Contribution du Dr Francis Abramovici, médecin généraliste, Lagny-Sur-Marne

Reconnaitre la fonction psychothérapeutique du médecin généraliste

Introduction

Quelle sera la place demain de la médecine générale dans la santé mentale ?

Le Rapport mondial de l'OMS sur la santé mentale indiquait en 2022 que « la santé mentale est bien autre chose que l'absence de pathologie : elle fait partie intégrante de notre santé et de notre bien-être individuels et collectifs. ». C'est un état de bien-être, qui permet de s'épanouir en profitant de toutes les opportunités que la vie peut offrir.

Les « troubles mentaux » seraient la première cause de morbidité et de recours aux généralistes pour les populations adultes (de 25 à 64 ans) en 2017[1]. Pour contribuer à la santé mentale, la France modifie l'organisation des soins avec un remboursement de séances de psychologues agréés et la mise en place d'infirmières de pratique avancée. Demain entre le développement de l'intelligence artificielle, des outils de soins à distance et de nouveaux métiers, la place du « médecin de famille » dans la santé mentale reste à préciser.
Ce qui est certain c'est l'importance de la relation dans le soin comme la nécessité de ne pas se soigner seul en cas de problème psychologique.

Installer une relation et la maintenir tout au long d'une consultation s'apprend par un travail personnel et l'usage d'outils ayant fait preuve de leurs qualités. Une fois établie la communication devient « psychothérapeutique », bien que parfois à l'insu du médecin : une intervention brève dans la ligne de vie des patients a parfois un retentissement durable. Qui n'a pas vécu l'expérience d'un patient lui disant des années plus tard « … vous m'avez dit ça Docteur… ». Tous les âges de la vie sont l'occasion d'une rencontre avec un médecin généraliste, et toute rencontre avec un professionnel reconnu comme compétent peut influer sur le présent comme sur l'avenir.

Si l'acquisition de compétences relationnelles place le généraliste dans une posture de psychothérapeute, au minimum en soutien face à de nombreuses souffrances, une enquête de pratique du Collège de la Médecine Générale (CMG) de 2024 témoigne que nombre de confrères se forment aux méthodes spécifiques des thérapies brèves comme des thérapies dynamiques. Reconnus par leurs patients comme psychothérapeute es qualité, ils proposent alors des séances de soins structurées autour du psychologique.

[1] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2017). L'état de santé de la population en France—Rapport. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/rapports/letat-de-sante-de-la-population-en-france-rapport-2017

Préambule : la relation est essentielle dans tout processus de soins.

25% des consultations de médecine générale sont liées directement à des motifs psychologiques[2]. Or les patients consultent très souvent avec des signes peu spécifiques et pour des symptômes inexpliqués médicalement. Les choix des démarches diagnostiques sont alors variables. Une étude[3] de l'OMS menée en 1995 dans 14 pays a montré qu'être le généraliste habituel d'un patient permet de doubler les scores de reconnaissance de ces troubles.

Une amélioration de la formation des confrères associée à l'amélioration de la reconnaissance des troubles psychiques par la société peuvent contribuer à leur identification dès le premier contact.
Pour orienter son diagnostic, choisir les examens destinés à éliminer une pathologie organique débutante, réagir dans l'urgence ressentie d'une crise d'angoisse, ou temporiser et réassurer face à des signes d'expression physique variée, l'expérience du praticien et la qualité de la relation sont déterminantes. En l'absence de formation suffisante, du manque de temps, des difficultés liées au diagnostic de pathologies présentées à leur stade précoce, on observe parfois des pratiques couteuses en examens complémentaires, traitements médicamenteux mal adaptés, prescriptions iatrogènes. Il en résulte alors un manque de soins pertinents pour le patient (Castro et al., 2007 ; Dunn et al., 1993; Jenkins et al., 2011; Stanley & Sehon, 2019). La représentation qu'a ce dernier de sa maladie peut y contribuer. Éclaircir ses craintes et expériences passées durant la consultation orientera les prescriptions de façon mieux adaptée à chaque individu. La plupart des études révèlent que l'observance des patients aux traitements est inférieure à 50%. Une décision partagée comme un meilleur repérage des troubles de santé mentale quand ils sont présents peut l'améliorer.
Les concepts abordés ci-dessous visent à établir une relation de qualité en un temps contraint, pour une décision partagée pertinente et conforme aux données de l'Evidence-Based Medecine (EBM).
À une époque où la dé-prescription, l'écologie en médecine [4] et l'utilité démontrée des interventions non-médicamenteuses[5] dans le soin peinent à trouver leur place, il nous est apparu essentiel de rédiger ces propositions centrées plus particulièrement sur les troubles psychiques en médecine générale. Partant du principe que « qui peut le plus peut le moins », les compétences acquises dans ce domaine pourront être utilisées dans l'intégralité de la pratique. Facilitant la fluidité de l'exercice quotidien elles contribueront à prévenir l'épuisement professionnel, évitant le sentiment d'être débordé par les plaintes de patient ressentis « comme difficile ».

Les motifs de consultations « psy » en médecine générale : un abord spécifique ?

Le généraliste est le premier consulté en cas de souffrance psychique et reçoit 80 % des troubles dits « psychiatriques », mentaux et psychosociaux[6]. Le corps et l'esprit ne sont pas séparés, le social et le médical non plus. De ce fait ils occupent une place de choix dans la prise en charge psychothérapeutique[7]. Les recours utilisés par le médecin généralistes en France sont principalement représentés par l'écoute, la prescription médicamenteuse et l'adressage aux spécialistes[8,9] (psychologues, psychiatres, hôpital). L'adressage à un psychologue ou psychiatre présente des limites (coût, délais, connotation sociale, etc.) de telle façon qu'à l'heure actuelle ce sont les médecins généralistes qui assurent l'essentiel du suivi psychologique en France[10].
Les troubles mentaux représentent à eux seuls 15% de l'activité en médecine générale[11].

[2] http://www.sfmg.org/demarche_medicale/demarche_diagnostique/dictionnaire_des_resultats_de_consultation/quelques_chiffres_sur_les_resultats_de_consultation.html
[3] Sartorius N, Ustün TB, Organization WH. Mental illness in general health care : an international study [Internet]. Chichester : Wiley; 1995 [cité 14 mars 2025]: https://iris.who.int/handle/10665/36937
[4] La prescription écoresponsable https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2024/02/Prescription-ecoresponsable-CMG2024.pdf
[5] HAS 2011 Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées
[6] Gallais, J.-L., & Alby, M.-L. (2004). Psychiatrie, souffrance psychique et médecine générale. EMC - Psychiatrie, 1(1), 1-6. https://doi.org/10.1016/S0246-1072(02)00067-6
[7] Stuart MR, Lieberman III JA. The fifteen minute hour: Applied psychotherapy for the primary care physician, 2nd ed. Westport, CT, US: Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group; 1993. xv, 202 p. (The fifteen minute hour: Applied psychotherapy for the primary care physician, 2nd ed.)
[8] Dumitru-Lahaye C, Haxaire C. Mise en récit de la souffrance de patients par des médecins généralistes. Éthique & Santé. mai 2005;2(2):88-95.
[9] Les Presses de l'EHESP [Internet]. 2025 [cité 14 mars 2025]. Singuliers généralistes : Sociologie de la médecine générale - Livre. https://www.presses.ehesp.fr/produit/singuliers-generalistes/
[10] Que Choisir. (2021, mars 18). *Santé mentale – Des thérapies sans prise en charge*. https://www.quechoisir.org/decryptage-sante-mentale-des-therapies-sans-prise-en-charge-n89362/
[11] Coordination entre le médecin généraliste et les différents acteurs de soins dans la prise en charge des patients adultes souffrant de troubles mentaux Guide HAS 2018

