

2024-2025

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en MEDECINE GENERALE.

La psychothérapie en médecine générale en Europe

CHANTEMARGUE Marc-Antoine

Né le 5 Novembre 1995 à Saint-Benoit-La-Forêt (37)

Sous la direction de Monsieur le Professeur BELLANGER William

Membres du jury

Monsieur le Professeur PY Thibaut | Président

Monsieur le Professeur BELLANGER William | Directeur

Monsieur le Docteur SERVANT Antoine | Membre

Soutenue publiquement le :

16 Octobre 2025



**FACULTÉ
DE SANTÉ**

UNIVERSITÉ D'ANGERS

ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussigné CHANTEMARGUE Marc-Antoine
Déclare être pleinement conscient que le plagiat de documents ou d'une
Partie d'un document publiée sur toutes formes de support, y compris l'internet,
Constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée.
En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées
Pour écrire ce rapport ou mémoire.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu (e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré (e) et méprisé(e) si j'y manque ».

LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTÉ DE SANTÉ D'ANGERS

Doyen de la Faculté : Pr Cédric ANNWEILER

Vice-Doyen de la Faculté et directeur du département de pharmacie : Pr
Sébastien FAURE

Directeur du département de médecine : Pr Vincent DUBEE

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

ABRAHAM Pierre	PHYSIOLOGIE	Médecine
ANGOULVANT Cécile	MEDECINE GENERALE	Médecine
ANNWEILER Cédric	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT	Médecine
ASFAR Pierre	REANIMATION	Médecine
AUBE Christophe	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine
AUGUSTO Jean-François	NEPHROLOGIE	Médecine
BAUFRETON Christophe	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
BELLANGER William	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELONCLE François	REANIMATION	Médecine
BIERE Loïc	CARDIOLOGIE	Médecine
BIGOT Pierre	UROLOGIE	Médecine
BONNEAU Dominique	GENETIQUE	Médecine
BOUCHARA Jean-Philippe	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE	Médecine
BOUET Pierre-Emmanuel	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
BOURSIER Jérôme	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
BOUVARD Béatrice	RHUMATOLOGIE	Médecine
BRIET Marie	PHARMACOLOGIE	Médecine
CAMPONE Mario	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CAROLI-BOSC François-Xavier	GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE	Médecine
CASSEREAU Julien	NEUROLOGIE	Médecine
CLERE Nicolas	PHARMACOLOGIE / PHYSIOLOGIE	Pharmacie
COLIN Estelle	GENETIQUE	Médecine
CONNAN Laurent	MEDECINE GENERALE	Médecine
COPIN Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
COUTANT Régis	PEDIATRIE	Médecine
CUSTAUD Marc-Antoine	PHYSIOLOGIE	Médecine
CRAUSTE-MANCIET Sylvie	PHARMACOTECHNIE HOSPITALIERE	Pharmacie
DE CASABIANCA Catherine	MEDECINE GENERALE	Médecine
DERBRE Séverine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
DESCAMPS Philippe	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
D'ESCATHA Alexis	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine

DINOMAIS Mickaël	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION	Médecine
DUBEE Vincent	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES	Médecine
DUCANCELLE Alexandra	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
DUVERGER Philippe	PEDOPSYCHIATRIE	Médecine
EVEILLARD Matthieu	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
FAURE Sébastien	PHARMACOLOGIE PHYSIOLOGIE	Pharmacie
FOURNIER Henri-Dominique	ANATOMIE	Médecine
FOUQUET Olivier	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE	Médecine
FURBER Alain	CARDIOLOGIE	Médecine
GAGNADOUX Frédéric	PNEUMOLOGIE	Médecine
GOHIER Bénédicte	PSYCHIATRIE D'ADULTES	Médecine
GUARDIOLA Philippe	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
GUILET David	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
HUNAUULT-BERGER Mathilde	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
JEANNIN Pascale	IMMUNOLOGIE	Médecine
KAZOUR François	PSYCHIATRIE	Médecine
KEMPF Marie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE	Médecine
KUN-DARBOIS Daniel	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE	Médecine
LACOEUILLE FRANCK	RADIOPHARMACIE	Pharmacie
LACCOURREYE Laurent	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE	Médecine
LAGARCE Frédéric	BIOPHARMACIE	Pharmacie
LANDREAU Anne	BOTANIQUE/ MYCOLOGIE	Pharmacie
LASOCKI Sigismond	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION	Médecine
LEBDAI Souhil	UROLOGIE	Médecine
LEGENDRE Guillaume	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE	Médecine
LEGRAND Erick	RHUMATOLOGIE	Médecine
LEMEE Jean-Michel	NEUROCHIRURGIE	Médecine
LERMITE Emilie	CHIRURGIE GENERALE	Médecine
LEROLLE Nicolas	REANIMATION	Médecine
LIBOUBAN Hélène	HISTOLOGIE	Médecine
LUQUE PAZ Damien	HEMATOLOGIE BIOLOGIQUE	Médecine
MARCHAIS Véronique	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE	Pharmacie
MARTIN Ludovic	DERMATO-VERERELOGIE	Médecine
MAY-PANLOUP Pascale	BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION	Médecine
MENEI Philippe	NEUROCHIRURGIE	Médecine
MERCAT Alain	REANIMATION	Médecine
ORVAIN Corentin	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
PAISANT Anita	RADIOLOGIE	Médecine
PAPON Nicolas	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie

PASSIRANI Catherine	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
PELLIER Isabelle	PEDIATRIE	Médecine
PETIT Audrey	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
PICQUET Jean	CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE	Médecine
PODEVIN Guillaume	CHIRURGIE INFANTILE	Médecine
PROCACCIO Vincent	GENETIQUE	Médecine
PRUNIER Delphine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
PRUNIER Fabrice	CARDIOLOGIE	Médecine
PY Thibaut	MEDECINE GENERALE	Médecine
RAMOND-ROQUIN Aline	MEDECINE GENERALE	Médecine
REYNIER Pascal	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
RIOU Jérémie	BIostatistique	Pharmacie
RINEAU Emmanuel	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION	Médecine
RIQUIN Elise	PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE	Médecine
RODIEN Patrice	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
ROQUELAURE Yves	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL	Médecine
ROUGE-MAILLART Clotilde	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
ROUSSEAU Audrey	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROUSSEAU Pascal	CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE	Médecine
ROUSSELET Marie-Christine	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES	Médecine
ROY Pierre-Marie	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
SAULNIER Patrick	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
SERAPHIN Denis	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
SCHMIDT Aline	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
TESSIER-CAZENEUVE Christine	MEDECINE GENERALE	Médecine
TRZEPIZUR Wojciech	PNEUMOLOGIE	Médecine
UGO Valérie	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
URBAN Thierry	PNEUMOLOGIE	Médecine
VAN BOGAERT Patrick	PEDIATRIE	Médecine
VENARA Aurélien	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE	Médecine
VENIER-JULIENNE Marie-Claire	PHARMACOTECHNIE	Pharmacie
VERNY Christophe	NEUROLOGIE	Médecine
WILLOTEAUX Serge	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE	Médecine

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

AMMI Myriam	CHIRURGIE VASCULAIRE ET THORACIQUE	Médecine
BAGLIN Isabelle	CHIMIE THERAPEUTIQUE	Pharmacie

BASTIAT Guillaume	BIOPHYSIQUE ET BIOSTATISTIQUES	Pharmacie
BEAUVILLAIN Céline	IMMUNOLOGIE	Médecine
BEGUE Cyril	MEDECINE GENERALE	Médecine
BELIZNA Cristina	MEDECINE INTERNE	Médecine
BENOIT Jacqueline	PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BERNARD Florian	ANATOMIE	Médecine
BESSAGUET Flavien	PHYSIOLOGIE PHARMACOLOGIE	Pharmacie
BLANCHET Odile	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION	Médecine
BOISARD Séverine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
BOUCHER Sophie	ORL	Médecine
BRIET Claire	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES	Médecine
BRILLAND Benoit	NEPHROLOGIE	Médecine
BRIS Céline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
BRUGUIERE Antoine	PHARMACOGNOSIE	Pharmacie
CAPITAIN Olivier	CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE	Médecine
CHABRUN Floris	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Pharmacie
CHAO DE LA BARCA Juan- Manuel	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
CHOPIN Matthieu	MEDEECINE GENERALE	
CODRON Philippe	NEUROLOGIE	Médecine
DEMAS Josselin	SCIENCES DE LA READAPTATION	Médecine
DESHAYES Caroline	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE	Pharmacie
DOUILLET Delphine	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
FERRE Marc	BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
FORTRAT Jacques-Olivier	PHYSIOLOGIE	Médecine
GHALI Maria	MEDECINE GENERALE	Médecine
GUELFF Jessica	MEDECINE GENERALE	Médecine
HADJ MAHMOUD Dorra	IMMUNOLOGIE	Pharma
HAMEL Jean-François	BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE	Médicale
HAMON Cédric	MEDECINE GENERALE	Médecine
HELESBEUX Jean-Jacques	CHIMIE ORGANIQUE	Pharmacie
HERIVAUX Anaïs	BIOTECHNOLOGIE	Pharmacie
HINDRE François	BIOPHYSIQUE	Médecine
JOUSSET-THULLIER Nathalie	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE	Médecine
JUDALET-ILLAND Ghislaine	MEDECINE GENERALE	Médecine
KHIATI Salim	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE	Médecine
LEFEUVRE Caroline	BACTERIOLOGIE ; VIROLOGIE	Médecine
LEGEAY Samuel	PHARMACOCINETIQUE	Pharmacie
LEPELTIER Elise	CHIMIE GENERALE	Pharmacie
LETOURNEL Franck	BIOLOGIE CELLULAIRE	Médecine
MABILLEAU Guillaume	HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE	Médecine
MALLET Sabine	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
MAROT Agnès	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE MEDICALE	Pharmacie
MESLIER Nicole	PHYSIOLOGIE	Médecine
MIOT Charline	IMMUNOLOGIE	Médecine
MOUILLIE Jean-Marc	PHILOSOPHIE	Médecine

AUTRES ENSEIGNANTS

ATER		
BARAKAT Fatima	CHIMIE ANALYTIQUE	Pharmacie
ATCHADE Constantin	GALENIQUE	Pharmacie
PRCE		
AUTRET Erwan	ANGLAIS	Santé
BARBEROUSSE Michel	INFORMATIQUE	Santé
COYNE Ashley	ANGLAIS	Santé
O'SULLIVAN Kayleigh	ANGLAIS	Santé
RIVEAU Hélène	ANGLAIS	
PAST-MAST		
AUBRUCHET Hélène		
BEAUVAIS Vincent	OFFICINE	Pharmacie
BRAUD Cathie	OFFICINE	Pharmacie
CAVAILLON Pascal	PHARMACIE INDUSTRIELLE	Pharmacie
DILÉ Nathalie	OFFICINE	Pharmacie
GUILLET Anne-Françoise	PHARMACIE DEUST PREPARATEUR	Pharmacie
MOAL Frédéric	PHARMACIE CLINIQUE	Pharmacie
CHAMPAGNE Romain	MEECINE PHYSIQUE ET READAPTATION	Médecine
KAASSIS Mehdi	GASTRO-ENTEROLOGIE	Médecine
GUITTON Christophe	MEDECINE INTENSIVE-REANIMATION	Médecine
LAVIGNE Christian	MEDECINE INTERNE	Médecine
PICCOLI Giorgina	NEPHROLOGIE	Médecine

POMMIER Pascal	CANCEROLOGIE-RADIOTHERAPIE	Médecine
SAVARY Dominique	MEDECINE D'URGENCE	Médecine
PLP		
CHIKH Yamina	ECONOMIE-GESTION	Médecine

REMERCIEMENTS

Difficile de savoir où commencer les remerciements, j'ai tant de personnes qu'il me tient à cœur de remercier.

Tout d'abord au président du jury, je remercie **le Professeur Thibaut Py** pour l'intérêt qu'il a porté à ma thèse. Tous vos conseils sont de précieuses ressources pour mon exercice futur.

Je remercie le **Professeur William Bellanger**, sans qui ce travail n'existerait pas non plus. Dès le début, votre aide méthodologique a été la bienvenue, ça n'a jamais été mon fort. Merci pour votre disponibilité, pour les corrections et pour tout votre investissement pour ma thèse.

Je remercie le **Docteur Servant Antoine**, cher collègue, de m'avoir accueilli pendant plusieurs mois, de m'avoir prodigué tous ses précieux conseils, et d'avoir accepté de participer en tant que membre du jury. Je remercie le **Docteur Cécile Masson-Bellanger** et le **Docteur Anthony Tondut**, vous avez tous les trois largement contribué au médecin que je suis aujourd'hui.

Je remercie tous **les médecins** que j'ai rencontré pendant ma formation, et aussi toutes les **équipes paramédicales** qui m'ont accueilli ces nombreuses années. Je remercie sincèrement l'équipe hospitalière du Centre Hospitalier du Bailleul pour toutes ces années passées à vos côtés, j'ai tant appris parmi vous.

Merci à **ma famille**, mes parents, mes frères et sœurs, leurs conjoint et leurs enfants. Vous êtes tous l'énergie qui m'a poussé à y arriver.

Merci à **tous mes amis** qui m'ont soutenu pendant toutes les épreuves, avec qui je suis heureux de partager tant de choses. Vous aussi, vous avez contribué à ce travail, oui même pendant les sessions de JDR et de Throne.

Je souhaite remercier tout particulièrement **Camille**. Sans les tableaux, les figures, la mise en page, les illustrations... Il ne resterait plus grand-chose de cette thèse ! Merci pour tout le temps que tu as passé à écouter mes vocaux, à m'en faire des encore plus longs ! Mais surtout merci infiniment pour tout ce que tu as accompli pour moi.

Merci à **Matthieu**, tu m'as fait gagner tellement d'heure de méthodologie et de tri. Toutes ces heures ont été si bien réinvesties le soir derrière Destiny pendant le dernier semestre. J'utilise toujours RAYYAN jusqu'à la fin, j'espère que toi aussi ça t'aide !

Merci à **Anthony** et **Pierre**, sans vous deux je ne serais peut-être jamais devenu médecin. Pourtant de la P2 à aujourd'hui, le chemin aura été long. Merci pour tout le soutien, toutes les discussions autour de patients toujours plus improbables, merci pour tout ce qu'il y a eu autour. Merci pour ces années de colocation, merci pour tous ces moments passés ensemble, et pour tout ceux qui viendront après.

Merci à **Perrine**, sans toi il n'y aurait pas eu de thèse, mais bien avant il n'y aurait sûrement pas eu de médecine non plus. Tu as participé à toutes ces étapes avec moi, et c'est ton soutien indéfectible qui est le secret de la réussite. Pour ce travail de thèse, merci pour tes relectures et tous les commentaires, tu la connais aussi bien que moi. Merci pour tout.

Liste des abréviations

[illegible]

Plan

SERMENT D'HIPPOCRATE

RESUME

INTRODUCTION

MÉTHODES

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des articles

2. Cadre conceptuel de la psychothérapie de soutien en médecine générale

- 2.1. La définition
- 2.2. La temporalité
- 2.3. Le mode relationnel

3. La thérapie de soutien : les pratiques en Europe

- 3.1. La chronologie
- 3.2. Les thérapies de groupe
- 3.3. L'approche comportementale
- 3.4. La psychoéducation
- 3.5. Les échelles de mesure et outils d'évaluation
 - 3.5.1. L'alliance thérapeutique, une donnée quantifiable
 - 3.5.2. Parler du suicide
 - 3.5.3. Développement d'outils chez l'enfant
- 3.6. Réévaluer les pratiques
 - 3.6.1. L'évolution des idées
 - 3.6.2. Face à la dépression

4. Les facteurs influençant la thérapie

- 4.1. Développement de la confiance
- 4.2. L'organisation : le subjectif au cœur de la thérapie
- 4.3. Caractéristiques sociologiques et démographiques
- 4.4. Les limites de la thérapie
- 4.5. Typologie des techniques analysées

DISCUSSION

1. Les objectifs de la recherche

- 1.1. Les pratiques
- 1.2. Les éléments de méthodologie : la sélection des articles

2. La médecine générale en Europe

3. Forces et Limites

4. Les perspectives

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

LISTE DES FIGURES

LISTE DES TABLEAUX

TABLE DES MATIERES

ANNEXES

RESUME

Introduction : En Europe, la souffrance psychique est une problématique de santé majeure. D'origine multifactorielle, un climat d'anxiété générale se développe. Le médecin généraliste est confronté chaque jour à la demande grandissante. La psychothérapie est une des méthodes privilégiées pour soutenir les patients. En médecine générale, les techniques de la psychothérapie sont nombreuses et diffèrent selon l'environnement culturel et sociologique. L'objectif de cette revue est de faire le point sur les pratiques à travers différents pays européens.

