

UNIVERSITÉ DE STRASBOURG  
FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Année : 2024

n° 103

THÈSE

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'État

Mention : DES de Médecine Générale

Par

Corentine FOURNET

Née le 29/03/1996 à Saint-Etienne

Etat des lieux de la pratique de la psychothérapie de soutien des médecins  
généralistes en Alsace et axes d'amélioration concernant son enseignement  
auprès des futurs docteurs

Président de thèse : Pr Gilles BERTSCHY

Directrice de thèse : Dr Gervaise LEBECQ



## FACULTÉ DE MÉDECINE, MAÏEUTIQUE ET SCIENCES DE LA SANTÉ

Edition SEPTEMBRE 2023  
Année universitaire 2023-2024

- **Président de l'Université**
- **Doyen de la Faculté**
- **Première Vice Doyenne de la Faculté**
- **Doyens honoraires :** (1983-1989)  
(1989-1994)  
(1994-2001)  
(2001-2011)
- **Chargé de mission auprès du Doyen**
- **Responsable Administratif**

M. DENEKEN Michel  
M. SIBIUA Jean  
Mme CHARLOUX Anne  
M. MANTZ Jean-Marie  
M. VINCENDON Guy  
M. GERLINGER Pierre  
M. LUCES Bertrand  
M. VICENTE Gilbert  
M. STEEGMANN Geoffroy



HOPITAUX UNIVERSITAIRES  
DE STRASBOURG (HUS)  
Directeur général : N...

### A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis      Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

### A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séïmak      Immunologie biologique  
DOLLFUS Hélène      Génétique clinique

### A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

NOM et Prénoms	CS <sup>0</sup>	Services hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'hospitalisation des urgences de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
ADDEO Pietro	NRP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
AKLADIOS Cherif	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : <b>Gynécologie-Obstétrique</b>
ANDRES Emmanuel	RP0 CS	• Pôle de Médecine interne, rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	53.01 Option : médecine interne
ANHEIM Mathieu	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
Mme ANTAL Maria Cristina	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre + Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine	NRP0	• Pôle d'imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b>
ARNAUD Laurent	NRP0 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe	RP0 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation/HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Séïmak	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil - Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BAUMERT Thomas	NRP0 CS	• Pôle HépatO-digestif de l'Hôpital Civil - Institut de Recherche sur les Maladies virales et hépatiques/Fac	52.01 Gastro-entérologie ; <b>hépatologie</b> Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEUX Rémy	NRP0 CS	• Pôle d'imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BERNA Fabrice	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : <b>Psychiatrie d'Adultes</b>
BERTSCHY Gilles	RP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume	NRP0 NCS	• Pôle d'imagerie - Service d'imagerie II - Neuroradiologie-Imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie/HP	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal	RP0 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des urgences médico-chirurgicales Adultes / HP	48.02 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : médecine d'urgence
BLANC Frédéric	NRP0 NCS	- Pôle de Gériatrie - Service Evaluation - Gériatrie - Hôpital de la Robertsau	53.01 Médecine interne ; addictologie Option : gériatrie et biologie du vieillissement
BODIN Frédéric	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et maxillo-faciale / Hôpital Civil	50.04 <b>Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique</b> ; Brûlologie
BONNEMAIN'S Laurent	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 - Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
BONNOMET François	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophthalmologie

NOM et Prénoms	CS <sup>9</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BOURGIN Patrice	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie - Unité du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile	NRP0 NCS	• Pôle des pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de chirurgie générale et digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
BRUANT-RODIER Catherine	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / HP	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie	NRP0 NCS	• Pôle de spécialités médicales-ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Dialyse et Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CASTELAIN Vincent	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme CEBULA Hélène	NRP0 NCS	• Pôle Tête-Cou - Service de Neurochirurgie / HP	49.02 Neurochirurgie
CHAKFE Nabil	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
Mme CHENARD-NEU Marie-Pierre	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du Membre supérieur / HP	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier	NRP0 NCS	• Pôle d'anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 <b>Anesthésiologie-Réanimation</b> ; Méd. d'urgence (opt. Anesthésiologie-Réanimation - type clinique)
COLLONQUES Nicolas	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01 Neurologie
CRIBIER Bernard	NRP0 CS	• Pôle d'urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
de BLAY de GAIX Frédéric	RP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
de SEZE Jérôme	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AXS / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DEBRY Christian	RP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
DERUELLE Philippe	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique; gynécologie médicale: option gynécologie-obstétrique
Mme DÖLLRUS-WALTMANN Hélène	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
EHLINGER Matthieu	NRP0 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service d'Orthopédie-Traumatologie du membre inférieur / HP	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière option Bactériologie-Virologie biologique
FAITOT François	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
FALCOZ Pierre-Emmanuel	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
FORNECKER Luc-Matthieu	NRP0 NCS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'Hématologie / ICANS	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option : Hématologie
FOUCHER Jack	NRP0 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
GALLIX Benoît	NCS	• IHU - Institut Hospitalo-Universitaire - Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale
GANGI Afshin	RP0 CS	• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GARNON Julien	NRP0 NCS	• Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David	NRP0 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard	NRP0 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GEORG Yannick	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Serv. de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 <b>Chirurgie vasculaire</b> ; médecine vasculaire/ Option : chirurgie vasculaire
GICQUEL Philippe	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
GOICHOT Bernard	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria	NRP0 CS	• Pôle de santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail/HC	46.02 Médecine et santé au travail

NOM et Prénoms	CS <sup>0</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOTTENBERG Jacques-Eric	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
HANSMANN Yves	RP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies Infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies Infectieuses
Mme HELMS Julie	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipalson - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Médecine Intensive-Réanimation
HIRSCH Edouard	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
IMPERIALE Alessio	NRP0 NCS	• Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve	RP0 CS	• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 <b>Médecine Physique et Réadaptation</b>
JAUHAC Benoît	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme JESEL-MOREL Laurence	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
KALTENBACH Georges	RP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau - Secteur Evaluation - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
Mme KESSLER Laurence	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie/ Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme KORGANDW Anne-Sophie	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane	NRP0 CS	• Pôle d'imagerie - Service Imagerie II - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KUHN Pierre	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II)/HP	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel	RP0 NCS	- Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie / ICANS	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
Mme LALANNE Laurence	NRP0 CS	• Pôle de psychiatrie, santé mentale et Addictologie - Service d'Addictologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; <b>Addictologie</b> (option : Addictologie)
LANG Hervé	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LAUGEL Vincent	RP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme LEJAY Anne	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale cardiovasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de Transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
LE MINDR Jean-Marie	NRP0 NCS	• Pôle d'imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'Imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/HP	42.01 <b>Anatomie</b>
LESSINGER Jean-Marc	RP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie générale et spécialisée / LBGS / NHC - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / Haute-pierre	82.00 Sciences biologiques de Pharmacie
LIPSKER Dan	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de dermatologie / Hôpital civil	50.03 Dermato-vénérologie
LIVERNEAUX Philippe	RP0 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la Main - SOS Main / Hôpital de Haute-pierre	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MALOUF Gabriel	NRP0 NCS	• Pôle d'onco-hématologie - Service d'oncologie médicale / ICANS	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie
MARTIN Thierry	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme MASCAUX Céline	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 <b>Pneumologie</b> ; Addictologie
Mme MATHÉLIN Carole	NRP0 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie / ICANS	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> , Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique

NOM et Prénoms	CS <sup>6</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
MAZZU COTELLI Jean-Philippe	NRP0 CS	+ Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MENARD Didier	NRP0 NCS	+ Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
MERTES Paul-Michel	RP0 CS	+ Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / NHC	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Alain	NRP0 NCS	+ Institut de Physiologie / Faculté de Médecine + Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MEYER Nicolas	NRP0 NCS	+ Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil + Biostatistiques et informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat	NRP0 CS	+ Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipolison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent	NRP0 CS	+ Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Labo. de Neurobiologie et Pharmacologie cardio-vasculaire- EA7295/ Fac	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier	NRP0 NCS	+ Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MUTTER Didier	RP0 NCS	+ Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques	NRP0 CS	+ Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NOËL Georges	NRP0 NCS	+ Pôle d'imagerie - Service de radiothérapie / ICANS	47.02 Cancérologie ; <b>Radiothérapie</b> Option Radiothérapie biologique
NOLL Eric	NRP0 NCS	+ Pôle d'Anesthésie Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - HP	48.01 Anesthésiologie-Réanimation
OHANA Mickael	NRP0 NCS	+ Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
OHLMANN Patrick	RP0 CS	+ Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme OLLAND Anne	NRP0 NCS	+ Pôle de Pathologie Thoracique - Service de Chirurgie thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme PAILLARD Catherine	NRP0 CS	+ Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
RELACCIA Thierry	NRP0 NCS	+ Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Centre de formation et de recherche en pédagogie des sciences de la santé / Faculté	48.05 Réanimation ; <b>Médecine d'urgence</b> Option : Médecine d'urgences
Mme PERRETTA Silvana	NRP0 NCS	+ Pôle Hépatogastro-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick	NRP0 CS	+ Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Viscérale et Digestive / Nouvel Hôpital Civil	52.02 Chirurgie Digestive
PETIT Thierry	CDp	+ ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
PIVOT Xavier	NRP0 NCS	+ ICANS - Département de médecine oncologique	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien	NRP0 CS	+ Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Haute-pierre	48.01 <b>Anesthésiologie-réanimation</b> ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain	NRP0 NCS	+ Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne et nutrition / Hôpital de Haute-pierre	44.04 Nutrition
PROUST François	NRP0 CS	+ Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Haute-pierre	49.02 Neurochirurgie
RAUL Jean-Sébastien	NRP0 CS	+ Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, consultation d'urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC + Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie	NRP0 NCS	+ Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
RICCI Roméo	NRP0 NCS	+ Pôle de Biologie - Département Biologie du développement et cellules souches / IGBMC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge	NRP0 CS	+ Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
ROMAIN Benoît	NRP0 NCS	+ Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie	NRP0 NCS	+ Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
Mme ROY Catherine	NRP0 CS	+ Pôle d'imagerie - Service d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (opt. clinique)
SANANES Nicolas	NRP0 NCS	+ Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / HP	54.03 <b>Gynécologie-Obstétrique</b> ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique

NOM et Prénoms	CS <sup>o</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SAUER Arnaud	NRPô NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian	RPô CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
Mme SCHATZ Claude	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme SCHLUTH-BOLARD Caroline	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
SCHNEIDER Francis	NRPô CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychothérapie pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 <b>Pédopsychiatrie</b> ; Addictologie
SCHULTZ Philippe	NRPô NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence	NRPô CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive/HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : <b>Hépatologie</b>
SIBILIA Jean	NRPô NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
STEPHAN Dominique	NRPô CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique/NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
Mme TALON Isabelle	NRPô NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme TRANCHANT Christine	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis	NRPô CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel	NRPô NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Faculté	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VIDALHET Pierre	NRPô CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie d'urgences, de liaison et de Psychotraumatologie / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane	NRPô NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Faculté	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas	NRPô CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptation gériatrique/Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WEBER Jean-Christophe Pierre	NRPô CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLFF Philippe	NRPô NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFF Valérie	NRPô CS	• Pôle Tête et Cou - Unité Neurovasculaire / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil - PTM = Plateau technique de microbiologie

<sup>o</sup> : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) - Cspi : Chef de service par intérim - CSp : Chef de service provisoire (un an)

CU : Chef d'unité fonctionnelle

PO : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)

Cons. : Consultat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service)

Dir : Directeur

#### A4 - PROFESSEUR ASSOCIÉ DES UNIVERSITÉS

NOM et Prénoms	CS <sup>o</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
CALVEL Laurent	NRPô CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins palliatifs / NHC	46.05 Médecine palliative
HABERSETZER François	CS	• Pôle Hépatogastro-digestif - Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.02 Gastro-Entérologie
SALVAT Eric	CS	• Pôle Tête-Cou - Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur / HP	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie

**B1 - MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)**

NDM et Prénoms	CS <sup>0</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
AGIN Arnaud		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et Médecine nucléaire
Mme AYMÉ-DIETRICH Estelle		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 <b>Pharmacologie fondamentale</b> ; pharmacologie clinique ; addictologie Option : pharmacologie fondamentale
BAHOUGNE Thibault		• Pôle de Médecine interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine interne
BECKER Guillaume		• Pôle de Pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Faculté de Médecine	48.03 Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
BENOTMANE Ilies		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
Mme BIANCALANA Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
BLONDET Cyrille		• Pôle d'Imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire (option clinique)
Mme BOICHARD Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOUSIGES Olivier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
BOYER Pierre		• Pôle de Biologie - Institut de Bactériologie / Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
Mme BRU Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme BUND Caroline		• Pôle d'Imagerie - Service de médecine nucléaire et Imagerie moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CARAPITO Raphaël		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie
CAZZATO Roberto		• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A Interventionnelle / NHC	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
CERLINE Jocelyn		• Pôle de Biologie - Département de Biologie structurale intégrative / IGBMC	47.02 <b>Cancérologie</b> ; Radiothérapie (option biologique)
CHERRIER Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital civil	47.03 Immunologie (option biologique)
CHOQUET Philippe		• Pôle d'Imagerie - UF 62 37 - Imagerie Préclinique / HP	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
CLERE-JEHL Raphaël		• Pôle urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Haute-pierre	48.02 Réanimation
Mme CORDEANU Elena Mihaela		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires-HTA-Pharmacologie clinique / NHC	51.04 Option : Médecine vasculaire
DALI-YOUCEF Ahmed Nassim		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
DANION François		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / NHC	45.03 Option : Maladies infectieuses
DEWS Didier		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme DINKEACKER Vera		• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Haute-pierre	49.01 Neurologie
DOLLÉ Pascal		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / IGBMC	44.02 Physiologie
Mme FARRUGIA-JACAMON Audrey		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC - Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
FELTEN Renaud		• Pôle Tête et Cou - CETD - Centre d'Investigation Clinique (CIC) - AX5 / Hôpital de Haute-pierre	48.04 Thérapeutique, Médecine de la douleur, Addictologie
FUSETTI Denis	CS	• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
GANTNER Pierre		• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
GIANNINI Margherita		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GIES Vincent		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
GRILLON Antoine		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS <sup>0</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GUERN ERIC		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
GUFFROY Aurélien		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
Mme HARSAN-RASTEI Laura		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine Nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HUBELE Fabrice		• Pôle d'imagerie - Service de Médecine nucléaire et Imagerie Moléculaire / ICANS - Service de Biophysique et de Médecine Nucléaire / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
KASTNER Philippe		• Pôle de Biologie - Département Génomique fonctionnelle et cancer / IGBMC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
KDCH Guillaume		- Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine	42.01 Anatomie (Option clinique)
Mme KRASNY-PACINI Agata		• Pôle de Médecine Physique et de Réadaptation - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
Mme LAMOUR Valérie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
Mme LANNES Béatrice		• Institut d'histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LECOINTRE Lise		• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Haute-pierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-obstétrique
LENORMAND Cédric		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LHERMITTE Benoît		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
LUTZ Jean-Christophe		• Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Plastique et Maxillo-faciale / Hôpital Civil	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MIGUET Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTNER	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
Mme NICOLAE Alina		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et Cytologie Pathologiques (Option Clinique)
Mme NOURRY Nathalie		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail / HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PFUFF Alexander		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
POP Raoul		• Pôle d'imagerie - Unité de Neuroradiologie Interventionnelle / Hôpital de Haute-pierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
PREVOST Gilles		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie</b> -virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC - Service de Chirurgie / ICANS	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
Mme RIDU Marianne		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme ROLLAND Delphine		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; transfusion (type mixte : Hématologie)
Mme ROLLUNG Julie		• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapique pour Enfants et Adolescents / HC	49.04 Pédiopsychiatrie ; Addictologie
Mme RUPPERT Elisabeth		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / HC	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale/PTM HUS - Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
SAVIANO Antonio		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'hépto-Gastro-Entérologie /HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie
Mme SCHEIDECKER Sophie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique



NOM et Prénoms	CS <sup>0</sup>	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
SCHRAMM Frédéric		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
Mme SOLIS Morgane		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital de Haute-pierre	45.01 <b>Bactériologie-Virologie</b> ; hygiène hospitalière Option : Bactériologie-Virologie
Mme SORDET Christelle		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
Mme TALAGRAND-REBOUL Emille		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : <b>Bactériologie-virologie</b> (biologique)
VALLAT Laurent		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	47.01 <b>Hématologie</b> ; Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VELAY-RUSCH Aurélie		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01 Bactériologie- <b>Virologie</b> ; Hygiène Hospitalière option Bactériologie- <b>Virologie</b> biologique
Mme VILLARD Odile		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

### B2 – PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Dr BONAH Christian P0166	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
--------------------------	---	-----	---

### B3 – MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS (monoappartenant)

Mme CHABRAN Elena	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
M. DILLESEGER Jean-Philippe	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	NEUROSCIENCES
Mr KESSEL Nils	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr LANDRE Lionel	ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69.	Neurosciences
Mme MIRALLES Célia	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme SCARFONE Marianna	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mme THOMAS Marion	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr VAGNERON Frédéric	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques
Mr ZIMMER Alexis	Laboratoire d'Epistémologie des Sciences de la Vie et de la Santé (LESVS) Institut d'Anatomie Pathologique	72.	Epistémologie - Histoire des sciences et des Techniques

## C - ENSEIGNANTS ASSOCIÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

### C1 - PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Pre Ass. DUMAS Claire  
 Pre Ass. GROB-BERTHOU Anne  
 Pr Ass. GUILLOU Philippe  
 Pr Ass. HILD Philippe  
 Pr Ass. ROUGERIE Fabien

### C2 - MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette  
 Dr LORENZO Mathieu

### C3 - MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE (mi-temps)

Dre DELACOUR Chloé  
 Dr GIACOMINI Antoine  
 Dr HOLLANDER David  
 Dre SANSELME Anne-Élisabeth  
 Dr SCHMITT Yannick

## E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Mme la Dre DARIUS Sophie	- Permanence d'accès aux soins de santé - La Boussole (PASS) / Hôpital Civil
Mme Dre GOURIEUX Bénédicte	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dre GUILBERT Anne-Sophie	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / HP
Dr LEFEBVRE Nicolas	• Pôle de Spécialités Médicales - Ophtalmologie - Hygiène (SMO) - Service des Maladies Infectieuses et Tropicales / Nouvel Hôpital Civil
Dr LEPAGE Tristan	- USN1 (UF9317) - Unité Médicale de la Maison d'arrêt de Strasbourg
Mme la Dre LICHTBLAU Isabelle	• Pôle de Gynécologie et d'obstétrique - Laboratoire de Biologie de la Reproduction
Dr NISAND Gabriel	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr PIRRE LLO Olivier	• Pôle de Gynécologie et d'obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO
Dr REY David	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre RONDE OUSTEAU Cécile	• Pôle Locomax - Service de Chirurgie Séptique / Hôpital de Hautepierre
Mme Dre RONGIERES Catherine	• Pôle de Gynécologie et d'obstétrique - Centre Clinico Biologique d'Assistance Médicale à la Procréation / CMCO
Dr TCHOMARDV Dimitar	• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques / Hôpital de Hautepierre
Dr WAECHTER Cédric	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Robertsau
Mme Dre WEISS Anne	• Pôle Urgences - SAMU67 - Médecine Intensive et Réanimation - SAMU

## F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie (membre de l'Institut)**  
 CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)  
 MANDEL Jean-Louis (Génétique et biologie moléculaire et cellulaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2020 au 31 août 2023)**  
 BELLOCQ Jean-Pierre (Service de Pathologie)  
 DANION Jean-Marie (Psychiatrie)  
 KOPFERSCHMITT Jacques (Urgences médico-chirurgicales Adultes)  
 MULLER André (Centre d'Évaluation et de Traitement de la Douleur)
- o **pour trois ans (1er septembre 2021 au 31 août 2024)**  
 DANION Anne (Hétopsiatrie, addictologie)  
 DIE MUNSCH Pierre (Anesthésiologie et Réanimation chirurgicale)  
 HERBRECHT Raoul (Hématologie)  
 STEIB Jean-Paul (Chirurgie du rachis)
- o **pour trois ans (1er septembre 2022 au 31 août 2025)**  
 Mme DUDIX Elisabeth (Pneumologie)
- o **pour cinq ans (1er septembre 2023 au 31 août 2028)**  
 CHRISTMANN Daniel (Maladies infectieuses et tropicales)  
 GRUCKER Daniel (Physique biologique)  
 HANNE DOUCHE Thierry (Néphrologie)  
 KEMPF Jean-François (Chirurgie orthopédique et de la main)  
 MODULIN Bruno (Néphrologie)  
 PINGET Michel (Endocrinologie)  
 ROGUE Patrick (Biochimie et biologie moléculaire)  
 ROUL Gérard (Cardiologie)

## F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITÉS ASSOCIÉ (mi-temps)

M. SOLER Luc                      CNU-31                      IRCAD

## F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

Pr DETAPPE Alexandre	47-02
Pr LAMOUILLE-CHEVALIER Catherine	46-05
Pr LECOCQ Jéhan	49-05
Pr MASTELLU Antoine	49-03
Pr MATSUSHITA Kensuke	51-02
Pr REIS JACQUES	49-01
Pr RONGIERES Catherine	54-03
Pr SEELIGER Barbara	52-02

## G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BALDAUF Jean-Jacques (Gynécologie obstétrique) / 01.09.21	LANGER Bruno (Gynécologie) / 01.11.19
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LEW Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BATZSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LONSDOFFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BECMEUR François (Chirurgie Pédiatrique) / 01.09.23	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BERTHEL Marc (Gériatrie) / 01.09.18	MANDEL Jean-Louis (Génétiq) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène Hospitalière) / 01.09.04	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine interne) / 15.10.17	MARESCAUX Christian (Neurologie) / 01.09.19
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BODIM-BURGER Nelly (Histologie) / 01.09.20	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MARK Manuel (Génomique fonctionnelle et cancer-IGDMC) / 01.07.23
BOUSQUET Pascal (Pharmacologie) / 01.09.19	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MEYER Pierre (Biostatistiques, Informatique méd.) / 01.09.10
BURSZTEJN Claude (Pédopsychiatrie) / 01.09.18	MONTEL Henri (Bactériologie) / 01.09.11
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.09
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	NISAND Israël (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.19
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
CHAUVIN Michel (Cardiologie) / 01.09.18	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CHELLY Jameledine (Diagnostic génétique) / 01.09.20	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	Mme PAULI Gabrielle (Pneumologie) / 01.09.11
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation) / 01.09.18
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DIETMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	RUMPLER Yves (Méd. développement) / 01.09.10
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
DUCLOS Bernard (Hépatogastro-Hépatologie) / 01.09.19	SAUDER Philippe (Réanimation médicale) / 01.09.20
DUFUR Patrick (Centre Paul Strauss) / 01.09.19	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
DUPUYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Méa. Chir.) / 01.09.13	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SCHLEICHER Jean-Louis (Médecine interne) / 01.08.11
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.16	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.09	STEIB Annick (Anesthésiologie) / 01.04.19
GAV Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STOLL Claude (Génétiq) / 01.09.09
HASSELMANN Michel (Réanimation médicale) / 01.09.18	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STORCK Daniel (Médecine Interne) / 01.09.09
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
IMLER Marc (Médecine Interne) / 01.09.98	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JACOMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	VEILLON Francis (Imagerie viscérale, ORL et mammaire) / 01.09.23
JESSEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Denis (Méd. Interne, Diabète et mal. métabolique) / 01.01.23
KAHN Jean-Luc (Anatomie) / 01.09.18	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KREMER Michel / 01.05.98	WELM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KRETZ Jean-Georges (Chirurgie vasculaire) / 01.09.18	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	WOLFRAM-GABEL Renée (Anatomie) / 01.09.96
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

## Légende des adresses :

**FC** : Faculté de Médecine - 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :**

- **NHC : Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 88 55 07 08
- **HC : Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68
- **HP : Hôpital de Hautepierre** : Avenue Mollère - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00
- **Hôpital de La Robertsau** : 03, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11
- **Hôpital de l'Isaac** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

**ICANS** - Institut de Cancérologie Strasbourg : 17 rue Albert Calmette - 67200 Strasbourg - Tél. : 03 88 76 67 67

**CMCO** - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

**C.C.O.M.** - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Raumann - B.P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

**E.F.S.** : Etablissement Français du sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

**IURC** - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGRICAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

**RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ  
DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG**

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS QUI LUI SONT PRÉSENTÉES  
DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES A LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**



## **SERMENT D'HIPPOCRATE**

(version historique)

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

## Remerciements

### **A Monsieur le professeur Gilles BERTSCHY, président du jury**

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de présider ce jury et de juger mon travail.

