



**HAL**  
open science

# Impact du programme de psychoéducation ENVIE sur le rétablissement de patients dépressifs unipolaires

Anne-Laure Weill

► **To cite this version:**

Anne-Laure Weill. Impact du programme de psychoéducation ENVIE sur le rétablissement de patients dépressifs unipolaires. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02320228

**HAL Id: dumas-02320228**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02320228>**

Submitted on 18 Oct 2019

**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.

Faculté de Médecine

**THESE D'EXERCICE EN MEDECINE**

**IMPACT DU PROGRAMME DE PSYCHOEDUCATION ENVIE SUR LE  
RETABLISSEMENT DE PATIENTS DEPRESSIFS UNIPOLAIRES  
Et étude préliminaire de corrélation de l'échelle de rétablissement utilisée avec des  
échelles cliniques validées**

Présentée et soutenue publiquement le 27 juin 2019 à Nice

Par

WEILL Anne-Laure

Née le 24 janvier 1991 à Châlons-sur-Marne

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

JURY :

**Président du Jury** : Monsieur le Professeur Michel BENOIT

**Assesseur** : Monsieur le Professeur Guy DAR COURT

**Assesseur** : Monsieur le Professeur Christian PRADIER

**Assesseur** : Madame le Docteur Mélanie ANTONINI

**Directeur de Thèse** : Monsieur le Docteur Bruno GIORDANA



Faculté de Médecine

**THESE D'EXERCICE EN MEDECINE**

**IMPACT DU PROGRAMME DE PSYCHOEDUCATION ENVIE SUR LE  
RETABLISSEMENT DE PATIENTS DEPRESSIFS UNIPOLAIRES  
Et étude préliminaire de corrélation de l'échelle de rétablissement utilisée avec des  
échelles cliniques validées**

Présentée et soutenue publiquement le 27 juin 2019 à Nice

Par

WEILL Anne-Laure

Née le 24 janvier 1991 à Châlons-sur-Marne

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

JURY :

**Président du Jury** : Monsieur le Professeur Michel BENOIT

**Assesseur** : Monsieur le Professeur Guy DAR COURT

**Assesseur** : Monsieur le Professeur Christian PRADIER

**Assesseur** : Madame le Docteur Mélanie ANTONINI

**Directeur de Thèse** : Monsieur le Docteur Bruno GIORDANA

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen

Pr. BAQUÉ Patrick

Vice-doyens

Pédagogie

Pr. ALUNNI Véronique

Recherche

Pr. DELLAMONICA Jean

Etudiants

M. JOUAN Robin

Chargé de mission projet Campus

Pr. PAQUIS Philippe

Conservateur de la bibliothèque

Mme AMSELLE Danièle

Directrice administrative des services

Mme CALLEA Isabelle

Doyens Honoraires

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (51.04)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
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.	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 enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	LEVRAUT Jacques	Médecine d'urgence (48.05)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
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)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

Mme	ALUNNI Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	ANTY Rodolphe	Gastro-entérologie (52.01)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophthalmologie (55.02)
Mme	BANNWARTH Sylvie	Génétique (47.04)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BOZEC Alexandre	ORL- Cancérologie (47.02)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	CLUZEAU Thomas	Hématologie (47.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	GIOVANNINI-CHAMI Lisa	Pédiatrie (54.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Méd. In ; Gériatrie (53.01)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	ILIE Marius	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
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)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	AMBROSETTI Damien	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BRONSARD Nicolas	Anatomie Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (42.01)
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	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	LONG-MIRA Elodie	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	MAGNIÉ Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MOCERI Pamela	Cardiologie (51.02)
M.	MONTAUDIE Henri	Dermatologie (50.03)
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)
M.	SAVOLDELLI Charles	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie (55.03)
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 enseignants au 1er septembre 2018 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

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)  
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)  
M. GASPERINI Fabrice Médecine Générale (53.03)  
M. HOGU Nicolas Médecine Générale (53.03)

Liste des enseignants au 1er septembre 2018 à la Faculté de Médecine de Nice

Constitution du jury en qualité de 4ème membre

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. GASTAUD Pierre
M. BALAS Daniel	M. GÉRARD Jean-Pierre
M. BATT Michel	M. GILLET Jean-Yves
M. BLAIVE Bruno	M. GRELLIER Patrick
M. BOQUET Patrice	M. GRIMAUD Dominique
M. BOURGEON André	M. JOURDAN Jacques
M. BOUTTÉ Patrick	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LAZDUNSKI Michel
Mme BUSSIERE Françoise	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. CAMOUS Jean-Pierre	M. LE FICHOUX Yves
M. CANIVET Bertrand	Mme LEBRETON Elisabeth
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. DAR COURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DELMONT Jean	M. PRINGUEY Dominique
M. DEMARD François	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DESNUELLE Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. DOLISI Claude	M. TOUBOL Jacques
Mme EULLER-ZIEGLER Liana	M. TRAN Dinh Khiem
M . FRANCO Alain	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. FREYCHET Pierre	M. ZIEGLER Gérard

M.C.U. Honoraires

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

## **REMERCIEMENTS**

Monsieur le Professeur Michel BENOIT,

Vous m'avez fait l'honneur de présider mon jury.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez témoigné à mon travail, ainsi que pour votre disponibilité pour vos internes et votre soutien. Vous avez su répondre présent lorsque j'avais besoin d'être guidée, et votre souci d'excellence m'a beaucoup motivée à améliorer mon travail de thèse.

Veillez trouver l'assurance de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Guy DAR COURT,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury.

Je vous remercie d'avoir accepté de porter votre regard sur mon travail, ainsi que pour le savoir que vous m'avez apporté lors de vos séminaires en première année d'internat, qui m'a permis d'entrevoir ma spécialité d'une autre manière.

Pour cela je tiens à vous exprimer ma profonde admiration.

Monsieur le Professeur Christian PRADIER,

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury.

Je vous remercie de l'intérêt que vous avez pu porter à mon travail de thèse et de permettre ainsi l'articulation entre les deux belles spécialités que sont la Santé Publique et la Psychiatrie.

Veillez trouver ici l'expression de ma profonde considération.

Madame le Docteur Mélanie ANTONINI,

Mélanie, tu me fais l'immense plaisir de participer à ce jury.

Ta présence dans mon jury de thèse est hautement symbolique pour moi. Quand j'ai démarré mon cursus à Nice, tu terminais le tien. Pleine de conseils avisés, toujours disponible et optimiste, tes qualités humaines et ta bienveillance font de toi une compagnie formidable, et c'est avec un plaisir non dissimulé que je regarde l'avenir et notre future collaboration professionnelle et amicale. J'ai également une pensée pour Martine, qui faisait partie à l'époque de ton jury de thèse en étant ta chef de pôle d'interne et de future sénior. La boucle est bouclée.

Monsieur le Docteur Bruno GIORDANA,

Bruno, merci d'avoir accepté de diriger ma thèse.

Je n'ai jamais envisagé un autre directeur de thèse que toi et ce, depuis le premier cours où j'ai été impressionnée par tes qualités d'éloquence, ta pédagogie et ton amour communicatif pour notre spécialité. Même si j'ai souvent eu beaucoup de stress suite à nos rendez-vous manqués, tu as su m'encourager et tes précieux conseils et ton optimisme communicatif m'ont transmis l'énergie nécessaire à ce résultat. Je suis très fière d'avoir pu travailler avec toi.

Aux équipes et aux chefs qui ont partagé ma vie professionnelle lors de mes différents semestres d'internat ;

A l'équipe de Saint-Louis et du PSRP, Pierrick, Maria, Emilie, Sabrina, Sylvianne, Dr André, Dr Fouchet bien sûr, Chloé et les autres, qui m'ont accueillie à mon arrivée sur Nice quand j'étais une bébé-docteur déracinée et que j'ai retrouvé pour ma dernière année d'internat, et je l'espère, pour la suite.

A l'équipe de Saint-Amédée, Vivien, Sophie, Maud, Hamid, Marinette, Nicole, Mymy, et les autres, travailler avec vous m'a montré comment pouvait rouler un service avec une équipe soudée. Chaque jour à vos côtés m'a donné l'impression de travailler en famille et j'ai passé six mois à venir avec plaisir le matin et à faire traîner mes départs le soir. C'est toujours un bonheur de vous revoir.

Aux deux femmes exceptionnelles que sont Mesdames les Docteurs Graziella Leali et Cornelia Pripis. Pour votre immense bienveillance, la qualité de votre formation et votre gentillesse, je n'aurais pu rêver meilleures séniors et soutiens lors de cette année difficile de pédopsychiatrie.

A l'équipe de Sainte-Lucie, ma bouffée d'oxygène par la suite, Julie-Joulaille, ma Lorena, Audrey, Jean-Luc, mais aussi Marion, Hermi, Bri, Shirley, Sandra... Merci pour votre bonne humeur et tous les bons moments passés, dans le service et en dehors.

A l'équipe d'addictologie, feu Saint-Christophe, Nassima, Sara, Nathalie, Carine et tous les autres, encore un semestre dans la bonne humeur, merci pour le cadeau de fin de semestre (vous n'avez rien compris à l'addictologie !). A Mimi et Antoine, la team de choc du CSAPA, qui m'accueillent encore aujourd'hui pour le café en air-cheval et les sessions radio-gaga. Merci pour tous ces fou-rires le midi et pour votre soutien à une période de ma vie qui a été compliquée. A toi, Madame le Docteur Florence Bausola, tu auras ta partie spéciale après, car tu occupes une place particulière dans mon cœur. A Monsieur le Docteur Jean-Paul Orth, merci

pour votre disponibilité, vos conseils avisés et votre soutien sans faille lors de ces semestres dans votre pôle.

A l'équipe de l'ATP, merci pour ce semestre mais pas merci pour les déjeuners, les gâteaux et les chocolats, je n'ai jamais pris autant de poids lors d'un semestre d'internat ! A Monsieur le Docteur Romain Sassus, merci pour les fou-rires en entretien, les conseils et pour ton soutien et ton professionnalisme, quoiqu'on en dise malgré ta tenue vertébrale ! Et bien sûr, à la Fédé ! Mathieu, Zou, Cynthia, Benoît, Christophe, M-C, Anne, Nadine, vous m'avez fait découvrir une autre facette de la psychiatrie dans une ambiance plus qu'accueillante. A Noémie-Noémille et Nathalie, aujourd'hui mes amies, merci pour votre coaching 3615, nos coups de fil dans le bain, les résumés de jardinage et les apéros de cup-girls.

A mes co-internes. Laura et Margaux, pour la merveilleuse amitié que nous avons développée ; on en a fait du chemin, des congrès, des goûters, des brunchs, des rires, des pleurs, et maintenant des thèses et des bébés ! A Isa, Loris, J-B pour ce premier semestre de fou, longue vie aux babyfoots, mention spéciale pour toi Louis, Monsieur le Docteur Lambelin, mon co-interne, puis mon chef, un soutien précieux et une grande aide quand j'ai bataillé avec mon plan ! Grosse pensée pour Gégé la poulpy, longue vie à la Réunion, pour Robin et ses blagues foireuses, Audrey et ses conseils juridiques ! Et tous les autres, Ariane, Aude, Camille, Vitto, Julia, Kevin, Anthony, Lulu, les deux Célines, Izza, Marie, Ailsa et j'en oublie !

A mes amis à Reims, Paris et ailleurs, Issam, Baptiste, Loulou et Nico, Yoda, le temps passe et les vrais restent.

Aux copains de l'internat, à Pascale bien-sûr, la maman des internes, à Marie, ma belette, Alexiane et Yann, Fanou et les autres, pour la découverte de Nice et de ses soirées. A Nico et Chick, mes deux rascasses, les colocs de la mort, pour toutes nos soirées, nos échanges de musiques, nos voyages, nos excès, j'espère vous recroiser bientôt.

A mon amie Florence, Madame le Docteur Bausola, Flo, Floflo. Quel bonheur de t'avoir rencontrée au cours de mon internat. Comme quoi, la vie fait bien les choses, on s'est croisées de Nice à Reims mais on aura fini par se trouver. Je n'aurais que deux choses à te dire : cette amitié est quand même énorme, et s'il te plaît, n'accouche pas comme une girafe, mais fait le vite, qu'on puisse reprendre l'apéro.

A Maxime, Maxou, Max, Monsieur le Docteur en haricots verts, mon pampmousse. Que dire. Te rencontrer à Sainte-Marie a ensoleillé mon internat et va continuer à ensoleiller mon quotidien je l'espère. A nos fou-rires désadaptés au self, à tes mimes gênants, à tes dabs, aux camemberts au four, au partage de cerveau et aux briquets mal placés. Merci de me donner ton pamplemousse tous les midis, les vitamines m'ont sûrement aidée pour la thèse.

A Alban, pour ces deux ans partagés. Si aujourd'hui nos chemins se sont séparés, cela ne ternit en rien les souvenirs que je conserve. Puisses-tu trouver le bonheur que tu cherches à Paris et révolutionner l'aéronautique internationale comme un bon Docteur Bébi.

Bryan, Brybry, tu n'aimes pas les compliments je ferai donc court (selon ma définition). Merci pour ton soutien sans faille depuis que l'on s'est rencontrés. A l'hébergement pour l'argent, à notre futur voilier, aux treks, à la caravane gitane en bois et aux enfants roux à strabisme dedans, et surtout à l'osmose et aux nombreuses aventures qui nous attendent. Pour le reste, toi-même tu sais, chaque biscotte a son beurre.

A Coralie, Coco, ma coquille. Sans toi, ma vie ne serait pas la même. Tu es ma plus belle histoire d'amitié, mon évidence. Merci pour ta présence à mes côtés chaque jour depuis cinq ans, merci au cosmos de nous avoir donné une symbiose d'envies et d'humeurs, merci pour toutes ces heures, que dis-je, ces jours à discuter, pour ta patience dans mes moments de doute, pour ton soutien sans faille, merci de m'avoir suivie à Nice après un an à distance. Tu es la sœur que j'ai choisie. A notre futur au soleil.

Pour finir, à mes parents. Pour votre amour inconditionnel et votre soutien indéfectible depuis 28 ans. Sans vous, rien de tout cela n'aurait été possible. Pour avoir su répondre présents à chaque difficulté, pour avoir été là quand j'ai traversé des moments difficiles, pour avoir toléré des périodes où la communication était particulièrement compliquée, sans jamais me faire sentir désaimée, pour vos encouragements lors de ce long cursus, pour avoir respecté mon choix de partir à l'autre bout de la France. Papa, l'expression des sentiments qui nous lient se cache souvent derrière une certaine pudeur, mais sache que tu n'as jamais cessé d'être mon héros toutes ces années. Maman, je n'aurais pu rêver une meilleure mère, aimante, attentionnée, courageuse, j'espère être un jour à la hauteur, ne serait-ce que de la moitié de tout ce que tu m'as donné. Vous avez fait de moi la personne que je suis, je vous aime, et j'espère vous rendre fiers.

Pour finir, à tous les patients qui m'ont marquée, chacun à leur façon et m'ont permis d'évoluer dans ma pratique de la psychiatrie et d'améliorer chaque jour un peu plus mon expérience.

# **TABLE DES MATIERES**

1	INTRODUCTION.....	18
2	ASSISES THEORIQUES .....	20
2.1	La dépression .....	20
2.1.1	Généralités cliniques .....	20
2.1.2	Thérapeutiques .....	22
2.1.3	Une pathologie fréquente .....	24
2.1.4	Une pathologie grave .....	25
2.1.5	Une pathologie coûteuse .....	26
2.1.6	Limites actuelles et objectifs pour l’avenir .....	27
2.2	Le rétablissement .....	28
2.2.1	Définitions .....	28
2.2.2	Une cristallisation de principes fondamentaux .....	30
2.2.3	Intérêts en pratique clinique .....	32
2.2.4	Echelle de rétablissement STORI .....	33
2.2.4.1	Naissance .....	33
2.2.4.2	Description .....	35
2.2.4.3	Cotation des scores.....	36
2.2.5	Rétablissement dans la dépression .....	37
2.3	La psychoéducation.....	38
2.3.1	Généralités.....	38
2.3.2	Objectifs et contenu.....	40
2.3.3	L’éducation thérapeutique en psychiatrie .....	41
2.3.4	L’éducation thérapeutique dans la dépression .....	43
2.4	Présentation des outils utilisés dans notre travail de thèse.....	44

2.4.1	Programme de psychoéducation ENVIE.....	44
2.4.1.1	Intérêts et objectifs .....	44
2.4.1.2	Bases théoriques de TCC .....	45
2.4.1.3	Contenu du programme .....	50
2.4.2	Protocole de recherche clinique PURE .....	53
3	TRAVAIL DE THESE .....	55
3.1	Matériel et méthodes.....	55
3.1.1	De notre hypothèse principale.....	55
3.1.2	De l'étude préliminaire.....	57
3.2	Résultats .....	58
3.2.1	De l'étude préliminaire.....	58
3.2.2	De notre hypothèse principale.....	62
3.2.2.1	Objectif principal .....	64
3.2.2.2	Objectifs secondaires .....	65
3.3	Discussion.....	68
3.3.1	Concernant l'hypothèse principale.....	68
3.3.1.1	Rappel des résultats .....	68
3.3.1.2	Les patients inclus .....	69
3.3.1.3	Les critères de jugement .....	71
3.3.1.4	Le protocole PURE .....	74
3.3.1.5	Le programme ENVIE .....	74
3.3.2	Concernant l'étude préliminaire.....	76
3.3.2.1	Rappel des résultats .....	76
3.3.2.2	Les patients inclus .....	77
3.3.2.3	La méthodologie .....	77

3.3.2.4	Les critères de jugement .....	78
3.3.3	Perspectives .....	78
4	CONCLUSION.....	80
5	BIBLIOGRAPHIE .....	81
6	ANNEXES .....	87
7	RESUME .....	107
8	SERMENT D’HIPPOCRATE .....	108

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1	: Définition de l’EDC du DSM-5.....	21
Figure 2	: Les différents antidépresseurs.....	23
Figure 3	: Stades de rétablissement et comparaison à la littérature.....	34
Figure 4	: Les 50 items de la STORI par points clés et stades de rétablissement .....	36
Figure 5	: Le modèle thérapeutique de l'ACT, l'Hexaflex.....	46
Figure 6	: La matrice ACT .....	49
Figure 7	: Questions pour explorer la matrice avec les patients.....	50
Figure 8	: Corrélacion entre les variations à 3 mois des échelles STORI et BDI.....	59
Figure 9	: Corrélacion entre les variations à 6 mois des échelles STORI et BDI.....	60
Figure 10	: Corrélacion entre les variations à 3 mois des échelles STORI et MADRS .....	61
Figure 11	: Corrélacion entre les variations à 6 mois des échelles STORI et MADRS .....	62
Figure 12	: Flow chart .....	63
Figure 13	: Histogramme des scores à l'échelle STORI.....	64
Figure 14	: Histogramme des scores à l'échelle MADRS .....	65
Figure 15	: Histogramme des scores à l'échelle BDI .....	66
Figure 16	: Histogramme des scores à l'échelle FAST.....	67
Figure 17	: Histogramme des scores à l'échelle MARS .....	68

## **LISTE DES ANNEXES**

Echelle STORI .....	87
Echelle MADRS .....	92
Echelle BDI .....	96
Echelle FAST .....	98
Echelle MARS .....	99
ETUDE PRELIMINAIRE, scores complets de l'échelle STORI aux V1, V2 et V3 .....	100
ETUDE PRELIMINAIRE, scores complets de l'échelle MADRS aux V1, V2 et V3 .....	101
ETUDE PRELIMINAIRE, scores complets de l'échelle BDI aux V1, V2 et V3 .....	102
Variations des scores aux échelles de l'étude préliminaire entre V1 et V2 et V1 et V3 .....	103
ETUDE PRINCIPALE, scores complets de l'échelle STORI aux V1, V2, V3, V4 et V5 ...	104
ETUDE PRINCIPALE, scores complets de l'échelle MADRS aux V1, V2, V3, V4 et V5 .	105
ETUDE PRINCIPALE, scores complets de l'échelle BDI aux V1, V2, V3, V4 et V5 .....	106
ETUDE PRINCIPALE, scores complets de l'échelle FAST aux V1, V2, V3, V4 et V5 .....	107
ETUDE PRINCIPALE, scores complets de l'échelle MARS aux V1, V2, V3, V4 et V5 ...	108

# 1 INTRODUCTION

L'épisode dépressif caractérisé (EDC) est un enjeu de Santé Publique majeur au niveau mondial. Il s'agit de la maladie psychiatrique la plus fréquente chez l'adulte, avec une estimation à 300 millions le nombre de personnes souffrant désormais de cette pathologie. Sa prévalence a augmenté de façon flagrante ces quinze dernières années et son impact fonctionnel est extrêmement lourd. En effet, elle représente à elle seule, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la première cause de morbidité et de handicap secondaire à une maladie dans le Monde. Cette pathologie s'accompagne de comorbidités et de complications nombreuses et graves, avec, au maximum, le décès par suicide. Les coûts économiques secondaires à l'EDC sont également en nette augmentation puisque l'on estime à 1000 milliards de dollars US par an la perte économique secondaire au manque de reconnaissance et d'accès aux soins de la dépression. Ces problèmes de recours aux soins secondaires à la stigmatisation des personnes dépressives et de défaut d'observance ont été mis en évidence, or l'EDC est une maladie chronique, avec, à chaque rechute, une augmentation du phénomène d'échappement thérapeutique et de l'intensité des symptômes.

Les thérapeutiques actuelles de prise en charge de l'EDC sont donc insuffisantes et il devient nécessaire et urgent de trouver des stratégies complémentaires. Actuellement, avec les progrès et évolutions en matière d'éthique et de droit des patients, s'opère un changement de paradigme avec le repositionnement du sujet au centre de ses soins et la valorisation de sa réhabilitation et de la reprise du contrôle sur sa vie. Il s'agit de renforcer l'autonomie de la personne, d'encourager sa reconstruction et son épanouissement personnel malgré son statut de malade, et de travailler la récupération du trauma psychologique secondaire à l'annonce de la maladie psychique.

Dans la littérature, deux éléments ont été associés à un risque de rechute plus élevé : la mauvaise observance et la faible confiance dans sa capacité à gérer un nouvel épisode. Il s'agit justement de cibles prioritaires dans les programmes d'éducation thérapeutique. Ses nombreux bénéfices ne sont plus à démontrer et l'éducation thérapeutique est actuellement bien ancrée dans les pratiques cliniques courantes de prise en charge des maladies chroniques somatiques. Dans les pathologies psychiatriques, nous avons plus de retard. Des programmes de psychoéducation existent depuis quelques dizaines d'années, principalement pour la maladie schizophrénique et le trouble bipolaire, mais, concernant la prise en charge de la dépression unipolaire, il n'existe

pas de programme francophone à la fois structuré, moderne et utilisable en pratique clinique courante.

L'objectif principal de notre travail de thèse était donc d'étudier l'impact du premier programme de psychoéducation à destination des patients souffrant de dépression unipolaire d'intensité modérée à sévère sur leur rétablissement. Les objectifs secondaires étaient d'étudier son impact sur l'amélioration de leurs symptômes cliniques objectifs et subjectifs, de leur fonctionnement global et de leur observance.

Nous nous sommes également intéressés à la corrélation entre l'échelle de rétablissement utilisée comme critère de jugement principal et les deux échelles cliniques utilisées comme critères secondaires et validées en pratique clinique de routine.

Nous présenterons donc tout d'abord les assises théoriques sur lesquelles repose notre travail de thèse, avec un état des connaissances actuelles sur les grands principes le composant que sont la dépression, le rétablissement et la psychoéducation, nous présenterons ensuite les différents outils utilisés, puis nous détaillerons les matériels et méthodes des deux travaux réalisés, suivis de leurs résultats, que nous discuterons, avant de conclure.

## 2 ASSISES THEORIQUES

### 2.1 La dépression

#### 2.1.1 Généralités cliniques

L'épisode dépressif caractérisé (EDC) correspond à une période d'au moins deux semaines de modifications pathologiques de l'humeur faisant rupture avec l'état antérieur du sujet. Ces modifications significatives de l'affect s'accompagnent de modifications de la cognition et des fonctions neurovégétatives.

L'EDC se compose d'une constellation de symptômes variant selon les individus. Une définition précise et reconnue internationalement a été donnée dans la cinquième version du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) (*Figure 1*). Cliniquement, on observe chez les patients dépressifs une perturbation de l'humeur, avec un sentiment de tristesse envahissant et douloureux, prédominant le matin. On retrouve également chez ces patients une modification du contenu de la pensée, avec un sentiment de culpabilité et/ou de dévalorisation. On observe aussi une perturbation des émotions, avec une anhédonie, quasiment constamment retrouvée. Il existe aussi chez ces patients un ralentissement psychomoteur global, avec une bradypsychie, une bradykinésie, une hypomimie, ou une aboulie, entre-autres. Dans certains cas, on peut observer une agitation, souvent symptôme d'une tension interne importante. Les signes associés à ces symptômes majeurs sont multiples : idéations suicidaires, perturbations des rythmes circadiens et troubles du sommeil, asthénie, anorexie, baisse de libido, symptômes cognitifs avec difficultés de concentration et troubles de la mémoire etc.

### Définition de l'épisode dépressif caractérisé

**A.** Au moins 5 des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de **2 semaines** et avoir représenté un **changement par rapport à l'état antérieur** ; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

**NB :** Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection générale.

1. **Humeur dépressive** présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).