S'y ajoutent les trop nombreuses plaintes ou comportements liés à un psychotraumatisme oublié. L'amnésie faisant partie du tableau clinique, la honte empêchant d'aborder l'épisode traumatique, le manque de confiance « à priori » qui peut en résulter y compris dans la médecine rend complexe la présentation de ces patients, souvent multi-demandeurs de soins pour des plaintes fluctuantes ou difficile à classer. L'étude Virage révèle que près d'une femme sur cinq (18 % de la population féminine) et un homme sur huit (13 %) déclarent avoir subi des violences débutées avant l'âge de 18 ans dans l'entourage familial[12]. 6 % des femmes et 2 % des hommes indiquent avoir subi des atteintes plus ou moins répétées de la part d'un(e) partenaire sur l'ensemble de leur vie conjugale. La catégorie « atteintes très sévères » concerne 10 fois plus de femmes que d'hommes.

De nombreux troubles de la santé mentale (dépression, pensées suicidaires, toxicomanies…) sont liés à une expérience de violence subie, particulièrement lorsqu'elle a eu lieu dans la famille ou le couple ou lorsqu'elle est de nature sexuelle[13]. L'European Health Interview Survey 2019 révèle des chiffres de souffrance mentale en France supérieurs aux autres pays européens : état de stress post traumatique (prévalence sur douze mois en France vie entière) chez 3,9% des français (3,2-4,6) ; 1,5% pour les hommes (0,9-2,1) ; 6,0% pour les femmes (4,8-7,2)[14]. Les victimes mettent en moyenne treize ans avant de rencontrer une prise en charge satisfaisante[15] et se voient poser jusqu'à trois diagnostics psychiatriques, dans près de la moitié des cas[16]. Le dictionnaire des résultats de consultations de la Société Française de Médecine Générale (SFMG) et les enquêtes de pratiques exposent l'importance des motifs ou pathologies concernées dont on sait depuis 1995[17] qu'elles peuvent être en relation avec un antécédent de psychotraumatisme : manifestations physiques de l'anxiété, de la dépression, phobies scolaires, troubles du comportement alimentaire (souvent masqués au début), addictions au tabac, à l'alcool ou à d'autres drogues… et nécessitent un abord psychothérapeutique en complément d'un éventuel traitement médicamenteux.

Ces psychotraumatismes longtemps ignorés vont avoir des conséquences sur plusieurs générations tant par les comportements qui en découlent que par des hypothèses de modifications épigénétiques [18] conséquences heureusement réversibles sous réserve de thérapie.
Reconnaître la place initiale du généraliste dans ces pathologies éviterait un retard à des soins adaptés et ses conséquences (surcout par errance diagnostique, répétition d'examens inutiles et mésusage des médicaments). La mise en place de programmes spécifiques structurés tout au long de la carrière en formation initiale comme en Développement Professionnel Continu (DPC) y contribuerait. Les compétences une fois acquises imprégneraient la pratique dans des situations « à prédominance relationnelle et psychologique » : mise en place de la relation mère enfant lors des 1000 premiers jours, prévention de la dépression du post-partum, repérage et accompagnement d'enfants en difficultés avec leur famille, observance des traitements en cas de maladies chroniques, annonce d'une mauvaise nouvelle, abord du risque suicidaire, « travail de deuil » ... Les débats actuels sur une future loi sur la fin de vie mettent en avant des manques dans la capacité de « conversation »[19] des soignants pourtant nécessaires aux malades.
Ces situations à risque d'épuisement nécessitent des compétences spécifiques pour permettre au praticien de soigner utilement.

[12] https://virage.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/29712/plaquette2.result.virage.2020_violences.vie.entiere.fr.pdf
[13] https://virage.site.ined.fr/fichier/s_rubrique/29712/plaquette2.result.virage.2020_violences.vie.entiere.fr.pdf
[14] Vaiva G, Ducrocq F, Jehel L, Genest P, Duchet C, Omnes C, et al. Psychotraumatismes et risque suicidaire en France : Prévalences croisées dans l'enquête SMPG. Revue francophone du stress et du trauma. 2007;7(2):69-77. https://bibliotheques.ghu-paris.fr/index.php?lvl=notice_display&id=29341
[15] Noémie Roland, Laure Salmona, Émilie Morand, Muriel Salmona. Impact des violences sexuelles : le rôle des professionnels de santé Dans le cadre de la campagne « Stop au Déni ». Médecine. 2016;12(6):285-288.
[16] Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey 1. Arch Gen Psychiatry. 1995;52(12):1048-60
[17] Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey 1. Arch Gen Psychiatry. 1995;52(12):1048-60
[18] Tuulari JJ, Bourgery M, Iversen J, Koefoed TG, Ahonen A, Ahmedani A, et al. Exposure to childhood maltreatment is associated with specific epigenetic patterns in sperm. Mol Psychiatry. 3 janv 2025;1-10.
[19] Sallnow L, Smith R, Ahmedzai SH, Bhadelia A, Chamberlain C, Cong Y, et al. Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. Lancet. 26 févr 2022;399(10327):837-84.

Orientations initiales face à ces motifs de consultation : la relation est première en thérapeutique

Si la diversité de motifs de consultation « bruts de décoffrage » nécessite un « débrouillage » initial et justifie une formation spécifique aux outils de la relation, les confrères témoignent avoir souvent découvert ces notions « sur le tas ». Ils manquent de repères face à la diversité des plaintes, des personnalités variées, des cultures multiples, de l'environnement social et professionnel. S'ils peinent à s'y repérer dans le temps d'entretien de la consultation, ils s'orientent naturellement et à juste titre vers la recherche des pathologies qu'ils connaissent le mieux, utilisant les réponses les plus maitrisées : prescription d'examens complémentaires et de médicaments en priorité. Le risque souligné par de nombreuses études est celui de sur-prescription, d'iatrogénie et de mésusage de médicaments (antalgiques opioïdes, risques des hypnotiques…). L'exemple des benzodiazépines montre depuis 40 ans que la lutte contre la sur-prescription ne l'a pas fait disparaitre[20].

