalité anaclitique, totalement subordonnée à l'autre et sujette à des effondrements narcissiques majeurs dans les moments d'abandon réels ou imaginaires.

Il existe un intérêt psychothérapeutique au rapprochement dépressions résistantes - troubles de personnalité (spécialement limites). En 2005, Blatt et Zuroff se sont intéressés à l'influence que pouvait avoir la personnalité des patients dépressifs sur les résultats de psychothérapies brèves. A partir des résultats du programme collaboratif de recherche sur le traitement de la dépression, entrepris dans les années 1980 et soutenu par le NIMH, ils ont étudié l'impact du type de personnalité des patients dépressifs sur l'alliance thérapeutique (103). Ils ont distingué deux grands types de personnalité selon deux dimensions fondamentales : la définition de soi et la relation à autrui. Appliquées à la dépression, ces deux notions permettent de distinguer les deux types cliniques de dépression précédemment décrits : la dépression narcissique et la dépression anaclitique. Blatt et Zuroff ont conclu que les résultats avaient été moindres chez les patients dépressifs ayant une personnalité narcissique, possiblement du fait de leur plus faible capacité à s'engager dans la relation thérapeutique.

A la lumière de tous ces éléments de réflexion, nous réaffirmons donc le caractère essentiel de l'évaluation, par les médecins généralistes, de la sévérité des épisodes dépressifs et de la personnalité des patients atteints, non seulement pour le pronostic mais aussi pour la conduite du traitement, qu'il soit médicamenteux et/ou psychothérapeutique.

VII. La psychothérapie de soutien pourrait être pratiquée par différentes professions

A. Conceptualisation de la psychothérapie de soutien

La psychothérapie de soutien semble ne pas être réservée aux psychiatres. Elle pourrait être pratiquée par plusieurs autres professions : médecin de famille, psychologue, assistante sociale ou éducateur. Il semble possible d'établir un socle de définitions communes de la psychothérapie de soutien qui serait pratiquée par plusieurs professions. Ce qui n'est pas interchangeable appartient davantage à la personnalité du thérapeute et à la relation interpersonnelle qu'il noue avec son patient, plutôt qu'à telle forme de psychothérapie de soutien qui serait pratiquée par telle profession (40).

A partir d'un socle commun de la psychothérapie de soutien, chaque profession apte à la mettre en pratique pourrait définir les connaissances psychopathologiques et les capacités psychodiagnostiques à acquérir dans sa discipline. Cela permettrait ensuite de définir précisément la configuration pratique de la psychothérapie de soutien selon le cadre professionnel. Ces deux conditions garantirait que la psychothérapie de soutien soit conceptualisée, et puisse être enseignée et pratiquée par des thérapeutes formés, quelle que soit leur profession. Ainsi serait évitée la confusion de tout processus relationnel avec une authentique psychothérapie.

Nous pensons que la psychothérapie de soutien doit conserver cette appellation quelle que soit la profession qui l'applique. La nommer « psychothérapie spécifique » dans le cas du médecin généraliste n'est pas justifié et ajouterait même une confusion sémantique et théorique, dans un domaine où il existerait deux cents méthodes psychothérapeutiques et quatre cents techniques référencées (36).

Dans sa définition de la psychothérapie de soutien, Schmitt utilise un continuum de gravité selon l'altération psychopathologique du patient. Schématiquement, les patients les plus sévèrement atteints ont un fonctionnement socioprofessionnel très

altéré et des relations interpersonnelles très perturbées, expliquant le plus souvent un repli sur soi. Au centre de ce continuum se situent des patients dont le fonctionnement socioprofessionnel et les relations interpersonnelles sont alternativement sources de problèmes ou de réussite pour affronter les difficultés quotidiennes. A l'autre extrémité de ce continuum se situent les sujets les mieux portants, aux comportements adaptatifs et aux relations équilibrées (32).

Dans le contexte de l'application à la médecine générale, il semble possible d'établir un parallèle entre ce continuum et celui proposé par Velluet sous la forme de la théorie des trois espaces de la relation thérapeutique en médecine générale. Schématiquement, dans l'espace primaire, le médecin généraliste gère les problèmes d'un patient régressif et dépendant sur le plan psychologique, en jouant le rôle de « pare-excitations » auxiliaire. Dans l'espace transitionnel, le médecin généraliste négocie avec le patient la manière de gérer ses difficultés. Dans l'espace d'autonomisation, le patient a conscience de son individualité et de son unité somatopsychique et est capable de gérer seul ses difficultés (104). Chaque espace correspondrait à chaque stade du continuum de gravité psychopathologique. Cette comparaison pourrait constituer une des bases de la conceptualisation de la psychothérapie de soutien en médecine générale.

B. Formation psychothérapeutique des médecins généralistes

Il nous semble important de rappeler les travaux précurseurs de Michael Balint. Cet auteur a contribué à façonner un type psychodynamique de formation psychothérapeutique des médecins généralistes. Pour lui, les techniques psychothérapeutiques ne s'acquièrent pas dans les livres (105). L'acquisition de l'aptitude psychothérapeutique, qui est un savoir-faire, implique inévitablement un changement limité, bien que considérable, de la personnalité du médecin (106).

L'efficacité de n'importe quel traitement psychothérapeutique est largement déterminée par l'interrelation des deux groupes de schémas automatiques de réactions affectives du médecin et du patient. Cette efficacité est donc déterminée par la manière dont s'accordent l'un à l'autre le contre-transfert du médecin et le transfert du patient. Afin de pouvoir « accrocher » mieux et avec un plus grand nombre de patients, le médecin doit pouvoir disposer d'une large gamme de réponses, c'est-à-dire qu'il doit prendre conscience de ses propres schémas automatiques et acquérir progressivement un certain degré de liberté à leur égard.