### **A Madame la Docteur Gervaise LEBECQ, directrice de ma thèse**

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse. Vous m'avez soutenu, guidé et accompagné tout au long de ce travail, toujours avec bienveillance. Vous avez su répondre présente à chaque étapes cruciales de ce travail en me délivrant toujours de très bons conseils. J'ai apprécié vous avoir à mes côtés pour l'élaboration de cette thèse.

### **A Mesdames et Monsieur les membres du jury**

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites d'être membres de ce jury de soutenance de ma thèse.

### **A Madame la Docteur Gervaise LEBECQ,**

Tutrice officielle de mes trois années d'internat, je vous remercie de votre soutien infaillible. Vous avez rempli votre rôle à la perfection en m'accompagnant, en me rassurant face à mes questionnements au cours de ces années d'internat et en me guidant dans mon projet professionnel. Je ne pouvais espérer mieux comme tutrice et je suis consciente de la chance que j'ai eue.

### **A mes cotuteurs, le Docteur David HOLLANDER et le Docteur Christophe BLUMM**

Je vous remercie de m'avoir accompagné pendant ces trois années de tutorat où les séances étaient parfois très intenses mais toujours enrichissantes. Merci de vos conseils avisés et de votre disponibilité. Je remercie plus particulièrement le docteur David Hollander d'avoir accepté d'être volontaire pour évaluer mon guide d'entretien et pour les conseils qu'il m'a donnés à la suite de cet entretien test.

### **A Monsieur le Professeur Éric SALVAT**

Je vous remercie pour votre empathie et bienveillance au cours de mon stage dans votre service qui m'a permis de développer davantage ma pratique de la psychothérapie de soutien avec vos patients. Je vous remercie également pour le soutien apporté pour mon projet professionnel.

**A Monsieur le Docteur Jean Jamet**

Mon médecin généraliste depuis mes deux mois de vie jusqu'à ma sixième année de médecine. Vous avez été un exemple pour moi répondant présent à chaque moment crucial de ma vie. Vous avez été le médecin de famille que l'on imagine et que l'on souhaite devenir.

**A Madame la Docteur Juliette CHAMBE et l'équipe de l'URPS**

Je vous remercie d'avoir accepté de diffuser mon message de demande d'entretien pour ma thèse

**Aux médecins généralistes libéraux d'Alsaces ayant répondu à ma demande d'entretien**

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à cette thèse et de m'avoir accordé de votre temps et pour nos échanges enrichissants.

**A ma maman, Nicole**

C'est par ta bienveillance et ton empathie auprès de tes patients, en tant qu'assistante médicale, que j'ai eu envie d'entrer dans le monde de la médecine. Depuis ma tendre enfance, tu m'as transmis ta force pour me battre, m'enveloppant dans beaucoup d'amour et de réassurance face à toutes mes craintes. Je te revois pleurer à l'annonce de ma réussite en médecine, aux multiples photos encadrées de moi avec mon diplôme, témoignant de la fierté que tu me portes. C'est à mon tour de te dire combien je suis fière d'être ta fille et de te remercier d'être ma maman.

**A mon papa, Pascal**

Je te remercie d'avoir été présent au cours de ce long parcours difficile et d'avoir su m'accompagner à chaque année de ma vie. Je suis fière de t'avoir comme père.

**A mon frère, Pablo**

Tu as su me donner la force de caractère pour affronter les nombreux obstacles dans ma vie. Tu as su sécher mes larmes et me donner le sourire grâce à ton humour et ton énergie débordante. Il n'a pas toujours été facile d'être ta petite sœur mais pour rien au monde je voudrais avoir un autre frère que toi.

**A mes grand parents, Dolores et Marcel**

Je vous remercie pour toutes ces années d'amour et de soutien. Je me rappelle encore tous ces gestes tendres que tu m'as donné mamie, ces moments de partage dans ton jardin papi, tous ces mois passés tous les trois où j'étais le centre de vos occupations.

**A l'homme que j'aime, Nans**

Il est la personne qui me fait vivre dans un monde parallèle, celui où la musique vous fait voyager, où vous vous sentez enveloppé par la tendresse et l'amour. Ce monde est apaisant et énergisant. Il est le moteur de ces neuf dernières années. Je te remercie de croire en moi chaque jour et de parler de moi avec autant de fierté. Main dans la main nous continuons notre chemin.

**A mes amis,**

Je vous remercie pour tous ces fous rires, autour d'une table, au cœur d'un festival, au milieu de la nature. Pour tous ces moments d'évasions à vos côtés et votre fidélité durant toutes ces années.



## Listes des abréviations

HAS :	Haute Autorité de Santé
DES :	Diplôme d'Etudes Spécialisées
SODEV :	Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo
DPC :	Développement Professionnel Continu
URPS :	Union Régional des Professionnels de Santé
CNIL :	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
MBSR :	Mindfulness Bases Stress Reduction
CMP :	Centre médico-psychologique
PNL :	Programmation Neuro-Linguistique
GEAP :	Groupe d'Echanges et d'Analyse de Pratique
SASPAS :	Stage Ambulatoire en Soins primaires en Autonomie Supervisée
ECN :	Epreuves Classantes Nationales

## Table des matières

Remerciements .....	14
Listes des abréviations .....	17
INTRODUCTION .....	24
CADRE THEORIQUE.....	27
I.    Le rôle du médecin généraliste .....	27
1.    Multidisciplinarité : .....	27
2.    Dépasser le simple organique .....	27
3.    Manque d'accès aux spécialistes .....	27
II.   La psychothérapie de soutien en médecine générale.....	27
1.    Définition générale .....	28
2.    Définition par les médecins généralistes.....	28
3.    Proportion des médecins généralistes pratiquant déjà cette psychothérapie .....	29
III.  Les outils pour la psychothérapie de soutien.....	29
1.    L'écoute au cœur d'une bonne communication.....	30
2.    L'alliance thérapeutique basée sur la relation médecin-malade.....	30
3.    L'empathie .....	31
4.    Atouts spécifiques au médecin généraliste .....	32
IV.  Situations d'application de la psychothérapie de soutien .....	32
1.    Les pathologies psychiatriques .....	32
2.    Les maladies médicales.....	33
V.    Difficultés exprimées à la réalisation de la psychothérapie de soutien.....	34

1.	L'empathie .....	34
2.	Le manque de formation .....	34
3.	La communication.....	35
4.	La gestion du temps .....	35
VI.	La formation de la psychothérapie de soutien aux médecins généralistes .....	36
1.	Une demande d'une formation plus approfondie.....	36
2.	Se former mais sous quelle forme ? .....	36
a.	Les pratiques au cours de l'externat et l'internat.....	37
b.	Les pratiques après l'internat de médecine générale .....	39
c.	La supervision de cette formation.....	39
d.	Le moment propice à cette formation .....	40
	METHODES .....	41
I.	Recueil des entretiens .....	41
1.	Modalités de recueil .....	41
2.	La recherche bibliographique .....	41
3.	Echantillonnage et mode de recrutement.....	42
4.	Cadre réglementaire .....	42
II.	Réalisation de l'étude.....	42
1.	Lieux d'entretien .....	42
2.	Déroulé de l'entretien.....	43
3.	La retranscription.....	43
III.	L'analyse des données.....	43
	RESULTATS.....	44

I.	Analyse descriptive de la population .....	44
II.	Analyse des résultats.....	45
Partie 1 : Définition de la psychothérapie de soutien.....		45
I.	Un terme difficile à définir et qui semble déranger.....	45
II.	La définition des médecins généralistes .....	45
1.	Un temps d'échange : communiquer .....	45
2.	Une écoute active .....	46
3.	Une liberté de parole .....	47
4.	Soutenir et Accompagner .....	48
III.	Compétences et qualités requises selon les médecins généralistes.....	49
1.	Concepts généraux à avoir.....	49
2.	Avantages et particularités de la médecine générale.....	50
Partie 2 : motifs de consultations amenant à une psychothérapie de soutien .....		52
I.	Possible pour tous les motifs de consultation .....	52
II.	A chaque étape de la vie .....	52
Partie 3 : Les limites et difficultés à la mise en place de la psychothérapie de soutien en consultation .....		54
I.	La gestion du temps .....	54
1.	Accorder du temps au patient .....	54
a.	Respecter la temporalité .....	54
b.	Evaluer les stades de changements.....	55
2.	Une lutte contre le temps.....	55
II.	Investissement psychique .....	56

1.	S'intéresser à la psychothérapie de soutien .....	56
2.	Connaître ses limites.....	57
3.	Savoir écouter .....	58
4.	Savoir se protéger .....	58
5.	Savoir s'entourer.....	59
III.	Maintenir la relation médecin -patient préexistante.....	60
1.	Alliance thérapeutique.....	60
2.	Mieux aborder le patient .....	61
IV.	Difficultés d'accès aux spécialistes.....	62
1.	Le psychothérapeute spécialisé, une aide .....	62
2.	Le psychothérapeute spécialisé, une denrée rare .....	63
Partie 4 : La formation actuelle à la psychothérapie de soutien.....		63
I.	Un constat général .....	63
1.	Une formation insuffisante .....	63
2.	Un manque d'outils.....	64
II.	La formation actuelle .....	65
1.	Au sein de la faculté .....	65
2.	Au cours de sa formation dans la pratique .....	66
3.	Un apprentissage par autonomie .....	66
Partie 5 : Vers l'amélioration de la formation en psychothérapie de soutien pour les futurs docteurs en médecine générale .....		67
I.	Contenu .....	67

1.	Ecoute et communication .....	67
2.	La gestion des émotions .....	68
3.	Les bases de la psychologie.....	68
II.	Accessibilité .....	69
III.	Format .....	70
1.	Généralités.....	70
2.	Groupes de pairs .....	71
3.	Jeux de rôles.....	72
4.	Des enregistrements .....	72
IV.	Les formateurs.....	73
1.	Le médecin généraliste .....	73
2.	Le psychologue.....	73
3.	Des patients- experts .....	74
4.	Des néophytes de la médecine .....	74
V.	Les limites des formations.....	75
1.	Les groupes de Pairs.....	75
2.	Les enregistrements.....	76
3.	Les jeux de rôles.....	76
	DISCUSSION .....	77
I.	Les résultats principaux et comparaison avec la littérature .....	77
II.	Forces et limites .....	81
III.	Perspectives .....	82

CONCLUSION ..... 83

ANNEXES..... 85

BIBLIOGRAPHIE..... 85

## INTRODUCTION

Depuis 2017, la psychothérapie de soutien fait partie de la prise en charge officielle de la dépression caractérisée de l'adulte. En effet, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations de bonnes pratiques dans lesquelles la psychothérapie de soutien est recommandée aux médecins généralistes comme moyen thérapeutique de premier recours pour les dépressions légères à modérées (1). Le médecin généraliste est souvent confronté à des difficultés pour adresser son patient à un psychiatre et pourtant, 30% des consultations en médecine libérale ont pour motif un problème de santé mentale (2). En 2020, le nombre de consultations pour santé mentale a augmenté pour 72 % des médecins généralistes, avec une augmentation pouvant aller jusqu'à 50 % des consultations (3). En parallèle, la répartition des psychiatres sur le territoire français est très inégalitaire : par exemple, le Bas Rhin compte 6,4 psychiatres pour 100 000 habitants contre 2,6 psychiatres pour 100 000 habitants dans le Haut Rhin (4). Le clivage entre la médecine organique et psychique n'est pas en faveur des médecins généralistes. En effet, comme il a pu être constaté, le manque d'accessibilité vers un psychiatre, amène les médecins généralistes à prendre en charge de plus en plus de pathologies mentales dans leur intégralité. La médecine générale tente donc de supprimer ce clivage entre la médecine organique et psychique, car la dimension psychologique dans la relation de soins est reconnue de nos jours comme un outil pour la compréhension et la prise en charge des différentes pathologies rencontrées en médecine générale (5). La psychothérapie de soutien prend en compte cette dimension psychologique et constitue un véritable outil pour la prise en charge de la dépression. Devant son adaptabilité à tous patients, ses indications dépassent les limites de la pathologie dépressive et de la psychiatrie (6). Elle est définie par une attitude de soutien centrée sur la réalité du patient et ses capacités d'adaptation. Elle se nourrit de la relation médecin-patient en mêlant un échange verbal conversationnel et une empathie en élaborant des suggestions, voire des moyens de persuasion (7).

Devant ses indications multiples et la recommandation de son utilisation au cours de la dépression chez l'adulte, Mme Caillaud, interne en médecine générale, s'intéresse dans sa thèse à la



pratique de la psychothérapie de soutien chez les médecins généralistes. Il est dit que le médecin généraliste aurait une compétence en partie innée, propre à sa personnalité, à la pratique de la psychothérapie de soutien, qui se développerait ensuite avec l'expérience. Elle serait adaptée au médecin généraliste car celui-ci est un clinicien cultivant une relation unique avec ses patients par l'écoute active, la création d'un climat de confiance et une prise en charge globale de son patient. Néanmoins, elle nuance par la suite son propos en décrivant de nombreux obstacles à cette démarche de soin notamment par un manque de formation essentiellement pratique (8). Dans de nombreuses thèses, le constat est le même : il manque des bases pour réaliser cette psychothérapie de soutien, notamment un manque de formation à la communication, (9), à l'empathie (10) et à l'écoute (11) qui sont les piliers de cette pratique. Dans la thèse de Mme Barrault, interne de médecine générale, de nombreux médecins généralistes semblent intéressés par une formation (12). De plus, les internes de médecine générale prônent la relation patient-médecin dans une dimension psychologique qui se veut épanouissante, mais c'est dans cette même relation qu'ils disent se trouver parfois en difficultés (13,14).

C'est dans ce contexte que je me suis intéressée à la psychothérapie de soutien et sa place en médecine générale. Au cours de mes recherches, je me suis posée la question de l'existence d'une formation à la psychothérapie de soutien et de sa forme éventuelle. Je n'ai pas trouvé de réponse concrète, hormis le souhait des médecins à y être formés, notamment aux différents outils utiles à sa pratique.

L'objectif principal de ce travail de thèse a été d'évaluer les connaissances des médecins généralistes exerçant en cabinet libéral en matière de psychothérapie de soutien puis d'évaluer leurs attentes quant à l'amélioration de la formation des internes de médecine générale pour sa mise en pratique.

Afin de répondre à cette problématique, une étude qualitative par entretien semi-dirigé a été réalisée auprès de médecins généralistes du Bas-Rhin et du Haut-Rhin. Nous avons d'abord évalué leurs connaissances de la psychothérapie de soutien et les indications de sa pratique en

médecine générale. Ensuite, nous avons étudié les différents outils utilisés par les médecins pour sa pratique puis les difficultés à sa mise en application. Enfin, la formation à la psychothérapie de soutien sera à l'honneur par l'évaluation des besoins en formation des médecins généralistes.

## CADRE THEORIQUE

### I. Le rôle du médecin généraliste

#### 1. Multidisciplinarité :

La médecine générale est une spécialité aux multiples facettes qui tient une place centrale dans le système de soin. Elle est habituellement la spécialité de premier contact avec le patient. Même s'il n'est ni psychologue ni psychiatre, en raison de son accessibilité, de sa prise en charge globale du patient et de ses compétences relationnelles, il est souvent le premier interlocuteur des patients en souffrance psychique (15). Le médecin généraliste peut ainsi jouer un rôle clé dans le dépistage, l'évaluation préliminaire et l'orientation des patients vers des spécialistes appropriés lorsque cela est nécessaire.

#### 2. Dépasser le simple organique

Prendre en considération la médecine somatique et psychique nécessite une véritable écoute. Il est important que le médecin puisse dépasser le simple "organique" et entendre ce que le patient a réellement à nous dire (16). Dr Balint, psychiatre et psychanalyste, disait : « quand on pose des questions, on obtient seulement des réponses et l'on peut ajouter que celles-ci correspondent naturellement davantage à ce qui occupe l'esprit du questionnaire que celui du questionné. » (17). Ainsi, le temps de consultation en médecine générale est pour de nombreux patients un lieu de parole et de verbalisation, permettant d'extérioriser la souffrance psychologique. En libérant la parole, de nombreux diagnostics plus justes pourront être établis (15).

#### 3. Manque d'accès aux spécialistes

En 2021, le quatrième Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale a étudié l'activité des médecins généralistes entre avril et juillet 2021 afin d'évaluer les impacts de la pandémie de la Covid 19 sur les motifs de consultation. Les demandes de soins liées à la santé mentale ont davantage augmenté par rapport à 2011 : sept médecins

généralistes sur dix constatent une augmentation des consultations pour ce motif, dont 20 % ont perçu une augmentation de plus de 50 % de leurs consultations. Cette hausse s'est stabilisée au cours de ces dernières années (3). Face à cette augmentation des consultations en santé mentale, les consultations avec un psychiatre sont de plus en plus inaccessibles.

De plus, nous sommes confrontés à un véritable problème démographique concernant la répartition des psychiatres qui est largement inégale et globalement insuffisante pour répondre aux besoins de la population. Comme nous l'avons cité précédemment, en 2020, nous constatons une diminution de la densité des psychiatres dans le Bas-Rhin avec 6,4 psychiatres pour 100 000 habitants et 2,6 psychiatres pour 100 000 habitants dans le Haut-Rhin (4). Face à cette difficulté d'accès, les médecins généralistes ne peuvent pas adresser leurs patients en fonction d'un projet thérapeutique adapté à leurs pathologies. Selon une étude de la DREES, deux médecins sur trois déclarent proposer un soutien psychologique pour leurs patients souffrant de dépression pour pallier les freins d'accès à un spécialiste. Ainsi, le médecin généraliste ne peut plus être un simple médiateur passif en matière de santé mentale. Il doit s'impliquer dans la demande de son patient et prendre du temps. Sans formation préalable, il doit alors réaliser une consultation de psychothérapie de soutien en attendant de pouvoir orienter son patient vers un psychothérapeute de formation (18).

## II. La psychothérapie de soutien en médecine générale

### 1. Définition générale

Cette psychothérapie repose sur une attitude de soutien centrée sur la réalité du patient et ses capacités d'adaptation. Elle se nourrit de la relation médecin-patient en combinant un échange verbal conversationnel et une empathie bienveillante tout en proposant des suggestions, voire des moyens de persuasion. Cette relation peut être qualifiée de pédagogique et directive par l'agrément de conseils pratiques englobés par l'encouragement. En agissant sur le présent et en réduisant les symptômes, la psychothérapie de soutien agit indirectement en renforçant les défenses les plus saines du patient. Cette psychothérapie n'a pas pour but d'entraîner une modification des

configurations intrapsychiques ni de réorganiser les défenses, la pensée, les affects ou la force du Moi. Au contraire, elle est utilisée pour maintenir, stabiliser et restaurer certaines fonctions psychiques (19). Son but est d'aider le patient à traverser un moment critique en rétablissant ou renforçant son système défensif, momentanément perturbé. La psychothérapie de soutien est donc caractérisée par une durée limitée (16).

## 2. Définition par les médecins généralistes

Les médecins généralistes définissent la psychothérapie de soutien comme un travail d'accompagnement psychologique de leurs patients. Ils les guident dans une réflexion afin qu'ils trouvent eux-mêmes les solutions, et ne se substituent pas à leur libre-arbitre, ce qui serait contre-productif. Par cet accompagnement, les médecins généralistes amèneraient progressivement le patient à modifier ses représentations, favorisant ainsi son autonomie physique et psychique. Il s'agit d'un moment d'écoute et d'échanges actifs entre le patient et le thérapeute. Les médecins généralistes considèrent, qu'au même titre que la prise en charge des pathologies somatiques, cela fait partie de leurs missions (6). Une définition qui se rapproche de celle de la psychothérapie de soutien, mais certains médecins préfèrent parler de soutien psychologique (6).