Dans certaines circonstances ou la part médico-légale ou administrative de l'exercice est prégnante (les arrêts de travail, les demande de certificats variés…) les confrères se retrouvent parfois face à des patients mieux formés qu'eux aux techniques d'entretien, et se sentent parfois manipulés. Apprendre à dire non en étant soignant face à une demande indue est une compétence utile dans ces situations heureusement rares mais à fort potentiel émotionnel. Un temps de formation au conflit est nécessaire pour s'en sortir avec un sentiment de satisfaction d'avoir fait son travail de soignant. Ne pas y réussir expose de plus à des risques de stigmatisation de la part des tutelles, de reproches dans les médias voire de plaintes ressentis par les professionnels comme injustifiés.

Une relation de qualité : orienter vers un traitement adapté les problématiques psychologiques parfois « masquées » par la demande initiale

Nous avons abordé la fréquence des problèmes de santé mentale, il est temps de se centrer sur les réponses, en répétant que les outils de soins peuvent irriguer et faciliter l'ensemble de situations d'exercice professionnel.

Pour les 15% minimum de patients présentant des troubles étiquetés psychiques (indépendamment des pathologies psychiatriques graves), la première réponse aujourd'hui validée est celle de la psychothérapie[21]. Elle commence par un soutien thérapeutique du généraliste et devient structurée si nécessaire.

Le résultat d'une action de psychothérapie est mesurable en termes de qualité des soins. À titre de comparaison le bénéfice d'une psychothérapie en cas d'antécédents de psychotraumatisme, mesurée en « Nombre Nécessaire de Patients à Traiter » (NNT = number of patients needed to be treated to attain one additional success. Success = Better outcome than randomly chosen patient in control group) est de 3 patients alors qu'il en faut 40 pour voir le bénéfice d'un traitement par bétabloquants, 176 pour que l'aspirine prévienne une complication cardiovasculaire[22].

Cependant on ne prescrit pas une psychothérapie comme un médicament ou une consultation spécialisée d'organe. La manière d'assurer un passage d'un cadre à l'autre conditionne la réussite de la démarche. Le sentiment de responsabilité personnelle du patient basé sur sa motivation intrinsèque doit être activée. Si celui-ci attend tout du thérapeute, sa déception sera à la hauteur de son attente, grevant ensuite les chances de réussite d'une tentative ultérieure.

La prise en charge par l'assurance maladie de consultations de psychologues concourt à enlever un frein financier. Elle ne dispense pas d'informer le patient de ce qu'on lui propose et donc de s'approprier les différentes techniques et conditions de réussite du travail. Ce après avoir nécessairement « révélé » au patient le diagnostic et le traitement adapté à son état, premier temps de cette psychothérapie.

Aucun examen complémentaire ne peut dispenser d'expliquer que des douleurs variées dans la poitrine peuvent avoir comme origine l'anxiété, que des troubles du sommeil peuvent être liés aux conditions de vie de la journée, qu'une HTA peut être conséquence d'une consommation excessive d'alcool, de peser une adolescente pour révéler le risque

[20] État des lieux de la consommation des benzodiazépines en France Décembre 2013
https://uspo.fr/wp-content/uploads/2014/01/ANSM_Rapport%20Benzo_08012014.pdf

[21] Simon GE, Moise N, Mohr DC. Management of Depression in Adults: A Review. JAMA [Internet]. 10 juin 2024 [cité 22 juin 2024];
https://doi.org/10.1001/jama.2024.5756

[22] http://www.healthcare-events.co.uk/presentations/downloads/Microsoft_PowerPoint_-_Bruce_Wampold_FOR_WEB.pdf

d'entrée dans l'anorexie, ou d'entrer dans l'intimité d'une famille pour découvrir le comportement violent d'un de ses membres, un harcèlement voire un viol passé. Ce premier temps de diagnostic est psychothérapeutique car il suppose la mise en place d'une relation vécue par le patient comme une alliance. Cette pratique médicale suppose des repères théoriques, de la méthode et des outils. Elle donne en retour la satisfaction de comprendre certaines plaintes en étant en capacité de mieux y répondre.
Le confort qui en découle dans la pratique amène un certain nombre de confrères à aller plus loin en se formant à la pratique de psychothérapies structurées. Ils en font alors bénéficier une partie de leur clientèle.[23] Il existe ainsi une continuité de pratique entre la médecine générale et la psychothérapie. Le parcours de ces collègues définit un stade avancé de formation que nous envisagerons ensuite.

Les outils de base de la relation en médecine générale sont à enseigner en formation initiale et continue.

Si la liste ci-dessous peut sembler une évidence, la mise en pratique de ces outils est en permanence à remettre sur le métier.

PARTIR DU BON PIED
« On n'a pas deux fois l'occasion de faire une première impression »[24]. C'est dès le premier contact que le patient va ou non se sentir en confiance. Or certaines personnes se présentent de façon rébarbative, surtout s'ils sont traumatisés de la vie. Empruntons à Stanislas TOMKIEICZ sa réponse : « Quelle que soit la bobine des patients, qu'elle nous plaise ou qu'elle ne nous plaise pas d'avance… les patients emmerdants ça existe, mais c'est une question de formation. Si les soignants apprenaient dès le début à les comprendre, à les manier, à vivre avec, ils les supporteraient mieux. Et puis les soignants sont payés pour supporter ces patients emmerdants, alors que les patients ne sont pas payés pour nous supporter.[25]» En effet les psycho-traumatisés de la vie ont de bonnes raisons de se méfier de l'autre de par leurs expériences passées… ils consultent néanmoins les médecins de manière répétée du fait de leurs souffrances présentes.
Avant d'accueillir un patient il est utile au médecin de savoir prendre un instant pour se ressourcer. Puis **de laisser au minimum une minute et demie au patient en début de consultation** pour exprimer ses préoccupations et l'ensemble de ses questions[26]. Or par crainte d'être pris par le temps, comme par manque d'écoute ou par l'impression de recueillir des paroles inutiles ce temps est rarement pris. Une étude de 1995 révélait qu'en consultation, le praticien interrompait le patient 23 secondes après le début de sa prise de parole[27]. Et en 2018 nous étions passé à 11 secondes pour les 2/3 des praticiens[28] (majoritairement des spécialistes). Ces études révèlent que cette attitude empêche de prendre en compte les besoins du patient. C'est dans ce genre de situation que le patient la main sur la poignée de la porte ou lorsque l'ordonnance est déjà imprimée va ajouter un motif essentiel de sa consultation : « au fait Dr il me faut… » … au choix : la pilule ; quelque chose pour dormir ; un arrêt de travail…
Prendre du temps permet d'en gagner !