Balint a élaboré une formation psychothérapeutique basée essentiellement sur l'étude du contre-transfert des médecins. Son but est de leur faire prendre conscience, intellectuellement et affectivement, des processus inconscients. Cette formation se base sur la méthode des groupes, et permet d'éviter de passer par l'analyse personnelle (106). Le groupe Balint, composé d'environ huit à dix médecins généralistes, leur apporte une formation psychothérapeutique basée uniquement sur la discussion hebdomadaire de leurs propres rapports de cas. Cette formation (107) permettrait d'améliorer :

- la capacité à identifier un sentiment intérieur (analyse du contre-transfert) ;
- la capacité à faire preuve de réceptivité (écoute des autres) ;
- la capacité à répondre à la demande affective d'une autre personne (analyse du transfert).

C. La pratique effective de la psychothérapie de soutien par les médecins généralistes pourrait déboucher sur son évaluation future

Selon Moreau et Boussageon (108), pour dégager les bases conceptuelles de la dimension psychothérapeutique de l'« effet-médecin » en soins primaires, il est nécessaire de mettre en place des essais contrôlés randomisés (ECR) qui permettront d'en évaluer l'efficacité en pratique.

Pour évaluer l'efficacité globale de la psychothérapie de soutien, pratiquée par des médecins généralistes formés, dans le traitement des épisodes dépressifs, la méthodologie de l'ECR est adaptée. Mais pour analyser les effets des différentes techniques psychothérapeutiques et les processus à l'œuvre, dans la psychothérapie de soutien qui serait pratiquée par les médecins généralistes, il nous semble que la méthodologie des ECR est inadaptée. Nous apportons les éléments nécessaires à la compréhension de ce point de vue.

1. Quelques repères historiques de l'évaluation des psychothérapies

L'évaluation des psychothérapies a réellement débuté aux alentours de 1920. Après plusieurs phases d'évolution ayant abouti à l'établissement d'une efficacité réelle de la psychothérapie en général, un tournant méthodologique est intervenu entre 1985 et 1995. A cette époque, les sociétés savantes américaines, comme le NIMH ou l'APA, ont suivi la logique de l'« evidence-based medicine » (EBM) et

décidé de faire appliquer à l'évaluation des psychothérapies la même méthodologie que celle utilisée dans la recherche pharmaceutique, celle de l'ECR.

A partir de 1998 ont lieu différentes mises à jour des interventions psychologiques dites soutenues (validées) empiriquement (109). En France, c'est l'expertise collective INSERM de 2004 qui a produit une liste de psychothérapies validées empiriquement.

2. Les essais contrôlés randomisés et leurs limites

Dans le raisonnement statistique adopté par l'EBM, le clinicien idéal prend sa décision thérapeutique via une déduction logique basée sur des prémisses validées statistiquement, synonymes de « lois statistiques » ou de « preuves ». Ces preuves statistiques sont formulées à partir de données reflétant l'évolution normale moyenne d'un patient moyen, atteint d'un type de maladie, à laquelle on applique une technique standardisée. Les informations sont déjà acquises, et le recours à l'expérience propre du clinicien, ou à toutes autres sources extérieures à l'EBM, est strictement banni. Les éléments du contexte de l'action thérapeutique ne sont pas pris en compte dans ce jugement clinique.

Dans l'EBM, les motifs guidant l'action thérapeutique du clinicien sont une loi statistique, universelle, considérant l'action thérapeutique comme une action causale sur un trouble que l'on peut isoler de son contexte. Ici, une logique de prescription d'une technique, basée sur des énoncés validés statistiquement, est à l'œuvre. Ce modèle fournit des « preuves publiques » dans un débat qui peut être clos par des résultats numériques validés (37).

La logique de l'EBM peut être appliquée à l'évaluation des psychothérapies si une relation linéaire univoque est envisagée entre le symptôme et le trouble mental. Cette association linéaire correspond à la logique du DSM qui définit les troubles mentaux à partir de critères symptomatiques athéoriques. Ce mode de raisonnement établit en quelque sorte une équivalence entre le symptôme et le trouble, la correction de la manifestation clinique correspondant à celle de l'essence pathologique. Un objectif thérapeutique centré sur la disparition du symptôme est alors parfaitement justifié.

Les ECR sont des études de groupe de patients « homogènes », où l'agrégation des données précède leur analyse. Ils sont réalisés dans des conditions idéales de laboratoire (36) utilisées pour que l'effet constaté puisse bien être attribué

au traitement testé, garantissant aux résultats leur validité interne. Parmi ces conditions figurent la répartition au hasard des patients entre les groupes de traitement et de contrôle, et la réalisation des évaluations en aveugle.

Découlant de cette description du raisonnement statistique inhérent à l'EBM et régissant les ECR, les limites de ceux-ci, lorsqu'ils sont appliqués à l'évaluation des psychothérapies, apparaissent plus clairement. Elles concernent principalement(109) :

- le diagnostic : il est réduit à un trouble mental unique, circonscrit, généralement défini par des critères symptomatiques athéoriques ;
- l'application rigide de protocoles psychothérapeutiques préconstruits, sans possibilité de cerner les ingrédients actifs au sein des interventions psychothérapeutiques ;
- des indicateurs de résultats sommaires, consistant en mesures de symptômes ;
- la randomisation des patients, qui affaiblit la validité clinique de l'étude ;
- l'absence de prise en compte des médiateurs (variables impliquées dans le processus de changement) et des modérateurs (variables de contexte influençant la force et la direction d'une association entre un traitement et un résultat).