Enfin, la Haute Autorité de Santé a défini la psychothérapie de soutien utilisée lors des soins de premier secours, comme un travail de réflexion basé sur l'empathie, la confiance et le soutien, associé à une écoute active. Ce travail nécessite une collaboration avec le patient en maintenant une alliance thérapeutique et en prenant en compte son entourage, son environnement et son milieu professionnel, afin d'être adapté à sa situation socio-économique (1).

## 3. Proportion des médecins généralistes pratiquant déjà cette psychothérapie

Il est très difficile d'établir un pourcentage précis de médecins généralistes pratiquant la psychothérapie de soutien (1,6,7,13,20). En 2011, le taux national de médecins généralistes de ville déclarant pratiquer une psychothérapie de soutien était de 67 % (21). Cependant, en 2020, dans une thèse sur l'étude des pratiques de la prise en charge de la dépression chez les médecins généralistes

d'Alsace, sur 155 médecins généralistes interrogés, 139 d'entre eux pratiquent une psychothérapie de soutien dans le cas d'une dépression légère avec un risque suicidaire faible, soit 89,6 % (22). Dans la revue Prescrire, il est mentionné que les médecins généralistes disent utiliser une approche psychothérapeutique de premier recours mais nombreux ne se sentent pas légitimes d'utiliser le terme adéquat de psychothérapie de soutien (23). Cela peut ainsi expliquer les différentes variations de pourcentage.

### III. Les outils pour la psychothérapie de soutien

#### 1. L'écoute au cœur d'une bonne communication

Il est essentiel d'avoir une bonne communication entre le médecin et son patient. Ce dernier doit se sentir en confiance, libre de tout tabou, mais surtout écouté (15). Savoir écouter est un outil précieux : « si vous écoutez attentivement votre patient, il vous donnera son diagnostic » disait le Dr William Osler, considéré comme le père de la médecine moderne.

Dans la relation médecin-patient, entendre, écouter signifie avant tout, prêter attention. Il faut être attentif non seulement au discours du patient mais également à ce qu'il ne veut pas dire parce qu'il n'ose pas le dire, qu'il peut en avoir honte ou qu'il souhaiterait que nous le devinions, sans oublier ce qu'il ne peut pas dire parce qu'il l'ignore. C'est une forme d'écoute qui n'est pas innée et qui demande un certain effort où nous devons faire abstraction de nous-même pour nous focaliser sur ce que le patient souhaite nous dire (16).

Le médecin doit savoir adapter son temps en fonction de son patient, car le temps passé n'est pas proportionnel à la qualité de l'écoute. En effet, une écoute de cinq à dix minutes peut être suffisante et apporter une pleine satisfaction au patient (24).

Devant l'utilité de l'écoute et l'absence réelle de formation, madame Laplante, interne en médecine générale, a voulu mettre en place, dans sa thèse d'exercice, un manuel à destination des médecins généralistes désireux de pratiquer une médecine qui intègre le patient en tant qu'individu. Il est d'abord nécessaire d'apprendre à avoir une écoute empathique puis à développer l'écoute

active. Cela repose sur la maîtrise du questionnement et de la reformulation, qui nécessitent de l'entraînement afin de s'approprier le mécanisme (11).

En dernier point, il est important de mettre en avant l'attitude non verbale du médecin qui joue un rôle dans l'écoute accordée au patient (17). Elle se manifeste à travers sept dimensions : l'environnement physique de la communication, les caractéristiques physiques des interlocuteurs avec leurs vêtements et ornements utilisés, la distance interpersonnelle que nous installons, le contact physique que nous établissons ou non, le langage corporel et enfin l'intonation de notre voix. Cet ensemble peut influencer de façon négative ou positive notre échange (25,26).

## 2. L'alliance thérapeutique basée sur la relation médecin-malade

L'alliance thérapeutique est un élément central du succès thérapeutique et permet la mise en forme d'un projet thérapeutique commun. Cette alliance repose sur une relation de confiance solide qui se crée au cours de la relation médecin-patient (19). Comme nous l'avons mentionné précédemment, la psychothérapie de soutien repose sur une relation interpersonnelle. Celle entre un médecin traitant et son patient est spécifique et singulière, elle est également l'élément principal qui garantit une bonne psychothérapie de soutien (7). De façon intuitive, nous pouvons imaginer qu'un patient pouvant parler librement de ses émotions, ses difficultés, ses incompréhensions, en somme, de son ressenti vis-à-vis de sa maladie et de son traitement, sera mieux à même de s'y investir (11). Le patient réagit à sa maladie en fonction de sa personnalité et de son histoire personnelle, tout comme le médecin réagit face à son patient, avec une attitude consciente et inconsciente, en fonction de sa propre personnalité et de sa propre histoire (27). C'est à travers ces attitudes que le concept de transfert et de contre-transfert se crée. C'est grâce à un contre-transfert positif, empreint d'empathie, qu'une action thérapeutique efficace éclot.

Cette relation requiert une certaine distance afin de rester objectif dans les soins (13). La gestion de cette distance se met en place à travers le langage corporel, les gestes, les expressions faciales et l'attitude physique afin de créer un espace propice à la thérapie (28).

### 3. L'empathie

L'empathie est une faculté cognitive et émotionnelle nous permettant d'être affectés, de reconnaître et de répondre de manière appropriée à la subjectivité d'autrui (29).

Une étude qualitative, menée en 2004, concernant les déterminants de l'empathie chez les internes en médecine générale, a montré qu'une large majorité d'internes pensent que l'empathie n'est pas innée mais qu'elle s'acquiert au cours des études de médecine ainsi que par mimétisme des médecins seniors (30). L'empathie nécessite une écoute attentive et active afin de comprendre son patient et de lui communiquer en retour cette compréhension (31). Le patient doit percevoir qu'il est pris en considération. De plus, l'empathie influence la perception que le patient a de sa maladie, renforçant ainsi l'alliance thérapeutique. Il semble donc que pour être considéré comme un "bon" médecin généraliste, l'empathie est une qualité primordiale (27).

### 4. Atouts spécifiques au médecin généraliste

L'absence du titre de psychothérapeute, psychologue ou psychiatre permet d'éviter pour certains patients, une représentation angoissante d'une consultation basée sur un contrat explicite. De plus, l'accessibilité du médecin généraliste comparé à d'autres spécialistes est un atout majeur. Comme nous l'avons vu dans le rôle du médecin généraliste, sa capacité de coordination assure une continuité des soins en cas de nécessité d'orienter et de passer le relais à un psychiatre ou à une psychologue. Cependant, cela ne met pas fin à l'accompagnement psychologique mis en place qui se poursuivra en parallèle. En médecine générale, la psychothérapie de soutien ne prend jamais fin et évolue constamment à travers le suivi médical assuré tout au long de la vie du patient (7,15).

## IV. Situations d'application de la psychothérapie de soutien

Elle s'applique dans de nombreux sujets de consultation de médecine générale. Plus globalement, elle s'inscrit dans l'alliance thérapeutique et intervient à chaque étape sans règles précises. Comme décrit dans le collège de la médecine générale, la psychothérapie de soutien est présente implicitement dans tous les actes médicaux (32).



## 1. Les pathologies psychiatriques

De nombreuses études ont été réalisées afin de mettre en lumière le rôle de la psychothérapie de soutien dans la prise en charge de la dépression. Elle est utilisée comme traitement seul dans le cas d'une dépression légère et en complément d'un antidépresseur dans le cadre d'une dépression modérée à majeure (33).

En plus de la dépression, la psychothérapie de soutien est également utilisée dans la prise en charge des troubles anxieux généralisés en complément d'antidépresseur et de la thérapie cognitivo--comportementale (34,35).

Parmi les troubles de l'humeur, le trouble bipolaire est pris en charge par une approche médicamenteuse accompagnée d'une psychothérapie dispensée par le psychiatre et/ou le psychologue. De plus, lors du suivi par le médecin traitant, la psychothérapie de soutien permet d'améliorer l'alliance thérapeutique en favorisant l'observance et en luttant contre l'auto-stigmatisation grâce à un climat de confiance entre le médecin traitant et son patient (36).

Dans le cas des phobies, et plus particulièrement de l'agoraphobie, une étude a montré que la prise en charge médicamenteuse associée à la psychothérapie permettait une amélioration des symptômes avec des résultats similaires à celui d'un antidépresseur associé à une thérapie comportementale (37).

## 2. Les maladies médicales

Le médecin généraliste assure le suivi de l'ensemble des pathologies chroniques de ses patients. Les maladies chroniques peuvent entraîner une instabilité des processus d'adaptation psychique et se manifester par une frustration-agressivité secondaire face à l'injustice d'être atteint d'une pathologie chronique. C'est grâce à la psychothérapie de soutien que va être élaborée une stratégie thérapeutique et un suivi au long cours de la pathologie en elle-même mais également de tous les symptômes psychosomatiques qui peuvent en découler (38). Par conséquent, dans la prise en charge de la douleur chronique, en parallèle du traitement de la douleur par des antalgiques, le médecin traitant peut s'aider de la psychothérapie de soutien. Dans la prise en charge de la

fibromyalgie, par exemple, une grande partie de la consultation sera dédiée à l'information, l'écoute et la réassurance des patients.

## V. Difficultés exprimées à la réalisation de la psychothérapie de soutien

### 1. L'empathie

Dans la partie dédiée aux outils pour pratiquer la psychothérapie de soutien, nous avons mis l'accent sur l'importance de l'empathie. Cependant, d'après plusieurs travaux, il a été constaté que l'empathie diminuerait au cours des études médicales, notamment durant la deuxième et la troisième année d'internat. Il est donc nécessaire de faire évoluer la formation informelle des internes vers une formation plus axée sur l'aspect humain afin de favoriser le développement de l'empathie (39,40).

### 2. Le manque de formation

Un deuxième aspect limitant la pratique de la psychothérapie de soutien est le manque de formation initiale officielle en psychologie générale et dans les différentes psychothérapies existantes. Une grande partie du savoir-faire et savoir-être est acquis au fil de la pratique et au gré des situations vécues. Cependant, sans connaissances solides, cela peut entraver leurs compétences lors de la pratique d'une psychothérapie de soutien avec leurs patients. Des mécanismes de défenses tels que la distance physique et psychique se mettent en place afin de lutter contre l'épuisement psychologique et d'éviter d'interférer avec leur vie privée (7).

Il est important de préciser que tout ne peut pas être appris par la formation. L'expérience acquise au cours de la pratique permettra aux médecins généralistes de trouver l'approche qui leur convient le mieux et de développer leur propre façon d'aborder leurs patients et leurs familles (13). Certains médecins généralistes disent avoir été aidés par leur affinité pour la psychologie ou par le fait d'avoir suivi eux-mêmes une psychothérapie. Sans aller jusqu'à la supervision par une psychothérapeute, l'idée de partager notre vécu à travers des groupes de pairs serait une piste à explorer toujours dans l'idée de maintenir une relation médecin-patient de qualité (7).

### 3. La communication

Ce n'est pas un exercice des plus faciles de traduire au mieux nos pensées, aussi bien pour le patient que pour le médecin, et d'obtenir une réception conforme à nos attentes. Cette réception peut être perturbée par des idées préconçues et des interprétations erronées conduisant à n'intégrer qu'une partie du message émis. Elle peut également être perturbée par l'environnement, comme la sonnerie du téléphone. Il peut également y avoir un déséquilibre entre le besoin du patient d'exprimer une angoisse et un médecin inquiet par un aspect organique décrit par son patient, altérant la communication. Il faut également réussir à comprendre les attentes de nos patients, qui peuvent ne pas être en mesure de les exprimer spontanément, ce qui peut demander un effort épuisant pour le praticien. D'un autre point de vue, certains patients ne pensent pas que leur médecin traitant puisse s'occuper de leur santé psychologique, pensant que ce n'est pas son rôle (11).

### 4. La gestion du temps

Enfin, la gestion du temps au cours des consultations est un point problématique. Le manque d'empathie, le manque de formation et les difficultés de communication n'aident en rien à un gain de temps.

Le médecin traitant est confronté à une diversité de situations de premier recours où il doit être en mesure de classer les plaintes en problèmes aigus, semi-aigus ou chroniques. Il doit également savoir repérer une urgence (41). Cet exercice de réflexion prend du temps et en se limitant à un interrogatoire basé uniquement sur des questions fermées, nous ne nous offrons pas le temps que nous pensions gagner. Accorder du temps au patient pour s'exprimer est en réalité un gain de temps pour les prochaines consultations, en évitant de passer à côté du diagnostic final en raison de l'intrusion de nos multiples questions fermées. En parallèle, il est important de noter que la mise en place d'une psychothérapie de soutien exige du temps d'après les médecins libéraux contrairement à l'orientation vers un autre professionnel (7,11).

## VI. La formation de la psychothérapie de soutien aux médecins généralistes

### 1. Une demande d'une formation plus approfondie

D'après les sondages issus de la thèse de Mme Kieffer sur les enseignements dirigés dans les différentes facultés de France concernant la communication, l'empathie et la relation médecin-patient, cette formation a été jugée bonne pour 12,8 % des sondés, moyenne pour 35,9 % d'entre eux, 37,2 % la juge insuffisante et 14,1 % inadaptée. De plus, 73,1 % des jeunes médecins interrogés ressentent le besoin d'un enseignement complémentaire dans ces domaines (13). Le moment le plus propice à la réalisation de cette formation serait pendant le DES de médecine générale (42).

Par ailleurs, la formation du DES de médecine générale en France repose sur une base commune, mais elle est complétée de manière très hétérogène au sein des différentes facultés. Pour illustrer cette disparité de formation, prenons l'exemple de certaines facultés. A Clermont-Ferrand, des cours sont réalisés par module sur la communication avec le patient incluant la relation médecin-patient, les bases de la communication, l'entretien non médical avec l'écoute active, la reformulation etc. Ils abordent également les objectifs de l'entretien patient-médecin, les pathologies psychiatriques, la pédopsychiatrie en médecine générale et l'éducation thérapeutique. À Lyon, Dijon, Marseille, Poitiers, Nancy et Paris XIII, des cours sont organisés sous la forme de séminaires obligatoires sur des thèmes tels que la relation médecin-patient (annonce de la maladie grave, le patient opposant, la demande abusive, les problématiques familiales, le patient non-demandeur), complétés par des mises en pratiques à l'image de jeux de rôles. Concernant, les facultés de médecines de Strasbourg, Rouen et Nantes, la formation sur ces thèmes est plus limitée et reste optionnelle. Contrairement à Toulouse, Paris VII et Rennes qui ont mis en place une formation spécifique à l'interaction soignant-soigné selon la méthode Balint. Cependant, il semble évident que cette formation reste très marginale à l'échelle nationale (5,12).

Malgré ces différentes formations, un grand nombre d'internes en médecine générale et de jeunes médecins se sentent démunis face à certaines situations difficiles à gérer au cabinet. Et dans

une étude menée en Midi Pyrénées, 94,2 % des étudiants interrogés ont déclaré avoir rencontré des difficultés dans la communication avec leurs patients (42).

Des formations plus centrées sur certains concepts tels que l'écoute et l'empathie avec des cours théoriques mais également des mises en pratique, pourraient aider face à ces difficultés. De même, sans avoir pour objectif de transformer les médecins généralistes en psychothérapeutes, il peut être intéressant de les former au concept de base de la psychothérapie et leur apporter des outils supplémentaires pour mieux répondre à l'aide demandée (11).

De nombreuses études montrent également la pertinence de former les jeunes médecins à la relation médecin-patient. Elles indiquent également qu'il vaut mieux éviter d'imposer ces formations ou de les inciter par compensation mais de les inciter à y participer volontairement, en leur montrant l'apport bénéfique d'une bonne relation médecin-patient (9).

## 2. Se former mais sous quelle forme ?

### a. Les pratiques au cours de l'externat et l'internat

La plupart de l'enseignement théorique se fait lors des cours magistraux qui présentent des limites notamment par le nombre important d'étudiants pendant ces cours, limitant les interactions ou échanges entre les étudiants et le formateur (5). Cependant, il existe différents outils qui peuvent être utilisés pour pallier ces limitations. L'analyse par enregistrement vidéo est l'un de ces outils, permettant de filmer une consultation médicale qui peut ensuite être analysée avec l'aide d'un enseignant.

Un autre moyen est le jeu de rôle. Un volontaire joue le rôle du médecin ou du patient dans une situation donnée, sous l'observation des autres participants à la formation et des animateurs. Puis, un échange entre participants et observateurs sur le cas présenté s'ensuit. Cependant, selon certaines thèses dont celle de Mme Chloé Delacour, interne de médecine générale, le retour des étudiants ne serait pas toujours positif. Certains étudiants ont défini cette expérience comme « difficile » en dépit du bénéfice pédagogique que la formation donnait. Cependant, ce vécu négatif pouvait se modifier si les jeux de rôle sont réalisés dans un groupe plus intime, où les étudiants se

connaissaient, favorisant un environnement bienveillant. Le jeu de rôle peut donc être un outil pertinent mais il nécessite une organisation adéquate ainsi qu'un échange de bonne qualité pour pouvoir être accepté par les étudiants (42,44).

La consultation avec un "patient simulé" est une autre méthode. Un patient volontaire ou un acteur joue un scénario sur une ou plusieurs situations cliniques, auquel fait face un interne ou un docteur en formation dans le rôle du soignant. La situation est observée par les animateurs et les participants à la formation afin qu'ils puissent échanger par la suite. Cette mise en scène permet une mise en pratique sans la pression liée à la nécessité de performance, car il ne s'agit pas d'un vrai patient.

Dans les formations de groupe, nous trouvons également les groupes Balint où se réunissent une dizaine de personnes qui vont échanger d'une situation dans laquelle la communication, et/ou la relation médecin-patient a posé un problème. Le groupe partage son avis, son ressenti, ses questions sous l'observation d'un médecin et d'un psychologue formés au groupe Balint. Ces groupes Balint permettent aux médecins de mieux contrôler leurs interactions avec leurs patients. Par ailleurs, le retour d'expériences d'internes, ayant eu la possibilité de participer à un groupe Balint, est enrichissant et montre l'importance de mettre en place ces groupes pendant l'internat. Selon leur témoignage, cette initiation au groupe Balint leur a permis de « mieux définir leur rôle et mieux comprendre le patient. En étant plus à l'aise dans leur rôle, ils se sentaient plus disposés à entendre le patient, à laisser leurs préjugés de côté afin de mieux comprendre leurs patients et leurs demandes. Ces groupes leurs ont également appris à gérer leurs émotions, à mieux appréhender les imprévus, ce qui les aide à appréhender les difficultés qu'ils peuvent rencontrer en cabinet (42).

En dehors de la formation de groupe, la supervision lors des stages est également importante. Par exemple, des séances de Supervision par Observation Directe avec Enregistrement Vidéo (SODEV) peuvent être réalisées. Cela consiste à filmer certaines consultations de l'interne lors de son stage puis à les visionner afin que l'interne et le maître de stage puissent échanger. En dehors d'un enregistrement vidéo, cette supervision directe peut se faire par la présence physique du maître de stage au cours de la consultation de l'interne afin de débriefer à la fin de celle-ci (42). Autant de

méthodes de formation et de supervision qui visent à améliorer les compétences des médecins et à renforcer une relation de qualité avec les patients.

b. Les pratiques après l'internat de médecine générale

Dans sa thèse, Mme Cordonnier, interne de médecine générale, s'intéresse à la formation des médecins généralistes durant le Développement Professionnel Continu (DPC) qui a pour but d'évaluer, d'améliorer les pratiques professionnelles, de maintenir et d'actualiser les connaissances et les compétences médicales. Elle met en avant l'intérêt des médecins généralistes à une formation à la relation médecin-patient. Ces praticiens ont donc participé à des formations en présentiel axées sur la communication, les groupes Balint, l'entretien motivationnel, l'écoute active et l'empathie , entre autres (45).

Mme Gamel, interne de médecine générale, s'intéresse dans sa thèse à l'opinion des médecins généralistes Lorrains par rapport aux groupes de pairs. Les groupes de pairs sont un rassemblement de confrères d'une même spécialité dans une unité géographique définie, se réunissant régulièrement au cours de l'année, afin d'échanger sur leurs pratiques par rapport à un dossier médical choisi au hasard. La majorité des médecins apprécie ce moyen de formation centré sur la relation humaine entre confrères, limitant ainsi le jugement. Ces groupes favorisent la discussion et l'écoute (46). Pour certains médecins, ils participent principalement à ces groupes pour améliorer leurs compétences en psychologie médicale (47).

Ces thèses mettent donc en évidence l'importance de la formation continue pour les médecins généralistes, en particulier en ce qui concerne la relation médecin-patient.

c. La supervision de cette formation

Des psychologues, des médecins généralistes en début et/ou fin de carrière, des psychiatres voire des psychanalystes pourraient être les professionnels les plus expérimentés pour dispenser ces cours pratiques (42,43,48). Enfin, l'idée de faire appel à des professeurs qualifiés dans l'art de la communication pourrait être envisagée (31).

d. Le moment propice à cette formation

Une formation durant nos études permettrait de pouvoir utiliser cet outil et de le peaufiner dès notre internat (49). L'intégration de ce qui aura été appris à la pratique nécessitera un effort important et inlassablement répété avant d'être acquis. C'est pourquoi intégrer cette formation dès le deuxième cycle permettrait d'avoir le temps d'être intégré pleinement et une mise en pratique naturelle (5,11).



## METHODES

A chaque étape de cette thèse, ont été reporté dans mon journal de bord papier, mes idées, mes objectifs, mes remarques, etc.

### I. Recueil des entretiens

#### 1. Modalités de recueil

L'objectif de l'étude est d'évaluer les besoins en formation des médecins généralistes en matière de psychothérapie de soutien. Nous avons décidé de réaliser une analyse qualitative sur la base d'entretiens individuels semi-dirigés. Les entretiens individuels permettent aux médecins généralistes de s'exprimer librement et de partager leur propre expérience. Ensuite, la réalisation d'entretiens semi-dirigés avec l'aide d'un guide d'entretien préétabli permet de structurer l'entretien pour l'enquêteur tout en restant suffisamment ouvert pour garantir une liberté d'expression de l'interviewé (Annexe 1).