REFORMULER
L'outil de la reformulation, reflet mot à mot au départ, reformulation synthèse et éclaircissement ensuite permet de construire le lien et peut révéler au patient ses émotions exprimées mais innommées. Cet outil fondamental de la relation (un des critères Rogériens de l'écoute active) fait partie des entretiens motivationnels. Sa prise en main demande un entraînement par une mise en pratique sur des temps de formation. Les généralistes utilisent peu ou insuffisamment cette technique. À chaque nouvelle formation sur ce thème (comprenant 40 minutes de mise en situation de reformulation réciproque), la plupart des collègues, qu'ils soient expérimentés ou plus jeunes, témoignent

[23] Étude sur les interventions non médicamenteuse en médecine générale en cas de souffrance psychologique. CMG. 506 réponses en cours de publication
[24] [cité 20 juin 2024]. Les deux premières minutes d'une rencontre : vous n'aurez jamais une deuxième occasion de faire bonne impression. https://groupelivre.com/products/les-deux-premieres-minutes-dune-rencontre
[25] Extrait du film « Soins douloureux en pédiatrie: avec ou sans les parents » produit et diffusé par l'association sparadrap. https://www.sparadrap.org/boutique/produit/film-soins-douloureux-en-pediatrie-avec-ou-sans-les-parents
[26] Gafaranga J, Britten N. "Fire away": the opening sequence in general practice consultations. Fam Pract. 2003 Jun;20(3):242-7. doi: 10.1093/fampra/cmg303. PMID: 12738691
[27] Marvel MK, Epstein RM, Flowers K et al. Soliciting the Patient's Agenda. Have We Improved? JAMA. 1999;281:283-87.
[28] Singh Ospina N, Phillips KA, Rodriguez-Gutierrez R, Castaneda-Guarderas A, Gionfriddo MR, Branda ME, et al. Eliciting the Patient's Agenda- Secondary Analysis of Recorded Clinical Encounters. J Gen Intern Med. janv 2019;34(1):36-40.

de l'impression d'être « enfin » compris et écouté lorsqu'ils sont en position de s'exprimer ; mais aussi de l'intensité de la concentration que leur impose la position de soignant… au moins dans le temps d'apprentissage. Une fois acquise et utilisée, la reformulation fluidifie la rencontre et permet d'aller à l'essentiel tant pour le patient que pour le médecin.
L'IA saura sans doute reformuler dans l'avenir. Mais qui sera prêt à lui confier sa santé sans un humain compétent derrière ?
Reformuler c'est aussi le seul moyen de vérifier que nous avons compris ce que le patient a dit et de lui montrer que ses mots, ses craintes - voire ses représentations- ont été entendues.
La Haute Autorité de Santé (HAS) recommande la reformulation et affirme qu'elle permet d'éviter des surcouts importants : « aux USA entre 106 et 206 Milliards $ sont perdus/an pour causes de mauvaise compréhension et mauvais suivi des consignes de la part des patients »[29].

POSER DES QUESTIONS OUVERTES
L'apprentissage de la médecine nécessite un « interrogatoire » pour recueillir les informations nécessaires au diagnostic. Cependant tant pour prendre en compte les priorités de la personne, ses attentes, ses difficultés que nouer la relation de confiance, une première question ouverte est primordiale. Aborder les questions du mode de vie, de la profession, etc. reste nécessaire le moment venu pour un « diagnostic situationnel ». Une alternance de questions ouvertes et fermées, et d'informations est utile.
Explorer par le «… and what else ? » des anglo-saxons après avoir recueilli les motifs initiaux a montré la preuve de son efficacité[30]. Vérifier en fin de consultation que nous avons tout abordé par une question ouverte en est la symétrie. L'attention à l'intonation de la voix et l'attitude corporelle (du médecin et du patient lors de sa réponse) sont essentielles.

OBSERVER
Le langage corporel du patient (et du médecin) en dit souvent plus sur l'intention ou l'authenticité des propos que les mots eux-mêmes. La pudeur ou la gêne à aborder une question sensible peut apporter de la retenue dans l'expression, amener à « tourner autour du pot » ; la honte amener à dire oui en pensant non… Si le praticien est centré sur l'écran de son ordinateur il risque de perdre ces informations. Même si le patient est dans sa vision périphérique et que le ton de la voix peut informer, il reste que dans les deux premières minutes de l'entretien se jouent souvent l'essentiel de la suite[31]. Observer le patient dès la salle d'attente a d'ailleurs souvent permis au médecin de recueillir des informations. Et les patients se font une idée du médecin lorsqu'il passe dans la salle d'attente et ce avant de le rencontrer.

PRENDRE LE TEMPS DE LAISSER DES SILENCES
Il existe des questions authentiques et des fausses questions. Après avoir posé une « vraie question » il est utile de laisser un temps de quelques secondes de disponibilité, de donner le temps au patient de chercher une information intime… et parfois de ne pas trouver sa réponse, avant d'enchaîner. La méthode socratique est bien différente de l'expérience scolaire qui a façonnée les expériences de l'enfance face à une interrogation. Aider le patient à accepter qu'une question posée puisse ne pas avoir de réponse immédiate et le lui faire savoir peut l'aider à trouver ses réponses. En outre certaines questions peuvent être prises par le patient comme une autorisation à un nouveau comportement.

UTILISER L'EXAMEN CLINIQUE comme proximité sensorielle et relationnelle
Être face à la maladie peut aussi nous toucher : sachons parfois toucher l'autre physiquement pour s'en rapprocher. L'examen physique reste indispensable et permet une rupture dans le temps de la consultation. Et parfois de recueillir de nouvelles informations plus intimes. Les techniques modernes semblent diminuer la place de l'examen clinique dans la pratique. Or c'est l'occasion de rompre le dialogue pour mieux le reprendre, et un temps de respiration où le

[29] https://www.has-sante.fr/upload/docs/applcation/pdf/2015-11/3.1_3_dire_3_quoi_cpp.pdf
[30] Heritage J, Robinson JD, Elliott MN, Beckett M, Wilkes M. Reducing Patients' Unmet Concerns in Primary Care: the Difference One Word Can Make. J Gen Intern Med. oct 2007;22(10):1429 33.
[31] [cité 20 juin 2024]. Les deux premières minutes d'une rencontre : vous n'aurez jamais une deuxième occasion de faire bonne impression. https://groupelivre.com/products/les-deux-premieres-minutes-dune-rencontre

patient va se confier. Pour le praticien l'auscultation du patient aide parfois d'avantage à réfléchir à la conduite à tenir qu'à écouter les bruits du cœur.

SAVOIR DIRE NON « EN DISANT OUI »

Il s'agit de proposer son « cœur de métier » de façon positive. Face à une demande ex abrupto du type « je viens pour un arrêt de travail… », « il me faut un médicament pour mon insomnie… », « renouveler mes antalgiques » … répondre à la personne que notre métier est de réaliser des soins, qu'un arrêt de travail ou un médicament peut en faire partie, et que bien entendu s'il est nécessaire il sera prescrit… mais voyons d'abord…ce qui pourrait vous aider, faisons un diagnostic , proposons un parcours… et in fine un arrêt de travail s'il fait partie du soin, ou un traitement qui ne sera pas automatiquement un médicament… voire un refus clair. Le mésusage des antalgiques est parfois lié à un manque de temps et d'écoute de la souffrance[32]. Quant aux situations à risque de violences, afin de pouvoir activer les ressources nécessaires[33], le généraliste se trouve parfois démuni pour les repérer. Il doit néanmoins jouer son rôle dans leur signalement, et mieux encore leur prévention.