\* NB : éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

2. **Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir** pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.

3. **Perte ou gain de poids significatif** (5 %) en l'absence de régime, ou **diminution ou augmentation de l'appétit** tous les jours.

\* NB : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

4. **Insomnie ou hypersomnie** presque tous les jours.

5. **Agitation ou ralentissement psychomoteur** presque tous les jours.

6. **Fatigue ou perte d'énergie** tous les jours.

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

8. **Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision** presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

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

**B.** Les symptômes induisent une **détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement** social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

**C.** Les symptômes ne sont **pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale**.

**D.** L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizoéphréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.

**E.** Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

*Figure 1 : Définition de l'EDC du DSM-5*

*Référentiel de Psychiatrie, Editions Presses-Universitaires Rabelais, 2014.*

Il s'agit d'une pathologie multifactorielle, mêlant facteurs de risque génétiques et environnementaux. Plusieurs théories psychopathologiques coexistent, de la théorie psychanalytique avec la perte de l'objet, à la théorie neurobiologique mettant en avant un dysfonctionnement des neurotransmetteurs monoaminergiques, des neurohormones et de la neuroplasticité, en passant par la théorie cognitive affirmant un biais dans le traitement de l'information.

L'EDC peut être isolé, mais dans la majorité des cas, il existe un caractère périodique, avec la survenue de périodes d'effondrement thymique récidivantes encadrées par des périodes de rémission inter-épisodes. On parle alors de trouble dépressif caractérisé récurrent dès

l'existence d'au moins deux EDC séparés d'une période d'au moins deux mois consécutifs. La dépression est donc considérée comme une maladie chronique.

Différents facteurs de rechute ont été reconnus, les plus importants étant le nombre d'EDC antérieurs, l'existence de symptômes dépressifs résiduels, la sévérité de l'épisode et la précocité du premier épisode dépressif. Viennent ensuite les comorbidités psychiatriques (dysthymie, troubles anxieux, troubles de la personnalité, symptômes psychotiques etc.) et non psychiatriques (anomalies des fonctions neuroendocrines, maladies comorbides graves etc.), les facteurs environnementaux (predispositions génétiques, fonctionnement psychosocial pauvre, haut nombre de facteurs de stress etc.) et constitutionnels (sexe féminin, augmentation de l'âge etc.) (1).

### **2.1.2 Thérapeutiques**

A ce jour, le traitement pharmacologique de l'EDC d'intensité modérée à sévère est la prise d'un traitement antidépresseur. De nombreuses molécules existent actuellement (*Figure 2*). Le traitement antidépresseur de première intention est une molécule de type inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (ISRS).

CLASSE	DCI	Spécialité	Buy	Activation	Sédation	↑Poids	↓Libido	½ vie	AMM	RISQUES
<b>DIND + MT</b>	Agomélatine	VALDOXAN®	-	++	++	+	+	+	EDM	FOIE!
<b>SRS</b>	Tianeptine	STABLON®	-	+	++	++	+	+	EDM	stupéfiant
<b>IRND</b>	Bupropion	ZYBAN®	-	+++++	+	+	+	++	Sevrage tabac	levée inhibition
<b>ISRN</b>	Duloxétine	CYMBALTA®	-	+++	+++	++	+++	+	EDM, douleurs TAG	FOIE!
	Venlafaxine	EFFEXOR®	-	++++	+++	++	+++	+	EDM TAG TAS TPA	↑TA
	Milnacipran	IXEL®	-	+++	++	+	++	+	EDM	FOIE!
<b>ISRS</b>	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
<b>TÉTRACYCLIQUES</b>	Mirtazapine	NORSET®	+	++	++++	+++++	+	++	EDM	HypoTA
	Miansérine	ATHYMIL®	-	+	+++++	++++	++	++	EDM	
<b>TRICYCLIQUES</b>	Maprotiline	LUDIOMIL®	-	++	+++++	+++	+++	++	EDM	INTOXICATION (cardio/neuro) hypoTA anticholinergie
	Amoxapine	DEFANYL®	-	++	+++	+++	+++	++	EDM	
	Dosulépine	PROTHIADEN®	-	++	+++++	+++	+++	++	EDM	
	Doxépine	QUITAXON®	-	+	+++++	++++	+++	++	EDM	
	Trimipramine	SURMONTIL®	+	+	+++++	++++	++++	+	EDM	
	Clomipramine	ANAFRANIL®	-	+++	++++	+++++	+++++	++	EDM TOC TPA douleurs	
	Amitriptyline	LAROXYL®	+	++	+++++	+++++	+++	+	EDM douleurs	
	Imipramine	TOFRANIL®	-	++++	+++	+++	++++	+	EDM douleurs	
<b>IMAO</b>	Moclobémide	MOCLAMINE®	-	++++	++	+	++	+	EDM	INTERACTIONS
	Iproniazide	MARSILID®	-	+++	++	+++	+++	?	EDM	ALIMENTS

Figure 2 : Les différents antidépresseurs

Les traitements antidépresseurs stimulent la transmission monoaminergique par divers mécanismes et leur efficacité n'est pas immédiate. Il faut en moyenne attendre deux à trois semaines avant de constater les premiers effets thérapeutiques, et six à douze semaines en moyenne avant de surmonter la phase aigüe de la dépression. Dans l'attente de l'obtention d'une efficacité thérapeutique de l'antidépresseur introduit, il peut être nécessaire d'ajouter un ou plusieurs traitement(s) à visée symptomatique, anxiolytique par benzodiazépines dans le but d'apaiser les angoisses des patients ou hypnotique en cas de troubles du sommeil, par exemple.

Le traitement antidépresseur doit être poursuivi au long cours, avec un arrêt progressif six mois à un an après rémission clinique complète en cas de premier EDC isolé et jusqu'à dix-huit mois à deux ans en cas de trouble dépressif caractérisé récurrent.

Dans les formes les plus sévères d'EDC ou en cas de résistance ou de contre-indication aux traitements médicamenteux (échecs successifs d'au moins deux antidépresseurs à dose efficace

pendant une durée suffisante d'au moins six semaines), des thérapeutiques physiques peuvent être proposées, telles que l'électro-convulsivothérapie.

Le traitement pharmacologique doit toujours être associé à une psychothérapie de soutien, plus ou moins à une thérapie structurée (thérapie cognitivo-comportementale, thérapie familiale ou encore thérapie interpersonnelle etc.). Cette intervention psychothérapeutique est choisie selon le fonctionnement psychique et les préférences du patient, l'éventuelle présence de facteurs de stress psychosociaux, ses difficultés interpersonnelles, les réponses antérieures positives à un type de psychothérapie, etc.

### **2.1.3 Une pathologie fréquente**

L'EDC est un problème de Santé Publique majeur toute population confondue, touchant des individus de tous les âges, de toutes les origines, et de tout horizon social, avec une prédominance féminine à partir de l'adolescence (sex-ratio de 1/2, soit un homme pour deux femmes).

Sa survenue est très fréquente au niveau mondial, avec une prévalence vie entière de 11% pour les hommes et de 22% pour les femmes. Il s'agit de la maladie psychiatrique la plus fréquente chez l'adulte (2). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime à 300.000.000 le nombre de personnes souffrant de dépression dans le monde, ce qui représente une augmentation flagrante du nombre d'individus atteints au cours de ces dernières années (soit une augmentation de 18% entre 2005 et 2015) (3).

En France, on estime que 19% des français de 15 à 75 ans, soit près de 8.000.000 de personnes, ont vécu ou vivront une dépression au cours de leur vie. En d'autres termes, on considère qu'un individu sur cinq a souffert ou souffrira d'une dépression au cours de sa vie. Les données de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) indiquent d'ailleurs qu'en 2010, 8% des 15-85 ans avaient vécu un EDC au cours des douze derniers mois (4). Les chiffres varient par tranche d'âge : 6.4 % chez les 15-19 ans, 10.1 % chez les 20-34 ans, 9 % chez les 35-54 ans et 4.4 % entre 55 et 85 ans. Chez les hommes, la prévalence est maximale entre 45 et 54 ans (10.3 %) d'après les données de l'Institut National de la Santé et de la Recherche (INSERM) (5). La dépression touche également la population pédiatrique, avec une prévalence estimée entre 2.1 et 3.4% chez l'enfant et 14% chez l'adolescent.

### 2.1.4 Une pathologie grave

Le poids des maladies psychiatriques a été longtemps sous-estimé par l'approche traditionnelle car cette dernière prend en compte les décès et non le handicap. En effet, les maladies psychiatriques sont à l'origine d'environ 1% des décès mais de presque 11% des handicaps liés à une maladie dans le Monde (6).

La dépression cause également une augmentation non-négligeable de la morbi-mortalité. Ainsi, cette pathologie s'accompagne de nombreuses comorbidités, telles que les troubles anxieux (dans 50 à 70% des cas), les troubles addictifs (alcool, médicaments, toxiques, dans 30% des cas), les troubles des conduites alimentaires, ou encore des comorbidités non-psychiatriques (pathologies endocriniennes, maladies inflammatoires chroniques, pathologies tumorales, pathologies neurodégénératives, douleurs chroniques etc.). La dépression est par exemple liée à une morbidité et à une mortalité cardiovasculaire accrue.

De plus, l'impact fonctionnel de cette maladie chronique est majeur puisqu'elle entraîne un haut niveau de handicap. Il s'agit en effet de la première cause d'invalidité au niveau mondial, responsable de 40.5% des années de vie ajustées sur l'incapacité secondaire aux troubles mentaux et de la première cause d'années de vie perdues en bonne santé dans le Monde (7,8). La dépression altère de manière importante la qualité de vie des patients atteints mais aussi de leur famille et de leurs proches (9), occasionnant souffrance psychique, difficultés à réaliser les actes de la vie quotidienne, stigmatisation, désinsertion socio-professionnelle ou échec scolaire, isolement etc. D'après l'OMS, cette pathologie sera la première cause de handicap secondaire à une maladie d'ici 2020 (2,6).

La complication la plus grave de la dépression est le décès par suicide. L'OMS estime qu'environ 800.000 personnes dans le Monde meurent en se suicidant chaque année, soit une personne toutes les 40 secondes (10). Le suicide représente la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans. En France, le nombre de décès par suicide est estimé à 10.000 par an soit plus de 25 par jours selon le dernier rapport de l'Observatoire national du suicide. 70% des personnes décédées par suicide auraient d'ailleurs souffert d'une dépression (4). Les tentatives de suicides, quant à elles, sont estimées à 200.000 par an en France et sont secondaires à un EDC dans 30 à 50% des cas. Le risque de tentative de suicide est multiplié par 21 chez les individus souffrant de dépression (5).

## 2.1.5 Une pathologie coûteuse

La dépression est également à l'origine d'une augmentation de la consommation de soins. Les coûts économiques secondaires à cette pathologie ont doublé sur ces dix dernières années, notamment via des coûts indirects dus à la baisse de productivité des patients souffrant de cette maladie (2,7,11–14). Les troubles dépressifs seraient en effet responsables de 35 à 45% des arrêts de travail. Une étude de 2014 de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a par exemple indiqué qu'un homme présentant un EDC avait moins de chances que les autres de conserver son emploi à moyen terme : 82% contre 93% à quatre ans.

Bien que des traitements efficaces existent pour combattre cette maladie, moins de la moitié des personnes affectées dans le Monde en bénéficient, ce chiffre chutant à moins de 10% pour certains pays sous-développés. Même dans les pays à revenus élevés, près de 50% des individus souffrant de dépression ne sont pas traités (10).

Pour les patients prenant un traitement antidépresseur, il est fondamental de s'assurer d'une bonne observance. En effet, le délai avant d'obtenir une amélioration clinique étant long et la poursuite du traitement à long terme étant nécessaire et difficile à intégrer pour les patients, il arrive bien souvent que ceux-ci le prennent irrégulièrement, ou l'arrêtent d'eux-mêmes dès qu'ils se sentent mieux. Hors, nous savons maintenant que l'arrêt du traitement avant la durée recommandée par le médecin expose à un risque plus élevé d'échec de guérison, à moyen ou long terme. Un premier traitement antidépresseur est efficace dans 40 % des cas, mais en cas d'échec de deux, voire trois séquences thérapeutiques successives, les chances de succès avec un nouveau traitement chutent à 13 %. Cet arrêt doit également se faire de manière progressive, puisqu'un arrêt brutal expose à un risque de syndrome d'arrêt des antidépresseurs.

En moyenne, seulement 3% des budgets publics mondiaux consacrés à la Santé sont investis dans la santé mentale (chiffre variant de 1% pour les pays les plus pauvres à 5% dans les pays aux revenus les plus élevés) (10).

L'OMS estime que la dépression, « mal du siècle », se situera d'ailleurs d'ici 2020 à la deuxième place en terme de coût de Santé Publique mondiale, quel que soit l'âge et le sexe (6).

Se rétablir de la dépression est associé avec une diminution globale des dépenses médicales générales et de la productivité perdue secondairement à la maladie, via une diminution des coûts des services de santé entre 50 et 100% d'après la littérature, une amélioration de la participation au travail et une diminution de l'absentéisme (7).

### **2.1.6 Limites actuelles et objectifs pour l'avenir**

L'amélioration de la prise en charge de la dépression est donc un objectif de Santé Publique à l'échelle globale. Elle fait partie des cibles prioritaires visées par le programme d'action « Comblent les lacunes en santé mentale », qui a pour but d'aider les pays à élargir les services destinés aux personnes atteintes de troubles mentaux, neurologiques ou liés à l'utilisation de substances. C'est d'ailleurs le thème qu'a choisi l'OMS pour la journée mondiale de la Santé qui s'est tenue le 07 avril 2017 : « La dépression : parlons-en ».

La problématique de cette pathologie est double. En effet, même si l'on observe une amélioration clinique chez 60 à 70% des individus traités par des antidépresseurs, seulement 35% environ atteindront la rémission complète. Un rapport de l'Académie de Médecine affirme d'ailleurs que le risque de tentative de suicide est multiplié par quatre en cas de rémission partielle par rapport à une rémission complète (5). De plus, même si un premier épisode dépressif peut se résoudre de manière spontanée dans les six à douze mois, les épisodes isolés sont assez rares et il existe un fort taux de rechute, comme mentionné précédemment. 50 à 85% des patients ayant présenté un premier EDC présenteront une rechute au cours de leur vie et les patients ayant présenté deux EDC ont 70 à 90% de risques de présenter un troisième épisode, la probabilité d'épisodes ultérieurs augmentant avec le nombre d'épisodes précédents avec un intervalle plus court entre les récurrences (1,15).

L'objectif du traitement de la dépression est donc triple. Il s'agit de réduire les symptômes de la dépression, de limiter leurs répercussions dans la vie quotidienne du patient afin de limiter le handicap secondaire, et, comme dans toute maladie chronique, il est également nécessaire d'améliorer les mesures préventives pour limiter les récurrences dépressives.

Il apparaît donc nécessaire au niveau international de trouver des stratégies thérapeutiques complémentaires aux antidépresseurs et à la thérapie de soutien afin de réduire le risque de rechute.

C'est pourquoi, aujourd'hui s'opère progressivement un changement de paradigme : la récupération clinique de l'épisode isolé n'est plus suffisante à elle-seule et il semble nécessaire de se concentrer également sur la récupération fonctionnelle du patient sur le long terme.

## 2.2 Le rétablissement

### 2.2.1 Définitions

Un sujet auquel nous allons donc nous intéresser dans cette thèse, et qui me tient particulièrement à cœur, est le sujet du rétablissement, du point de vue du malade, celui de l'épanouissement personnel en tant que sujet.

L'évolution des connaissances en psychiatrie, en philosophie, et l'émergence de la troisième vague des thérapies cognitivo-comportementales (TCC) avec la thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT), se concentrant sur l'acceptation des symptômes afin de trouver son bien-être, montrent bien que l'orientation de la psychiatrie vers le ressenti subjectif des patients et leur épanouissement en tant qu'individu n'est pas à prendre à la légère.

En effet, dans les études ainsi qu'en pratique clinique courante, la mesure des symptômes, le compte des hospitalisations ou la mesure du fonctionnement, entre-autres, sont en général basés sur un modèle médical et objectif de la maladie mentale et diffèrent bien souvent avec la définition de la réhabilitation du point de vue du malade.

Se posent alors les questions suivantes : Qu'est-ce que la réhabilitation après une maladie ? Est-ce la disparition des symptômes ? La diminution du nombre d'hospitalisations ? L'obtention de scores particuliers à différentes échelles objectives de symptômes ou d'aptitudes ? Du point de vue du malade, la définition semble plus simple. Il s'agit de la récupération du trauma psychologique de la maladie, plutôt qu'un traitement, un score, ou l'absence de symptômes.

Une définition de la réhabilitation, orientée du point de vue du consommateur de soins souffrant d'une pathologie psychiatrique a donc été proposée : il s'agit de « l'établissement d'une existence satisfaisante et porteuse de sens, et d'un sentiment d'identité positif, trouvé dans l'espoir et l'auto-détermination » (16).

Pour rappel, le rétablissement est un concept anglo-saxon qui trouve son origine dans les mouvements d'usagers des années 1980 et 1990 qui prônaient la reprise du pouvoir d'agir (ou « empowerment ») et la défense de leurs droits.

Ce terme désigne un cheminement personnel et subjectif de l'individu pour se réapproprier sa vie et se réinsérer dans la société. Pour les soignants, ce modèle suppose un accompagnement sur le long terme et axé, dès le début, vers l'autonomie de la personne.

L'un des concepteurs du mouvement du rétablissement, Bill Anthony, en donne la définition suivante en 1993 : « Le rétablissement est un processus foncièrement personnel et unique qui vise à changer ses attitudes, ses valeurs, ses sentiments, ses objectifs, ses aptitudes et ses rôles. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, remplie d'espoir et productive malgré les limites résultant de la maladie. Le rétablissement va de pair avec la découverte d'un nouveau sens et d'un nouveau but à sa vie, à mesure qu'on réussit à surmonter les effets catastrophiques de la maladie mentale ».

On quitte alors le concept de rétablissement « modèle médical » utilisé dans la plupart des études et pratiques cliniques, où la personne est considérée comme guérie lorsqu'elle revient à son état de santé antérieur. On considèrera ici plutôt que le rétablissement psychologique du point de vue du consommateur de soins est à la croisée de deux modèles. Le « modèle réhabilitation » du rétablissement, où l'on soutient que même si la maladie est incurable ou chronique, avec les efforts de réhabilitation suffisants, un individu peut retrouver un semblant de la vie qu'il avait avant de tomber malade et peut vivre une vie satisfaisante, en dépit du handicap lié à sa maladie, et le « modèle empowerment » du rétablissement, où la maladie mentale est perçue comme un signe de stress émotionnel intense plutôt qu'ayant des fondations biologiques, et où l'on considère que la manière dont l'individu y répond influence son devenir : avec optimisme, compréhension et pouvoir d'agir, il peut guérir et regagner son statut social antérieur, se détachant de l'étiquette de malade (17).

On peut lire également dans les ouvrages de Patricia Deegan que « le rétablissement est un processus, non pas un résultat ou une destination. Le rétablissement est une attitude, une manière d'approcher ma journée, et les défis auxquels je fais face. Etre en rétablissement signifie que j'ai certaines limitations et qu'il y a des choses que je ne peux pas faire. Mais plutôt que de laisser ces limitations devenir une occasion de désespérer, de renoncer, j'ai appris qu'en

étant consciente de ce que je ne peux pas faire, je peux aussi m'ouvrir à toutes les possibilités des choses que je peux réaliser. »

De nombreux services de santé mentale en Nouvelle-Zélande, aux États-Unis, en Australie et en Grande-Bretagne considèrent d'ailleurs le rétablissement comme un nouveau principe d'organisation et proposent aux soignants d'adopter des valeurs d'auto-détermination, d'engagement et de sortie du modèle médical, ce qui permet une approche de la personne plus intégrative et prenant en compte sa partie saine.

### **2.2.2 Une cristallisation de principes fondamentaux**

Le rétablissement est donc à la croisée de plusieurs concepts : l'apprentissage de l'autonomie, l'autogestion, les droits des personnes handicapées, l'inclusion sociale et la réadaptation. Le rétablissement consiste à rendre sa vie intéressante et satisfaisante, en se concentrant sur ses forces et son bien-être, en présence ou non de symptômes de maladie. L'amélioration symptomatique demeure importante mais la qualité de vie, telle que définie par l'individu lui-même, est cruciale.

La preuve la plus flagrante de l'essence profonde du rétablissement réside dans les témoignages des patients. L'espoir est au centre de chacun d'entre-eux. Il peut se développer davantage quand le patient prend le contrôle de sa propre vie (le « pouvoir d'agir » vu précédemment) et découvre comment d'autres ont réussi à progresser.

L'autogestion est encouragée et facilitée. La relation d'aide offerte par le clinicien évolue d'expert à partenaire au cours du cheminement vers la découverte de soi. Les cliniciens sont là pour être disponibles, sans être dans une position de supériorité (« on tap, not on top »), et avant tout pour écouter la personne et la guider.

Le rétablissement ne survient pas dans l'isolement. Il est étroitement associé à l'inclusion sociale et à la capacité d'assumer des rôles sociaux significatifs et satisfaisants dans la communauté. Le travail, les études ou l'implication dans une activité bénévole sont de bons moyens de tisser des liens avec sa communauté et de bâtir sa vie, en développant une estime de soi positive. La famille et les autres aidants jouent souvent un rôle décisif dans le rétablissement et devraient être acceptés comme partenaires, dans la mesure du possible.

Un des résultats importants de cette récupération est la résilience, la capacité à faire face aux perturbations dans un sens qui permet d'améliorer ses facteurs protecteurs. La résilience permet alors de gérer plus efficacement une rechute de symptômes, même si cela nécessite l'utilisation des services hospitaliers, et de revenir à l'état de bien-être précédent la rechute, central dans la récupération. Rétablissement ne signifie en effet pas nécessairement guérison, mais plutôt le fait de bâtir une vie que l'on se réapproprie, au-delà de la maladie.

Quatre points clés ont été identifiés au cours de ce cheminement qu'est le rétablissement (16,17) :

- Trouver et maintenir l'espoir : croire en soi, avoir le sentiment personnel de pouvoir d'agir, voir l'avenir avec optimisme,
- Ré-établir une identité positive : trouver une nouvelle identité qui intègre la maladie tout en conservant une image centrale de soi positive,
- Trouver un sens à sa vie : comprendre la maladie et bâtir une vie pleine de sens malgré celle-ci, et
- Prendre ses responsabilités dans son rétablissement et sa propre vie : se prendre en main et avoir le sentiment d'être en contrôle de sa maladie et de sa vie.

Le rétablissement est un cheminement propre à chaque personne, dans lequel chacun s'investit différemment. S'agissant d'un processus dynamique, complexe et non-linéaire, cinq stades de rétablissement croissants ont été proposés. Tout d'abord, le stade moratoire, un temps de retrait caractérisé par un profond sentiment de perte et de désespoir. Ensuite, le stade de la prise de conscience, la réalisation que tout n'est pas perdu, et qu'une vie enrichissante est possible ; c'est l'apparition du sentiment personnel de pouvoir agir. Puis celui de la préparation, lors duquel l'individu prend conscience de ses forces et faiblesses en matière de rétablissement, et commence à travailler sur le développement de capacités de récupération, et de compétences pour y parvenir. Vient après le stade de la reconstruction, lors duquel le sujet travaille activement à construire une identité positive, à se fixer des objectifs ayant du sens, et à reprendre le contrôle de sa vie. Pour finir, le stade de la croissance, où le sujet vit une vie satisfaisante et ayant du sens caractérisée par l'autogestion de la maladie, la résilience et un sentiment de soi positif (16,17).

### 2.2.3 Intérêts en pratique clinique

Les bénéfices d'une prise en charge centrée sur le rétablissement ont clairement été identifiés. Cela permet d'évaluer précocement les difficultés des patients, de les compenser, de stimuler leurs capacités et ainsi, de prévenir un handicap. Il s'agit également de valoriser leurs compétences, et cela, sans les exposer à des obstacles difficiles à surmonter. Le traitement centré sur le rétablissement est alors individualisé, propre à chaque individu, et adapté selon ses forces et ses faiblesses, favorisant donc son auto-détermination. Cela permet principalement l'amélioration de la qualité des soins, et, par la mise en évidence des ressources et des limitations de chacun, cela permet de proposer un travail en adéquation avec les possibilités identifiées, ainsi qu'un renforcement des ressources présentes.

Au sens général, une ressource est tout ce qui contribue potentiellement au bien-être ou au bonheur. Dans le contexte du rétablissement, la ressource correspond à toute force interne ou externe pouvant être mobilisée par ou pour la personne souffrante, et favorisant les processus psychologiques et sociaux clés permettant de franchir les étapes du rétablissement. Il s'agit donc de tout ce qui facilite l'espoir, la redéfinition de son identité, la réattribution d'un sens à son existence et la réappropriation d'une responsabilité dans sa vie, comme vu précédemment.

Le bien-être et le bonheur résultent de l'association des trois éléments suivants : une vie agréable, une vie engagée et une vie pleine de sens. Pour une vie agréable, il faut maximiser les émotions positives et diminuer les émotions négatives. Pour une vie engagée, il faut être curieux, sociable, reconnaissant, et savoir utiliser ses forces dans son quotidien afin de se faire absorber dans l'instant présent (phénomène de flow). Une vie pleine de sens passe par des relations sociales, des activités ou un travail qui correspondent à nos valeurs et qui donnent ainsi un sens à notre vie.