Méthodes : Une revue de la littérature au travers des différentes bases de données permet de répondre à la question. L'équation de recherche utilise des mots clefs pour cibler « la psychothérapie » et le « médecin généraliste ». Les critères d'exclusion des articles comportent les éléments suivants : publication en dehors de 2000 à 2023, écrit dans une autre langue que l'anglais et le français, pays hors Europe, absence d'un médecin généraliste parmi les auteurs, articles non originaux ou payants. Les articles inclus dans la revue sont analysés par une grille qualitative selon leur type. Les données sont recueillies à l'aide d'un tableau spécifique, puis exprimées par une synthèse narrative.

Résultats : Vingt-trois articles ont été analysés. Différentes méthodes de thérapie ont été proposées : thérapie spécifique d'inspiration cognitive au travers de la psychoéducation, interpersonnelle en développant le génogramme, humaniste en reprenant la thérapie centrée sur la solution, ou encore comportementale par la relaxation dans la gestion des émotions. Des méthodes s'appuyaient sur des outils objectifs comme un questionnaire de qualification de l'alliance thérapeutique, d'autre étaient plus théoriques et proposaient des aménagements de temps dédiés à la psychothérapie.

Conclusion : Les pratiques de la psychothérapie décrites dans les résultats sont le reflet de la multiplicité des techniques existantes en médecine générale. En Europe, une volonté d'uniformisation et de diffusion de ces stratégies est en place. Des études sur l'intégration de thérapie de groupe, de la relaxation, ou d'inclusion de protocole de thérapie spécifique sont des pistes à explorer pour développer la psychothérapie et soutenir les patients.

INTRODUCTION

Dès 1947, l'OMS proposait une définition de la santé qui souligne l'importance de la sphère psychologique : « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». (1)

Depuis le début des années 2000, des changements se sont opérés dans l'approche de la santé mentale. (2) Les droits des malades se sont renforcés et des programmes nationaux de prévention du suicide et de la précarité sont apparus.

La demande de soins psychologiques est en hausse en Europe. (3) Les facteurs individuels (maladie, travail, familial...) sont en parties responsables, mais les changements mondiaux ont aussi leur rôle dans l'augmentation de l'anxiété générale : la crise informationnelle, avec l'irruption permanente des médias présentant des catastrophes écologiques, sanitaires et économiques ; les crises politiques européennes, les guerres récentes et avec elles, les migrations de population, l'insécurité, les conflits linguistiques et la violence ; les crises sociologiques avec l'évolution rapide des mœurs, les chocs culturels et les crises identitaires dans un contexte de mondialisation. (3-5)

Parmi les citoyens européens, 46% ressentent une souffrance psychique en 2023. (3)

Le pourcentage de personnes souffrant de troubles psychologiques nécessitant une aide ou un soutien varie entre 7 et 15% de la population européenne, soit entre 30 et 75 millions d'habitants, avec tous des caractéristiques sociologiques, économiques et culturelles hétérogènes.

Le médecin généraliste est identifié comme la personne ressource pour la détection précoce de problème de santé mentale en Europe. (3) Quelques pays font exception, comme la Lituanie où 70% de la population cherchent de l'aide dans leur environnement de travail.

Les troubles d'origine psychique sont un pilier de la pratique du médecin généraliste et correspond en moyenne à près de 10% de l'activité d'un médecin. (2,5,6)

Pour répondre à cette demande, le médecin généraliste a plusieurs outils, dont la psychothérapie.

La psychothérapie résulte des échanges entre le thérapeute et le patient. Ce concept comprend « l'ensemble des moyens psychologiques qui peuvent être mis en œuvre dans un but thérapeutique ». (6) Les mouvements affectifs mis en jeu à l'intérieur de l'esprit du patient à l'occasion de ses relations avec le thérapeute relèvent de la psychothérapie. (7)

La psychothérapie est libre en Europe, réglementée seulement dans 7 nations avec des lois et pratiques différentes. (4)

En Allemagne, en Italie, en Suède et au Pays-Bas, la psychothérapie est pratiquée par des médecins et des psychologues. Le métier de psychothérapeute est une profession à part entière en Autriche et en Finlande. (3)

En France, les patients présentant un épisode dépressif caractérisé sont suivis par leur médecin généraliste (dans plus de 60% des cas), par le psychiatre (10,8%) et par le psychologue (6.9%). En Espagne, ils sont suivis dans 37% des cas par des médecins généralistes alors que la proportion suivie par le psychiatre et le psychologue est plus élevée. (5)

Une théorie décrite par Lambert en 1986 proposait quatre éléments prédictifs des résultats de la psychothérapie. Parmi eux, le modèle psychothérapeutique utilisé contribuerait à hauteur de 15% de l'efficacité globale. (8)

On dénombre plus de 300 méthodes psychothérapeutiques différentes. (4,9) Une vingtaine sont couramment utilisées en Europe, inspirées de la psychanalyse, des thérapies cognitives et comportementales, des thérapies familiales et systémiques (10), des thérapies humanistes (11), des thérapies transpersonnelles (12) et des thérapies éclectiques. (4)

Une définition de ces différentes thérapies est présentée en Annexe 1.

Certains pays sont majoritairement axés sur un courant spécifique. L'approche psychanalytique est plus présente en France et en Italie. L'approche des thérapies cognitives et comportementales est prédominante en Allemagne et en Angleterre. L'approche humaniste est plus répandue en France et en Suisse.

D'autres méthodes existent, comme les psychothérapies d'imagination catathymique, qui consistent en l'élaboration imagée des expériences physiques et psychiques et de leur rapport entre les symptômes et les conflits intérieurs ou interpersonnels. Elles sont surtout pratiquées en Suisse et en Allemagne. (4,13)

La plupart des psychothérapies spécifiques sont étudiées dans un cadre précis, relevant souvent du psychiatre, du psychologue ou du psychothérapeute.

Les médecins généralistes peuvent se sentir démunis et peu formés à l'écoute, parfois illégitimes à pratiquer les psychothérapies. (7,14)

La psychothérapie par le médecin généraliste est plus difficile à cerner. Elle est fondée sur une relation médecin-patient unique. Elle a un côté imprévisible conditionnée par le « feeling » du thérapeute, à la fois bénéfique et délétère. (15) C'est le fruit d'une relation systémique empreinte de transfert et de contre-transfert interprété ou non, centré sur une personne et non sur la maladie. (16-18)

Cette relation s'épanouit par différentes compétences comme l'écoute, l'empathie, la réassurance, parfois le recours à l'humour. (15,16,18)

La qualité de la relation peut changer à la suite d'une démarche explicative, analytique, déculpabilisante, ou faisant la promotion d'un changement positif du comportement. La relation peut même être sensible au temps de l'examen clinique (15), à la prescription d'un arrêt de travail, à l'établissement d'un contrat explicite, ou à la mise en place d'un réseau avec d'autres professionnels de santé.

Une classification pragmatique de la psychothérapie en cinq niveaux a été décrite en 1999 par Chambon et Marie-Cardine. Le place du médecin généraliste varie entre plusieurs niveaux. Des éléments de la thérapie s'articulent autour du processus relationnel dans le cadre du soin (2^{ème} niveau). S'il le choisit, le médecin peut aussi réaliser une psychothérapie « spécifique », résultante d'une technique enseignée par une école spécialisée avec ses références et ses méthodes de communications propres (3^{ème} niveau). (8)

La polyvalence unique du généraliste et les concepts des thérapies de soutien sont décrits dans la littérature, ils sont pourtant peu comparés entre les différents pays européens.

L'objectif de cette étude est de faire l'état des lieux des pratiques de la psychothérapie par les médecins généralistes en Europe. Les généralistes ont-ils les mêmes pratiques dans tous les pays ? Quelles sont les thématiques abordées et de quelles manières procèdent-ils ?

MÉTHODES

La méthodologie de la revue de littérature s'est imposée comme un outil de choix pour l'analyse de la littérature européenne.

La revue systématique a été déclinée avec l'équation de recherche suivante, modifiée selon la base de données :

"supportive psychotherap*" [Title/Abstract] OR "psychotherapy" [Title/Abstract]) AND ("family practice" [Title/Abstract] OR "family doctor" [Title/Abstract] OR "general practitioner" [Title/Abstract] OR "family physician" [Title/Abstract] OR "general practice" [Title/Abstract] OR ("general*" [All Fields] AND "practitio*" [Title/Abstract]).

Les articles inclus par l'algorithme ont ensuite été filtrés sur la langue et la date. Les articles conservés ont été écrits en Anglais ou en Français entre 2000 et 2023.

Les critères d'exclusions étaient : article hors-sujet, pays en dehors de l'Europe, absence de médecin généraliste parmi les auteurs, article non disponible en entier gratuitement, doublon, article non original.

Les bases de données interrogées étaient : Pubmed, Sciencedirect, Web of Science, Lissa, CAIRN.

Les articles inclus ont été traités sur le logiciel RAYYAN, permettant le tri sur les titres, les résumés, et sur leur texte entier afin de vérifier l'absence de critères d'exclusion.

La validation des articles inclus dans l'analyse finale a été vérifiée par le directeur de thèse, de même que les articles exclus sujets à incertitude.

L'analyse qualitative des articles a été réalisée par des grilles adaptées à leur nature : CONSORT (19) pour les essais clinique, COREQ (20) pour les études qualitatives, PRISMA (21) pour les revues et métaanalyses, et STROBE (22) pour les études observationnelles.

L'extraction des données des études est résumée par une grille d'analyse contenant : le pays, le thème, la psychothérapie étudiée, l'année, la population de l'étude, les principaux résultats, le type de l'étude ainsi que leurs limites.

Une synthèse narrative récapitule les différents points soulevés lors du recueil des données.

RÉSULTATS

1. Caractéristiques des articles

Vingt-trois études ressources ont été incluses dans la revue de littérature. Le processus d'inclusion et d'exclusion est résumé dans le diagramme de flux en Figure 1.

L'équation de recherche sur les différentes bases de données avait identifié 1321 références dont 157 doublons ont été exclus.

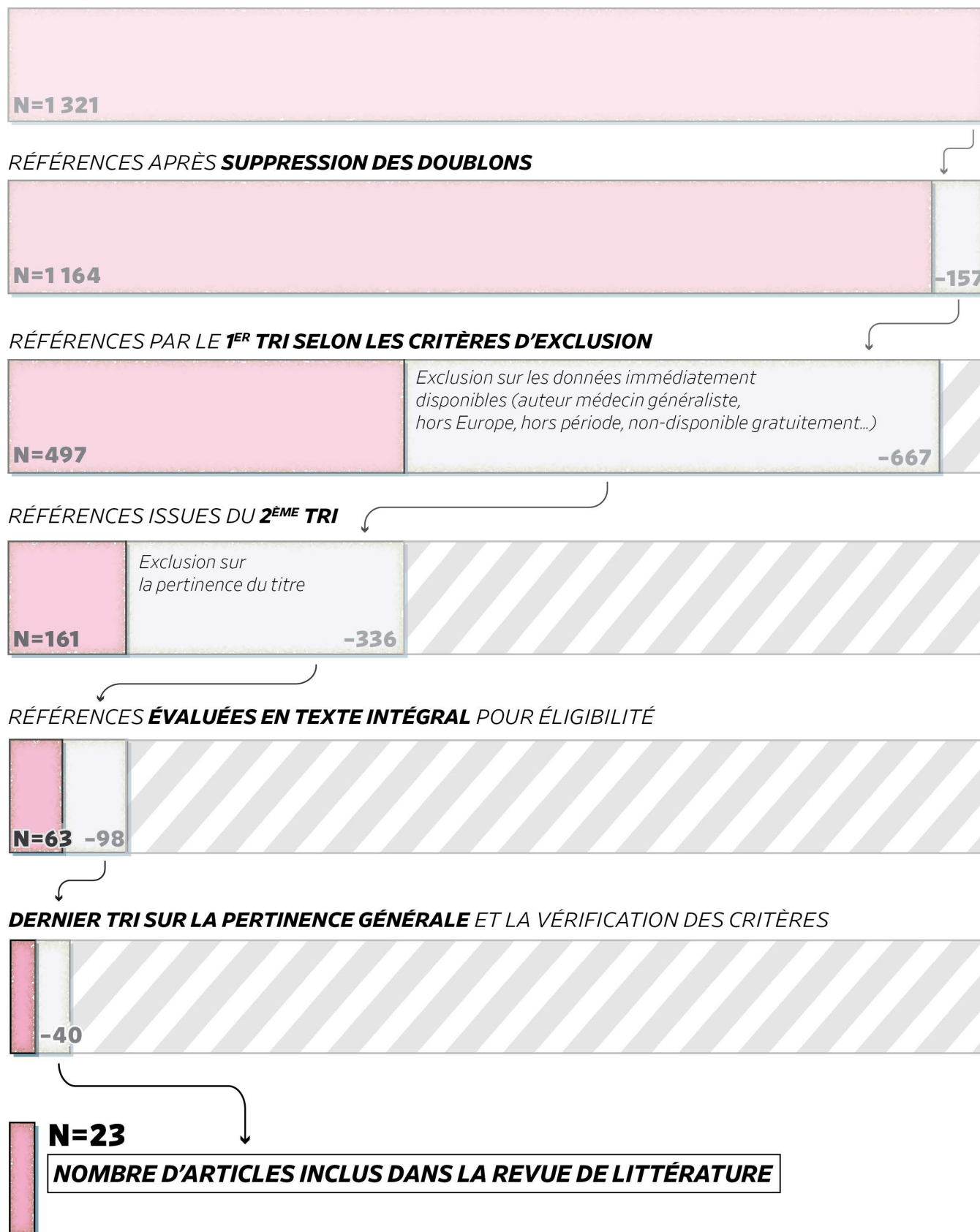
La 1^{ère} étape d'exclusion a porté sur la vérification des critères immédiatement disponibles dans les références. Un total de 667 articles a été exclu dont 420 sans auteur médecin généraliste, 227 provenant de pays hors Europe, 11 non disponible dans leur intégralité, 4 en langue étrangère, 2 où aucune information sur les auteurs n'a été trouvée, 3 publiés avant les années 2000. Dès lors qu'un critère d'exclusion a été identifié, les autres n'ont pas été systématiquement recherchés.

La 2^{ème} étape d'exclusion a consisté à étudier la pertinence des articles en fonction de leur titre : 205 ont été considérés hors sujets, 58 ne portaient pas sur des populations de médecine générale, 28 étaient orientés vers l'utilisation de traitements pharmacologiques, 45 concernaient un pays en dehors de l'Europe.

La 3^{ème} étape s'est portée sur la lecture des résumés : 13 articles ont été exclus devant une population non adaptée à la médecine générale, 25 ne portaient pas sur des populations Européennes, 57 ont été considérés hors sujets, et 3 ne s'intéressaient qu'à la pharmacologie.

La dernière étape visait la pertinence des articles étudiés en texte entier, ainsi qu'une deuxième vérification des différents critères d'inclusion-exclusion, notamment les auteurs dont les données n'étaient pas immédiatement disponibles. Vingt-huit articles ont été jugés hors sujet, 6 articles n'ont pas de médecins généralistes parmi les auteurs, 6 traitaient exclusivement de thérapeutiques médicamenteuses.