En conclusion provisoire, si face à certaines demandes ou situations de vie il n'y a pas une « bonne manière de faire », il y en a de plus confortables. Elles supposent d'instaurer une relation de qualité, et permettent l'alliance condition du soin. Au bénéfice du patient comme du médecin. L'application de de ces principes permet de recueillir de nombreuses informations, facilite le discours du patient en respectant les pauses oratoires, lui laisse le temps de réfléchir puis de continuer à parler. Écouter, c'est aussi aider le patient à poser des questions, à exprimer des émotions (peur, colère, déni en cas d'annonce d'une mauvaise nouvelle…). L'absence de questionnement ne signifie pas que le patient ne veut pas savoir, mais parfois qu'il ne sait pas comment formuler les questions, ou quoi demander (selon son niveau socioculturel, ses difficultés d'expression…et la qualité de la relation établie).

C'est alors au généraliste de proposer des hypothèses ou des pistes diagnostiques face à des demandes non explicites. La plupart des patients pressentent bien les limites du cadre que « leur généraliste » s'est fixé. Ils ne se confient que si la porte leur semble ouverte. C'est au généraliste d'approcher les questions de consommations de tabac, cannabis ou autres drogues, du mésusage de l'alcool, des difficultés de passage de l'adolescence ou d'autres périodes de la vie, d'éventuels troubles de la sexualité, des antécédents de violences subies… S'y être formé est une des façons d'être prêt à les accueillir.

En résumé de ce premier temps répétons-nous : prendre du temps permet d'en gagner. Si cela demande néanmoins un investissement de départ, la qualité obtenue en retour apporte une satisfaction aux deux parties. Prendre en compte les réactions du patient permet d'entrer en relation (verbal comme par le langage du corps) condition d'une relation de confiance.

Ouvrir avec précautions les champs de l'intime est de la responsabilité du soignant et pour cela il doit s'y être préparé.

[32] Prévenir le mésusage des antalgiques dans le cadre d'une situation subaiguë ou chronique https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2023/03/CMG-Mesusage-des-antalgiques-copie.pdf

[33] Prévenir et accompagner les situations de violences en médecine générale https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2024/06/CMG-KIT-VIOLENCE-Ressources-complementaires.pdf

Résultats d'une enquête de pratique réalisée par le Collège de la Médecine Générale (CMG)
Les généralistes pratiquent des psychothérapies

- Une enquête conduite par le CMG en 2024, administrée par mail à 5106 médecins généralistes a obtenu 508 retours (d*élivrés : 93,22%, Ouverts : 47,58%),* aux 49 questions qu'il comportait. De nombreux verbatim ont été recueillis. Le profil des répondeurs semble similaire à celui de la population MG.
- 451/503 pratiquent une psychothérapie de soutien en proposant plusieurs rendez-vous mais sans parler de psychothérapie.
- 93% prescrivent une psychothérapie lorsqu'elle leur semble nécessaire et 50% la pratiquent eux-mêmes de façon structurée : en proposant un ou plusieurs rendez-vous « longs »

Une fois l'indication d'une psychothérapie posée, de nombreuses questions se posent au médecin. Voici ce qu'ont déclaré les confrères dans la partie verbatim de l'enquête :

<u>Les freins à prescrire ou à pratiquer</u>

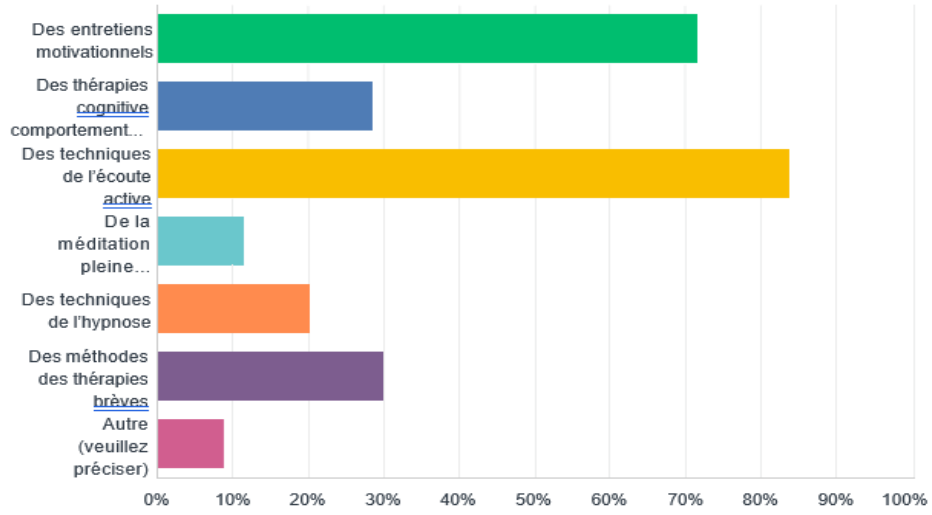
- Le coût : La psychothérapie est souvent trop chère pour les patients et non remboursée ou pas suffisamment. Mais depuis les résultats de cette enquête de 2024 la donne a changé : jusqu'à 11 séances de suivi psychologique peuvent être remboursées par l'Assurance Maladie, sans compter la séance d'évaluation. Les coordonnées des psychologues agréés figurent sur un annuaire de « Mon soutien psy » : https://monsoutienpsy.ameli.fr/recherche-psychologue.
- Le manque de ressources humaines : Il y a néanmoins une pénurie de professionnels disponibles que ce soit les psychiatres ou psychologues pratiquant en particulier les psychothérapies brèves.
- L'inadéquation des professionnels aux attentes des patients : il persiste des difficultés à trouver un thérapeute approprié pour chaque patient, et une expérience malheureuse ou mal préparée favorisera un manque de confiance ultérieur dans l'efficacité des thérapeutiques.
- Les résistances du patient : certains patients refusent de suivre une psychothérapie, par crainte ou n'en ressentant pas le besoin. C'est au médecin généraliste de rester disponible et d'accompagner le patient le temps nécessaire à la maturation ; voire s'il en a la compétence et le temps, d'assumer un soutien psychothérapeutique… Car qu'il le veuille ou non « c'est lui qui s'y colle » ! L'inconfort qui en résulte peut-être source de difficultés. Être formé est une source de compréhension de la situation et d'efficacité.
- Le coté chronophage : « prescrire » une psychothérapie prend du temps. Y préparer le patient suppose une consultation dont l'utilité n'apparaît pas dans l'immédiat. D'autant que ce qui se passe ensuite est une sorte de boîte noire. Le plus souvent ce sera sans retour d'information des psychologues sur le processus et quant à son utilité l'évaluation en appartenant au patient.
- Le manque de formation des généralistes pour bien orienter les patients vers des thérapeutiques spécifiques et adaptées à chaque cas rend délicat de se constituer un carnet d'adresses. Les jeunes installés y réussissent plus facilement avec des spécialités qu'ils connaissent comme la cardiologie ou la gastroentérologie à titre d'exemples. Mais comment choisir entre une thérapie familiale avec glace sans tain, une thérapie de couple, une thérapie utilisant l'EMDR (qui est une forme d'hypnose[34]), une thérapie cognitivo-comportementale (TCC).