Au niveau sociétal, valoriser le rétablissement plutôt que la rémission pourrait permettre une réduction des coûts, conséquents dans les pathologies psychiatriques et plus encore dans la dépression comme nous l'avons vu dans la première partie, ainsi qu'une dé-stigmatisation des patients psychiatriques.

Les principaux concepteurs du rétablissement ont formulé différents conseils pour les soignants, afin de les aider à progresser dans leur pratique. D'après Geoff Shepherd (18), le professionnel de la santé mentale devrait systématiquement se demander, après chaque

interaction avec son patient : « ai-je écouté activement la personne pour l'aider à comprendre ses problèmes de santé mentale ? », « Ai-je aidé la personne à préciser ses objectifs personnels et établir ses priorités pour se rétablir, et non ceux identifiés par les professionnels ? », « Ai-je montré que je croyais dans les forces et les ressources existantes de la personne pour atteindre ses objectifs ? », « Ai-je donné des exemples de mon vécu ou du vécu d'autres usagers qui valident ses espoirs ? », « Ai-je recensé des ressources autres qu'en santé mentale – amis, contacts, organisations – qui pourraient jouer un rôle dans l'atteinte de ses objectifs ? », « Ai-je en tout temps fait preuve d'une attitude respectueuse à l'égard de la personne et d'un désir de travailler ensemble d'égal à égal ? », etc.

L'implantation d'une pratique axée sur le rétablissement suppose donc un changement de taille à l'égard de la culture du service de soins, tout comme dans son organisation, notamment dans le positionnement du psychiatre et du soignant par rapport au malade. Lors d'une conférence de réhabilitation à l'Université de Boston en juin 2010, Marianne Farkas a expliqué que le professionnel de soins devait orienter sa pratique sur la personne, et non plus sur l'institution. Il doit en effet s'adapter à une relation de partenariat avec son patient, au profit du « réveil du pouvoir de la personne ». La modification des pratiques de recrutement, de manière à intégrer parmi les intervenants des personnes ayant une expérience vécue de la maladie mentale, fait aussi partie de cette évolution.

## **2.2.4 Echelle de rétablissement STORI**

### **2.2.4.1 Naissance**

Il n'existe que peu d'échelles centrées sur le rétablissement (huit) et celles-ci sont majoritairement des échelles de comportements spécifiques s'appuyant sur le modèle transthéorique de Prochaska et Di Clemente (théorie de changement comportemental basée sur des étapes : la pré-intention, l'intention, la préparation, l'action, et le maintien). Parmi celles-ci, seulement deux échelles sont des auto-questionnaires validés par des publications scientifiques et centrés sur le côté qualitatif vu par le consommateur de soins: la Recovery Assesment Scale, qui fournit un score de rétablissement total et la Mental Health Recovery Mesure. Cependant, ces deux échelles contiennent des items de comportements et d'états de valeur non compatibles avec la définition du rétablissement psychologique qui nous intéresse :

il n'existait alors pas d'échelle de mesure du rétablissement concordante avec le modèle subjectif à cinq stades proposé (16).

La création de l'échelle STORI (STages Of Recovery Instrument) a donc été motivée par la volonté de fournir une méthode de mesure du rétablissement fidèle à la vision de celui-ci par les consommateurs de soins psychiatriques. La STORI est à retrouver en annexe. Cette échelle est un modèle holistique, c'est-à-dire prenant en compte la globalité de l'individu, qui souligne le processus psychologique subjectif de récupération des effets dévastateurs d'être diagnostiqué comme souffrant d'une maladie psychiatrique.

Des chercheurs de l'Université de Wollongong, en Australie, s'intéressent depuis plusieurs années à cette orientation subjective du rétablissement. Retta Andresen, Lindsay Oades, Peter Caputi et Keren Wolstencroft notamment, ont rédigé plusieurs articles sur ce sujet. Une étude réalisée par ces auteurs en 2003 a permis de proposer le modèle de rétablissement à cinq stades vu précédemment en le comparant aux stades déjà proposés dans la littérature (*Figure3*) (17).

Stage of recovery	Davidson & Strauss (1992)	Baxter & Diehl (1998)	Young & Ensing (1999)	Pettie & Triolo (1999)	Spaniol <i>et al.</i> (2000)
Stage 1 Moratorium		1. Crisis <i>Recuperation</i>		Why Me?	1. Overwhelmed by the disability
Stage 2 Awareness	1. Awareness of a more active self		1. Initiating recovery	<i>Meaning of illness</i>	
Stage 3 Preparation	2. Taking stock of self 3. Putting self into action	2. Decision <i>Rebuilding independence</i>		What now?	2. Struggling with the disability
Stage 4 Rebuilding	4. Appealing to the self	3. Awakening <i>Building healthy interdependence</i>	2. Regaining & moving forward	<i>Reconstructing identity</i>	3. Living with the disability
Stage 5 Growth			3. Improving quality of life		4. Living beyond the disability

*Figure 3 : Stades de rétablissement et comparaison à la littérature*

Le développement de la STORI et sa validation empirique comme mesure du rétablissement d'après le consommateur de soins de santé mentale ainsi que comme outil de mesure du rétablissement selon les cinq stades proposés dans leur modèle a été publié en 2006 dans *The Royal Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* (16). Cette étude a porté sur dix patients de diagnostics variés (schizophrénie, trouble bipolaire, dépression, anxiété généralisée) et a mis en évidence la nécessité d'incorporer la composante de temporalité au questionnaire, mettant ainsi en avant une nouvelle fois le caractère dynamique, multidimensionnel et individuel qu'est le rétablissement. Il a été également mis en évidence une tendance à

l'émergence plus nette de trois clusters distincts de rétablissement, plutôt que cinq stades, comme présumé. L'échelle STORI ne semblerait alors pas assez sensible pour distinguer chaque niveau du modèle à cinq stades, mais mettrait tout de même en évidence le cluster 1 regroupant tous les items du stade 1, le cluster 2, regroupant tous les items du stade 2, tous les items du stade 3, ainsi que cinq items du stade 4, et le cluster 3, regroupant six items du stade 4 et tous les items du stade 5.

Une étude de validation de l'échelle STORI en population de patients souffrant de troubles schizophréniques a ensuite été conduite en Grande-Bretagne et publiée en 2011 (19). Il a été démontré dans cette étude une corrélation entre la STORI et l'échelle Recovery Assessment Scale (RAS) prise comme comparatif. La fiabilité test-retest de l'échelle y a été évaluée et affirmée après passation d'une tâche de distraction nécessitant une concentration suffisante. Sa validité et sa faisabilité du point de vue du consommateur de soins y ont également été confirmées. La pertinence de l'organisation en clusters comme vue précédemment y a aussi été mise en évidence.

L'échelle STORI est aujourd'hui disponible en anglais, français, italien, espagnol, grec, chinois et perse. Cette échelle n'est donc validée qu'en population d'adultes souffrant de troubles schizophréniques, et cela a motivé la première partie de notre travail de thèse, que nous aborderons par la suite.

#### **2.2.4.2 Description**

La STORI est constituée de cinquante items notés de 0 à 5. Les items sont présentés en dix groupes de cinq ; les cinq items de chaque groupe correspondant aux cinq stades du rétablissement (*Figure 4*). En d'autres mots, chacun de ces dix groupes d'items a été développé pour chacun des cinq stades de rétablissement. Le premier item de chaque groupe représente un processus à l'étape 1 : moratoire, le deuxième item représente le même processus à l'étape 2 : prise de conscience, le troisième item représente le processus à l'étape 3 : préparation, le quatrième item représente le processus à l'étape 4 : reconstruction et le cinquième item représente le processus à l'étape 5 : croissance.

Les points clés du rétablissement cités précédemment ont donc servi à la création des dix groupes d'items et à leur répartition en sous-catégories thématiques (trouver et maintenir l'espoir : deux groupes d'items, ré-établir une identité positive : trois groupes d'items, trouver

un sens à la vie : deux groupes d'items, et prendre ses responsabilités dans son rétablissement et sa propre vie : trois groupes d'items).

Process	Stage 1 Moratorium	Stage 2 Awareness	Stage 3 Preparation	Stage 4 Rebuilding	Stage 5 Growth
Hope					
Group 1	1. No hope of recovery	2. Hope for improvement	3. Belief in self	4. Suffering will be rewarded	5. Wellbeing
Group 2	6. Future hopeless	7. Source of hope	8. Utilize inspiration	9. Sense of personal agency	10. Optimism about the future
Identity					
Group 3	11. Negative identity	12. Illness as separate from self	13. Recognize retained core self	14. Incorporate illness	15. Positive sense of self
Group 4	16. Loss of identity	17. Aware of potential self	18. Emerging new identity	19. Self-redefinition	20. Different, but improved self
Group 5	21. Loss of future identity	22. Accept illness in life	23. Taking stock of self	24. Forging a new identity	25. Self-actualization
Meaning					
Group 6	26. Meaning of the illness	27. Making sense of the illness	28. Re-discovering personal value	29. Illness as a source of growth	30. Meaning in the illness
Group 7	31. Loss of meaning in life	32. Sense of direction	33. Setting goals for the future	34. Engagement in life	35. Meaning in life
Responsibility					
Group 8	36. Helplessness	37. Could do better	38. Building confidence	39. Willingness to risk	40. Resilience
Group 9	41. Dependence	42. Desire to look after self	43. Learning coping strategies	44. Management of illness	45. Control over illness
Group 10	46. Overwhelmed	47. Need to learn to cope	48. Using resources	49. Responsibility for life	50. In control of life

Figure 4 : Les 50 items de la STORI par points clés et stades de rétablissement

Chaque item est présenté au patient sous forme d'une proposition formulée d'un point de vue subjectif. Chaque groupe d'items est donc composé de cinq propositions formulées à la première personne de singulier.

Chacun des dix groupes d'items doit être étudié indépendamment des autres. Il est donc demandé au patient de regarder chaque groupe l'un après l'autre. Ce dernier doit lire attentivement les cinq phrases qui lui sont proposées dans le premier groupe, et les noter de 0 à 5 ; 0 signifiant « pas du tout vrai actuellement », et 5 « complètement vrai actuellement ». Il est très important d'insister sur le fait que ces propositions doivent être considérées au moment présent, sur la manière dont le patient se sent maintenant.

### 2.2.4.3 Cotation des scores

Concernant le calcul des scores, le total des premiers items de tous les groupes donne le score à l'étape 1, le total des seconds items donne le score à l'étape 2 etc. Par exemple, le total de l'étape 1 correspond à la somme des scores obtenus pour les items 1, 6, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41 et 46.

Dans leurs recherches, les auteurs ont sélectionné l'étape ayant le total le plus élevé comme étant l'étape du rétablissement actuel de la personne. Lorsque les scores les plus élevés sont égaux pour deux étapes, ils ont sélectionné l'étape la plus « avancée ». Il n'existe pas de score total.

Pour rendre la STORI plus sensible aux changements, il serait possible de regarder les variations dans les scores par étape individuelle plutôt que simplement le passage d'une étape à la suivante. Par exemple, un individu peut augmenter son score à l'étape 4 mais sans que son plus haut score n'ait encore basculé dans la cinquième étape. Cette méthode d'interprétation n'a pas été utilisée par les chercheurs mais les auteurs pensent qu'elle pourrait être une mesure plus sensible du changement et une voie fructueuse à explorer dans l'avenir.

Cette seconde façon de coter les scores n'étant pas scientifiquement validée, nous ne l'utiliserons pas dans cette thèse.

### **2.2.5 Rétablissement dans la dépression**

La chronicité suppose l'« irréversible », et l'annonce d'une maladie chronique telle que la dépression suppose souvent pour le patient le renoncement, le deuil d'une vie dite « normale » et l'effondrement de la dénégation qui protégeait le psychisme jusque-là.

Si des articles de la littérature traitent du rétablissement subjectif dans certaines pathologies psychiatriques telles que la schizophrénie ; la plupart rédigés par des consommateurs de soins eux-mêmes (17), à ce jour, la maladie dépressive reste une grande oubliée de cette réorientation de la pensée clinique. Différentes publications ou revues de la littérature ont mis en évidence le degré croissant de rémissions cliniques insatisfaisantes (20) mais on ne trouve quasiment aucun écrit sur le rétablissement du patient souffrant de dépression de son point de vue de consommateur de soins.

Les patients dépressifs rapportent pourtant la plupart du temps la persistance de symptômes résiduels en dépit d'un traitement en apparence réussi ; et l'on sait aujourd'hui que ces symptômes résiduels, s'ils persistent après la rémission, ont une valeur pronostique négative (20). Ils rapportent également trop souvent souffrir d'isolement ou de stigmatisation. C'est pourquoi, tout pousse une nouvelle fois à intégrer au concept de rétablissement la notion de bien-être psychique : il faut donc intégrer à notre pratique clinique de nouvelles cibles de thérapie.

Il a été suggéré que les interventions incluant l'éducation, le contact et le développement de l'engagement vers l'action étaient les stratégies les plus efficaces pour réduire les stigmates de la maladie. Une thérapie complémentaire des thérapies habituelles (psychothérapies et

pharmacothérapies) s'intègre dans ce sens efficacement à la pratique clinique et se centre sur l'empowerment du patient et sa réhabilitation : la psychoéducation.

## 2.3 La psychoéducation

### 2.3.1 Généralités

Le concept de psychoéducation naît à Montréal dans les années 1940-50 avec la création d'une communauté, Boscoville, dans laquelle des jeunes défavorisés souffrant de troubles affectifs graves exerçaient les responsabilités nécessaires à son bon fonctionnement. C'est l'approche thérapeutique du vécu relationnel de Boscoville qui jette les bases de la psychoéducation et rend le centre distinct des pratiques des écoles de réforme traditionnelle.

Ce n'est qu'en 1970 que la psychoéducation devient une discipline à part entière lorsqu'elle obtient une reconnaissance universitaire suite à une première publication sur la prise en charge des jeunes inadaptes (21). Selon le modèle proposé dans cet article, cinq forces essentielles du Moi sont à développer par le jeune durant sa rééducation : l'espérance, le vouloir, la poursuite des buts, la compétence et la fidélité. L'article reconnaît aussi l'importance d'une alimentation convenable fournie par le milieu ainsi que les attitudes (savoir-être) des éducateurs. Quatre étapes y sont également proposées : l'acclimatation, le contrôle, la production et la personnalité, et supposent l'atteinte d'un état d'équilibre supérieur pour chaque étape. Ces forces et ces étapes sont non sans rappeler les points clés du rétablissement et les stades utilisés dans l'échelle STORI.

Dans les maladies chroniques, toutes spécialités confondues, deux facteurs cliniques ont été associés à un risque significativement plus élevé de rechute. Il s'agit de la mauvaise observance des traitements médicamenteux et d'une faible confiance du patient dans sa capacité à gérer un nouvel épisode (1). Ces deux facteurs sont justement des cibles prioritaires dans les programmes d'éducation thérapeutique.

C'est pourquoi l'éducation thérapeutique est reconnue comme une composante essentielle de la prise en charge des patients atteints d'une maladie chronique, et fait partie des recommandations internationales en ce qui concerne la prévention des rechutes et l'amélioration de la prise en charge et de la qualité de vie des patients. Elle est d'ailleurs inscrite

comme partie intégrante du parcours de soins dans le Code de la Santé Publique (CSP) depuis le 29 juillet 2009, loi qui l'identifie et en fait une priorité nationale.

Cette pratique récente répond à des enjeux sociologiques incontournables et actuels, faisant écho à la Loi relative aux droits des patients du 04 mars 2002, qui affirme que « toute personne prend [...] les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix ».

Le patient acteur de ses soins, le patient au cœur du système de Santé, l'autonomisation, la responsabilisation et la cogestion de la maladie sont les maîtres mots du changement culturel profond modifiant actuellement la relation soignant-soigné. La primauté accrue des droits de l'Individu, avec notamment son droit de décider des choix concernant sa propre existence, bouleverse la philosophie du soin et relègue la position paternaliste du médecin loin derrière la position éducative de celui-ci. Il s'agit d'une approche globale et anthropologique du patient en tant qu'être humain, en intégrant les champs psychologique et environnemental.

La dimension sociale est prédominante, car la psychoéducation fait appel à une connaissance de la personne dans son milieu de vie, avec ses craintes et ses difficultés à s'adapter à son handicap. A cela s'ajoute la recherche des centres d'intérêt et des aspirations du patient afin d'identifier les éléments moteurs ou inhibiteurs d'adaptation à sa situation de handicap.

De 2002 à 2006, une multitude d'études, de programmes spécifiques et de recommandations par pathologie ont été réalisés et apportés par la Haute Autorité de Santé (HAS), l'INPES et l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). C'est pourquoi, en France, les nombreuses discussions ont abouti à la recommandation suivante dans le rapport C. Saout en septembre 2008 (22) : « l'éducation thérapeutique s'entend comme un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins. Elle vise à rendre le malade plus autonome par l'appropriation de savoirs et de compétences afin qu'il devienne acteur de son changement de comportement, à l'occasion d'évènements majeurs de la prise en charge (initialisation du traitement, modification du traitement, évènements intercurrents, etc.) mais aussi plus généralement tout au long du projet de soins, avec l'objectif de disposer d'une qualité de vie acceptable. »

L'éducation thérapeutique s'intègre donc dans une prise en charge globale ; dont elle est partie intégrante, allant de la prescription médicamenteuse aux interventions psychothérapeutiques ou psychosociales et ce, dans le but de replacer la personne en position de sujet, d'acteur de sa santé.

### 2.3.2 Objectifs et contenu

L'information des patients sur le fonctionnement de leur maladie (étiologies, prévalence, symptômes, conséquences sur le long terme, complications possibles, entre-autres), le fonctionnement de leurs traitements (balance bénéfices-risques, importance de l'observance, risques de la non-observance, entre-autres), les signes de rechute devant alerter, la surveillance, l'abord auprès de l'entourage etc. a un rôle primordial dans la stabilisation de leur pathologie.

Il s'agit donc d'expliquer aux patients, à leur niveau de compréhension, le trouble dont ils souffrent et de répondre à leurs questions. Il est possible également de leur fournir des documents et supports qu'ils peuvent emporter avec eux (bibliothérapie, plaquettes, brochures, livrets etc.).

Les bénéfices de l'éducation thérapeutique sont multiples et variés. Elle participe à optimiser les traitements médicamenteux, à contribuer à prévenir les rechutes de la maladie, à améliorer la qualité de vie du sujet dans toutes ses dimensions, à favoriser l'acceptation du trouble et la reconstruction de l'identité et à lutter contre la stigmatisation. Il s'agit donc principalement d'améliorer le suivi thérapeutique du patient et d'améliorer sa qualité de vie.

On observe dans les publications scientifiques étudiant les bénéfices de l'éducation thérapeutique, une amélioration de l'image de soi et de la capacité à gérer sa maladie et à demander de l'aide (23), une meilleure aptitude à faire face à la vie quotidienne et une augmentation de la qualité de celle-ci. Certaines études font état d'une augmentation de la probabilité d'atteindre les objectifs de traitement et d'une augmentation de l'observance et de l'alliance thérapeutique (24). D'autres encore, mettent en évidence une réduction du nombre de récurrences, de leur fréquence et de leur intensité, ainsi qu'une réduction de la durée des hospitalisations en résultant (25). En conséquence, cette diminution de recours aux soins peut entraîner une diminution des dépenses de santé ou des dépenses indirectes (22,26).

Trois domaines d'action principaux sont au cœur de la psychoéducation : un domaine pédagogique, un domaine psychologique et un domaine comportemental. En effet, on donne au

patient des informations sur sa maladie, ses manifestations et ses traitements ; informations qui dépassent souvent le cadre de l'information générale dispensée par les campagnes de Santé Publique. On soutient également le malade, et parfois son entourage, face aux difficultés d'acceptation et de vécu avec la maladie. Pour finir, on fournit au patient des outils permettant d'adopter des comportements adaptés afin de gérer au mieux le quotidien avec une maladie chronique.

Il ne s'agit pas de dispenser un savoir académique, mais de permettre l'appropriation par chacun de ce que constitue la maladie chronique, et des moyens, au quotidien, de la gérer au mieux pour retrouver une forme de contrôle, pour devenir un partenaire de soins éclairé et actif. Cette prise de conscience et cette augmentation des connaissances nous ramène une nouvelle fois à l'« empowerment » du patient.

En résumé, l'objectif est donc d'assurer au patient une éducation thérapeutique suffisante afin de lui donner les moyens de gérer de la façon la plus autonome possible sa maladie et les conséquences de celle-ci ; de lui donner la possibilité d'être actif dans le processus de soins et de prise en charge de sa maladie. Le patient n'est plus simplement celui qui souffre de sa maladie : il est amené à devenir co-thérapeute.

### **2.3.3 L'éducation thérapeutique en psychiatrie**

L'éducation thérapeutique, bien intégrée dans les prises en charge somatiques, s'est longtemps faite plus rare dans les prises en charge psychiatriques. En effet, malgré tout cet arsenal d'études, de recommandations et de textes officiels, sa mise en œuvre est hétérogène et timide en Santé Mentale. Et s'il est considéré comme normal pour les patients souffrant de diabète, d'asthme ou d'hypertension artérielle, par exemple, de recevoir une éducation thérapeutique par leur médecin, les patients souffrant de maladies psychiatriques ou psychiques sont souvent oubliés.

Ce n'est que très récemment, grâce à la Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qu'est reconnu pour la première fois dans la législation le handicap psychique.

En tant qu'individu, il n'est pas toujours évident d'accepter sa maladie chronique et tout ce qu'elle exige, des traitements quotidiens à la remise en question de ses habitudes de vie à long

terme, et encore plus lorsqu'elle est psychiatrique, invisible pour l'Autre ; le patient de psychiatrie souffrant souvent plus de la stigmatisation qu'un autre patient (27). Une information adaptée est donc indispensable, car l'ignorance favorise l'intolérance, la peur, le rejet, la discrimination et la culpabilité : l'incompréhension est une maladie opportuniste qui aggrave le cours des troubles psychiatriques.

De plus, les pathologies mentales sont fortement concernées par la mauvaise observance du traitement. On estime, par exemple, à 53% le taux d'inobservance chez les patients souffrant de dépression unipolaire, 41% chez les patients souffrant de troubles bipolaires ou encore entre 25% et 80% selon les articles chez les patients souffrant de schizophrénie. Ce fort taux d'inobservance explique en large partie la fréquence des rechutes, l'évolution vers des symptômes plus marqués voire irréversibles, ainsi que l'augmentation de la fréquence et de la durée des ré-hospitalisations.

C'est pourquoi, depuis les années 1980, des programmes de psychoéducation spécifiques à certaines maladies psychiatriques voient le jour, s'adressant à des patients seuls, à des groupes de patients, ou encore aux familles. C'est le cas pour le trouble bipolaire de l'humeur (par exemple, le Programme de Bauer et Mc Bride) ou encore la schizophrénie (par exemple, les programmes *Mieux vivre sa maladie psychiatrique au quotidien : connaissance de la maladie « schizophrénie »* par le Centre Hospitalier Charcot, *Schiz-Educ* par le CHU de Clermont-Ferrand, *Programme ambulatoire d'éducation thérapeutique pour patients psychotiques* par le Centre hospitalier Esquirol, ou encore, pour les familles, *Profamille* etc.) ; pathologies pour lesquelles il a été prouvé une amélioration significative du pronostic et du devenir grâce à ces programmes. En France, certains de ces programmes ont fait l'objet de recommandations méthodologiques de l'HAS en 2007 et bénéficient depuis 2009 d'un cadre réglementaire (28).

En Santé Mentale, la santé peut être définie comme la capacité à poursuivre sa croissance dans les différentes étapes du cycle vital malgré la maladie. Cela implique que le patient parvienne à gagner du contrôle sur sa maladie et sur son traitement. Il est indispensable de voir le patient souffrant d'une maladie chronique psychiatrique comme un individu capable de croissance et d'apprentissages, même si ceux-ci sont ralentis par la maladie.

### 2.3.4 L'éducation thérapeutique dans la dépression

Les recommandations internationales ont mis en évidence l'intérêt de l'utilisation d'un programme de psychoéducation dans l'épisode dépressif caractérisé unipolaire (29). En effet, d'après ces dernières, les bénéfices de la psychoéducation dans l'EDC sont, comme attendus, multiples. Elle aide à réduire les symptômes dépressifs (25,30–36), à réduire le risque de rechutes ou de récurrences, à améliorer l'observance du traitement (30), à améliorer la qualité de vie des patients et à améliorer leur fonctionnement global (23,25,31,32,37–39), cependant, une revue de la littérature récente a montré qu'il n'existait que peu d'études (une quinzaine) évaluant les bénéfices de la psychoéducation sur l'EDC unipolaire (32).

Une nouvelle fois, les supports sont multiples. Les patients dépressifs et/ou leur famille peuvent être orientés vers différentes lectures en lien avec la dépression : des listes de ressources internet, des livres d'aide et de développement personnel tels que « *Feeling good* » de Davis Burns, etc. (27) ou encore des vidéos éducationnelles ou des sites internet interactifs (*ODIN* ou *Overcoming Depression on the InterNet*, *BluePages*, *MoodGYM* etc.) (32,40).