**RÉFÉRENCES IDENTIFIÉES SUR BASE DE DONNÉES
VIA L'ÉQUATION DE RECHERCHE**



• Diagramme de flux •

Figure 1. Diagramme de flux

Les caractéristiques des différentes études sont présentées dans le tableau 1.

L'analyse reprend les données concernant les auteurs, les années de publication, les pays, les populations étudiées, les thèmes, la présence d'un procédé psychothérapeutique spécifique ou d'un autre moyen, le type de l'étude, les résultats ainsi que les points faibles.

• Tableaux d'extraction de données provenant des études incluses •

AUTEUR	PAYS	PSYCHOTHÉRAPIE ÉTUDIÉE	THÈME	ANNÉE	POPULATION DE L'ÉTUDE	PRINCIPAUX RÉSULTATS	TYPE D'ÉTUDE	LIMITES
Young V et al.	Angleterre	Génogramme, psychoéducation, relaxation	Santé mentale générale	2018	Patient avec consultations très fréquentes	Une audit d'un centre de soins a abouti à la mise en place d'une psychothérapie brève par les méd. g pour leur patients les plus consommateurs de soins. Les techniques employées sont le génogramme, la psychoéducation, des exercices de respirations.	Etude interventionnelle	Réalisation dans un seul cabinet, pas de groupe témoin. Peu généralisable.
Gerger H et al.	Suisse	Pratique générale	Formation	2015	Psychologue, médecin généraliste, infirmier	La psychothérapie par le psychologue serait plus efficace que celle du médecin généraliste dans certaines conditions. Propose une corrélation entre le temps de thérapie globale et les effets (dose-effet)	Méta analyse	Critère d'exclusion trop restrictif: de nombreuses analyses en sous groupe ont été effectuées sur un petit nombre d'études.
Wolf F et al.	Allemagne	Pratique générale	Dépression	2017	Médecin généraliste	Les médecins généralistes font une différence entre l'épisode dépressif aigu et chronique. Mise en évidence de frein à la psychothérapie : l'âge, les comorbidités physiques ou mentales.	Etude longitudinale	Taux de réponse faible. Différences entre les caractéristiques générales des médecins généralistes allemands et ceux de l'étude.
Ruths S et al.	Norvège	Pratique générale	Dépression	2015	Médecin généraliste	Augmentation de la talking therapy et des consultations longues mais diminution de l'incidence de la dépression chez le médecin généraliste : développement des centres de la santé mentale efficace.	Etude de cohorte à l'échelle nationale	Biais d'information et manque de données sur le codage initial. Pas d'information sur la sévérité de la dépression, ni sur l'efficacité des thérapies.

<i>AUTEUR</i>	<i>PAYS</i>	<i>PSYCHOTHÉRAPIE ÉTUDIÉE</i>	<i>THÈME</i>	<i>ANNÉE</i>	<i>POPULATION DE L'ÉTUDE</i>	<i>PRINCIPAUX RÉSULTATS</i>	<i>TYPE D'ÉTUDE</i>	<i>LIMITES</i>
Saini P et al.	Angleterre	COPESS	Dépression	2021	Patient dépressif avec un épisode récent d'automutilation	Etude encore en cours	Etude de faisabilité	Pas de résultat car encore en cours.
Driot D et al.	France	Recommandation	Dépression chez les enfants et adolescents	2020	Enfant et adolescent	Création d'un algorithme de prise en charge, accessible en ligne pour la dépression de l'enfant et de l'adolescent	Métarevue	Biais de sélection, pas d'utilisation de certains résultats jugés contradictoires.
Andersson SJ et al.	Suède	Pratique générale	Dépression	2005	Médecin généraliste	Les médecins pensent que leur expérience personnelle professionnelle est supérieure à leur formation universitaire et continue. Ils ont une grande confiance aux antidépresseurs et à la formation par les laboratoires.	Etude longitudinale	Pas d'information sur la proportion des réponses réalisées lors du recrutement après la stratification. Région géographiquement restreinte.
Stojanović-Spehar S et al.	Croatie	Pratique générale	Formation - groupe BALINT	2004	Médecin généraliste et spécialiste en médecine générale (2nd recours)	Prise de confiance des médecins généralistes à réaliser de la thérapie de soutien après la formation en groupe BALINT	Etude qualitative	Période d'éducation thérapeutique trop courte pour améliorer les connaissances théoriques.
Stojanović-Spehar S et al.	Croatie	Pratique générale	Dépression chez le patient âgé	2010	Patient âgé	Association retrouvée entre âge et soins apportés par le méd. g; plus de thérapie de soutien par le méd. g que par le spécialiste devant les populations âgées.	Etude de cohorte	Recrutement dans une seule ville. Pas de cotation de la sévérité de la dépression. Prévalence basse par rapport à la population générale.
Melin EO et al.	Suède	Psychoéducation aux émotions	Dépression anxiété, dysthymie, fibromyalgie	2018	Patient avec diagnostic de dépression, d'anxiété ou fibromyalgie actuellement en arrêt de travail	Thérapie de groupe, puis séances individuelles sur la gestion des émotions. Taux de participation important avec des résultats favorables sur la qualité de vie. Une comparaison face à une thérapie comportementale est prévue. Un autre essai a prouvé la faisabilité de la méthode.	Essai pilote	Trop peu de patients pour des analyses en sous groupe, notamment très peu d'hommes. Recrutement difficile. Aucun groupe contrôle ne permet de conclusion des résultats.

<i>AUTEUR</i>	<i>PAYS</i>	<i>PSYCHOTHÉRAPIE ÉTUDIÉE</i>	<i>THÈME</i>	<i>ANNÉE</i>	<i>POPULATION DE L'ÉTUDE</i>	<i>PRINCIPAUX RÉSULTATS</i>	<i>TYPE D'ÉTUDE</i>	<i>LIMITES</i>
Davidsen AS et al.	Danemark	Thérapie de soutien	L'influence du temps	2010	Médecin généraliste	Description des trois temps : longitudinal, linéaire et dédié à la psychothérapie. Met en évidence un changement de rythme lors de la thérapie de soutien.	Etude qualitative	L'auteur connaissait 30% des participants, biais de recrutement.
Schluessel S et al.	Allemagne	Outil/échelle	Suicide	2023	Patientèle de médecine générale et psychologue (pas de démence ni psychose, mais plutôt large dans l'inclusion)	Traduction de l'anglais vers l'allemand de l'outil P4, questionnant la crise suicidaire (avantage par rapport aux autres outils proposés en allemand, pose la question des facteurs protecteurs)	Etude transversale	Pas de comparaison possible avec un outil psychiatrique plus détaillé. Le test n'a été réalisé qu'une fois par patient, sans possibilité de le refaire à distance pour réévaluer.
Dumesnil et al.	France	Pratique générale	Dépression	2014	Médecin généraliste	Opinion favorable des psychothérapies; les caractéristiques individuelles des médecins sont fortement associées à leur choix de stratégie thérapeutique à contrario de leurs caractéristiques professionnelles; inégalité sociale d'accès à la psychothérapie par le médecin.	Etude longitudinale	Utilisation de vignettes cliniques différentes selon certains groupes, diminuant la comparabilité.
Koning et al.	Pays-Bas	Outil/échelle	Santé mentale générale	2019	Enfant Adolescent	Développement d'un outil prédictif d'apparition de problème de santé mentale chez l'enfant et l'adolescent, identification de facteurs prédictifs à 1 an.	Etude de cohorte	Biais d'information. Pas de données sur l'absentéisme scolaire, les événements de vie et les problèmes familiaux. Surestimation de certains facteurs prédictifs.
Silva J et al.	Portugal	Pratique générale	Insomnie	2021	Etudiant	Insomnie de 31% des étudiants, TCC chez 8% des étudiants, trop de ttt médicamenteux (20% des insomniaques); psychothérapie sur l'hygiène de sommeil à développer.	Etude de prévalence	Pas d'information sur la psychoéducation ni sur l'hygiène de sommeil par les médecins traitants. Biais de sélection, multiple participation au même questionnaire.

<i>AUTEUR</i>	<i>PAYS</i>	<i>PSYCHOTHÉRAPIE ÉTUDIÉE</i>	<i>THÈME</i>	<i>ANNÉE</i>	<i>POPULATION DE L'ÉTUDE</i>	<i>PRINCIPAUX RÉSULTATS</i>	<i>TYPE D'ÉTUDE</i>	<i>LIMITES</i>
Sinnema H et al.	Pays-Bas	Recommandations	Dépression	2013	Médecin généraliste	30% des médecins généralistes utilisent des outils d'identification de la dépression en pratique courante, mais peu utilisent un instrument pour la sévérité. Cela freine l'approche du « traitement par étape ».	Etude longitudinale	Pas de possibilité de connaître la réponse des thérapeutiques par étapes en fonction du temps. Différence entre caractéristiques générales de la population des médecins généralistes et ceux de l'étude.
Massoudi B et al.	Pays-Bas	Activation comportementale	Dépression	2017	Patient dépressif non sévère, sans autre comorbidité psychiatrique	Etude encore en cours	Essai clinique de non infériorité	Pas de résultat car encore en cours.
Petek D et al.	Slovénie	Outil/échelle	Alliance thérapeutique	2019	Médecin généraliste	Participation à la traduction d'une échelle de l'alliance thérapeutique le WAI-SR en Slovénien depuis l'anglais. Démarche commune à plusieurs pays européens.	Procédure	Pas de traducteur slovénien rencontrant les critères de la rétrotraduction. Les médecins participants du groupe Delphi ont des caractéristiques différentes des médecins nationaux.
Czachowski S et al.	Pologne	Pratique générale	Symptômes médicalement non expliqués	2011	Médecin généraliste	Groupe de discussions autour des patients avec des symptômes médicalement non expliqués. Mise en lumière des points mettant les médecins en difficulté : le manque de recommandations, le manque de savoir faire, le temps de consultations trop court.	Etude qualitative	Population des participants faible et trop homogène.
Lech S et al.	Allemagne	Recommandations	Dépression	2022	Médecin généraliste	Identifie le rôle clef du médecin généraliste dans la dépression; exprime un manque de coopération avec les autres acteurs de santé mentale. Perception positive face aux nouvelles recommandations allemandes.	Etude transversale	Taux de réponse faible, peu de conclusion possible, biais de sélection important. Peu d'utilisation des recommandations.

<i>AUTEUR</i>	<i>PAYS</i>	<i>PSYCHOTHÉRAPIE ÉTUDIÉE</i>	<i>THÈME</i>	<i>ANNÉE</i>	<i>POPULATION DE L'ÉTUDE</i>	<i>PRINCIPAUX RÉSULTATS</i>	<i>TYPE D'ÉTUDE</i>	<i>LIMITES</i>
Guillemeney J et al.	France	Pratique générale	Théorie de l'attachement	2018	Médecin généraliste	Travail sur le concept de l'attachement, et notamment sur la distance thérapeutique.	Méta synthèse qualitative	Population, origine et contexte des études hors du cadre de la médecine générale stricto sensu. Données partielles de certaines études.
Haddad M et al.	Angleterre - France - Italie	Outil/échelle	Dépression	2011	Médecin généraliste, infirmier	Le questionnaire DAQ montre une certaine confiance envers les traitements médicamenteux. On observe des différences entre les médecins d'Angleterre et de France/Italie, mais surtout des ressemblances sur les attitudes de pratiques.	Méta analyse	Manque de données sur de nombreuses études, et certaines études sont hors Europe.
Regina PD et al.	Allemagne	Pratique générale des méd.g et psychologues	Réforme stucturelle de l'offre de la psychothérapie	2021	Médecin généraliste, psychologue	Réduction des listes d'attente pour les besoins aigus de psychothérapie par le psychologue. Promotion de la thérapie de groupe, mais globalement peu d'impact sur la pratique du médecin.	Etude qualitative	Biais de sélection. Patients relativement agés et peu d'informations sur la patientèle jeune.

Tableau 1. Extraction des données des études analysées

La distribution annuelle retrouvait deux articles isolés en 2004 et 2005, par rapport à un flux constant entre 2010 et 2023, témoin d’une accélération des publications depuis le début des années 2010.

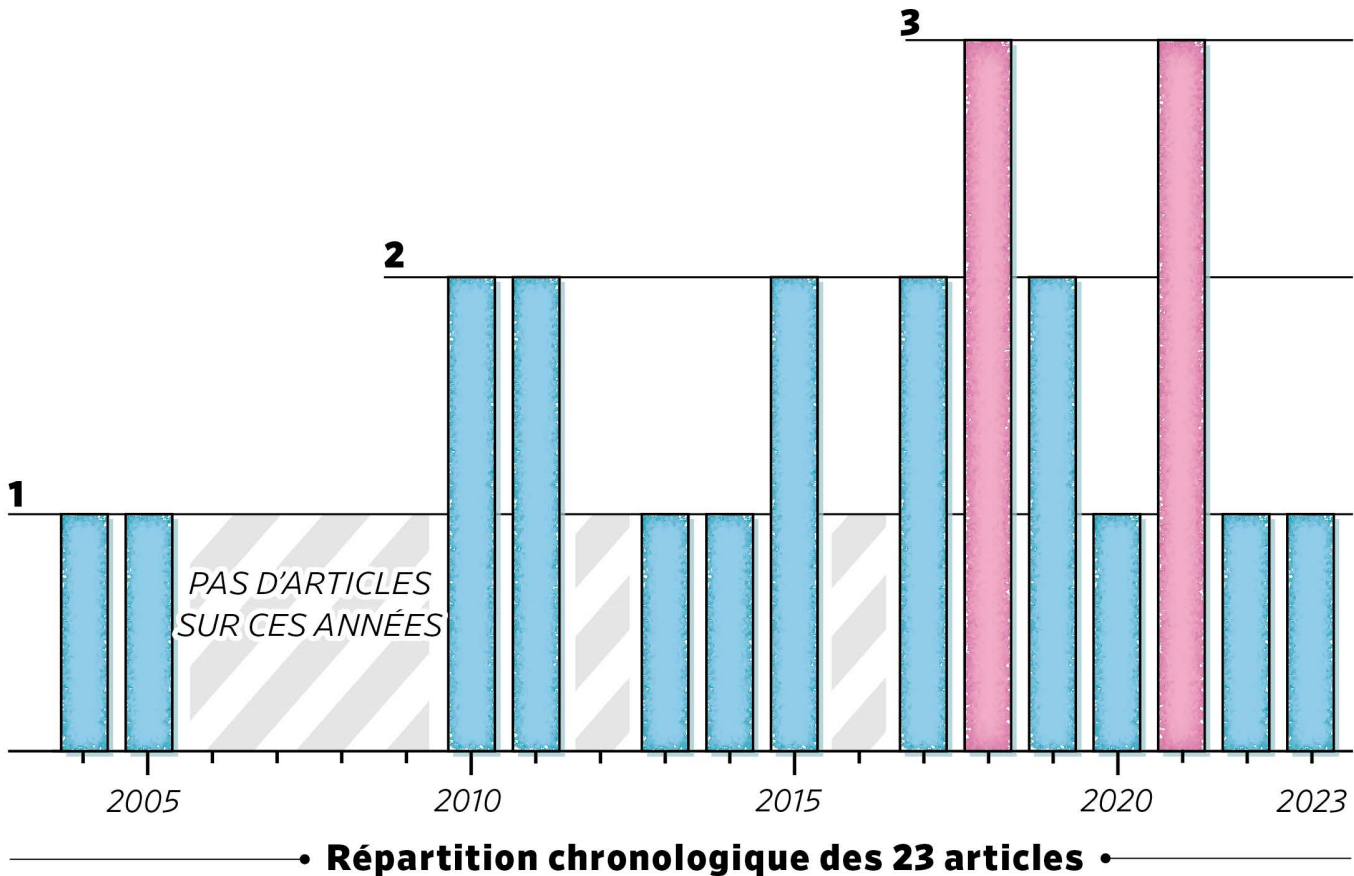
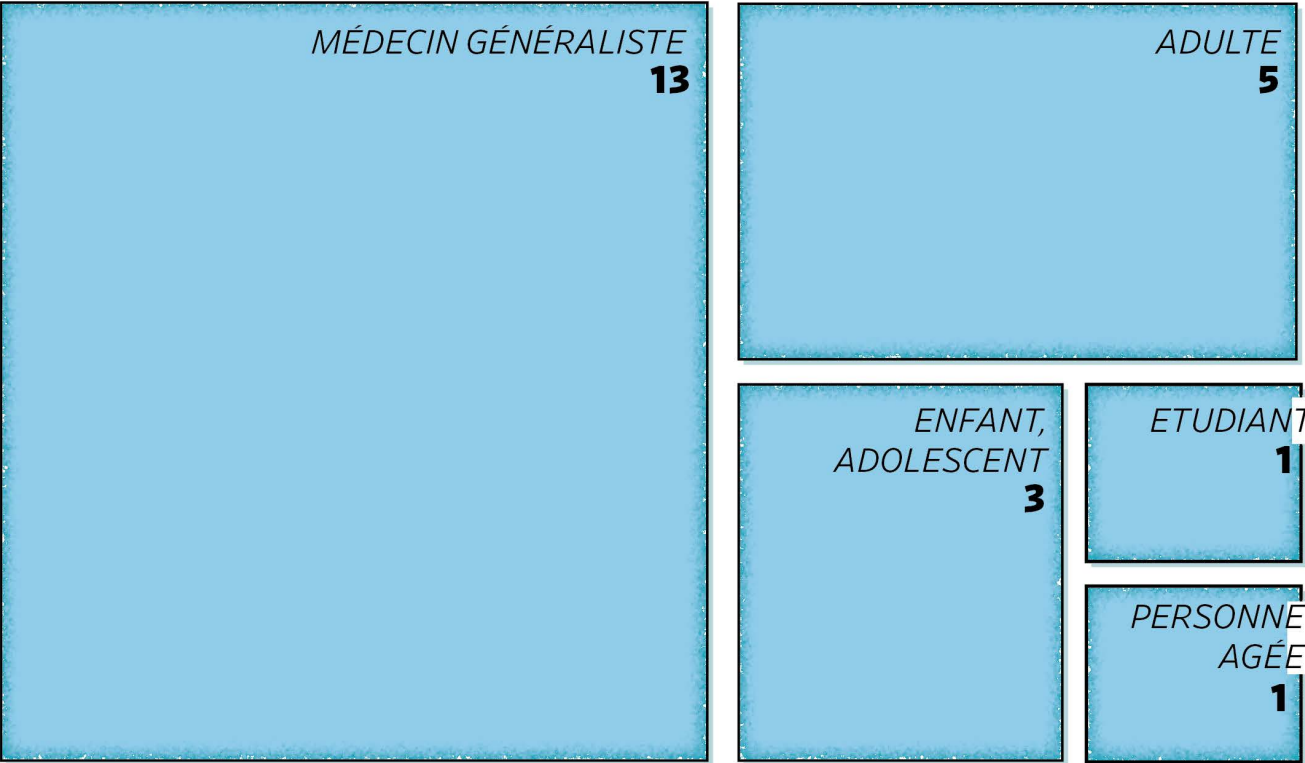