3. L'analyse systématique de cas isolés et l'appariement de cas isolés

Dans le raisonnement par cas, la démarche thérapeutique est inductive. La généralité n'est pas donnée au départ. Ici, elle est à concevoir comme une règle ou un ensemble de règles qui donnent un sens à des procédures codifiées, dans un domaine précis d'application, pour un résultat visé. Les idées générales sont convoquées pour rendre des faits concevables et donc les observer. Plus cette description de faits est précise et plus l'éventuelle singularité du cas émerge par rapport à d'autres cas. Ce sont donc des analogies et des comparaisons avec des cas similaires qui permettent de cartographier une situation et de tirer des conclusions pour agir. La résolution du problème clinique est présomptive. Le praticien se trouve dans une posture de prudence, d'observation active et continue, qui lui permet, au fur et à mesure de l'évolution de la situation problématique, de valider la solution ou de la réfuter. Dans le raisonnement par cas, c'est la définition du contexte, qui inclut le thérapeute, et son articulation avec le problème du patient,

qui vont guider l'application de telle ou telle règle thérapeutique. Ici, une logique de recombinaison des phénomènes observés est à l'œuvre, qui fournit des « preuves privées » (37) propres à la relation particulière entre le thérapeute et son patient.

Les études de cas sont davantage centrées sur les spécificités individuelles et sur les processus thérapeutiques, et permettent de mesurer l'effet d'interventions ou d'interactions psychothérapeutiques individualisées. Elles peuvent porter uniquement sur les résultats (étude de résultats), se centrer sur le processus lui-même, son déroulement et les interactions qui s'y produisent (étude de processus), ou mettre en relation les résultats avec les étapes de la psychothérapie et les éléments qui y sont repérables (étude processus-résultats).

Après avoir longtemps paru inaccessible, la généralisation des résultats des études de cas semblerait aujourd'hui permise, notamment par le regroupement de cas recueillis suivant une méthodologie rigoureuse qui intègre les principales caractéristiques du processus psychothérapeutique. Ainsi, dans les études de cas regroupés ou appariés, à l'inverse des ECR, l'analyse des données précède bien leur agrégation (36).

A l'heure actuelle, il existe des possibilités pour rendre le dialogue possible entre les tenants des ECR et ceux des études de cas, entre les chercheurs prônant un raisonnement statistique et les cliniciens usant de la casuistique. Ces échanges possibles reposent sur l'accord préalable autour de la clarté de la définition des procédures psychothérapeutiques. Le consensus sur les procédures autorise ensuite la reproductibilité d'un phénomène et donc son observation critique (37).

De nouvelles perspectives de recherche et d'évaluation peuvent se développer en mettant l'accent sur les études cliniques en situation réelle, avec l'abandon des approches psychothérapeutiques par « marques », la spécification des ingrédients actifs en psychothérapie et l'analyse des processus de changement. L'utilisation des technologies modernes, permettant la mise en relation des données et la comparaison des résultats dans un travail de réseau (109), est tout à fait envisageable dans le futur chez des médecins généralistes pratiquant une psychothérapie de soutien codifiée et s'appuyant sur leurs dossiers patients informatisés.

CONCLUSION

La psychothérapie de soutien est une approche psychothérapeutique de premier recours, adaptative et pouvant être appliquée à un grand nombre de souffrances d'ordre psychopathologique. L'absence de conceptualisation d'une psychothérapie de soutien applicable par des médecins généralistes formés est dommageable, autant pour les patients que pour les praticiens eux-mêmes.

Le recours à un diagnostic uniquement catégoriel et symptomatique de dépression, qui ne sollicite que peu leurs capacités psychodiagnostiques, ne contribue pas non plus à la reconnaissance de leurs compétences spécifiques.

L'absence d'évolution de ces deux aptitudes professionnelles relatives à la prise en charge de la dépression semble comporter deux risques non négligeables.

L'un est la confusion progressive du soutien psychologique non formalisé des médecins généralistes avec un ensemble d'autres pratiques d'orientation, d'aide et de soutien, diversement appelées thérapies de conseil, « counselling » ou « coaching », qui, malgré les apparences, ne sont pas des psychothérapies et ne soignent pas des personnes malades.

L'autre risque est la persistance du problème de santé publique représenté par la dépression. Son extension grandissante dans nos sociétés contemporaines est fondamentalement liée à un bouleversement des critères des classifications nosologiques. Cette amplification peut aussi être rapportée à l'influence prépondérante du paradigme moderne de l'individualisme, dont les exigences corrélatives d'autonomie, de productivité et de performance participent, autant que les catégories diagnostiques en vigueur, à une redéfinition des limites de la normalité.

Il semble que les politiques actuelles soient bien plus favorables à la prévention et au traitement d'une maladie très répandue qu'à la prévention et au traitement des problèmes sociaux reconnus pour la provoquer en grande partie. Dès lors, face à toutes ces évolutions, le médecin généraliste doit trouver la meilleure façon de s'adapter. Dans la prise en charge de la dépression, il devrait donc développer des compétences aussi bien thérapeutiques, dans le maniement des différents traitements médicamenteux ou psychothérapeutiques, que diagnostiques, dans