Dans un premier temps, nous avons discuté avec les médecins généralistes de leur définition de la psychothérapie de soutien et de la manière dont ils pourraient la percevoir comme un outil utile à leur pratique. Nous avons alors évoqué les difficultés qui pourraient les empêcher de pratiquer cette psychothérapie. Puis, nous avons abordé leurs attentes concernant une formation afin de surmonter ces difficultés. Enfin, nous leur avons demandé sous quelle forme ils trouveraient cette formation intéressante.

#### 2. La recherche bibliographique

Afin de réaliser cette étude et de créer ce guide d'entretien, nous nous sommes basés sur différentes banques de données internet référencées : SUDOC, PubMed, NCBI, BDSP (banque de données de santé publique), WONCA, CAIRN et HAS. Nous nous sommes également orientés sur la lecture d'ouvrage (17,25,32,50) et de différents travaux de thèse (5-9,11-15,20,24,42,44)

### 3. Echantillonnage et mode de recrutement

Nous nous sommes intéressés aux médecins généralistes thésés installés dans les départements du Haut-Rhin et du Bas-Rhin, soit de l'ancienne région Alsace.

Afin d'être mis en relation avec les différents médecins généralistes d'Alsace, nous avons contacté initialement l'Union Régional des Professionnels de Santé (URPS) du Grand Est qui ne m'a malheureusement permis de n'avoir que deux entretiens. Nous avons alors contacté Dr Juliette CHAMBE, Maître de Conférences des Universités, Directrice associée du DMG, référente thèse, qui a accepté de faire diffuser ma demande d'entretien semi dirigé par mail à l'ensemble des médecins composant le DMG.

Grâce à ces deux moyens, nous avons pu obtenir un nombre suffisant d'entretien permettant la saturation des données pour notre étude.

### 4. Cadre réglementaire

Cette thèse ne rentrait pas dans le cadre de la loi Jardé, et ne nécessitait pas de déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL). Le consentement éclairé a été recueilli par écrit auprès de chaque participant. Pour chaque entretien, il a été rappelé que celui-ci était enregistré et qu'il sera retranscrit tout en assurant l'anonymisation du contenu. Les investigateurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt

## II. Réalisation de l'étude

### 1. Lieux d'entretien

Chaque participant interviewé a eu libre choix de son lieu d'entretien. Nous les avons donc rencontrés soit à leur domicile soit à leur cabinet, des lieux connus des médecins et propices à la mise en place d'une atmosphère confiante et détendue.

## 2. Déroulé de l'entretien

L'ensemble des entretiens a été enregistré vocalement avec l'enregistreur vocal Microsoft et l'enregistreur vocal SAMSUNG de mon téléphone. Un premier entretien-test avec un des médecins de mon groupe de tutorat a été réalisé afin d'évaluer le bon déroulé de mon guide d'entretien et d'apporter les corrections nécessaires.

Avant chaque entretien, l'interviewé a rempli un questionnaire de données descriptives afin d'établir le profil des médecins généralistes et éliminé un biais de sélection. L'objectif de la thèse est rappelé avant chaque entretien. Par ailleurs, chaque intervenant signe systématiquement un consentement pour l'enregistrement et l'utilisation de leur propos récoltés au cours de l'entretien dans le cadre de ma thèse.

Le guide d'entretien a été créé principalement avec des questions ouvertes, l'ordre des questions posées lors des entretiens n'a pas été suivi à la lettre. En effet, le suivi évolutif naturel de la discussion, qui dépendait des échanges avec le participant, a été privilégié afin de ne pas perturber l'élaboration de ses pensées. Si nécessaire, des questions de relance étaient incluses dans le guide si la discussion faiblissait. Elles permettaient aussi de recentrer la discussion sur l'objectif de cette thèse si nous nous en éloignons trop. Néanmoins, toutes les thématiques importantes du guide étaient abordées au sein de chaque entretien.

## 3. La retranscription

L'enregistrement vocal de chaque entretien a fait l'objet d'une retranscription écrite, immédiatement après l'entretien, appelée verbatim (Annexes 2 à 9). Toutes les retranscriptions ont été réalisées manuellement par ordinateur. Les verbatims ont ensuite été transférés afin d'être analysés.

## III. L'analyse des données

Lors de la retranscription de chaque entretien, nous avons d'abord essayé de trouver des thématiques communes et de mettre ainsi en place des étiquettes.

Dans un premier temps, je me suis familiarisée avec les données que j'avais collecté afin de m'en imprégner avant de les analyser. Puis j'ai donné une unité de sens (appelé étiquette) pour chaque phrase lue, permettant de donner un sens à chaque phrase des entretiens, cette étape fut l'étiquetage. C'est au moment de celle-ci que j'ai eu l'aide d'une amie en dernière année de licence de psychologie à Strasbourg, afin d'extraire au plus juste le sens du contenu qu'on m'a délivré.

A la fin de cette étape, j'ai regroupé les étiquettes par thème. C'est à ce stade que j'ai commencé à encoder via le logiciel NVivo 14. Pour cela, les verbatims ont été codés les uns après les autres et à plusieurs reprises afin de créer des nœuds puis des sous nœuds correspondant aux thèmes et aux sous-thèmes auxquels se référaient les idées précises développées par les participants dans les verbatims. C'est à la fin de cette étape que c'est dégagé mon plan d'analyse finale.

## RESULTATS

### I. Analyse descriptive de la population

Nous avons réalisé au total 8 entretiens semi-dirigés pour obtenir une saturation des données.

Participants	Sexe	Age (année)	Nombres de patients		Milieu	
			par jour	Expérience libérale (année)	d'exercice	Département
Med 1	Femme	55 - 60	25-30	> 20	Semi rural	Haut Rhin
Med 2	Femme	60-65	10-15	> 29	Semi rural	Bas Rhin
Med 3	Femme	40-45	20-25	10-15	Urbain	Bas Rhin
Med 4	Femme	65-70	15-20	> 20	Urbain	Bas Rhin
Med 5	Femme	45-50	25-30	10-15	Urbain	Haut Rhin
Med 6	Homme	30-35	25-30	< 5	Rural	Bas Rhin
Med 7	Femme	40-45	15-20	10-15	Urbain	Haut Rhin
Med 8	Homme	55-60	25-30	29	Semi rural	Bas Rhin

La majorité des médecins interviewés étaient principalement des femmes exerçant principalement dans le Bas-Rhin. Le reste des caractéristiques étaient plutôt uniformes.

## II. Analyse des résultats

### Partie 1 : Définition de la psychothérapie de soutien

#### I. Un terme difficile à définir et qui semble déranger

Tout d'abord, les médecins généralistes n'arrivent pas à se projeter à travers le terme psychothérapie, **Med 4** « *Je pense qu'il faut revoir cette appellation parce qu'on ne peut pas tout mélanger* », **Med 8** « *La psychothérapie de soutien en tant que tel, on ne peut pas parler ça de psychothérapie de soutien.* ». Puis ce terme ne semble pas définir ce qu'ils pratiquent au quotidien, **Med 4** « *oui, oui, si on peut appeler ça comme ça, enfin je le propose* », **Med 5** « *Je n'appellerais pas ça psychothérapie de soutien ce que je fais en consultation et pourtant je pense que mes patients je les soutiens* ». Utiliser ce terme entraînerait même une sorte de confusion sur le rôle du médecin généraliste : **Med 5** « *Alors je ne suis pas psychothérapeute donc je ne peux pas dire que je fais de la psychothérapie, d'accord.* », **Med 7** « *je ne me considère pas comme psychothérapeute,* ». Le **Med 8** va même jusqu'à dire que « *pour les gens [parce que] ça donne un peu l'impression qu'on fait du lavage au cerveau.* ». De ce fait, comme pour de nombreux médecins, **Med 8** résume bien leur pensée « *Le mot psychothérapie me dérange, parce que je n'ai pas l'intention de faire de la psychothérapie dans le sens professionnel du terme.* ».

#### II. La définition des médecins généralistes

##### 1. Un temps d'échange : communiquer

C'est la notion la plus citée lorsque les médecins généralistes énoncent leur définition de la psychothérapie de soutien. En effet, la psychothérapie s'effectue par une discussion entre le médecin et son patient **Med 2** « *Donc on discute.* », **Med 3** « *on a discuté ensemble des différentes solutions.* », **Med 1** « *on a envie de discuter avec les gens* ». Cet échange s'articule autour du

verbale : le **Med 2** utilisant « *Les techniques de base en communication* » ; et du non verbale : **Med 1** « *quand tu as une personne qui est en fin de vie, qui est en soins palliatifs, a qui tu tiens la main, le silence n'a pas besoin d'être rempli, il y a la présence, ça c'est important.* »

Lorsqu'ils définissent la psychothérapie de soutien, les médecins généralistes digressent vers le déroulé de leurs consultations et de comment, par la communication et l'échange, ils construisent leur relation avec le patient.

Tout d'abord, les praticiens s'intéressent à leurs patients en les questionnant : **Med 2** « *Après peut-être lui poser des questions de temps en temps* » et plus particulièrement, le **Med 3** dit bien d'« *Arriver à faire des questions ouvertes* ». Ensuite ils utilisent différentes techniques de communication pour approfondir l'échange : le **Med 6** va « *relancer sur certains sujets* », le **Med 3** travaille « *éventuellement une reformulation* ». Ils vont, également, vulgariser le discours médical afin de faciliter la compréhension : le **Med 5** explique qu'il faut « *beaucoup d'explications en fait, parce que les gens ont besoin qu'on leur explique ce qui leur arrive en fait. Le médecin généraliste fait beaucoup ça je trouve.* ».

Puis les médecins généralistes intègrent beaucoup un discours valorisant : le **Med 5** parle « *Beaucoup de renforcements positifs* » et le **Med 6** « *de la valorisation* » ; mais fixent également des objectifs : par exemple pour le **Med 8**, « *Alors quand ils disent j'ai plus envie de rien, je leur dis on va faire quelque chose. Vous ne le ferez pas par plaisir mais il faut que vous le fassiez, vous êtes bien venu me voir, parce que ça n'allait pas. Vous dites que vous n'arrivez pas de sortir de la pièce, la prochaine fois vous ferez trois pas vers la porte et ainsi de suite* ».

## 2. Une écoute active

L'écoute est la deuxième notion la plus citée lorsque les médecins généralistes énoncent leur définition de la psychothérapie de soutien. En effet, l'écoute est essentielle et complémentaire à la communication afin de réaliser un bon échange : pour le **Med 2** « *je pense que ce qui compte c'est que les gens se sentent écoutés* » et « *c'est aussi ça dans la psychothérapie de soutien, c'est surtout écouter, quel est le ressenti des gens* ». Le **Med 6** ajoute : « *Je pense que c'est l'écoute active qui leur*

*fait du bien* » et le **Med 2** parle également de « *Alors de l'écoute, l'écoute réflexive* », avec de l'empathie **Med 6** « *l'écoute empathique* ». C'est par cette écoute que la psychothérapie de soutien apporte son aide aux patients : le **Med 4** nous dit bien que « *ça aide les gens parce que souvent à la fin de la consult, ils me disent, ah je vous remercie de m'avoir écouté.* »

### 3. Une liberté de parole

Pour permettre une écoute, il faut également que le patient se livre au médecin généraliste. Pour cela il est important d' « *accueillir la parole* » selon le **Med 3** et de montrer à son patient que nous sommes prêts à l'écouter : le **Med 4** « *leur dit si vous voulez venir parler, vous pouvez donc* ». Cependant, cela n'est pas toujours facile pour le patient. Le **Med 3** explique bien cette idée : « *Et on a l'impression que c'est aussi parce qu'il faut un motif pour venir consulter et qu'une fois qu'ils sont là, ils peuvent déposer leurs sacs. Et finalement de leur dire ben... s'il y a des préoccupations, vous avez le droit de venir pour en parler, vous n'avez pas besoin d'attendre d'être malade pour venir. Il n'y a pas besoin d'avoir un autre motif pour venir en parler quoi. Alors déjà ils découvrent et puis ça les autorise finalement à revenir en consultation spécifiquement pour ça* ».

Pour pallier cela, le **Med 5** utilise donc le motif de consultation de départ physique afin d'approfondir la parole : « *si on parle du problème physique, on peut aussi parler de l'autre problème. Et c'est ce qu'on essaye en général de faire en consultation et qu'on essaye de parler* ».

Une fois la parole libérée, cela apporte de la satisfaction partagée : les patients du **Med 4** finissent souvent par dire que « *ça m'a fait du bien de parler.* » ; mais cela permet aussi d'aborder des sujets douloureux et personnels : par exemple pour le **Med 2** « *Et puis là, elle me dit que depuis qu'elle a accouché un an auparavant, son mari ne la touche plus* », ou encore, « *Et puis un jour, elle me dit effectivement il y a eu des attouchements de la part de mon beau père.* »

Ces échanges vont alors jusqu'à modifier les rapports entre le médecin et son patient : le **Med 8** « *pense que les patients changent aussi, ils se confient plus, c'est plus la même relation* ».

#### 4. Soutenir et Accompagner

Les médecins généralistes perçoivent les psychothérapeutes comme un soutien et une discipline complémentaire à la leur : pour le **Med 2** « *Ça d'ailleurs on est complémentaire, on n'est pas psychologue non plus hein, la psychothérapie de soutien, ce n'est pas forcément la même chose que ce que font les psychologues, ni la même chose que ce que font les psychiatres dans la prise en charge d'une dépression.* ».

Et pourtant, le médecin généraliste pourrait être qualifié de psychothérapeute puisqu'il regroupe dans ces consultations le même fil rouge que celle de psychothérapie : communication, échange et liberté de parole. De plus, le médecin généraliste apporte un vrai soutien au patient. En effet, pendant la consultation, il s'agit d'une réelle démarche coopérative où le médecin guide son patient vers la recherche d'une solution à son problème : le **Med 1** dit bien qu'il faut « *essayer d'avancer avec eux dans la résolution* » ; le **Med 3** aide son patient dans la reformulation de leur motif de consultation pour « arriver à identifier qu'il y a un problème » puis de discuter « *ensemble des différentes solutions* » ; ou le **Med 5** « *l'aider à réorganiser ses pensées* ».

L'accompagnement du patient peut alors dépasser le simple somatique : pour le **Med 3**, il peut y avoir un « *un accompagnement psychologique de patients [...] dans le cadre de l'exercice de la médecine générale* » et il va même, par exemple pour une patiente, jusqu'à « *programmer des consultations régulièrement, donc à peu près toutes les deux semaines pour. Pour pouvoir suivre un petit peu son évolution, voir un petit peu comment elle arrivait à reprendre confiance en elle dans sa gestion de son quotidien avec le bébé.* ».

Finalement, seul le **Med 6** finira par définir ouvertement la psychothérapie de soutien comme « *toutes les méthodes qui permettent de soutenir une personne* ».



### III. Compétences et qualités requises selon les médecins généralistes

#### 1. Concepts généraux à avoir

Comme nous l'avons vu précédemment, l'ensemble des médecins généralistes exprime l'importance d'être à **l'écoute** de ses patients. Cette écoute est même une qualité évidente à avoir pour chaque médecin. Le **Med 6** dit même : « *en fait, je ne suis pas très loquace en consultation, c'est plus le patient qui parle que moi souvent mais donc j'ai plus tendance à être dans la position de la personne qui écoute. Même dans la vie, hein, c'est pour ça que je parlais des qualités intrinsèques. Je suis plutôt quelqu'un qui a tendance à me positionner en retrait, à écouter* ». Les **Med 1 et 3** confortent respectivement cette idée : « *écoute les, tu n'es pas obligé de parler* » et « *les personnes ne cherchent pas forcément un conseil et cherchent surtout de l'écoute* ».

L'écoute est ainsi une qualité à avoir mais elle doit être faite avec **empathie**. Seconde qualité exprimée de nombreuses fois par les médecins généralistes : **Med 1** dit d' « *avoir de l'empathie* » et non de la sympathie comme l'expriment respectivement les **Med 4 et 8** , « *être empathique plus que sympathique quoi* » et « *ils n'ont pas envie que tu sois sympathique, ils ont envie que tu aies une empathie, ce n'est pas que tu souffres avec eux mais que tu les comprends* ». Le **Med 8** va même plus loin : « *je ne bois pas l'émotion des gens je la comprends* ».

Nous parlions d'écoute empathique et pour cela, il faut savoir **entendre** ses patients. Nous avons commencé à évoquer cela avec l'importance de laisser le patient « *libérer sa parole* ». En les observant et les entendant correctement, le médecin généraliste peut alors percevoir si le patient est prêt à se confier. Le **Med 1** explique bien ce concept : « *Le problème dans ce cas-là, il ne vient pas de moi, il vient de la personne en face qui n'a pas forcément envie de s'ouvrir ce qui est tout à fait possible et tout à fait compréhensible. C'est son choix* ». Une parole ne doit en aucun cas être forcée afin de ne pas être trop intimiste pour le patient **Med 1** car « *on débordera peut-être sur des choses qui ne nous regardent pas ou qu'il n'a pas envie de partager* ». **Percevoir les émotions** du patient permet également de savoir si la consultation est propice à une confiance du patient : « *J'ai écouté, oui ça plainte, son sentiment d'injustice* » dit le **Med 2**. Pour lui faire cela, « *c'est prendre en compte,*

*oui, les émotions, les entendre et puis retourner. ».* Pour le **Med 3**, cela permet de répondre au mieux à la demande du patient. Il reprend alors cet exemple : *« j'ai fait un arrêt de travail pour prolonger son congé maternité parce que ça me paraissait complètement justifié par rapport à sa situation psychologique en particulier ».* De plus, selon le **Med 8**, en analysant ce que le patient projette sur nous, nous pouvons alors mieux comprendre des défaillances dans l'alliance thérapeutique : *« en fait c'est parce qu'il ne veut pas prendre la charge émotionnelle d'être responsable de l'échec de son traitement donc il va le repousser vers toi. Et alors, je me suis dit ce n'est pas moi qui dois faire de la psychothérapie. Ce sont peut-être les gens qui ont vraiment de la souffrance et puis qui... c'est une manière de se défendre. Donc ça place les choses dans une autre perspective. Et donc ça te redonne un rôle différent »*

Les praticiens interviewés rappellent également une notion importante, la **bienveillance**. Le **Med 8** dit bien *« Il faut être bienveillant déjà, pas du tout dans le jugement ».* Le **Med 5** rappelle de son côté tout ce qu'il ne faut pas faire : *« donc être péremptoire, juger, donner son avis, dire aux patients ce qu'il faut qu'ils fassent, ce n'est pas forcément ce qui aide. ».*

## 2. Avantages et particularités de la médecine générale

Nous allons maintenant évoquer les avantages qu'ont les médecins généralistes et qui peuvent les aider à mieux réaliser une consultation de psychothérapie de soutien.

Tout d'abord, le rôle de **« médecin traitant »** fait que le médecin généraliste a une bonne connaissance de la vie de ses patients, parfois les soignant depuis leur naissance. Le **Med 2** dit que *« c'est quand même quelqu'un que je connais depuis une trentaine d'année qui a perdu son mari il y a 8 ans. Donc il y a aussi tout ça qui revient dans la consultation ».* Connaître l'histoire des patients permet de mieux comprendre les difficultés d'une prise en charge : par exemple pour le **Med 8** *« je reviens à mon diabétique, s'il ne veut pas prendre son traitement ça peut être par exemple parce que son père il a pris le traitement aussi il a fait tout ce qu'il a dit mais finalement on lui a quand même coupé une jambe, donc ça ne sert à rien. ».*

De plus, le médecin généraliste a la possibilité de réaliser un suivi régulier de ses patients : le **Med 7** « *les voit régulièrement* » et le **Med 3** dit même qu'il a « *programmé des consultations régulièrement, donc à peu près toutes les 2 semaines pour pouvoir suivre un petit peu son évolution* ». Le **Med 1** confirme cette idée d' « *éventuellement redonner rendez-vous à la personne pour pouvoir discuter avec elle d'une façon plus posée si elle en a envie* ». La connaissance de leur patient permet aux médecins de moduler la consultation : par exemple, le **Med 3** rapport qu'il y « *a certaines personnes maintenant que je vois de temps en temps, je sais que quand ils viennent, j'ai besoin de plus de vingt minutes donc là je pense je programme une consultation plus longue et voilà pour essayer de m'organiser par rapport à ça* ».

Ensuite, le médecin généraliste a une prise en charge globale de son patient : respectivement, les **Med 1 et 5** reprennent bien cette idée, « *on s'intéresse à la personne dans sa globalité* », « *on prend le patient en charge dans sa globalité, ce qu'on fait normalement en médecine générale hein, c'est pour ça qu'on est généraliste, dans nos bases* » et le **Med 3** complète en parlant de l'intérêt de la vie du patient « *que ce soit médical, mais aussi le contexte psychologique et social* ». Ainsi, une prise en charge globale est davantage définie comme l'association du corps et de l'esprit. Le **Med 1** dit bien que « *c'est ce qu'on essaye en général de faire en consultation et qu'on essaye de parler, on va dire, du corps et de l'esprit, pour parler des deux choses* ». Cette association permet d'atteindre la réelle problématique du patient, « *parce que je [Med 1] considère que toute personne qui vient avec un problème physique à peut-être un problème derrière, d'un autre ordre et que par conséquent, si on soulève, si on parle du problème physique, on peut aussi parler de l'autre problème* ».