Figure 2. Répartition chronologique

Plusieurs études s’attachaient à explorer les spécificités de la pratique de la psychothérapie aux différents âges de la vie (enfance, adolescence et âge adulte) ou sur des populations particulières étudiées (étudiant, personne âgée).

La majorité des articles interrogeait les médecins généralistes.



• Répartition des populations cible des études •

Figure 3. Répartition des populations cibles

Les pays les plus publicateurs étaient l'Allemagne, l'Angleterre et la France, devant les pays nordiques et de l'Est de l'Europe. Dans les trois principaux pays, la principale thématique abordée est « la dépression ».

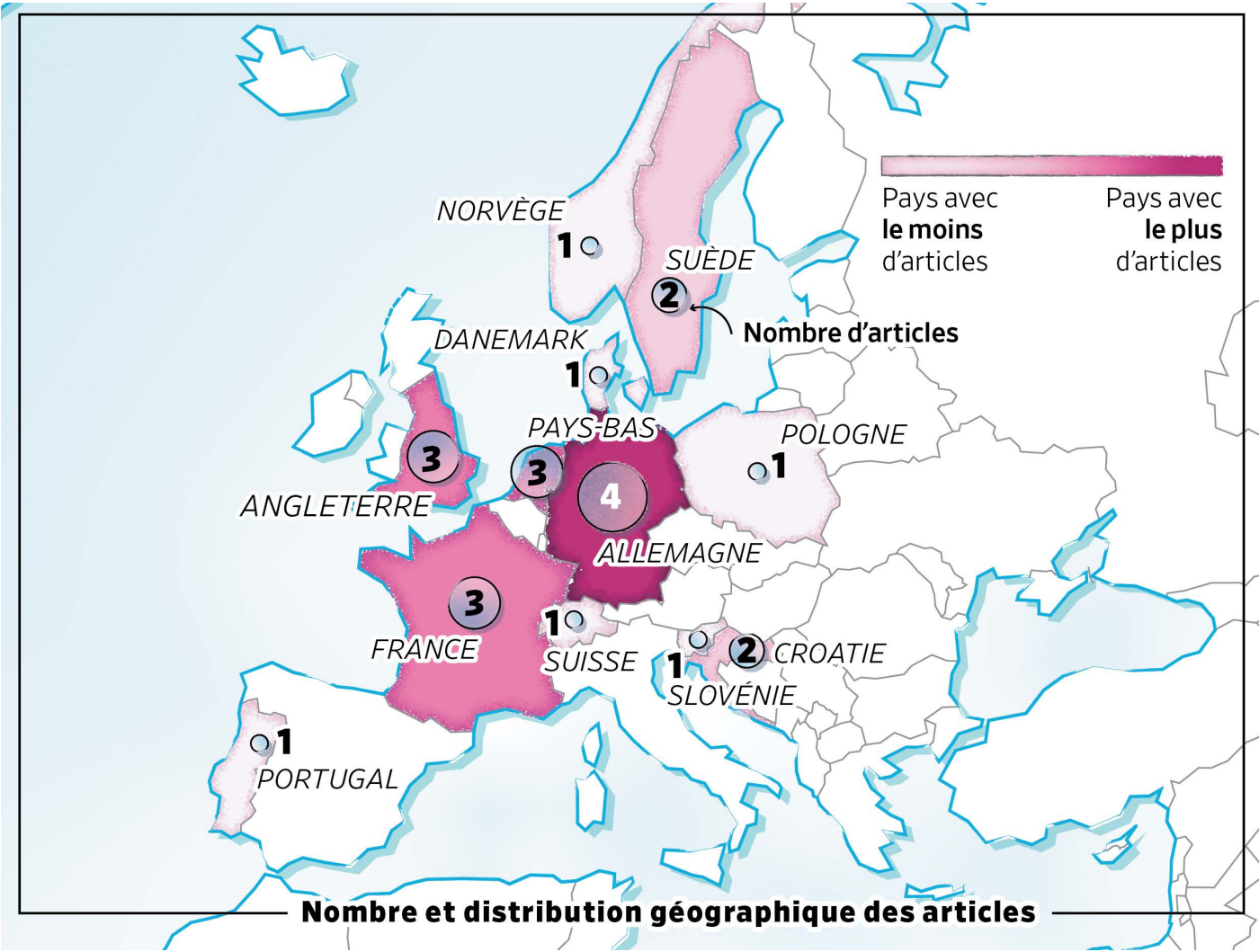
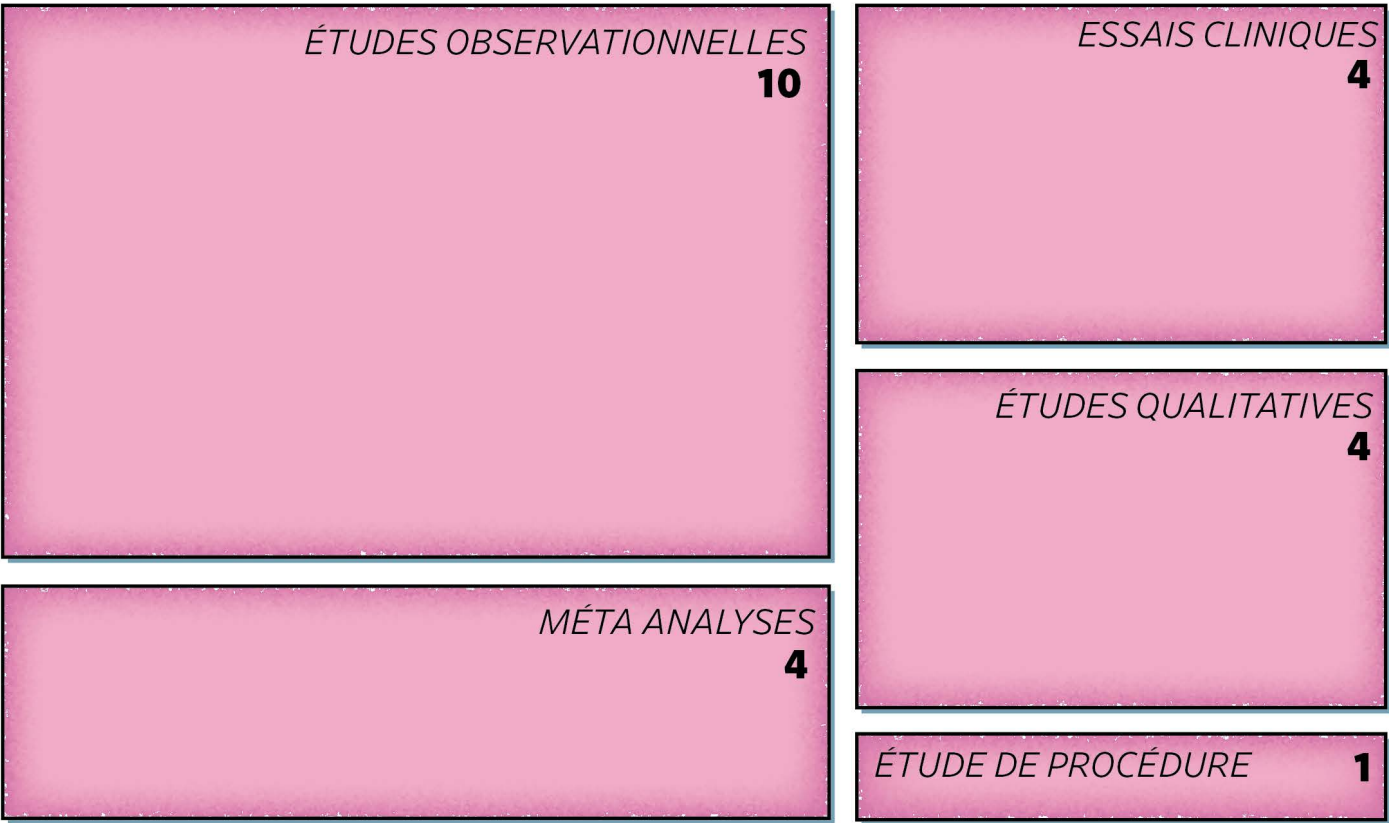


Figure 4. Carte de la distribution géographique

Les méthodes d'études étaient soit observationnelles, soit qualitatives, soit des essais cliniques randomisés ou des méta analyses. Parmi les essais cliniques étudiés, deux sont encore en cours. Sur les douze études observationnelles, sept étaient des études de pratiques professionnelles des médecins généralistes.

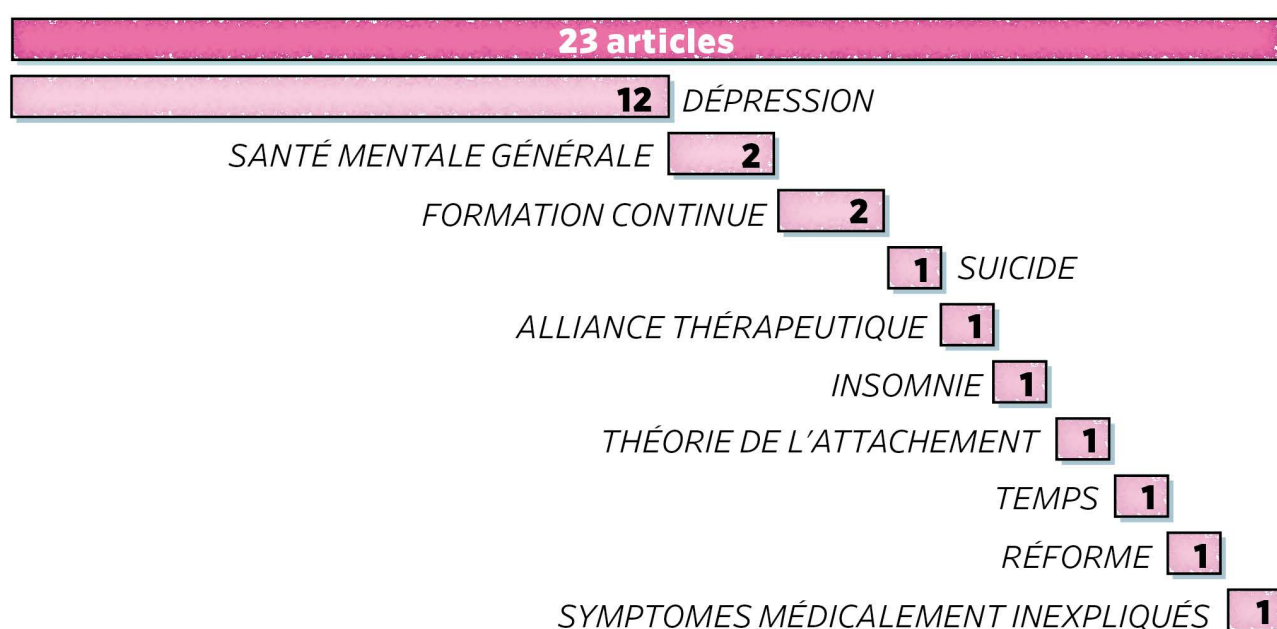


• Répartition méthodologique des 23 articles •

Figure 5. Répartition des types des méthodologies choisies

En Europe, les études portant sur la dépression étaient les plus fréquentes. Elles abordaient les méthodes diagnostiques, la stadification, les traitements médicamenteux ou des techniques psychothérapeutiques. Toutes les sphères de la dépression ont été étudiées.

D'autres thèmes représentés étaient : l'insomnie, le suicide, les symptômes médicalement non expliqués et les problèmes de santé mentaux plus généraux. Certains articles s'attachaient à la formation continue et aux résultats des différentes réformes. D'autres traitaient de concepts théoriques comme l'attachement, l'alliance thérapeutique et la notion de temporalité dans le suivi médical.



• **Répartition thématique des articles** •

Figure 6. Répartition thématique

La plupart des études présentaient les caractéristiques générales de la pratique de la thérapie de soutien. Certaines proposaient des pistes plus spécifiques. D'autres articles se concentraient sur la validation d'outils ou d'échelles diagnostiques utilisables en pratique courante. Ces échelles visaient à harmoniser et améliorer la qualité des soins. Les essais cliniques et les études de cas expérimentaient des stratégies innovantes et prometteuses.

2. Cadre conceptuel de la psychothérapie de soutien en médecine générale

2.1. La définition

La psychothérapie en médecine générale est un concept proche des psychothérapies spécifiques étudiées en santé mentale. Elle possède ses propres caractéristiques inhérentes au métier de médecin généraliste, avec ses catégories populationnelles, ses contraintes et sa flexibilité.

Plutôt que le terme de psychothérapie, certains auteurs la nomme thérapie de soutien. En première approche, elle consiste à laisser le patient s'exprimer librement en confiance, et comprend une dimension de conseil, d'information et d'explication. (23)

La thérapie de soutien mobilise les forces qui ont servies au patient dans son passé, se concentrant sur l'amélioration de l'estime de soi, l'acceptation des sentiments comme la colère et l'irritabilité, tout en gardant la perspective de l'espoir pour l'avenir. Elle n'impose pas de style de vie particulier. (24)

La psychothérapie du médecin généraliste est plus intangible, plus complexe à appréhender, en partie du fait du cadre de l'exercice du médecin généraliste. Les patients viennent en consultation et ont la possibilité de discuter, ou non, de ce qu'ils veulent.