Depuis la fin des années 1970, les psychiatres peuvent utiliser le programme de psychoéducation *Faire face à la dépression*, ou *Coping with Depression (CWD)* dans sa version originale de Lewinsohn. Ce programme psychoéducatif structuré cognitivo-comportemental est le programme le plus étudié pour le traitement et la prévention de la dépression et est utilisé en pratique courante dans plusieurs pays. Il est flexible, puisqu'adapté à différents objectifs et différentes populations (adultes, alcooliques avec symptômes dépressifs, adolescents, personnes âgées, groupes minoritaires, mères d'enfants avec troubles autistiques etc.) et peut être mené par des professionnels médicaux ou paramédicaux. Il est basé sur la théorie de la dépression et de l'apprentissage social visant à améliorer l'estime de soi, améliorer les compétences sociales, améliorer la gestion des pensées dépressives et ainsi transformer la spirale négative de la dépression en spirale positive en focalisant sur les interactions positives avec l'environnement. Il s'agit d'un travail de restructuration cognitive (33–35). Mais en pratique, ce programme est long (jusqu'à 16 sessions), complexe et surtout ancien, ce qui limite son acceptabilité et sa faisabilité à l'heure actuelle. D'autres programmes existent, tels que *Contactus*, un programme de six semaines mêlant éducation thérapeutique via six lectures suivies d'une discussion de groupe (37), mais la plupart du temps, la psychoéducation dans la

dépression unipolaire, qu'elle soit familiale (38), de groupe ou individuelle, est souvent dispensée de manière non structurée par un cadre validé et/ou étudiée à court terme.

## **2.4 Présentation des outils utilisés dans notre travail de thèse**

### **2.4.1 Programme de psychoéducation ENVIE**

#### **2.4.1.1 Intérêts et objectifs**

Aucun programme de psychoéducation récent et accessible pour la dépression unipolaire n'était donc disponible en langue française. Le programme de psychoéducation sur lequel nous allons baser notre travail de thèse est le programme ENVIE, premier programme de psychoéducation français pour la dépression unipolaire d'intensité modérée à sévère (36).

Les objectifs du programme ENVIE sont d'aider les patients dépressifs et leur entourage à sortir de la spirale de la maladie et de les mettre sur la voie de la guérison en augmentant leurs capacités à comprendre la pathologie et à interpréter les symptômes, et d'améliorer la collaboration avec le thérapeute. En bref, ce programme vise à apprendre aux patients à redevenir acteurs de leur vie et de leur guérison.

Les Professeurs Schwan et Courtet, à l'origine de ce programme, sont persuadés qu'en augmentant leurs connaissances sur leur maladie, les personnes souffrant de dépression peuvent améliorer leur devenir. Ils écrivent : « Apprendre à comprendre ce qu'il leur arrive, c'est commencer à refuser de subir la maladie pour devenir acteur. C'est passer de l'état de « patient » à celui d'« agent et acteur » avec ce que cela implique : un changement de rôle et de place, non seulement face au dispositif médical qui s'installe autour de nous, mais aussi face à notre environnement global. Et ceci a son importance, car l'une des conséquences les plus lourdes de la dépression est justement la dégradation de l'environnement relationnel professionnel et social en général. »

Il s'agit donc d'enseigner aux patients les connaissances actuelles sur la dépression et sur les traitements efficaces, de leur apprendre à faire face à la symptomatologie dépressive et à maintenir leur motivation dans l'activation comportementale au cours du temps.

### 2.4.1.2 Bases théoriques de TCC

Le programme ENVIE utilise des compétences psychologiques innovantes appartenant à la troisième vague des TCC : la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement ou Acceptance and Commitment Therapy en anglais (ACT, à prononcer « acte », comme agir en anglais). Elle succède à la première vague, ou comportementalisme de Pavlov, s'appuyant sur l'apprentissage d'un comportement alternatif au comportement problème, et à la deuxième vague, ou cognitivisme de Beck, recherchant les pensées automatiques afin d'en générer des alternatives pour permettre une reconstruction cognitive (41).

L'ACT ajoute une note philosophico-humaniste aux TCC des vagues précédentes, repose sur une méthodologie expérimentale associée à une recherche de sens à sa vie, et a le souci d'étudier avec bienveillance l'expérience intérieure vécue et le rapport aux émotions en apprenant à les observer et à composer avec celles-ci. Le premier article mentionnant l'ACT date de 1987, mais c'est en 1999 que paraît le premier ouvrage qui en pose les bases telles que nous les connaissons actuellement (42).

Cette thérapie a montré une efficacité comparable, voire supérieure à la thérapie cognitivo-comportementale traditionnelle (43,44) sur l'anxiété, les addictions, certains troubles obsessionnels compulsifs, le syndrome de stress post-traumatique, les symptômes psychotiques, ainsi que dans la dépression unipolaire (45) et a un impact dans la réduction du risque suicidaire (46,47), principal et plus grave risque inhérent à l'EDC, comme vu précédemment.

Cette méthode de TCC permet un travail d'acquisition de compétences métacognitives afin de permettre à l'individu d'augmenter son répertoire comportemental et sa flexibilité psychologique et vise à diminuer l'évitement expérientiel et à augmenter les comportements centrés sur les valeurs d'existence. Cette thérapie est d'une durée limitée dans le temps et demande une collaboration active du patient. Il n'existe pas de protocole fixe et d'ordre de traitement, le thérapeute adapte l'intervention en fonction des compétences et des points faibles du patient.

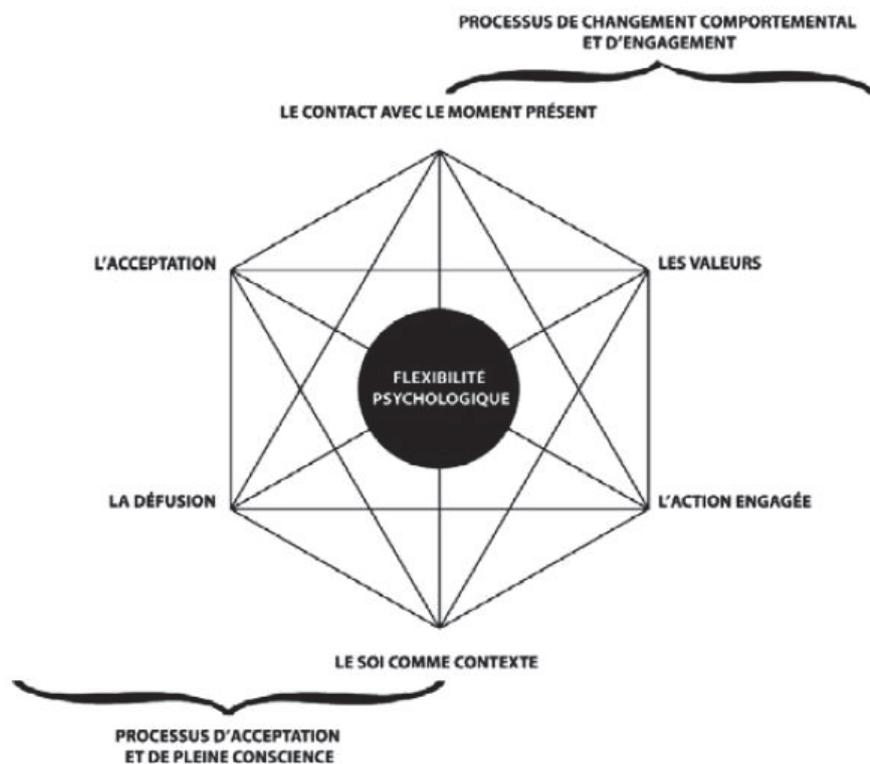
L'ACT repose sur l'interaction de six différents processus psychologiques :

- Le contact avec le moment présent,
- L'acceptation psychologique,

- La défusion cognitive,
- Le Soi comme concept,
- Les actions engagées, et
- Les valeurs

Ces processus sont illustrés dans un modèle à six facettes : l'Hexaflex (*Figure 5*) (41,44,48). L'ACT travaille par ailleurs des outils spécifiques ou généraux appartenant à deux grands ensembles de processus fondamentaux ; d'où son appellation :

- L'acceptation et la pleine conscience, et
- Le changement comportemental et l'engagement.



*Figure 5 : Le modèle thérapeutique de l'ACT, l'Hexaflex*

Les interventions sont basées sur des métaphores, des paradoxes et des exercices expérientiels qui permettent aux patients de se libérer des pièges du langage, de surmonter les difficultés comportementales et d'augmenter leur qualité de vie globale.

En effet, en tant qu'individu pensant, l'être humain passe la majorité de son temps à vivre à l'intérieur de constructions mentales du futur et du passé, perdant ainsi contact avec l'expérience directe et non-conceptuelle du moment présent dénué de ruminations concernant les échecs du passé ou les angoisses de l'avenir. Il s'agit alors de se laisser aller de manière flexible à un contact sans jugement avec les événements psychologiques et environnementaux tels qu'ils surviennent, de prendre conscience des expériences sensorielles et physiques sans se retrouver pris dans des comparaisons stériles, des jugements, ou se retrouver piégé dans le futur ou le passé.

La tendance à tourner ses pensées en un problème à résoudre avant que ledit problème ne survienne est également à l'origine d'une grande souffrance. La capacité à se souvenir du passé et à prendre en compte le futur mène vers une réalité dans laquelle aucune situation ou circonstance n'est dénuée de douleur psychologique. L'ACT propose comme alternative à l'évitement expérientiel l'acceptation psychologique, où l'individu va embrasser de manière active et intentionnelle les événements psychologiques secondaires à son histoire de vie, sans essayer de les changer ou de les supprimer. Il s'agit d'explorer les coûts et bénéfices des stratégies d'évitement et de contrôle (ou « désespoir créatif ») pour ensuite créer une attitude d'ouverture face à l'inconfort.

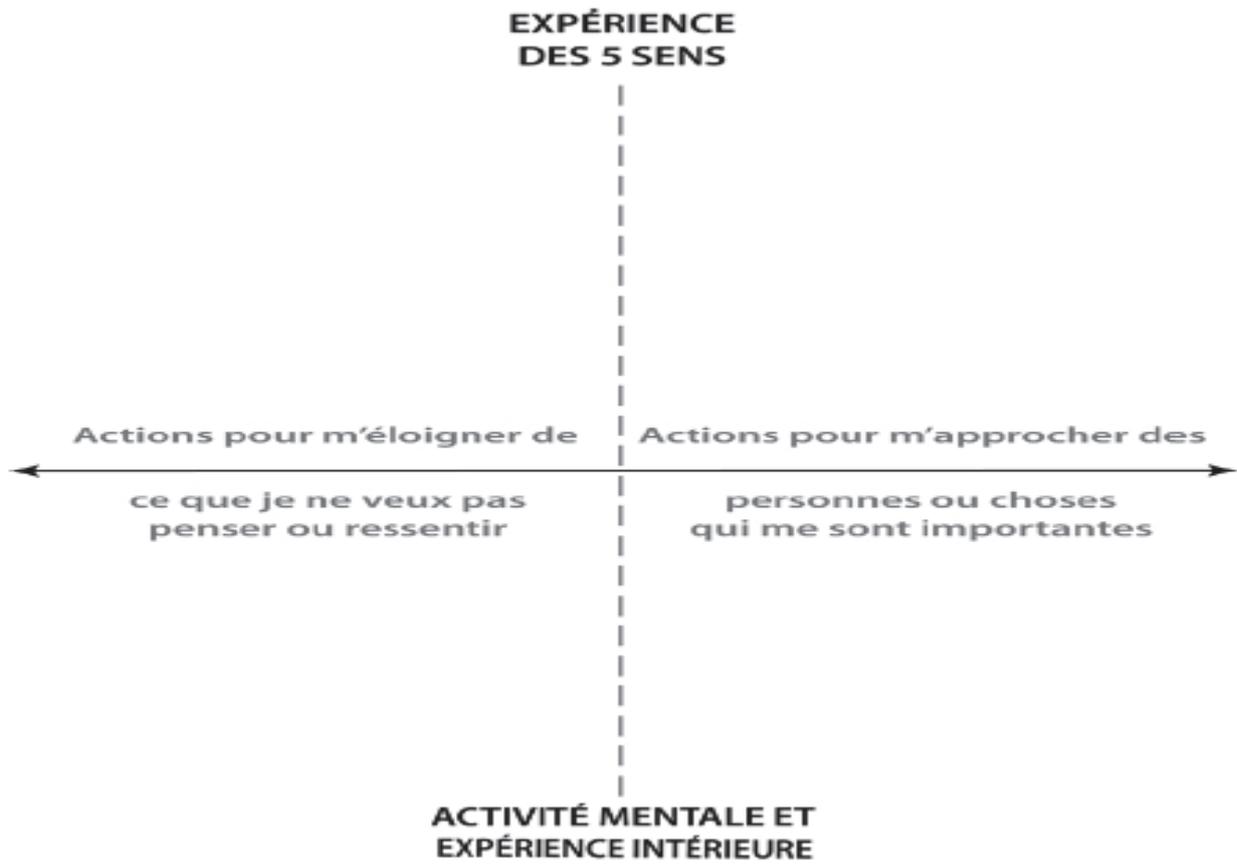
Les individus ont tendance à être piégés dans leurs constructions psychiques d'une façon où leurs pensées de jugement dominent les autres sources de régulation comportementale. Plutôt que d'essayer directement de changer leur contenu, leur fréquence ou leur survenue spécifique, l'objectif de la défusion cognitive est de rompre les fonctionnements problématiques automatiques de la pensée en créant un contexte non littéral dans lequel l'individu observe avec recul le processus de pensée plutôt que de vivre le monde à travers lui. Il s'agit de remettre le langage à sa place de convention arbitraire et de détendre la relation pensée-action pour arriver à des réactions plus flexibles aux contingences, à moins de conduites d'évitement à court terme et à la possibilité de se créer des objectifs à long terme centrés sur les valeurs.

De plus, de par un processus d'entraînement social, les individus apprennent dès l'enfance à développer un soi-conceptualisé, en générant des croyances à propos de soi qui semblent décrire qui l'on est, et expliquer et justifier ses actions. Il s'agit de distinguer la conscience transcendantale de soi au sens psychologique du terme de l'image de soi reliée à ses expériences vécues.

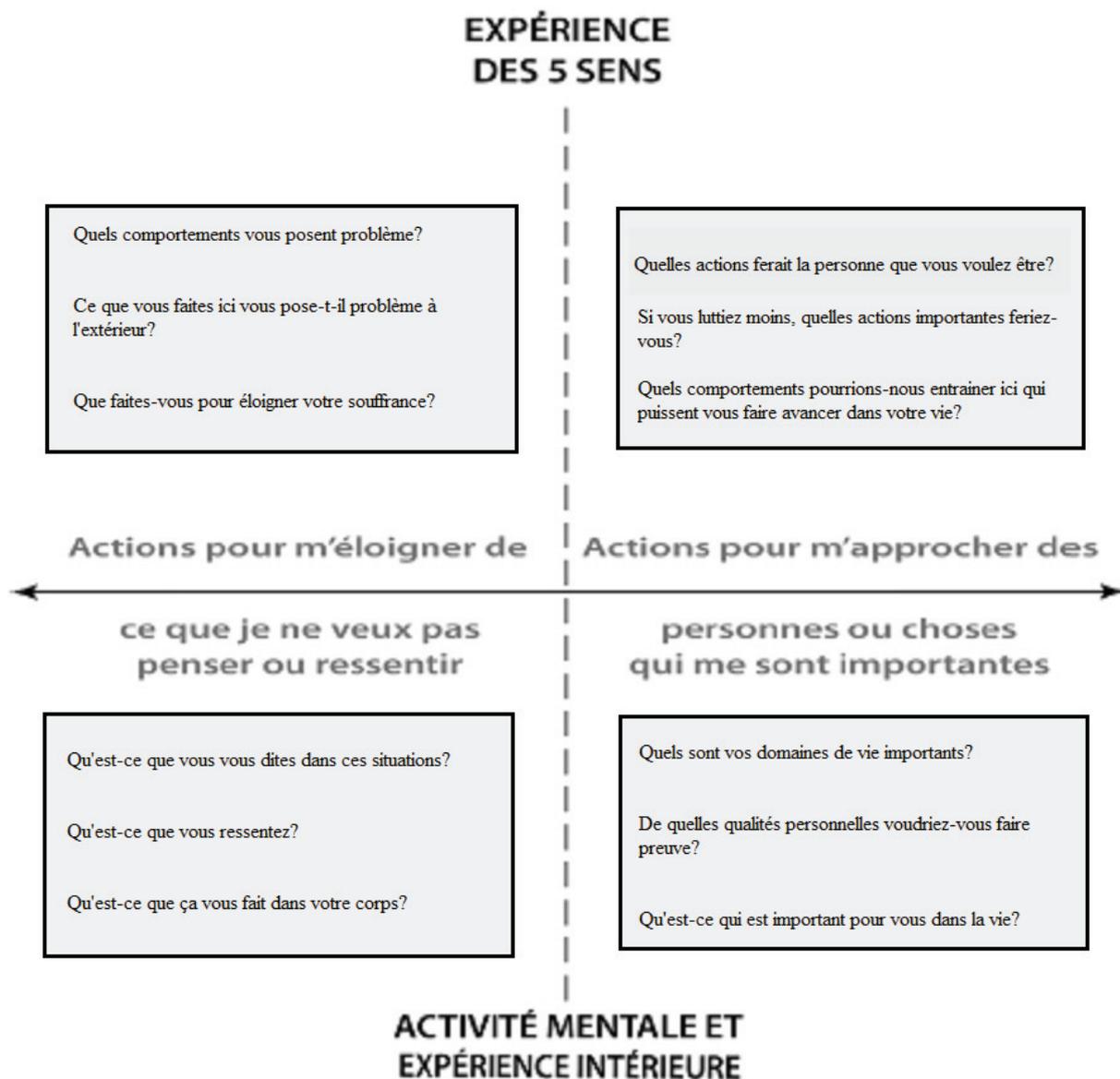
Pour finir, l'augmentation des capacités d'acceptation secondaire au changement de relation qu'à le patient avec ses expériences internes lui permet de clarifier ce qui est véritablement important pour lui. Ainsi, il peut augmenter la qualité de sa vie et trouver un sens à celle-ci en s'engageant dans des actions centrées sur ses valeurs. Cette nouvelle direction d'action est plus fiable et plus efficace à long terme que les tentatives de contrôle des expériences internes négatives et permet un renforcement positif de l'individu dans ses actes quotidiens.

Il s'agit de transformer ses stratégies comportementales inefficaces, d'arrêter de perdre son énergie dans la lutte stérile contre ses sentiments négatifs et de l'insuffler dans des objectifs positifs et importants pour soi.

Un outil dynamique a été spécialement créé par Kevin Polk et son équipe afin de servir l'ACT : la matrice (Figures 6 et 7). Il s'agit d'un diagramme ressemblant à un système de données cartésiennes permettant au thérapeute comme au patient d'observer et de situer leurs actions en fonction du contexte, de leur ressenti intérieur et de leurs valeurs. Elle est composée d'une intersection de deux axes perpendiculaires distinguant quatre zones sur le plan d'une feuille. L'axe vertical représente la perception, reliant en haut, l'expérience sensorielle (qui peut être perçue et vécue par toute personne présente à cet instant), à l'expérience mentale privée (observable uniquement par soi et non par autrui), en bas. L'axe horizontal, dynamique, est porteur de deux directions. Vers la droite, on se rapproche de ce qui est important pour soi, et vers la gauche, on s'en éloigne. Via cette matrice, la formalisation permet au patient de prendre du recul sur son histoire. Cette prise de distance physique lui ouvre alors la possibilité de distanciation psychologique.



*Figure 6 : La matrice ACT*



*Figure 7 : Questions pour explorer la matrice avec les patients*

### 2.4.1.3 Contenu du programme

Le programme ENVIE est constitué de neuf séances de groupe didactiques et interactives hebdomadaires de 90 minutes chacune, pendant neuf semaines.

Chaque séance se centre sur un thème et comporte un enseignement par les médecins psychiatres ou soignants animateurs, mais repose également sur la participation du groupe de patients. A chaque fin de séance, une tâche à domicile pour la prochaine session est donnée aux patients et un support papier récapitulatif des points importants et références leur est distribué.

La première séance de ce programme « *Comment va fonctionner le groupe ?* » permet une première prise de contact entre les différents patients suivant le groupe et les médecins psychiatres ou soignants l'animant. Les messages clés qu'elle porte sont les suivants : la dépression est une maladie qui se soigne, le patient est actif dans sa prise en charge ; il est co-thérapeute, il existe des traitements efficaces, et le groupe repose sur l'échange, la confidentialité et le respect. Le travail en groupe consiste à demander aux patients quelles questions ils se posent à ce stade précoce du programme et à les discuter. A la fin de cette première séance, la tâche à domicile des patients est de donner leurs objectifs concernant leur participation à ce groupe et de faire une boîte à question.

La deuxième séance « *Qu'est-ce que la dépression ?* » s'appuie sur la construction de la matrice pour définir ce qu'est la dépression. La matrice, fil conducteur de la séance, s'appuie sur le principe que chaque individu est en mouvement perpétuel, soit en train de s'éloigner de quelque chose de négatif (la partie gauche), soit en train de tendre vers quelque chose de positif ou recherché (partie droite). Comme expliqué dans la partie précédente de notre thèse, la partie supérieure représente les éléments observables, et la partie inférieure, les processus internes. Elle est à mettre en relation avec les critères diagnostiques DSM (la dépression est une maladie qui regroupe ce qui est écrit dans la partie gauche de la matrice associée à l'éloignement de ce qui est dans la partie droite), avec les témoignages de personnes souffrant de dépression ; ces témoignages sont aussi l'occasion d'explicitier les critères de l'EDC, et avec les conséquences de la dépression (les stratégies inadaptées sont celles citées dans le cadre supérieur gauche de la matrice et la dépression et ses conséquences éloignent de ce qui est important pour le patient). D'autre part, il est important d'aborder dans cette séance la problématique du suicide dans la dépression. Tout au long de cette session, le groupe remplit donc une matrice commune sur paperboard. La tâche à domicile est de remplir leur propre matrice en fonction de leurs symptômes prédominants.

La troisième séance « *Quelles sont les causes de la dépression ?* » aborde la vulnérabilité génétique et les événements de vie stressants qui conduisent à des pensées et des émotions responsables d'une douleur psychologique ayant des conséquences sur le fonctionnement du patient, amplifiant sa détresse. Il s'agit d'un cercle vicieux menant à la dépression et la renforçant. Le travail en groupe est de discuter avec les patients quelles sont les causes qu'ils attribuent à leur dépression, puis quels sont les événements de stress favorisant la survenue de

la maladie. La tâche à domicile est la suivante : chaque patient doit noter sur une première feuille ses facteurs fragilisant et sur une seconde ses évènements de vie marquants en les disposant sur une ligne chronologique.

La quatrième séance « Quelles sont les conséquences de la dépression sur votre vie ? » utilise à nouveau la matrice préalablement construite en insistant sur le cadre supérieur gauche. Cette séance aborde les conséquences de la dépression. Dans un premier temps, il est important que le patient prenne conscience que les stratégies mises en place sont inadaptées et l'éloignent de ce qui est important pour lui. Cette séance aborde également les nombreuses comorbidités associées à la maladie dépressive, psychiatriques (notamment l'abus de substances, le risque suicidaire et les troubles anxieux), mais aussi physiques (et ces maladies agissent à leur tour sur la dépression, il s'agit encore une fois d'un cercle vicieux). Le travail en groupe s'attache à discuter comment l'entourage des patients vit leur dépression.

La cinquième séance « La dépression : une maladie ? » explique le support neurobiologique de la dépression. Le travail en groupe de cette séance est ensuite d'imaginer certaines situations et de réfléchir aux pensées automatiques qui vont venir à l'esprit quand on a une humeur dépressive ou au contraire joyeuse et de décrire pour chaque pensée les émotions ressenties et les comportements en découlant. La tâche à domicile est pour chaque patient de reconstituer le schéma de l'histoire de son trouble en plaçant les épisodes sur une ligne chronologique parallèle aux évènements importants de la vie.

La sixième séance « Comment puis-je reconnaître mon état ? » aborde l'importance de la tenue d'un agenda de l'humeur ou d'applications type Happli-Day. Le travail de groupe consiste en un listing de pensées négatives survenant pendant la dépression et chaque patient doit alors jouer l'avocat de la défense et donner des arguments allant contre cette pensée négative pour la critiquer. La tâche à domicile est de réaliser un agenda de l'humeur et d'identifier les signes de rechute (à mettre en évidence sur la matrice) en essayant de les hiérarchiser.

La septième séance « Que pouvez-vous faire ? » présente brièvement les différentes approches thérapeutiques et aborde le rationnel des traitements médicamenteux. Le travail en groupe discute certaines situations de changement de traitement par le médecin, l'absence de facteurs prédictifs de réponse, aborde les effets indésirables, tout en rappelant la nécessité de ne pas arrêter par soi-même le traitement, discute les idées négatives autour des antidépresseurs, souligne l'absence de pharmacodépendance aux antidépresseurs et la nécessité d'une bonne

observance. Chaque patient réfléchit aux raisons de rester motivé pour la prise de traitement et met ses réponses en lien avec sa matrice (le traitement aide à vaincre tout ce qui est en bas à gauche de la matrice afin d'être libre de créer la vie riche et pleine de sens qu'il veut vraiment vivre, représentée par la droite de la matrice). La tâche à domicile consiste à relever son traitement pour le connaître.

