



HAL
open science

Expérience d'un groupe d'éducation thérapeutique dans la dépression unipolaire

Anthony Vairet

► **To cite this version:**

Anthony Vairet. Expérience d'un groupe d'éducation thérapeutique dans la dépression unipolaire. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01632724

HAL Id: dumas-01632724

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01632724v1>

Submitted on 10 Nov 2017

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

EXPERIENCE D'UN GROUPE D'EDUCATION
THERAPEUTIQUE DANS LA DEPRESSION UNIPOLAIRE

THESE

présentée et soutenue publiquement
à la Faculté de Médecine de Nice le 18 Octobre 2017

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de
DOCTEUR EN MEDECINE

Par

Anthony VAIRET

Né le 9 Septembre 1987 à Nice

Examineurs de la thèse :

Monsieur le Professeur Michel BENOIT Président du jury
Monsieur le Professeur Dominique PRINGUEY Assesseur
Monsieur le Professeur Jean-Louis SADOUL Assesseur
Madame le Docteur Dominique PLASSE Assesseur
Monsieur le Docteur Bruno GIORDANA Assesseur et Directeur de thèse

Octobre 2017

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Michel BENOIT,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance pour m'avoir permis de réaliser ce travail.

Je vous remercie pour votre disponibilité, votre optimisme et votre soutien tout au long de cette expérience.

À Monsieur le Professeur Dominique PRINGUEY,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Je vous remercie pour votre énergie, votre enthousiasme contagieux et pour votre enseignement exigeant dès la première année de médecine.

À Monsieur le Professeur Jean-Louis SADOUL,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Je vous remercie pour votre amabilité et pour les qualités humaines dont vous faites preuve envers les étudiants en médecine.

À Madame le Docteur Dominique PLASSE,

Vous me faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

Je vous remercie pour la bienveillance que vous avez témoigné à mon égard lors de mon premier stage de psychiatrie adulte. Merci pour votre patience et votre souci de transmettre un savoir-faire rigoureux.

À Monsieur le Docteur Bruno GIORDANA,

Pour avoir accepté de diriger ce travail.

Je te remercie d'avoir partagé cette épreuve avec moi et de m'avoir aidé tout au long de ce travail.

Je te remercie également de m'avoir fait découvrir et aimer cette belle discipline lors de l'enseignement d'externat.

A mes chefs

au docteur Richard Bottari pour votre sympathie.

au docteur Stéphanie Boursier pour ta gentillesse, ton enthousiasme.

au docteur Claire Rometti, pour ce temps de compagnonnage mémorable, pour ton exigence, ton sérieux et ton intérêt profond pour la transmission du savoir. Je te remercie pour tes conseils avisés, tes recommandations.

au docteur Bernard Leroy pour votre confiance et votre aide.

au docteur François Leccia, pour vos nombreuses anecdotes et vos conseils avisés.

au docteur Rafik M Benharrats pour m'avoir apporté vos connaissances psychiatriques mais aussi géo-politiques.

au docteur Jean Nouchi, pour le partage de votre riche expérience et pour votre humour.

au docteur Laurent Guggenheim pour ton authenticité, tes paroles sages et rassurantes.

à mes co-internes, Laura, Marianne, Loris-Alexandre, Tommy, Romain, Anna, William, Ludwig, et les plus jeunes...

aux équipes soignantes hospitalières.

A mes amis

à Sylvain Renda pour ton amitié, tes conseils avisés.

à François et Christelle Egrise, pour votre amitié, votre intégrité et votre présence dans les heures les plus sombres des études de médecine.

à Louis Lambelin , pour ta compagnie de la première année de médecine jusqu'à la dernière.

à Arno pour son amitié.

à David, Aldric, Antoine, Julien, Clément, Pascaline, Philémon, Marielle, Etienne, Evelyne et aux autres amis du Cannel.

A ma famille,

A mes parents pour m'avoir permis de réaliser mes rêves d'enfant, pour leur soutien constant, leurs encouragements et leur affection. Je vous remercie pour ce climat tranquille et riche dans lequel vous m'avez permis de grandir. Je vous remercie de m'avoir transmis le goût du travail bien fait.

à mes grands-parents Gloria, Daniel, Marthe et André, pour leur intérêt vis-à-vis de mes études et leurs encouragements.

à Carlo et Alicia d'avoir supporté mes attitudes fantaisistes d'apprenti médecin. Merci pour votre affection.

à Guy et Françoise pour leur soutien et leur intérêt. Merci Françoise pour ta relecture attentive.

à François pour son intérêt et son authenticité.

à Bertrand, Delphine, Philémon, Hugo, Noélie et Amandine.

à ma femme Caroline, pour ton soutien de chaque instant. Pour la vie riche que tu veux bien partager avec moi. Je te remercie de m'avoir supporté pendant les neuf mois de rédaction de ce travail et d'avoir porté un enfant en même temps. Je te remercie pour la relecture de mon travail.

à Célestine pour l'énergie et le délicieux désordre que tu injectes dans ma vie.

à Léon d'avoir attendu que je mette un point final à ce travail avant d'arriver.

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. HARTER Michel
M. BALAS Daniel	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BATT Michel	M. JOURDAN Jacques
M. BLAIVE Bruno	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOQUET Patrice	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE BAS Pierre
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE FICHOUX Yves
M. CAMOUS Jean-Pierre	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CANIVET Bertrand	M. LOUBIERE Robert
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. OLLIER Amédée
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. FRANCO Alain	M. TOUBOL Jacques
M. FREYCHET Pierre	M. TRAN Dinh Khiem
M. GÉRARD Jean-Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GILLET Jean-Yves	M. ZIEGLER Gérard
M. GRELLIER Patrick	
M. GRIMAUD Dominique	

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophthalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

Mme ROSE Patricia Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)
M DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)
M FAVRE Guillaume Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme LAMY Brigitte Bactériologie-virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme LONG-MIRA Elodie Cytologie et Histologie (42.02)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme SEITZ-POLSKI barbara Immunologie (47.03)
M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
M. GONZALEZ Jean-François Chirurgie Orthopédique et traumatologie (50.02)
M. PAPA Michel Médecine Générale (53.03)
M. WELLS Michael Anatomie-Cytologie (42.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M BALDIN Jean-Luc Médecine Générale (53.03)
Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François Médecine Interne
M. BROCKER Patrice Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick Coordination prélèvements d'organes
M. ODIN Guillaume Chirurgie maxilo-faciale
M. PEYRADE Frédéric Onco-Hématologie
M. PICCARD Bertrand Psychiatrie
M. QUARANTA Jean-François Santé Publique

LISTE DES ABREVIATION:

ACT : Thérapie d'acceptation et d'engagement

AVCI : Années de vie corrigées de l'incapacité

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ECT : Électro convulsivothérapie

EDC : Episode dépressif caractérisé

INPES :L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

ISRS : Inhibiteur sélectif recapture sérotonine

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

TCC: Thérapies cognitivo-comportementales

Table des matières

Introduction	17
I. La dépression	18
A. Histoire	18
B. Définition	18
C. Aspects sociodémographiques	19
D. Conséquences socioéconomiques	20
E. Moyens thérapeutiques	21
1. Traitements médicamenteux	21
2. Psychothérapies	22
3. Électroconvulsivothérapies	23
4. Stimulations magnétiques transcrâniennes	23
F. Profil évolutif de la dépression	23
G. Limites des thérapies actuelles	24
II. L'éducation thérapeutique	25
A. Histoire	25
B. Généralités sur l'éducation thérapeutique	26
1. L'engagement du patient	26
2. Le modèle d'apprentissage allostérique	26
3. L'environnement motivationnel	27
C. L'éducation thérapeutique en psychiatrie	28
1. Généralités	28
2. Trouble bipolaire	28
a. Généralités	28
b. Présentation du programme BipolarDisorder Program	29
3. Schizophrénie	30
4. Trouble dépressif unipolaire	31
a. Généralités	31
b. Présentation du programme Coping With depression	31

III. Le programme Envie	33
A. Description des séances	33
Séance 1.....	33
Séance 2.....	34
Séance 3.....	36
Séance 4.....	37
Séance 5.....	38
Séance 6.....	39
Séance 7.....	43
Séance 8.....	45
Séance 9.....	46
B. Modèle théorique : La thérapie ACT	47
1. Fondements théoriques.....	48
a. Théorie des cadres relationnels.....	48
b. Evitements expérientiels.....	48
2. Objectifs.....	49
3. Résultats.....	51
4. Déroulement de la thérapie	51
a. Acceptation	52
b. Détermination des valeurs.....	53
c. Actions engagées.....	54
d. Défusion.....	54
e. Contact avec le moment présent.....	56
f. Le soi comme contexte des événements psychologiques	56
IV. Résultat.....	59
A. Cas clinique n°1 Mme F	59
B. Cas clinique n°2 Mme L.....	64
C. Cas clinique n°3 Mme P	69

D. Description des séances	71
Séance 1.....	71
Séance 2.....	71
Séance 3.....	72
Séance 4.....	73
Séance 5.....	74
Séance 6.....	75
Séance 7.....	75
Séance 8.....	76
Séance 9.....	77
V. Discussion.....	78
A. Intérêt d'une prise en charge de groupe	78
B. Discussion des cas cliniques	78
C. Originalité de l'approche ACT	80
D. Analyse des limites.....	81
Conclusion.....	83
Bibliographie	85
Serment d'Hippocrate	88
Résumé	89

Introduction

La dépression unipolaire est une pathologie fréquente, on estime sa prévalence autour de 8% parmi les 15-85 ans. Il s'agit d'une maladie sévère puisqu'elle se complique parfois de conduites suicidaires. De plus, la dépression est invalidante, et d'ici 2020, elle devrait passer à la seconde place des maladies responsables d'invalidité, derrière les maladies cardiaques ischémiques mais devant les accidents de la route.

L'efficacité des traitements pharmacologiques est aujourd'hui reconnue, mais elle ne concerne pas l'ensemble des patients touchés par un trouble dépressif.

La place de stratégies nouvelles telle que l'éducation thérapeutique paraît nécessaire pour combler l'existence du « fossé thérapeutique » que l'on constate dans la prise en charge des patient déprimés.

Dans ce travail, nous présenteront dans une première partie, la maladie dépressive, ses conséquences, notamment socio économiques et sa prise en charge.

Nous aborderons, après un bref rappel historique et une présentation générale, le champ de l'éducation thérapeutique en psychiatrie. Nous détaillerons quelques déclinaison de programme de psychoéducation validés pour les principaux troubles psychiatrique avant de nous intéresser plus spécifiquement a la dépression unipolaire.

Nous nous intéresserons ensuite au programme « ENVIE », premier programme Français de psychoéducation dans la dépression unipolaire. Une description du programme sera proposée ainsi qu'une présentation du modèle théorique.

Puis, nous présenterons notre expérience du programme ainsi que les observations cliniques des patients ayant bénéficié de l'intervention.

Enfin nous discuterons des résultats, des limites et des perspectives qui en découlent.

I. LA DEPRESSION

*Si crainte et tristesse durent
longtemps, un tel état est
mélancolique.*

A. Histoire

La « mélancolie » constitue une des premières catégories nosographiques identifiées par la médecine. Depuis vingt-cinq siècles, elle n'a jamais cessé de faire partie de son vocabulaire. L'usage du terme remonte en effet à l'Antiquité: l'état mélancolique s'explique alors par la noirceur de « l'humeur ».

Parmi les quatre humeurs, la bile noire, ou atrabile, est le fluide que l'on considère comme responsable de l'état mélancolique. Selon *Diocles* la bile noire est également de l'hypochondrie dans sa forme mineure « quand la fumée de la bile noire descend à l'estomac » au lieu de « sauter au cerveau ».

Au-delà des causes potentiellement surnaturelles ou démoniaques attribuées durant le Moyen Âge, la tristesse et la crainte resteront, au fil des siècles, les maîtres symptômes de la maladie.

Avec l'apparition des aliénistes, on assiste à une remise en question globale des catégories nosographiques traditionnelles. Peu à peu, s'impose l'idée qu'il existe des états dépressifs distincts de la mélancolie. « Nostalgie », « spleen », « névralgie », « neurasthénie », les dénominations se succèdent pour désigner cette entité moins grave, sans perte de contact avec la réalité. (1)

B. Définition

Le DSM, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, est une classification des maladies mentales reconnue internationalement.

Selon le DSM V, paru en 2013, un épisode dépressif majeur, se caractérise par la présence d'au moins cinq symptômes cité ci-dessous. Ces derniers ont été présents durant une période de deux semaines et entraînent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social ou professionnel.

Les symptômes sont:

- l'humeur dépressive (ou tristesse)
- la perte d'intérêt (ou anhédonie): incapacité à éprouver du plaisir ou de l'intérêt dans les activités qui en procuraient dans le passé.
- la perte d'énergie (ou asthénie): fatigue ou fatigabilité importante, sans rapport avec un effort physique.
- la culpabilité inappropriée
- La baisse de l'estime de soi, avec un sentiment d'infériorité
- les difficultés de concentration, autres troubles cognitifs
- les idées suicidaires: elles font toute la gravité du pronostic de la maladie
- le ralentissement ou l'agitation psychomotrice
- les troubles du sommeil : le trouble du sommeil le plus fréquemment associé à l'EDC est l'insomnie. C'est souvent la raison de la demande de soins. Le patient décrit une insomnie du milieu de la nuit (réveils nocturnes avec cauchemars et difficultés pour se rendormir), ou une insomnie du matin (réveils précoces et impossibilité de se rendormir) d'ordinaire associée à des idées suicidaires plus prégnantes.
- les troubles de l'appétit : le patient rapporte habituellement une anorexie

C. Aspects sociodémographiques

En population générale, le baromètre santé de l'INPES (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé) estime la prévalence de l'épisode dépressif caractérisée au cours de l'année 2010 à 7,5% parmi les 15-85 ans. La prévalence est environ deux fois plus importante chez les femmes que chez les hommes.

Toujours selon le Baromètre santé 2010, cette prévalence serait stable par rapport à 2005 parmi les 15 à 75 ans (7,8%). En revanche, la part de personnes qui présentent des troubles dépressifs mais qui n'ont pas sollicité les services d'un organisme ou d'un professionnel de santé, serait passée de 63% en 2005 à 39% en 2010.

Suivant les études, et leurs différences méthodologiques les chiffres de la prévalence de la dépression peuvent être variables. Selon une méta analyse effectuée en 2005 de 27 études en population générale en Europe, la prévalence de la dépression sur l'année 2005 s'échelonne de 3 à 10% avec une médiane à 6.9%. (2)

D. Conséquences socio-économiques

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, les troubles mentaux constituent une des plus lourdes charges en terme de morbidité dans le monde. Les souffrances engendrées par les problèmes de santé mentale ainsi que les répercussions économiques sont considérables.

La Banque Mondiale et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) ont créé un indicateur synthétique dont le but est de permettre l'estimation des besoins de santé de la population en prenant en compte non seulement la mortalité mais également la morbidité.

Cet indicateur est traduit en Français par l'OMS: années de vie corrigées de l'incapacité, "AVCI" (Disability-adjusted life years "DALYs"). Il est estimé en conjuguant un nombre d'années de vie perdues dues à une mortalité anticipée et un nombre d'années de vie en incapacité dues à une pathologie, qu'elle soit non mortelle ou mortelle.

Cet indicateur mesure le "fardeau global de la maladie" (FGM), traduisant le terme "global burden of disease" proposé par C. Murray et A. Lopez en 1990 (3)

Le classement des pathologies en fonction du taux d'AVCI illustre l'importance des incapacités secondaires aux troubles de la santé mentale (dépressions et psychoses) (4)

Au niveau mondial, la dépression est l'une des causes principales de diminution des "années de vie corrigées de l'incapacité". Selon les estimations de l'étude "global burden of disease", l'épisode dépressif caractérisé, qui occupait en 1990 la quatrième place des maladies responsables d'invalidité, devrait passer en 2020 à la seconde place, derrière les maladies cardiaques ischémiques mais devant les accidents de la route.