2.2. La temporalité

Un auteur décrit le métier du généraliste comme un travail psychothérapeutique étiré dans le temps, divisé en de nombreuses séquences. (25) Il est nécessaire d'accorder le temps à l'accomplissement du soin. Les consultations se poursuivent sur plusieurs mois voire plusieurs années. Cette notion de temps dit « longitudinal » est souvent laissée de côté, à la faveur de la gestion du temps chronologique et organisationnel, évoluant à court terme.

Il arrive qu'un rythme spécifique soit perçu lors de la thérapie de soutien, nommé par l'auteur « le temps dédié à la psychothérapie ». La consultation devient plus lente et plus profonde, favorisant l'intimité. (25) Plus le médecin est entraîné et présente des affinités avec sa méthode et le patient, plus il perçoit et parvient à mettre en place ce rythme différent.

2.3. Le mode relationnel

La relation de soin est considérée comme thérapeutique.

Pour l'illustrer, un auteur décrit le mode relationnel entre médecin et patient au regard de la théorie de l'attachement (selon John Bolwby). (26)

Cette approche s'inspire des différents modes d'attachement décrits entre un jeune enfant et sa figure d'attachement principale (la mère) au stade précoce du développement. Ce mode relationnel serait réactivé au cours de la vie. Les patients conservent le même mode de lien, y compris en situation de soins.

Schématiquement, l'auteur propose plusieurs modes d'attachement : un mode sécure (où il a besoin de se sentir apaisé, développé, aimé), un mode détaché (où il adopte un comportement fuyant), un mode préoccupé (ambivalent), un mode craintif (désorganisé).

Face à ces modèles, le médecin lui aussi devient une figure d'attachement, selon ses caractéristiques propres et les besoins du patient. La bonne distance thérapeutique favorise le développement du sentiment de sécurité, et aboutit à une relation de confiance. (26)

L'établissement de ce lien est un prérequis pour la thérapie. La relation entre le patient et le médecin évolue en une véritable alliance thérapeutique. Une des définitions les plus anciennes de l'alliance thérapeutique est décrite par Bordin en 1979. Il développe l'alliance en 3 principales caractéristiques : l'accord sur les objectifs, l'accord sur les interventions et les liens entre patient et thérapeute. (27)

L'établissement d'une alliance et l'épanouissement de la relation est un travail à la fois diagnostic et thérapeutique. (25,26) Elle implique la communication, la confiance et la coopération. La relation est régie par des phénomènes pouvant être énoncés clairement et d'autres plus tacites. Le mode d'attachement, le transfert, le contre transfert et les individualités du patient et du médecins sont des facteurs opérants.

Un médecin décrit comme une figure d'attachement disponible et constant favoriserait le développement de la relation. La qualité de l'alliance thérapeutique est un levier à ne pas sous-estimer, elle est associée à des meilleurs résultats des thérapies médicamenteuses et de leur observance. (27)

3. La thérapie de soutien : les pratiques en Europe

La pratique de la thérapie de soutien n'est pas uniforme.

La disponibilité du praticien est un prérequis indispensable. C'est lorsque le patient a besoin du médecin que le lien se développe. L'écoute active et l'empathie sont deux ressources nécessaires et s'obtiennent en donnant du temps pour le patient.

On note dans les articles plusieurs méthodes ayant des caractéristiques communes : la chronologie dans l'interrogatoire, la relaxation, et la psycho éducation.

3.1. La chronologie

Young V et al. propose un déroulement de l'interrogatoire basé sur le génogramme. (28) En plus de l'arbre généalogique classique, cette approche explore les différents liens affectifs. Les détails des relations interpersonnelles peuvent engendrer des émotions conflictuelles ou inadaptées identifiables.

Au fil des années, le médecin traitant a développé une connaissance du vécu et des événements de vie de ses patients. En reprenant les bases des thérapies interpersonnelles (selon laquelle la plupart des troubles de l'humeur découle entre autres de relations interpersonnelles), il observe certains détails et identifie des problématiques transversales et plus profondes.

Une méthode d'interrogatoire différente est proposée par un autre des auteurs. Cette approche est centrée sur le récit chronologique des événements de vie, en détail, depuis l'enfance. Les ressources utilisables lors de l'entretien peuvent prendre différentes formes. La manière dont

le récit est raconté est riche de sens. Le patient peut prendre plus de temps à raconter des événements anciens ou à développer ses relations avec son entourage. Souvent ces éléments ne sont pas connus du médecin, le patient n'avait pas jugé utile de les expliciter. (25)

Bien que ces méthodes d'interrogatoire soient efficaces, elles ne conviennent pas forcément à tout patient ou médecin. La recherche de ces éléments sont chronophages, c'est aussi leur point essentiel, ils doivent prendre du temps, ce temps est nécessaire au développement de la relation de confiance.

3.2. Les thérapies de groupe

Les thérapies de groupe menées par des médecins généralistes existent. (29) Elles s'organisent souvent autour de thérapies brèves selon des approches comportementales. Elles peuvent s'intégrer en complément des consultations individuelles.

Cette pratique est peu répandue, mais les résultats sont en faveur d'une amélioration de la qualité de vie et de régression des symptômes selon les pathologies.

Différentes études montrent un bon investissement de la part des patients. En plus des méthodes décrites précédemment, le groupe permet une sociabilisation, une identification et une compréhension plus approfondie des problématiques de santé mentale.

3.3. L'approche comportementale

La relaxation et le travail sur la respiration ont leur place en consultation et dans les groupes thérapeutiques. Ils participent au traitement du stress et de l'anxiété grâce à leurs vertus physiologiques.

Un auteur intègre un exercice nommé « 5 doigts » lors des temps dédiés à la thérapie. (28) Il consiste à synchroniser son rythme respiratoire sur d'autres éléments comme le toucher ou l'ouïe. Concrètement, le patient utilise le premier doigt d'une de ses deux mains, remonte le long de la racine du pouce de la main controlatérale, puis continue en suivant ses autres doigts. L'inspiration est harmonisée avec les mouvements de montée, puis l'expiration dans les mouvements de descente. Ces manœuvres participent à établir une atmosphère différente du cadre habituel de la consultation de médecine générale.

L'exercice des 5 doigts est présent dans d'autres domaines. Il sert de méthode d'induction à l'autohypnose en favorisant un état de transe hypnotique, avec une approche ludique et accessible. (30)

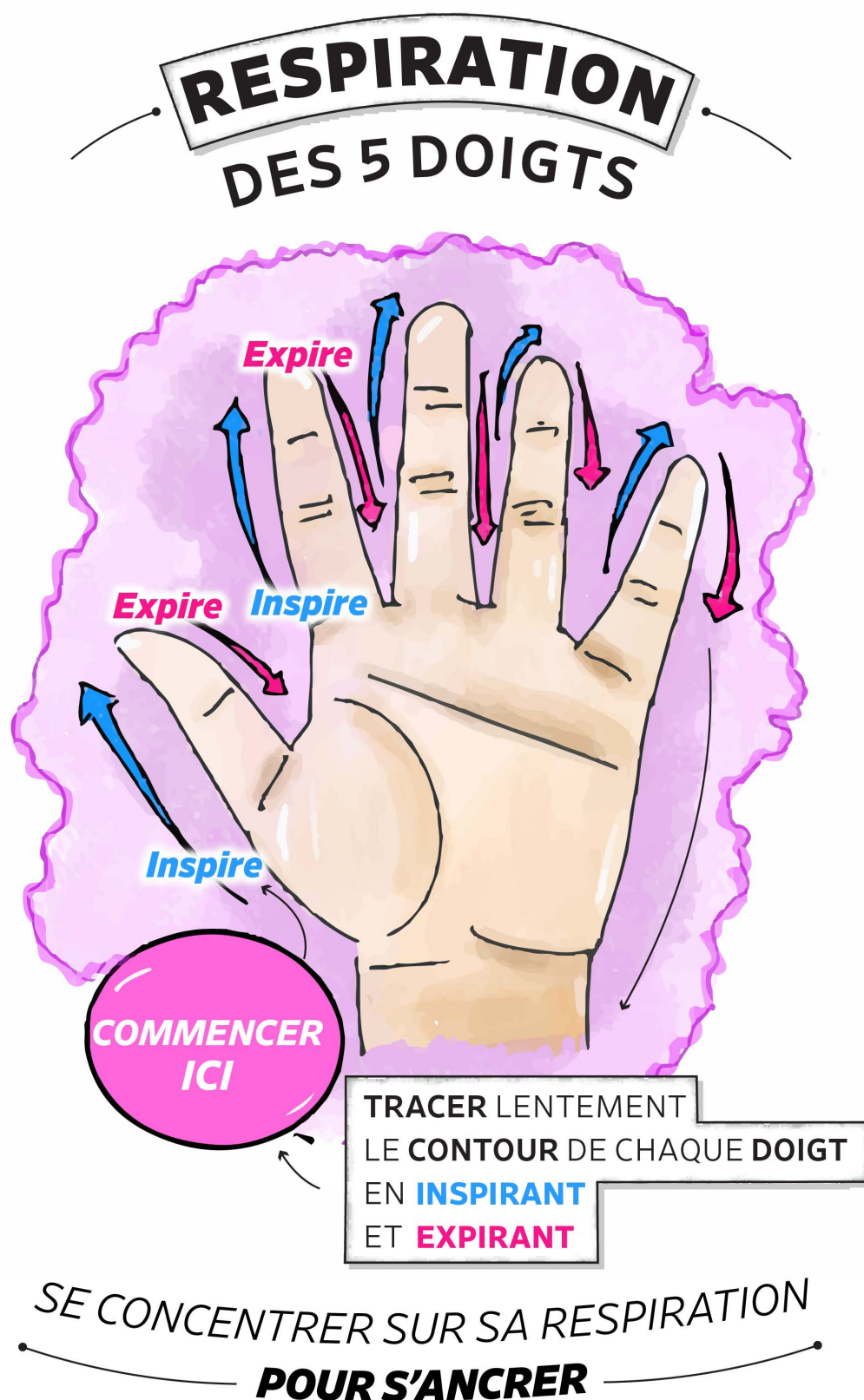


Figure 7. Exercice de respiration des 5 doigts

Un autre exercice de relaxation basé sur la durée du cycle respiratoire est décrit dans la revue. (28) L'objectif est de retrouver un rythme respiratoire proche de la physiologie, avec un tiers de temps d'inspiration et deux tiers d'expiration. Le sujet se concentre sur une inspiration en

comptant trois temps, puis expire pendant cinq temps. Les volumes inspiratoires et expiratoires augmentent progressivement pendant l'exercice. Le sujet poursuit en prenant 5 temps d'inspiration pour 7 temps d'expiration. Progressivement, le patient peut atteindre un rythme de 7 temps d'inspiration pour 11 temps d'expiration.

Ces deux approches plus comportementales s'illustrent comme complément de la thérapie de soutien et parfois comme traitement à part entière devant des cas de dyspnée psychogène.

3.4. La psychoéducation

Le médecin généraliste fait appel à un ensemble de méthodes appelé psychoéducation. Elle permet par l'apprentissage, l'information et le conseil de modifier les représentations et les comportements de patients.

Les procédés sont nombreux, utilisant entre autres des vignettes cliniques, des métaphores, mais aussi des dessins d'explication anatomiques et physiologiques.

Melin EO utilise la psychoéducation pour travailler avec le patient sur la gestion des émotions. L'exercice se base sur la théorie des affects de Tomkins (29) : chaque affect est une partie innée, biologique et inconsciente. A chaque affect simple comme la peur ou la colère s'associe un sentiment, la résultante consciente. L'émotion qui en découle est l'interprétation de ce sentiment par la biographie spécifique de la personne. Le script est le schéma personnel mis en place pour manier ces émotions. Le travail consiste au travers de vignettes cliniques à identifier les différentes étapes, puis identifier son propre script et à encourager à développer d'autre méthodes pour canaliser les émotions du patient. A la fois comportementale et

cognitive, cette thérapie nécessite la mobilisation de ressources importantes pour un seul patient mais les résultats sont encourageants.

Un auteur propose une psychoéducation centrée sur le stress, sa physiopathologie et les symptômes retrouvés chez le patient.

Sa méthode reprend les préceptes de la thérapie centrée sur les solutions. (28) C'est une thérapie brève qui suppose un phénomène appelé le miracle : « Si vous vous réveilliez demain et que tous vos problèmes avaient disparus, qu'est-ce que vous seriez ? ». De ce postulat en découle un travail avec le patient ayant pour objectif d'atteindre la solution. Pour ce faire, l'auteur identifie les relations provoquant le plus de stress, explique le processus physiopathologique associé, puis initie des stratégies de concert avec le patient.

Dans l'insomnie, la psychoéducation sur l'hygiène de sommeil est primordiale mais peu documentée dans cette revue. (31) Les thérapies cognitivo-comportementales spécifiques ont montré un réel intérêt, les thérapies médicamenteuses sont encore trop utilisées et souvent perçues comme inefficaces.

3.5. Les échelles de mesure et outils d'évaluation

Certains auteurs mettent en avant des échelles de mesure descriptive ou d'évaluation informant sur des critères diagnostics ou de gravité et sur la qualité du suivi médical. Ces outils visent l'objectivité et occupent une place dans le suivi de la santé mentale des patients.

A l'échelon européen, les outils tels que les questionnaires ou tests diagnostiques doivent faire l'objet de traductions validées. Des équivalences linguistiques n'existent pas toujours et les

questions relativement précises nécessitent une adaptation au contexte socio-économique et culturel du pays. Pour obtenir un consensus sur les traductions, la méthode Delphi est largement pratiquée. Elle réunit plusieurs experts et s'organise en tours de table. Les tours sont poursuivis jusqu'à apporter une traduction satisfaisante pour l'ensemble des participants et obtenir une validation scientifique de l'outil d'évaluation.

3.5.1. L'alliance thérapeutique, une donnée quantifiable

Pour mesurer la qualité de l'alliance thérapeutique, une étude de Slovénie traduit une échelle nommée le Working Alliance Inventory short-revised (Wai-Sr). (27)

Elle apprécie la qualité de la relation entre le médecin généraliste et son patient. Son but est de favoriser la reproductibilité afin d'optimiser les traitements proposés.

Cette traduction existe dans le cadre d'un projet européen mené par l'EGPRN (European General Practice Research Network). La Pologne a pratiqué la même traduction.

Ce questionnaire contient 12 items pour le patient et 10 pour le médecin, basé sur les 3 composantes décrit par Bordin (cf 2.1).

Chaque réponse est exprimée avec une échelle de Likert en 5 point de « 1 rarement ou jamais » à « 5 toujours ». Plus le score est élevé, plus la relation est jugée qualitative.

3.5.2. Parler du suicide

Une étude allemande traduit une échelle de repérage de l'intentionnalité suicidaire. (32) La validation du questionnaire P4 a pour objectif de promouvoir un outil guidant le médecin généraliste pour commencer le dialogue avec un patient suicidaire.

Rédigé en anglais, il pose 4 questions : tentative de suicide **passée**, **p**lan suicidaire, **p**robabilité de compléter l'acte, facteurs **p**rotecteurs.

D'autres échelles de dépistage de ce thème existent déjà, comme le Paykel Suicide Items (PSI) ou le Suicide Behaviors Questionnaire Revised (SBQ-R). Sa particularité par rapport aux autres est la recherche des facteurs protecteurs, qui représente une composante importante pour la thérapie.

3.5.3. Développement d'outils chez l'enfant

Près de 50% des problèmes de santé mentaux chez l'enfant ne sont pas diagnostiqués comme tels.

En France, la mise au point d'un algorithme pour la prise en charge des enfants et des adolescents dépressifs s'inscrit dans un projet plus global de création d'un site internet à disposition des médecins généralistes. Elle remet en avant la place de la psychothérapie en tant qu'un des premiers traitements. (33)

Au Pays-Bas, un auteur s'intéresse aux facteurs prédictifs de survenue de souffrance psychique. (34) Parmi les facteurs recherchés, il retient : la présence de plainte somatique, les visites fréquentes chez le médecin généraliste et les adressages aux autres professionnels de santé. D'autres facteurs non analysés dans l'étude comme les résultats scolaire, l'absentéisme, ou les événements de vie sont aussi susceptibles d'être associés à la survenue de déficit de l'attention, à l'apparition de trouble du développement, relationnel ou du comportement.