La huitième séance « *Améliorer son hygiène de vie* » aborde la nécessité d'une bonne hygiène alimentaire, de sommeil et l'importance du maintien des activités sociales. Le travail en groupe consiste à demander à chaque patient quelles sont les activités qu'il considère comme agréables pour compléter le cadran supérieur droit de sa matrice et quelles seraient les actions susceptibles d'enrichir sa vie et qu'il pourrait et aimerait faire si les symptômes du cadre inférieur gauche n'étaient pas présents, s'il ne souffrait pas de dépression.

La neuvième et dernière séance « *L'envie du changement* » aborde les façons de parler de sa maladie à son entourage, personnel et professionnel, l'importance de cibler son ou ses interlocuteur(s) et d'adapter son discours en fonction et conseille des techniques de gestion du stress. Le travail en groupe s'intéresse aux risques de parler de sa maladie et aux risques de ne pas en parler. On finit par faire le point sur le groupe de psychoéducation suivi, les bénéfices tirés des enseignements de celui-ci et les éventuelles remarques.

#### **2.4.2 Protocole de recherche clinique PURE**

Le programme de psychoéducation ENVIE, innovant et adapté à la pratique moderne de la psychiatrie est en cours d'évaluation dans une étude de grande envergure.

Nous réalisons notre travail de thèse dans le cadre de l'étude PURE : « Essai contrôlé randomisé de l'efficacité d'un programme de psychoéducation pour la dépression unipolaire d'intensité modérée à sévère : taux de rémission à 15 mois. »

Il s'agit d'un protocole de recherche clinique national dont l'objectif principal est d'évaluer l'efficacité du programme de psychoéducation ENVIE en complément du suivi habituel (consultations médicales et traitement antidépresseur), à travers le taux de rémission à quinze mois, sans rechute durant le suivi, chez des patients présentant une dépression unipolaire non chronique d'intensité modérée à sévère.

PURE est une étude de recherche biomédicale interventionnelle multicentrique, en simple aveugle, randomisée, contrôlée, à deux bras parallèles.

Dans cette étude, le critère de jugement principal est le taux de rémission à quinze mois après l'inclusion, défini par un score à l'échelle Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS, à retrouver en annexe) inférieur ou égal à 12 durant huit semaines, sans rechute thymique durant le suivi.

Les critères de jugement secondaires sont la proportion de patients ayant présenté un score de dépression MADRS inférieur à 10 (sans rechute) durant huit semaines à quinze mois, la variation de l'intensité de la symptomatologie dépressive, objectivée par les scores aux échelles MADRS et Beck Depression Inventory (BDI, à retrouver en annexe) entre l'inclusion, et trois, six, neuf, douze et quinze mois après l'inclusion, l'évolution des scores à la MADRS et à la BDI durant le suivi, le taux de réponse (diminution des scores MADRS d'au moins 50%) à quinze mois après l'inclusion, le taux de rechute (MADRS supérieure à 12 pendant plus de quinze jours après rémission de l'épisode initial) à quinze mois après l'inclusion, le taux d'hospitalisation, la variation du fonctionnement global du patient, évaluée par le Functioning Assesment Short Test (FAST, à retrouver en annexe) entre l'inclusion, et neuf et quinze mois après l'inclusion, la variation de l'adhérence au traitement évaluée par l'échelle Medication Adherence Rating Scale (MARS, à retrouver en annexe) entre l'inclusion et quinze mois après l'inclusion, la variation des posologies de benzodiazépines entre l'inclusion et quinze mois après l'inclusion et le taux d'arrêt du traitement antidépresseur à quinze mois après l'inclusion.

Le patient est reçu par le médecin évaluateur, qui est un médecin différent des médecins animateurs du groupe et qui l'évalue donc en aveugle, lors de six visites au cours desquelles a lieu l'examen clinique et la passation des différentes échelles. Ces visites ont lieu à l'inclusion (V1), à trois mois (V2), six mois (V3), neuf mois (V4), douze mois (V5) et quinze mois (V6).

Ce protocole de recherche évalue donc l'efficacité clinique du programme ENVIE sur la symptomatologie dépressive et ses conséquences via des échelles cliniques objectives et subjectives validées, mais il n'évalue que très peu voire pas l'efficacité en matière de rétablissement et de ressenti individuel propre à la pathologie psychiatrique du patient, d'où l'intérêt du choix de notre travail de thèse, que nous allons aborder.

## **3 TRAVAIL DE THESE**

Au-delà de l'aspect clinique très codifié du protocole PURE, nous avons cherché à évaluer l'impact du programme de psychoéducation ENVIE sur l'aspect subjectif et intérieur du ressenti des patients dépressifs unipolaires.

Nous souhaitons, par ce travail de thèse, démontrer que ce programme de psychoéducation de groupe pour la dépression, en adjonction aux thérapies standards que sont la pharmacothérapie et la psychothérapie, permet une amélioration clinique objective notable, mais également, puisqu'il s'agit d'une part non négligeable de la psychiatrie moderne, une amélioration du rétablissement individuel des patients, ainsi qu'une progression positive sur le cheminement de l'acceptation de la maladie psychique et du bien-vivre avec celle-ci.

Nous avons donc, dans le cadre du protocole PURE décrit précédemment, réalisé un groupe de psychoéducation ENVIE et nous avons également réalisé en amont un travail préliminaire comparant l'échelle de rétablissement STORI utilisée comme critère de jugement principal à deux échelles cliniques validées dans la dépression, car elle n'est scientifiquement validée que dans la schizophrénie.

### **3.1 Matériel et méthodes**

#### **3.1.1 De notre hypothèse principale**

Notre travail de thèse s'inclue donc, avec l'accord des promoteurs de cette étude, dans le protocole PURE.

L'objectif principal de notre thèse était d'évaluer l'impact du programme de psychoéducation ENVIE, en complément du suivi habituel, sur le stade de rétablissement mesuré par l'échelle STORI, chez des patients présentant une dépression unipolaire non chronique (moins de deux ans) d'intensité modérée à sévère. Nous cherchons à démontrer l'apport propre de la psychoéducation sur les variations de scores de rétablissement et à mettre en évidence sa plus-value dans la prise en charge de la pathologie dépressive par rapport à un suivi habituel de pratique clinique courante.

Les objectifs secondaires étaient d'évaluer l'amélioration par ce programme des symptômes cliniques dépressifs objectifs et subjectifs, de l'observance thérapeutique et du fonctionnement global du patient.

Il s'agissait donc d'une étude analytique comparative en deux bras parallèles avec groupe contrôle, randomisée et en simple aveugle. Cette étude était mono-centrique, puisque nous avons inclus nos patients sur le centre de Nice.

Pour être inclus, les patients devaient, conformément au protocole PURE, être âgés de 18 à 65 ans, avoir signé le consentement éclairé, répondre aux critères DSM-5 d'un EDC d'intensité modérée à sévère (MADRS supérieure à 24), être traités par au minimum un antidépresseur et être affiliés à un régime de sécurité sociale français ou bénéficiaires d'un tel régime.

Les critères de non-inclusion étaient l'existence de caractéristiques psychotiques, l'existence d'un risque suicidaire immédiat (évalué par un sous-score idées suicidaires supérieur à 3 à l'échelle Columbia Suicide Severity Rating Scale (CSSRS) sur les sept derniers jours, une durée de l'EDC actuel supérieure à deux ans, l'existence d'un retard mental ou d'une comorbidité médicale grave, l'existence d'un diagnostic de schizophrénie, de trouble schizo-affectif, de trouble bipolaire, d'épisode maniaque, hypomaniaque ou mixte durant la vie entière (c'est à dire ayant répondu aux critères DSM-5 à un moment de sa vie), l'existence d'un handicap sensitif ou cognitif, un déménagement à plus de 100 kilomètres prévu sur la période de l'étude, une grossesse, un patient sous mesure de protection (tutelle ou curatelle), l'incapacité à comprendre, parler ou écrire le français et la participation à une autre étude prévoyant une période d'exclusion.

Les patients ont été inclus sur une période s'étalant d'avril 2017 à novembre 2017 au Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Nice. Les visites d'inclusion et de suivi ont été les mêmes que celles du protocole PURE, avec l'ajout de l'échelle STORI à la batterie d'échelles aux visites d'inclusion (V1), à trois mois (V2), six mois (V3), neuf mois (V4) et douze mois (V5).

Le critère de jugement principal était donc le stade de rétablissement obtenu à l'échelle STORI.

Les critères de jugement secondaires étaient les scores obtenus aux échelles MADRS, BDI, FAST et MARS.

L'utilisation de l'échelle STORI dans ce travail a été autorisée par le Professeur Favrod Jérôme, responsable du Laboratoire d'enseignement et de recherche Santé Mentale et Psychiatrie de

Lausanne, en lien avec le Dr Retta concepteur de l'échelle, et à l'origine de sa version validée en langue française.

Tous les critères d'inclusion et de non inclusion étaient vérifiés par le médecin évaluateur qui recueillait également le consentement éclairé et réalisait l'évaluation clinique en aveugle. La randomisation était effectuée par un des animateurs du groupe dans un second temps. Après avoir donné leur consentement, les patients étaient répartis en deux groupes de manière aléatoire : le groupe intervention (patients participant au groupe de psychoéducation ENVIE en complément de leur suivi habituel, constitué de consultations médicales et de la prise d'un traitement antidépresseur) et le groupe contrôle (consultations médicales et prise d'un traitement antidépresseur). Les patients du groupe intervention participaient donc, en plus de leur suivi habituel, à une séance hebdomadaire de psychoéducation d'une durée de 90 minutes pendant neuf semaines.

Nous avons pour objectif initial d'inclure vingt patients, dix dans le groupe intervention et dix dans le groupe contrôle, afin de pouvoir réaliser une analyse statistique de nos résultats. Malheureusement, seul un groupe ENVIE a pu être réalisé au CHU de Nice pour des raisons que nous aborderons dans la partie Discussion. Les résultats seront donc traités uniquement de manière observationnelle et descriptive et ne montreront qu'une tendance clinique.

### **3.1.2 De l'étude préliminaire**

En amont du travail permettant de répondre à notre hypothèse principale, nous avons cherché à montrer si les dimensions de l'échelle STORI évoluaient de manière parallèle ou non à celles de deux échelles validées dans la dépression, une objective du point de vue du clinicien et l'autre subjective, du point de vue du malade, que sont respectivement les échelles MADRS et BDI.

En effet, l'utilisation de l'échelle STORI a été validée scientifiquement dans la schizophrénie mais n'a pas été étudiée dans la pathologie dépressive. Le but de ce travail préliminaire était donc de voir si les variations des scores de rétablissement à l'échelle STORI étaient corrélées ou non aux variations d'échelles cliniques validées selon l'évolution de la maladie, venant renforcer l'importance de la place du rétablissement dans les prises en charges psychiatriques, ou bien, au contraire, apportant d'autres informations non explorées par les échelles de pratiques courantes et mettant alors en avant un intérêt à l'utilisation de cette échelle au quotidien.

Nous avons donc choisi pour plus de cohérence d'utiliser les mêmes critères d'inclusion et de non-inclusion que ceux du protocole PURE. Les patients étaient recrutés sur une période d'un an, d'août 2017 à août 2018 dans les centres du CHU de Nice, du Centre Hospitalier Sainte-Marie (CHSM) et de la Clinique La Costière. Il s'agissait donc d'une étude descriptive observationnelle de cohorte prospective multicentrique réalisée en ouvert. Nous avons pour objectif d'inclure au moins quinze patients.

Les patients étaient vus à trois reprises, lors de l'inclusion (V1), à trois mois (V2) et à six mois (V3). L'échelle MADRS était remplie par le médecin réalisant l'entretien, et le patient remplissait ensuite les échelles BDI et STORI. Tous les patients donnaient leur consentement éclairé écrit après une information loyale, claire et détaillée des modalités de cette étude lors de la visite d'inclusion.

Après avoir vérifié que les variables se distribuaient normalement, la corrélation entre les variations d'échelles était analysée grâce au test paramétrique de Pearson (r de Pearson) sur le logiciel Statistica.

## **3.2 Résultats**

### **3.2.1 De l'étude préliminaire**

Nous avons recruté vingt patients, dix hommes et dix femmes, âgés de 28 à 64 ans. L'âge moyen était de 46 ans. Concernant le lieu de recrutement, 55% des patients étaient recrutés sur le CHSM, 25% au CHU Pasteur de Nice et 20% à la clinique La Costière.

Tous les patients ont pu être revus à trois mois. Il y a eu deux perdus de vue à la visite des six mois, deux hommes jeunes n'ayant pas donné suite à nos rappels téléphoniques.

Les résultats complets aux trois échelles à l'inclusion (V1), trois mois (V2) et six mois (V3), ainsi que les variations de scores pour chacune d'elles entre l'inclusion et trois mois et entre l'inclusion et six mois sont à retrouver en annexe. La STORI moyenne à la V1 était de 2, de 3 à la V2, et de 3 à la V3. La MADRS moyenne à la V1 était de 30, de 23 à la V2, et de 24 à la V3. La BDI moyenne était de 19 à la V1, de 16 à la V2 et de 15 à la V3.

L'analyse du coefficient de corrélation de Pearson a mis en évidence une corrélation statistiquement significative entre les variations de la STORI et celles de la BDI à trois mois

(Figure 8) ainsi qu'entre les variations de la STORI et celles de la BDI à six mois (Figure 9). Il semblerait donc que l'échelle STORI et l'échelle BDI évoluaient de façon corrélée au cours du temps.

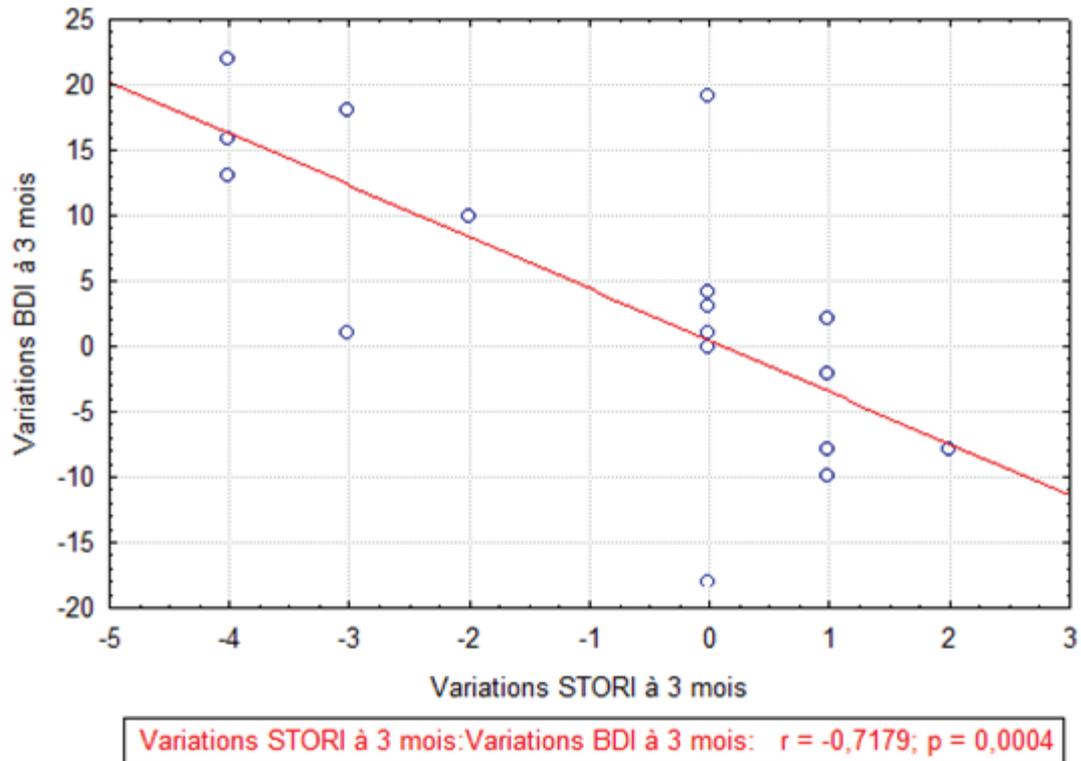


Figure 8 : Corrélation entre les variations à 3 mois des échelles STORI et BDI

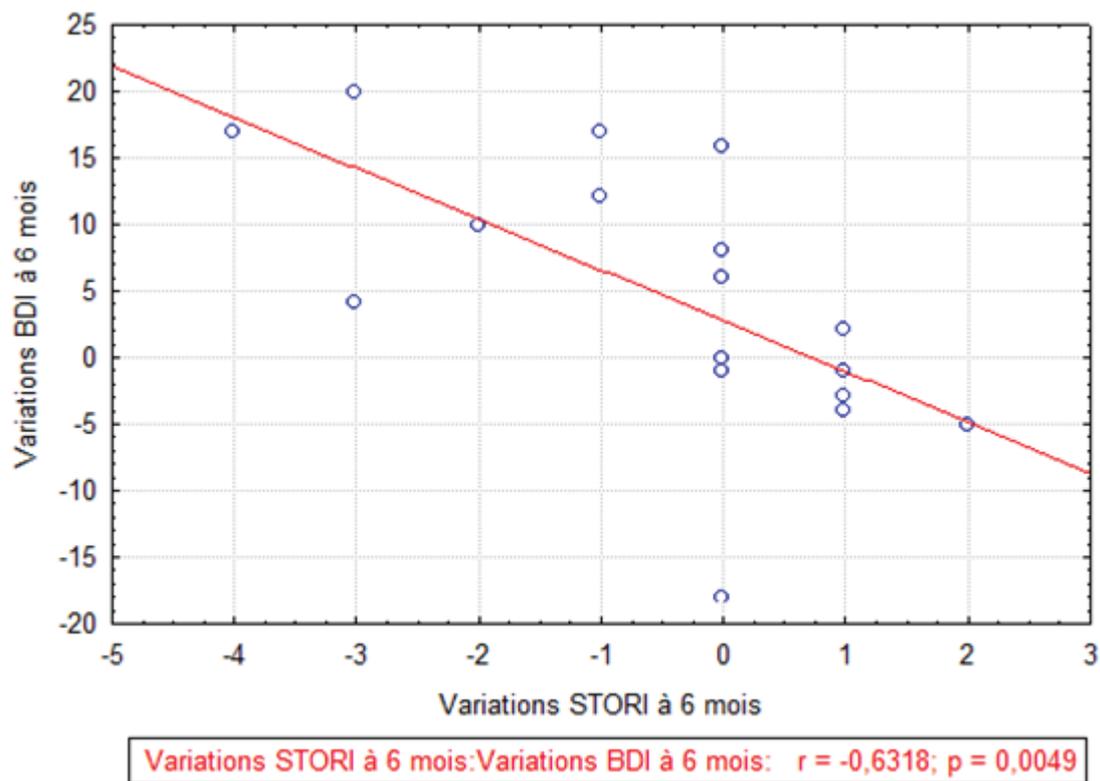


Figure 9 : Corrélation entre les variations à 6 mois des échelles STORI et BDI

L'analyse du coefficient de corrélation de Pearson a aussi mis en évidence une corrélation statistiquement significative entre les variations de la STORI et celles de la MADRS à trois mois (Figure 10) ainsi qu'entre les variations de la STORI et celles de la MADRS à six mois (Figure 11). Il semblerait donc que l'échelle STORI et l'échelle MADRS évoluaient également de façon corrélée au cours du temps.

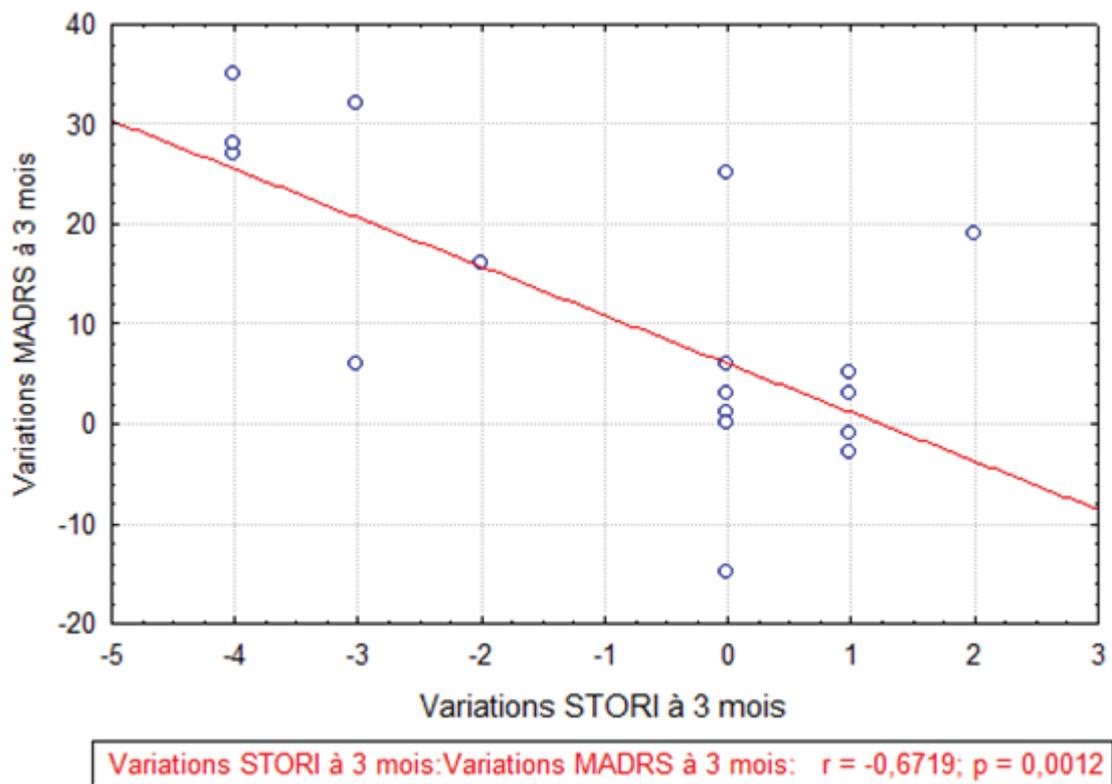


Figure 10 : Corrélation entre les variations à 3 mois des échelles STORI et MADRS

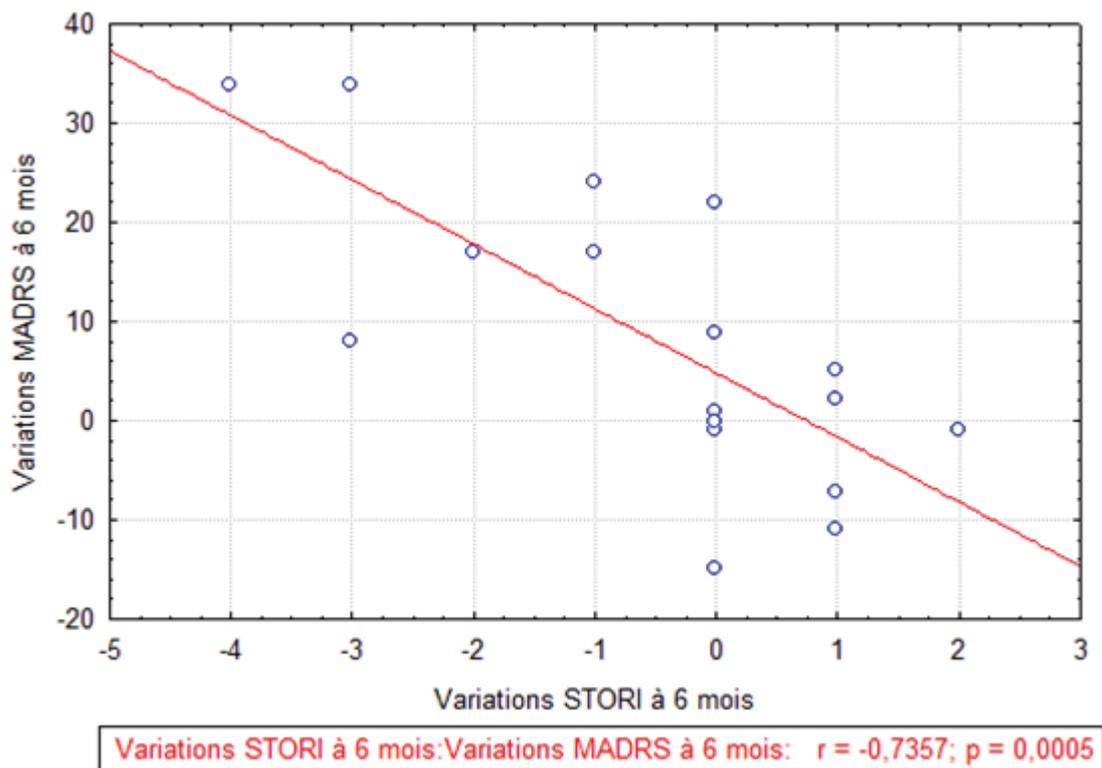


Figure 11 : Corrélation entre les variations à 6 mois des échelles STORI et MADRS

### 3.2.2 De notre hypothèse principale

Nous avons recruté beaucoup de patients sur le CHU Pasteur de Nice parmi ceux hospitalisés pour dépression dans les unités d’hospitalisation temps plein et d’hôpital de jour. Nous avons malheureusement fait face à de nombreux refus de participation pour des raisons que nous verrons dans la partie Discussion.

Au total, nous avons donc inclus huit patientes. Toutes étaient des femmes, âgées de 28 à 64 ans. L’âge moyen était de 53 ans.

Quatre ont été randomisées dans le groupe intervention et quatre dans le groupe contrôle. Une patiente du groupe intervention a été perdue de vue lors de la troisième séance de psychoéducation (Figure 12). Nous ne présenterons donc ses scores aux échelles à la V1 qu’à titre informatif.