[34] Qu'est-ce que l'EMDR, cette thérapie «magique» pour guérir les traumatismes ? - Vidéo Dailymotion [Internet]. [cité 21 mars 2025]. https://www.dailymotion.com/video/x87cf79

Des formations complémentaires pour pratiquer

Face à ces difficultés les confrères lorsqu'ils pratiquent des psychothérapies se sont formés en priorité aux entretiens motivationnels, aux techniques de l'écoute active, puis aux thérapies brèves et aux TCC, à l'hypnose, à la méditation pleine conscience, à la cohérence cardiaque, et à l'approche psychanalytique … :

Réponses obtenues : 163 Question(s) ignorée(s) : 340



CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
Des entretiens motivationnels	71.78%	117
Des thérapies cognitive comportementales (TCC)	28.83%	47
Des techniques de l'écoute active	84.05%	137
De la méditation pleine conscience	11.66%	19
Des techniques de l'hypnose	20.86%	34
Des méthodes des thérapies brèves	26.99%	44
Autre (veuillez préciser)	9.20%	15

Pratiquer des psychothérapies

Dans cette enquête la moitié des répondants sont des généralistes devenant psychothérapeutes pour leurs patients en difficulté. Proposer à un patient de poursuivre ensemble la relation thérapeutique engagée est légitime. Beaucoup de confrères témoignent de la logique de cette attitude. La connaissance mutuelle, la confiance établie antérieurement rendent le passage plus simple et le travail plus fluide. Faut-il encore poser un cadre spécifique qui évitera de se perdre en passant d'une rive à l'autre de chaque pratique, au risque de laisser le patient zig-zaguer voire divaguer. C'est ce qui parfois arrive lors des consultations de « psychothérapies de soutien », où la plainte peut prendre plus de place que le travail de changement, et la rédaction de l'ordonnance empiéter sur le temps de l'action de soin.

Les confrères de l'enquête témoignent que face à un patient dépressif, suicidaire ou récriminateur ils prolongent la durée de la consultation souvent jusqu'à 40 minutes. Si le MG est si souvent « en retard », au-delà de ses habitudes personnelles de gestion du temps, le patient en comprend généralement assez bien les raisons : disponibilité face à l'imprévu, à « l'urgence » d'une situation, à la demande de chacun. 90% des répondants de cette enquête disent pratiquer des psychothérapies de soutien, 50% proposer des consultations spécifiquement dédiées. Une consultation dédiée est le plus souvent plus longue et nécessite un temps de formation préalable mais aussi un cadre de rémunération au moins identique à celle des psychologues de Mon soutien psy.

Acquérir les compétences nécessaires à un travail de psychothérapeute, c'est proposer des formations pour acquérir les items contribuant à l'efficacité[35] (personnalité du thérapeute, définition d'un objectif commun, empathie, alliance thérapeutique, utilisation d'affirmations, congruence, identification d'attentes[36],[37] …).

Pour faire le lien avec la médecine générale tentons de distinguer plus finement ces facteurs que nous jugeons utiles à l'exercice quotidien de la médecine générale comme à celui du psychothérapeute :

- Loin devant c'est la qualité du thérapeute jugée par la qualité de l'alliance établie (du point de vue du patient). Remarquons que les sondages mettent régulièrement le médecin généraliste en bonne place quant à la confiance que les patients lui accordent. Sa qualité de thérapeute sera d'autant meilleure qu'il saura instaurer une qualité de relation en développant son authenticité par un travail d'introspection, comme de formation personnelle.

- Secondairement ce sont des facteurs, que le médecin généraliste met régulièrement en place :
    - Le temps dédie à la problématique = une consultation spécifique est souvent indispensable. Si répéter les consultations donne du temps, prendre un temps plus long pour des patients spécifiques reste nécessaire.
    - L'interaction avec un tiers non impliqué dans la situation : le médecin se doit de n'être que concerné par la situation de chacun des membres de la famille.
    - Un milieu sécurisé, hors du monde, dans le cadre de l'intimité du bureau de consultation permettant d'instaurer et de de préserver la relation de confiance.
    - L'effet de la relaxation permis par exemple par la pratique de l'hypnose[38] comme par des expériences de pleine conscience[39], l'apprentissage de techniques de respiration.
    - La possibilité d'expérimentations correctives durant la consultation : poser la question du changement en termes de « comment faire pour… ? » et accompagner le patient dans la recherche de sa réponse.
    - La possibilité pour le patient d'exprimer ses émotions dans un cadre bienveillant participant d'une catharsis mais aussi pour le médecin de reconnaître ses émotions propres car le patient les perçoit intuitivement.
    - Le point de vue alternatif et son reflet est acteur d'élucidation. La reformulation reflet abordée précédemment y contribue.
    - L'attitude empathique au sens « Rogérien[40] » permet au patient de s'exprimer sans être jugé. L'empathie est indispensable aux entretiens motivationnels comme au diagnostic éducatif partagé, premier temps de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) et contribue au suivi de la prescription.
    - Les modifications des fonctionnements relationnels habituels qui surviennent durant la consultation sont permis par l'investissement transférentiel. La consultation du MG ne peut y échapper[41].
    - L'attente d'un processus de soin permet l'espoir, gage d'amélioration.
    - L'engagement dans un cadre précisé à l'avance (lors du début de la psychothérapie mais aussi lors de la décision d'entreprendre une psychothérapie) se doit d'être clair.
    - Etc…

[35] Marteau-Chasserieau F. L'alliance thérapeutique : vers un nouveau paradigme des facteurs communs en psychothérapie. Perspectives Psy. 4 juill 2023;62(2):147-56.
[36] Wampold BE. How important are the common factors in psychotherapy? An update. World Psychiatry. oct 2015;14(3):270-7.
[37] Wampold B, Mondin G, Moody M, Stich F, Benson K, Ahn H nie. A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, « all must have prizes ». Psychological Bulletin - PSYCHOL BULL. 1 nov 1997;122:203-15.
[38] hypnose relaxation Dubos - Recherche Google [Internet]. [cité 21 mars 2025]. https://www.google.com/search?q=hypnose+relaxation+Dubos&rlz=1C1CHBF_frFR959FR959&oq=hypnose+relaxation+Dubos&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIHCAEQIRigATIHCAIQIRigATIHCAMQIRigATIHCAQQIRifBdIBCTE3MTM1ajBqN6gCCLACAfEF5Mr5DuariNI&sourceid=chrome&ie=UTF-8#fpstate=ive&vld=cid:31e855f1,vid:D8UYXMepzBs,st:0
[39] Méditation du soir Christophe André - Recherche Google [Internet]. [cité 21 mars 2025]. https://www.google.com/search?num=10&rlz=1C1CHBF_frFR959FR959&sca_esv=199f7bfbd02e2694&cs=0&sxsrf=AHTn8zr6nn0PFZtmYdUhLSty-y200huVMA:1742572944561&q=M%C3%A9ditation+du+soir+Christophe+Andr%C3%A9&sa=X&ved=2ahUKEwiEjt2KxpuMAxVRAfsDHdP-GUoQpboHKAB6BAgCEAI&biw=1536&bih=695&dpr=1.25#fpstate=ive&vld=cid:c5a9ee46,vid:Xw539tyT8oM,st:0
[40] Simon E. Processus de conceptualisation d'« empathie ». Recherche en soins infirmiers. 2009;98(3):28-31.
[41] Lahalle MO. Balint Michael, Le médecin, son malade et la maladie. Revue française de sociologie. 1961;2(1):106-8.