La recherche de ces éléments donne des pistes sur le contenu de la thérapie de soutien chez l'enfant.

3.6. Réévaluer les pratiques

Les médecins généralistes interrogent fréquemment leur pratique, leur point de vue, leurs opinions concernant les nouvelles recommandations.

Le nombre d'études observationnelles montre un intérêt sur l'actualisation des avis des médecins.

3.6.1. L'évolution des idées

Une étude suédoise de 2005 considère la psychothérapie comme un traitement complémentaire des antidépresseurs dans la dépression. (35) Les médecins généralistes n'étaient pas du tout d'accord avec l'idée que la thérapie de soutien seule puisse être suffisante. Cette affirmation a évolué avec le temps, comme en témoigne depuis le flux des articles et les recommandations.

En Allemagne, une réforme de grande échelle transforme l'offre de soins en santé mentale. (36) Elle vise à répartir différemment les charges de travail selon des diagnostics de situation, en mettant l'accent sur le travail du psychologue. Les médecins généralistes sont interrogés sur leur connaissance de cette réforme. Les points recherchés sont : l'impact du quotidien au travers de l'adressage facilité et files d'attente simplifiées, la qualité des liens avec les spécialistes, les thérapies proposées à leur patient. L'axe de la réforme devait différencier les actes de dépistage, de situation aiguës, chroniques et mettre l'accent sur les thérapies de groupe.

Bien que les médecins soient au courant du projet de réforme, peu d'entre eux en connaissaient le contenu et se sentaient concernés, et peu ont remarqué la moindre différence.

3.6.2. Face à la dépression

Le Depression Attitude Questionnaire (DAQ) est un outil d'auto mesure explorant les attitudes des professionnels de santé face à la maladie dépressive. (37)

Ce questionnaire de 20 items trouve son intérêt en regroupant un nombre suffisant de réponses pour avoir une vue générale de la pratique.

Un auteur s'est intéressé à 24 articles utilisant le DAQ comme outil qualitatif. Un nombre suffisant de résultats a pu mettre en relation les pratiques de trois groupes de professionnels : les médecins généralistes du Royaume-Uni, les médecins généralistes de France et d'Italie, et les infirmiers de Grande-Bretagne. Les avis sont exprimés sur une échelle de 0% (pas du tout d'accord) à 100% (totalement d'accord).

Les résultats montrent que les médecins du Royaume-Uni trouvent la prise en charge avec les patients déprimés plus gratifiante que les médecins français et italiens (62% vs 53%). Les deux groupes ne sont pas d'accord face à l'affirmation « si le patient a besoin d'un antidépresseur, c'est mieux avec un psychiatre plutôt qu'avec un médecin généraliste. » (23% vs 28%), alors que les infirmiers sont plutôt neutres face à la question (48%). Comparativement, les médecins français et italiens font bien plus confiance aux antidépresseurs que les anglais (64% vs 74%). Les deux groupes de médecins sont assez neutres face à la question « Si la psychothérapie était disponible, elle serait plus bénéfique que les antidépresseurs » alors que les infirmiers y sont plus sensibles (63%).

4. Les facteurs influençant la thérapie

Au travers des articles, des facteurs facilitant la mise en place de la psychothérapie apparaissent. Parallèlement, des barrières peuvent empêcher son bon fonctionnement.

4.1. Développement de la confiance

La représentation que le médecin généraliste a de la psychothérapie joue sur sa mise en place. Plus encore, c'est la représentation que le médecin généraliste a de lui-même qui peut freiner la thérapie de soutien.

En Pologne, certains décrivent une image parfois négative de leur profession face aux patients présentant des plaintes somatiques multiples sans origine médicale. (38) Ils décrivent une insuffisance de connaissance théorique et de savoir-faire engendrant une frustration devant cette population.

Un auteur s'est intéressé à l'efficacité de la thérapie de soutien du médecin généraliste par rapport à celle du psychologue. (39) Les résultats proposent que la psychothérapie du psychologue serait plus efficace sur certains symptômes. Mais cette étude souffre de nombreux biais. Le principal facteur confondant pourrait être un effet-temps de thérapie passé avec le patient, non contrôlé dans l'étude.

Les interventions par les représentants médicaux des laboratoires peuvent faciliter la confiance envers les traitements antidépresseurs. (35) Certaines pratiques utilisent les thérapies médicamenteuses très précocement alors qu'une psychothérapie pourrait être plus adaptée.

Face à cette image péjorative, le développement de la confiance du médecin généraliste est primordial. Un exemple montre qu'après la réalisation d'un groupe BALINT en Croatie, la pratique de la psychothérapie de soutien par le médecin augmente de près de 8%. (40) L'amélioration des connaissances théoriques participe certainement, ce facteur n'est cependant pas présent dans les résultats de l'étude.

4.2. L'organisation : le subjectif au cœur de la thérapie

Si elle est prévue, la préparation de la thérapie en consultation est cruciale. Différent d'une consultation habituelle, l'organisation de la consultation doit être réfléchie selon les spécificités du médecin. Aménager des créneaux prolongés en fin de matinée, avant une pause ou en début d'après-midi peut faciliter une consultation qui a tendance à prendre plus de temps. (25)

Plus que la contrainte de temps chronologique, il semble clair que si le médecin est en proie au stress ou s'il est surchargé de travail, il est impossible de dédier le temps nécessaire pour mettre en place une posture d'écoute. (25) Au détriment de pouvoir prêter ce temps, certains médecins auront tendance à prescrire plus de thérapies médicamenteuses. Cette prescription prend la forme d'un engagement pour eux.

En plus des problématiques affectant le médecin, le patient déprimé subit lui aussi des barrières pratiques : difficultés à la prise des transports en communs, à programmer des rendez-vous et s'y rendre, la présence de barrières émotionnelles comme de l'inconfort ou la perception d'une stigmatisation. (41)

4.3. Caractéristiques sociologiques et démographiques

L'âge est mentionné à de multiples reprises comme un frein à la mise en place d'une thérapie de soutien. Les patients fragiles représentent un défi pour le médecin généraliste.

L'âge n'est pourtant pas un facteur prédictif de rechute ou de dépression en tant que tel. (24)

Chez l'enfant et l'adolescent, des outils se développent devant la difficulté du médecin généraliste à identifier et traiter efficacement.

Dans les deux extrêmes de la vie, les médecins ont moins tendance à adresser le patient, à prendre un avis, à initier ou arrêter un traitement médicamenteux. Les comorbidités physiques sont la raison évoquée face aux patients âgés. (41) Une étude suggère pourtant que les résultats de la psychothérapie chez ces populations sont aussi efficaces que chez l'adulte. (24)

Parmi les perceptions connues du médecin généraliste, certains évoquent la nécessité d'avoir des capacités cognitives développées pour être réceptif à la psychothérapie. (23) Ils pensent que la thérapie convient davantage aux populations issues d'un niveau socioéconomique plus élevé. Dans les articles inclus dans l'étude, il n'y a pas d'analyse en sous-groupe permettant de supposer des différences entre les niveaux socioéconomiques. Cette idée reçue peut générer un élitisme à la réalisation de la thérapie.

Dans les zones plus rurales, où les ressources financières et médicales sont globalement plus faibles en Europe, l'accès au spécialiste est restreint. Les médecins généralistes proposent plus souvent la thérapie de soutien et ont tendance à prescrire moins de thérapies médicamenteuses. (23)

Les médecins généralistes décrivent une difficulté à entretenir une coopération avec les autres professionnels. Les médecins déplorent une absence de retour de leurs confrères spécialistes. Plusieurs causes sont évoquées comme la répartition démographique ou les délais trop longs. En Pologne, les médecins regrettent le manque de psychologues ou d'infirmiers pour les épauler. Cette pénurie entraîne une forme de solitude face aux problèmes de santé mentale. (38)

Un travail de réflexion en audit à plusieurs professionnels peut amener des solutions dans un contexte de surcharge ou de détresse psychosociale. En Angleterre, la mise en place d'un projet commun a pu faciliter le cadre de la psychothérapie dans un cabinet de groupe de médecine générale. (28)

4.4. Les limites de la thérapie

Certaines situations ne relèvent pas de la médecine générale et doivent être reconnues.

La psychothérapie de soutien n'est pas probante face à tout patient. Sans parler de contre-indication absolue, ces éléments doivent être pris en considération lors du suivi.

La psychothérapie par le médecin généraliste n'est pas adaptée seule face à la crise suicidaire selon son degré. Les outils permettent de faciliter le diagnostic et l'évaluation. Ils s'attachent à rechercher l'existence de critères d'urgence et de gravité, excluant la thérapie de soutien. Dans des thérapies de groupe, l'impact pourrait se révéler désastreux. (29)

Les comorbidités psychiatriques sévères sont une autre contre-indication. Les essais cliniques excluent des différents protocoles les comorbidités suivantes : les patients schizophrènes, les

troubles délirants, les patients atteints de bipolarité ou d'épisodes maniaques, les dépressions avec caractéristiques psychotiques, les patients aux troubles de la personnalité sévère. (42)

La psychothérapie nécessite une conversation entre les deux participants dans la même langue. Les difficultés de compréhension et d'expression orale entre les deux participants sont un frein majeur. Une étude exclut également les patients atteints de retard mental, cette population nécessite une adaptation des protocoles, parfois difficile en recherche. (42)

4.5. Typologie des techniques analysées

Les stratégies décrites ci-dessus peuvent être rattachées à certains mouvements psychothérapeutiques.

Le génogramme s'inspire des liens systémiques familiaux et s'attache à la recherche des liens affectifs interpersonnels en dehors de ce cadre.

L'utilisation des outils comme le WAI-sr et le P4 regroupent certaines idées de la thérapie interpersonnelle, avec la qualification des liens gravitant autour du patient.

Dans la gestion du stress et des émotions, la psychoéducation comporte les deux dimensions de la thérapie cognitivo comportementale.

De même, les thérapies de groupe sont souvent issues de TCC. Elles permettent de regrouper plusieurs patients autour d'une problématique unique et bien cernée.

L'exercice des 5 doigts et les exercices de respiration s'inscrivent dans une approche comportementale, et peuvent rechercher à atteindre un état de détente s'approchant de la transe souvent décrite dans les thérapies interpersonnelles.

D'inspiration humaniste, la thérapie centrée sur les solutions remet le patient dans cet état d'esprit recentré sur lui-même et vise le développement de l'individu.

DISCUSSION

1. Les objectifs de la recherche

Notre revue de littérature avait pour principal objectif de faire l'état des lieux de la psychothérapie en médecine générale en Europe. Plusieurs approches de la thérapie de soutien ont été décrites au travers des résultats. L'objectif secondaire s'intéressait à la définition de la psychothérapie, par le prisme des différentes études.

La thérapie de soutien du médecin généraliste possède ses caractéristiques propres et son cadre particulier. Elle emprunte des éléments aux thérapies spécifiques vu précédemment comme la thérapie interpersonnelle, comportementale, ou encore la thérapie centrée sur les solutions.

L'établissement de l'alliance thérapeutique est étroitement lié à la qualité de la relation de confiance. L'exercice évolue entre chaque patient et diffère selon chaque médecin. Plusieurs éléments influencent sa pratique, comme sa culture, sa place dans le système de soins, ou plus globalement son pays d'exercice.

C'est cette capacité d'adaptation qui fait la diversité et la richesse de la pratique du médecin généraliste, en empruntant des éléments à toutes ces psychothérapies plus spécifiques, en se les réappropriant, et en conservant pour chaque patient la partie la plus pertinente pour le soutenir. (16) L'objectif est de favoriser l'autonomisation psychique et psychologique des patients, tout en travaillant sur leur capacité à vivre au sein d'un équilibre familial et social stable. (43)

1.1. Les pratiques

Dans notre étude, les principes de la thérapie s'orientaient vers l'allocation de temps dédié à l'écoute, le développement d'outils de dépistage et de stadification, la relaxation ou encore la construction de l'arbre des relations. La thérapie peut aussi s'inspirer de la psychoéducation et de la gestion des émotions. Elle implique de nombreuses stratégies dont certaines montrent des similitudes.

Le passé du patient est riche en éléments thérapeutiques. La visualisation des liens affectifs y est souvent concernée, comme en témoignent le génogramme ou la recherche des liens psychoaffectifs.

La gestion des émotions est travaillée à plusieurs niveaux : en groupe, individuellement ou en utilisant des vignettes cliniques. L'objectif de la thérapie par le médecin généraliste doit conserver sa dimension de support émotionnel pour le patient.

L'amélioration des symptômes et de la qualité de vie est essentielle et mériterait d'être un des critères de jugement systématiques des études.

La confiance est un des piliers sur lequel le médecin généraliste se repose pour suivre et initier la thérapie avec ses patients. Pour stimuler celle du thérapeute, des moyens efficaces se développent comme en témoignent les groupes Balint décrit en Slovénie. Pour pérenniser la confiance entre le médecin et son patient, des outils objectifs peuvent contribuer à l'épanouissement de la relation. Il est nécessaire que les deux parties soient à la recherche de cette relation thérapeutique.

Du temps est indispensable pour la formation de l'alliance. Les patients perçoivent les outils comme un facteur objectif s'ajoutant au jugement médical. C'est pour eux une preuve que le médecin les considère sérieusement. (44)

De nombreux échelles et questionnaires se développent dans plusieurs thèmes. Ils cherchent à faciliter l'interrogatoire, à estimer la gravité ou à objectiver certains éléments-clefs. In fine, ils permettent de rendre les situations reproductibles et facilement appréhendables. (41)

La notion du temps est omniprésente dans les articles sous plusieurs formes. Les temps de consultation sont mesurés et optimisés. Les études cherchent une efficience coût-temps de thérapie. Le fonctionnement même de la psychothérapie serait dépendant d'une notion de temps-efficacité. (39)

Un des résultats précise que la psychothérapie de soutien a l'avantage de diminuer le nombre de consultations dans les populations aux nombres de consultations conséquents. Un autre suppose que désigner du temps « dédié à la psychothérapie » permet aussi d'en gagner sur le long terme à l'échelle d'un médecin généraliste. (25,28)

Les choix des médecins interrogés sur les thérapies médicamenteuses sont souvent influencés par leur personnalité ou leur propre expérimentation. (35) Les facteurs individuels comme l'organisation, l'adaptation des temps « dédiés », et les spécificités de chaque médecin sont en opposition face à l'uniformisation des outils, la reproductibilité et l'optimisation générale. (25)

1.2. Les éléments de méthodologie : la sélection des articles

Le choix de conserver les études entre 2000 à 2023 permettait d'avoir un éventail conséquent de résultats, tout en gardant une temporalité proche de l'époque actuelle.

Plusieurs auteurs importants se retrouvent en dehors de l'échelle, tel que Michael Balint, un psychiatre du XXème siècle qui a été précurseur des recherches sur la relation médecin malade.

(45)

La crise du COVID a eu un impact sur le déroulement des recherches à partir de 2020. Leurs protocoles ont été revus et rallongés, certains résultats ne sont pas encore disponibles. (42)

La répartition chronologique des études est en faveur d'une accélération des publications dans ce domaine. Ce résultat montre l'intérêt croissant et la nécessité d'employer des ressources pour la santé mentale en médecine générale. (35)

Les essais cliniques sélectionnés testent des protocoles de thérapies codifiés utilisables en routine. Leur existence montre une volonté d'introduire des thérapies plus spécifiques, plus objectives, se basant sur des concepts concrets. Ils proposeraient des bases de thérapie de soutien reproductible par le médecin généraliste.

Parmi les 23 articles sélectionnés, toutes les thématiques abordées sont des sujets prévalents en médecine générale et notamment la dépression.