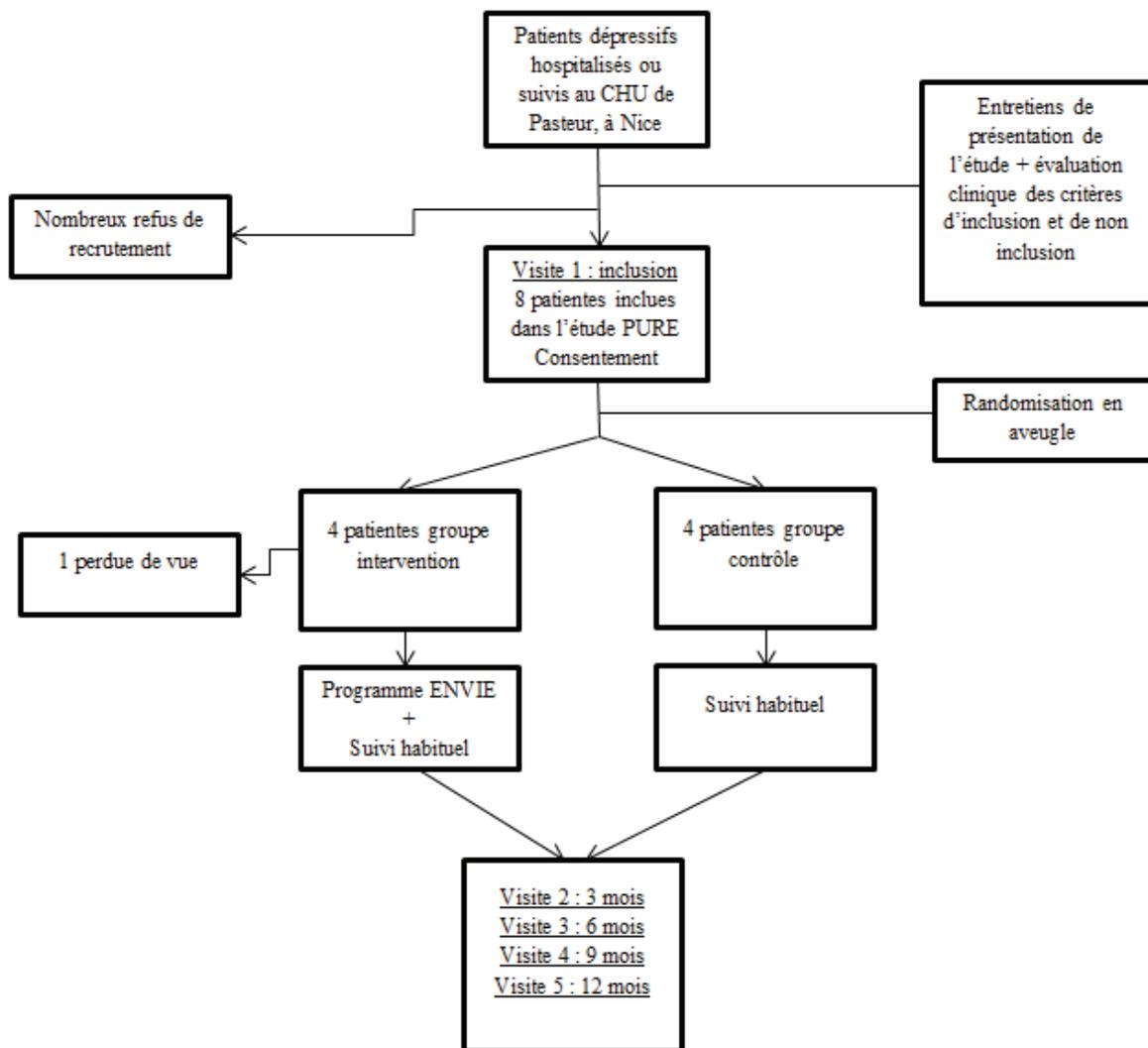


Figure 12 : Flow chart

Les patientes du groupe intervention étaient âgées de 50 ans en moyenne contre 55 ans pour le groupe contrôle. Dans le groupe recevant le programme ENVIE, deux étaient encore en activité et une en arrêt de travail. Une était mariée, une divorcée et une célibataire. De même, une s'était arrêté au niveau secondaire, une avait obtenu son bac et une était allée jusqu'à bac+3. Dans le groupe contrôle, une des patientes était encore en activité, une sans profession, et deux étaient en arrêt de travail. Deux d'entre-elles étaient mariées, une divorcée et une célibataire. Concernant les diplômes, les patientes du groupe contrôle possédaient le brevet pour deux d'entre-elles et le bac pour les deux autres. Il n'existait pas de différence pour les modalités de suivi psychiatrique entre les deux groupes (suivi mensuel au CMP ou au CHU). Les deux groupes étaient donc globalement comparables pour les données sociodémographiques.

Le nombre de patients inclus étant malheureusement trop faible pour pouvoir réaliser une analyse statistique comme prévu, les résultats présentés ci-après ne montreront qu'une tendance clinique.

### 3.2.2.1 Objectif principal

Le tableau des résultats complets obtenus à l'échelle STORI est présenté en annexe et l'histogramme de synthèse est ci-après (Figure 13).

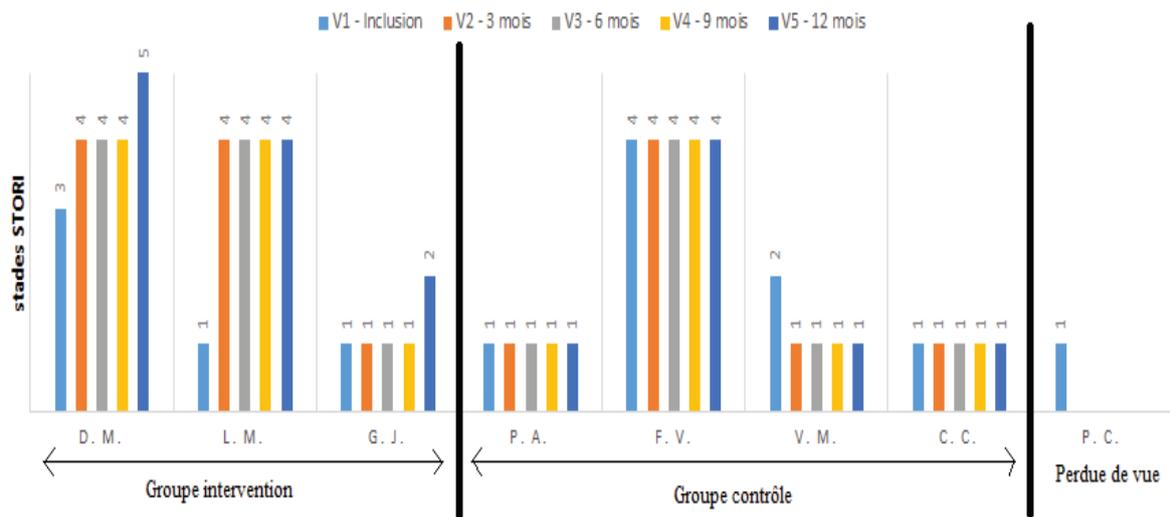


Figure 13 : Histogramme des scores à l'échelle STORI

A la V1, la STORI moyenne du groupe intervention et du groupe contrôle était de 2 (stade de prise de conscience). A l'inclusion, les scores à la STORI étaient donc globalement similaires.

A la V2, soit à la visite des trois mois faisant suite au groupe de psychoéducation, la STORI moyenne était de 3 pour le groupe intervention, soit une progression au stade de préparation, et toujours de 2 dans le groupe contrôle. On observait alors une tendance à l'amélioration du stade de rétablissement suite au programme ENVIE et la stagnation de celui-ci chez les patientes n'ayant pas bénéficié du programme. Il semblerait donc qu'il existe un bénéfice immédiat du programme de psychoéducation ENVIE sur l'amélioration du rétablissement mesuré par la STORI.

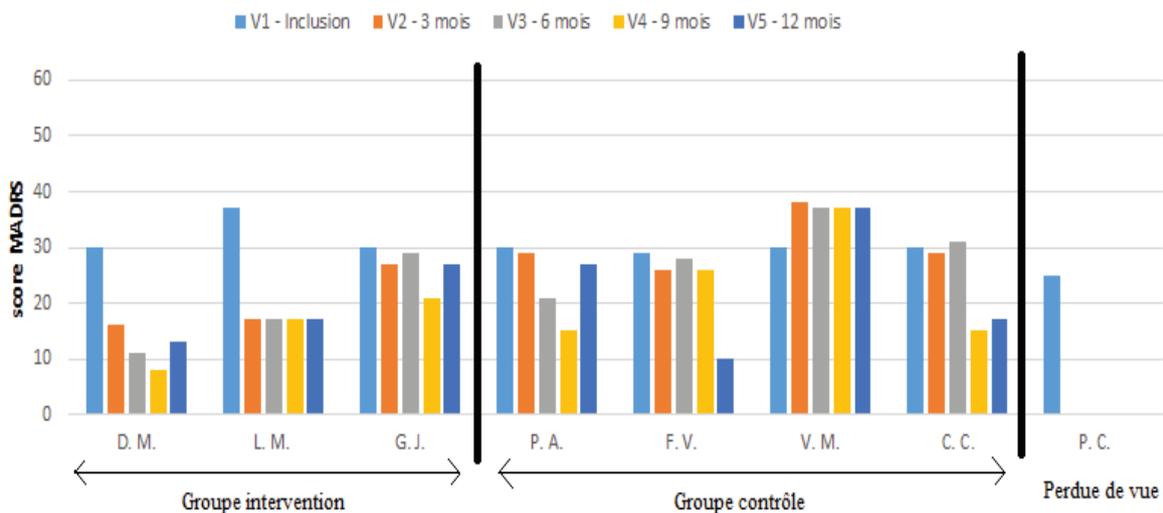
A la V5, soit à la dernière visite à un an, la STORI moyenne dans le groupe intervention était de 4, soit une progression au stade de reconstruction, et toujours de 2 dans le groupe contrôle.

Le bénéfice du programme de psychoéducation ENVIE sur le stade de rétablissement des patientes semble donc se maintenir et même s'améliorer dans le temps.

Pour information supplémentaire, si les résultats avaient été donnés en clusters, à l'inclusion, les patientes du groupe ENVIE appartenaient au cluster 1 pour deux d'entre-elles et au cluster 2 pour la troisième. Dans le groupe contrôle, deux patientes cotaient pour le cluster 1 et deux pour le cluster 2, soit des populations globalement semblables à la V1. Après le programme de psychoéducation, une patiente du groupe intervention était restée au cluster 1 à court et long terme, mais les deux autres patientes avaient progressé vers les cluster 3 et 4 à la V2 et ce bénéfice s'était maintenu à la V5. Dans le groupe contrôle en revanche, aucune patiente n'avait progressé vers le cluster supérieur à court ou long terme, une patiente avait même régressé au cluster inférieur. Cette seconde façon d'interpréter la STORI en accord avec les données de la littérature vient conforter la tendance observée avec la cotation officielle en cinq stades de rétablissement.

### 3.2.2.2 Objectifs secondaires

Les tableaux des résultats complets aux échelles MADRS, BDI, FAST et MARS sont présentés en annexe, et, comme pour le critère principal, les histogrammes de synthèse sont présentés dans la partie qui suit (MADRS : *Figure 14*, BDI : *Figure 15*, FAST : *Figure 16* et MARS : *Figure 17*).



*Figure 14 : Histogramme des scores à l'échelle MADRS*

A la visite d'inclusion, la MADRS moyenne était de 32 dans le groupe intervention, et de 30 dans le groupe contrôle, soit des scores globalement comparables initialement (dépression sévère).

Après le groupe de psychoéducation, soit à la V2, le groupe intervention avait une MADRS moyenne de 20, soit une réduction de 37,5% depuis l'inclusion, et le groupe contrôle, de 30, soit une absence de réduction. Ces résultats semblent en faveur d'un bénéfice immédiat du programme ENVIE sur la symptomatologie dépressive clinique évaluée par la MADRS.

A la V5, la MADRS moyenne du groupe intervention était de 19, soit une réduction de 40,6% depuis l'inclusion, et de 23 dans le groupe contrôle, soit une réduction de 23,3%. Ces résultats semblent indiquer que le programme de psychoéducation étudié permettrait une réduction plus importante des scores MADRS et que celle-ci serait stable dans le temps.

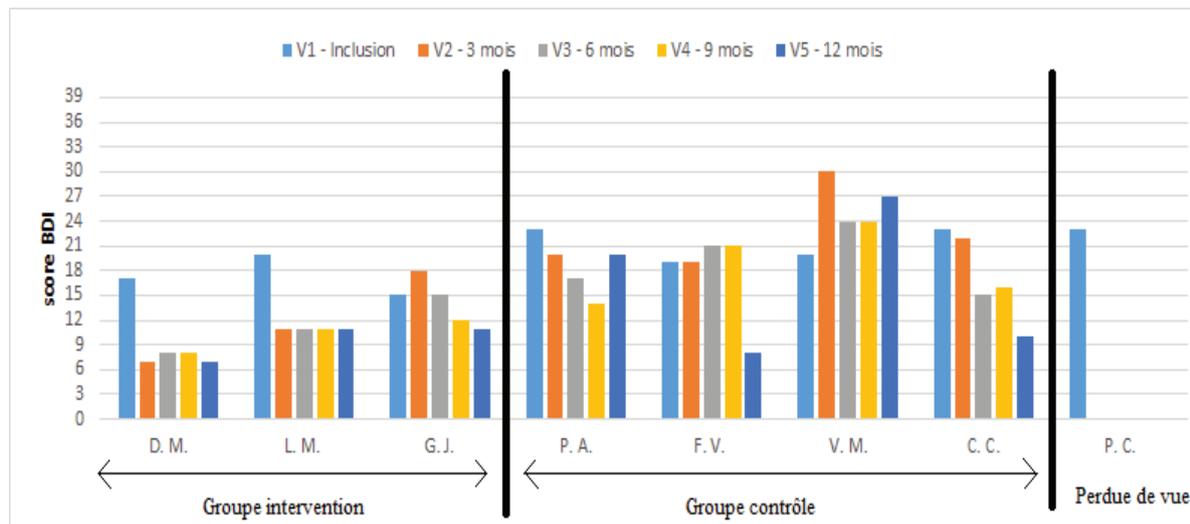


Figure 15 : Histogramme des scores à l'échelle BDI

A la V1, le score moyen obtenu à l'échelle BDI était de 17 dans le groupe intervention et 21 dans le groupe contrôle, soit des scores globalement comparables initialement (dépression sévère).

A la V2, le groupe ayant bénéficié du programme ENVIE présentait un score BDI moyen de 12, soit une réduction de 29,4% par rapport à l'inclusion, et le groupe contrôle, de 23, soit une augmentation de 9,5%. Le programme ENVIE semble à nouveau permettre un bénéfice immédiat sur la symptomatologie dépressive évaluée par l'échelle BDI.

A un an, la BDI moyenne était de 10 dans le groupe ENVIE, soit une réduction de 41,2% depuis la V1, et de 16 dans le groupe contrôle, soit une réduction de 23,8%. La tendance semble être à nouveau en faveur d'une diminution plus importante des symptômes dépressifs évalués par la BDI dans le groupe psychoéducation sur le long terme.

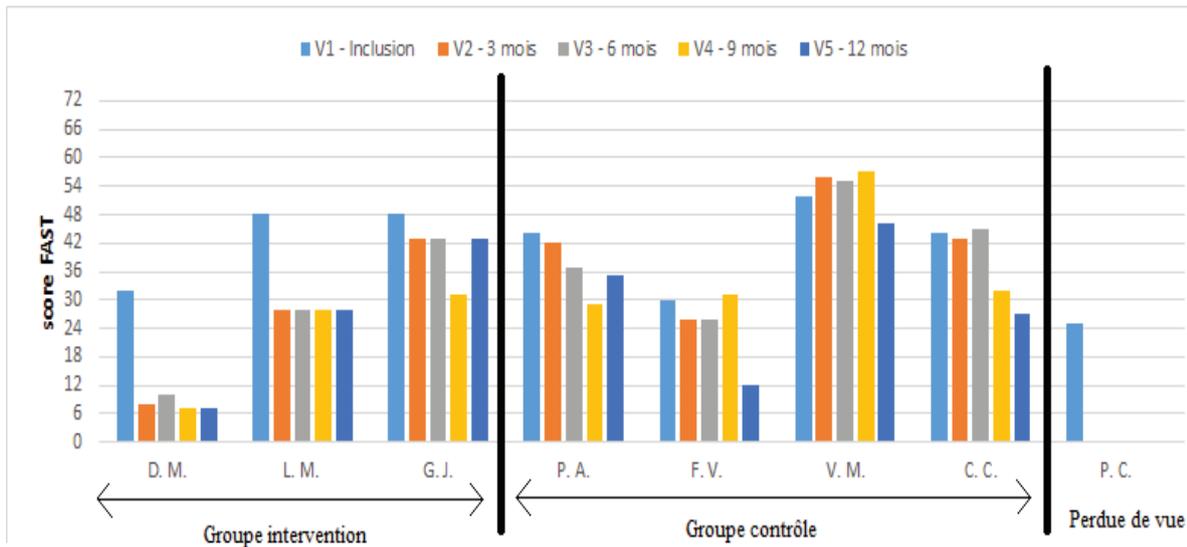


Figure 16 : Histogramme des scores à l'échelle FAST

A l'inclusion, le score obtenu à la FAST était en moyenne de 43 dans le groupe ENVIE et dans le groupe contrôle, soit des scores comparables dans les deux groupes (difficultés modérées).

A la V2, le groupe intervention présentait un score moyen à la FAST de 26, soit une amélioration de 39,5% par rapport à l'inclusion, et le groupe contrôle, de 42, soit une amélioration de 2,3%. Le groupe de psychoéducation semble améliorer de façon plus importante le score de fonctionnement évalué par la FAST à court terme.

A la V5, le score moyen à la FAST était de 26 dans le groupe ENVIE, soit une amélioration de 39,5% par rapport à la V1, et de 30 dans le groupe contrôle, soit une amélioration de 30,2%. Une nouvelle fois, le programme ENVIE semble améliorer de façon plus importante et de façon stable le score de fonctionnement de la FAST à long terme.

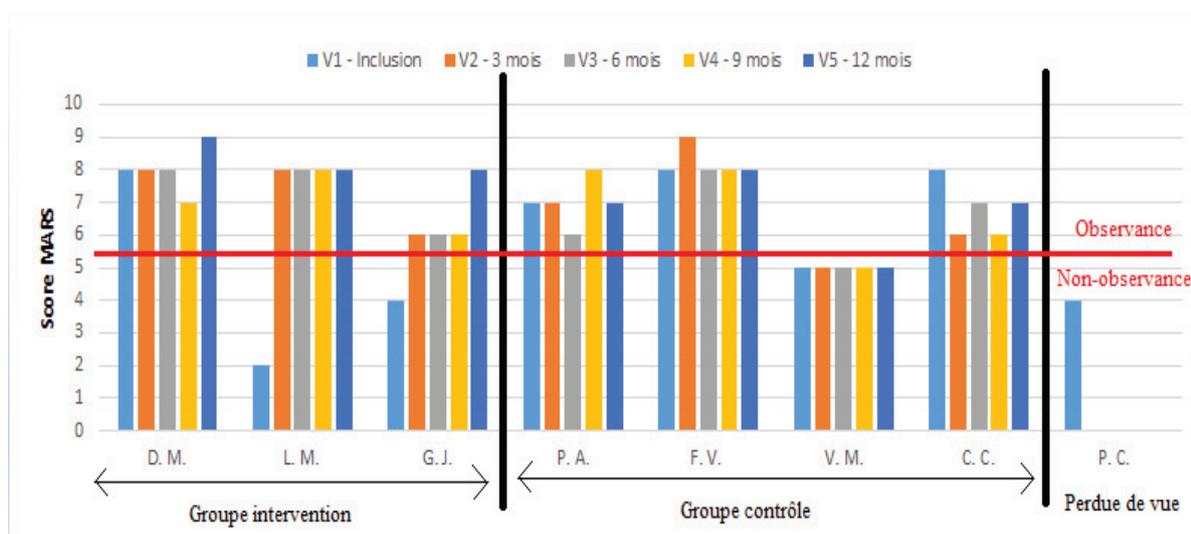


Figure 17 : Histogramme des scores à l'échelle MARS

A l'inclusion, le score moyen à la MARS était de 5 dans le groupe intervention et de 7 dans le groupe contrôle. Les patientes bénéficiant du groupe de psychoéducation étaient donc initialement non-observantes d'après la MARS, tandis que celles du groupe contrôle l'étaient.

A la V2, le score moyen à la MARS était de 7 dans le groupe contrôle, soit une amélioration de 40% et un passage de non-observance à observance d'après l'échelle depuis l'inclusion, et était de 7 dans le groupe contrôle, soit une absence d'évolution. Le groupe de psychoéducation semble donc améliorer de façon immédiate l'observance thérapeutique évaluée par la MARS.

A la V5, la MARS moyenne du groupe ENVIE était de 8, soit une amélioration de 60% depuis l'inclusion, et de 7 dans le groupe contrôle, soit une absence d'évolution. Le groupe ENVIE semble donc améliorer l'observance des patientes évaluée par la MARS sur le long cours.

### 3.3 Discussion

#### 3.3.1 Concernant l'hypothèse principale

##### 3.3.1.1 Rappel des résultats

Notre étude montre une tendance clinique en faveur d'une amélioration du rétablissement subjectif des patients plus importante lorsque ceux-ci reçoivent le programme de psychoéducation ENVIE en plus de leur suivi habituel plutôt qu'avec un suivi simple. Cette

tendance apparaît immédiatement après la psychoéducation et semble se maintenir sur le long terme.

Le programme ENVIE semble aussi améliorer la symptomatologie dépressive objective évaluée par l'hétéro-questionnaire MADRS et subjective évaluée par l'auto-questionnaire BDI, le fonctionnement global du patient évalué par la FAST, et l'observance thérapeutique évaluée par la MARS. Nos résultats semblent indiquer que cette tendance apparaît dès la fin du programme, et se maintient à un an.

A partir de ce petit échantillon, on obtient donc des résultats qui semblent indiquer qu'il pourrait y avoir un bénéfice spécifique du programme ENVIE sur le rétablissement des patientes d'âge moyen souffrant de dépression unipolaire d'intensité modérée à sévère, mais aussi sur leur fonctionnement global, leur adhésion thérapeutique et leur symptomatologie clinique à court et long terme.

### **3.3.1.2 Les patients inclus**

Malgré notre volonté d'inclure au moins vingt patients, nous ne sommes parvenus à en inclure que huit. Le trop faible nombre de patients inclus a rendu impossible la réalisation d'analyses statistiques et a donc nettement diminué la valeur scientifique des résultats obtenus, puisque ceux-ci ne permettent que l'observation d'une tendance clinique. Cette difficulté d'inclusion s'explique par différentes raisons. Tout d'abord, nous n'avons recruté les patients que sur un seul centre, car il a été très difficile d'obtenir la participation des psychiatres libéraux ou d'autres centres contactés malgré plusieurs rappels par mails et lors de présentations du programme en staffs médicaux. Ceux ayant répondu par la négative à nos sollicitations ont pu verbaliser une réticence à adresser leurs patients, de peur de les « perdre » au profit d'une poursuite du suivi au CHU après la fin du groupe. Le nombre important de refus peut aussi s'expliquer par le manque d'habitude qu'ont encore les psychiatres à orienter les patients souffrant de dépression unipolaire vers de la psychoéducation, preuve ici, une fois encore, que la psychoéducation dans l'EDC n'en est qu'à ses balbutiements malgré des effets positifs démontrés dans la littérature (32), et ce que semble également indiquer notre étude. De plus, même si beaucoup de patients ont été reçus en entretien de présentation de l'étude (plusieurs dizaines), nous avons fait face à de nombreux refus de participation. Ceux-ci s'expliquent probablement en majeure partie par les contraintes du protocole PURE et celles du programme

ENVIE. Le protocole PURE engageait en théorie les patients à revenir pour plusieurs visites pendant quinze mois. Cet engagement sur le long terme a été la raison de plusieurs refus, même si, comme dans toute étude de recherche clinique, les patients pouvaient bien sûr mettre fin à leur participation quand bon leur semblait et sans justification. Le programme ENVIE, quant à lui, demandait une présence rigoureuse en moyenne deux heures par semaine sur neuf semaines consécutives, ce qui, pour des patients déprimés et donc apragmatiques et asthéniques, représentait un véritable défi de mobilisation. Pour les patients qui parvenaient encore à conserver leur activité professionnelle, se libérer un après-midi par semaine, neuf semaines de suite a également été un frein à leur entrée dans le protocole. Pour certains patients suivis en ambulatoire, il a aussi été rencontré un problème de logistique avec des difficultés à se rendre de façon hebdomadaire sur le lieu des groupes par leurs propres moyens. Ensuite, le fait que le programme ENVIE soit un programme de groupe a pu également rebuter certains patients dépressifs, de par leur anxiété, leurs difficultés à faire face au regard de l'autre, à trouver l'appui narcissique suffisant pour s'exprimer en public et à conserver des rapports sociaux normaux. Pour finir, pour respecter le protocole PURE, la prise en charge psychoéducatrice devait nécessairement débiter au même moment pour tous les patients du groupe. Le prolongement de la période d'inclusion a eu comme conséquences la perte d'intérêt de plusieurs patients initialement intéressés par le programme, certains ayant vu leur état clinique s'améliorer ou d'autres s'étant tournés vers d'autres formes de prise en charge additionnelles (telles que l'hypnose, la TCC en cabinet etc.) et ne souhaitant pas cumuler celles-ci. Cet échantillon de patientes a cependant été défini par des critères précis et reproductibles entre chacune.