Enfin, le médecin généraliste est souvent un médecin de premier recours avec l'avantage d'avoir une meilleure accessibilité que des spécialistes. Le **Med 4** parle de cette accessibilité dans le temps : « *Voilà, ce n'est pas forcément sur un suivi régulier au long terme, c'est comme ils veulent* » ; mais aussi d'une accessibilité au niveau relationnel : « *je leur dis si vous voulez venir parler, vous pouvez donc* ». Le médecin généraliste est bien souvent celui qui accueille la parole le premier et

reste ainsi le premier interlocuteur de choix. Le **Med 3** reprend cette idée : *« Et finalement de leur dire ben... s'il y a des préoccupations, vous avez le droit de venir pour en parler, vous n'avez pas besoin d'attendre d'être malade pour venir. Il n'y a pas besoin d'avoir un autre motif pour venir en parler quoi. Alors déjà ils découvrent et puis ça les autorise finalement à revenir en consultation spécifiquement pour ça ».*

## **Partie 2 : motifs de consultations amenant à une psychothérapie de soutien**

### **I. Possible pour tous les motifs de consultation**

Quand nous demandons aux médecins interviewés à quel moment ils pratiquent la psychothérapie de soutien, ils sont assez unanimes : pour le **Med 2** *« je fais tous les jours quoi. »*, pour **Med 4** *« Moi c'est ça, ce que je vois, c'est tous les jours. Non, je ne pourrais pas de cité un cas particulier »* et le **Med 5** précise que *« ça peut être aussi bien de l'aiguë que du chronique. »*. Pour le **Med 1**, la psychothérapie de soutien *« fait partie intégrante de la consultation et c'est dans la consultation, ce n'est pas forcément un exercice à part »*. L'annonce d'une pathologie chronique ou aiguë, voire pour le **Med 2** l'*« annonce d'une pathologie très grave »* est également un traumatisme pour le patient et nécessite de l'empathie et de la bienveillance. La psychothérapie de soutien est également importante dans les entretiens motivationnels lorsque nous souhaitons aider le patient à *« initier un changement pour améliorer son état de santé »* comme l'explique le **Med 6**. Il reprend ainsi les exemples suivants *« la reprise du sport, faire de la marche chez un patient qui a un artériopathie des membres inférieurs par exemple, ou enfin voilà plein de choses, arrêter de manger du sucre alors qu'on vient de diagnostiquer un diabète ou des choses comme ça, ou la prise en charge de l'obésité »*.

### **II. A chaque étape de la vie**

Il existe des moments plus propices à la réalisation de consultation de psychothérapie de soutien. Les médecins interviewés en retiennent plusieurs. Ils sont parfois confrontés à *« des problèmes de couples »* comme le dit le **Med 5** et le **Med 4** ajoute qu'il s'agit alors d'une

« psychothérapie qui dure qu'une seule fois, ou que ce soit parce que leur copain les a quittés, leurs copines les a trompés ».

La maternité est également un moment complexe où une consultation de suivi pédiatrique ne doit pas laisser passer un appel à l'aide d'un des nouveaux parents. Le **Med 3** en parle par cet exemple : « une jeune maman qui euh, était un petit peu perdu avec enfin l'organisation avec son bébé, la reprise du travail, un post-partum un peu compliqué et donc, je l'ai, elle avait une grosse angoisse de la reprise du travail ». De même un motif bénin peut cacher un traumatisme profond : **Med 2** reprend l'histoire d' « une dame qui vient pour une infection urinaire non pour une mycose vaginale. Je traite. Un mois après, elle revient. Je retraite. Un mois après elle revient, je re retraite et je l'envoie quand même chez le Gynéco. Il traite, un mois après elle revient. Donc là c'était un peu où je faisais du balint depuis 5 ans à peu près. C'est peut-être dans l'histoire de votre vie. Et puis un jour, elle me dit effectivement il y a eu des attouchements de la part de mon beau père. Et là, depuis quelques temps, ma mère réapparaît dans ma vie. Et puis à partir de là, elle a eu la paix pendant un an, elle a plus eu d'affection, enfin de mycose. Puis un an plus tard, de nouveau une mycose. Et alors là, on éclate de rire toutes les deux et elle me dit « oui effectivement ma très chère mère est revenue. » ».

Vieillir est aussi une problématique importante pour les patients qui sont confrontés à la mort de leurs proches : « une personne âgée qui a perdu la personne avec qui elle a vécu toute sa vie et qui est déprimé » viendra chercher de l'écoute pour le **Med 6**. Les patients doivent aussi faire face à leur propre défaillance somatique et psychique, mais leurs proches y sont également confrontés : pour le **Med 8** « les gens avec des troubles cognitifs on fait une certaine forme de thérapie aussi, mais c'est plus l'entourage qui rentre en ligne de compte, ce n'est pas tellement le patient. »

Parler du travail est aussi au quotidien des consultations du médecin : les **Med 4** et **Med 6** décrivent les deux principales situations soit les patients parlent de « harcèlements au travail » soit « qu'ils sont surmenés au travail ». Encore une fois, le rôle du médecin n'est pas de les juger ni de leur trouver une solution, mais d'écouter les patients qui viennent déposer leurs émotions.

Enfin, les situations de précarité, souvent pleines de complexité, sont propices à des consultations de psychothérapie : le **Med 3** explique que *« là où j'exerce, on a quand même une grande précarité, donc on a on a déjà beaucoup de personnes qui ont des difficultés au quotidien de plein d'ordres différents, ça peut être euh, tout bêtement financier, mais ça peut être aussi, voilà des mères célibataires, des personnes qui ont des soucis un peu divers et variés, que ce soit au travail avec la famille »* .

### **Partie 3 : Les limites et difficultés à la mise en place de la psychothérapie de soutien en consultation**

#### **I. La gestion du temps**

##### **1. Accorder du temps au patient**

###### **a. Respecter la temporalité**

La psychothérapie de soutien n'est pas synonyme de prise en charge rapide comme l'explique le **Med 5** : *« En psychothérapie de soutien, l'efficacité, elle ne passe pas par la rapidité, elle passe par l'écoute et aller au rythme de la personne. »*. Les motifs de consultation, amenant les praticiens à réaliser une consultation de psychothérapie, sont souvent complexes et il est important de se donner du temps pour la réaliser : selon le **Med 2** *« il y a quelquefois des gros trucs et du coup ben oui là comme cette dame à qui vient je viens d'apprendre que certainement c'est très grave quoi. Donc là on va, oui, on se pose. »*.

Les praticiens mettent en évidence l'importance de ne pas combler les temps de silence afin de laisser la place à la réflexion du patient. Le **Med 4** dit bien qu'il faut *« Laissez parler, les blancs c'est important »* et le **Med 6** parle même d'être *« plus patient »*. Le **Med 1** rajoute également : *« Alors le problème qu'on a c'est que quand il y a du silence on veut toujours le remplir, mais le silence il a aussi son importance parce que ça permet aussi à la personne d'avancer dans son cheminement »*. De plus, il est important de ne pas aborder toutes les problématiques en une seule consultation. Il

faut laisser le patient aller à son rythme, cheminer au fur et à mesure des consultations. Pour le **Med 8**, *« il ne faut pas croire que les choses se font uniquement dans la séance quand tu vois les gens mais il y a des choses qui se font entre deux, en fait, il métabolise un peu de choses et puis ensuite il se pose des questions seulement. Donc parfois il faut savoir arrêter la séance ou l'entretien pour qu'ils puissent raisonner sur quelque chose, puisse digérer un truc qu'on a mis en évidence ».*

#### b. Evaluer les stades de changements

Afin d'avancer dans la prise en charge thérapeutique, l'évaluation du stade du changement de son patient permet d'adapter son discours et d'orienter les médecins sur les capacités de leurs patients à pouvoir changer son comportement vis-à-vis de sa santé. Selon le **Med 1**, *« il désigne un point et après voit dans une note de 0 à 10 qu'elle est votre motivation. », « qu'est que vous vous sentez capable de faire », « Il faut que ça vienne d'eux ».*

Les patients ne sont pas toujours prêts à rencontrer un psychothérapeute et préfèrent la réassurance d'être accompagnés par leur médecin traitant, qu'il voit comme une personne de confiance. Les sujets à aborder peuvent leur paraître complexes et ils leur aient difficile de franchir la porte d'un autre confrère pour en parler : le **Med 3** en donne un exemple *« parfois ben... il y a trop de résistance et donc ben à défaut on continue de les accompagner au cabinet, avec éventuellement des contacts avec les psychiatres pour tout ce qui est thérapeutique. En espérant qu'un jour ils franchissent le pas quoi. ».*

## 2. Une lutte contre le temps

Gérer son temps est très important pour tout médecin pour organiser sa journée et répondre au mieux aux demandes de rendez-vous de ses patients. Tout imprévu est alors source de stress d'autant plus s'il le motif de la consultation conduit à une psychothérapie de soutien. Le médecin risque d'être moins disponible pour le patient : le **Med 6** explique que *« si j'ai un quart d'heure ou vingt minutes de retard et que le patient vient et m'explique que ça ne va pas au boulot et qu'il se met à pleurer... Bon, je vais peut-être être un peu moins empathique à ce moment-là ».*

Le retard, est une source de stress très présent chez chacun des médecins interviewés. Il s'agit presque d'une lutte contre le retard cumulé dans la journée : le **Med 7** explique que *« c'est vrai qu'il y a un timing, parfois on déborde et il faut rattraper, sinon les gens sont pris en retard et on finit à 21h donc ce n'est pas possible », « Puis il faut continuer avec en plus le stress du retard. »* ; pour le **Med 8** *« C'est difficile lorsqu'on est pressé par le temps. »*

La salle d'attente et surtout, une salle d'attente *« pleine »*, est une vraie source de pression pour le médecin voire d'oppression : le **Med 2** dit bien *« J'aimerais que ça soit en dehors des consultations parce que quand la salle d'attente est pleine, flûte (petit rire), bien sûr maintenant, c'est maintenant, ce n'était pas grand-chose et puis boum, oui, elle est juste déprimée, ça ne va pas au boulot, ça ne va pas dans sa vie, ça ne va pas avec ses enfants, bon »*. De plus, le **Med 6** explique que *« Bon, je vais peut-être être un peu moins empathique à ce moment-là parce que j'ai une pression du fait de l'attente dans la salle d'attente »*. Mais il peut également avoir une modification de la capacité de raisonnement : pour le **Med 8** *« tu as plein de stress qui peut être un filtre qui fait en sorte que tu ne réfléchisses pas pareil dont en médecine générale quand tu vois les gens avec une salle d'attente pleine, que le téléphone qui se met à sonner. »*

C'est dans cette lutte contre la montre, que lorsque nous savons qu'un motif tend vers ce type de consultation, il peut être intéressant au médecin, comme le dit le **Med 1**, *« de programmer, c'est-à-dire qu'après y a certaines personnes [...] que je vois de temps en temps, je sais que quand ils viennent, j'ai besoin de plus de vingt minutes donc là je pense je programme une consultation plus longue et voilà pour essayer de m'organiser par rapport à ça. »*

## II. Investissement psychique

### 1. S'intéresser à la psychothérapie de soutien

Même si nous avons vu que toutes consultations peuvent amener à réaliser de la psychothérapie de soutien, sa réalisation n'est pas obligatoire. En effet, le **Med 1** précise que *« Tout le monde ne se sent pas de faire de la psychothérapie de soutien [...] Il faut avoir l'envie de le faire »*.



Selon la journée de consultation d'un médecin, parfois nous n'en avons « *juste pas envie* », comme l'exprime le **Med 6**. Tous les médecins ne sont pas tous à l'aise avec la pratique de psychothérapie de soutien : le **Med 1** dit bien « *Moi, ça ne me pose pas de problème* » mais « *Il y a des gens qui ne se sentent pas à l'aise avec ça du tout et qui ne le feront jamais.* » Néanmoins, avec le temps et l'expérience, le médecin peut se sentir plus à l'aise : **Med 7** raconte qu'il est « *un peu plus à l'aise maintenant. Pendant longtemps, je n'étais pas très à l'aise pour les guider* ».

Comme le dit le **Med 5**, « *on n'a pas besoin d'avoir toutes ces casquettes* » et mener une consultation de psychothérapie de soutien doit rester un choix. Mais certains praticiens tels que les **Med 1, Med 5 et Med 6** justifient leur choix par la satisfaction qui en ressort lors de sa pratique « *Je suis contente de l'avoir fait parce que c'est pour eux. Ça prouve que c'était ce qu'il fallait. Ce qu'ils attendaient* » ; « *de la satisfaction quand ils ont compris et que je sens quelque chose qui se lève, quand le regard il change* » et « *C'est dans le retour positif que j'ai, c'est surtout ça* ».

## 2. Connaître ses limites

Réaliser une consultation de psychothérapie de soutien n'est pas sans un certain engagement de la part du médecin. En effet, ces consultations sont très **énergivores** par la manière de les réaliser : le **Med 6** explique que « *c'est sûr que pour mener l'entretien motivationnel, les reflètes, etc...ce n'est pas évident. Poser des questions ouvertes, on a toujours tendance à poser des questions fermées et puis tiré des tiroirs, est-ce que vous avez ce symptôme-là ? C'est très fermé. Il faut complètement changer votre façon de poser des questions, de refléter. Ça peut être épuisant.* ». Le **Med 7** rajoute que « *c'est chronophage et crevant [notamment] avec le manque de formation, 9h de psychologie c'est tout* » ; le **Med 1** va jusqu'à dire que « *tu sors de ta journée, tu es vidée, tu es dégoutée* ». Le **Med 6** parle même d'un **sentiment d'impuissance** « *J'ai l'impression que malgré tout ça ils reviennent, ils ne vont pas mieux, je me sens impuissante* ».

Il est donc important pour les médecins de savoir où sont les limites de leurs compétences. Tout d'abord, il faut bien définir son **niveau d'implication** dans chaque situation car les médecins n'ont pas la même relation avec chacun de ses patients : le **Med 3** résume bien cette idée « *J'ai deux, trois*

*situations comme ça où je me suis plus impliquée que pour d'autres personnes et j'ai très peu de patients qui ont mon numéro de téléphone mais je sais que ces deux, trois personnes qui l'on, je me suis impliqué différemment avec ces personnes-là. Sans regret, mais je pense qu'il faut-il faut vraiment le peser avant. Savoir dans quoi on s'engage, et qu'elles sont éventuellement les conséquences à la fois pour la personne et pour nous. ». Il rajoute également « qu'on ne peut pas vouloir tout faire et tout régler pour les gens non plus ».*

### 3. Savoir écouter

Pour pouvoir prendre en charge les autres, il faut commencer par prendre soin de soi. Certains médecins interviewés nous expliquent l'importance d'apprendre à se connaître soi-même : pour le **Med 1** « *pour être à l'aise avec les autres, il faut être à l'aise avec soi-même. », « Apprendre à s'écouter aussi. Apprendre à se respecter soi pour être aussi en mesure de respecter les autres. »*

D'autres relatent l'importance de pouvoir s'évader de leur travail, de s'évader complètement de la médecine en programmant du temps pour soi : le **Med 5** explique qu'il faut « *Savoir trouver quelqu'un qui remplace pendant deux, trois jours et partir quand ça fait trop. Puis prendre des pauses dans la journée, entre deux consultations, parce qu'en on enchaîne et qu'on a eu des consultations difficiles* ». Les activités sont ensuite multiples : le **Med 1** réalise « *du développement personnel* » ; le **Med 5** s'aide de techniques de relaxation « *prendre du temps pour ça, des techniques de respirations, tous ce qu'on apprend à nos patients, on peut le faire pour nous* » ; le **Med 6** « *pratique du sport* » et le **Med 8** « *c'est plutôt de la musique* ».

### 4. Savoir se protéger

Les médecins interviewés ressentent le besoin de se protéger : le **Med 3** dit qu'il faut « *trouver la bonne distance, parce qu'on peut aussi s'impliquer émotionnellement face à quelqu'un, pour plein de raisons. Enfin je veux dire, il y a aussi un risque de trop s'impliquer ou un risque de Burn-out aussi pour nous* ». Ils vont même jusqu'à parler du concept de transfert et contre-transfert : « *vous dites les difficultés, souvent ça coince, c'est l'histoire de transfert contre transfert quoi* » nous

dit le **Med 7** et le **Med 4** raconte « *Quand j'étais jeune, il y a eu des transferts, des contres transferts. On essaye de pas en faire, mais quand ça te touche personnellement, c'est plus difficile* ». Le **Med 3** résume bien le concept « *est-ce qu'on se sent armé derrière pour... pour répondre... donc à accueillir la parole, mais une fois qu'on l'a accueilli, est-ce qu'on s'en sent responsable ? Est-ce qu'il faut l'être ou pas* ». Les médecins doivent mettre une certaine distance avec leurs patients lors de ces consultations, mettre des **barrières de protection**. Le **Med 8** dit bien : « *Ce qui est vrai aussi, c'est que nous, on a une mauvaise représentation de l'impact qu'on peut avoir sur ce qu'on dit, ce qu'on fait* ».

## 5. Savoir s'entourer

Pour se protéger, il faut savoir s'entourer à la fois dans le travail et au niveau personnel. Nous avons précédemment vu qu'une consultation de psychothérapie nécessite du temps, c'est pourquoi, il serait intéressant de réaliser des consultations conjointes : soit en déléguant à un professionnel au sein de sa propre structure de travail comme pour le **Med 1**, « *Après nous la chance qu'on a c'est d'avoir des infirmières ASALEE. Ce n'est pas à nous de tout gérer, de tout manager, il faut savoir déléguer* » ; soit en l'adressant vers un autre professionnel de santé spécialisé comme le **Med 8** « *il ne faut pas le faire seul, ça doit être conjoint avec d'autres personnes, j'adresse rapidement quand je vois que les gens en ont besoin, je ne reste pas seul.* ».

Il faut savoir parler de ses difficultés et les praticiens évoquent différentes manières de le faire. Pour certains praticiens, parler des difficultés rencontrées au cours de leurs consultations se fait avec leurs confrères : le **Med 3** « *pense que le fait d'exercer en groupe, ça permet quand même de pouvoir débriefer des choses. Alors de manière complètement informelle, hein. Mais voilà, enfin clairement, quand on a des choses difficiles.* ». Pour d'autres praticiens, ils se confient plus à leur proche : pour le **Med 6** « *Ce qui m'aide, c'est de partager mon vécu avec ma femme, des amis* » et pour le **Med 8** « *J'en parle en différé, mais j'en parle toujours. Parce que je sais aussi ça, que garder les choses ce n'est pas bien quoi [...]. Je parle avec des amis, avec mon entourage* ».

Les médecins préfèrent parfois parler à des personnes qui n'ont aucun lien avec le milieu médical afin de ne pas se sentir juger, comme le fait le **Med 6** « *Parfois ça m'arrive de parler de certaines situations à des personnes qui sont pas du tout dans le milieu médical, mais simplement parce que j'ai envie de raconter, partager le vécu d'une consultation sans forcément avoir un retour on va dire de quelqu'un, un médecin, qui s'y connaît. Je n'ai pas forcément ce besoin-là mais simplement partager un vécu avec quelqu'un qui est un néophyte de la médecine général et qui donne simplement son avis, sans jugement.* »

Enfin, réaliser soit même une thérapie de soutien permet d'évacuer par la parole leurs difficultés et entretenir son bien-être psychique : pour le **Med 1**, « *Alors une thérapie, oui, j'en ai fait une durant une année avec une psychiatre d'ailleurs* » ; pour le **Med 3** « *Après, clairement moi, je pense, enfin j'ai fait un travail psychologique depuis quelques années pour moi-même, et je pense que ça changé ma manière de faire et ça m'a fait réaliser aussi des erreurs que je pouvais faire par rapport à ça.* ».

### III. Maintenir la relation médecin -patient préexistante

#### 1. Alliance thérapeutique

Le médecin généraliste, plus particulièrement s'il est son médecin traitant, a construit une relation particulière et unique avec le patient. Une relation qui tend à mettre en place un équilibre avec le médecin, porteur de savoir et conseiller, et le patient acteur de sa santé : le **Med 1** rappelle que « *Ce n'est pas ton rôle de répondre à toutes les situations, de toute façon, parce que c'est aux gens de trouver aussi ce qui est bon pour eux. Tu peux leur donner des conseils, ce qu'on fait mais c'est eux qui doivent savoir s'ils ont envie, s'ils n'ont pas envie.* ». Le **Med 1** rajoute que le patient « *décide en commun de commencer par une chose, c'est la personne qui va décider* ». De plus, une démarche thérapeutique se fait par une alliance entre le patient et son médecin pour que celle-ci fonctionne : pour le **Med 8** « *Il y a des interventions qui marchent pas du tout chez certaines personnes, ce n'est pas la peine d'insister, faut que la démarche, faut que chacun fasse un pas. Si les*

*gens sont passifs ça ne marchera pas, s'ils sont persuadés qu'il n'y a rien qui marche, je leur explique que ce n'est pas la peine. »*

En réalisant une consultation de psychothérapie de soutien, où le patient peut parfois déposer son mal être, ses émotions, le médecin doit faire attention de ne pas prendre une position paternaliste : pour le **Med 5** « *dire aux patients ce qu'il faut qu'ils fassent, ce n'est pas forcément ce qui aide.* » ; et pour le **Med 8** « *je n'avais pas envie de ce raisonnement un peu stupide. Moi je suis le médecin, toi t'es pas médecin, pourquoi tu ne fais pas, alors que j'ai l'autorité, tu vois, c'est un raisonnement à la con* ».

## 2. Mieux aborder le patient

Les patients n'ont pas les mêmes représentations de leur santé et surtout du rôle du médecin généraliste lorsqu'une consultation de psychothérapie se met en place. Il faut comprendre le fonctionnement du patient afin de mieux réagir face à lui : pour le **Med 1** « *j'ai un patient, je pense qu'il fume encore, alors qu'il a vu sa mère mourir étouffer par son cancer du poumon. En fait, il faut que tu comprennes que tout le monde n'a pas le même niveau de conscience, de conscience des choses, tout le monde n'a pas le même niveau de conscience de sa santé, euh, ou de ce qu'il envie de mettre dans les efforts pour être en bonne santé* ». Le **Med 8** rajoute que « *les gens quand ils viennent te voir, ils ont une certaine représentation de qui tu es et quel est ton rôle. Donc par exemple, tu as une mère de famille qui rentre là et a dans l'idée que tu es là pour prescrire un antibiotique, ça ne va pas être la même consultation que si c'est une mère de famille qui se dit que ton rôle s'est de trouver pourquoi le gamin il ne va pas bien tu vois, ce n'est pas la même chose* ». Trouver alors les mots peut être difficile : le **Med 1** ne veut pas entrer aller trop loin « *on débordera peut-être sur des choses qui ne nous regardent pas ou qu'il n'a pas envie de partager* » ; le **Med 7** ne veut pas heurter ses patients « *Là je me fais encore plus violence de faire attention, de peser mes mots* » car « *On peut faire beaucoup de mal avec les mots et c'est ça qui fait que des fois je me sens un peu encore en difficulté* ».