La dépression est un des enjeux majeurs en Europe, 75 % des essais cliniques analysés recherchent des solutions à cette problématique. Ce thème est retrouvé dans toutes les populations de la revue ainsi que dans plusieurs pays. Cette tendance est corrélée à l'incidence grandissante de la dépression dans la population générale européenne.

D'autres thèmes en lien avec la santé mentale ne sont pas représentés dans la revue. Malgré le nombre d'articles conséquents sur le sujet des troubles psychiques chez les patients atteints de trouble de l'intestin irritable ou sur la dépression du post partum, aucun n'a rencontré les critères d'inclusion et d'exclusions. Aucun article portant sur la thérapie dans un contexte de dépendance, ou encore sur les troubles alimentaires n'a pu être inclus.

Des sujets comme l'hypnose ericksonienne ou les addictions sont manquants. Ces thèmes sont pourtant traités dans la littérature et font l'objet d'axes psychothérapeutiques spécifiques.

2. La médecine générale en Europe

La discipline de médecin généraliste suit une histoire différente selon les pays.

En Pologne, la profession n'existe que depuis 1970 et la plupart des généralistes sont des médecins spécialistes reconvertis. L'approche psychologique n'a pas été enseignée, ni travaillée. Une frustration multifactorielle s'est installée face à ces patients difficiles à traiter. (26,38)

D'autres pays sont plus familiers avec ces populations. En Europe du Nord, la discipline de médecine psychosomatique est développée et pourvoyeuse d'un grand nombre d'articles, en collaboration avec les psychologues et les psychothérapeutes.

Au Danemark et en Suède, l'exercice de la psychothérapie est bien développé par le médecin généraliste. (25) Il existe une cotation particulière pour la thérapie de soutien lui donnant une place à part entière. Elle s'élève à trois fois le tarif d'une consultation de base, avec une durée prévue entre deux et trois fois le temps habituellement consacré par patient.

En Allemagne, les soins de la santé mentale sont réalisés principalement par d'autres professionnels comme des psychothérapeutes, des psychiatres, des médecins spécialisés en médecine psychosomatique. L'offre de soins en santé mentale est vaste et développée. Pourtant, c'est le pays où le plus grand nombre d'articles a été inclus, preuve que le médecin généraliste est lui aussi confronté assez largement à ce domaine. (41)

Un entraînement en soins psychosomatique de base de 80h en Allemagne est obligatoire dans le cursus des médecins généralistes. (32)

Les Pays bas suivent un modèle similaire avec des agents de la santé mentale qui travaillent en coopération avec les médecins et les psychologues. (46)

La structuration des consultations change profondément selon le temps disponible. La durée de consultation moyenne est de 7 minutes en Allemagne (41), alors qu'elle varie de 3 à 10 minutes par patient en Pologne. (38,41)

Vers une harmonisation des pratiques

Les résultats de la revue montrent une volonté européenne d'homogénéisation des pratiques. Les échelles utilisées dans l'intentionnalité suicidaire sont traduites dans plusieurs langues, de même que d'autres questionnaires.

Un échange entre les praticiens s'opère entre les différents pays. Les méthodologies et opinions sont partagées, et une des études proposent des comparatifs des avis des médecins anglais face à des médecins français et italiens.

Cette dynamique est soulignée par l'existence de comités de recherche européens comme l'EGPRN (European General practice research Group). (37)

Au travers des diversités culturelles et sociologiques, la position de médecin de premier recours semble être une des caractéristiques fondamentales du médecin généraliste dans toute l'Europe. Le premier contact par le médecin généraliste avant le recours au secteur secondaire se démocratise dans la plupart des pays.

La tendance à la réorganisation de la santé mentale vers des centres de soins ou vers les psychologues n'affecte pas la présence de la souffrance psychique dans les consultations du médecin.

3. Forces et Limites

L'étude traite de la souffrance psychologique en médecine générale, un sujet des plus prévalents. En France, le système de soins actuel peine à répondre à l'incidence des troubles d'origine psychique. Une des forces de l'étude est d'aborder ce thème par un angle original via une revue de littérature européenne.

Bien que le biais de sélection inhérent à toutes les revues de littérature soit présent, une analyse qualitative par échelle adaptée au type de l'étude permet de mieux juger chaque article avec des critères plus justes.

La présentation des limites de chaque étude dans le tableau récapitulatif à l'intérêt de pouvoir plus facilement appréhender leurs résultats associés.

La sélection des articles et la revue des bases de données n'a été réalisée que par un chercheur, et seul les articles sujets à incertitude ont été comparés avec un second chercheur. Ce processus a permis une sélection d'articles homogènes mais laissant plus de place à la subjectivité.

Le choix a été porté de ne pas inclure les thérapies en ligne. Elles ont été considérées hors sujets, car trop différentes des pratiques actuelles du médecin généraliste.

Les thérapies en distancielles sont un objet de recherche de grande ampleur.

Le concept est polyvalent et regroupe de nombreuses entités. Les méthodes sont hétéroclites.

Certaines se réalisent en autonomie avec un programme. (47) Une partie se font de concert avec un intervenant, psychologue ou médecin traitant. La communication peut se faire de différentes manières comme par appel téléphonique ou par messagerie instantanée. (48)

Ces thérapies pourraient être adapté comme support supplémentaire contre le problème de la santé mentale en médecine générale. Des résultats présentés par certaines études sont favorables à leur implémentation. (48)

La barrière de la langue est un frein majeur de cette revue. La recherche bibliographique à travers l'Europe implique que de nombreux articles ne sont pas traduits en anglais ou en français.

La recherche ne concernait que les pays Européens. D'autres pays à travers le monde sont des publicateurs importants. Le Canada, l'Australie et les États-Unis proposaient une multitude d'articles identifiés par l'équation de recherche.

Les méthodes présentées dans les résultats ne sont pas exhaustives. D'autres moyens psychothérapeutiques sont retrouvés dans la littérature, mais les articles ne présentaient pas les critères de sélection. Le nombre d'inclusion dans cette revue de littérature est tout de même relativement faible par rapport aux résultats attendus.

Un des critères forts de l'étude est aussi le plus contraignant : la présence d'un médecin généraliste parmi les auteurs souffre de plusieurs limites. Cette donnée n'est pas toujours renseignée, de nombreux homonymes ont perturbé l'identification des auteurs sur leur profession et leur origine.

De nombreuses autres thérapies spécifiques réalisées par des médecins généralistes ont été retrouvés dans les articles inclus, mais exclus car les auteurs n'étaient pas eux-mêmes médecins généralistes.

Pour en mentionner une, la thérapie Morita fait partie de ces thérapies exclues des résultats et présentant des particularités intéressantes. (49) Une étude pilote et une étude qualitative recueillant l'acceptabilité de l'approche ont déjà eu lieu en Angleterre.

Développée par Shoma Morita en 1919 au Japon, cette méthode s'inspire de préceptes bouddhistes et s'axe sur la promotion du fonctionnement quotidien plutôt que sur les symptômes spécifiques. Elle repose sur quatre étapes allant graduellement du repos jusqu'à l'incitation aux activités physique et méditatives. Le but recherché est d'aider le patient à s'écarter d'un style de vie centré sur son humeur en mettant en place des habitudes productives.

La thérapie Morita n'a pas de support cognitif, et s'apprend par des habitudes de comportements quotidiens. Initialement utilisée dans l'anxiété généralisée, elle a aussi sa place dans la dépression et est pratiquée dans plusieurs pays à travers le monde comme le Ruanda, la Russie, les États-Unis, ou la Chine.

Le concept est sensiblement différent des autres thérapies : ici le patient ne combat pas le symptôme, il ne l'accepte pas non plus, il vit avec. La guérison n'est pas définie par le soulagement des symptômes, mais par l'apprentissage quotidien de vivre sans être gouverné par ses états émotionnels. Elle se démarque franchement des thérapies cognitives et comportementales, et constitue une alternative prometteuse en Angleterre.

4. Les perspectives

Comme le propose une des études de la revue, la psychothérapie présente de multiples avantages : elle diminuerait la fréquence de consultation des populations de patients les plus consommateurs de soins. (28) Elle aurait en plus un impact positif sur le moral des médecins et permettrait une réduction du recours aux médecins remplaçants. (28)

Les jeunes médecins font de moins en moins confiance aux antidépresseurs au profit de la thérapie de soutien. (37,50)

Les recherches proposent de plus en plus de protocoles de thérapies spécifiques à intégrer en consultation.

Les thérapies de groupes décrits dans les résultats présentent des forces indéniables et sont à considérer. Elles participent à la variété de la pratique du médecin. (29,42) L'amélioration de la qualité de vie des patients par cette méthode est une donnée à ne pas sous-estimer. Le groupe est efficace pour mutualiser le coût humain-effectif en temps de thérapie.

Les résultats de ces études ne sont pas forcément propices à la généralisation car leur échelle s'arrête à des études de faisabilité ou de petits groupes. Des essais de grande envergure sont en cours.

Les thérapies de soutien en ligne sont une autre perspective intéressante en soins de 1^{er} recours. Leur utilisation en tant que support à la psychothérapie du médecin généraliste pourrait être une des pistes pour les soins futurs. (51)

Pour l'illustrer, une étude organisait l'implémentation d'une thérapie cognitivo comportementale par internet dans plusieurs centres de soins. (47) Prenant place en Suède entre 2010 et 2013, le programme PRIM Net s'intéressait aux patients atteints de dépression légère à modérée. Les patients pouvaient suivre une thérapie par programme internet de 3 mois associée au suivi téléphonique d'un thérapeute hebdomadaire. Le programme se basait sur des vidéos, des textes, et des exercices quotidiens divisés en plusieurs modules.

Le programme suivait le concept de l'activation comportementale. Cette stratégie a été décrite en 1970 par Lewinsohn. Elle repose sur deux points fondamentaux : améliorer l'humeur par la promotion d'activités associées à un sentiments de plaisir, diminuer celles qui maintiennent le repli et la dépression.

Les résultats montraient des avis des thérapeutes plutôt favorables à ce programme. Ils décrivaient cependant un sentiment de frustration à laisser leurs patients seul face au programme. Ils seraient plus enclins à intégrer la thérapie sur internet en plus de leurs pratiques habituelles.

Un des essais en cours de notre revue évalue un autre programme « Act and Feel », reposant sur le concept d'activation comportementale. (46) Le programme est suivi par le patient sur internet pendant 2 mois, et le médecin généraliste suit le patient en parallèle à intervalle régulier. Cette approche mixte constituerait un appui non négligeable à la thérapie de soutien.

Le stress et la relaxation

Comme l'ont montré les différents articles, la méditation et la relaxation sont des outils très puissants utilisables en consultation. Ces procédés sont présents dans de nombreuses approches comportementales. Leur apprentissage et leur accessibilité peuvent facilement s'intégrer dans la thérapie.

Le stress est un facteur environnemental important, retrouvé fréquemment au cours des consultations. Il est physiologiquement nécessaire à l'adaptation au changement d'environnement d'un individu. (52) Il est défini par 3 phases : une phase d'alarme, une phase de résistance et une ultime phase correspondant soit à la récupération soit à l'épuisement. Cette dernière dépend de la persistance de l'agresseur, dit le « stresser », dans le temps.

L'organisme peut être confronté à des événements de vie vécus comme des agressions modérées et répétées. Ces stresser induisent une surréaction permanente.

Ces phénomènes conduisent à l'apparition de comportements anxieux. Le stress non ajusté s'accompagne d'une activation cérébrale intense, entraînant un défi énergétique. Selon l'intensité et la durée, les mécanismes d'adaptation s'épuisent jusqu'à entraîner l'apparition de maladies.

La relaxation est une méthode de choix face au stress. Elle a un effet anxiolytique qui vise à rétablir le métabolisme de repos. Elle permet, par des exercices simples et reproductibles, de favoriser le travail psychothérapeutique.

L'exercice des 5 doigts et le cycle respiratoire ont été présentés dans les résultats. Plusieurs autres procédés existent dans la littérature. Pour en citer deux, le « training autogène de Schultz » (53) et la « relaxation progressive de Jacobson » (54) sont souvent proposés en relaxation.

La relaxation de Jacobson vise à réduire la tension interne du patient, en se représentant l'état psychologique comme un muscle. En relâchant ce muscle, la tension émotionnelle est réduite, et le patient entre dans une situation de vigilance relâché.

Le training autogène de Schultz est une méthode visant l'autodécontraction, par l'auto-hypnose et la suggestion, en se répétant plusieurs affirmations pour produire leur effet. L'exercice mêle respiration ample et profonde à la décontraction musculaire et au relâchement par l'imagination de sensations corporelles.

L'intégration de ces méthodes de relaxation à l'apprentissage rapide et peu chronophage pourrait aussi figurer parmi les pistes de recherche en médecine générale dans la thérapie de soutien.

CONCLUSION

Cette revue de littérature avait pour objectif de faire l'état des lieux de la psychothérapie par le médecin généraliste en Europe. L'objectif secondaire s'intéressait à la définition de la psychothérapie, par le prisme des différentes études. La revue s'intéressait à 23 articles analysés par des échelles adaptées.

Les résultats ont été présentés par des tableaux reprenant les principales caractéristiques des articles, accompagnés d'une description narrative des éléments clefs.

Différentes techniques de thérapies de soutien et leur concept ont été partagés, allant de la confection d'un génogramme s'inspirant de la thérapie interpersonnelle à la gestion des émotions par une approche cognitive et comportementale en utilisant des vignettes cliniques. Cette revue affirme la présence d'une volonté européenne de diffusion et d'uniformisation des pratiques.

Cette revue suggère plusieurs axes de développement de la thérapie de soutien par le médecin généraliste. Pour améliorer la qualité de vie dans la santé mentale, plusieurs points importants ont été identifiés. Des recherches complémentaires sur l'intégration de thérapie de groupe, de la relaxation, ou d'inclusion de protocole de thérapie spécifiques pourront proposer des résultats prometteurs.

1. Morin M. Nouvelles définitions de la santé : un regard psychosocial. Spirale. 2006;37(1):29-41.
2. Biarez S. Une politique publique : la santé mentale (1970-2002). Rev Fr Adm Publ. 2004;111(3):517-31.
3. Flash Eurobarometer 530 Mental Health -- Survey conducted by Ipsos European Public Affairs at the request of the European Commission, Directorate-General for Health and Food Safety. 2023
4. Ginger S. Chapitre 14. La psychothérapie, une profession indépendante : un défi européen ! Dans : La psychothérapie aujourd'hui. Paris : Dunod ; 2012. p. 139-54.
5. Gallais JL, Alby ML. Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. EMC Psychiatrie. 2004 Janv;1(1):1-6.
6. Kandel O. Existe-t-il une typologie des actes. Rev Prat Med Gen 2004 ; 18 : 781-4
7. Moreau A, Le Goazlou MF. Place de la psychothérapie dans la dépression en médecine générale. Février 2003 La Revue Exercer n°66.
8. Perdrix C. Médecine générale pour le praticien. Dans : Médecine générale pour le praticien. Elsevier. 2022. p. 58-9.
9. Fouques D. Evaluation des psychothérapies : l'apport du Rorschach (S.I.). Psychol Fr. 2004 Mar 1;49(1):25-32.
10. Marchand G. Les thérapies systémiques. Sci Hum. 2002;127(5):29-29.
11. Cottraux J. Chapitre 6. Les psychothérapies humanistes. Choisir une psychothérapie efficace. Hors Collection. 2011;163-90.
12. Blin B, Chavas B. 8. L'intégration des transes. Manuel de la psychothérapie interpersonnelle. Soins Psy. 2025 Juin 6;2:230-43.
13. Günter A. « La psychothérapie d'imagination catathymique » (PIC) en médecine de premier recours. PrimaryCare (Fr). 2009 Juin 24;9(10):195-6.
14. Le Moigne P. La prescription des médicaments psychotropes : une médecine de l'inaptitude ? Déviance et Société 2003;27(3):285-96.
15. Bouché P, Gay B, Guillou P, Martinot-Nouet I, Urbain F. La psychothérapie en médecine générale. Collège de médecine générale 2019
16. Espinoza É. Le médecin généraliste pratique-t-il une psychothérapie spécifique? Étude qualitative auprès de médecins généralistes de l'Oise. Thèse de médecine générale. 2018
17. Weyeneth M, Ambresin G, Carballeira Y, Contesse V, Crivii C, Glauser F, et al. La psychothérapie de soutien : un pas vers l'éclectisme. Psychothérapies. 2004;24(2):73-86.
18. Woller W, Kruse J, Alberti L. What is supportive psychotherapy. Nervenarzt. 1996 Mar;67(3):249-52.
19. Gedda M. Traduction française des lignes directrices CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés. Kinésithér Rev. 2015 Janv;15(157):28-33.
20. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. Kinésithér Rev. 2015 Janv;15(157):50-4.
21. Gedda M. Traduction française des lignes directrices PRISMA pour l'écriture et la lecture des revues systématiques et des méta-analyses. Kinésithér Rev. 2015 Janv;15(157):39-44.
22. Gedda M. Traduction française des lignes directrices STROBE pour l'écriture et la lecture des études observationnelles. Kinésithér Rev. 2015 Janv 1;15(157):34-8.

23. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. Prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. Résultats issus d'une enquête menée auprès d'un panel national de médecins généralistes français. *L'Information Psychiatrique*. 2014;90(5):341-52.
24. Stojanović-Špehar S, Ozretić L, Blažeković-Milaković S, Bergman-Marković B. Late life depression: challenge or curse for the general practitioner (GP). A cohort study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011;52(3):e134-139.
25. Davidsen AS, Reventlow S. « It takes some time to get into the rhythm - and to slow the flow of thought »: A qualitative study about experience of time and narrative in psychological interventions in general practice. *Health Lond*. 2010 Juil;14(4):348-68.
26. Guillemeney J, Clary B, Labadie-Fobis A, Oude Engberink A, Pavageau S. La théorie de l'attachement est une ressource pour la relation médecin-patient : méta-synthèse qualitative. *Ann Med Psychol Rev Psychiatr*. 2019 Avr;177(4):335-41.
27. Petek D, Pušnik A, Selič P, Cedilnik-Gorup E, Trontelj Ž, Riou M, et al. Semantic and Cultural Equivalence of the Working Alliance Inventory Short-revised Scale for Therapeutic Alliance in Family Medicine: Lessons Learned in Slovenia. *Zdr Varst*. 2019 Mars;58(1):21-30.
28. Young V, Mehl-Madrona L, Mainguy B. A Patient-Centered Approach to a Rural General Practice in Distress and the Search for a Solution. *Perm J*. 2018;22:17-099.
29. Melin EO, Svensson R, Thulesius HO. Psychoeducation against depression, anxiety, alexithymia and fibromyalgia: a pilot study in primary care for patients on sick leave. *Scand J Prim Health Care*. 2018 Juin;36(2):123-33.
30. Etienne R, Adam V. Outil 15. Les cinq doigts de la main. Dans : *La boîte à outils de l'hypnose dans les soins - 60 outils clés en main*. Dunod; 2021. p. 58-61.
31. Silva J, Vieira P, Gomes AA, Roth T, de Azevedo MHP, Marques DR. Sleep difficulties and use of prescription and non-prescription sleep aids in Portuguese higher education students. *Sleep Epidemiol*. 2021 Déc 1;1:100012.
32. Schluessel S, Halfter K, Haas C, Kroenke K, Lukaschek K, Gensichen J, et al. Validation of the German Version of the P4 Suicidality Tool. *J Clin Med*. 2023 Juil 31;12(15):5047.
33. Driot D, Nguyen-Soenen J, Costes M, Pomier M, Birebent J, Oustric S, et al. [Management of child and adolescent depression in primary care: A systematic meta-review]. *Encephale*. 2020 Févr;46(1):41-54.
34. Koning NR, Büchner FL, Vermeiren RRJM, Crone MR, Numans ME. Identification of children at risk for mental health problems in primary care—Development of a prediction model with routine health care data. *EClinicalMedicine*. 2019 Oct 1;15:89-97.
35. Andersson SJ, Troein M, Lindberg G. General practitioners' conceptions about treatment of depression and factors that may influence their practice in this area. A postal survey. *BMC Fam Pract*. 2005 Mai 16;6(1):21.
36. Poß-Doering R, Hegelow M, Borchers M, Hartmann M, Kruse J, Kampling H, et al. Evaluating the structural reform of outpatient psychotherapy in Germany (ES-RiP trial) - a qualitative study of provider perspectives. *BMC Health Serv Res*. 2021 Nov 5;21(1):1204.
37. Haddad M, Menchetti M, Walters P, Norton J, Tylee A, Mann A. Clinicians' attitudes to depression in Europe: a pooled analysis of Depression Attitude Questionnaire findings. *Fam Pract*. 2012 Avr;29(2):121-30.
38. Czachowski S, Piszczek E, Sowinska A, olde Hartman TC. Challenges in the management of patients with medically unexplained symptoms in Poland: a qualitative study. *Fam Pract*. 2012 Avr;29(2):228-34.
39. Gerger H, Hlavica M, Gaab J, Munder T, Barth J. Does It Matter Who Provides Psychological Interventions for Medically Unexplained

Symptoms? A Meta-Analysis. *Psychother Psychosom.* 2015;84(4):217-26.

40. Stojanović-Spehar S, Blazeković-Milaković S, Matanić D. Education about pharmacotherapy and psychotherapy of anxiety among primary care physicians in Croatia: Balint group approach. *Croat Med J.* 2004 Oct;45(5):625-9.
41. Lech S, Herrmann W, Trautmann S, Schwantes U, Gellert P, Behr J, et al. Depression in primary care and the role of evidence-based guidelines: cross-sectional data from primary care physicians in Germany. *BMC Health Serv Res.* 2022 Oct 24;22(1):1279.
42. Saini P, Hunt A, Taylor P, Mills C, Clements C, Mulholland H, et al. Community Outpatient Psychotherapy Engagement Service for Self-harm (COPESS): a feasibility trial protocol. *Pilot Feasibility Stud.* 2021 Août 27;7(1):165.
43. Velluet L, Catu A. La psychothérapie spécifique du médecin généraliste. 2001. p. 60.
44. Sinnema H, Franx G, Spijker J, Ruiter M, van Haastrecht H, Verhaak P, et al. Delivering stepped care for depression in general practice: results of a survey amongst general practitioners in the Netherlands. *Eur J Gen Pract.* 2013 Déc;19(4):221-9.
45. Balint M. Le médecin son malade la maladie. 1960.
46. Massoudi B, Blanker MH, van Valen E, Wouters H, Bockting CLH, Burger H. Blended care vs. usual care in the treatment of depressive symptoms and disorders in general practice [BLENDING]: study protocol of a non-inferiority randomized trial. *BMC Psychiatry.* 2017 Juin 13;17(1):218.
47. Kivi M, Eriksson MCM, Hange D, Petersson EL, Björkelund C, Johansson B. Experiences and attitudes of primary care therapists in the implementation and use of internet-based treatment in Swedish primary care settings. *Internet Interv.* 2015 Sept 1;2(3):248-56.
48. Kessler D, Lewis G, Kaur S, Wiles N, King M, Weich S, et al. Therapist-delivered Internet psychotherapy for depression in primary care: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2009 Août 22;374(9690):628-34.
49. Sugg HVR, Richards DA, Frost J. Morita Therapy for depression (Morita Trial): a pilot randomised controlled trial. *BMJ Open.* 2018 Août 1;8(8):e021605.
50. Ruths S, Haukenes I, Hetlevik Ø, Smith-Sivertsen T, Hjørleifsson S, Hansen AB, et al. Trends in treatment for patients with depression in general practice in Norway, 2009-2015: nationwide registry-based cohort study (The Norwegian GP-DEP Study). *BMC Health Serv Res.* 2021 Juill 15;21(1):697.
51. Andersson G. Using the Internet to provide cognitive behaviour therapy. *Behav Res Ther.* 2009 Mars;47(3):175-80.
52. Canini F. Éléments de physiologie et de physiopathologie du stress. *Rev Neuropsychol.* 2019 Déc 19;11(4):251-8.
53. Histel-Barontini L. Outil 22. Le training autogène de Schultz. *BàO La Boîte à Outils.* 2021 Août 4;80-1.
54. Baste N. 16. La relaxation progressive de E. Jacobson. *Méthode de relaxation.* 2016;137-47.

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Diagramme de flux	15
Figure 2. Répartition chronologique.....	22
Figure 3. Répartition des populations cibles	23
Figure 4. Carte de la distribution géographique	24
Figure 5. Répartition des types des méthodologies choisies	25
Figure 6. Répartition thématique	26
Figure 7. Exercice de respiration des 5 doigts	33

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. Extraction des données des études analysées 21

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE.....	D
RESUME.....	4
INTRODUCTION	6
MÉTHODES	11
RÉSULTATS	13
1. Caractéristiques des articles.....	13
2. Cadre conceptuel de la psychothérapie de soutien en médecine générale..	27
2.1. La définition	27
2.2. La temporalité	28
2.3. Le mode relationnel.....	28
3. La thérapie de soutien : les pratiques en Europe.....	30
3.1. La chronologie	30
3.2. Les thérapies de groupe.....	31
3.3. L'approche comportementale.....	32
3.4. La psychoéducation	34
3.5. Les échelles de mesure et outils d'évaluation	35
3.5.1. L'alliance thérapeutique, une donnée quantifiable.....	36
3.5.2. Parler du suicide	36
3.5.3. Développement d'outils chez l'enfant	37
3.6. Réévaluer les pratiques.....	38
3.6.1. L'évolution des idées	38
3.6.2. Face à la dépression	39
4. Les facteurs influençant la thérapie.....	40
4.1. Développement de la confiance	40
4.2. L'organisation : le subjectif au cœur de la thérapie	41
4.3. Caractéristiques sociologiques et démographiques.....	42
4.4. Les limites de la thérapie	43
4.5. Typologie des techniques analysées	44
DISCUSSION	46
1. Les objectifs de la recherche	46
1.1. Les pratiques.....	47
1.2. Les éléments de méthodologie : la sélection des articles	49
2. La médecine générale en Europe	51
3. Forces et Limites	53
4. Les perspectives	56
CONCLUSION	60
BIBLIOGRAPHIE.....	61
LISTE DES FIGURES	64
LISTE DES TABLEAUX.....	65
TABLE DES MATIERES	66
ANNEXES.....	1

ANNEXES

Annexe 1 : Les principaux courants de la psychothérapie

Dans l'introduction, les principaux courants de psychothérapie ont été indiqués. Ils sont explicités ici à titre indicatif pour proposer une typologie des différentes techniques analysées lors des résultats.

La thérapie cognitive et comportementale s'inspire la fois d'un travail psychanalytique complété d'une approche mêlant l'observation et la régulation des liens entre la pensée, les émotions et les comportements. Elles sont les plus étudiées et les plus utilisées en pratique courante, généralement courtes, et centrées sur la guérison d'un symptôme. (4,51)

La thérapie humaniste intègre le patient dans son environnement global. Elle suppose que la société et d'autres obstacles imposent à l'individu des valeurs empêchant son processus naturel de maturation. Le travail thérapeutique vise à promouvoir le bien-être et le développement personnel, jusqu'à atteindre un état où le patient est en accord avec lui-même en se dégageant des contraintes. (11) La Gestalt thérapie et la Thérapie centrée sur la personne de Carl Rodgers sont deux exemples d'inspiration humaniste.

Les thérapies systémiques s'intéressent aux liens familiaux et y recherchent des particularités dysfonctionnelles. Le concept suppose qu'un patient souffrant de problème psychique est le symptôme du système familial pathologique.

Elle s'intéresse à la cohésion familiale, les liens affectifs, ainsi qu'à la quantité et qualité des échanges entre les membres (10).

Assez proche de la précédente, le concept de la thérapie interpersonnelle décrit le patient comme la somme de ses relations avec l'intégration de son environnement, ses croyances, mais également de sa spiritualité, son lien avec la nature, son mode de vie, tout en cherchant à leur donner du sens (12). Dérivé de ce concept, on peut nommer l'arthérapie ou les approches orientales (4).

Les thérapies éclectiques sont aussi représentées dans les courants principaux. Le terme éclectique signifie que le courant s'inspire des autres thérapies en empruntant des éléments dans chaque. Elle est de fait polyvalente et ne limite pas son approche à une seule stratégie.

La psychothérapie en médecine générale en Europe

RÉSUMÉ

Introduction : En Europe, la souffrance psychique est une problématique de santé majeure. D'origine multifactorielle, un climat d'anxiété générale se développe. Le médecin généraliste est confronté chaque jour à la demande grandissante. La psychothérapie est une des méthodes privilégiées pour soutenir les patients. En médecine générale, les techniques de la psychothérapie sont nombreuses et diffèrent selon l'environnement culturel et sociologique. L'objectif de cette revue est de faire le point sur les pratiques au travers des différents pays européens.

Méthodes : Une revue de la littérature au travers des différentes bases de données permet de répondre à la question. L'équation de recherche utilise des mots clefs pour cibler « la psychothérapie » et le « médecin généraliste ». Les critères d'exclusion des articles comportent les éléments suivants : publication en dehors de 2000 à 2023, écrit dans une autre langue que l'anglais et français, pays hors Europe, absence d'un médecin généraliste parmi les auteurs, articles non originaux ou payants. Les articles inclus dans la revue sont analysés par une grille qualitative selon leur type. Les données sont recueillies à l'aide d'un tableau spécifique, puis exprimées par une synthèse narrative.

Résultats : Vingt-trois articles ont été analysés. Différentes méthodes de thérapie ont été proposées : thérapie spécifique d'inspiration cognitive au travers de la psychoéducation, interpersonnelle en développant le génogramme, humaniste en reprenant la thérapie centrée sur la solution, ou encore comportementale par la relaxation dans la gestion des émotions. Des méthodes s'appuyaient sur des outils objectifs comme un questionnaire de qualification de l'alliance thérapeutique, d'autre étaient plus théoriques et proposaient des aménagements de temps dédiés à la psychothérapie.

Conclusion : Les pratiques de la psychothérapie décrites dans les résultats sont le reflet de la multiplicité des techniques existantes en médecine générale. En Europe, une volonté d'uniformisation et de diffusion de ces stratégies est en place. Des études sur l'intégration de thérapie de groupe, de relaxation, ou d'inclusion de protocole de thérapie spécifique sont des pistes à explorer pour développer la psychothérapie et soutenir les patients.

Mots-clés : Psychothérapie, Thérapie de soutien, médecin généraliste, Europe

Psychotherapy in general medicine

ABSTRACT

Introduction: In Europe, mental suffering is a major health problem. A climate of general anxiety has developed because of multiple factors. General practitioner faces an increasing demand every day. Psychotherapy is one of the preferred methods to support patients. Psychotherapy techniques are numerous and differ depending on the cultural and sociological environment. The purpose of this review is to provide an update on practices across different European countries.

Methods: To answer the question, a literature review was conducted. The research query targets keywords "psychotherapy" and the "general practitioner". The review excluded the following: articles published outside of the time period from 2000 to 2023, articles written in a language other than English and French, countries outside of Europe, no general practitioner among the authors, non-original or paid articles. The articles included in the review were analyzed following a qualitative grid according to their type. Data were collected using a specific table, then expressed by a narrative summary.

Results: Twenty-three articles were analyzed. Different methods of therapy have been proposed: specific cognitive-inspired therapy through psychoeducation, interpersonal therapy by developing the genogram, humanist therapy by resuming solution-centric therapy, or behavioral therapy by relaxation in the management of emotions. Methods were based on objective tools such as a qualification questionnaire for the therapeutic alliance. Some were more theoretical such as time adjustments dedicated to psychotherapy.

Conclusion: Psychotherapy practices described in the results reflect the multiplicity of existing techniques in general medicine. In Europe, a desire to standardize and disseminate these strategies occurs. Studies on the integration of group therapy, relaxation, or inclusion of specific therapy protocols are avenues to explore in order to develop psychotherapy and support patients.

Keywords: Psychotherapy, supportive therapy, general practitioner, Europe