l'évaluation de ce qui est ou n'est pas une maladie dépressive, dans un contexte de forte demande sociale tendant à assimiler la santé à l'absence de toute souffrance inhérente à l'existence humaine.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Robins LN, Regier DA. Psychiatric disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area study. The Free Press; 1991.
2. Kessler RC, Nelson CB, McGonagle KA, Liu J, Swartz M, Blazer DG. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *Br J Psychiatry Suppl.* Juin 1996;(30):17-30.
3. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA J Am Med Assoc.* 18 juin 2003;289(23):3095-3105.
4. Lamboy B, Léon C, Guilbert P. Troubles dépressifs et recours aux soins dans la population française à partir des données du Baromètre Santé 2005. *Revue D'Épidémiologie Santé Publique.* Mars 2007;55(3):222-227.
5. Beck F, Guignard R. La dépression en France (2005-2010): prévalence, recours au soin et sentiment d'information de la population. *Santé Homme.* Oct 2012;421:43-45.
6. Société Française de Médecine Générale. Observatoire de la Médecine Générale; 2010 [cité 17 août 2014]. Disponible sur: <http://omg.sfm.org/content/donnees/donnees.php>
7. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. *Études Résultats - DREES.* Sept 2012 [cité 17 févr 2013] ;(810). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er810.pdf>
8. AFSSAPS. RBP/Bon usage des médicaments dans le traitement des troubles dépressifs et des troubles anxieux de l'adulte. 2006. Disponible sur: http://www.info-depression.fr/dist/_doc/004_reco_antide_presseur_adultes.pdf
9. American Psychiatric Association, Task Force for the Handbook of Psychiatric Measures, Rush AJ. Handbook of psychiatric measures. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
10. ANAES, Service Recommandations professionnelles. Prise en charge d'un épisode dépressif isolé de l'adulte en ambulatoire. Paris: Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé; Mai 2002.
11. Canceil O, Cottraux J, Falissard B, Flament M, Miermont J, Swendsen J, et al. Psychothérapie : trois approches évaluées. Éditions INSERM;2004 [cité 6 déc 2012]. Disponible sur: <http://lara.inist.fr/handle/2332/1323>

12. Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial Severity and Antidepressant Benefits: A Meta-Analysis of Data Submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med.* 26 févr 2008;5(2):e45.
13. ANSM. Efficacité des antidépresseurs - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. [cité 18 mai 2014]. Disponible sur: [http://www.ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiques-Points-presse/Efficacite-des-antidepresseurs/\(language\)/fre-FR](http://www.ansm.sante.fr/S-informer/Presse-Communiques-Points-presse/Efficacite-des-antidepresseurs/(language)/fre-FR)
14. Mercier A, Kerhuel N, Stalnikiewitz B, Aulanier S, Boulnois C, Bécrot 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.* Juin 2010;36:D73-D82.
15. Boussageon R, Gilbert D. Traitement de la dépression de l'adulte en médecine générale. Les antidépresseurs sont-ils efficaces ? Une revue de la littérature. *Médecine.* Janv 2012; 8(1):20-23.
16. Arroll B, Elley CR, Fishman T, Goodyear-Smith FA, Kenealy T, Blashki G, et al. Antidepressants versus placebo for depression in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(3):CD007954.
17. Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, et al. Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA J Am Med Assoc.* 6 janv 2010;303(1):47-53.
18. Kirsch I. *The emperor's new drugs: exploding the antidepressant myth.* London: Bodley Head; 2009. Trad. française: *Dépression: le mensonge des antidépresseurs... et les vraies pistes de guérison.* Donnamarie-Dontilly: Mosaïque-Santé; 2013.
19. Ouazana A, Druais P-L. Prise en charge du patient déprimé en médecine générale. In: Goudemand M. *Les états dépressifs.* Paris: Médecine sciences publications-Lavoisier; 2010.
20. ORS Pays de la Loire, URPS-ml Pays de la Loire. La prise en charge de la dépression en médecine générale dans les Pays de la Loire; Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine libérale; Mars 2013. [cité 17 sept 2013]. Disponible sur: http://www.urps-ml-paysdelaloire.fr/uploads/Publications/R%C3%A9sultats%20d%20%C3%A9tudes/PANEL_2013_5_pecdepression_Panel2MGpdl.pdf
21. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale en région Nord-Pas-de-Calais. 2013 [cité 2 août 2014]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/nord_pas_de_calais_2013.pdf
22. Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Nord. Démographie des médecins généralistes libéraux du Nord. Données non publiées. Lille; Mars 2014.
23. Maillé O. *La place du sujet en médecine: des soins palliatifs à la médecine générale.* Montpellier: Sauramps médical; 2013.

24. Grünbaum A. Les fondements de la psychanalyse: une critique philosophique. Paris: Presses Universitaires de France; 1996.
25. Jeannerod M, Georgieff N. Psychanalyse et science(s). Paris: Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier, SAS), Psychiatrie, 37-811-A-30, 2000. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/4249/resultatrecherche/10>
26. Widlöcher D. Les nouvelles cartes de la psychanalyse. Paris: O. Jacob; 1996.
27. Advenier F. Quels liens entre le raisonnement pratique et la théorie ? Le cas de la psychanalyse. In: Fischman G. L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse: fondements et enjeux. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2009.
28. Freud S. Introduction à la psychanalyse. Paris: Payot; 2001. 1^{ère} édition en 1916.
29. Chappuis R. La psychologie des relations humaines. Paris: Presses Universitaires de France; 2011.
30. Dictionnaire français Larousse. Définitions : soutenir. [cité 20 août 2014]. Disponible sur: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soutenir/73974>
31. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Définition de "soutenir". [cité 10 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/soutenir>
32. Schmitt L. Du soutien à la psychothérapie de soutien. In: Schmitt L. Psychothérapie de soutien. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012.
33. Strupp H. H. Psychotherapy research and practice: an overview. Handbook of psychotherapy and behavior change: an empirical analysis. Wiley; 1978.
34. Meltzoff J, Kornreich M. Research in psychotherapy. Atherton Press; 1970.
35. Grencavage LM, Norcross JC. Where are the commonalities among the therapeutic common factors? Prof Psychol Res Pract. 1990;21(5):372-378.
36. Thurin J-M, Thurin M. Évaluer les psychothérapies: méthodes et pratiques. Paris: Dunod; 2007.
37. Advenier F. Le raisonnement pratique : entre casuistique et statistique ? Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. mars 2010;168(2):152-155.
38. Schneider PB. Propédeutique d'une psychothérapie. Paris: Payot; 1976.
39. Crown S. Supportive psychotherapy: a contradiction in terms? Br J Psychiatry J Ment Sci. févr 1988;152:266-269.
40. Schmitt L, Girard M. Controverse autour de la psychothérapie de soutien. In: Schmitt L. Psychothérapie de soutien. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012.