Quel que soit le niveau de développement économique d'un pays, l'épisode dépressif caractérisé reste une des dix principales maladies responsables de morbidité. Malgré les problématiques infectieuses, nutritionnelles et périnatales plus importantes dans les pays en voie de développement, L'EDC est à la septième place dans les pays à faibles et moyens revenus avec 3,1% du total des AVCI. Il occupe la troisième place dans les pays à revenus élevés avec 5,6% du total des AVCI. (5)

En Europe, selon l'OMS, la dépression est la troisième charge de morbidité en terme d'AVCI, soit 6,2% du total des AVCI.

E. Moyens thérapeutiques

1. Traitement médicamenteux

L'indication du traitement médicamenteux dans l'EDC est posée au terme d'un entretien clinique permettant la confirmation du diagnostic et l'appréciation de l'intensité des symptômes. La prescription d'un traitement antidépresseur n'est recommandée que pour un EDC d'intensité modérée ou sévère.

Le traitement sera initié par une première phase dite « d'attaque » visant la diminution de la symptomatologie dépressive. Une deuxième phase de « consolidation » permet de prévenir l'apparition d'une rechute. La durée recommandée pour cette phase de traitement varie de 4 à 12 mois.

L'ensemble des classes thérapeutiques existantes a montré son efficacité dans la prise en charge de l'EDC.

Selon une méta-analyse, La revue Cochrane de Aroll B, le risque relatif d'obtenir une réponse clinique (réduction de 50% du score initial de dépression) versus placebo était de 1,24 en faveur des tricyclique et 1,29 en faveur des ISRS.(6)

Ainsi, le choix de la molécule reposera sur des critères tels que l'utilisation thérapeutique d'effets latéraux (sédation, anxiolyse, ou de stimulation), la présence de certaines comorbidités psychiatriques, de contre-indications et en fonction des risques d'interactions médicamenteuses.

CLASSE	DCI	Spécialité	Buy	Activation	Sédation	↑Poids	↓Libido	½ vie	AMM	RISQUES
DIND + MT	Agomélatine	VALDOXAN®	-	++	++	+	+	+	EDM	FOIE!
SRS	Tianeptine	STABLON®	-	+	++	++	+	+	EDM	stupéfiant
IRND	Bupropion	ZYBAN®	-	+++++	+	+	+	++	Sevrage tabac	levée inhibition
ISRN	Duloxétine	CYMBALTA®	-	+++	+++	++	+++	+	EDM douleurs TAG	FOIE!
	Venlafaxine	EFFEXOR®	-	++++	+++	++	+++	+	EDM TAG TAS TPA	↑TA
	Milnacipran	IXEL®	-	+++	++	+	++	+	EDM	FOIE!
ISRS	Vortioxétine	BRINTELLIX®	-	++	+	+	+	++	EDM	INTERACTIONS
	Escitalopram	SEROPLEX®	+	++	+	++	++++	++	EDM TPA TAS TAG TOC	↑QTc
	Sertraline	ZOLOFT®	-	++++	++	++	+++	++	EDM TPA TOC TAS ESET	levée inhibition
	Citalopram	SEROPRAM®	+	++	+++	+++	+++	++	EDM TPA	↑QTc
	Paroxétine	DEROXAT®	+	+++	++++	+++	+++++	+	EDM TPA TOC TAS TAG ESET	sevrage
	Fluoxétine	PROZAC®	+	+++++	++	++	++	+++	EDM TOC boulimie	levée inhibition
	Fluvoxamine	FLOXYFRAL®	-	++++	+++	++	++	+	EDM TOC	INTERACTIONS
TÉTACYCLIQUES	Mirtazapine	NORSET®	+	++	++++	+++++	+	++	EDM	HypoTA
	Miansérine	ATHYMIL®	-	+	+++++	++++	++	++	EDM	
TRICYCLIQUES	Maprotiline	LUDIOMIL®	-	++	+++++	+++	+++	++	EDM	INTOXICATION (cardio/neuro) hypoTA anticholinergie.
	Amoxapine	DEFANYL®	-	++	+++	+++	+++	++	EDM	
	Dosulépine	PROTHIADEN®	-	++	+++++	+++	+++	++	EDM	
	Doxépine	QUITAXON®	-	+	+++++	++++	+++	++	EDM	
	Trimipramine	SURMONTIL®	+	+	+++++	++++	++++	+	EDM	
	Clomipramine	ANAFRANIL®	-	+++	++++	+++++	+++++	++	EDM TOC TEA douleurs	
	Amitriptyline	LAROXYL®	+	++	+++++	+++++	+++	+	EDM douleurs	
	Imipramine	TOFRANIL®	-	++++	+++	+++	++++	+	EDM douleurs	
IMAO	Moclobémide	MOCLAMINE®	-	++++	++	+	++	+	EDM	INTERACTIONS
	Iproniazide	MARSILID®	-	+++	++	+++	+++	?	EDM	ALIMENTS

2. Les psychothérapies

Une psychothérapie est un acte technique qui implique une formation spécifique en référence à un modèle théorique. En cas d'épisode dépressif léger, une psychothérapie est proposée en première intention. Elle peut être associée à un traitement antidépresseur dans les formes modérées.

Les psychothérapies cognitives et cognitivo-comportementales, les psychothérapies de soutien et les psychothérapies inter-personnelles ont fait l'objet d'études

contrôlées dans les dépressions d'intensité légère à modérée. Les psychothérapies d'inspiration analytique, instituées au mieux à distance de la phase aiguë, constituent, pour certains patients, un recours utile.

3. Electro-convulsivothérapie

L'électro-convulsivothérapie (ou sismothérapie) est un traitement basé sur le déclenchement de crises d'épilepsie, par le biais de chocs électriques, cette forme de prise en charge est classiquement proposée dans l'épisode dépressif sévère résistant aux traitements médicamenteux et psychothérapeutiques ou en cas de contre-indication aux antidépresseurs.

4. Stimulation magnétique transcrânienne

La stimulation magnétique transcrânienne répétée (SMTr) correspond à l'application, chez un sujet éveillé, d'un champ magnétique sur une surface du cerveau (le cortex) et dont l'énergie est un million de fois inférieure que dans l'ECT. Il s'agit d'une technique utilisée depuis maintenant une vingtaine d'années dont les effets sur le long terme restent encore en cours d'évaluation.

F. Profil évolutif de la dépression

Les recherches épidémiologiques de ces dernières décennies ont entraîné une reconsidération du profil évolutif de la dépression. Cette dernière étant aujourd'hui moins considérée comme maladie aiguë, que comme maladie chronique, avec rechute et rémission.

Parmi les patients ayant présenté un EDM, on estime que 50% à 85% présenteront une rechute.

Les variables cliniques associées de manière significative à la rechute sont principalement la gravité de la dépression, une mauvaise observance du traitement médicamenteux et un faible sentiment d'efficacité personnelle.

Le sentiment d'efficacité personnelle (ou auto-efficacité) est le terme utilisé pour décrire la confiance du patient dans sa capacité à s'engager dans des comportements pour gérer et prévenir d'autres EDM. (7)

G. Limite des thérapies actuelles

Malgré un large choix de traitement médicamenteux, la littérature scientifique fait état d'une importante proportion de patients qui ne répondent pas au traitement et n'obtiennent pas de rémission. L'étude STAR*D qui regroupait 3671 patients souffrant d'un EDC, prévoyait quatre étapes thérapeutiques. Dans cette étude, un patient qui n'obtenait pas de rémission se voyait proposer le traitement de l'étape suivante. Au total les auteurs obtenaient un taux de rémission cumulatif des quatre étapes thérapeutiques à 67%. Ce qui signifie que plus de trois patients sur dix n'obtenaient pas de rémission après quatre interventions différentes.(8)

D'autres stratégies thérapeutiques sont nécessaires pour combler ce « fossé thérapeutique ».

II. L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

L'OMS Europe a retenu en 1998 une définition suivante: « L'éducation thérapeutique a pour objet de former le malade pour qu'il puisse acquérir un savoir-faire adéquat, afin d'arriver à un équilibre entre sa vie et le contrôle optimal de sa maladie » ... « La formation doit aussi permettre au malade et à sa famille de mieux collaborer avec les soignants.»

Face à la montée des maladies chroniques, l'éducation thérapeutique se présente comme une stratégie visant à améliorer la qualité des soins des patients. L'éducation thérapeutique du malade comprend la sensibilisation, l'information, l'apprentissage, le support psycho-social, tous liés à la maladie et au traitement.

A. Histoire

En 1972, cinquante ans après la première administration d'insuline à un patient diabétique, Leona Miller, un médecin américain, démontre l'effet positif d'une éducation du malade. À l'aide d'une approche pédagogique, elle aide des patients diabétiques issus des milieux défavorisés de Los Angeles à contrôler leur diabète et à gagner en autonomie (9)

En 1975, Jean-Philippe Assal, diabétologue suisse, crée une unité de traitement et d'enseignement du diabète à l'Hôpital Universitaire de Genève.

A partir des années 1980, des médecins hospitaliers commencent à proposer une éducation aux patients diabétiques non insulino-dépendants (type 2), en reprenant le modèle développé pour les patients diabétiques de type un. Cette démarche impliquera une remise en cause des objectifs d'apprentissage, en intégrant les points de vue de ces patients, généralement asymptomatiques, pour qui une démarche éducative s'avérait plus délicate à envisager.

L'évolution du concept d'éducation thérapeutique sera, en conséquence marquée par une relation étroite avec l'élaboration des différents modèles de l'apprentissage.

Elle sera également largement influencée par les théories de la relation centrée sur la personne. (10)

Depuis la loi du 21 juillet 2009, l'éducation thérapeutique s'impose à tous les établissements de soins. Selon l'article L. 6111-1: « *Les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination sont une des missions des établissements de santé.* »

Le rapport « Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient » présenté en 2008 à Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN par Monsieur Christian SAOUT présente l'éducation thérapeutique comme une priorité de santé publique. Ce texte insiste sur le rôle central de l'ARS pour « retenir les programmes, habiliter les équipes à les mettre en place et les financer »

B. Fondements théoriques

a. L'engagement du patient

Vivre avec une maladie chronique implique un certain nombre de défis pour le patient. Selon Bonino, il en existe trois principaux : rétablir la continuité et la cohérence de son identité, redonner du sens à son existence et restaurer un sentiment d'auto efficacité. (11)

Afin d'optimiser l'engagement du « malade chronique » dans un projet éducatif, les soignants doivent prendre en compte cette réalité. Elle implique parfois de dépasser les objectifs préconçus d'éducation thérapeutiques tels que l'observance des traitements, pour intégrer les objectifs des patients.

Le soignant doit en ce sens, s'efforcer de mieux cerner les difficultés personnelles du participant, la relation particulière qu'il entretient avec les soins et sa pathologie. Cela passe par une véritable rencontre avec le sujet et ses besoins.

L'établissement d'une relation de confiance comprenant la prise en compte des besoins éducatifs du patient constitue l'étape déterminante du processus d'ETP. Elle sera la base nécessaire pour un travail efficace.

b. Le modèle d'apprentissage allostérique

Pour faire passer un message en matière de santé, il ne suffit souvent pas, de « dire » ou de « montrer ». Or, les professionnels de santé, ont longtemps envisagé la formation du patient sur ce modèle d'apprentissage dit de « l'empreinte », qui considère la personne en formation comme une page blanche à imprimer.

En éducation thérapeutique, le patient reste le véritable acteur de sa formation. Rien ne peut être fait sans lui, sans son intérêt. En revanche, il lui est difficile d'apprendre seul et la présence d'un environnement didactique adapté reste essentielle.

C'est en réinterrogeant de la sorte les pratiques éducatives qu'est apparu le modèle allostérique d'apprentissage. Le nom faisant référence au processus de régulation biologique par lequel une enzyme « allostérique » est capable de modifier sa structure ou son activité en se liant à un effecteur.

De la même manière, on considère que le patient est capable de transformer son système de pensée en rentrant en contact avec un environnement adéquat.

S'approprier un nouveau savoir ne relève que très rarement d'une simple construction *ex nihilo*, la plupart du temps il s'agit d'intégrer de nouvelles données dans une structure de pensée déjà en place. Selon le philosophe Gaston Bachelard « toute culture scientifique doit commencer...par une catharsis intellectuelle et affective ». Construction et déconstruction sont donc deux faces de ce processus d'apprentissage, et le soignant aura cette tâche difficile d'aider le patient à se dépouiller de certaines conceptions. La mise en place d'un « environnement motivationnel » permettra de faire face aux résistances tenaces des patients avec plus d'efficacité.

c. L'environnement motivationnel

La motivation peut être définie comme un état d'activation de la personne vers un motif à satisfaire. La motivation d'un individu est un phénomène complexe et dynamique. Elle s'enracine dans des éléments tels que le désir, l'appétit, les besoins, mais reste influencée par des paramètres extérieurs. Le modèle classique de l'éducation thérapeutique consiste en un transfert de la charge de soins sur le patient. Cela implique que le patient fasse des choix pour une vie différente au

travers de changement comportementaux. Les soignants ont une responsabilité dans l'entretien de la motivation nécessaire pour opérer ces changements.

Les conditions environnementales susceptibles de renforcer la motivation d'un individu ont été examinées dans de nombreuses études expérimentales. Les *feedbacks* positifs qui promeuvent les sentiments d'efficacité et de compétence, les possibilités de choix et les opportunités de décider soi-même nourrissent la motivation intrinsèque.(12)

À l'inverse, les menaces de punition, les dates butoirs, les directives avec usage d'opérateurs modaux de nécessité « il faut », «vous devez», la comparaison sociale diminuent la motivation. Bien qu'elle ait fait l'objet de nombreux débats, l'utilisation des récompenses subordonnées à la performance des tâches serait également responsable d'une diminution de la motivation selon une méta-analyse. (13)

C. L'éducation thérapeutique en psychiatrie

1. Généralités

L'éducation thérapeutique en psychiatrie est une discipline relativement récente, et le nombre de programme validé reste faible. Néanmoins l'éducation thérapeutique appliquée à la pathologie psychiatrique représente un levier important dans l'amélioration de la qualité de vie du patient. De manière générale l'action se concentre sur l'amélioration de l'alliance thérapeutique et sur une meilleure observance vis-à-vis du traitement médicamenteux.

2. Le trouble bipolaire

a. Généralités

La plus grande partie des travaux de recherche sur la psychoéducation concernent le trouble bipolaire. Le concept existe maintenant depuis plusieurs décennies dans la prise en charge de ce trouble, cependant l'efficacité de cette approche n'a pu faire l'objet d'une réelle évaluation que depuis récemment.

Une des premières évaluations de psychoéducation aurait été faite en 1998. Il s'agissait d'un essai randomisé, contrôlé, en simple aveugle, permettant d'évaluer un programme de psychoéducation individuel. Le contenu du programme en question consistait principalement dans le fait d'apprendre au patient atteint de trouble bipolaire à reconnaître, de façon précoce, les symptômes de rechute. Les auteurs de ce travail concluaient en un intervalle de temps séparant le premier épisode maniaque d'une rechute maniaque était significativement plus important dans le groupe de patient ayant bénéficié de psychoéducation. (14)

Le premier essai randomisé, contrôlé en aveugle, étudiant l'efficacité des programmes de psychoéducation en groupe date de 2003. Le programme utilisé s'appuyait sur une combinaison de trois interventions dont l'efficacité avait été prouvée individuellement: Détection des symptômes prodromiques, amélioration de la compliance au traitement et travail sur le mode vie. Les résultats de ce travail étaient également en faveur du groupe bénéficiant de la psychoéducation en «add-on» du traitement pharmacologique. On retrouvait moins de récurrences dépressives, maniaques, hypomaniaques ou mixtes. Le nombre et la durée des hospitalisations par patient étaient également plus faible chez les patients ayant bénéficiés de psychoéducation.(15)

Le programme en question, *Bipolar Disorder Program*, proposé par Frances Colom et Eduard Vieta, s'est peu à peu imposé comme le gold standard dans le trouble bipolaire.

b. Présentation du programme *Bipolar Disorder Program*

La durée totale du programme est de six mois. Il se compose de vingt et une séances hebdomadaires qui ont été regroupées par les auteurs en six grandes parties. (16)

- La première partie regroupe une introduction et cinq séances autour de la conscience de la maladie. Il sera question entre autre, de rompre avec les idées reçues sur le trouble bipolaire, de donner des informations sur les bases

neurophysiologiques, d'étudier précisément les symptômes de la maladie ainsi que les facteurs étiologiques et déclenchants.