Il est important de ne pas s'impliquer totalement et de garder de l'objectivité sur ce que les patients nous racontent : pour le **Med 1** si « *on est moins pris dans une situation on arrive à s'en sortir un tout petit peu* » et pour **Med 5** « *Je pense qu'il y a toujours un lien de toute façon, c'est mieux quand il y a de la distance* ». De même, il est nécessaire de garder une relation professionnelle avec son patient, pour le **Med 8** « *je fais très peu copain- copain, même si y a des gens tu as des relations privilégiées. Mais ça reste des patients* ». Cela permet d'éviter d'être dans la sympathie et de se faire envahir par les émotions du patient.

#### IV. Difficultés d'accès aux spécialistes

##### 1. Le psychothérapeute spécialisé, une aide

De manière générale, les médecins généralistes interviewés insistent sur le fait de ne pas être confondu avec des psychothérapeutes. Accompagner de manière générale le patient, oui, mais comme dit le **Med 1**, il faut savoir « *les orienter vers un praticien plus qualifié que moi en l'occurrence.* », surtout selon le **Med 3** « *s'il y a besoin d'un accompagnement plus spécifique par rapport aux problèmes psychologiques* ». Le **Med 8** explique que cette consultation « *Ce n'est pas de la vraie psychothérapie avec des techniques, on n'est pas formé pour ça.* ». De même, orienter vers un professionnel spécialiste, c'est « *connaître les limites de ce que sera notre psychothérapie par rapport à la prise en charge d'un thérapeute spécialisé comme une psychologue* » pour le **Med 1** ; et ce ne sera pas synonyme d'échec ou de rupture de la relation, pour le **Med 5** « *C'est comme ça, je dis non en fait. Je ne les laisse pas tomber mais je leur dis juste non je ne peux pas faire ça, ce n'est pas adapté. Ça ne marchera pas.* ». De plus, cela peut être un moyen d'adhésion du patient à une psychothérapie : pour le **Med 8** « *Alors, il y a des gens que j'envoie vers des psychologues avec le dispositif monpsy.fr, c'est pas mal. Après ça peut être le pied dans l'étrier pour continuer* » ; et de s'assurer qu'on ne passe pas à compter d'un diagnostic d'une pathologie mentale comme pour le **Med 8** « *le fait de les envoyer aussi chez un psychologue, ça permet, éventuellement s'il y a un doute sur une pathologie plus profonde qu'on n'a pas vu, de déclencher.* »

## 2. Le psychothérapeute spécialisé, une denrée rare

Les praticiens relatent leurs difficultés à pouvoir adresser leurs patients à un psychiatre du fait d'une diminution de leur densité au sein du territoire et, en parallèle, d'une augmentation du nombre de patients nécessitant un suivi psychiatrique : pour le **Med 4** « *les psys sont pleins à craquer. Ils ont plus le temps, hein* » ; « *les gens ils mettent six mois à avoir un rendez-vous de psy* ». De même concernant les psychologues, malgré le dispositif monpsy.fr, « *les psychologues sont déjà overbookés* », « *Le CMP bah y'en a pas ou il n'y a pas de place* » selon le **Med 5**.

Ainsi, les médecins généralistes ne se sentent pas soutenu par leurs confrères psychiatres : pour le **Med 8** « *Les psychiatres, disons, ça va être utile si on pense à une pathologie sous-jacente, quelque chose à voir par ailleurs, y'en a qui ne font pas de la psychothérapie, ce sont plus des traitements médicamenteux, c'est plus des neuropsychiatres que des psychiatres* » et le **Med 1** va même jusqu'à caricaturer leur travail « *Alors le psychiatre, il prend les gens un quart d'heure et lui il prescrit des médocs* », montrant ainsi le désarroi des médecins.

## Partie 4 : La formation actuelle à la psychothérapie de soutien

### I. Un constat général

#### 1. Une formation insuffisante

L'ensemble des médecins généralistes interviewés, quel que soit leur expérience sur le terrain, soulignent le manque de formation pour pratiquer au mieux la psychothérapie de soutien : pour le **Med 2** « *on n'a pas forcément eu de formation sur la communication* » et le **Med 7** dit « *Des formations, en fait, il n'y avait pas grand-chose comme formation* ».

Pour les médecins de plus de 50 ans, ils n'ont pas eu l'occasion d'avoir un internat comme nous le connaissons actuellement, ce qui peut justifier le manque de formation : pour le **Med 1** « *Alors au cours des études, il n'y en a pas eu, il y avait que dalle. D'ailleurs, je ne sais même pas s'il y en a actuellement, ça m'étonnerait* », et le **Med 2** rajoute « *Pendant, on est un peu sur le tas* ».

Les médecins, issus d'un internat récent, expliquent qu'il y a eu une amélioration dans la mise en place des formations mais que cela n'a pas été suffisant pour une mise en pratique plus sereine : le **Med 5** « *pense qu'on a quand même eu des cours, sérieusement, mais je ne suis pas sûre que ça soit ça qui m'ait le plus aidé* ». Cependant, cette formation n'est pas assez représentative de la réalité du métier auquel les futurs médecins seront confrontés : le **Med 6** exprime « *qu'on va être confronté à toutes ces situations donc on a envie de de savoir comment ça va se passer.* ». De plus, la formation au cours de l'internat ne permet pas de maintenir l'empathie comme l'évoque le **Med 2** « *oui, oui, d'ailleurs, il semblerait que les études montrent que les internes ont moins d'empathie que les externes.* ».

## 2. Un manque d'outils

Certains médecins relatent un manque d'outils face aux difficultés qu'ils peuvent rencontrer lors de leurs consultations. En effet, lorsque nous évoquons le manque d'outils utiles, le **Med 7** répond clairement « *oui oui, pour répondre à certaines situations parce qu'il y a la théorie, puis après il y a la pratique* ».

Le manque de formation majore d'autant plus ce manque d'outils : le **Med 3** explique que « *Ça ne va pas forcément donner toutes les armes, mais c'est vrai que c'est des choses qu'on va utiliser* ». Ils vont alors compenser par l'expérience : le **Med 3** « *pense qu'il y a 10 ans je n'étais pas armée pour ça* ».

Sans cette expérience, les médecins peuvent se sentir démunis lors de leur première consultation de soutien psychologique puisque selon le **Med 5** « *Non, au niveau du soutien, je ne sais pas si vous avez assez d'outils* » ; ou lors de la « *gestion des patients difficiles* », pour le **Med 8**. De plus, la relation médecin-patient centrée sur une écoute et un échange, ne semble pas être assez développé comme le questionne le **Med 3** « *Et puis est ce qu'on les forme bien à la communication et à l'écoute ?* ». De même que la communication non verbale : **Med 5** « *Je sais que j'avais un interne qui m'avait dit mais la communication non verbale, qu'est-ce que ça veut dire d'abord* ».



Pour le **Med 7**, la formation actuelle ne favorise pas non plus la libération de la parole nécessaire pour progresser dans le métier : *« je pense qu'on gagnerait effectivement en plus à rassurer les internes et puis à les professionnaliser en échangeant sur nos pratiques sur notre vécu, en partageant notre expérience. »*

## II. La formation actuelle

### 1. Au sein de la faculté

L'offre de formation a bien évolué au cours de ces dernières années et sous différentes formes pour essayer de s'adapter au mieux aux attentes des étudiants. *« Maintenant, il y a un certain nombre de formations qui sont optionnelles »* comme l'évoque le **Med 3**. Notamment des formations sur l'apprentissage des techniques de communication qui est la base de toute consultation, et plus particulièrement celle de psychothérapie de soutien. Les **Med 2, 5 et 6** l'évoquent respectivement : *« il y a eu des formations aux techniques de communication » ; « On nous a parlé de Carl Rogers, de soutien du patient, tout ce qui est... ne pas diriger mais l'accompagner, l'aider à réorganiser ses pensées, reformuler, résumer, tu vois tout ce genre de chose » ; « Depuis l'année dernière j'ai pu mettre en pratique des outils que j'avais appris dans cette formation ».*

Il y a également des formations obligatoires au sein des séances de tutorat : le **Med 4** a *« amené du concret, enfin même les jeunes, puisque les internes devaient prendre un cas qui les avait marqués. Enfin moi, c'était comme ça que je dirigeais mon GEAP. »*. Le retour d'expérience d'une situation complexe est important lors de ses séances mais peut également se faire à chaud pendant le stage. Le **Med 5** en a un bel exemple : *« Je sais que j'avais un interne qui m'avait dit mais la communication non verbale, qu'est-ce que ça veut dire d'abord. Je lui dis regarde-moi, je m'étais mis devant mon ordinateur devant lui et j'avais tapé. Je lui avais vas-y parle-moi puis j'ai arrêté, je l'ai regardé et là je lui ai dit parle-moi maintenant. Ah d'accord, c'est bon j'ai compris. Parfois oui, il faut expliquer, en fait tous simplement aux internes, on a besoin de leur dire. Je ne sais pas si ce sont des formations qui peuvent dire ça ou si c'est la relation que t'as avec ton maître de stage ».*

## 2. Au cours de sa formation dans la pratique

Comme nous l'avions évoqué précédemment, un retour d'expérience au cours même du stage permet un apprentissage et un échange avec son maître du stage. Cela sera d'autant plus facile dès lors qu'une relation de confiance s'est instaurée entre les deux.

Une autre possibilité de retour d'expérience est d'intégrer un groupe de pair ou un groupe Balint, qui semble être une expérience positive pour plusieurs des médecins interviewés : le **Med 2** a « *fait partie d'un groupe Balint* » de même que le **Med 5** ; le **Med 3** explique que « *clairement en groupe Balint, ça m'avait vraiment débloqué une situation où je trouvais plus comment faire avancer les choses avec la patiente* », propos appuyé par le **Med7** « *je suis dans un groupe Balint et ça m'aide beaucoup quand même à démêler* ».

Le passage dans des stages avec des composantes de psychothérapie de soutien permet d'acquérir de vraies compétences et des outils. Le **Med 2** a « *fait de l'addicto aussi, de 2003 à 2018 avec une formation en addictologie, donc le diplôme d'addictologie.* » et il a aussi fait « *le bout optionnel de psychosomatique.* ». Le **Med 7** explique qu'« *il y avait un labo qui avait fait un super truc, c'était sur trois jours à Lyon, avant le COVID, c'était sur les patients anxio-dépressif. Alors le labo a fait ça pour vendre ses trucs mais il y avait toute une phase sur la physiopath et puis l'approche comportementale, et autre. Donc c'était génial. Et puis ça m'avait permis d'avoir un arsenal plutôt phytothérapie* ».

## 3. Un apprentissage par autonomie

Pour pallier le manque de formation ressenti, les médecins interviewés vont chercher à se former par eux-mêmes. Une fois encore, l'apprentissage par expérience est au cœur de leur auto-formation et est la forme la plus citée : pour le **Med 1** « *voilà, je viens avec mon bagage et jusqu'à présent on va dire que ça se passe relativement bien.* » et pour le **Med 2** « *Alors des difficultés, c'est plus trop de mon âge parce que bon, il y a quand même les expériences.* ». Certains médecins parlent même d'aisance à la pratique de la psychothérapie de soutien par leur expérience cumulée : le **Med 6**

*« pense qu'au fil du temps, je me suis senti à l'aise. Maintenant, j'ai vraiment aucune appréhension lorsque j'accueille quelqu'un qui nécessite ce qui peut s'apparenter à une psychothérapie de soutien »* et le **Med 7** dit bien « Je suis alors un peu plus à l'aise maintenant. Pendant longtemps, je n'étais pas très à l'aise pour les guidés ».

La seconde forme d'apprentissage est la lecture personnelle d'ouvrage : pour le **Med 2** *« j'ai lu aussi un livre sur la communication non-violente »* et le **Med 8** *« c'est un psychiatre qui écrit des trucs sur par exemple, gérer les personnalités difficiles des trucs comme ça. Sinon y a des trucs lus aussi sur certaines techniques, François Lelord voilà. Il y a écrit pas mal de truc, c'est assez facile à lire, il y a des trucs qui sont assez pragmatiques »*. Pour le **Med 6**, la lecture est une vraie solution : *« j'ai remarqué récemment quelque chose qui me permet de me remotiver mais de dingue, c'est de lire prescrire alors je ne sais pas pourquoi mais quand je lis prescrire j'ai envie de soigner tout le monde mais vraiment d'être parfait »*.

Enfin, le travail sur soi et le développement personnel est une manière d'appréhender la psychothérapie de soutien par sa propre expérience, son propre vécu : le **Med 1** fait *« du développement personnel depuis un certain nombre d'années. Je lis beaucoup à ce sujet-là »*.

## **Partie 5 : Vers l'amélioration de la formation en psychothérapie de soutien pour les futurs docteurs en médecine générale**

### **I. Contenu**

#### **1. Ecoute et communication**

Les médecins reprennent l'importance des deux composantes de la psychothérapie de soutien qui sont également la base de toute consultation : la communication et l'écoute. Une formation sur ces sujets leurs semblent indispensable : pour le **Med 2** *« Alors la première formation sur les techniques de base en communication, c'était je me suis dit punaise, c'est arrivée à 35 ans alors que ça devrait s'apprendre à l'école maternelle. Tous les vendeurs de lessive, ont ces formations et nous*

en médecine, même pas dans la formation de base en fait » ; et le **Med 5** qui rajoute « *Je pense qu'il faut qu'on soit formé là-dessus et qu'il faut qu'on soit formé sur comment il faut qu'on parle aux patient et l'attitude qu'on a envers lui* ». Le **Med 5** appuie encore ces propos en ajoutant qu'il y a un réel « *besoin de formation en communication* » et « *aussi bien la communication verbale que non verbal* ». De même, l'écoute n'est pas une compétence innée. Ce qui fait questionner le **Med 3** « *Et donc je trouve, ça fait un peu réfléchir là-dessus justement en disant que... est-ce qu'on sélectionne des médecins qui sont à l'écoute ? Et puis est ce qu'on les forme bien à la communication et à l'écoute ?* », « *être à l'écoute, arrivé à identifier, les compétences qu'on essaie d'enseigner* ».

## 2. La gestion des émotions

Enfin, certains médecins rappellent l'importance de se protéger et d'enseigner aux internes des techniques afin de mieux gérer ses émotions. Deux émotions à gérer semblent même ressortir : pour le **Med 2** « *la gestion de l'impuissance. Parce qu'en fait, c'est ça la médecine. C'est beaucoup de gestion de l'impuissance* » ; et pour le **Med 8** « *Donc un autre élément qu'on n'a pas appris à gérer c'est le stress. C'est fondamental parce que c'est un filtre qui fait que tu vas aller vers un raccourci. Donc ça aussi ça ce sont des choses qui serait à creuser. Je crois que c'est plus utile que de passer du temps sur des pathologies très rare.* ». Naturellement, ce à quoi tout médecin est confronté dans son exercice « *il faut que tu apprennes à gérer l'incertitude* », parle le **Med 8**. Le **Med 1** suggère alors une formation sur la méditation de pleine conscience : « *la méditation, ça permet véritablement de prendre du recul, de prendre de la hauteur* ».

## 3. Les bases de la psychologie

Lorsque nous demandons aux médecins interviewés ce qui serait nécessaire aux internes pour les aider à la pratique de la psychothérapie de soutien, ils sont assez unanimes en évoquant la nécessité d'une formation sur la psychologie, et plus particulièrement la prise en charge psycho-sociale des patients : pour le **Med 1** il « *Faudrait qu'il y ait une transversale avec la fac de psycho probablement, ou quelque chose comme ça qui pour compenser* » et pour le **Med 3**, « *les compétences qu'on essaie d'enseigner, c'est à dire, prendre la personne dans sa globalité, que ce soit médical, mais aussi le*

contexte psychologique et social ». Le **Med 8** va même plus loin « *La psychiatrie c'est tellement dense que ce n'est pas avec une séance que tu peux dire tout à une formation. Faudrait peut-être faire même sur un module, un truc comme ça, ça serait bien.* »

En effet, le **Med 8** évoque son incompréhension et ses regrets d'un manque d'apprentissage de concept de bases psychologiques voire psychiatriques qui seraient de vrais atouts pour le fondement d'une bonne relation médecin-patient : « *J'ai beaucoup regretté que dans vos études, il n'y a pas vraiment beaucoup plus de psychologie* » apprendre des théories de psychologie comme « *Le coping, c'est une façon de gérer le stress* » ou « *la théorie de l'engagement, ce genre de chose, on s'en sert pour par exemple, amener les gens à faire des choses qu'ils n'auraient pas, donc on leur montre qu'ils sont capables de le faire* ». Il cite aussi des auteurs à lire tels que « *Crozier, Friedberg qui ont pas mal écrit sur les jeux de rôles et représentations* ».

## II. Accessibilité

Les médecins privilégient une formation mixte insistant sur l'importance d'avoir une base obligatoire puis des formations complémentaires plus optionnelles. Le fait d'avoir une partie obligatoire permettrait de toucher un maximum d'internes pour ne pas exclure ceux qui en auraient besoin et qui n'aurait pas une appétence à la réalisation de formations optionnelles. Le **Med 3** explique qu'« *il y a un certain nombre de formations qui sont optionnelles. Et le piège, c'est que les gens qui ont déjà une certaine sensibilité vont y aller facilement et ceux qui ont plus besoins de formation vont peut-être y aller moins.* ». Il faut que « *Tous les internes puissent en bénéficier* ». En parallèle, garder un caractère optionnel à certaines formations : le **Med 5** dit « *Quelque chose d'obligatoire, mais on a quand même cette opportunité. La possibilité de faire différent* » et pour le **Med 1** « *S'ils en ont envie, oui. Je pense que c'est un choix qu'ils sont censés avoir* ».

Plus cette formation sera variée plus l'intérêt des internes augmentera et plus ils arriveront à se retrouver dans au moins une des différentes formations proposées : pour le **Med 5** « *On a*

*différentes mémoires, on a différentes façons de mettre en place ce qu'on apprend. », « Donc du coup, il faudrait avoir cette variété de formation qu'on n'a pas forcément actuellement ».*

Pour les médecins, l'internat est le meilleur moment pour cette formation auprès des « futurs docteurs ». En effet, pour le **Med 1** « *Les études de base jusqu'à la sixième année vont demander beaucoup trop de présence et d'ingurgitation intellectuelle pour encore faire de la psychothérapie de soutien et avoir des cours de psychothérapie qui vont ensuite amener encore un examen supplémentaire.* ». Il rajoute qu'« *après les ECN ou ce que ça sera plus tard, il arrive en septième ou huitième année où il va être en contact avec les patients. Il va plus se rendre compte de la nécessité ou non de ce qu'il pourra lui avoir et de ce qui lui sera utile. C'est plutôt à ce moment-là qu'on pourrait le proposer. Ça me semble plus judicieux.* »

### III. Format

#### 1. Généralités

Pour les médecins interviewés, notamment les **Med 4** et **6**, les formations actuelles sont encore « *trop scolaires* ». Le **Med 6** donne même un exemple de sa propre expérience : « *on va tous réunir autour d'une table et discuter de cas et puis il y a un tel qui va devoir faire des recherches sur tel sujet, l'autre qui va devoir réfléchir et ça me semblait très scolaire en fait, j'avais vraiment l'impression de devoir faire des devoirs pour plaire aux profs* ». Il faudrait qu'elles évoluent sur un format plus concret, plus pratique : le **Med 7** parle d'une « *mise en pratique surtout et pas seulement de la théorie sinon ça ne sert pas à grand-chose* ».

À l'image des thématiques qu'ils souhaitent aborder, les médecins souhaiteraient une formation plus humaine et bienveillante : pour le **Med 1** « *ce qu'on a envie de transmettre cette envie de transmettre avec du cœur et avec de l'empathie toujours* ». Les internes ne doivent pas craindre d'être jugés ou de se tromper. Pour le **Med 3**, « *c'est là qu'il faut vraiment avoir une posture d'apprenant quoi. C'est à dire qu'on a le droit de se planter* ».

Enfin, toujours dans cette idée de ne pas avoir peur d'être jugé et pour libérer la parole de chacun, des formations à taille humaine et en petits groupes sont conseillées : pour le **Med 1** « *Oui, donc en petit groupe c'est mieux. Pour permettre la libération de la parole* » et le **Med 2** parle également « *des ateliers en fait. Oui, des petits groupes, oui* ». Pour le **Med 3**, les trop grands groupes limite les participations actives et la mise en pratique : « *ça peut être que des formations de petits groupes parce qu'en grands groupes, enfin. Déjà, y aurait la moitié qui vont dormir et puis et en plus on ne peut pas pratiquer* ».

## 2. Groupes de pairs

Afin d'apporter une vision plus concrète de la pratique en cabinet libéral, les médecins interviewés proposent que les médecins généralistes partagent leurs expériences en prenant la parole devant les internes par l'intermédiaire de groupes de pairs : le **Med 6** « *du partage de vécu quoi. C'est vraiment un médecin qui vient et qui dit dans mon cabinet moi ça se passe comme ça et puis je vois tel ou tel type de patient [...] Bah quand on est interne, [...] on va être confronté à toutes ces situations donc on a envie de savoir comment ça va se passer. C'est pour se rassurer aussi pour se dire, voilà, je me suis engagé dans cette voie maintenant j'ai envie de savoir ce qui va m'arriver et donc c'est bien de faire des groupes d'échanges de pratiques.* ». Il rajoute aussi « *je pense qu'on gagnerait effectivement en plus à rassurer les internes et puis à les professionnaliser en échangeant sur nos pratiques sur notre vécu, en partageant notre expérience.* ».