- Et seulement en dernière place viennent les techniques de psychothérapie qu'utilise le praticien. Parmi celles-ci les outils des entretiens motivationnels sont une synthèse de principes de différentes écoles de psychothérapie.
  Or les entretiens motivationnels ont fait la preuve de leur utilité dans le temps d'une consultation[42]. Les principes de l'écoute active de Carl Rogers (entre autres empathie, reformulation, et surtout authenticité liée à la qualité du thérapeute) sont indispensables à la réussite d'une décision partagée.

Des généralistes souhaitant aller plus loin dans leur prise en charge se sont formés à certaines de ces techniques, et entreprennent des psychothérapies structurées. Ils témoignent dans l'enquête citée de formation aux thérapies brèves, aux TCC, à l'hypnose, à la pleine conscience, à l'EMDR, ainsi qu'aux apports de la psychanalyse comme des apports des groupes Balint…. Cette enquête de pratique avait pour objet de mettre en évidence cet aspect peu connu du métier. Elle y réussit sur un échantillon de plus de 5000 confrères connus du CMG. Le passage structuré vers une psychothérapie brève dans les indications validées peut être facilité par la relation de confiance établie antérieurement. Si le généraliste a la durée de l'histoire commune il reste nécessaire de prendre un temps spécifique dans ces indications. Il est parfois difficile de pousser une porte inconnue pour des sujets intimes. Si le MG y est ouvert il devient plus facile de continuer un travail ébauché… ou de ne rien faire. Et alors la relation avec le médecin traitant perdure pour accompagner le patient.

L'écriture d'un référentiel métier est l'occasion de prendre en compte ces éléments. D'autant que le rôle social du médecin généraliste, sa pratique de thérapeute de l'accompagnement de la vie des patients et de leur famille se révèle de façon plus aigüe quand il manque. Sa fonction de thérapeute disparue contribuerait-elle à cette impression d'abandon qu'ont actuellement les électeurs des campagne… et des villes ?

Contribution supplémentaire pour mieux s'orienter face à l'évolution des sciences cognitives. Pour « prescrire une psychothérapie », il est utile de savoir ce qu'on prescrit.

Quand le MG propose d'aller consulter un spécialiste il connait le déroulement de la suite des événements. Il peut expliquer ce que fera le cardiologue (ECG, Doppler, Écho cœur…) le pneumologue (Spirométrie, scanner…) le gastroentérologue (fibro ou colo…) etc.

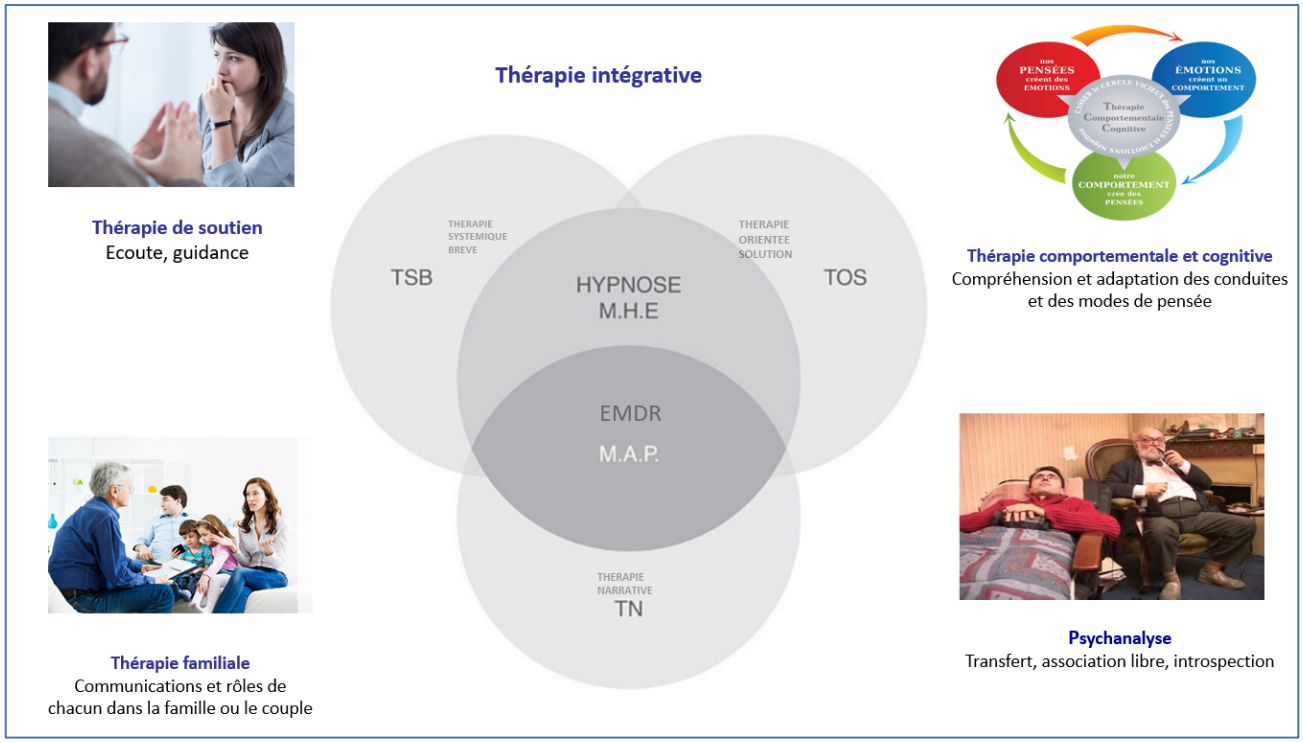
Il apprend à choisir son correspondant en fonction de critères qui correspondent à sa pratique et à la clientèle qui l'a choisi. En revanche, pour choisir un psychologue (voire un psychiatre pratiquant des psychothérapies) il est souvent face à une boîte noire, avec accès à l'entrée et rarement à la sortie. Le risque de « ratage » d'un premier contact mal ou peu préparé peut obérer les chances d'une réussite ultérieure.

C'est pourquoi nous suggérons quelques idées de formations supplémentaires pour les confrères qui souhaiteraient être aidés à s'orienter. L'utilité finale étant de mieux soigner les patients.

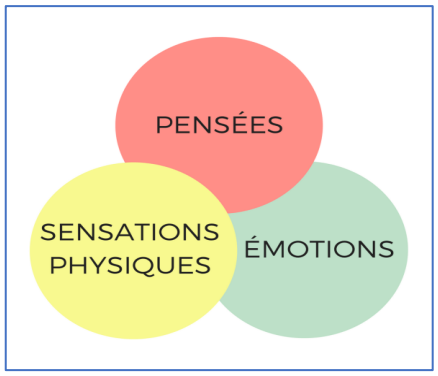
1. Une présentation des différents courants de thérapie souligne l'importance des thérapies intégratives. S'y repérer et plutôt après son installation, c'est-à-dire une fois que les difficultés de pratiques sont apparues séduit les plus motivés. Il leur sera alors plus facile de choisir l'orientation thérapeutique qui pourrait être la plus adaptée à chaque patient en fonction des ressources locales. Entre une famille qui dysfonctionne et une phobie ou une anorexie mentale certaines portes d'entrée peuvent s'avérer plus pertinentes, même si in fine ce sera la qualité de l'alliance elle-même liée au thérapeute qui sera essentielle.