- La deuxième partie comporte sept séances. Cette partie concerne les traitements médicamenteux. Les différents traitements, leurs effets thérapeutiques et leurs effets secondaires seront abordés. Une attestation toute particulière est accordée à l'observance.
- La troisième partie contient une séance unique, consacrée aux substances psychoactives. Cette séance ne vise pas à résoudre les problèmes d'addiction des patients, il s'agit d'une séance informative et éventuellement un point d'appel vers un suivi spécialisé.
- La quatrième partie est consacrée à la détection précoce des nouveaux épisodes. Elle s'étale sur trois séances. Il s'agit d'un enjeu majeur du programme, qui vise à l'autonomisation du patient pour une meilleure gestion de nouveaux épisodes. Dans ces séances, les animateurs proposent deux outils aux patients : le « plan d'urgence » qui regroupe les signes précoces propres au patient et la marche à suivre. Le deuxième outil a été nommé « carte coupe-feu ». Elle regroupe une liste de démarche à réaliser lors d'une décompensation.
- La cinquième partie aborde l'importance du changement de comportement, elle insiste sur la régularité des habitudes autour d'une hygiène de vie protectrice et aborde des techniques de gestion du stress.
- La sixième partie comporte la séance de clôture du programme.

3. Schizophrénie

La psychoéducation en schizophrénie est une pratique dont l'efficacité est aujourd'hui largement validée. Selon une revue de la littérature portant sur 44 essais randomisés et contrôlés, portant sur un total de 5142 patients, faire participer un patient souffrant d'un trouble schizophrénique à un groupe de psychoéducation en plus de sa prise en charge habituelle permet une meilleure compliance au traitement médicamenteux.. Les groupes de patients bénéficiant de la psychoéducation présentaient moins de décompensation, moins de ré-hospitalisation. La

psychoéducation permettait également de réduire la durée du séjour à l'hôpital par rapport au groupe de patients bénéficiant d'une prise en charge standard. (17)

En matière d'éducation thérapeutique en schizophrénie, on notera une attention toute particulière portée aux familles et aux proches. La littérature scientifique suggère que les manifestations émotionnelles négatives de la famille, ont un impact péjoratif sur l'évolution de la maladie du proche.

On citera le programme *Profamille*, développé au Québec dans les années 1980 et utilisé en France depuis les années 2000. Il s'agit d'un programme validé, faisant office de référence dans la psychoéducation pour les familles de patient souffrant de schizophrénie. Cette approche originale s'articule autour de quatorze séances au cours desquelles il sera question de connaissance de la maladie, de développement des habilités relationnelles, de gestion des émotions et de développement de ressources. (18)

4. Dépression unipolaire

a. Généralité

Même si la littérature est moins riche pour l'EDC unipolaire, un certain nombre d'étude mettent également en évidence l'intérêt de l'utilisation de programme de psychoéducation.

Concernant l'EDC, nous avons souligné plus haut que les principaux facteurs cliniques associés au risque de rechute sont la mauvaise observance aux traitements médicamenteux et un faible sentiment d'efficacité personnelle. Ils constituaient naturellement les cibles prioritaires des programmes de psychoéducation.(19)

b. Présentation du programme "Coping With Depression"

Le programme psychoéducatif cognitivo-comportemental « Faire face à la dépression » ("Coping With Depression: CWD") est de loin le plus étudié dans la littérature scientifique.

Le programme CWD est issu des thérapies comportementales de groupe développées par Lewinsohn en 1970. L'hypothèse principale était que les individus qui engageaient des interactions positives avec leur environnement amélioreraient leur humeur. En 1984 Lewinsohn et son équipe développe le programme CWD, ce dernier a bénéficié du développement de nouvelles propositions théoriques au cours des années soixante-dix, notamment des théories de Beck.

CWD dans sa version originale, est un programme de Thérapie Cognitive et Comportementale. Il est composé de 12 sessions de deux heures conduites sur une période de huit semaines. Deux séances de suivi sont également prévues un mois et six mois après la fin de la session.

Les deux premières séances sont dédiées à la présentation du programme et des règles de fonctionnement. Le programme est présenté comme destiné à apporter de nouvelles compétences au participant pour faire face à sa souffrance.

Les huit séances suivantes sont consacrées à l'apprentissage de compétences spécifiques, telle que la relaxation, les compétences sociales, les compétences dans la restructuration des cognitions négatives et l'activation comportementale pour augmenter les événements agréables.

La séance de relaxation se fondait principalement sur la méthode de Jacobson (1929) qui consiste à faire effectuer une alternance de tension et de relâchement des principaux groupes musculaires.

La séance sur les activités agréables utilisait la « Pleasant Events Schedule » (PES). L'instrument évalue l'attitude et le comportement des sujets déprimés vis-à-vis d'une liste de 320 événements agréables potentiellement vécus au cours du mois précédant l'évaluation. Les items sont évalués selon deux échelles : la fréquence et le plaisir.

Concernant la séance de thérapie cognitive, la méthode utilisée était celle récemment développée par Beck (1979) sur l'identification et la remise en question des pensées irrationnelles.

Les deux séances finales permettent un dernier survol des compétences apprises par les participants. Chaque participant est invité à identifier les outils qu'il juge les

plus efficaces et à produire un "plan d'urgence" par écrit pour réagir à une éventuelle rechute.

III. LE PROGRAMME « ENVIE »

A notre connaissance, "ENVIE" est à ce jour le seul programme français pour les patients souffrant de dépression unipolaire. Il s'agit d'un outil d'accompagnement conçu pour être utilisé sur 9 séances sur un rythme hebdomadaire. Les compétences psychologiques enseignées dans le programme ENVIE, appartiennent à la TCC, plus spécifiquement à la thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ACT).

Après une description du programme séance par séance, nous aborderons brièvement les bases théoriques de la thérapie ACT.

A. Description du programme « Envie »

Séance un : "Comment va fonctionner le groupe"

En début de séance les deux animateurs se présentent, puis il est demandé aux participants de se présenter à leur tour.

La séance se poursuit par une justification de l'accompagnement des personnes déprimées: il est rappelé que les personnes souffrant de dépression manquent d'énergie et de force pour affronter leurs différentes situations de vie, ce qui rend d'autant plus important d'accepter l'aide d'autrui dans cette pathologie.

Les animateurs insistent sur le caractère curable de la dépression, ainsi que sur l'efficacité prouvée des traitements psychothérapeutiques et pharmacologiques. Ces derniers devant néanmoins être suivis dans de bonnes conditions et ne pas être interrompus prématurément.

Les animateurs expliquent qu'une meilleure connaissance de la maladie par le patient et une meilleure implication dans la prise en charge facilite le processus de guérison.

Une liste des objectifs du programme est présentée aux patients, ainsi qu'un certain nombre de règles de bon fonctionnement du groupe. Afin que le groupe soit une expérience profitable pour tous, des règles strictes de confidentialité et de respect sont nécessaires. On souligne également le fait qu'aucun participant ne sera forcé de parler mais que le groupe vivra au travers d'échanges authentiques sur les connaissances et expériences de chacun.

Un temps pour les questions ou les remarques marque la fin de cette première séance.

Une tâche à domicile est également prévue. Il s'agit pour chaque participant de réfléchir afin de définir une liste d'objectifs concernant leur participation à ce groupe.

Séance deux: « qu'est-ce que la dépression ? »

La première séance introduit la notion de « Matrice ». Elle présente l'outil et décrit son utilisation.

Comme nous l'expliquerons par la suite, la thérapie ACT s'articule traditionnellement autour de six processus de base. Éditée par les cliniciens Kevin L. Polk et Benjamin Schoendorff, la Matrice ACT fusionne les six principes fondamentaux de la thérapie d'acceptation et d'engagement dans une approche simplifiée et facile à appliquer qui se concentre sur les actions et le comportement des patients.

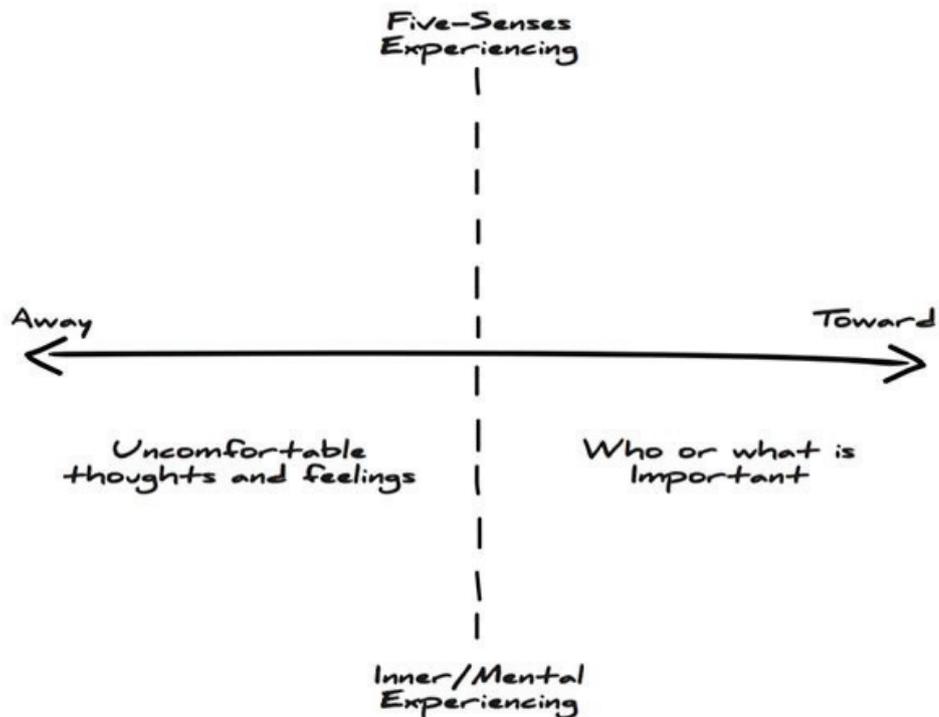
Ainsi, la matrice représente un outil motivationnel simple pour accompagner le patient vers un changement. Elle permet au patient de modéliser à la fois ses différentes valeurs mais aussi son fonctionnement actuel altéré par la dépression.

En pratique, on demande aux patients du groupe de construire un diagramme sur une feuille de papier délimitant quatre sections distinctes.

Une première description de l'outil est proposée au patient. De façon très schématique on propose aux patients d'envisager le comportement d'un individu comme étant lié soit à la volonté de l'éloigner de quelque chose ou de le rapprocher de quelque chose. Sur le diagramme, on explique que les sections de droites seront

liées aux actions qui nous rapprochent de quelque chose ou de quelqu'un. Tandis que les sections de gauche sont liées à des actions pour nous éloigner ou éviter.

Une grande partie de la séance est consacrée au remplissage de la matrice.



La première partie du travail concerne la détermination des valeurs. Les animateurs commencent par définir la notion de valeurs et d'emblée insiste sur la différence entre une valeur et un objectif. Ensuite, par l'intermédiaire de questions et de métaphores, les animateurs aident le patient à définir ce qui est important pour lui. Chaque patient est invité à notifier ses valeurs dans la **partie inférieure droite** de la matrice tandis que les animateurs synthétisent les valeurs recueillies sur un paper-board.



Les participants sont ensuite invités à remplir la **partie inférieure gauche**. Ils doivent y inscrire les obstacles qui les empêchent d'atteindre leurs objectifs et ce qui est important pour eux. Une distinction est faite entre les obstacles extérieurs et intérieurs. Ce sont ces obstacles intérieurs que l'on demande aux patients d'identifier.



Dans la **partie supérieure gauche**, il est demandé de noter les stratégies utilisées par les patients pour s'adapter face aux obstacles. Une réflexion est

engagée par la suite sur l'efficacité de ces stratégies à court terme et à long terme. Le but étant que les participants reconnaissent l'inefficacité à long terme de leur stratégie de lutte ou d'évitements.



Enfin, la **partie supérieure droite** concerne les stratégies que les patients pourraient mettre en place pour atteindre leurs objectifs, s'ils n'étaient pas en prise avec leur souffrance.

Le travail sur la matrice se clôture sur un résumé. Deux habiletés sont ensuite présentées au groupe afin que les participants puissent utiliser l'outil dans leur vie quotidienne. La première habileté consiste à "*Faire le tri*" entre la gauche et la droite. Il s'agit de s'entraîner à identifier si leurs actions pourraient plutôt être inscrites dans la partie supérieure gauche ou supérieure droite.

La deuxième habileté consiste à avancer par "*Petits pas*", en dehors de leur zone confort, afin que les patients puissent se rapprocher progressivement de ce qui a du sens pour eux.

La deuxième partie de la séance est un exposé plus formel sur les symptômes de la dépression.

Séance trois: Quelles sont les causes de la dépression ?

La séance débute par un travail de groupe. La question suivante est posée aux participants : « Selon vous, quelles causes ont contribué à votre dépression ? ». Les différentes causes proposées par les patients sont inscrites sur un tableau par les animateurs.

Après ce moment d'échange entre les participants, la présentation s'ouvre sur les préjugés et les différentes idées reçues pouvant exister sur les causes de la dépression. Seront citées par exemple le manque de motivation et de discipline, des événements de vie unique ou une faiblesse morale.

Ensuite le modèle « stress-diathèse » est présenté au patient. Selon ce modèle, les causes de la dépression seraient d'une part une vulnérabilité génétique et d'autre part l'environnement. Le modèle est présenté sous forme d'un schéma simple, qui

est rapidement comparé par les animateurs aux différentes causes inscrites sur le tableau en début de séance.

Pour approfondir le sujet de la vulnérabilité génétique, un exemple d'anomalie génétique est présenté aux patients. Il s'agit du gène codant pour le transporteur de la sérotonine. Le rôle des neuromédiateurs est d'abord expliqué à l'aide d'un schéma sur paper-board, puis on aborde les différents variants alléliques de la région promotrice, et le risque de dépression correspondant.

Un dernier élément est abordé avec le groupe comme pouvant favoriser l'apparition d'une dépression. Il s'agit des traits de personnalité.

En fin de séance le modèle de matrice est repris avec les patients pour compléter la partie inférieure gauche. Les causes de dépression sont ajoutées à la matrice en représentant leur schématiquement influence sur la partie « obstacle ».



La tâche à domicile pour cette séance est la suivante : on demande au patient de noter sur une première feuille ses facteurs fragilisants, et sur une seconde les événements de vie en les disposant sur une ligne chronologique.

Séance quatre: Quelles sont les conséquences de la dépression ?

Après une courte introduction, la question suivante est posée aux participants : « En quoi la dépression a-t-elle changé votre vie ? ».

La parole est ainsi laissée aux participants. Les animateurs se chargent de reporter sur un tableau les réponses fournies, puis mettent en rapport l'ensemble des conséquences citées avec le schéma de la matrice présenté lors de la deuxième séance. Les réponses exprimées par les participants correspondent globalement aux conséquences des stratégies mises en place par le patient pour lutter contre les symptômes de la dépression (Partie supérieur gauche).



Parmi les conséquences les plus fréquentes, on abordera ensuite plus précisément le repli social avec altération des relations familiales, amicales, et professionnelles, mais aussi le risque d'abus de substances, l'altération de la confiance en soi, les difficultés professionnelles, les conséquences médico-légales et enfin le risque suicidaire. La parole est systématiquement laissée aux participants qui voudraient apporter une remarque ou partager une expérience.

Sur l'isolement social, il est prévu un temps pour informer le groupe de l'existence d'associations de patients et de fournir les coordonnées de ces dernières.