Le partage d'expérience entre interne permet un autre échange plus équilibré où chacun peut discuter de situations complexes qu'il a vécu. Ils proposent alors de mettre en place des groupes Balint au sein des séances de tutorats proposés aux internes : pour le **Med 1** « *La forme des groupes Balint peut être intéressante parce que chacun vient avec une difficulté et en parlant de ses difficultés, on peut être amené à comprendre un certain nombre de choses.* » et « *on a aussi plus le sentiment de résoudre nos difficultés, d'ailleurs qu'on a toujours, face à certains patients. Comment réagir ? On a eu tel cas. Qu'est-ce qu'on fait ? Comment vous faites-vous ? Et puis il y a un tour de parole. En fait c'est un GEAP fait pour nous soigner. Voilà. Oui, c'est une bonne solution* ».

### 3. Jeux de rôles

Le Deuxième format proposé reprend le concept de jeux de rôles : pour le **Med 2** *« les jeux de rôle sont la meilleure technique pédagogique pour modifier un comportement, par son format humain »*. Cela permet aux internes de se mettre dans la peau d'un médecin mais aussi de se mettre selon le point de vue du patient. Pour le **Med 8** *« c'est génial parce qu'on voit, c'est là où on traite l'humain et encore plus pour du psychologique quoi », « C'est quelque chose pour le coup, on arrive à mieux se projeter, c'est plus proche de la réalité »*.

Pouvoir se mettre à la place du patient permet de mieux appréhender la manière dont le patient peut percevoir les mots que nous employons, mais également la communication non verbale qui peut nous échapper. Le **med 6** nous fait part de son expérience après un jeu de rôle *« on se rend compte des fois que moi j'aurais fait ça, mais au final ça provoque telles réactions chez la personne. La personne se bloque, se vexe, alors qu'on cherche justement la réaction inverse. »*

### 4. Des enregistrements

Une troisième forme est proposée, celle de réaliser un enregistrement de consultations. Il peut s'agir de sa propre consultation par exemple. Le **Med 3** explique ce qu'il réalise en tant que maître de stage : *« Et puis ce qu'on essaie de faire aussi avec les internes en SASPAS, c'est...ce n'est pas facile hein, mais de les faire enregistrer des consultations, pour se réécouter. Mais c'est une excellente autoformation parce qu'en fait, nous on perçoit la consultation d'une certaine manière et de se forcer à réécouter l'échange, permettre d'identifier alors soit des trucs qu'on a dits on n'imagine jamais les avoir dit de cette manière-là au patient. Ou alors des trucs qu'on a loupés, c'est-à-dire, le patient nous a tendu des perches et on ne les a pas captés parce qu'on était peut-être sur l'écran. On était en train de réfléchir à notre raisonnement clinique ou je ne sais quoi. On n'avait simplement pas envie d'entendre mais c'est hyper intéressant finalement de voir, d'enfin de réécouter ça. Très désagréable mais très intéressant »*.

Il peut s'agir de l'enregistrement de consultations réalisées par d'autres médecins : pour le **Med 6** *« des consultations soit filmées, soit enregistrée »* et pour le **Med 8** *« peut-être, filmer certaine*



*scène. Je suis sûr que ça peut se trouver il y a des séquences de films ».* En reprenant ces séquences, les médecins pourraient discuter de ce qu'ils ont pu voir, entendre, sans qu'il y ait de jugement. Le fait d'avoir une vision extérieure confère une meilleure objectivité et de réfléchir à comment ils auraient fait ou réagi, ou encore être surpris d'une manière de communiquer qu'il n'aurait pas envisagé. Ce type de formation associée pourrait très bien s'intégrer aux groupes de pairs, étant deux formats très complémentaires.

## IV. Les formateurs

### 1. Le médecin généraliste

Pour les médecins interviewés, un confrère médecin est la première personne à laquelle ils pensent pour mener ces formations en psychothérapie de soutien. Pour le **Med 1**, il faut « *un médecin qui a l'expérience du terrain sur le plan médical* ». Pour le **Med 2**, il faut aussi des médecins « *très à l'aise dans les cours de communication, qui avait envie de le faire quoi. Donc parmi les enseignants de médecine générale, on doit pouvoir trouver des gens capables d'animer ce genre de groupe* ». Un médecin généraliste serait le plus adapté comme formateur comme l'explique le **Med 6** « *soit des spécialiste ou des généralistes. Après bon, c'est sûr que je pense que je serais plus convaincue par des médecins généralistes.* ». Enfin, les maîtres de stages sont également à même de former les internes : le **Med 5** explique « *j'avais un interne qui m'avait dit mais la communication non verbale, qu'est-ce que ça veut dire d'abord. Je lui dis regarde-moi, je m'étais mis devant mon ordinateur devant lui et j'avais tapé. Je lui avais vas-y parle-moi puis j'ai arrêté, je l'ai regardé et là je lui ai dit parle-moi maintenant. Ah d'accord, c'est bon j'ai compris. Parfois oui, il faut expliquer, en fait tous simplement aux internes, on a besoin de leur dire* ».

### 2. Le psychologue

La deuxième personne à laquelle ils pensent, est le psychologue. Une personne formée à l'écoute et aux techniques de bases de communication, qui est confronté au quotidien à des consultations de psychologie de soutien, semble être un expert de choix. Pour le **Med 1**, « *une psychologue parce*

*qu'elle nous apportera bien évidemment son référentiel et toutes ses qualités », « parce que rien de mieux qu'une psychologue pour savoir justement parler de l'écoute active, l'écoute passive etc. etc. Et nous mettre en l'occurrence en situation ».* Ces propos sont soutenus par ceux du **med 3** en prenant l'exemple des groupes Balint *« ben un psychologue, je pense que c'est toujours intéressant. Bon, y a les formations Balint hein qui se font en binôme, psychologue et médecin. ».* De même pour le **Med 6** *« Complètement, ouais des psychologues. ».*

### 3. Des patients- experts

De plus en plus, les patients experts sont sollicités dans les formations. Pour le **Med 3** *« c'est un petit peu développé et, je pense, est intéressant parce que ça permet aussi de renvoyer au médecin comment est perçue la parole un certain moment. »* et le **Med 6** rajoute *« C'est l'avenir, parce que finalement, le meilleur moyen de nous retourner l'expérience sur une psychothérapie de soutien, ce n'est pas forcément les professionnels qui la livrent, c'est les patients qui en bénéficient ».*

En plus des patients-experts, l'intervention d'association de malades permet de donner un regard différent et bienveillant sur le vécu des patients mais également de leurs proches : le **Med 8** l'explique en disant qu'*« il y a un éventuellement l'entourage de ce ces patients, il y a des associations par ailleurs pour les parents, par exemple pour ce genre de pathologie chronique qui pourrait être intéressante pour la formation, je pense. Il y a des assos avec, des parents comme ça qui ont, qui ont vécu avec des enfants qui ont connu le processus. Et donc ouais, ça pourrait donner des infos, quoi ».*

### 4. Des néophytes de la médecine

Enfin, les médecins interviewés ne sont pas réticents à ce que des personnes ayant des compétences de communication, sans enseignement médical pur, apportent leurs connaissances dans la communication. Ils préféreraient même un changement régulier de formateurs, le **Med 8** parle de *« plusieurs cycles avec différents formateurs. ».* Le **Med 6** nous donne un exemple : *« la formatrice était diététicienne, et ça n'a choqué personne. Heureusement et finalement, c'est vrai qu'avoir l'apport de psychologue, de sophrologue, pourquoi pas d'hypnothérapeute ».* Il va même plus loin en évoquant des professionnels dont le champs d'exercice n'est pas médical pas tant que

ces derniers ont « *des compétences en communication par les personnes qui travaillent dans le commerce* ».

Pour le **Med 8**, nous pourrions aller même plus loin en faisant intervenir des comédiens qui, étant facilement dans l'improvisation, peuvent mettre l'interne dans une situation quasi-similaire à la réalité : « *j'avais parlé là de ces troupes de théâtre comme système. Ce sont des comédiens professionnels et qui sont habitués à improviser. Ils sont basés à Paris. C'était le Théâtre de l'Odéon, à un moment donné et en fait c'est pas mal parce qu'après on demande à quelqu'un du public de dire ben qu'est-ce que vous en pensez ? Est-ce que vous aurez agi autrement.* », « *Si tu as eu un comédien professionnel qui connaît ce genre de truc, qui donne une meilleure maîtrise des choses et en plus ils ont la capacité un peu de mimétisme, moi j'ai beaucoup aimé cette expérience. Si je pouvais organiser une séance d'un truc comme ça, ça changerait* ».

## V. Les limites des formations

### 1. Les groupes de Pairs

Bien que ce concept soit très apprécié des médecins interviewés, les groupes Balint ne répondent pas à toutes les difficultés que vont rencontrer les médecins : pour le **Med 5** « *Tu vois le groupe Balint, tu parles avec d'autres, tu n'as pas forcément les outils, on ne te les donne pas forcément* » et pour le **Med 7** « *ça aide à gérer la consult mais ça ne me donne pas forcément les outils.* ». De même pour les groupes de pairs, il s'agit d'un bon concept d'échange réalisé avec bienveillance mais il faut aussi être prêt à recueillir et se réapproprier les conseils de ses confrères : pour le **Med 5**, « *D'avoir le retour des autres ça peut être intéressant oui mais ça ne correspond pas forcément à tout le monde* ».

Pour participer à ces groupes, il faut aussi être prêt à écouter les autres et à avoir une position objective de non-jugement, ce qui peut parfois s'avérer difficile. Le **Med 5** nous a donné un témoignage très intéressant sur ce sujet : « *Je sais que j'ai fait d'un groupe Balint quand j'étais une toute jeune remplaçante à Paris, j'y suis allée deux fois. Et pourtant hein, je suis super ouverte là-*

*dessus, hein ? Impossible ! Entendre les médecins qui racontaient ce qu'ils avaient, y'en a un je me suis dit ce n'est pas vrai, ce n'est pas possible il ne fait pas ça. Je n'avais pas pu y retourner alors que j'aurais dû être dans l'empathie pour mon collègue, etc, ce n'était pas possible. Donc je pense qu'il y a un âge aussi pour les groupes Balint. Je ne sais pas si c'est un âge ou c'est aussi une appétence, mais je n'y suis pas retournée après ».*

Enfin, le **Med 7** tient à préciser que les séances en groupe Balint ne sont pas le lieu d'une psychothérapie pour soi-même : *« Je l'avais fait part de mes difficultés, je lui avais dit qu'il y a des choses, des situations que je ne pouvais pas présenter en groupe justement, quand ça frotte un peu trop au vécu personnel. Il ne faut pas s'impliquer soi-même en Balint ».*

## 2. Les enregistrements

La réalisation d'enregistrement de consultations, par sa seule réalisation peut être difficilement réalisable car il faudra obtenir l'accord de chaque participant de la consultation, le patient, l'interne et le maître de stage : le **Med 7** dit que nous pouvons *« filmer certaine scène mais bon il faut avoir des accords »* et le **Med 8** rajoute que *« là ça pose un problème de responsabilité »*. Réécouter sa propre consultation peut également être malaisant pour certaines personnes avec la difficulté de se confronter à ses propres erreurs. L'écouter avec son maître de stage ou en groupe serait plus enrichissant mais n'empêcherait pas la peur de se voir juger.

Cela demande également du temps en dehors des horaires de travail et pour le **Med 3** : *« je pense qu'il ne les réécoute pas. Si jamais il n'y a pas un maître de stage à côté. Je pense que faire l'effort de réécouter une consulte après sa journée de consultation et le week end, donc non, stop. ».*

## 3. Les jeux de rôles

Les principales difficultés du jeu de rôle sont pour chaque participant d'avoir le courage de participer à ceux-là, de parler en public puis de recevoir les critiques de chacun. En effet, le participant se met dans une situation d'apprenant mais sera également jugé par ses pairs, même si cela est fait avec bienveillance : pour le **Med 1**, *« un jeu de rôle, il faut être en capacité de se mettre*

*en avant, d'être éventuellement jugé entre guillemet dans le bon sens du terme par les confrères ».*

De manière générale, cet exercice n'est pas perçu comme agréable comme en témoigne cet

échange : « **Corentine** : *Quand tu avais fait des jeux de rôle, ça ne t'avait pas forcément dérangé ?*

**Med 5** : *Alors si j'ai horreur de ça », « Corentine* : *est-ce que du coup les jeux de rôle, c'était quelque chose où vous étiez plutôt à l'aise ? Med 6* : *c'est toujours un peu anxiogène. Au début on se dit on va me juger, des choses comme ça. ».*

Les mises en situation manquent également de réalisme et ne permettent pas toujours un investissement complet de la part des participants. Il est alors difficile d'établir les compétences et faiblesses des participants, limitant les apports de cette formation. Le **Med 1** l'explique bien : « *vous verrez que les jeux de rôles, ce sont toujours les mêmes qui prennent la parole, c'est-à-dire sur 30 participants, il va y en avoir 3 ou 4. Et que les autres ne prennent pas la parole. Ça ne veut pas dire pour autant qu'ils ne soient pas des bons médecins. ».*

## DISCUSSION

### I. Les résultats principaux et comparaison avec la littérature

Cette étude a été mise en place afin d'évaluer les connaissances des médecins généralistes en libérale en matière de psychothérapie de soutien pour l'amélioration de la formation des internes de médecine générale pour sa pratique.

En premier lieu, ce terme de psychothérapie ne semble pas être adapté aux médecins généralistes. En effet, il provoque de la confusion dans les compétences des médecins généralistes et les empêche de se projeter complètement dans cette pratique. Dans la littérature, les médecins ne se sentant pas légitimes en employant le terme de psychothérapie, préfèrent parler de soutien psychologique (6,23).

Malgré cette difficulté de projection, les médecins généralistes définissent la psychothérapie de soutien tel qu'elle est retrouvée dans la littérature (6) et parlent avec facilité de sa mise en pratique,

quasi permanente au cours de leurs consultations. Comme il est décrit dans le collège de la médecine générale, la psychothérapie de soutien, est présente implicitement dans tous les actes médicaux (32).

En revanche, cette psychothérapie de soutien n'est pas toujours facile à utiliser, les médecins généralistes ressentent des difficultés à sa pratique. Tout d'abord, ils évoquent leur manque de formation pendant l'internat, aussi bien pour les « anciens » que les « jeunes » médecins. En effet, les « anciens » médecins expliquent que leur internat ne leur a pas permis de développer l'ensemble des compétences nécessaires pour être à l'aise dans la pratique de la psychothérapie de soutien. Même si leur expérience et l'apprentissage de soi sont acquis au fil de la pratique et au gré des situations vécues, le manque de compétences dans la gestion du transfert-contre transfert, la communication avec son patient et l'écoute de son patient, peuvent entraver leurs affects lors de la pratique d'une psychothérapie de soutien avec leurs patients. Des mécanismes de défenses tels que la distance physique et psychique se mettent en place afin de lutter contre l'épuisement psychologique et d'éviter d'interférer avec leur vie privée (7). C'est dans ce contexte qu'ils ont confronté la formation actuelle des internes avec les compétences nécessaires pour pratiquer la psychothérapie de soutien afin que les internes ne rencontrent pas les mêmes difficultés et puissent être à l'aise dans cette pratique.

Ensuite, étant pour la plupart en contact avec des internes et participant à leur formation du DES de médecine générale, les médecins généralistes interviewés ont pu constater que la formation a évolué grâce à la mise en place des formations optionnelles, de la présence de tutorat et l'apport des maîtres de stage en ambulatoire. Mais cette évolution n'est pas suffisante et ne répond pas à la réalité du métier dont la pratique de la psychothérapie de soutien. Ils ont constaté que la formation du DES de médecine générale ne donne pas d'outils pour soutenir psychologiquement les internes de médecine générale, ne les préparant pas à la gestion des patients difficiles et, elle n'apporte pas une formation adéquate pour maîtriser la communication verbale et non verbale avec son patient. De plus, l'écoute n'est pas assez développée tout comme le partage du vécu des internes avec leurs

confrères concernant leur vie professionnelle. Pourtant l'ensemble de ces manquements sont des qualités et nécessités pour pratiquer la psychothérapie de soutien. Dans La thèse de Mme Kieffer, des jeunes médecins issues de différentes facultés de médecine française, ont été interrogés sur leur satisfaction vis-à-vis de leurs enseignements sur la communication, l'empathie, la relation médecin-patient. Cette formation a été jugée bonne pour 12,8 %, 35,9 % des sondés disent moyenne, 37,2 % la juge insuffisante et inadaptée pour 14,1 %. 73,1 % des jeunes médecins interrogés ressentent le besoin d'un enseignement complémentaire dans ces domaines (13), ce qui vient soutenir notre propos.

C'est en s'appuyant sur leur formation effectuée, les difficultés auxquelles ils font face, que les médecins généralistes relatent ce qui pourrait être intégré dans la formation actuelle pour une meilleure pratique de la psychothérapie de soutien.

En premier lieu, une formation sur le plan psychologique serait la bienvenue. Le but n'est pas de transformer les étudiants en psychothérapeute, mais de se donner des outils supplémentaires pour mieux répondre à l'aide demandée (11). De plus, elle permettrait également d'apporter des outils aux internes pour la gestion des émotions, qui sont très présentes lors de la pratique de la psychothérapie de soutien.

En parallèle, l'apprentissage des techniques de communication verbale et non verbale est essentiel. Comme pour nos médecins interrogés, un grand nombre d'internes de médecine générale et de jeunes médecins se sentent démunis dans certaines situations difficiles à gérer au cabinet (42). Tout comme la communication verbale, celle non verbale est primordiale à détecter au cours d'une consultation, car elle peut influencer de façon négative ou positive un échange (20).

Outre la communication, il a été mis en évidence plus d'une fois par nos praticiens combien il était important d'écouter et avec empathie. Pour eux, cette écoute empathique n'était pas toujours innée et doit être apprise et travaillée. C'est pourquoi, la mise en place de moments de partage d'expérience entre internes et avec leurs confrères, tel qu'au sein d'un groupe Balint, permettrait de développer ces compétences (7). Comme nous le rappel plusieurs travaux, l'empathie diminuerait au

cours des études médicales notamment durant la deuxième et la troisième année d'internat. Il serait donc nécessaire d'évoluer la formation informelle de l'interne vers une formation humaine et positive afin de cultiver l'empathie (39,40).

Contrairement à ce qui a été retrouvé dans la littérature, où laisser le choix aux internes de réaliser une formation est préconisé. Les médecins interviewés pensent que pour délivrer ces notions, il faut les délivrer à tous de façon obligatoire et diversifié afin de rester inclusif. Ce contenu doit pouvoir se modéliser par la suite à l'image de ce que l'interne a pour projet professionnel en instaurant des formations optionnelles. Il doit être délivré en petit groupe pour instaurer un climat de confiance et une approche humaine (5). Les internes sont certes des étudiants mais en cours de professionnalisation. Ainsi, cette formation ne doit plus être scolaire.

Le contenu mais également le format doit être diversifié, en incluant des jeux de rôles qui sont le format qui semble le plus adapté et testé par les médecins généralistes. Cependant, de nombreuses thèses sur les jeux de rôle dans la formation des internes, dont celle de Mme Chloé Delacour précédemment citée, montrent que le retour des étudiants ne serait pas toujours positif en raison d'une expérience difficile, malgré l'intérêt pédagogique que la formation pouvait avoir. Mais cet avis pouvait se modifier après les jeux de rôle réalisés dans un groupe restreint, avec des personnes connues et dans un environnement sécurisant. C'est également ce qui est retrouvé dans notre étude. Le jeu de rôle peut donc être un outil intéressant, mais il doit être bien préparé, bien encadré et le débriefing doit être de bonne qualité pour pouvoir être accepté (42-44).

Parmi les autres formats, les enregistrements de consultation sont cités, ainsi que les groupes d'échanges tel que Balint qui sont utilisés actuellement de façon obligatoire dans certaines facultés. Leur apport est jugé bénéfique par les internes tous comme les médecins que nous avons interrogés (42).

Si on parle d'un format diversifié, les formateurs doivent l'être également. La présence de psychologue pour leur compétence dans l'écoute et la psychologie est fortement souhaité (43), de même que des médecins généralistes pour leur apport d'une expérience concrète. Ils seraient



intéressants d'intégrer plus de patients experts afin de renvoyer comment notre parole est perçue. Enfin, des personnes néophytes en médecine mais expert dans leur domaine tel que dans les techniques de communication verbale et non verbale seraient une aide complémentaire (31).

## II. Forces et limites

Parmi les forces de cette étude, nous pouvons souligner que le manque de formation à la psychothérapie de soutien pour les médecins généralistes était le constat de nombreuses thèses mais aucune ne traitent les modalités pour améliorer cette formation, ce qui fait la force de notre sujet. De plus, le choix d'entretien semi-dirigé a permis de laisser la place aux praticiens d'exprimer sans limite leur point de vue, conduisant à une grande richesse de données à exploiter. Par ailleurs, cela a permis d'obtenir une saturation des données et ainsi renforcer ma validité externe. En outre, la majorité des médecins généralistes sont maîtres de stage voire tuteurs. Ils sont à même de pouvoir juger si la formation actuelle est adaptée pour la pratique de la médecine générale. Enfin, j'ai eu la chance d'avoir recours à un avis externe, qui plus est une étudiante en psychologie, ce qui a permis de renforcer ma validité interne.

Concernant les limites de notre étude, l'ensemble des médecins généralistes pratiquaient la psychothérapie de soutien. Il aurait pu être intéressant d'avoir l'avis et le retour d'expérience de médecins généralistes ne la pratiquant pas. De même, tous les praticiens interrogés ont une pratique libérale. Il aurait été intéressant de pouvoir comparer avec des praticiens salariés. Par ailleurs, la moitié des médecins n'ont pas eu d'internat à proprement parler ce qui peut modifier la vision de la formation à la médecine générale. En outre, notre étude ne s'intéressait qu'aux médecins généralistes Alsaciens. Enfin, l'absence de triangulation dans l'analyse des résultats diminue la validité interne de mon étude.

### III. Perspectives

L'amélioration de la formation actuelle pour la pratique de la psychothérapie de soutien permettrait d'atténuer les difficultés que peuvent rencontrer les médecins en la pratiquant et permettrait qu'elle soit exploitée à sa juste valeur.