41. Holmes J. Attachment theory: a biological basis for psychotherapy? *Br J Psychiatry*. 10 janv 1993;163(4):430-438.
42. Reuchlin M. Histoire de la psychologie. Paris: Presses Universitaires de France; 2003.
43. Kapsambelis V. Psychiatrie et psychanalyse. In: Kapsambelis V. Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte. Paris: PUF; 2011.
44. Weyeneth M, Ambresin G, Carballeira Y, Contesse V, Crivii C, Glauser F, et al. La psychothérapie de soutien : un pas vers l'éclectisme. *Psychothérapies*. Juin 2004;Vol. 24(2):73-86.
45. Buckley P. Self psychology, object relations theory and supportive psychotherapy. *Am J Psychother*. 1994;48(4):519-529.
46. Thurin J-M. Psychanalyse et psychothérapie. Paris: EMC - Psychiatrie, 37-810-F-50, Janv 2010;7(2):1-12.
47. Hellerstein DJ, Rosenthal RN, Pinsker H, Samstag LW, Muran JC, Winston A. A randomized prospective study comparing supportive and dynamic therapies. Outcome and alliance. *J Psychother Pract Res*. 1998;7(4):261-271.
48. Verrier P et al. La psychothérapie de soutien d'inspiration psychanalytique. In: Doucet P, Reid W. La psychothérapie psychanalytique: une diversité de champs cliniques. Montréal: Gaëtan Morin; 1996.
49. Rogers CR. The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J Consult Psychol*. 1957;21(2):95-103.
50. Gelso CJ, Carter JA. The Relationship in Counseling and Psychotherapy Components, Consequences, and Theoretical Antecedents. *Couns Psychol*. 4 janv 1985;13(2):155-243.
51. Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychother Theory Res Pract*. 1979;16(3):252-260.
52. Lapeyronnie. Du soutien dans la psychothérapie. Sept 2005 [cité 17 sept 2013]. Disponible sur: <http://www.techniques-psychotherapiques.org/Pratiques/soutien.html>
53. Safran JD, Muran JC. Negotiating the Therapeutic Alliance: A Relational Treatment Guide. New York: The Guilford Press; 2003.
54. Barber JP, Stratt R, Halperin G, Connolly MB. Supportive Techniques. *J Psychother Pract Res*. 2001;10(3):165-172.
55. Despland J-N, de Roten Y, Despars J, Stigler M, Perry JC. Contribution of Patient Defense Mechanisms and Therapist Interventions to the Development of Early Therapeutic Alliance in a Brief Psychodynamic Investigation. *J Psychother Pract Res*. 2001;10(3):155-164.

56. Pinsof WM. Integrative problem-centered therapy: a synthesis of family, individual, and biological therapies. New York, NY: BasicBooks; 1995.
57. Ionescu S, Jacquet M-M, Lhote, Claude. Les mécanismes de défense: théorie et clinique. Paris: Armand Colin; 2012.
58. Rockland LH. Supportive Therapy Borderline. New York: Guilford Press; 1992.
59. Freud S. Au-delà du principe du plaisir. Paris: Presses Universitaires de France; 2010. 1^{ère} édition en 1920.
60. Freud S. Cinq psychanalyses. Paris: Presses Universitaires de France; 1993. 1^{ère} édition en 1909.
61. Widlöcher D. Concept de névrose. EMC - Psychiatrie;9(3):1-0 [Article 37-300-A-10];1998 [cité 23 janv 2014]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/4167/resultatrecherche/58>
62. Chabert C. Le point de vue structural chez Freud. Le fonctionnement psychique ; le transfert. EMC - Psychiatrie:1-0 [Article 37-810-F-20];1996. [cité 3 juin 2014]; Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/4244/resultatrecherche/1>
63. Lagache D. Le transfert et autres travaux psychanalytiques. Paris; 1980.
64. Perrot E (de). La psychothérapie de soutien: une perspective psychanalytique. Bruxelles: De Boeck Université; 2006.
65. Rouillon F. Les troubles dépressifs: guide pratique. John Libbey Eurotext; 1997.
66. Ward E, King M, Lloyd M, Bower P, Sibbald B, Farrelly S, et al. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. I: Clinical effectiveness. BMJ. 2 déc 2000;321(7273):1383-1388.
67. Gourmet E. Place et utilisation des psychothérapies dans la prise en charge du sujet dépressif par le médecin généraliste. Thèse méd. Lyon, Faculté de Médecine, 1998.
68. Moreau A., Le Goaziou M.-F. Place de la psychothérapie dans la prise en charge de la dépression en médecine générale. Exercer. févr 2003;(66):11-14.
69. Guyotat J. Psychothérapies médicales. Paris; 1978.
70. Tranchée-Vergé V. De la fonction psychothérapeutique du médecin généraliste: Attitude psychothérapeutique, psychothérapie de soutien, psychothérapie spécifique ? Étude qualitative auprès de 18 médecins généralistes dans la Vienne. Thèse méd. Poitiers, Faculté de Médecine et de Pharmacie, 2008 [cité 9 juin 2013]. Disponible sur: http://www.cogemspc.fr/theses/liste_these/these_verge.html