La dernière partie de cette séance concerne plus spécifiquement les conséquences de la dépression sur la santé « physique ». Une série de répercussions potentielles est présentée, parmi lesquelles : les maladies cardio-vasculaires, le diabète, l'obésité, les migraines, les douleurs...

Les participants sont sensibilisés au fait qu'une partie des conséquences physiques de la dépression est directement liée au comportement de la personne. Le mode de vie sédentaire, les troubles de l'alimentation, les consommations de toxiques et l'isolement social sont autant d'éléments péjoratifs pour l'état de santé du patient dépressif.

Séance cinq: La dépression, une maladie ?

Le premier travail de groupe de cette séance est une mise en situation. On propose d'imaginer la situation suivante : « Vous laissez un message à un ami, mais celui-ci ne vous rappelle pas.» puis on demande ensuite aux patients quelles sont les pensées qui leur viendraient à l'esprit si elles étaient d'humeur dépressive, et au contraire quelles seraient leurs pensées dans une humeur plus joyeuse.

Cet exercice permet d'introduire la notion de pensée dysfonctionnelle. En effet à partir de la situation citée ci-dessus, on donne les explications pour remplir les « colonnes de Beck » :

- La 1^{ère} colonne correspond à la situation en elle-même
- Dans la 2^{ème} colonne, le patient décrit le plus précisément possible les émotions ressenties
- La 3^{ème} colonne permet d'inscrire les pensées automatiques perçues par le patient lors de l'exposition à la situation
- Une 4^{ème} colonne permet de noter le comportement du patient.

Grâce à cet outil, on attire l'attention du groupe sur le fait que les pensées automatiques sont à l'origine de l'émotion décrite dans la 2^{ème} colonne, mais elles sont généralement identifiées dans un second temps par le patient. Ces pensées automatiques paraissent évidentes lorsqu'elles se présentent, et le patient est alors incapable d'envisager une autre possibilité ou une alternative à cette pensée.

En reprenant l'exemple du début de séance, on insiste sur le fait que les pensées automatiques ne sont pas les mêmes selon l'humeur de la personne.

Ensuite le rôle des neurotransmetteurs aminergiques est de nouveau abordé à l'aide d'un schéma simple de synapse. Cette partie de la présentation est aussi l'occasion de faire une première approche des mécanismes d'action des antidépresseurs.

Des données plus récentes issues de la neuro-imagerie, sont abordées notamment les conséquences sur le fonctionnement de l'axe hypothalamo-hypophysaire et les changements morphologiques et fonctionnels au niveau du cortex préfrontal, de l'hippocampe et de l'amygdale.

Séance six: Comment puis-je reconnaître mon état ?

La première partie de la présentation souligne l'importance pour le patient qui souffre de dépression, de mesurer ses symptômes. En prenant l'exemple d'un patient souffrant d'hypertension artérielle ou de diabète qui contrôle régulièrement la stabilité de leur maladie à l'aide de mesures objectives (Tension artérielle, Glycémie capillaire), nous insistons sur l'importance de cette évaluation.

Il est expliqué au patient qu'il est possible de mesurer les variations de symptomatologie grâce à des échelles. Ces mesures permettront d'abord au patient de reconnaître les améliorations, ou aggravations cliniques, avec plus de finesse qu'avec leur ressenti subjectif global. Ensuite, une telle évaluation est un élément utile dans la communication avec le médecin, renforçant le travail de collaboration avec ce dernier.

On propose aux participants un modèle de « journal de l'humeur » ou il s'agit de retranscrire quotidiennement les éléments suivants :

- Heure de réveil
- Traitement pris ce jour
- Humeur (évaluée sur une échelle numérique entre 0 et 10)
- Angoisses (évaluées sur une échelle numérique entre 0 et 10)
- Douleur morale (évaluée sur une échelle numérique entre 0 et 10)
- Idées de suicide (évaluées sur une échelle numérique entre 0 et 10)
- Pensées récurrentes / ruminations
- Heure d'endormissement

Une application smartphone est ensuite présentée au groupe. Il s'agit de l'application Happli-day, conçue pour les personnes souffrant de dépression pouvant remplir la fonction de « journal de l'humeur » sur support numérique. Une courte présentation de cet outil gratuit développe les autres fonctionnalités disponibles dans cette application. On retiendra les courbes d'évolutions et les sélections d'articles et de témoignages sur des thématiques clés de la dépression.

Les notions de symptômes résiduels et de signes précoces de rechute sont ensuite abordées. On insiste, dans cette partie de l'exposé, sur l'importance de déceler les symptômes résiduels, la présence de ces derniers augmentant le risque de rechute.

Pour clore la partie sur l'évaluation des symptômes, quelques diapositives sont réservées aux idées suicidaires. Dans cette partie on aborde l'apparition insidieuse des idées noires et la corrélation avec la progressive perte d'espoir. Le message principal de cette section étant d'insister sur le caractère transitoire d'un épisode dépressif et ainsi d'inviter les patients à toujours « se donner une chance supplémentaire »

Deuxième grande partie de cette séance traite des biais cognitifs.

10 déformations cognitives sont abordées de façon détaillée au cours de cette séance :

- **Pensées dichotomiques**

Pensée polarisée, sans nuance sur le principe du tout ou rien

- **L'inférence arbitraire (conclusion hâtive)**

Tirer des conclusions hâtives (habituellement négatives) à partir de peu d'évidence. Par ex. : la *lecture de la pensée d'autrui* consiste à inférer les pensées possibles ou probables d'une personne ; l'*erreur de voyance* consiste à prendre pour des faits, des attentes sur la tournure des événements.

- **La surgénéralisation**

Tirer une conclusion générale sur la base d'un seul (ou de quelques) incident(s). Par ex., si un événement négatif (tel qu'un échec) se produit, s'attendre à ce qu'il se reproduise constamment.

- **L'abstraction sélective**

Tendance à s'attarder sur des détails négatifs dans une situation, ce qui amène à percevoir négativement l'ensemble de cette situation.

- **La dramatisation et la minimisation**

Amplifier l'importance de ses erreurs et de ses lacunes. Considérer un événement désagréable mais banal comme étant intolérable ou une catastrophe. Ou, au contraire, minimiser ses points forts et ses réussites ou considérer un événement heureux comme banal.

- **La personnalisation**

Penser, à tort, être responsable d'événements fâcheux hors de son contrôle ; penser, à tort, que ce que les autres font, est lié à soi.

- **Le raisonnement émotionnel**

Prendre pour acquis que des états émotifs correspondent à la réalité. Par ex. : considérer la peur comme une attestation du danger ; se dire « je suis stupide » plutôt que « je me sens stupide ».

- **Fausses obligations**

Avoir des attentes sur ce que l'on devrait faire ou que les autres devraient faire, sans examen du réalisme de ces attentes étant donné les capacités et les ressources disponibles dans la situation. Ce qui génère de la culpabilité et des sentiments de frustration, de colère et de ressentiment.

- **L'étiquetage**

Utiliser une étiquette, c'est-à-dire un qualificatif qui implique un jugement négatif, de façon qui représente une généralisation à outrance, plutôt que de décrire le comportement spécifique. Par ex. : « Je suis un perdant. » plutôt que de qualifier l'erreur.

- **Disqualification du positif**

Le fait de transformer une expérience neutre ou positive en expérience négative.

Ces différentes déformations cognitives sont détaillées unes à unes avec le patient. Elles sont illustrées à l'aide de plusieurs exemples pour rendre le plus concret possible ces différentes notions.

La séance se termine avec les techniques pour nuancer les pensées dysfonctionnelles. On explique premièrement que le simple fait de prendre conscience que ses propres pensées puissent être des phénomènes mentaux dysfonctionnels est en soit un premier outil.

Ensuite on apprend aux patients à discuter et argumenter « contre » les pensées dysfonctionnelles. Cet outil est abordé au travers d'un travail de groupe. Ici on demande aux participants de jouer des « avocats » et d'argumenter contre les pensées dysfonctionnelles données par les animateurs.

La tâche à domicile consiste ici à créer et à tenir un agenda de l'humeur. Il est demandé également aux participants de mener une réflexion sur les signes précoces de rechute qui leur sont propres et de les mettre en évidence sur leur matrice (élaborée lors de la deuxième séance).

Séance sept: Que puis-je faire ?

La séance débute par un premier survol de l'ensemble des thérapies existantes dans la dépression. Elles sont regroupées en quatre catégories :

- Thérapies biologiques : comprenant les médicaments, l'électroconvulsivothérapie, la stimulation magnétique trans-crânienne et la lux thérapie
- Psychothérapies, avec les thérapies cognitives et comportementales, la psychoéducation, la thérapie interpersonnelle et les thérapies brèves
- Sociothérapies qui concernent la sécurité financière, sécurité pour les enfants, le logement, les loisirs et la poursuite de son activité professionnelle
- Activités associées comme la pratique du sport, de musique de sport ou d'ergothérapie.

On introduit la partie concernant le traitement médicamenteux par un rappel concernant les mécanismes biologiques impliqués dans la dépression. C'est ici l'occasion de rappeler le rôle du déficit en monoamine, mais aussi d'aborder plus en détail les modifications de structure et de fonctionnement de certaines régions cérébrales.

Les différents mécanismes d'action des antidépresseurs sont ensuite présentés à partir de cette base.

On explique que tous les antidépresseurs n'agissent pas de la même façon, leur action pouvant porter sur les neuromédiateurs, la neurogenèse ou encore les rythmes circadiens.

Les aspects évolutifs de la dépression sont détaillés à l'aide d'un schéma, qui permet de définir les différentes notions d'amélioration, de réponse, de rémission et de rechute. On insiste sur le délai d'action de l'antidépresseur qui suit son initiation, mais également sur la nécessité de maintenir le traitement six mois après rémission pour prévenir une rechute.

La motivation vis-à-vis du traitement est expliquée au groupe au travers du modèle Trans théorique développé par Prochaska et DiClemente, théorie de changement comportemental basée sur les étapes. Il suppose que les individus passent par une série d'étapes de motivation dans son rapport au traitement médicamenteux.

- Pré-intention : le sujet n'a aucune intention de prendre un traitement.
- Intention : il pense à prendre un traitement.
- Préparation : prise de décision. Il peut éventuellement en parler avec son médecin.
- Action : il est activement engagé dans le traitement.
- Maintien : La prise de traitement est devenue habituelle.

Un travail de groupe est proposé sur ce thème de la motivation à prendre un traitement. On demande aux participants quelles sont leurs raisons de rester motivés. En amenant un patient à argumenter pour la prise du traitement, on

favorise l'apparition du « discours-changement ». Il s'agit de l'ensemble des assertions du patient en faveur du changement, élément clé de l'entretien motivationnel.

Séance huit: Améliorer son hygiène de vie

Cette séance débute avec un retour sur le concept de matrice. On reprend différentes techniques mises en place par les patients pour faire face à la souffrance (cadran en haut à gauche de la matrice) utiles à court terme mais inefficaces voire contre-productives sur le long terme.

Cela permet d'introduire la notion d'hygiène de vie, et de présenter un certain nombre de facteurs responsables de déclenchement d'épisodes dépressifs. L'exemple type présenté au groupe est l'alcool. On explique aux patients qu'une consommation d'alcool peut être utilisée par certains, par exemple, pour atténuer une symptomatologie anxieuse mais qu'elle peut authentiquement induire une dépression. On évoquera d'autres facteurs de mauvaises hygiènes de vie pouvant être impliqués : le stress, la perturbation des rythmes, la consommation d'autres toxiques et la sédentarité.

Le premier point abordé est l'hygiène alimentaire. On rappelle l'intérêt d'une alimentation équilibrée et variée en termes de santé physique, mais également l'importance du rythme des repas.

Sur la question des rythmes circadiens, une attention particulière est portée aux règles d'hygiène du sommeil.

Après un rappel portant sur les modifications de l'architecture du sommeil, présentes dans la plupart des épisodes dépressifs majeurs, l'accent est mis dans cette séance sur les anomalies du sommeil comme facteur de vulnérabilité. Dans ce cadre un certain nombre de règles d'hygiène du sommeil sont abordées et discutées avec les patients.

Une autre partie concerne les activités vécues comme agréables par les patients. Il est ici demandé aux participants de d'établir une liste individuelle d'activités qui leur

apporte un sentiment de plaisir. On leur propose également de remplir un tableau d'activité sur quelques semaines qui leur permettra de noter les différentes activités et d'évaluer leur impact sur l'humeur.

La séance se termine sur le sujet de l'activité physique. Différents bénéfices d'une telle activité sont présentés, l'effet pro cognitif, la genèse de nouvelles cellules neuronales et le bien être.

Séance neuf: L'envie de changement

Il s'agit de la dernière séance d'éducation thérapeutique. Dans un premier temps c'est l'occasion de valoriser les participants en les désignant comme « experts de la dépression », mais aussi de « leur » dépression. On propose au patient de remplir « le carnet individuel de premier secours » où il inscrit les premiers symptômes, les personnes à contacter, son traitement habituel, le psychiatre traitant et des « directives anticipées en cas de rechute ».

Le contenu de cette dernière séance vise principalement à évaluer de quelle manière les patients acceptent leur maladie et la façon dont elle communique avec leur entourage.

On débute par un travail de réflexion autour des questions suivantes : « Quel est le risque de parler de sa maladie ? Quel est le risque de ne pas parler de sa maladie ? »

On aborde ensuite une série de recommandations pour informer ses proches dans les meilleures conditions. On abordera entre autre la question de la préparation de son intervention, du choix de la personne, du lieu et de l'instant de l'annonce.

Des recommandations spécifiques seront apportées concernant l'information de l'entourage professionnel.

Le groupe se termine par un mot de conclusion et une dernière discussion en groupe.

B. Modèle théorique: La thérapie ACT

L'ACT (thérapie d'**AC**ceptation et d'engagem**enT**,) est une psychothérapie cognitivo-comportementale appartenant à ce qui a été décrit comme la troisième vague. Elle s'appuie sur les connaissances des vagues comportementales et cognitives qui ont montré leur efficacité, elle en prolonge les acquis et met l'accent sur les aspects émotionnels et métacognitifs

Les thérapies de troisième vague, représentent un ensemble assez hétéroclite de méthodes. Parmi elles, les thérapies métacognitives, thérapie basée sur la pleine conscience, thérapies des schémas et la thérapie de l'acceptation et d'engagement qui est notre sujet.

La troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales émerge à la fin du XX^{ème} siècle. Cette « vague » reste basée sur des principes empiriques. Elle accorde une attention particulière au contexte des phénomènes psychologiques et s'intéresse d'avantage à leur fonction qu'à leur forme. En effet, la TCC de troisième vague ne cherche pas à opérer des changements par une action directe sur les cognitions ou sur le comportement, mais adopte plutôt des stratégies visant à changer la relation de l'individu à ses symptômes. L'idée au cœur d'une telle approche est que la douleur psychologique n'est pas anormale, cette dernière étant le fruit d'une activité langagière ou cognitive. Ce qui peut être problématique, est plutôt la manière dont ces événements sont gérés par l'individu. (20)

1. Fondements théoriques

Skinner a été le premier à proposer une analyse détaillée du langage d'un point de vue fonctionnel dans son ouvrage *Verbal Behavior* 1957. Cependant l'analyse skinnerienne souffrait d'un manque de support expérimental et laissait de nombreuses questions irrésolues selon les comportementalistes de l'époque.

Les travaux de Murray Sidman (21) sur l'équivalence du stimulus représente une étape cruciale pour dépasser l'approche skinnerienne. Sidman propose en effet le mécanisme de dérivation pour analyser les propriétés symboliques du langage, phénomène que l'apprentissage classique de Skinner ne permettait pas d'expliquer à lui seul.

Sidman s'attachera à étudier expérimentalement les situations dans lesquelles les sujets parviennent à faire correspondre des stimuli qui ne partagent aucune propriété physique et qui n'ont jamais été jumelés ou directement liés l'un à l'autre.

a. Théorie des cadres relationnels

La théorie des cadres relationnels (TCR), a consisté à étendre les travaux de Sidman sur la *dérivation de réponses relationnelles* pour construire une analyse complète du langage.