Actuellement, les internes bénéficient de deux demi-journées par semaine consacrées à leur formation universitaire, par conséquent, nous ne pouvons pas accepter l'excuse que les internes ne bénéficient pas d'un temps adéquat pour se former. Ce temps pourrait être mis à profit pour intégrer les différentes propositions de contenus et de formats de formation qui ont été proposées au cours de notre étude. Il faut noter, que parmi ces propositions, récemment, la faculté de médecine de Strasbourg a pris la décision d'instaurer quatre séances obligatoires de groupe Balint au cours de la quatrième année de médecine générale (50).

De surcroît, la formation des internes de médecins généralistes est beaucoup trop hétérogène d'une faculté à une autre. Les différents modules de formation que nous avons proposés au cours de notre étude ne sont pas innovants car, ils ont tous été enseignés dans au moins une faculté de médecine (5,12). Dans l'intérêt de l'amélioration de la formation actuelle pour accéder à une formation de qualité à la pratique de la psychothérapie de soutien, il ne serait que bénéfique pour les internes que les différentes facultés de médecine se concertent sur leur formation universitaire au DES de médecine générale. Les internes gagneraient en homogénéité dans le contenu des formations, mais celles-ci doivent être similaires pour chaque faculté, afin de répondre au mieux la réalité du métier de médecin généraliste. Concernant les groupes de pair, notamment les groupes Balint, il paraîtrait logique de les intégrer dans chaque faculté en 4<sup>ème</sup> année comme compte le faire celle de Strasbourg. Ainsi, comme le partage de vécu d'expérience entre médecins les pousse vers une meilleure pratique de leur métier, partager l'expérience de formations entre facultés de médecine semblerait intéressant.

Par ailleurs, soutenir ses patients nécessite d'avoir un équilibre psychique en étant soi-même soutenu. Il serait donc utile d'intégrer un soutien psychologique pour les internes au cours du DES, en incorporant une théorisation psychologique de notre formation et en incluant des lieux de parole. Car, un esprit sain dans un corps sain ne devrait pas être une option comme objectif de vie pour nos médecins. La santé mentale des futurs médecins devrait être une priorité dans l'amélioration de la formation du DES de médecine générale. Nous ne pouvons être à l'écoute de nos patients sans l'être à nous-même.

Pour finir, il serait bon de répondre à la demande de modifier le terme de psychothérapie de soutien en un terme plus représentatif de ce que les médecins généralistes perçoivent en la pratiquant. Cela pourrait faire davantage écho à sa pratique pour les internes et jeunes médecins libéraux.

## CONCLUSION

La HAS émet des recommandations de bonnes pratiques dans la prise en charge de la dépression légère et modérée en invitant les médecins généralistes à pratiquer la psychothérapie de soutien. Une pratique non abordée dans les collèges de médecine ni au cours de la formation du DES de médecine générale. En abordant sa définition, les compétences nécessaires pour sa pratique se dessinent. Les compétences nécessaires vont être avant tout l'art de la communication, l'écoute, l'empathie venant constituer la relation médecin-patient. Ainsi, elles sont tout bonnement, les piliers de la pratique quotidienne de la médecine générale. La psychothérapie de soutien fait donc partie intégrante de la vie d'un médecin généraliste, par ses compétences nécessaires et son champ d'applications variées.

Malheureusement, nous avons pu constater dans la littérature et au cours de notre étude que la pratique de la psychothérapie de soutien n'est pas aussi aisée que pourrait nous faire penser la HAS. D'une part, par son appellation, le terme de psychothérapie renvoie au métier de psychothérapeute, un métier dont les médecins généralistes ne sont pas qualifiés. De plus, ce

qualificatif provoque de la confusion dans leur rôle. D'autre part, les médecins généralistes ressentent des difficultés dans la pratique de la psychothérapie de soutien lors de la communication avec leur patient, notamment par la résonance du vécu du patient avec leur vie privée et la gestion du temps. Avec l'apport de la pratique de la psychothérapie de soutien, les médecins ont à cœur d'améliorer leur formation pour leur pratique.

Notre étude s'est donc intéressée à leurs attentes dans l'amélioration de la formation des internes de médecine générale pour la pratique de la psychothérapie de soutien. Tout d'abord, ils soutiennent l'idée que les compétences piliers de la psychothérapie de soutien, tels que la communication, l'empathie et l'écoute, doivent être obligatoirement appris par tous les internes de médecine générale, que ce soit en théorie ou en pratique. Toujours dans un souci d'homogénéisation des pratiques, ces compétences doivent être abordées sous un format varié associé à des intervenants et formateurs diversifiés et qualifiés dans la compétence abordée. En outre, des formations optionnelles doivent être proposées afin de répondre à l'hétérogénéité des envies de formation des internes. De plus, cette formation ne doit plus être disparate d'une faculté à une autre, une uniformité de cette formation est nécessaire. Pour finir, la santé mentale des internes et des médecins installés doit devenir une priorité afin d'assurer la qualité de la pratique de la psychothérapie de soutien. Un médecin sain d'esprit sera de meilleur remède.

Il serait intéressant, à l'avenir, de venir répondre à l'attente des médecins généralistes de changer le terme de psychothérapie de soutien en supprimant « psychothérapie » et venir davantage s'appuyer sur le terme « soutien ».

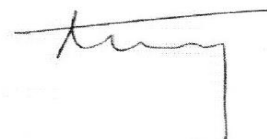
VU et approuvé  
 Strasbourg, le 04 JUIN 2024  
 Le Doyen de la Faculté de  
 Médecine, Maternité et Sciences de la Santé  
 Professeur Jean SIBUJA

VU

Strasbourg, le 24.15.2024

Le président du jury de thèse

Professeur Gilles BOISSY



## ANNEXES



## BIBLIOGRAPHIE

1. Haute autorité de santé. Épisode dépressif caractérisé de l'adulte : prise en charge en soins de premier recours [Internet]. 2017 [cité 31 oct 2022]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression\\_adulte\\_recommandations\\_version\\_mel.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/depression_adulte_recommandations_version_mel.pdf)
2. Labonne L. CMG. 2021 [cité 7 juin 2023]. Santé mentale et médecine générale : pour un parcours de santé gradué et cohérent. Disponible sur: <https://lecmg.fr/sante-mentale-et-medecine-generale-pour-un-parcours-de-sante-graduate-et-coherent/>
3. Maxime Bergeat, Noémie Vergier (DREES), Pierre Verger (ORS Provence-, Alpes-Côte d'Azur), en collaboration avec Romain Lutaud (département, universitaire de médecine générale, Aix-Marseille Université), Elisabeth Fery-Lemonnier, Mathilde Gaini (DREES), Bruno Ventelou, (AMSE), Jean-François Buyck, Marie-Astrid Metten (ORS Pays de la Loire), Thomas Hérault (URML Pays de la Loire), Florence Zemour (URPS-ML, et al. Les demandes de soins liés à la santé mentale restent plus fréquentes au printemps 2021 [Internet]. Paris: Direction de la recherche, des études, de l'évaluation

et des statistiqueset; 2021 oct [cité 7 juin 2023] p. 6. (Etudes & Résultats). Report No.: 1209.

Disponible sur: [https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-10/ER%201209\\_1.pdf](https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-10/ER%201209_1.pdf)

4. L'Assurance Maladie. Psychiatres et neuro-psychiatres libéraux [Internet]. 2022 [cité 7 juin 2023]. Disponible sur: [https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020\\_fiche\\_psychiatres-et-neuro-psychiatres-liberaux\\_1.pdf](https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2020_fiche_psychiatres-et-neuro-psychiatres-liberaux_1.pdf)

5. Bourgeois G. La formation des étudiants en médecine à la psychologie médicale: une expérience nancéienne utilisant la simulation [Internet] [Thèse d'exercice en médecine]. [Nancy]: Lorraine; 2017 [cité 31 août 2022]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932317>

6. Chivot D. Représentations des médecins généralistes concernant leur pratique de la psychothérapie de soutien dans la prise en charge du patient dépressif [Internet] [Thèse d'exercice en médecine]. [Amiens]: Université de Picardie Jules Vernes; 2020 [cité 31 oct 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02879743/document>

7. Espinoza E. Le médecin généraliste pratique-t-il une psychothérapie spécifique? [Internet] [Thèse d'exercice en médecine]. [Amiens]: Université de Picardie Jules Vernes; 2018 [cité 21 juill 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02071229/document>

8. Caillaud A. La psychothérapie du médecin généraliste: quelles représentations s'en font les médecins généralistes ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2013 [cité 10 janv 2023]. Disponible sur:

<http://www.sudoc.abes.fr/cbs/DB=2.1/SRCH?IKT=12&TRM=170118517>

9. Nogues E. Enseignement de la relation médecin-patient aux étudiants en médecine [Internet] [Thèse d'exercice en médecine]. [France]: Université de Poitiers; 2019 [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <http://nuxeo.edel.univ-poitiers.fr/nuxeo/site/esupversions/f1f0e0d2-5ca0-450b-9864-06fca7ad7712>

10. Ngo N. Comparaison de l'impact d'une formation à la relation médecin-malade chez les étudiants en médecine en fonction des facteurs sociodémographiques et culturels [Internet] [Thèse d'exercice en médecine]. [Paris Descartes]: Université Paris Descartes; 2018 [cité 27 août 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01894307/document>
11. Laplante A. L'écoute en médecine générale: l'adaptation à la médecine générale de techniques d'apprentissage de l'écoute importées d'autres domaines [Internet] [Thèse d'exercice en médecine]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2011 [cité 21 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.sudoc.abes.fr/cbs//DB=2.1/SET=2/TTL=1/SHW?FRST=1>
12. Barrault C. Comment les internes de médecine générale de Paris Diderot sont ils formés à la psychothérapie de soutien ? [Internet] [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7 (1970-2019). UFR de médecine; 2012 [cité 21 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.worldcat.org/fr/title/867030661?oclcNum=867030661>
13. Kieffer V. Quelle formation pour le médecin généraliste psychothérapeute de fait? [Internet] [Thèse d'exercice en médecine]. [Nancy]: Henry Poincaré; 2020 [cité 11 août 2022]. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732861/document>
14. Chazalnoel V. La trajectoire du médecin Balint : étude qualitative par entretiens semi-directifs auprès de 12 médecins généralistes [Internet] [Thèse d'exercice en médecine]. [Angers]: Angers; 2014 [cité 11 août 2022]. Disponible sur: <https://dune.univ-angers.fr/fichiers/20086871/2014MCEM3360/fichier/3360F.pdf>
15. Tété K. Attentes des patients envers leur médecin généraliste, concernant leur santé psychologique : une étude qualitative par entretiens individuels, en auvergne [Internet] [Thèse d'exercice en médecine]. [Clermont Ferrant]: Université de Clermont Ferrant; 2020 [cité 25 juill 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02894800/document>

16. Perrot E. La psychothérapie de soutien Une perspective psychanalytique [Internet]. De Boeck Supérieur. 2006 [cité 27 août 2022]. 232 p. (Carrefour des psychothérapies). Disponible sur: <https://www-cairn-info.scd-rproxy.u-strasbg.fr/la-psychotherapie-de-soutien--9782804152161.htm>
17. Balint M, Dupont J. Technique psychothérapeutique en médecine [Internet]. Payot. Paris: Payot et Rivages; 2006 [cité 21 oct 2022]. 400 p. (Petite Bibliothèque Payot). Disponible sur: <https://www.payot-rivages.fr/payot/livre/technique-psychoth%C3%A9rapeutique-en-m%C3%A9decine-9782228901352>
18. Kornobis JP. Médecine générale, psychanalyse et psychiatrie. *Savoirs Clin.* 2011;14(2):40-4.
19. 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.
20. Bekkouche M. Psychothérapie de soutien, médecins généralistes et patients dépressifs : enquête transversale auprès de 140 praticiens de soins primaires du Nord [Internet] [Thèse d'exercice en médecine]. [Lille]: Université de Lille droit et santé; 2014 [cité 5 août 2022]. Disponible sur: [https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th\\_Medecine/2014/2014LIL2M320.pdf](https://pepite-depot.univ-lille.fr/LIBRE/Th_Medecine/2014/2014LIL2M320.pdf)
21. Dumesnil H, Cortaredona S, Cavillon M, Mikol F, Aubry C, Sebbah R, et al. La prise en charge de la dépression en médecine générale de ville. :8.
22. Cogneau J, Liard F, Pouchain D. Amélioration de la prise en charge des patients déprimés. L'apport de tables rondes de médecins généralistes. *Rev Prat.* 20 déc 2009;59(10 Suppl):16-22.
23. Moreau, Alain, Le Goaziou Marie-France. Place de la psychothérapie dans la prise en charge de la dépression en médecine générale. févr 2003 [cité 18 déc 2022];(N°66). Disponible sur: <https://www.campus-umvf.cngc.fr/materiel/psychotherapieMG.pdf>
24. Colombier L. La qualité d'écoute des médecins généralistes: étude qualitative de l'opinion des patients dans le département du Cher [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Tours. UFR de médecine; 2017.



25. Carl. R Roger. Le développement de la personne [Internet]. InterEditions. 2018 [cité 6 oct 2022]. 296 p. (soins et psy). Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/developpement-personne-0>
26. MUCCHIELLI Roger. L'entretien de face à face dans la relation d'aide. ESF éditeur. 2020. 176 p. (formation permanente).
27. Marot ML. Facteurs prédictifs d'empathie chez les internes en médecine générale [Thèse d'exercice en médecine]. [Paris]: Paris Descartes; 2015.
28. Pr. Druais J pierre, Pr Ouazana A. La dépression en Médecine Générale, La psychothérapie de soutien : une approche spécifique. [Internet]. Medical présenté à; 2017 [cité 25 juill 2022]. Disponible sur: <https://docplayer.fr/148641720-La-depression-en-medecine-generale-la-psychotherapie-de-soutien-une-approche-specifique.html>
29. kayser M, Velluet louis. Devenir « médecin de famille ». janv 2007 [cité 28 août 2022];(36).  
Disponible sur:  
[https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewjshPDzguX5AhXjYUKHZGTDKoQFnoECAwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.maisonmedicale.org%2Fdocrestreint.api%2F1666%2F373fc2c1a7163b2a9237d50df28bf608b56a7437%2Fpdf%2FScC46\\_velluet.pdf&usg=AOvVaw0q3OyQerulXYQThwOQXXih](https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKewjshPDzguX5AhXjYUKHZGTDKoQFnoECAwQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.maisonmedicale.org%2Fdocrestreint.api%2F1666%2F373fc2c1a7163b2a9237d50df28bf608b56a7437%2Fpdf%2FScC46_velluet.pdf&usg=AOvVaw0q3OyQerulXYQThwOQXXih)
30. Joubert A. Étude qualitative des déterminants de l'empathie chez les internes en médecine générale. 23 oct 2014;123.
31. Eydaleine C. La représentation de l'empathie pour les internes en médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice en médecine]. [Paris]: Paris Descartes; 2014 [cité 29 août 2022].  
Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01116642>
32. Pr. Pierre-Louis DRUAIS, Pr. Albert OUAZANA. La dépression en Médecine Générale, La psychothérapie de soutien : une approche spécifique. [Internet]. Collège de la Médecine Générale;

2017 [cité 10 avr 2023]. Disponible sur: <https://lecmg.fr/wp-content/uploads/2019/02/La-de%CC%81pression-en-MG-2017.pdf>

33. Arielle Fontaine. Haute Autorité de Santé. 2019 [cité 14 févr 2023]. Dépression de l'adulte – Repérage et prise en charge initiale. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/pprd\\_2974237/en/depression-de-l-adulte-reperage-et-prise-en-charge-initiale](https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974237/en/depression-de-l-adulte-reperage-et-prise-en-charge-initiale)

34. Rector NA, Bourdeau D, Kitchen K, Joseph-Massiah L. Anxiety Disorders: An Information Guide [Internet]. American Psychological Association; 2008 [cité 14 févr 2023]. Disponible sur: <http://doi.apa.org/get-pe-doi.cfm?doi=10.1037/e507142014-001>

35. Bryois C. Principes de prise en charge des troubles anxieux par le médecin de premier recours. 2005;605-10.

36. Llorca PM, Camus V, Courtet P, Gourion D, Lukasiewicz M, Coulomb S. Caractéristiques et modalités de prise en charge des patients présentant un trouble bipolaire en France : enquête MONTRA. *L'Encéphale*. 1 juin 2013;39(3):212-23.

37. Zitrin CM, Klein DF, Woerner MG. Behavior therapy, supportive psychotherapy, imipramine, and phobias. *Arch Gen Psychiatry*. mars 1978;35(3):307-16.

38. Freyberger H, Freyberger HJ. Supportive psychotherapy. *Psychother Psychosom*. 1994;61(3-4):132-42.

39. Neumann M, Edelhäuser F, Tauschel D, Fischer MR, Wirtz M, Woopen C, et al. Empathy decline and its reasons: a systematic review of studies with medical students and residents. *Acad Med J Assoc Am Med Coll*. août 2011;86(8):996-1009.

40. Boisard C. Évolution du burnout chez les internes de médecine générale d'Île-de-France durant leurs trois années d'internat [Internet] [Thèse d'exercice en médecine]. [Paris]: UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES; [cité 18 août 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01927154/document>

41. Moreau A, Boussageon R, Girier P, Figon S. Efficacité thérapeutique de “l’effet médecin” en soins primaires. *Presse Médicale*. juin 2006;35(6):967-73.
42. Larapidie C. Évaluation des attentes des internes de médecine générale de Midi-Pyrénées concernant une formation à la communication dans la relation médecin-patient [Internet] [Thèse d’exercice en médecine]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2018 [cité 14 sept 2022]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/2122/>
43. Gérard-Labat S, Girault J. Étude de la relation médecin/patient via l’initiation aux groupes Balint chez les internes de 6ème semestre de médecine générale en SASPAS à Bordeaux: analyse qualitative par focus groups et entretiens semi-dirigés [Internet] [Thèse d’exercice en médecine]. Université de Bordeaux; 2019 [cité 18 août 2022]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02498511/document>
44. Delacour Chloé. Le jeu de rôle dans le cadre de la formation médecin-patient : quel vécu pour les internes de médecine générale ? Etude qualitative réalisée auprès d’internes de la Faculté de Médecine de Strasbourg. [Thèse de médecine]. [Strasbourg]: Université de strasbourg; 2013.
45. Cordonnier P. La formation continue des médecins généralistes, à l’aube du développement professionnel continu [Internet] [Thèse d’exercice]. [Strasbourg]: Université de strasbourg; 2011 [cité 23 avr 2023]. Disponible sur: [http://apima.org/img\\_bronner/these\\_pauline\\_cordonnier\\_FMC.pdf](http://apima.org/img_bronner/these_pauline_cordonnier_FMC.pdf)
46. Gamel S. Les groupes de pairs en médecine générale: opinion des participants lorrains [Internet] [Thèse d’exercice en médecine]. UHP - Université Henri Poincaré; 2005 [cité 23 avr 2023]. p. non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01732780>
47. Gaché A, Moreau A, Bernard (Lyon ; 1971-....) UC. Les groupes Balint quelles perceptions et quelles attentes de la part des généralistes étude qualitative par entretiens auprès de 13 praticiens de la région Rhône-Alpes [Internet]. Lyon: #2, Bibliothèque Lyon 1; 2015. Disponible sur: <http://www.sudoc.fr/183416236>

48. Margo C. Enseignement à la communication en médecine générale par la simulation : un retour d'expérience. 16 avr 2019;54.
49. Guyotat J. Psychotherapies medicales T1 aspects theoriques, techniques et de formation. Paris: Editions Masson; 1978. 276 p.
50. Département de Médecine Générale et de la Formation Territorial. Référentiel du DES de Médecine Générale. 2023.
51. Mandal F. Nonverbal Communication in Humans. J Hum Behav Soc Environ. 1 mai 2014;24:417-21.

# DÉCLARATION SUR L'HONNEUR



Faculté de médecine

maïeutique et sciences de la santé

Université de Strasbourg

Document avec signature originale devant être joint :

- à votre mémoire de D.E.S.
- à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : .....FOURNET..... Prénom : .....CORENTINE.....

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

**A écrire à la main :** « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

*J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète*

Signature originale :

À STRASBOURG....., le 10/04/2024

**Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.**

---

**RESUME**

**INTRODUCTION :** L'apprentissage de la psychothérapie de soutien se base sur ses piliers, une écoute empathique au cours d'un échange reposant sur des techniques de communication entre un patient et son médecin. Les médecins généralistes installés présentent certaines difficultés à sa pratique. Par ces difficultés, ils proposent certaines améliorations que nous pourrions mettre en place pour la formation à la psychothérapie de soutien au cours de l'internat des médecins généralistes.

**OBJECTIFS :** L'objectif principal de ce travail de thèse est de recueillir les attentes des médecins généralistes libéraux d'Alsace dans l'amélioration de la formation des internes de médecine générales pour la pratique de la psychothérapie de soutien.

**METHODE :** Analyse qualitative des données issues d'entretien semi dirigé de médecins généralistes libéraux d'Alsace.

**RESULTATS :** Les médecins généralistes mettent l'accent sur l'importance d'un réel soutien psychologique dédié à nos internes de médecine générales associé à une préparation à la gestion des patients difficiles. L'empathie des internes en sera que davantage renforcée et pourra perdurer dans une formation humaine et bienveillante. Une formation qui se doit être homogène et diversifié dans son contenu afin d'être inclusive. La communication verbal et non verbal doit prendre place dans le contenu de cette formation ainsi que l'apprentissage de l'écoute qui pourrait être développer par le partage d'expériences entre confrères.

**CONCLUSION :** Les médecins généralistes installées en Alsace ont donné une perspective d'amélioration de la formation des internes de médecine générales pour la pratique de la psychothérapie de soutien, réalisable et concrète.

---

Rubrique de classement : Médecine Générale

---

Mots-Clés : Psychothérapie de soutien,  
Médecin généraliste  
Interne de médecine générale  
Formation  
Ecoute  
Empathie  
Communication  
Soutien  
Patients

---

Président :

Assesseurs : Docteur Gervaise LEBECQ, Praticien hospitalier en Pédiatrie et Docteur David HOLLANDER Maître de conférence associé de médecine générale

---

Adresse de l'auteur : 9 rue Philippe Jacques de Louthembourg, 67000 Strasbourg