Si le nombre de sujets inclus a été trop faible par rapport à notre objectif initial, l'hétérogénéité du groupe était également insatisfaisante, puisque nous n'avons inclus que des femmes. Nous n'avons pas d'explication qui ne soit pas spéculative concernant l'absence totale d'hommes dans l'échantillon, hormis le fait que la dépression touche deux femmes pour un homme (3,5,10,15). On peut éventuellement soulever l'hypothèse que les femmes seraient plus enclines à accepter des dynamiques thérapeutiques d'échange en groupe ou à demander de l'aide, mais il ne s'agit ici que de pures supputations personnelles. Nos résultats ne peuvent donc être extrapolés qu'à une population restreinte de patientes dépressives unipolaires d'intensité modérée à sévère d'une cinquantaine d'années en moyenne.

### 3.3.1.3 Les critères de jugement

L'échelle STORI, notre critère de jugement principal, a été, comme nous l'avons vu précédemment, initialement prévue pour identifier les cinq stades de rétablissement, mais plus récemment, une organisation en clusters a été proposée (19). Pour plus de cohérence avec la majorité des publications consacrées à la STORI, nous avons choisi de maintenir la cotation officielle proposée initialement par les auteurs, qui permet tout de même d'identifier un cheminement sur la voie qu'est le rétablissement. Quoiqu'il en soit, en s'intéressant à posteriori à la classification en clusters, les résultats obtenus allaient dans le même sens que ceux observés avec la classification en stades. Cette échelle peut également paraître au premier abord complexe et longue, ce qui peut mettre en difficultés un patient présentant des troubles de la concentration, récurrents dans la pathologie dépressive. La composante de temps formulée en différents adverbes insistant sur la temporalité des processus a pu être difficile à appréhender pour certains, puisqu'il était recommandé à ceux-ci de réfléchir chaque proposition en fonction de leur ressenti au moment de la passation. Cette focalisation sur le moment présent est cependant nécessaire et même indispensable lorsqu'il s'agit d'identifier le rétablissement au sens individuel, multidimensionnel et dynamique que nous avons décrit précédemment. La cotation nuancée de 0 à 5 a parfois été source d'hésitations pour certains patients, et l'on peut se poser la question de la reproductibilité des scores en fonction des aléas de vie des patients et du moment de la passation. Nous avons observé, de par la formulation des propositions et la nécessité de réflexion, que la cotation de la STORI nécessitait, pour être cohérente et valable, des capacités cognitives de qualité suffisante, ce qui peut limiter la population chez qui son utilisation est pertinente. Pour terminer, l'ajout de l'échelle STORI au panel d'échelles du protocole, ainsi que sa priorisation en tant que critère de jugement principal nous ont semblé être pertinents car les évaluations cliniques validées, marquées par les méthodes de la médecine factuelle permettent, certes, d'évaluer l'amélioration d'un patient selon le paradigme de l'« evidence based medicine », mais ne permettent pas d'évaluer la dimension bien plus complexe et profonde de la subjectivité du patient dans laquelle s'ancre le concept de rétablissement. Notre intérêt premier était dirigé vers la rémission fonctionnelle et pas seulement la rémission clinique. Cette échelle a d'ailleurs été validée par les consommateurs de soins comme étant d'une durée suffisante et facile à comprendre, et les questions, validées comme adaptées, et identifiées comme les ayant aidé à penser à leur rétablissement (19). Nous avons par ailleurs eu beaucoup de retours positifs puisque les patients se sentaient compris dans

leurs sensations profondes et se sentaient écoutés par la recherche et la mise en évidence de sentiments non explorés par les échelles cliniques. Ils appréciaient que soit mise en avant la manière de se reconstruire avec la maladie, dans le sens du « vivre avec » et non du « lutter contre », de la réorientation de son énergie psychique. La passation de cette échelle nécessitait néanmoins un élément important : le patient devait avoir accepté le terme de « maladie » et donc être conscient de son statut d'individu malade. Cet aspect d'acceptation était ensuite travaillé en profondeur par les techniques d'ACT du programme ENVIE. Bien que conçue initialement pour être utilisée dans des pathologies du champ de la schizophrénie et étudiée dans ce sens dans la littérature, la STORI paraît plus que légitime dans la pathologie dépressive puisqu'elle permet de mettre en avant le vécu des patients face à cette maladie chronique dégradant l'image de soi et fortement pourvoyeuse de handicap psychique et social.

L'intérêt de l'utilisation de cette échelle est d'ailleurs renforcé par les résultats obtenus à notre étude préliminaire, que nous discuterons après.

L'échelle MADRS est un hétéro-questionnaire reconnu, utilisé en pratique clinique courante pour l'évaluation de la sévérité de la symptomatologie dépressive et son évolution sous traitement, et est recommandée par la HAS. Elle permet d'évaluer un panel large de domaines tels que le sommeil, l'humeur, l'appétit, les fatigues physique et psychique et les idées de suicide. Les limites à l'utilisation de cette échelle dans cette étude sont donc peu nombreuses, hormis le fait que les scores obtenus dépendent du médecin évaluateur, de son expérience clinique et de sa régularité de cotation. Pour notre travail de thèse, cette limite est restreinte puisque l'évaluateur était un médecin psychiatre expérimenté et le même pour toutes les évaluations de chaque patiente.

L'échelle BDI est également une échelle régulièrement utilisée en pratique courante. Il s'agit d'un auto-questionnaire qui permet une approche dynamique et une estimation quantitative subjective de l'intensité de la dépression. Ici encore, son utilisation semble tout à fait adaptée et pertinente comme critère de jugement secondaire pour estimer l'impact du programme ENVIE sur la symptomatologie dépressive.

L'échelle FAST est un hétéro-questionnaire de fonctionnement de l'individu. Sa cotation est peu précise et dépend une fois encore du médecin évaluateur. Comme pour la MADRS, cette limite est compensée par le fait que ce dernier était à la fois expérimenté, et n'a pas changé tout

le long du suivi. Bien qu'évaluant différents domaines spécifiques, tels que l'autonomie, le fonctionnement occupationnel, le fonctionnement cognitif, les problèmes financiers, les relations interpersonnelles et le temps libre, cette échelle donne un score total global ne permettant pas une analyse plus fine des différents domaines altérés par la pathologie. L'utilisation d'un questionnaire de fonctionnement semble pertinente pour évaluer l'impact de la psychoéducation sur la maladie dépressive puisque, comme nous l'avons vu dans la partie qui lui est consacrée, cette dernière infiltre insidieusement et progressivement chaque pan de la vie des sujets atteints et entraîne un handicap psychique et social lourd. Ce test a également l'avantage d'être court (environ six minutes) et simple. L'augmentation conjointe du score de fonctionnement global ainsi que du score à la STORI après le programme ENVIE amène la question du lien entre ces deux échelles : est-ce que l'amélioration comportementale apportée par la psychoéducation en est une conséquence directe ou découle-t-elle de l'amélioration de l'acceptation de maladie ?

L'échelle MARS est un auto-questionnaire, et est donc fidèle au témoignage du patient. Cette échelle a le désavantage d'être relativement floue et nécessite d'être remplie sur un site dédié afin d'être interprétée, puisque toutes les réponses « oui » ne signifient pas l'observance ou une attitude positive. Ce site est toutefois très accessible et extrêmement simple et rapide d'utilisation (cocher les réponses et le score apparaît). On obtient donc un score total qui ne s'interprète que de façon binaire, soit non-observant, soit observant, ce qui ne permet pas d'observer une éventuelle amélioration ou détérioration de la force de l'observance. Elle permet cependant d'évaluer à la fois l'attitude du malade quant à ses traitements et son comportement d'observance actuel, et comporte des éléments tout à fait pertinents, tels que, par exemple, l'arrêt du traitement lorsque le patient se sent mieux, une des causes principales d'arrêt prématuré du traitement dans la dépression, et donc, de rechute. L'utilisation de cette échelle et les résultats qu'elle apporte sont d'autant plus intéressants que, comme vu dans la première partie, une des cibles prioritaires des programmes de psychoéducation est l'observance des traitements. Il semblerait donc ici que soit mis en évidence un impact du programme ENVIE sur une des cibles majeures visées.

### 3.3.1.4 Le protocole PURE

Le protocole PURE présentait également certains biais et certaines forces, que nous allons détailler brièvement (36). S'agissant d'une étude longitudinale, il pouvait y avoir des perdus de vue. Nous en avons eu une sur les quatre patientes du groupe ENVIE et discuterons les raisons de cet échappement ci-après. Afin de limiter ce biais, le protocole prévoyait de considérer les patients perdus de vue comme n'étant pas en rémission. Nous avons choisi dans notre travail de thèse d'analyser les résultats en per protocole afin de limiter ce biais et n'avons présenté ses résultats à l'inclusion qu'à titre informatif. Le protocole avait une méthodologie solide. En effet, il avait l'avantage d'être randomisé, limitant le biais de sélection possible. Il était également réalisé en deux bras parallèles, un groupe intervention, et un groupe contrôle. Il n'a été possible que de faire un simple aveugle puisque les patientes savaient forcément si elles recevaient la psychoéducation ou non. Le médecin évaluateur, en revanche, ignorait la répartition des patientes après randomisation, ce qui a renforcé la valeur méthodologique. Un autre biais possible était que les traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques reçus par les patientes étaient gérés par leurs psychiatres traitant, et, hormis le fait qu'elles recevaient toutes au moins un antidépresseur, leurs traitements n'étaient pas forcément comparables et ont pu influencer sur les modifications de symptomatologie. Cependant, cette limite se discute car en pratique générale, les patients qui bénéficieront de la psychoéducation auront également différents suivis, différents thérapeutes et différents traitements. Pour finir, cette étude a le mérite d'avoir permis une analyse sur le long terme puisque la dernière visite utilisée dans ce travail était réalisée à quinze mois.

### 3.3.1.5 Le programme ENVIE

Les programmes de psychoéducation ont en général le désavantage de nécessiter un cadre organisationnel et logistique important, ainsi que la formation du personnel encadrant et sont donc souvent signalés comme trop chronophages et impossibles à mettre en place par manque de personnel et/ou de temps. Le programme ENVIE a cette force d'être parfaitement organisé et structuré. Il existe un matériel de formation dédié au personnel encadrant très précis. En effet, sont mis à disposition des dvd explicatifs de séances de groupes filmées réalisées par les médecins créateurs du programme, ainsi qu'un livret de l'animateur détaillant avec précision chaque séance et chaque point à aborder. De plus, les animateurs des groupes peuvent être

médecins ou soignants, ce qui élargit le nombre de personnes pouvant encadrer les séances. On pourrait éventuellement déplorer l'absence de séances à destination de l'entourage des patients, qui viennent souvent ajouter à la culpabilité dans la pathologie dépressive et sont tout autant démunis que les malades, mais ce programme est à destination des patients et non de leur famille. Toutefois, une séance d'ENVIE aborde la manière de parler de la maladie aux proches.

Parmi ses avantages, il est important de souligner que ce programme de durée raisonnable utilise le dernier contenu scientifique didactique innovant des TCC et est donc plus adapté à la pratique moderne que des programmes longs et vieillissants comme le CWD. La thérapie ACT, comme vu dans la partie qui lui est consacrée, ouvre en effet des perspectives nouvelles sur des questionnements jusque-là négligés par les modèles théoriques de psychothérapie, notamment celui de la philosophie des valeurs. Ces valeurs, en tant que directions de vie et interactions au Monde choisies en conscience par l'individu correspondent bien au concept d'autonomisation du patient et de prise en compte de ses besoins et objectifs propres.

Le fait qu'il s'agisse d'une prise en charge de groupe apporte aussi une plus-value, à mon sens, puisque la cohésion au sein du groupe a pu permettre aux patientes de faire un pas en direction du renforcement de leurs liens sociaux, pour toutes affaiblis par la dépression, et d'amorcer la reconstruction de leur identité personnelle ; pilier du rétablissement, via un sentiment d'appartenance, dans un espace de confiance et d'échange. Le contenu des séances a également été véritablement enrichi par la dynamique de groupe puisque les témoignages variaient selon le vécu des individus, le stade de la maladie auquel elles se trouvaient et leur recul sur cette dernière. Des échanges de qualité ont été possibles et cela a permis aux patientes de se saisir de certains éléments expérientiels des autres membres du groupe pour transformer, critiquer ou corroborer les leurs. De même, on sait combien les accompagnements par les pairs peuvent être bénéfiques en psychiatrie (49), et, échanger avec des personnes souffrant de la même maladie lorsque l'on se sent totalement isolé et incompris peut être un soulagement intense, notamment pour permettre une meilleure gestion des idées de culpabilité et de la stigmatisation. Toutes nos patientes incluses, et les patients souffrant de dépression d'une manière générale, ont mis en avant ces deux éléments comme étant parmi ceux les faisant le plus souffrir. En effet, il est encore trop présent dans la pensée commune que la dépression est un relâchement, une faiblesse ; pensée partagée par les patients, venant écraser le peu d'estime de soi laissée intacte

par la maladie, et ce regard n'est souvent pas suffisamment transformé par la prise en charge standard.

On remarque également que le programme ENVIE présente un aspect de rétablissement, sans jamais en prononcer le nom, puisqu'il centre ses séances sur l'autonomie, la reconstruction ou encore la meilleure gestion des symptômes. Le fait que nos résultats semblent indiquer que ce programme de psychoéducation impacte de manière positive le rétablissement des patientes n'est donc pas étonnant, puisqu'il s'axe par nature sur des idées constitutionnelles de ce concept.

Pour être pleinement efficace, il semble nécessaire que les patients bénéficient de la totalité du programme ENVIE, puisque chaque séance aborde une thématique différente et importante et dispense des compétences de TCC et des exercices différents. Seules les séances d'introduction et de conclusion pouvaient éventuellement être manquées sans grande perte d'informations. Ce programme semble donc se destiner à des patients fiables, réguliers et rigoureux dans leurs présences et ayant des capacités cognitives suffisantes pour se saisir des éléments thérapeutiques fournis. Nous avons d'ailleurs eu une perdue de vue à partir de la troisième semaine de programme. Cliniquement, cette patiente présentait un trouble de la personnalité de type borderline grave avec quelques éléments déficitaires et ses capacités cognitives plus faibles l'avait placée en marge du groupe.

### **3.3.2 Concernant l'étude préliminaire**

#### **3.3.2.1 Rappel des résultats**

La corrélation statistiquement significative entre les variations de scores à l'échelle STORI et les variations de scores à l'hétéro-questionnaire MADRS entre l'inclusion et trois et six mois montre que les deux échelles évoluent de manière corrélée dans le temps. Le rétablissement subjectif du patient dépressif unipolaire d'intensité modérée à sévère évolue donc de manière parallèle à son amélioration clinique objective.

La corrélation statistiquement significative entre les variations de scores à l'échelle STORI et les variations de scores à l'auto-questionnaire BDI entre l'inclusion et trois et six mois montre que les deux échelles évoluent de manière corrélée dans le temps. Le rétablissement du point

de vue du patient dépressif unipolaire d'intensité modérée à sévère évolue donc aussi de manière parallèle à son amélioration symptomatique subjective.

Ces résultats viennent appuyer notre décision de choisir la STORI comme critère principal de notre hypothèse de thèse.

### **3.3.2.2 Les patients inclus**

Nous avons inclus plus de sujets que le nombre de sujets nécessaires prévu (vingt au lieu de quinze). La force des résultats obtenus n'en est que plus importante. Pour cette étude préliminaire, presque tous les patients rencontrés en entretien d'inclusion ont accepté de participer. Cela vient renforcer les hypothèses de refus de participation alléguées pour l'inclusion au protocole PURE et discutées précédemment, telle que l'engagement à de nombreuses visites pour un temps conséquent.

Le groupe était cette fois-ci bien hétérogène, puisqu'on avait un nombre similaire d'hommes et de femmes. Tous présentaient des problématiques psychiatriques et sociales diverses, allant du trouble de personnalité, à la pathologie addictologique, en passant par la précarité sociale ou encore l'évènement de vie précipitant, entre-autres.

### **3.3.2.3 La méthodologie**

L'étude était observationnelle et ne permet donc de faire état que d'une corrélation et non d'un quelconque rapport de causalité.

Les patients ont été recrutés sur trois centres différents, une clinique psychiatrique privée, un hôpital psychiatrique semi-privé, et un service de psychiatrie du CHU. Le caractère multicentrique de cette étude vient renforcer les résultats. On peut éventuellement déplorer l'absence de patients suivis en cabinet, mais certains des patients inclus sur le CHSM y étaient suivis sur le centre de consultations d'addictologie, et étaient donc des patients pris en charge en ambulatoire.

Le caractère longitudinal a permis un suivi dans le temps des patients mais exposait au risque de perdus de vue. Pour limiter ce biais, les patients étaient sollicités avant chaque visite par téléphone et/ou par mail. Nous avons eu deux perdus de vue à six mois. Les deux étaient des hommes jeunes avec une problématique addictologique alcool et cannabis. A la V3, l'un des

deux avait recontacté et se trouvait dans une autre région lors des rappels, et le deuxième n'a pas pu être recontacté, suite vraisemblablement, à un changement de numéro de téléphone.

### **3.3.2.4 Les critères de jugement**

Les principaux avantages et inconvénients des échelles utilisées dans l'étude préliminaire ont été discutés dans la partie leur étant consacrée précédemment. On peut apporter ici quelques éléments supplémentaires.

Notre souhait d'étudier la corrélation ou non d'une nouvelle échelle apportant de nouveaux renseignements sur le processus se mettant en place lorsque l'individu fait face à la maladie vient s'inscrire dans la ferme conviction que, le rétablissement étant propre à chaque individu, l'utilisation d'un seul critère, ou de plusieurs échelles déterminant un seul aspect de comparaison invariant ne capture pas la nature individuelle de chaque évolution.

Les retours des patients concernant l'échelle STORI étaient les mêmes que celui des patientes de l'étude principale, à savoir une plus-value ressentie lors des entretiens, dans l'écoute et l'intérêt ressenti quant à leurs émotions profondes. Ceci va dans le sens de l'amélioration de l'alliance thérapeutique dans les prises en charges centrées sur le rétablissement (17). Au-delà d'être un outil efficace d'évaluation du rétablissement, on peut donc se poser la question suivante : dans quelle mesure cette échelle peut-elle être un outil d'amélioration de la relation thérapeutique à elle-seule ?

### **3.3.3 Perspectives**

Nombre d'études scientifiques et de travaux tendent à s'intéresser au rétablissement et notre travail de thèse nous y encourage également. Pour soutenir ce changement de paradigme, les cliniciens ont besoin d'outils d'utilisation simple et acceptables par les patients. C'est le cas de l'échelle STORI, qui, en plus d'être corrélée aux symptômes cliniques habituellement explorés, permet d'explorer une toute autre dimension dans le vécu de la maladie par le patient et ouvre donc des perspectives de soins nouvelles, cohérentes avec les objectifs de psychoéducation et d'éthique moderne.

Bien évidemment, cette étude est trop restreinte pour permettre de valider notre hypothèse que la psychoéducation améliore le rétablissement des patients, et ne montre qu'une tendance

clinique en ce sens. Il pourrait être nécessaire d'inclure plus de patients et d'étendre cette étude à des services ambulatoires ainsi qu'à plusieurs établissements hospitaliers spécialisés en psychiatrie pour étudier de façon statistique l'impact du programme ENVIE sur le score obtenu à l'échelle STORI et s'assurer de la reproductibilité des indicateurs et de la fiabilité des impacts escomptés. Néanmoins, l'étude PURE étant multicentrique, les autres échelles du protocole initial utilisées comme critères de jugement secondaires seront analysées statistiquement sur un échantillon de patients beaucoup plus important.

Il pourrait également être intéressant d'étudier la corrélation entre l'échelle de rétablissement et les échelles cliniques sur un plus long terme, afin de savoir si le rétablissement se dégrade avec les rechutes symptomatiques, avec un retour à l'état de base ou si celui-ci se construit, croît et se consolide avec la résilience au fur et à mesure du processus, et ce, malgré les fluctuations cliniques et les événements de vie négatifs, ceci venant encore une fois appuyer la nécessité de réorienter nos prises en charge psychiatriques dans cette direction.

Il pourrait être judicieux de créer aussi un groupe de psychoéducation pour la dépression à destination des familles, puisque celles-ci se retrouvent souvent en première ligne et démunies face aux symptômes dépressifs de leur proche et ont également un rôle important de soutien et de repérage des signes avant-coureurs de la rechute. A terme, il faudrait envisager une adaptation des campagnes de Santé Publique afin de lutter efficacement contre la stigmatisation des malades dépressifs, empêchant encore trop souvent le recours aux soins.

## 4 CONCLUSION

Le programme de psychoéducation ENVIE semble donc, non seulement améliorer les symptômes cliniques objectifs et subjectifs, le score de fonctionnement global et l'adhésion thérapeutique des patientes souffrant de dépression unipolaire en comparaison à un suivi standard composé d'une psychothérapie et d'un traitement médicamenteux, mais semble également les faire progresser dans le processus dynamique du rétablissement subjectif.

La corrélation démontrée entre le score de rétablissement et les échelles cliniques déjà utilisées en pratique courante vient renforcer la pertinence de son utilisation au quotidien avec nos patients. Elle permet de mettre à jour des éléments non explorés habituellement, et étant axée sur des processus profonds et intimes, aide le patient de se sentir compris et écouté, ce qui vient renforcer l'alliance thérapeutique.

L'EDC étant une véritable problématique de Santé Publique mondiale actuelle, et les mentalités évoluant, avec une progression du positionnement paternaliste du médecin vers un repositionnement du patient à la place de co-thérapeute et d'expert de sa maladie, il semble nécessaire de s'armer de thérapies complémentaires et d'outils permettant ce glissement vers l'autonomisation des patients et ce recentrage vers une réhabilitation de l'individu.

Le programme ENVIE, fort des outils modernes de TCC type ACT le composant, simple d'utilisation, structuré et pouvant être animé par tout soignant formé, vient parfaitement s'inscrire dans ce changement de paradigme et semble adaptable à une large population de patients dépressifs unipolaires.