Le « *cadrage relationnel* » serait une compétence acquise dès la petite enfance. La première façon de cadrer rationnellement serait la coordination. Il entraînera l'application d'un type de réponse relationnelle à l'objet présenté par un adulte et à l'événement auditif correspondant.

D'autres façons de « cadrer » seront apprises par la suite : cadre d'opposition, cadre temporel, cadre de distinction, cadre de comparaison, cadre hiérarchique ...etc.

Pour la TCR, la possibilité de changer la fonction des événements simplement par l'utilisation d'indices contextuels constitue la spécificité du langage. Le langage a la capacité de donner aux événements psychologiques une valeur aversive, et c'est parce qu'ils deviennent aversifs que nous essayons de les éviter.

b. Evitements expérientiels

La thérapie d'acceptation et d'engagement s'appuie largement sur la théorie des cadres relationnels selon laquelle le langage restreint la flexibilité en multipliant les sources d'évitement.

En effet selon Harris (2009) « les pensées et les émotions ne sont pas le problème principal, c'est d'être happé par elles (fusion) et de lutter contre elles (évitement) qui créent des problèmes». Selon l'approche de cette psychothérapie, il s'agira moins de contrôler les émotions négatives que de les prendre en compte comme un aspect essentiel de l'expérience vécue. (22)

Lorsqu'un sujet ressent une émotion, des sensations physiques sont associées à des cognitions sous forme de pensée verbale ou d'image mentale. Cette composante cognitive comportant régulièrement une dimension d'évaluation : «bonne» par exemple pour la joie, «mauvaise » pour des émotions comme la tristesse.

Une fois qu'un événement interne est évalué comme «mauvais», il va donc tout naturellement devenir la cible des processus cognitifs visant à le contrôler.

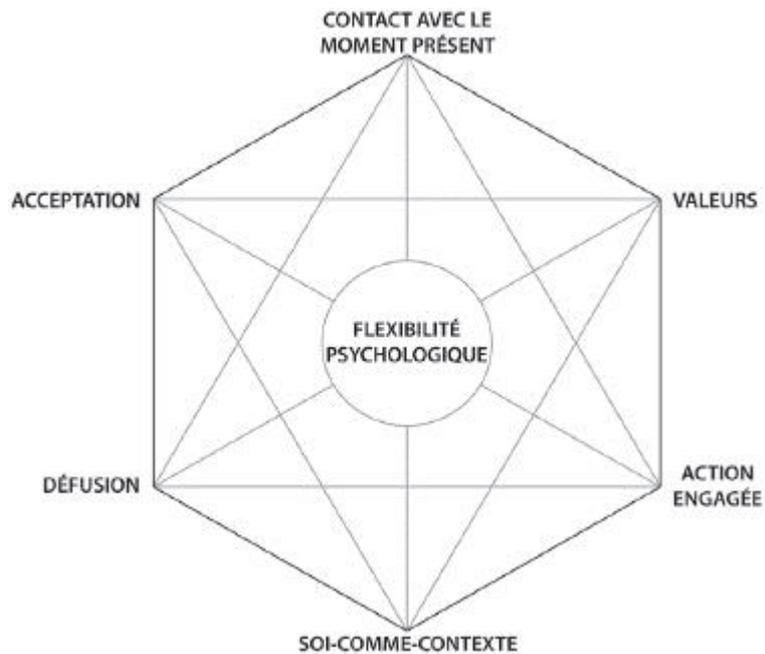
Un individu a parfois l'occasion de maîtriser ou d'éviter une partie de son environnement matériel. Cela devient problématique lorsque ce sont des pensées qu'il cherche à éviter. Les travaux sur la suppression de pensées confirment que les contenus psychiques que le sujet cherche à éviter ont tendance à devenir envahissants. (23)

Selon cette approche, les tentatives d'un individu pour échapper à des états émotionnels indésirables, favoriseraient l'apparition de ce que les auteurs nomment : la rigidité psychologique.

2. Objectif de L'ACT

La thérapie d'acceptation et d'engagement vise à rétablir et à maintenir une flexibilité psychologique. Ce concept de flexibilité psychologique correspond à « être présent et ouvert à l'expérience telle qu'elle se déroule et entreprendre consciemment une action au service de ses valeurs profondes ».

Le rétablissement d'une flexibilité psychologique pour le patient passe par une approche organisée en six points qui peuvent être eux même regroupés en trois axes dans une figure appelée l'hexaflex (voir annexe) .



- Le premier axe développe l'acceptation et la défusion des événements psychologiques pour diminuer l'évitement et la rigidité engendrés par le langage. La défusion cognitive étant définie comme un processus permettant au patient de prendre de la distance vis-à-vis du contenu littéral de ses pensées, permettant de les considérer comme des phénomènes psychologiques et non pas comme des expériences réelles.
- Le deuxième axe favorise le contact avec l'instant présent et le changement de perspectives sur ses propres événements psychologiques, pour diminuer l'insensibilité à l'environnement et l'attachement excessif à la conceptualisation de soi.
- Le troisième axe vise la clarification, voir la construction des valeurs et l'accroissement des actions engagées en direction des valeurs.

3. Résultats de l'ACT

De nombreux essais cliniques ont été conduits pour évaluer l'efficacité de l'ACT, dont une trentaine d'essais randomisés contrôlés. La littérature est suffisamment vaste pour donner lieu à des méta analyses. Ces travaux de synthèse montrent les effets positifs significatifs de cette approche en comparaison avec un traitement habituel pour une importante variété de troubles psychologiques. Les études ont porté entre autres sur la dépression, le trouble obsessionnel-compulsif, la psychose et les addictions. (24)

4. Déroulement de la thérapie (Hayes et al. 2013; Monestes et vi. 2011) (25) (26)

Les axes thérapeutiques que nous allons aborder plus en détails seront présentés dans un ordre qui ne représente pas nécessairement celui suivi en clinique. Les différentes étapes de la thérapie dépendront essentiellement du patient. La thérapie débutera le plus souvent autour des axes qui lui posent le plus de difficultés.

Une évaluation quantitative permet d'évaluer les difficultés prépondérantes du patient. Elle consiste à coter chaque axe sur une échelle numérique (de 0 à 10). Cette évaluation quantitative permettra également d'effectuer un suivi au cours du traitement.

S'il n'existe pas d'ordre particulier à respecter, quelques principes de bases sont décrits par les auteurs. Premièrement d'avoir une notion des valeurs du patient avant de travailler l'acceptation. L'acceptation est une étape difficile pour le patient et le fait d'avoir clarifié ses objectifs est souvent un facteur de motivation. Il est également recommandé de développer l'acceptation, avant de s'engager dans des actions valorisées, pour éviter que les actions sources d'émotions douloureuses n'entraînent des évitements expérientiels. (26)

a. L'acceptation

Pour ACT, la présence d'événements psychologiques désagréables est intrinsèque à la condition humaine, et la douleur est un élément normal dans le fonctionnement psychologique. Ce qui différenciera les personnes qui souffrent de troubles psychologiques repose essentiellement sur ce qu'elles font de leurs événements psychologiques désagréables. On retrouve en l'occurrence chez ces derniers la tendance exclusive à lutter et à se défendre activement, réduisant la variété des réactions face aux événements psychologiques et définissant ce que l'on nomme « perte de flexibilité psychologique ».

L'ACT considère donc que les troubles psychologiques trouvent leur origine dans les évitements expérientiels, et qu'ils les entretiennent. Cependant ce ne sont pas les évitements expérientiels qui sont délétères en eux même, mais les conséquences qu'ils peuvent engendrer. Dans de nombreuses situations, les évitements peuvent constituer la réponse la plus adaptée. Il est donc important d'évaluer l'efficacité d'un évitement à court et long terme, mais également de s'assurer qu'il ne gêne pas la réalisation d'action importante pour le patient en question.

Cependant lorsque les tentatives d'évitement concernent les expériences psychologiques douloureuse, elles conduisent à une diminution du répertoire comportemental. Ces tentatives vont mobiliser une grande partie des capacités de la personne et vont se révéler la plupart du temps inefficaces voir contre productives. C'est ce qui se passe quand on demande expérimentalement à un patient d'être de bonne humeur, de se relaxer ou encore de s'endormir rapidement.

- 1) Lors de la thérapie il est d'abord primordial que le patient parvienne à repérer ses évitements expérientiels. On apprend donc au patient à porter son attention sur la fonction de chacun de ses comportements. Pour cela, le thérapeute l'interroge sur les raisons de ses actions les plus notables, en insistant sur les aspects expérientiels, c'est-à-dire sur ce qu'il a ressenti ou pensé. Une des façons de procéder est de demander au patient de décrire précisément comment il se sentait, quelles étaient ses émotions, ses pensées

et ses sensations avant d'agir, puis de comparer avec la description de ces mêmes paramètres après l'action.

- 2) La seconde étape consiste à aider le patient à faire le bilan de l'efficacité (ou de l'inefficacité) de ses comportements sur les événements psychologiques qu'il cherche à éviter. Il est intéressant de noter que la plupart des tentatives de régulation émotionnelle fonctionne bien à court terme.

A ce stade l'objectif est de faire cheminer le patient vers la conclusion qu'il serait préférable de ne pas lutter contre ce qui lui pose problème.

Une fois l'inutilité et les risques de la lutte mis en évidence avec le patient, il s'agit de l'aider à s'en détacher. L'axe majeur de ce travail repose sur l'acceptation. L'acceptation est souvent comprise comme une résignation, mais il s'agit en fait d'une démarche active. Elle consiste à rechercher activement à recevoir toutes nos émotions, pensées et sensations. Il ne s'agit pas d'un positionnement facile pour le patient et des exemples existent pour mettre en évidence son intérêt. Par exemple les sables mouvants : *« Imaginez que vous tombiez dans les sables mouvants. Quelle serait votre première réaction ? Si vous vous débattiez pour sortir de ces sables mouvants, que va-t-il se passer ? La méthode la plus efficace consiste à s'agiter le moins possible, et à faire en sorte d'avoir le maximum de surface du corps en contact avec le sable mouvant ».*

b. Détermination des valeurs

La démarche d'acceptation que nous avons précédemment décrite n'est pas une fin en elle-même. Elle n'a d'intérêt que si l'énergie et le temps dégagé sont réinvestis pour agir en direction de ce qui compte réellement pour le patient, c'est-à-dire ses valeurs.

La boussole constitue une des métaphores souvent reprises dans l'ACT pour décrire à quoi correspondent les valeurs. Comme la boussole nous indique la direction à suivre, les valeurs représentent les grandes directions de nos vies. Ces dernières ne doivent pas être confondues avec les objectifs à atteindre. On n'atteint jamais une

valeur, et il y a toujours des actions à entreprendre pour aller en direction de ces dernières.

Afin d'aider le patient à réfléchir à ses valeurs, le thérapeute a plusieurs possibilités. Il peut s'appuyer sur des questionnaires, qui pour la plupart, ciblent les grands thèmes de valeur communs à la plupart des individus. Il est également possible d'aborder les valeurs sous l'angle de l'expérience directe des émotions, grâce à des exercices spécifiques limitant le recours à une intellectualisation qui peut s'avérer problématique.

c. Actions engagées

Une fois les valeurs définies, il faut les concrétiser au moyen d'engagements dans l'action. S'engager dans l'action constitue une démarche auto-renforçante dès que l'action choisie est en cohérence avec ce qui est valorisé par le patient. Ici encore, le thérapeute peut éventuellement utiliser des exercices pour favoriser l'engagement dans l'action quand l'acceptation n'est pas suffisante.

d. Défusion

L'ACT repose sur l'idée que de nombreuses difficultés psychologiques sont promues ou maintenues par le langage.

L'une des difficultés que nos patients rencontrent fréquemment est d'être littéralement contrôlés par certaines pensées et de s'engager systématiquement dans les mêmes comportements, bien que cela les éloigne de leurs valeurs. C'est ce que les concepteurs du model ACT appelle la fusion cognitive.

Le terme de fusion cognitive fait référence à un contrôle excessif du langage (incluant les pensées et ce que l'on entend dire) sur les comportements. Dans le paragraphe portant sur la théorie des cadres relationnels nous avons introduit la notion de dérivation de fonction. C'est cette dernière qui nous permet de comprendre comment il est possible d'attribuer des fonctions à n'importe quel événement ou objet au moyen du langage.

Le langage peut cependant transmettre des informations fausses et conduire à faire des erreurs. La fusion cognitive peut être alors source d'une sorte « d'handicap » lorsqu'ils croient leur pensée de façon absolue et éprouvent des difficultés à agir indépendamment d'elles pour se diriger en direction de leurs valeurs.

Car si le langage n'est pas problématique en lui-même, son utilisation pour résoudre les difficultés générées par le langage présente un paradoxe. En effet si le thérapeute travaille avec le patient pour développer ses habilités de défusion en s'appuyant sur des explications verbales, cela reviendrait à promouvoir la fusion cognitive. Pour ces raisons l'ACT adopte une approche dite « expérientielle ».

Différents exercices et métaphores seront donc proposés en entretien. Ces derniers ne visant pas à adopter une nouvelle posture intellectuelle sur l'objet de la souffrance mais à retrouver le contact avec les caractéristiques non langagières de l'environnement. Il ne s'agira pas non plus de mettre à distance les pensées du patient, simplement d'atténuer leurs influences sur ses propres actions.

Un exemple de métaphore utilisé en entretien est : « les passagers du bus ». Dans cette métaphore on amène le patient à concevoir ses pensées, ses émotions et ses sensations comme les passagers d'un bus dont il est lui-même le chauffeur. Parmi les passagers se trouvent des pensées qu'ils apprécient et d'autres pas. Certains passagers crient au chauffeur où ils voudraient aller. Mais c'est le patient qui conduit. Il peut choisir de conduire dans la direction qu'il choisit malgré les invectives des passagers désagréables.

De nombreux exercices ont été décrits par les auteurs. On citera celui qui consiste à modifier la forme d'une pensée pour faciliter la distanciation vis-à-vis du contenu. Lorsque le patient rapporte une pensée difficile, on peut demander par exemple de le dire sous forme de question (« Je suis trop angoissé pour participer » devient « Suis-je trop angoissé pour participer ? »), mais aussi de le dire avec une voix différente, en chantant ou même dans une autre langue.

e. Contact avec le moment présent

Ici l'objectif sera d'accroître l'attention portée sur tout ce qui nous entoure, aussi bien les événements de l'environnement externe que les événements psychologiques. Ce travail permet de développer la capacité du patient à se mettre en contact avec l'instant présent.

Développer les compétences d'observation dans l'instant présent repose en grande partie sur la pratique régulière d'exercices. Ces derniers consistent généralement à observer sensations et pensées, et à ramener son attention sur les perceptions lorsque la pensée conduit spontanément à les analyser.

Les exercices visant à développer les compétences d'observation dans l'instant présent sont nombreux, car ils sont utilisés dans de nombreux modèles thérapeutiques. Ils sont notamment au cœur de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience.

Cependant, les exercices formels ne représentent pas la seule approche. La manière dont le thérapeute conduit l'entretien peut également favoriser le contact avec le moment présent. L'un des leviers les plus efficaces dont le thérapeute dispose est le rythme de sa parole. Plus son rythme sera lent, plus il entrainera avec lui l'attention de son patient sur ce qui se passe dans le présent. Le thérapeute peut également, en lui posant des questions au cours de l'entretien, explorer en détail ce que ressent le patient dans l'instant.

f. Le soi comme contexte des événements psychologiques

Les propriétés du langage ont également un rôle dans la façon dont le patient se perçoit lui-même. Et cette implication dans la définition du soi peut devenir

problématique, quand le patient agit comme si tout ce qu'il pouvait penser ou dire de lui même le définissait totalement.

Il est habituel pour un individu de présenter les principaux attributs qui le caractérise grâce au langage. Se conformer uniquement à une définition verbale de soi par exemple « Je ne suis pas quelqu'un de sociable » risque d'entraîner une limitation du fonctionnement en gouvernant ses actions à venir.