71. Warwick B. Prise en charge psychologique d'un patient déprimé en médecine générale: étude d'observation des pratiques dans les Yvelines. Thèse méd. Université de Versailles-Saint Quentin en Yvelines, 2009.
72. Horwitz AV, Wakefield JC. Tristesse avec ou sans cause dans l'histoire. In: Horwitz AV, Wakefield JC. Tristesse ou dépression? Comment la psychiatrie a médicalisé nos tristesses. Wavre (Belgique): Mardaga; 2010. Titre original: The Loss of Sadness: How Psychiatry Transformed Normal Sorrow Into Depressive Disorder, First Edition. Oxford University Press; 2007.
73. Akiskal HS, McKinney WT. Depressive disorders: toward a unified hypothesis. *Science*. 5 oct 1973;182(4107):20-29.
74. American Psychiatric Association. DSM-III. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition). American Psychiatric Association; 1980.
75. Ehrenberg A. La fatigue d'être soi: dépression et société. Paris: Odile Jacob; 2000.
76. Jeanneau A. Etats dépressifs et mélancoliques. In: Kapsambelis V. Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte. Paris: PUF; 2011.
77. Wakefield JC. The concept of mental disorder: On the boundary between biological facts and social values. *Am Psychol*. 1992;47(3):373-388.
78. Horwitz AV, Wakefield JC. Qu'est-ce que la tristesse normale ? In: Horwitz AV, Wakefield JC. Tristesse ou dépression ? Comment la psychiatrie a médicalisé nos tristesses. Wavre (Belgique): Mardaga; 2010. Titre original: Ibid.
79. Bowlby J. Attachement et perte: tristesse et dépression. La perte. Presses Universitaires de France; 1984.
80. Horwitz AV, Wakefield JC. Qu'est-ce que la dépression ? In: Horwitz AV, Wakefield JC. Tristesse ou dépression ? Comment la psychiatrie a médicalisé nos tristesses. Wavre (Belgique): Mardaga; 2010. Titre original: Ibid.
81. Horwitz AV, Wakefield JC. La dépression au XXème siècle. In: Horwitz AV, Wakefield JC. Tristesse ou dépression? Comment la psychiatrie a médicalisé nos tristesses. Wavre (Belgique): Mardaga; 2010. Titre original: Ibid.
82. Horwitz AV, Wakefield JC. La dépression dans le DSM-IV. In: Horwitz AV, Wakefield JC. Tristesse ou dépression? Comment la psychiatrie a médicalisé nos tristesses. Wavre (Belgique): Mardaga; 2010. Titre original: Ibid.
83. American Psychiatric Association. Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. [cité 18 févr 2014]. Disponible sur: <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>

84. Haute Autorité de Santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en premier recours - Note de cadrage. Mai 2014. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-05/note_cadrage_episode_depressif_premier_recours_-_version_validee_par_le_college_-_mai_2014.pdf
85. Karp DA. Speaking of Sadness: Depression, Disconnection, and the Meanings of Illness. Edition: Reprint. New York: OUP USA; 1997.
86. Horwitz AV, Wakefield JC. La diffusion de la maladie dans la société. In: Horwitz AV, Wakefield JC. Tristesse ou dépression ? Comment la psychiatrie a médicalisé nos tristesses. Wavre (Belgique): Mardaga; 2010. Titre original: Ibid.
87. Greenberg PE, Stiglin LE, Finkelstein SN, Berndt ER. The economic burden of depression in 1990. *J Clin Psychiatry*. nov 1993;54(11):405-418.
88. Hirschfeld RM, Keller MB, Panico S, Arons BS, Barlow D, Davidoff F, et al. The National Depressive and Manic-Depressive Association consensus statement on the undertreatment of depression. *JAMA J Am Med Assoc*. 22 janv 1997;277(4):333-340.
89. Office of the Surgeon General (US), Center for Mental Health Services (US), National Institute of Mental Health (US). Mental Health: Culture, Race, and Ethnicity: A Supplement to Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville (MD): Substance Abuse and Mental Health Services Administration (US); 2001 [cité 20 août 2014]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK44243/>
90. Kendler KS, Gardner CO. Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. *Am J Psychiatry*. févr 1998;155(2):172-177.
91. Katon W, Von Korff M, Lin E, Unützer J, Simon G, Walker E, et al. Population-based care of depression: effective disease management strategies to decrease prevalence. *Gen Hosp Psychiatry*. mai 1997;19(3):169-178.
92. Löwe B, Spitzer RL, Gräfe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S, et al. Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. *J Affect Disord*. févr 2004;78(2):131-140.
93. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy FV, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA J Am Med Assoc*. 14 déc 1994;272(22):1749-1756.
94. Horwitz AV, Wakefield JC. La tristesse sous surveillance. In: Horwitz AV, Wakefield JC. Tristesse ou dépression? Comment la psychiatrie a médicalisé nos tristesses. Wavre (Belgique): Mardaga; 2010. Titre original: Ibid.
95. Gallois P, Vallée J-P, Le Noc Y. Dépression en médecine générale. *Médecine*. 2013; 9(4):172-8.

96. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition). Leicester (UK): British Psychological Society; 2010 [cité 20 août 2014]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63748/>
97. Corruble E. Personnalité et vulnérabilité aux dépressions sévères. *L'Encéphale*. Déc 2009;35:S282-S285.
98. Courtet P, Vaïva G. Suicide et dépression. In: Goudemand M. Les états dépressifs. Paris: Médecine sciences publications-Lavoisier; 2010.
99. Kapsambelis V, Jeanneau A, Malgat R. Introduction aux troubles de l'humeur. In: Kapsambelis V. Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte. Paris: PUF; 2011.
100. Corruble E. Dépressions et troubles de la personnalité. In: Goudemand M. Les états dépressifs. Paris: Médecine sciences publications-Lavoisier; 2010.
101. Laugier F. Clinique et psychopathologie du groupe des états-limite. In: Kapsambelis V. Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte. Paris: PUF; 2011.
102. Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. Définition de "anaclitique". [cité 21 juill 2014]. Disponible sur: <http://www.cnrtl.fr/definition/anaclitique>
103. Blatt SJ, Zuroff DC. Empirical evaluation of the assumptions in identifying evidence based treatments in mental health. *Clin Psychol Rev*. juin 2005;25(4):459-486.
104. Velluet L. Le médecin, un psy qui s'ignore. Paris: L'Harmattan; 2006.
105. Balint M, Balint E. Techniques psychothérapeutiques en médecine. Paris: Payot & Rivages; 2006. 1^{ère} édition en 1961.
106. Balint M. Le Médecin, son malade et la maladie. Paris: Payot; 1963. 1^{ère} édition en 1957.
107. Jaury P. Groupes Balint. Paris: Encycl Méd Chir, Akos Encyclopédie Pratique de Médecine, 1-0015; 2003. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/18650/resultatrecherche/1>
108. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de "l'effet médecin" en soins primaires. Paris: Masson, Presse Méd; 35-967-73; 2006. Disponible sur: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/103079/resultatrecherche/1>
109. Thurin J-M. Limites de la médecine fondée sur des preuves et orientations actuelles : une nouvelle génération des recherches en psychothérapies. *Bull Psychol*. Juin 2006;486(6):575-584.

4. ANNEXES

Annexe 1 : Auto-questionnaire envoyé aux participants de l'étude

ENQUÊTE SUR LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉPRESSION PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU NORD

Chère Consœur, Cher Confrère,

Vous avez été sélectionné aléatoirement parmi les médecins généralistes du département du Nord pour participer à une étude sur les différentes pratiques de prise en charge de la dépression.

Nous vous demandons simplement de bien vouloir répondre aux 21 questions fermées qui suivent ; ceci prendra tout au plus 10 minutes de votre temps, aucune réponse libre n'étant requise.

L'anonymat de vos réponses sera préservé, pour cela nous vous demandons de nous retourner vos réponses via l'enveloppe pré-timbrée jointe au présent questionnaire.

Voici les questions :

1) Êtes-vous confronté au moins une fois par semaine à un patient dépressif ? (cocher **une** case)

- Oui
 Non

2) Prenez-vous en charge personnellement (c'est-à-dire seul, sans avis extérieur) vos patients dépressifs ? (cocher **une** case)

- Oui
 Non

Si réponse oui, répondez aux questions 3, 4 et 5.

Si réponse non, passez à la question 6.

3) Prescrivez-vous dès la 1^{ère} consultation un antidépresseur ? (cocher **une** case)

- Oui
 Non

- 4) Lorsque vous prescrivez un antidépresseur à vos patients dépressifs, quel(s) autre(s) médicament(s) lui associez-vous généralement ? (cocher **une, deux, trois ou quatre** cases)
- Une benzodiazépine
 - Un thymorégulateur (lithium, dérivé de l'acide valproïque ou carbamazépine)
 - Un neuroleptique
 - Un médicament d'une autre classe pharmacologique
 - Rien d'autre qu'un antidépresseur
- 5) A quelle fréquence moyenne voyez-vous vos patients dépressifs en début de prise en charge ? (cocher **une** case)
- 2 fois par semaine
 - 1 fois par semaine
 - 1 fois par quinzaine
 - 1 fois par mois
- 6) Si vous ne prenez pas en charge personnellement vos patients dépressifs, à qui les adressez-vous généralement ? (cocher **une** case)
- À un psychiatre libéral
 - À un psychologue libéral
 - Au Centre Médico-Psychologique (CMP) de votre secteur
 - A une clinique psychiatrique
 - Aux urgences de l'hôpital le plus proche
- 7) Votre prise en charge des patients dépressifs inclut-elle la pratique d'une psychothérapie de soutien ? (cocher **une** case)
- Oui
 - Non
- 8) Avez-vous été formé spécifiquement à la pratique de la psychothérapie de soutien pour vos patients dépressifs ? (cocher **une** case)
- Oui
 - Non

Si réponse oui, répondez à la question 9.

Si réponse non, passez à la question 10.

- 9) Dans quel contexte avez-vous été formé à cette psychothérapie de soutien ? (cocher **une** case)
- Lors du Troisième Cycle des Études Médicales (c'est-à-dire lors de l'internat)
 - Lors de plusieurs séminaires obligatoires de formation continue
 - Lors d'une initiative personnelle de formation pratique psychothérapique, seul ou en groupe
 - Autre, à préciser : _ _ _ _ _

- 10) Pour vous, quels sont les 3 symptômes vous paraissant les plus importants pour votre diagnostic de dépression ? (cocher trois cases)
- Fatigue
 - Anxiété
 - Ralentissement idéo-moteur
 - Sentiment d'incapacité
 - Insomnie
 - Tristesse
 - Nervosité ou irritabilité
 - Idéation suicidaire
 - Douleur morale
 - Sentiment excessif de culpabilité
 - Abolition de l'élan vital
- 11) Recherchez-vous une éventuelle cause organique aux syndromes dépressifs que vous prenez en charge ? (cocher une case)
- Tout à fait fréquemment
 - Plutôt fréquemment
 - Plutôt pas fréquemment
 - Pas du tout fréquemment
- 12) Recherchez-vous une éventuelle cause psychologique aux syndromes dépressifs que vous prenez en charge ? (cocher une case)
- Tout à fait fréquemment
 - Plutôt fréquemment
 - Plutôt pas fréquemment
 - Pas du tout fréquemment
- 13) Quel objectif thérapeutique principal poursuivez-vous généralement ? (cocher une case)
- Réduire les symptômes de vos patients dépressifs
 - Maintenir l'activité professionnelle et/ou la vie en société de vos patients dépressifs
 - Aider vos patients dépressifs à affronter leurs difficultés psychologiques
- 14) Selon vous, quelles sont les 2 mesures qui permettraient de réduire l'impact actuel de la dépression sur la santé publique ? (cocher deux cases)
- Augmentation du nombre de médecins généralistes et de psychiatres
 - Création de cliniques psychiatriques
 - Augmentation du recours des médecins (généralistes ou psychiatres) aux assistants de service social
 - Remboursement des consultations avec les psychologues libéraux
 - Amélioration de la communication entre médecins généralistes d'une part et psychiatres ou psychologues d'autre part
 - Amélioration de la formation des médecins généralistes à la compétence psychothérapeutique
 - Une autre alternative, à préciser : _ _ _ _ _