[42] Easthall C, Song F, Bhattacharya D. A meta-analysis of cognitive-based behaviour change techniques as interventions to improve medication adherence. BMJ Open. 9 août 2013;3(8):e002749. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23935093/

Un exemple de carte incomplète :



Il s'agit d'aider les médecins à enrichir leur pratique en comprenant que sans accès aux émotions le changement reste superficiel[43], que le corps adresse parfois des signes qu'il faut écouter, et que les pensées si elles aident à la compréhension ne peuvent pas tout. Mettre en accord ces 3 parties d'un être nécessite de les reconnaître et de s'y adresser.



2. Proposer aux confrères des initiations comprenant un temps minimum d'expérience personnelle aux principales thérapies, à la carte. Car rien ne remplace l'expérimentation personnelle pour affiner son attitude bienveillante[44]. Ce temps d'expérience personnelle permet au formé de mieux se connaitre ce qui est doublement bénéfique pour sa pratique lui permettant d'accéder à plus d'authenticité et pour les patients.
   En voici un bref catalogue.

   a. Les entretiens motivationnels (EM) s'ils font partie du cursus de formation sont souvent compris intellectuellement mais inégalement mis en pratique. Ils sont particulièrement adaptés aux pathologies chroniques, aux addictions.... La confrontation aux pathologies aigues rend indispensable une solide formation initiale en ce domaine. Mais elle oblige parfois le médecin à « boiter sur ses deux jambes » comme l'exprime Boris Cyrulnik[45]. La période de fin d'études, les passages dans les services

[43] Le bourreau de l'amour -p50 Irvin D. Yalom.
[44] https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-10/bientraitance_-_support_de_presentation.pdf
[45] Babelio [Internet]. [cité 21 mars 2025]. De chair et d'âme - Boris Cyrulnik.: https://www.babelio.com/livres/Cyrulnik-De-chair-et-dame/12813

d'urgences ne lui laissent pas toujours le loisir d'utiliser les principes des entretiens motivationnels (EM). Une formation approfondissant les EM une fois installée reste indispensable.

b. Les principes de l'écoute active : la compréhension empathique, le respect chaleureux et sa communication, l'authenticité et sa communication (congruence), la précision et la spécificité de l'expression (situation précise et non généralité), la confrontation pour le changement et l'immédiateté (ici et maintenant) permettrait de sortir de la plainte[46] (« Le problème ce n'est pas le problème. Le problème c'est ton attitude face au problème. » Jack Sparrow). Certains confrères témoignent de porter la plainte des patients sur leur dos en rentrant chez eux. Soulageons-les !

c. Les thérapies brèves reposent sur des principes proches de notre métier. Elles sont l'occasion de poser un cadre donnent des outils parfois simples à utilisables en consultation.

d. Les TCC de dernière génération rejoignent les thérapies brèves et orientées solution.

e. L'hypnose : il suffit de 2 jours de formation à un praticien exercé à la relation pour permettre à un patient d'expérimenter un état d'hypnose. Son usage pour des actes douloureux est validé. L'utiliser pour son effet ressourçant, relaxant, peut de plus aider le patient à mettre en place le changement car les confrères témoignent que cette pratique accélère le travail des thérapies brèves.

f. La méditation pleine conscience tout en étant proche de l'hypnose permet une expérience de recentrage sur ici et maintenant.

g. La psychanalyse, les groupes Balint restent des fondements historiques.

h. L'EMDR est parfois indispensable pour certains psychotraumatismes. Connaître leur existence et leur utilité confirmée par l'OMS peut se faire en quelques minutes : Patrick Lemoine psychiatre référent de la profession les présente simplement sur https://www.dailymotion.com/video/x87cf79

i. Cette liste est non exhaustive. Des variantes et appellations diverses, parfois commerciales, ne manquant pas, les difficultés de s'y repérer nécessitent un guide.

Contribution réalisée avec la participation du Dr Louis-Baptiste Jaunay
Chef de clinique des Universités de médecine générale, Paris-Cité

[46] www.odilejacob.fr [Internet]. [cité 21 juin 2024]. Fin de la plainte - Éditions Odile Jacob.: https://www.odilejacob.fr/catalogue/psychologie/psychanalyse/fin-de-la-plainte_9782738107589.php

Travaux du CMG pouvant éclairer la question du référentiel métier

Diagnostic situationnel en médecine générale : passer d'une gestion par pathologie à une approche globale du patient https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2023/03/CMG-Diagnostic_situationnel.pdf

La dépression en Médecine Générale, La psychothérapie de soutien : une approche spécifique. https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2019/02/La-de%CC%81pression-en-MG-2017.pdf

La psychothérapie en médecine générale https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2019/07/Psychotherapie-en-MG-2019.pdf

Médecine générale et santé mentale https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2023/03/Medecine-generale-et-sante-mentale-20221228.pdf

Replay du Webinaire diffusé en direct le jeudi 30 septembre 2021 https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2023/10/Webinaire-Sante-mentale-et-medecine-generale.pdf

Arrêts de travail en lien avec la pathologie mentale https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2021/05/Arret-de-travail-_patho-mentale-2021.pdf

Santé mentale et médecine générale Pour un parcours de santé gradué et cohérent https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2021/09/Communique-20210928.pdf

Addictions et médecine générale Un kit pédagogique pour faciliter la prise en charge des patients https://www.cmg.fr/addictionsmg/

Adolescent Réussir la rencontre en consultation https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2024/02/Ado-reussir-la-rencontre-en-consultation-CMG2024.pdf

Comment prendre en compte la situation sociale des patients en médecine générale ? https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2022/06/Brochure-ISS-juin-2022.pdf

Avis du CNP de Médecine Générale concernant l'encadrement de la pratique de l'hypnose/hypnothérapie par des non-médecins https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2022/01/Avis-CMG-pratique-hypnose-non-medecin-11-2021.pdf

Prendre soin de ceux qui soignent : bien-être professionnel et santé globale du médecin généraliste https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2023/03/CMG-Prendre-soin-de-ceux-qui-soignent.pdf

Prévention et accompagnement des situations de violences : un kit pour les professionnels de santé https://www.cmg.fr/prevention-et-accompagnement-des-situations-de-violences-un-kit-pour-les-professionnels-de-sante/

Plus sur EBM France https://www.cmg.fr/wp-content/uploads/2021/06/Communique-EBM-20210628.pdf

Référence CNGE

Guide Calgary-Cambridge de l'entrevue médicale – les processus de communication # https://rouen.cnge.fr/IMG/pdf/calgary.pdf