La thérapie ACT vise à aider le patient à s'appréhender comme contexte d'apparition de tous ces événements psychologiques, et non pas comme ces événements eux-mêmes.

L'objectif est de parvenir à dépasser cette conceptualisation de soi rigide. On encourage le patient à ne pas considérer le soi comme un objet, mais comme une perspective, comme une façon d'observer. Cette capacité à observer depuis une perspective qui supprime toutes les expériences vécues permet d'accroître la flexibilité psychologique du patient. Elle entraîne également un sentiment de sécurité qui limite les évitements expérientiels.

Les exercices et métaphores utilisés ici aideront le patient à se différencier de ce qu'ils peuvent penser d'eux-mêmes habituellement. On notera que les définitions rigides cibles de ce travail peuvent aussi bien être positives que négatives.

La métaphore de l'échiquier constitue un classique de la thérapie ACT décrit par Hayes (25). On propose au patient d'imaginer un échiquier sur lequel repose des pièces noires et blanches. Les pièces noires représentent les « mauvaises » émotions et les idées, qui sont l'adversaire des pièces blanches. On discute ensuite avec le patient de la position qu'il aimerait adopter, cette dernière étant généralement de se battre aux côtés de l'équipe blanche. Dans cette métaphore, on amène le patient à s'envisager au niveau de l'échiquier plutôt qu'au niveau des pièces du jeu. Cette perspective permettant au patient d'observer la bataille qui se joue sans être prise par elle.

Nous citerons également l'exemple d'un exercice utilisé en séance: le jeu de rôle. Dans cet exercice, on demande au patient de tirer au hasard un papier dans une boîte. Sur les papiers sont inscrits des descriptions fréquemment formulées par des

patients à propos d'eux-mêmes. (« Je rate tout ce que j'entreprends »). On demande ensuite au patient d'incarner le rôle durant un entretien avec le thérapeute. L'objectif n'est pas de contredire les pensées propres au patient, mais de lui faire prendre conscience de sa capacité à incarner des identités différentes.

IV. RESULTATS

Sur l'ensemble des patients adressé pour l'éducation thérapeutique, quatre ont finalement pu intégrer le programme. Parmi eux, trois patientes purent bénéficier de l'ensemble des séances du programme.

Dans l'ensemble, les séances ont été programmées à une fréquence hebdomadaire. Pour des raisons de disponibilité, un intervalle de 15 jours sépara les séances quatre et cinq. Excepté la première et la dernière session du programme plus courtes (45 minutes), une séance durait en moyenne d'1h30 à 2h sans temps de pause.

Après une présentation des patientes sous forme de cas clinique, nous reviendrons sur les neuf séances du programme en y précisant le déroulement en situation réelle.

A. CAS CLINIQUE NUMERO 1 : MME.L

Madame F est une patiente âgée de 39 ans, souffrant de dépression depuis six ans.

Madame F vit actuellement à Nice avec son fils de 8 ans. Elle est divorcée et travaille comme comptable.

Biographie

Il s'agit d'une patiente née à Antibes, de deux parents d'origine tunisienne immigrés en France dans les années 70. Elle est issue d'une fratrie de quatre, deux sœurs, un frère.

La patiente a grandi au sein du foyer parental à Carros. Enfance qu'elle décrit comme globalement « normale ». Auprès d'un père qu'elle considère comme faible, sous l'emprise de sa mère. Cette dernière étant décrite comme une figure autoritaire et instable parfois violente à l'encontre de ses enfants.

A l'âge de l'adolescence, elle aurait commencé à avoir d'importantes difficultés relationnelles avec sa mère. Leur relation se serait brutalement détériorée quand la

patiente avait 17 ans. Un ami voulant lui faire une plaisanterie aurait fait croire à la patiente qu'elle n'était pas inscrite sur les listes d'admission au baccalauréat. Devant cet échec, la mère de la patiente aurait exprimé une grande satisfaction. Une fois la plaisanterie terminée, l'annonce de l'admission de sa fille l'aurait mis dans un état de colère important et aurait déclenché des réactions d'hétéroagressivité.

Suite à cet épisode, les relations avec la mère se seraient dégradées progressivement. La mère les accusait régulièrement, elle et sa sœur, de vouloir séduire le père et d'entretenir une relation incestueuse. « Elle m'enfermait à la maison, me coupait l'eau chaude quand j'étais sous la douche ».

Sa grande sœur fut un jour sommée de quitter du foyer familial, car elle refusait d'adresser la parole à sa mère. Cette dernière aurait conseillé à madame F, de fuir avec elle. La nuit du départ de sa sœur, madame L, alors âgée de 18 ans prend donc la décision de quitter le domicile parental.

Par la suite, la patiente aurait été hébergée quelques temps chez des amis de la famille. A aurait cumulé des petits emplois dans la restauration rapide avec un BTS avec l'intention d'être expert-comptable. Elle n'aurait pas réussi à cumuler les études avec ses emplois et aurait été forcée d'abandonner le BTS pour s'inscrire à la Faculté.

Premier mariage à l'âge de 21 ans avec un homme tunisien qu'elle décrit comme un individu présentant une jalousie malade. Ils seraient restés 8 ans ensemble mais elle le quitte car il se montrait violent par moment si elle ne rentrait pas à l'heure à la maison.

Madame L rencontre son futur deuxième mari en 2007. Il s'agit d'un agent de la police municipale. Elle est enceinte en 2008.

Décrit également ce mari comme quelqu'un de violent, qui lui faisait peur. Elle explique avoir rapidement eu l'intention de le quitter. Cependant, son mari aurait gardé une forte emprise sur elle. A plusieurs reprises, quand madame L aurait abordé le sujet d'une séparation, elle aurait été victime de coups (fracture du nez) et de menace avec arme à feu.

La patiente serait un jour allée porter plainte au commissariat où il travaillait. Il aurait été désarmé, et par la suite une procédure de divorce aurait été entamée. Sur les conseils de son mari, elle ne se serait pas présentée à l'audience et aurait perdu la garde de son fils durant une année. Elle réussit à réobtenir la garde de son fils un an après.

Antécédents

Antécédents médicaux : Hernie discale / paralysie faciale (chercher le nom de psy) quand elle quitte le foyer familial.

Antécédents psy : épisode dépressif depuis 2011. Il s'agit d'un premier épisode. On ne retrouve pas d'autres antécédents psychiatriques par ailleurs.

Antécédents familiaux : la mère aurait des « difficultés psychologiques ». Il s'agirait d'une personne anxieuse, agressive physiquement et verbalement. Aurait des atcd de tentatives de suicide lors de son deuxième divorce. Cependant la patiente n'a pas connaissance d'un antécédent d'hospitalisation en hôpital psychiatrique ni d'un suivi psychiatrique.

Histoire de la dépression.

Les premiers symptômes apparaissent en 2011. Le début des troubles est contemporain du jugement où madame L perdra la garde de son fils. A cette époque elle décrit au premier plan, des troubles du sommeil qui auraient fait l'objet d'une prescription d'hypnotiques seule par le médecin traitant qui n'aurait pas été efficace. L'humeur de la patiente se serait dégradée de façon insidieuse : « Je ne m'en rendais pas compte. ». En mars 2017, elle décide de consulter un psychiatre à l'hôpital. Elle sera suivie par Dr Renda qui lui prescrira un traitement antidépresseur et anxiolytique.

Venlafaxine 100mg le matin

Seresta 10mg matin et soir

Entretien initial

Cliniquement, il s'agit d'une jeune patiente, présentation soignée, le contact est de bonne qualité, légèrement hypo-syntonie. Ses mimiques expriment un faciès de découragement modéré.

Madame L s'exprime sans difficulté. On note un léger ralentissement ideatoire décelable durant l'entretien.

On retrouve une importante tristesse de l'humeur, évaluée par la patiente à 3/10 sur une échelle numérique, avec la présence d'idées noires passagères. L'anxiété est modérée, seulement occasionnelle. Madame L se plaint également d'une anhédonie modérée et d'un ralentissement marqué le matin où elle éprouve de grandes difficultés à initier les activités routinières.

Concernant les fonctions instinctuelles, on retrouve des difficultés d'endormissement avec réveils nocturne. L'appétit est normal mais elle verbalise des difficultés importantes à avoir des relations sexuelles satisfaisantes.

Ses passe-temps sont le sport en salle, le shopping, le vélo et écouter de la musique. Cependant, elle se plaint de ne pas avoir le temps de faire tout cela au moment où a lieu l'entretien.

Entretien à j90

Lors de la réévaluation, la présentation de Madame L est bien moins soignée. Voire négligée. L'entretien révélera qu'elle se trouve en réalité en arrêt suite à un accident de la voie publique.

Malgré cela, le moral de la patiente est amélioré, évalué par la patiente à 7/10. Elle décrit une disparition des idées pessimistes et des idées suicidaires.

Sur le plan des fonctions instinctuelles, peu d'évolutions sont constatées. Il persiste également une asthénie et une légère anhédonie, mais son activité professionnelle ne semble plus impactée par un ralentissement.

Nom du patient		Madame L		
Dates d'évaluation		J0	J90	
Evaluation : échelles clinique				Pourcentage d'évolution
Echelle de dépression	Beck	15	7	53%
	MADRS	31	17	45%
Echelle de qualité de vie	WHOQOL	63	65	3%
Echelle d'évaluation du fonctionnement	FAST	36	26	33%
Echelle d'observance	MARS	5	6	17%

B. CAS CLINIQUE NUMERO 2 : MME.F

Madame F est une patiente de 40 ans souffrant de dépression récurrente.

Il s'agit d'une patiente domiciliée à Nice, célibataire et sans enfant. Exerçant la profession d'infirmière diplômée d'état au CHU de Nice.

Biographie

La patiente a vécu son enfance dans le foyer parental à Abbeville dans le département de la Somme. Elle est la deuxième d'une fratrie de trois enfants, avec deux ans d'écart entre elle et ses deux frères.

Elle décrit une ambiance de vie « malsaine ». Alors que madame F est âgée de 6 ans, elle se souvient que son grand frère aurait quitté le foyer pour aller s'installer chez la grand-mère maternelle. Cet épisode fait suite au décès du grand-père maternel et constitue un des premiers souvenirs de madame F. Le benjamin de la famille aurait rapidement suivi le même chemin. Madame F se retrouve alors seule avec ses parents dans cette « grande maison qui n'a jamais été faite pour trois enfants »

La patiente explique le départ de ses frères par le fait qu'on ne s'occupait pas d'eux, et qu'ils n'étaient pas assez autonomes notamment pour étudier sans l'aide des parents. La patiente se décrit dans cette période, comme une enfant studieuse mais timide et possédant peu d'amies. Il faut noter à l'époque une certaine forme de stigmatisation à l'école. En effet, le fait que ses frères ne vivent pas sous le même toit qu'elle, aurait fait l'objet de diverses interrogations et rumeurs.

A l'âge de 17 ans, elle aurait été hospitalisée quelques semaines en chirurgie pour une fracture accidentelle du fémur. Au cours de ce séjour hospitalier, la patiente aurait fait des allégations concernant des abus sexuels. Cependant aucune prise en charge sociale notable n'aurait été clairement proposée. Cet épisode constitue un événement marquant pour la patiente qui dit alors perdre confiance dans les institutions.

En 1999, Madame F est diplômée de son école d'infirmière et coupe rapidement les contacts avec la famille. Elle choisit également ce moment pour communiquer ouvertement avec l'ensemble de la famille proche sur les abus sexuels dont elle aurait été victime. Madame F explique n'avoir rien dit avant d'être diplômée car elle avait besoin d'argent et avait peur de compromettre sa formation.

Après avoir quitté le domicile parental, Madame F s'installe dans un appartement avec une colocataire. A cette période, elle adhère également à un club de moto.

Madame F initie en 2000 un premier suivi psychiatrique dans le département de la Somme. Cette prise en charge fait suite à une tentative de suicide par intoxication médicamenteuse volontaire, Madame F refusant d'être hospitalisée en psychiatrie. Le suivi durera deux ans. Durant cette période, elle bénéficiera d'un traitement par Seropram.

En 2003, elle se rapproche d'un ami, adhérent au club de moto qu'elle fréquente. Cet ami aurait été amené à quitter la région pour des raisons professionnelles. Madame F, en quête d'un « nouveau départ » décide d'emménager à Nice et de suivre son ami.

La veille de son départ sur Nice, le père de madame F décède brutalement des suites d'une affection cardiovasculaire. Malgré les sollicitations de sa famille proche, Madame F maintient son départ pour Nice. Elle ne reverra plus sa famille à compter de ce jour.

En 2004 on note une nouvelle dégradation de l'humeur de la patiente et un nouveau suivi psychiatrique sur Nice jusqu'en 2014.

Quatre années après l'arrêt du suivi, madame F souffre d'une nouvelle rechute avec présence d'idées suicidaires courantes. Devant l'altération de son fonctionnement notamment à l'hôpital, elle décide de parler de ses difficultés avec le cadre infirmier de son service qui lui conseille de consulter dans le service de psychiatrie du CHU de Nice.

Un suivi est initié. Un traitement par Norset est introduit devant les troubles du sommeil prédominant. C'est dans ce cadre que le programme d'éducation thérapeutique est proposé à la patiente.

Antécédents

Antécédents médicaux : Migraine traitée par Sanmigran

Antécédents psy : Dépression récurrente évoluant depuis l'adolescence.

Antécédents familiaux : La mère de la patiente décrite par la patiente comme présentant une personnalité « bizarre », « dans son monde » et « simplette ». Madame F pense que sa mère était schizophrène, cependant elle n'aurait jamais bénéficié d'une prise en charge psychiatrique.

Le père de madame F aurait présenté un épisode dépressif en 2000, peu après le départ de sa fille. Il aurait également été hospitalisé en psychiatrie suite à une tentative de suicide.

Entretien initial

Au moment où a lieu le premier entretien, la patiente a initié un suivi depuis 15 jours et bénéficie d'un traitement par Norset.

Le contact est de bonne qualité. La patiente est souriante et ne présente pas de signes de tristesse apparente.

Le discours est cohérent. Marqué d'un fort sentiment de tristesse, avec présence d'idées suicidaires sans projet ni scénario clairement établi. Madame F décrit des idées fréquentes d'auto dépréciation et d'échec, ainsi qu'un net sentiment de lassitude.

La patiente ne semble pas présenter de troubles cognitifs francs. Elle ne se plaint pas de troubles mnésiques ou de difficultés attentionnelles particulières, ce qui lui permet de continuer à exercer sa profession d'infirmière sans grandes difficultés.

La patiente fait état d'angoisses quasi permanentes. Le sommeil est perturbé, marqué par une diminution du temps de sommeil. Avant l'initiation du traitement (Norset), elle décrit des nuits de quatre heures de sommeil en moyenne. Depuis la prise du traitement, les insomnies sont moins importantes. L'appétit est conservé voir augmenté avec des épisodes d'hyperphagie.

La patiente se présente comme «addict» au sexe. Les entretiens permettront d'écarter un diagnostic de réelle addiction mais révéleront en revanche une hypersexualité. La patiente décrit comme une « consommatrice » dans ses relations sexuelles avec principalement des partenaires d'origine africaine. Elle rapporte des difficultés à entretenir des relations sentimentales durables. On soulignera ici qu'un des objectifs principaux de la patiente avant de commencer la prise en charge de groupe est de pouvoir trouver un compagnon stable, « quelqu'un de bien ».

Entretien à j90

Lors de la réévaluation, le contact est d'excellente qualité, syntone. Madame F est habillée et maquillée avec soin. L'expressivité et des mouvements du visage sont normaux.

Son discours est cohérent, normo accélérée. Il n'exprime aucune douleur morale, ni aucune idée pessimiste ou suicidaire. L'intérêt pour l'environnement reste globalement réduit. Elle dit cependant faire preuve de plus de sollicitude et d'intérêt à l'égard de ses collègues de travail et dit éprouver du plaisir à échanger avec ces derniers.

Elle ne décrit pas de difficultés cognitives particulières.