15) Recourez-vous systématiquement aux critères du Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux - 4^{ème} version (ou DSM - 4) pour poser votre diagnostic de dépression ? (cocher **une** case)

- Oui
- Non

16) De manière générale, estimez-vous suffisante votre formation à la prise en charge de la dépression ? (cocher **une** case)

- Tout à fait d'accord
- Plutôt d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Pas du tout d'accord

17) Dans quel type de secteur exercez-vous ? (cocher **une** case)

- Urbain
- Périurbain
- Rural

18) Quel est votre mode d'exercice ? (cocher **une** case)

- Cabinet sans associé médecin
- Cabinet de groupe avec un ou plusieurs autre(s) médecin(s)

19) Quel est votre sexe ? (cocher **une** case)

- Femme
- Homme

20) Veuillez indiquer votre âge (en **chiffres**) :

– – ans

21) Veuillez indiquer le nombre moyen de patients vus par jour (en **chiffres**) :

– – patients vus / jour en moyenne

Avant de renvoyer vos réponses, nous vous prions de vérifier que l'identifiant à 3 chiffres noté en haut de votre questionnaire correspond bien à celui indiqué sur l'enveloppe-retour ci-jointe.

Nous vous remercions infiniment pour votre importante contribution.

Annexe 2 : Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur selon le DSM-4-TR

A. Au moins 5 des symptômes suivants doivent être présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir.

1- Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours signalée par le sujet (par exemple : se sent triste ou vide) ou observée par les autres (par exemple : pleure).

2- Diminution marquée de l'intérêt et du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observé par les autres)

3- Perte ou gain de poids significatif en absence de régime (par exemple : modification du poids corporel en 1 mois excédant 5 %) ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

4- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constatés par les autres, non limités à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

6- Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire prier ou se sentir coupable d'être malade).

8- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalées par le sujet ou observées par les autres).

9- Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères d'épisode mixte.

C. Les symptômes traduisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (par exemple une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou une affection médicale générale (par exemple : hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas expliqués par un deuil, c'est-à-dire après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de 2 mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides, de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur.

AUTEUR : BEKKOUCHE Mehdi

Date de Soutenance : 30 septembre 2014

Titre de la Thèse : Psychothérapie de soutien, médecins généralistes et patients dépressifs : enquête transversale auprès de 140 praticiens de soins primaires du Nord

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : Médecine Générale

DES de Médecine Générale

Mots-clés : psychothérapie de soutien ; relation médecin-patient ; médecin généraliste ; soins primaires ; patient dépressif ; dépression.

Contexte. La dépression est un lourd problème en médecine générale. La littérature médicale détaille beaucoup plus les traitements médicamenteux que les approches psychothérapeutiques en soins primaires, ce qui ne facilite pas la recherche d'alternatives aux antidépresseurs. L'objectif principal de l'étude était de déterminer la fréquence de pratique de la psychothérapie de soutien pour les patients dépressifs par les médecins généralistes du Nord. L'objectif secondaire était de rechercher des corrélations entre cette pratique et d'autres caractéristiques de l'exercice.

Matériels et méthodes. Cette étude transversale reposait sur l'envoi d'un auto-questionnaire à un échantillon aléatoire de 350 praticiens de soins primaires. Un modèle multivarié centré sur la variable « pratique de la psychothérapie de soutien » a été construit, à partir d'analyses univariées et bivariées, au risque α de 5 %.

Résultats. 140 questionnaires (40 %) ont pu être exploités. 60 % des répondants (IC 95 : [51,53 - 68,47]) ont déclaré pratiquer une psychothérapie de soutien pour leurs patients dépressifs. 11 % déclaraient être formés à cette pratique. 22 % prescrivaient un antidépresseur dès la 1^{ère} consultation avec un patient dépressif. 67 % souhaitaient le remboursement des consultations chez les psychologues libéraux. La prescription immédiate d'un antidépresseur (OR = 0,28 [0,1 - 0,79] ; $p = 0,018$) et le souhait de remboursement des soins des psychologues libéraux (OR = 0,33 [0,11 - 0,9] ; $p = 0,036$) étaient significativement associés à l'absence de recours à la pratique d'une psychothérapie de soutien. 46 % s'estimaient insuffisamment formés pour aider les patients dépressifs. Cette auto-estimation défavorable était significativement associée au souhait d'une amélioration de la formation à la psychothérapie de soutien ($p = 0,005$).

Conclusion. L'absence de conceptualisation d'une psychothérapie de soutien applicable par des médecins généralistes formés, explique que cette étude ait mis en évidence 60 % de praticiens déclarant recourir à cette modalité de soins mais délivrant, en réalité, un soutien psychologique inorganisé et non une psychothérapie de soutien codifiée pour les patients dépressifs.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Asseseurs : Monsieur le Professeur Guillaume VAÏVA, Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT, Monsieur le Docteur Marc BAYEN

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Luc TÉNÉDOS