Les fonctions instinctuelles sont préservées. L'appétit et le sommeil sont normaux. La sexualité est décrite comme satisfaisante.

Madame F dit avoir rencontré un homme d'origine vietnamienne dans le club de Moto qu'elle fréquente à nouveau. Madame F dit vouloir inscrire la relation avec cet homme dans la durée. Le niveau d'intimité et de partage avec cet homme serait supérieur à ce qu'elle a connu dans ses relations passées, ce qu'elle juge à la fois légèrement anxiogène et satisfaisant.

Concernant le retour sur le programme, elle juge que la matrice constitue un outil utile, constituant un « petit réflexe quotidien ».

En tant que soignante, Madame F explique qu'elle craignait d'avoir des difficultés à se positionner dans un groupe d'éducation thérapeutique. Avec le recul, elle ne

semble avoir eu aucune difficulté à adopter la position de « patiente », démarche qu'elle juge indispensable pour profiter d'une telle prise en charge.

Madame F fera également part d'un retour positif vis-à-vis des différentes tâches à domicile qui jalonnent le programme. Selon elle, ces dernières pourraient être plus importantes.

Par ailleurs pour des raisons diverses, il se trouve que cette patiente ne bénéficia d'aucun suivi durant la période du programme Envie. Bien que son ordonnance fût renouvelée et qu'elle bénéficiait de la prise en charge de groupe, Madame F insistera sur l'intérêt de poursuivre un suivi individuel en parallèle d'une prise en charge de psychoéducation. Un suivi individuel permettant selon elle « de reprendre ce que le groupe fait ressortir », « On ne peut pas tout dire devant les autres ! »

Nom du patient		Madame F		
		Dates d'évaluation		Pourcentage d'évolution
		J0	J90	
Evaluation : échelles clinique				
Echelle de dépression	Beck	6	1	83%
	MADRS	24	1	96%
Echelle de qualité de vie	WHOQOL	89	113	21%
Echelle d'évaluation du fonctionnement	FAST	22	4	81%
Echelle	MARS	5	5	0%

C. CAS CLINIQUE NUMERO 3 : MME.P

Madame P est une patiente de 55 ans.

Elle est mariée, mère d'un fils unique âgé de 30 ans et travaille comme fonctionnaire de Police, en tant que responsable de cellule des étrangers.

On note dans ses antécédents un premier épisode anxio-dépressif en 1996. Pour lequel elle bénéficiera d'une prise en charge ambulatoire puis de sept semaines d'hospitalisation à l'Hôpital Pasteur.

Aucun antécédent familial n'est retrouvé.

Concernant la prise en charge actuelle, la patiente consulte en 2014 pour un EDC d'intensité initiale sévère, survenu dans un contexte de harcèlement professionnel.

En effet, après un détachement de 4 ans en Guadeloupe, la patiente aurait réintégré en septembre 2013 son poste en France dans des conditions de travail selon elle, difficiles. Elle initie un suivi ambulatoire en février 2014, et commence un traitement antidépresseur par Seroplex rapidement changé pour l'Effexor

Entretien initial

Lors de l'entretien d'évaluation initiale, elle se trouve en congé de longue durée.

L'humeur est basse, avec présence d'idées suicidaires. On retrouve dans le discours un sentiment d'echec ainsi qu'une perte d'espoir.

Madame P décrit une anhedonie, et un ralentissement psychique.

Le sommeil est perturbé avec insomnies et de nombreux rêves où elle se voit victime d'humiliation sur son lieu de travail.

L'appétit est diminué.

Entretien à j90

Lors de l'entretien de réévaluation, Madame P est de bon contact.

On ne note pas de franche évolution concernant son état clinique. L'humeur est toujours basse avec une anhédonie persistante.

En revanche, on constatera une diminution des idées suicidaires, avec un sentiment de culpabilité moins marqué.

Concernant le programme, elle juge l'expérience intéressante. Elle demande cependant à faire partie du prochain groupe d'éducation thérapeutique. Elle justifie sa demande par le fait de ne pas avoir intégré toute les notions "du premier coup". Madame P dit également vouloir rencontrer un autre groupe de patients et notamment bénéficier d'expérience "masculine" de la la dépression.

Nom du patient		Madame P		
		Dates d'évaluation		
		J0	J90	
Evaluation : échelles clinique				Pourcentage d'évolution
Echelle de dépression	Beck	22	20	9%
	MADRS	23	11	52%
Echelle de qualité de vie	WHOQOL	68	79	14%
Echelle d'évaluation du fonctionnement	FAST	40	40	0%
Echelle	MARS	7	9	22%

D. Description des séances

Séance un : "Comment va fonctionner le groupe"

Mise à part le tour de présentation des participantes, cette séance sollicite peu le groupe. Il s'agit principalement d'une session assez informative. Les questions seront également peu nombreuses en fin de séance, nous les avons retranscrites ci-dessous.

"Y a-t-il déjà eu par le passé d'autres groupes de ce type à l'hôpital ?"

"Pourquoi le groupe doit-il s'arrêter au bout de neuf séances?"

"Est-il prévu que le groupe puisse continuer à se retrouver à la fin du programme?"

"Existe-il des degrés de sévérité différents dans la dépression ? Pourra t-on connaître notre degré de sévérité?"

La durée de cette séance se révélera assez courte. Cela fera nettement l'objet d'une remarque de la part d'une participante. Cette dernière ayant posé une demi-journée de congé et regrettant la brièveté de l'intervention.

Séance deux : « Qu'est-ce que la dépression ? »

Les participantes seront attentives, et participeront volontiers durant le remplissage de la matrice. On pourra noter que la première section fut la plus difficile à remplir pour les patientes. La détermination des valeurs fut un travail assez laborieux, notamment pour une participante, persuadée initialement ne pas avoir de valeurs. Avec l'avancement de la séance et l'aide de questions, cette patiente pourra déceler plusieurs éléments à inscrire dans cette section.

Le remplissage de la section inférieure gauche est en revanche plus facile. On notera que les éléments inscrits dans la partie gauche de la matrice correspondent quasiment points par points aux différents symptômes que l'on retrouve dans les classifications de maladie. Selon nous, la comparaison devant les patients de leur travail avec la liste des symptômes de la dépression représente un moment assez fort de cette séance. Elle permet de remettre les difficultés du patient dans le contexte d'une maladie authentique.

Le remplissage du reste du cadran ne représente pas de difficulté particulière. Nous avons retranscrit ci-dessous un exemple de quelques réponses qui ont pu être données par les patientes au cours de cette séance.

<p><i>Boire de l'alcool</i></p> <p>Manger</p> <p>Consommer des médicaments</p> <p>M'isoler</p> <p>Dormir</p> <p>Ruminer</p>	<p>S'inscrire dans un club de moto</p> <p>Faire du sport</p> <p>partager un repas avec la famille</p> <p>Peindre</p>
<p>L'angoisse</p> <p>La peur du regard de l'autre</p> <p>Tristesse et idées noires</p> <p>Honte</p> <p>Perte d'estime de soi</p> <p>Fatigue</p> <p>Manque d'envie</p>	<p>Le partage</p> <p>Le dépassement de soi</p> <p>La liberté</p> <p>Les voyages</p> <p>Etre utile</p>

Le reste du contenu ne sera finalement pas abordé lors de cette séance, la séance ayant déjà, à ce stade, duré plus de deux heures. Il est convenu avec l'ensemble du groupe que le restant sera présenté en début de séance suivante.

Séance trois : « Quelles sont les causes de la dépression ? »

Sur la question inaugurale concernant les différentes causes de dépression, de nombreuses réponses sont données par les patientes. Elles seront dans un second temps classées de la manière suivante :

Les réponses correspondant à des événements de vie : maladies, ruptures sentimentales, deuils, événements professionnels

Les réponses correspondant à un état de fragilité : carences affectives durant la petite enfance, difficultés économiques, maltraitance.

Sur la question de l'hérédité potentielle de la dépression, les patientes se montrent globalement surprises et sceptiques. Selon les participantes, des parents souffrant eux-mêmes de dépression, auront plus de difficultés à élever correctement leurs enfants, ce qui constituerait en soit une vulnérabilité pour l'enfant en question sans que celle-ci soit génétique à proprement parlé.

Cependant au détour de la discussion la plupart des participantes s'accordent sur le fait que les événements de vie ne peuvent pas représenter la seule cause de dépression. Que de nombreuses personnes ont traversé des événements de vie similaires aux leurs sans pour autant présenter de symptômes de dépression.

Séance quatre : « Quelles sont les conséquences de la dépression ? »

La présentation des différentes associations de patients, est accueillie positivement par le groupe. Plusieurs participantes expliquent avoir à un moment ou un autre, cherché à rencontrer d'autres personnes traversant les mêmes difficultés.

Sur les conséquences de la dépression, la discussion s'anime principalement autour des conséquences professionnelles de la dépression. C'est également le point où les ressentis divergent le plus entre les participantes.

Aucune des participantes ne rapporte des difficultés financières. En revanche certaines se diront victimes de comportement de collègues de travail qu'elles perçoivent à ce jour comme de la discrimination.

Sur la question de l'arrêt de travail, les participantes sont partagées. Certaines jugent leur activité professionnelle comme un élément protecteur et étayant. Tandis qu'une participante explique être dans l'incapacité totale d'exercer son métier correctement à cause de la dépression. Les participantes s'accordent globalement sur le fait que tant qu'elles ne se trouvent pas dans des situations d'échec, ou d'inefficacité, leur

activité professionnelle semble un élément plutôt protecteur face aux symptômes de la dépression.

Comment l'entourage vit leur dépression : la majorité des patientes semble vouloir cacher leur maladie à leur entourage notamment sur les lieux du travail : « C'est ma vie privé », « Ca ne les regarde pas » , « Si j'en parle, j'ai peur de mettre les gens mal à l'aise. ».

Séance cinq: « La dépression, une maladie ? »

L'exemple pour introduire les colonnes de Beck, se révélera peu parlant pour les participants. Premièrement car elles auront beaucoup de mal à réfléchir aux pensées qu'elles pourraient avoir si elles étaient d'humeur joyeuse. Deuxièmement les patientes de ce groupe étant des personnes globalement très isolées sur le plan social, elles auront du mal à se reconnaître dans cette mise en situation.

La discussion se concentrera essentiellement sur les relations sociales en elles même. Les participantes auront des difficultés à métacomuniquer sur l'exemple en question. Elles auront du mal à critiquer leurs pensées qui sont souvent des pensées dysfonctionnelles : « Il ne me rappelle pas car il s'en fout de moi. », « Je sais que j'ai raison. ».

Les patientes seront très intéressées par le fait qu'il y ait des différences visibles entre un cerveau de patient dépressif et un cerveau « sain » sur des examens d'imageries fonctionnelles.

Si l'exposé portant sur les conséquences morphologiques corticales et sous corticales semble très anxiogène pour les patientes, elles se retrouvent sur le mode survie du système limbique « J'ai l'impression que je ne fonctionne pas comme les autres. », « Je suis en mode survie. ».

En fin de séance la question suivante est posée au groupe : « Certains d'entre vous ont-ils fait des petits pas depuis la dernière fois ? ». Deux patientes s'expriment. La première dit ne pas avoir eu le temps tandis que la deuxième rapporte de nombreux

efforts mis en place durant sa semaine (fréquentation d'un club de motard, inscription piscine municipale).

Séance six: « Comment puis-je reconnaître mon état ? »

L'idée d'un journal de l'humeur est accueillie avec un léger scepticisme par les patientes. Notamment pour la participante travaillant comme infirmière hospitalière pour qui, l'idée de comparer la mesure des symptômes de la dépression avec d'autres pathologies (cette dernière prenant l'exemple de l'échelle visuelle analogique dans la douleur) était perçue dans un premier temps, comme curieuse.

Après un moment de discussion et notamment après le témoignage d'une patiente utilisant ce type d'outil avec son psychiatre traitant, l'ensemble du groupe se dit favorable à l'utilisation d'un tel outil.

Les biais cognitifs seront abordés en détail avec les patientes dans un premier temps. Ensuite, sous forme de questions réponses, des exemples pratiques de pensées seront proposés aux patientes, ces dernières devant retrouver les biais cognitifs correspondants.

Devant l'importance du contenu prévue pour cette séance, les techniques visant à nuancer les pensées dysfonctionnelles ne seront pas abordées.

Séance sept: « Que puis-je faire ? »

Un rappel de la séance sur les biais cognitifs introduira la séance. Les exercices pour nuancer les pensées dysfonctionnelles seront présentés sous forme de jeux de rôle. Les animateurs joueront tour à tour le rôle de patient en prise à des pensées dites « négatives » tandis qu'il sera demandé aux patients de jouer le rôle d'avocats en défense contre les pensées en question.

Sur la partie concernant les traitements médicamenteux les questions seront nombreuses. On citera quelques-unes à titre d'exemple : « Comment un psychiatre peut-il savoir quel est le bon antidépresseur ? », « Pourquoi certains psychiatres

prescrivent-ils encore de vieux traitements antidépresseurs tels que le Prozac ? », « Le patient ne devient-il pas esclave de son médicament ? ».

Un temps de discussion permettra d'aborder les différentes interrogations du groupe sur le sujet. Notamment sur la question de la dépendance qui occupera la plus grande partie des échanges.

Séance huit: « Améliorer son hygiène de vie »

Le sommeil est un problème pour la majorité des participantes. Les patientes exposent les différentes stratégies qu'elles mettent en place pour parvenir à s'endormir. Il s'agit principalement d'écouter de la musique ou de regarder la télévision. Ces stratégies ne sont pas forcément efficaces. On retrouve principalement des insomnies d'endormissement avec des angoisses liées à l'idée de mal dormir.

Face aux difficultés spécifiques du groupe, cette section sur le sommeil sera l'occasion de présenter aux patientes la technique du contrôle du stimulus. Cette dernière consistant à défaire l'association entre le lit ou la chambre à coucher et l'incapacité à s'endormir.

Différentes consignes sont présentées aux patientes. On recommande de les mettre en application pendant plusieurs semaines d'affilée, afin de constater des effets bénéfiques sur le sommeil.

L'activité physique est un facteur reconnu comme positif par les patientes. Cependant l'appréhension de se confronter à un groupe dans la séance de sport collectif est souvent importante. A la demande d'une participante, une prise en charge avec un infirmier formé pour encadrer des activités de sport adaptées sera débutée à l'issue de cette séance.

Séance neuf: « L'envie de changement »

Cette séance de clôture se déroulera sans particularité. La partie sur la communication avec l'entourage ne fera pas l'objet de grands débats. En revanche on notera une nouvelle fois les réticences importantes des participantes à parler de leur maladie autour d'elles.

La séance se clôturera par un long échange informel, les participantes exprimant leur satisfaction vis a vis de ce groupe. Certaines patientes, partageront également quelques expériences de vies positives, vécues depuis le début de la prise en charge.

V. Discussion

A. Intérêt d'une prise en charge de groupe

La cohésion au sein du groupe est un concept fort et rare tant, pour le patient que pour le soignant. Lors de nos premières rencontres avec les patientes, ces dernières témoignaient d'une réelle difficulté à trouver et à intégrer des prises en charge de groupe. Nous pouvons penser que l'aspect collectif d'un programme de soins répond à une réelle attente pour certains patients dépressifs. Le renforcement des liens sociaux, affaiblis par la pathologie mais également la création d'un sentiment d'appartenance apparaissent comme susceptible de renforcer l'identité du malade.

Le groupe, par les interactions qu'il permet entre participants, augmente également la richesse du contenu. En effet nous avons pu constater, par exemple, l'intérêt de réunir des patientes à des stades différents ou des histoires plus ou moins longues de maladie dépressive. Grâce à cette hétérogénéité, certaines participantes profitaient du regard et de l'expérience de patients avec un vécu plus important de la maladie.

B. Discussion des cas cliniques

1. Madame L présentait un premier épisode d'EDM modéré. En comparaison avec le restant du groupe, il s'agissait de la patiente dont la compréhension de la maladie dépressive était la plus fragile. Ses remarques et questions témoignaient de l'importance des idées reçues qui concerne cette maladie.

Pour cette catégorie de patient, l'éducation thérapeutique nous semble être un outil très intéressant.

Les résultats fournis par l'échelle MARS, évaluant la compliance à un traitement médicamenteux de manière générale, ne permettent pas de mettre en évidence un changement pour cette patiente. Cette échelle généraliste, ne témoigne donc pas de la réalité clinique observée durant l'éducation thérapeutique et à l'occasion de l'entretien de réévaluation. En effet, Madame L, avait de nombreux a priori sur les

traitements antidépresseurs. Bien qu'elle se fut observante avant la prise en charge de groupe, elle se montrait également très anxieuse vis-à-vis des nombreux effets secondaires qu'elle prêtait au traitement (risque de démence, d'addiction...). A l'entretien de réévaluation, Madame L exprimera le fait qu'elle ne présente plus aucune angoisse vis-à-vis du traitement.

Les contenus les plus marquants pour Madame L se révéleront être les séances consacrées à l'étude de la dépression en tant que maladie et la séance sur les causes et les traitements. En revanche, bien qu'elle dise avoir apprécié les séances centrées sur l'utilisation de la matrice, elle ne semble pas utiliser cet outil au quotidien.

2. Madame F présentait un épisode dépressif sur une personnalité pathologique sous-jacente de type Borderline.

Concernant la symptomatologie dépressive, les évaluations cliniques avant et après notre intervention témoigne d'une rémission clinique quasi-totale. Ces résultats doivent néanmoins être remis dans le contexte de l'histoire de la patiente. En effet au moment de la première évaluation de Madame F, un traitement antidépresseur venait d'être instauré (15 jours auparavant). A ce moment de la prise en charge, l'entretien d'évaluation révélait déjà une réponse clinique significative. Il est donc difficile de discriminer l'effet de chaque intervention sur l'amélioration de cette patiente.

Concernant le trouble de la personnalité de Madame F, la thérapie ACT est aujourd'hui un outil reconnu comme efficace dans la prise en charge. Ainsi dans notre expérience de l'animation de ce groupe d'éducation thérapeutique, nous avons constaté que la présence de comorbidité psychiatrique de type trouble de la personnalité n'entravait pas son fonctionnement. Au contraire, la matrice est un outil utilisé en clinique quotidienne dans le trouble borderline. Il permet de travailler spécifiquement sur la régulation des émotions et sur l'établissement de relations interpersonnelles. (27)

3. Madame P était la doyenne du groupe. Elle souffrait d'une dépression récurrente. Son expérience et sa capacité de détachement était des éléments appréciables dans

le groupe. Son humour aura sans doute participé à l'ambiance de travail décontractée qui régnait dans nos séances. Cependant, Madame M est la patiente qui a probablement tiré le moins profit de la prise en charge, notamment des aspects purement informatifs. Il s'agissait de la patiente qui semblait s'investir le moins dans les tâches à domicile.

C. Originalité de l'approche ACT

La thérapie ACT, si elle s'inscrit dans la tradition scientifique des TCC, ouvre à la fois des perspectives nouvelles sur des questions qui ont pu être négligées jusque-là par les modèles théoriques de psychothérapie. On retiendra par exemple ses relations avec l'axiologie, la philosophie des valeurs.

Si une valeur peut être partagée par un groupe, on admettra volontiers que c'est auprès de l'individu, que l'on pourra mesurer l'estime qu'il accorde à telle ou telle chose. Certaines choses auront de la valeur aux yeux d'un sujet (la justice, le courage, la créativité), d'autres, non.

Que l'on se place du point de vue du philosophe humaniste, pour qui les valeurs sont un acte de préférence, une possibilité du choix de sa destinée ou du point de vue des théories absolutistes, selon lesquelles toute valeur particulière est une participation de la valeur absolue et suprême, les valeurs nous renseignent sur les désirs d'un sujet dans ce qu'il a de plus profond.

Les valeurs sont donc des données accessibles qui nous renseignent sur la manière dont un individu souhaite interagir avec le monde. Elles représentent un des leviers important dans la thérapie ACT, en cela elle correspond bien aux objectifs d'un programme d'éducation thérapeutique qui met l'accent sur l'autonomie du participant et prend en compte ses besoins et objectifs propres. En effet si l'on se réfère aux racines du mot autonomie: *auto* (soi-même par opposition à l'autre) et *nomos* (la règle) être autonome signifie alors se gouverner selon ses propres règles. On imagine alors mal qu'un programme sensé promouvoir l'autonomie, ne s'attarde pas sur les valeurs des participants. (28)

L'originalité de l'approche ACT tient également au fait qu'elle aborde la pathologie psychiatrique de façon trans-nosographique. Comme nous l'avons expliqué précédemment, la thérapie ACT considère que les mécanismes d'évitements expérientiels sont présents dans une grande variété de syndromes et qu'ils peuvent constituer une cible fonctionnelle de prise en charge des troubles psychologiques. En ce sens, elle est particulièrement intéressante à utiliser dans une approche groupale, où l'on constatera inévitablement une diversité de comorbidité psychiatrique (coexistence d'addiction, de troubles de la personnalité, de troubles anxieux). Dans notre expérience de ce programme d'éducation thérapeutique nous avons particulièrement apprécié le fait qu'il soit adaptable à une grande diversité de problématiques. Notamment, grâce à l'utilisation de la « matrice ACT » qui permet d'appréhender chaque difficulté du patient en fonction de son fonctionnement psychique et des valeurs qui lui sont propres.

D. Analyse des limites

L'absence de groupe contrôle et la taille réduite du groupe de patients inclus ne permettent pas une analyse statistique à proprement parlé de l'efficacité de ce programme de psychoéducation.

Plusieurs éléments permettent d'expliquer les difficultés du recrutement pour ce genre de prise en charge.

En premier lieu, la prise en charge devait nécessairement débiter au même moment pour tous les patients du groupe. Le prolongement de la période d'inclusion sur plusieurs mois eut comme conséquences la perte d'intérêt de plusieurs patients pour le programme de psychoéducation. En effet, certains patients voyaient leur état s'améliorer grâce à leur suivi et leur traitement médicamenteux. Dans quelques autres situations les patients s'étaient, entre temps, tournés vers d'autres formes de prise en charge (Hypnose, Thérapies cognitivo-comportementales) et ne souhaitaient pas cumuler les interventions.

L'aspect collectif de la prise en charge était également un élément décourageant pour de nombreux patients. Pour ceux qui présentaient une symptomatologie sévère,

l'isolement social, l'apragmatisme et l'anxiété étaient clairement des obstacles à la participation.

Malgré le courrier électronique et les appels téléphoniques aux psychiatres libéraux et hospitaliers du département, peu de patients ont été adressés pour le groupe d'éducation thérapeutique. On soulignera également la réticence de nombreux praticiens libéraux. Plusieurs psychiatres ont exprimé leur méfiance vis-à-vis du CHU de Nice, pensant qu'ils ne reverraient plus leurs patients au cabinet une fois le groupe terminé. La méfiance des praticiens concernait également la psychoéducation en elle-même qu'ils jugent non adaptée aux maladies psychiatriques.

Par ailleurs, on pourrait discuter les pratiques d'évaluations de l'éducation thérapeutique, ces dernières étant naturellement marquées par les méthodes de la médecine « factuelle ». L'utilisation de critères cliniques dans les échelles d'évaluations est évidemment précieuse pour déceler l'amélioration d'un patient. Cette mesure permet d'inscrire l'éducation thérapeutique dans le paradigme de *evidence based medicine*, essentielle pour promouvoir l'utilité d'un tel outil. Cependant cette approche ne permet pas d'évaluer certains objectifs d'apprentissages spécifiques, négociés avec le patient. En effet les critères d'évaluations reprennent nécessairement des notions générales, qui concernent le plus grand nombre d'individu.

Conclusion

Nous nous sommes intéressés dans ce travail à la dépression unipolaire, maladie particulièrement fréquente et responsable d'un important retentissement personnel et social.

Si une amélioration est souvent observée grâce à la psychothérapie et au traitement médicamenteux, une rémission totale n'est observée que pour une petite partie des individus traités. L'utilisation de stratégies thérapeutiques complémentaires est donc nécessaire.

Les programmes de psychoéducation ont montré leur efficacité dans la prévention des rechutes de différents troubles mentaux. Ils sont fortement recommandés pour cibler les problèmes d'adhésion aux soins, ils inscrivent le patient dans une démarche active d'acquisition de connaissance, et présentent un faible coût (tout soignant en santé mentale pouvant être animateur de groupe d'éducation thérapeutique). Bien que les recommandations internationales mettent en évidence l'intérêt de l'utilisation de programme de psychoéducation dans l'EDM unipolaire, il n'existe pas à ce jour de programme francophone validé dans notre pays.

Cette forme de prise en charge de la dépression et notamment le programme ENVIE, a suscité notre intérêt.

Notre objectif n'était pas de démontrer l'efficacité du programme d'éducation thérapeutique. Au cours de notre travail, nous avons pu positionner la question de l'éducation thérapeutique en psychiatrie, nouveau style de travail et d'échange avec le patient. Notre travail visait également à présenter le programme ENVIE, et d'en expliquer les bases théoriques notamment la thérapie d'acceptation et d'engagement, point de vue innovant sur la prise en charge de la pathologie mentale. Pour finir, nous avons pu décrire notre expérience du groupe de psychoéducation au travers de plusieurs cas cliniques.

La pratique de ce programme de psychoéducation nous est apparue comme une expérience à la fois inhabituelle, enrichissante et innovante. Les participants au

même titre que les animateurs ont pu souligner le caractère positif de cette expérience.

La réalisation d'études randomisées et contrôlées permettra de prouver l'efficacité de ce genre de stratégie et de permettre sa démocratisation.

REFERENCES

1. Lemperière T. Aspects évolutifs de la dépression. Paris: Acanthe.; 1997.
2. Wittchen H-U, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol.* août 2005;15(4):357-76.
3. Lopez AD, Murray CC. The global burden of disease, 1990-2020. *Nat Med.* nov 1998;4(11):1241-3.
4. Granados D, Lefranc A, Reiter R, Grémy I, Spira A. [Disability-adjusted life years: an instrument for defining public health priorities?]. *Rev Epidemiol Sante Publique.* avr 2005;53(2):111-25.
5. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. Global and regional burden of disease and risk factors, 2001: systematic analysis of population health data. *Lancet Lond Engl.* 27 mai 2006;367(9524):1747-57.
6. Arroll B, Macgillivray S, Ogston S, Reid I, Sullivan F, Williams B, et al. Efficacy and tolerability of tricyclic antidepressants and SSRIs compared with placebo for treatment of depression in primary care: a meta-analysis. *Ann Fam Med.* oct 2005;3(5):449-56.
7. Gopinath S, Katon WJ, Russo JE, Ludman EJ. Clinical factors associated with relapse in primary care patients with chronic or recurrent depression. *J Affect Disord.* août 2007;101(1-3):57-63.
8. Sinyor M, Schaffer A, Levitt A. The sequenced treatment alternatives to relieve depression (STAR*D) trial: a review. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr.* mars 2010;55(3):126-35.
9. Miller LV, Goldstein J. More efficient care of diabetic patients in a county-hospital setting. *N Engl J Med.* 29 juin 1972;286(26):1388-91.
10. Golay A, Lager G, Chambouleyron M, Carrard I, Lasserre-Moutet A. Therapeutic education of diabetic patients. *Diabetes Metab Res Rev.* avr 2008;24(3):192-6.
11. Bonino S. *Vivre la maladie: ces liens qui me rattachent à la vie.* Bruxelles: De Boeck; 2008.
12. Ryan RM. Control and information in the intrapersonal sphere: An extension of cognitive evaluation theory. *J Pers Soc Psychol.* 1982;43(3):450-61.
13. Ryan null, Deci null. Intrinsic and Extrinsic Motivations: Classic Definitions and New Directions. *Contemp Educ Psychol.* janv 2000;25(1):54-67.

14. Perry A, Tarrier N, Morriss R, McCarthy E, Limb K. Randomised controlled trial of efficacy of teaching patients with bipolar disorder to identify early symptoms of relapse and obtain treatment. *BMJ*. 16 janv 1999;318(7177):149- 53.
15. Colom F, Vieta E, Martinez-Aran A, Reinares M, Goikolea JM, Benabarre A, et al. A randomized trial on the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry*. avr 2003;60(4):402- 7.
16. Quintilla Y, Pelissolo A. *Thérapeutiques en psychiatrie: théories et applications cliniques*. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2015.
17. Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*. 15 juin 2011;(6):CD002831.
18. Valladier E, Willard D, Romo L, Hodé Y, Morvan Y. [Depression in relatives of patients with schizophrenia: 8-month longitudinal outcome of ProFamille Program]. *L'Encephale*. 7 janv 2017;
19. Cuijpers P, Muñoz RF, Clarke GN, Lewinsohn PM. Psychoeducational treatment and prevention of depression: The « coping with depression » course thirty years later. *Clin Psychol Rev*. juill 2009;29(5):449- 58.
20. Follette VM, Hayes SC, Linehan M. *Mindfulness and acceptance: expanding the cognitive-behavioral tradition*. New York: Guilford Press; 2011.
21. Sidman M. Equivalence relations and behavior: an introductory tutorial. *Anal Verbal Behav*. 2009;25:5- 17.
22. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol*. 1996;64(6):1152- 68.
23. Wenzlaff RM, Wegner DM. Thought suppression. *Annu Rev Psychol*. 2000;51:59- 91.
24. Gaudio BA. Ost's (2008) methodological comparison of clinical trials of acceptance and commitment therapy versus cognitive behavior therapy: Matching apples with oranges? *Behav Res Ther*. déc 2009;47(12):1066- 70.
25. Hayes SC, Levin ME, Plumb-Villardaga J, Villatte JL, Pistorello J. Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther*. juin 2013;44(2):180- 98.
26. Monestes J-L, Vialatte M. *La thérapie d'acceptation et d'engagement*. Elsevier Masson. (Pratiques en psychothérapie).
27. Ducasse D, Brand-Arpon V. *Borderline: cahier pratique de thérapie à domicile*. 2017.

28. Houpe J-P. De Néandertal à l'éducation thérapeutique. Rev Médecine Interne. août 2009;30(8):727-31.

Serment d'hypocrate

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me le demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque. »

RESUME

Le trouble dépressif est une pathologie fréquente et associé à une importante morbidité et mortalité. Le trouble dépressif constitue également un importante charge dans les coûts de soins de santé. D'ici 2020, la dépression unipolaire devrait passer à la seconde place des maladies responsables d'invalidité, derrière les maladies cardiaques ischémiques mais devant les accidents de la route.

La dépression unipolaire peut être considérée comme une maladie chronique et on estime qu'un grande majorité de patient déprimés subiront une rechute. Par ailleurs, une rémission totale n'est observée que pour une petite partie des individus traités par antidépresseurs.

Littérature et recommandations insistent aujourd'hui sur l'intérêt d'associer aux prise en charges traditionnelles des alternatives telle que l'éducation thérapeutique. Les programmes psychoéducatifs ciblent les facteurs associés à un risque significativement plus élevé de la rechute: la mauvaise adhésion aux médicaments et un faible auto-efficacité dans la gestion de la maladie.

A ce jour aucun programme d'éducation thérapeutique n'a encore été validé en France. Nous proposons d'expérimenter le premier programme psychoéducatif français pour la dépression: "ENVIE". L'intervention du groupe comprend 9 séances hebdomadaires. Son but est d'éduquer les patients sur les dernières connaissances concernant la dépression par des séances didactiques et interactives. Les patients expérimenteront les méthodes thérapeutiques innovantes de la thérapie ACT pour faire face notamment aux symptômes dépressifs et orienter leurs action d'avantage vers leurs valeurs.

Notre expérience de ce programme d'éducation thérapeutique se révélera positive, elle sera marqué par une large satisfaction de la part des soignant et des patients. Cette expérience souligne donc l'intérêt de programme d'éducation thérapeutique, dans la perspective d'une validation et d'une utilisation plus large.