## 5 BIBLIOGRAPHIE

1. 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* [Internet]. août 2007 [cité 1 juin 2017];101(1-3):57-63. Disponible sur: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032706004629>
2. Kleine-Budde K, Müller R, Kawohl W, Bramesfeld A, Moock J, Rössler W. The cost of depression – A cost analysis from a large database. *J Affect Disord* [Internet]. mai 2013 [cité 5 janv 2019];147(1-3):137-43. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165032712007033>
3. OMS | Dépression.” World Health Organization, World Health Organization, 6 Apr. 2017, [www.who.int/topics/depression/fr/](http://www.who.int/topics/depression/fr/).
4. La dépression: En Savoir plus Pour En Sortir: repérer Les symptômes, connaître Les Traitements, Savoir à Qui S'adresser. INPES, 2007.
5. “Dépression.” Inserm, [www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression](http://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/depression).
6. Murray CJL, éditeur. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020 ; summary. Cambridge: Harvard School of Public Health [u.a.]; 1996. 43 p. (Global burden of disease and injury series).
7. Simon GE, Chisholm D, Treglia M, Bushnell D, LIDO Group. Course of depression, health services costs, and work productivity in an international primary care study. *Gen Hosp Psychiatry*. oct 2002;24(5):328-35.
8. Ustün TB, Ayuso-Mateos JL, Chatterji S, Mathers C, Murray CJL. Global burden of depressive disorders in the year 2000. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. mai 2004;184:386-92.
9. Saarni SI, Suvisaari J, Sintonen H, Pirkola S, Koskinen S, Aromaa A, et al. Impact of psychiatric disorders on health-related quality of life: general population survey. *Br J Psychiatry* [Internet]. avr 2007 [cité 9 mars 2019];190(04):326-32. Disponible sur: [https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000171818/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0007125000171818/type/journal_article)

10. "Principaux Repères Sur La Dépression." World Health Organization, World Health Organization, [www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression](http://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/depression).
11. Katon WJ, Lin E, Russo J, Unutzer J. Increased medical costs of a population-based sample of depressed elderly patients. *Arch Gen Psychiatry*. sept 2003;60(9):897-903.
12. Unutzer J, Schoenbaum M, Katon WJ, Fan M-Y, Pincus HA, Hogan D, et al. Healthcare Costs Associated with Depression in Medically Ill Fee-for-Service Medicare Participants: HEALTHCARE COSTS AND DEPRESSION. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. mars 2009 [cité 10 janv 2019];57(3):506-10. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1532-5415.2008.02134.x>
13. Simon GE, Revicki D, Heiligenstein J, Grothaus L, VonKorff M, Katon WJ, et al. Recovery from depression, work productivity, and health care costs among primary care patients. *Gen Hosp Psychiatry*. juin 2000;22(3):153-62.
14. Greenberg PE, Birnbaum HG. The economic burden of depression in the US: societal and patient perspectives. *Expert Opin Pharmacother* [Internet]. mars 2005 [cité 9 mars 2019];6(3):369-76. Disponible sur: <http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1517/14656566.6.3.369>
15. Hardeveld F, Spijker J, De Graaf R, Nolen WA, Beekman ATF. Prevalence and predictors of recurrence of major depressive disorder in the adult population. *Acta Psychiatr Scand*. sept 2010;122(3):184-91.
16. Andresen R, Caputi P, Oades L. Stages of recovery instrument: development of a measure of recovery from serious mental illness. *Aust N Z J Psychiatry*. déc 2006;40(11-12):972-80.
17. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry*. oct 2003;37(5):586-94.
18. Faire Du rétablissement Une réalité. Institut Douglas, 2012.
19. Weeks G, Slade M, Hayward M. A UK validation of the Stages of Recovery Instrument. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. sept 2011 [cité 4 sept 2017];57(5):446-54. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0020764010365414>

20. Fava GA, Ruini C, Belaise C. The concept of recovery in major depression. *Psychol Med* [Internet]. mars 2007 [cité 28 févr 2019];37(03):307. Disponible sur: [http://www.journals.cambridge.org/abstract\\_S0033291706008981](http://www.journals.cambridge.org/abstract_S0033291706008981)
21. Guindon Jeannine, and Rouquš Denise Delphine. *Les étapes De La rééducation Des Jeunes délinquants-- Et Des Autres*. Editions Fleurus, 1981.
22. Saout C. POUR UNE POLITIQUE NATIONALE D'EDUCATION THERAPEUTIQUE DU PATIENT. Sept. 2008, solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\_therapeutique\_du\_patient.pdf.
23. Han D-Y, Chen S-H, Hwang K-K, Wei H-L. Effects of psychoeducation for depression on help-seeking willingness: Biological attribution versus destigmatization. *Psychiatry Clin Neurosci* [Internet]. déc 2006 [cité 7 mars 2019];60(6):662-8. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1440-1819.2006.01580.x>
24. Linhorst DM, Hamilton G, Young E, Eckert A. Opportunities and barriers to empowering people with severe mental illness through participation in treatment planning. *Soc Work*. oct 2002;47(4):425-34.
25. Dowrick C, Dunn G, Ayuso-Mateos JL, Dalgard OS, Page H, Lehtinen V, et al. Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. Outcomes of Depression International Network (ODIN) Group. *BMJ*. 9 déc 2000;321(7274):1450-4.
26. “L'éducation Thérapeutique Dans La Prise En Charge Des Maladies Chroniques : Analyse Économique Et Organisationnelle.” Haute Autorité De Santé : Prise En Charge, [www.has-sante.fr/portail/jcms/r\\_1499485/fr/l-education-therapeutique-dans-la-prise-en-charge-des-maladies-chroniques-analyse-economique-et-organisationnelle](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/r_1499485/fr/l-education-therapeutique-dans-la-prise-en-charge-des-maladies-chroniques-analyse-economique-et-organisationnelle).
27. Butler LD, Waelde LC, Hastings TA, Chen X-H, Symons B, Marshall J, et al. Meditation with yoga, group therapy with hypnosis, and psychoeducation for long-term depressed mood: a randomized pilot trial. *J Clin Psychol*. juill 2008;64(7):806-20.
28. “Éducation Thérapeutique Du Patient (ETP).” Haute Autorité De Santé : Prise En Charge, 19 June 2014, [www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp).

29. Siu AL, US Preventive Services Task Force (USPSTF), Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Baumann LC, Davidson KW, et al. Screening for Depression in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 26 janv 2016;315(4):380-7.
30. Seedat S, Haskis A, Stein DJ. Benefits of Consumer Psychoeducation: A Pilot Program in South Africa. *Int J Psychiatry Med* [Internet]. mars 2008 [cité 7 mars 2019];38(1):31-42. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.2190/PM.38.1.c>
31. Casañas R, Catalán R, del Val JL, Real J, Valero S, Casas M. Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 18 déc 2012;12:230.
32. Tursi MF de S, Baes C von W, Camacho FR de B, Tofoli SM de C, Juruena MF. Effectiveness of psychoeducation for depression: A systematic review. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. nov 2013 [cité 7 mars 2019];47(11):1019-31. Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0004867413491154>
33. Clarke G, Lewinsohn PM. The Coping With Depression Course: A Group Psychoeducational Intervention for Unipolar Depression. *Behav Change* [Internet]. juin 1989 [cité 7 mars 2019];6(02):54-69. Disponible sur: [https://www.cambridge.org/core/product/identifiser/S0813483900007592/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifiser/S0813483900007592/type/journal_article)
34. 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.
35. Dalgard OS. A randomized controlled trial of a psychoeducational group program for unipolar depression in adults in Norway (NCT00319540). *Clin Pract Epidemiol Ment Health CP EMH*. 28 juin 2006;2:15.
36. Ducasse D, Courtet P, Sénèque M, Genty C, Picot M-C, Schwan R, et al. Effectiveness of the first French psychoeducational program on unipolar depression: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* [Internet]. déc 2015 [cité 15 mars 2019];15(1). Disponible sur: <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/15/294>

37. Hansson M, Bodlund O, Chotai J. Patient education and group counselling to improve the treatment of depression in primary care: a randomized controlled trial. *J Affect Disord.* janv 2008;105(1-3):235-40.
38. Shimazu K, Shimodera S, Mino Y, Nishida A, Kamimura N, Sawada K, et al. Family psychoeducation for major depression: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* [Internet]. mai 2011 [cité 7 mars 2019];198(05):385-90. Disponible sur: [https://www.cambridge.org/core/product/identifiser/S0007125000255153/type/journal\\_article](https://www.cambridge.org/core/product/identifiser/S0007125000255153/type/journal_article)
39. Simon GE, Von Korff M, Ludman EJ, Katon WJ, Rutter C, Unützer J, et al. Cost-effectiveness of a program to prevent depression relapse in primary care. *Med Care.* oct 2002;40(10):941-50.
40. Clarke G, Reid E, Eubanks D, O'Connor E, DeBar LL, Kelleher C, et al. Overcoming depression on the Internet (ODIN): a randomized controlled trial of an Internet depression skills intervention program. *J Med Internet Res.* déc 2002;4(3):E14.
41. Seznec, J. (2015). *ACT: Applications thérapeutiques: Anxiété, phobies, TCA, image de soi, dépression, burn-out, TOC, thérapie de couple, troubles sexuels, fibromyalgie.* Paris: Dunod.
42. Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change.* New York, NY, US: Guilford Press.
43. Forman EM, Herbert JD, Moitra E, Yeomans PD, Geller PA. A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behav Modif.* nov 2007;31(6):772-99.
44. Neveu, C., & Dionne, F. (2009). *La thérapie d'acceptation et d'engagement: une approche novatrice.* *Psychologie Québec*, 26, 29-31.
45. Bohlmeijer ET, Fledderus M, Rokx T a. JJ, Pieterse ME. Efficacy of an early intervention based on acceptance and commitment therapy for adults with depressive symptomatology: Evaluation in a randomized controlled trial. *Behav Res Ther.* janv 2011;49(1):62-7.
46. Luoma JB, Villatte JL. Mindfulness in the Treatment of Suicidal Individuals. *Cogn Behav Pract.* 5 janv 2012;19(2):265-76.

47. Ducasse D, René E, Béziat S, Guillaume S, Courtet P, Olié E. Acceptance and commitment therapy for management of suicidal patients: a pilot study. *Psychother Psychosom.* 2014;83(6):374-6.
48. Zettle RD, Rains JC, Hayes SC. Processes of change in acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for depression: a mediation reanalysis of Zettle and Rains. *Behav Modif.* mai 2011;35(3):265-83.
49. Villani M, Kovess-Masféty V. [Peer support programs in mental health in France: Status report and challenges]. *L'Encephale.* nov 2018;44(5):457-64.

## 6 ANNEXES

### STORI

Lisez toutes les questions du groupe 1 puis répondez ensuite à chacune d'entre-elles.  
Entourez le chiffre de 0 à 5 qui indique dans quelle mesure chaque proposition est vraie pour vous actuellement.

Puis passez au groupe 2 et ainsi de suite.

Quand vous choisissez votre réponse, pensez à comment vous vous sentez actuellement et non pas à comment vous avez pu vous sentir par le passé.

Groupe 1		<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
1	Je ne pense pas que les gens qui ont une maladie psychique puissent aller mieux.	0	1	2	3	4	5
2	J'ai <i>seulement récemment</i> découvert que les gens avec une maladie psychique <i>peuvent</i> aller mieux.	0	1	2	3	4	5
3	Je <i>commence</i> à apprendre comment je peux faire des choses pour moi afin d'aller mieux.	0	1	2	3	4	5
4	Je travaille dur pour rester bien et cela en vaudra la peine sur le long terme.	0	1	2	3	4	5
5	J'ai maintenant un sentiment de « paix intérieure » au sujet de la vie avec la maladie.	0	1	2	3	4	5
Groupe 2		<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
6	Je sens que ma vie a été ruinée par cette maladie.	0	1	2	3	4	5
7	Je <i>commence seulement</i> à réaliser que ma vie n'a pas à être affreuse pour toujours.	0	1	2	3	4	5
8	J'ai <i>récemment</i> commencé à apprendre des gens qui vivent bien malgré une sérieuse maladie.	0	1	2	3	4	5
9	Je commence à être <i>raisonnablement</i> confiant à propos de remettre ma vie sur les rails.	0	1	2	3	4	5
10	Ma vie est vraiment bonne maintenant et le futur s'annonce lumineux.	0	1	2	3	4	5
Groupe 3		<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
11	Je me sens actuellement comme si je n'étais qu'une personne malade.	0	1	2	3	4	5
12	Parce que les autres ont confiance en moi, je commence tout juste à penser que peut-être je peux aller mieux.	0	1	2	3	4	5
13	Je <i>commence seulement</i> à réaliser que la maladie ne change pas qui je suis en tant que personne.	0	1	2	3	4	5
14	Je <i>commence actuellement</i> à accepter la maladie comme une partie du tout qui fait ma personne.	0	1	2	3	4	5
15	Je suis heureux d'être la personne que je suis.	0	1	2	3	4	5

<b>Groupe 4</b>		<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
16	J'ai l'impression de ne plus savoir qui je suis.	0	1	2	3	4	5
17	J'ai <i>récemment commencé</i> à reconnaître qu'une partie de moi n'est pas affectée par la maladie.	0	1	2	3	4	5
18	Je <i>commence juste</i> à réaliser que je <i>peux</i> toujours être une personne de valeur.	0	1	2	3	4	5
19	J'apprend de nouvelles choses sur moi-même alors que je travaille à mon rétablissement.	0	1	2	3	4	5
20	Je pense que le fait d'avoir travaillé pour dépasser la maladie a fait de moi une personne meilleure.	0	1	2	3	4	5

---

<b>Groupe 5</b>		<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
21	Je ne serai jamais la personne que je pensais que je serais.	0	1	2	3	4	5
22	J'ai <i>tout juste commencé</i> à accepter la maladie comme une partie de ma vie avec laquelle je vais devoir apprendre à vivre.	0	1	2	3	4	5
23	Je <i>commence</i> à reconnaître où sont mes forces et mes faiblesses.	0	1	2	3	4	5
24	Je <i>commence</i> à sentir que j'apporte une contribution de valeur à la vie.	0	1	2	3	4	5
25	J'accomplis des choses qui valent la peine et qui sont satisfaisantes dans ma vie.	0	1	2	3	4	5

---

<b>Groupe 6</b>		<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
26	Je suis en colère que cela me soit arrivé <i>à moi</i> .	0	1	2	3	4	5
27	Je <i>commence</i> tout juste à me demander si des choses positives pourraient ressortir de ce qui m'arrive.	0	1	2	3	4	5
28	Je <i>commence</i> à réfléchir à quelles sont mes qualités particulières.	0	1	2	3	4	5
29	En devant faire face à la maladie, j'apprends beaucoup au sujet de la vie.	0	1	2	3	4	5
30	En surmontant la maladie, j'ai acquis de nouvelles valeurs dans la vie.	0	1	2	3	4	5

<b>Groupe 7</b>		<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
31	Ma vie me semble totalement inutile actuellement.	0	1	2	3	4	5
32	Je <i>commence tout juste</i> à penser que je peux peut-être faire quelque chose de ma vie.	0	1	2	3	4	5
33	J' <i>essaie</i> de penser à des moyens d'apporter une contribution dans la vie.	0	1	2	3	4	5
34	Je travaille ces jours sur des choses de la vie qui sont personnellement importantes pour moi.	0	1	2	3	4	5
35	J'ai des projets importants qui me donnent une raison d'être.	0	1	2	3	4	5
<b>Groupe 8</b>		<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
36	Je ne peux rien faire à propos de ma situation.	0	1	2	3	4	5
37	Je <i>commence</i> à penser que je pourrais faire quelque chose pour m'aider.	0	1	2	3	4	5
38	Je <i>commence</i> à me sentir plus confiant au sujet d'apprendre à vivre avec la maladie.	0	1	2	3	4	5
39	Il y a parfois des revers mais je ne laisse pas tomber.	0	1	2	3	4	5
40	Je me réjouis de relever de nouveaux défis dans la vie.	0	1	2	3	4	5
<b>Groupe 9</b>		<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
41	Les autres savent mieux que moi ce qui est bon pour moi.	0	1	2	3	4	5
42	J'aimerais <i>commencer</i> à apprendre à m'occuper de moi correctement.	0	1	2	3	4	5
43	Je <i>commence</i> à en apprendre davantage sur la maladie psychique et sur comment je peux m'aider moi-même.	0	1	2	3	4	5
44	Je me sens maintenant <i>raisonnablement</i> confiant en ce qui concerne la gestion de la maladie.	0	1	2	3	4	5
45	Maintenant, je peux bien gérer la maladie.	0	1	2	3	4	5
<b>Groupe 10</b>		<i>Pas du tout vrai actuellement</i>			<i>Complètement vrai actuellement</i>		
46	Il ne me semble pas que j'aie actuellement un quelconque contrôle sur ma vie.	0	1	2	3	4	5
47	J'aimerais commencer à apprendre à gérer la maladie.	0	1	2	3	4	5
48	Je <i>commence seulement</i> à travailler pour remettre ma vie sur les rails.	0	1	2	3	4	5
49	Je <i>commence</i> à me sentir responsable de ma propre vie.	0	1	2	3	4	5
50	Je suis aux commandes de ma propre vie.	0	1	2	3	4	5

## MADRS

*Consignes : La cotation doit se fonder sur l'entretien clinique allant de questions générales sur les symptômes à des questions plus précises qui permettent une cotation exacte de la sévérité. Le cotateur doit décider si la note est à un point nettement défini de l'échelle (0, 2, 4, 6) ou à un point intermédiaire (1, 3, 5). Il est rare qu'un patient déprimé ne puisse pas être coté sur les items de l'échelle. Si des réponses précises ne peuvent être obtenues du malade, toutes les indications pertinentes et les informations d'autres sources doivent être utilisées comme base de la cotation en accord avec la clinique.*

*Cocher pour chaque item la case qui correspond au chiffre le plus adéquat.*

---

### 1- Tristesse apparente

Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se déridier.

- 0 Pas de tristesse.
- 1
- 2 Semble découragé mais peut se déridier sans difficulté.
- 3
- 4 Paraît triste et malheureux la plupart du temps.
- 5
- 6 Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé.

---

### 2- Tristesse exprimée

Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir. Coter selon l'intensité, la durée à laquelle l'humeur est dite être influencée par les événements.

- 0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances.
- 1
- 2 Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté.
- 3
- 4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression ; l'humeur est encore influencée par les circonstances extérieures
- 5
- 6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuations.

---

### 3- Tension intérieure

Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse. Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

- 0 Calme. Tension intérieure seulement passagère.
- 1
- 2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini.
- 3
- 4 Sentiments continuels de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
- 5
- 6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante.

---

### 4- Réduction de sommeil

Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

- 0 Dort comme d'habitude.
- 1
- 2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit, léger ou agité.
- 3
- 4 Sommeil réduit ou interrompu au moins de deux heures.
- 5
- 6 Moins de deux ou trois heures de sommeil.

---

### 5- Réduction de l'appétit

Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel. Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

- 0 Appétit normal ou augmenté.
- 1
- 2 Appétit légèrement réduit.
- 3
- 4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût.
- 5
- 6 Ne mange que si on le persuade.

---

**6 - Difficultés de concentration**

Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

- 0 Pas de difficultés de concentration.
- 1
- 2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées.
- 3
- 4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.
- 5
- 6 Incapable de lire ou de converser.

---

**7- Lassitude**

Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

- 0 Guère de difficultés à se mettre en route. Pas de lenteur.
- 1
- 2 Difficultés à commencer des activités.
- 3
- 4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.
- 5
- 6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

---

**8- Incapacité à ressentir**

Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.
- 1
- 2 Capacité réduite à prendre du plaisir à ses intérêts habituels.
- 3
- 4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances.
- 5
- 6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches parents et amis.

---

**9- Pensées pessimistes**

Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché, de remords ou de ruine.

- 0 Pas de pensée pessimiste.
- 1
- 2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation ou d'auto-dépréciation.
- 3
- 4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur.
- 5
- 6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes ou inébranlables.

---

**10 - Idées de suicide**

Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas le peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

- 0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient.
- 1
- 2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères.
- 3
- 4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible mais sans projet ou intention précis.
- 5
- 6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.

Score total [ ][ ]

## BDI

**Instructions :** Ce questionnaire comporte plusieurs séries de 4 propositions. Pour chaque série, lisez les 4 propositions, puis choisissez celle qui décrit le mieux votre état actuel. Entourez le numéro correspondant à la proposition choisie. Si dans une série plusieurs propositions paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

- A . 0 Je ne me sens pas triste.  
1 Je me sens cafardeux ou triste.  
2 Je me sens tout le temps cafardeux ou triste, et je n'arrive pas à en sortir.  
3 Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter.
- B. 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ni pessimiste au sujet de l'avenir  
1 J'ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir  
2 Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer.  
3 Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir, et que la situation ne peut s'améliorer
- C. 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie.  
1 J'ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens.  
2 Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs.  
3 J'ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon mari, ma femme, mes enfants).
- D. 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait.  
1 Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances.  
2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit.  
3 Je suis mécontent de tout.
- E. 0 Je ne me sens pas coupable.  
1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps.  
2 Je me sens coupable.  
3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien.
- F. 0 Je ne suis pas déçu par moi-même.  
1 Je suis déçu par moi-même.  
2 Je me dégoûte moi-même.  
3 Je me hais.

- G. 0 Je ne pense pas à me faire du mal.  
1 Je pense que la mort me libérerait.  
2 J'ai des plans précis pour me suicider.  
3 Si je le pouvais, je me tuerais.
- H. 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens.  
1 Maintenant, je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois.  
2 J'ai perdu tout l'intérêt que je portais aux autres gens, et j'ai peu de sentiments pour eux.  
3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres, et ils m'indiffèrent totalement.
- I. 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume.  
1 J'essaie de ne pas avoir à prendre de décision.  
2 J'ai de grandes difficultés à prendre des décisions.  
3 Je ne suis plus capable de prendre la moindre décision.
- J. 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant.  
1 J'ai peur de paraître vieux ou disgracieux.  
2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence physique qui me fait paraître disgracieux.  
3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant.
- K. 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant.  
1 Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose.  
2 Il faut que je fasse un très grand effort pour faire quoi que ce soit.  
3 Je suis incapable de faire le moindre travail.
- L. 0 Je ne suis pas plus fatigué que d'habitude.  
1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude.  
2 Faire quoi que ce soit me fatigue.  
3 Je suis incapable de faire le moindre travail.
- M. 0 Mon appétit est toujours aussi bon.  
1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude.  
2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant.  
3 Je n'ai plus du tout d'appétit.

### FAST : Echelle Brève d'évaluation du Fonctionnement du Patient.

A quel degré le patient exprime-t-il des difficultés dans les domaines suivants ? Demander au patient de mesurer le degré de difficulté rencontré dans les différents aspects de son fonctionnement ?

	Aucune difficulté	Difficulté légère	Difficulté modérée	Difficulté sévère
<b>AUTONOMIE</b>				
1. Prendre des responsabilités au sein de la maison	(0)	(1)	(2)	(3)
2. Vivre seul(e)	(0)	(1)	(2)	(3)
3. Faire les courses	(0)	(1)	(2)	(3)
4. Prendre soin de soi (aspect physique, hygiène ...)	(0)	(1)	(2)	(3)
<b>ACTIVITE PROFESSIONNELLE</b>				
5. Avoir un emploi rémunéré	(0)	(1)	(2)	(3)
6. Terminer les tâches le plus rapidement possible	(0)	(1)	(2)	(3)
7. Travailler dans le champ correspondant à votre formation	(0)	(1)	(2)	(3)
8. Recevoir le salaire que vous méritez	(0)	(1)	(2)	(3)
9. Gérer correctement la somme de travail	(0)	(1)	(2)	(3)
<b>FONCTIONNEMENT COGNITIF</b>				
10. Capacité à se concentrer devant un film, un livre...	(0)	(1)	(2)	(3)
11. Capacité au calcul mental	(0)	(1)	(2)	(3)
12. Capacité à résoudre des problèmes correctement	(0)	(1)	(2)	(3)
13. Capacité à se souvenir des noms récemment appris	(0)	(1)	(2)	(3)
14. Capacités à apprendre de nouvelles informations	(0)	(1)	(2)	(3)
<b>FINANCES</b>				
15. Gérer votre propre argent	(0)	(1)	(2)	(3)
16. Dépenser de façon équilibrée	(0)	(1)	(2)	(3)
<b>RELATIONS INTERPERSONNELLES</b>				
17. Conserver des amitiés	(0)	(1)	(2)	(3)
18. Participer à des activités sociales	(0)	(1)	(2)	(3)
19. Avoir de bonnes relations avec vos proches	(0)	(1)	(2)	(3)
20. Habiter avec votre famille	(0)	(1)	(2)	(3)
21. Avoir des relations sexuelles satisfaisantes	(0)	(1)	(2)	(3)
22. Etre capable de défendre vos intérêts	(0)	(1)	(2)	(3)
<b>LOISIRS</b>				
23. Faire de l'exercice ou pratiquer du sport	(0)	(1)	(2)	(3)
24. Avoir des loisirs	(0)	(1)	(2)	(3)

## **MARS : the medication adherence rating scale**

Ce questionnaire consiste à mieux comprendre les difficultés liées à la prise de médicament. Votre aide nous sera précieuse pour mieux vous aider et améliorer, nous l'espérons, les résultats thérapeutiques. Veuillez s'il vous plaît répondre à l'ensemble des questions en noircissant le rond de la réponse qui correspond le mieux à votre comportement ou attitude vis-à-vis du traitement que vous prenez sur les 7 derniers jours.

	Oui	Non
1. Vous est-il parfois arrivé d'oublier de prendre vos médicaments ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Négligez-vous parfois l'heure de prise de vos médicaments ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Lorsque vous vous sentez mieux, interrompez-vous parfois votre traitement ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Vous est il arrivé d'arrêter le traitement parce que vous vous sentiez moins bien en le prenant ?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Je ne prends les médicaments que lorsque je me sens malade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Ce n'est pas naturel pour mon corps et mon esprit d'être équilibrés par des médicaments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Mes idées sont plus claires avec les médicaments	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. En continuant à prendre les médicaments, je peux éviter de tomber à nouveau malade	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Avec les médicaments, je me sens bizarre, comme un « zombie »	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Les médicaments me rendent lourd(e) et fatigué(e)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ETUDE PRELIMINAIRE, scores complets de l'échelle STORI aux V1, V2 et V3 :

<b><u>ECHELLE STORI</u></b>			
<b>PATIENTS</b>	<b>V1 INCLUSION</b>	<b>V2 3 MOIS</b>	<b>V3 6 MOIS</b>
1 P.A.	1	1	1
2 F.V.	4	4	4
3 V.M.	2	1	1
4 C.C.	1	1	1
5 M.P.	2	5	5
6 R.M.	1	1	perdu de vue
7 M.V.	1	1	2
8 J.J.	4	3	3
9 L.C.	1	5	1
10 V.J-P.	1	1	1
11 B.L.	3	1	2
12 S.F.	1	5	2
13 T.T.	1	1	perdu de vue
14 D.C.	1	5	5
15 B.S.	3	3	3
16 B.N.	1	3	3
17 P.J-G.	2	1	1
18 K.V.	4	3	2
19 M.S.	4	4	4
20 B.L.	2	5	5

**ETUDE PRELIMINAIRE, scores complets de l'échelle MADRS aux V1, V2 et V3 :**

<b><u>ECHELLE MADRS</u></b>			
<b>PATIENTS</b>	<b>V1 INCLUSION</b>	<b>V2 3 MOIS</b>	<b>V3 6 MOIS</b>
1 P.A.	30	29	21
2 F.V.	29	26	28
3 V.M.	30	31	37
4 C.C.	30	29	31
5 M.P.	27	21	19
6 R.M.	30	30	perdu de vue
7 M.V.	40	34	16
8 J.J.	25	20	20
9 L.C.	35	8	35
10 V.J-P.	27	42	42
11 B.L.	24	43	35
12 S.F.	35	7	18
13 T.T.	41	41	perdu de vue
14 D.C.	35	0	1
15 B.S.	26	26	26
16 B.N.	24	8	7
17 P.J-G.	32	29	30
18 K.V.	24	27	25
19 M.S.	26	1	4
20 B.L.	39	7	5

ETUDE PRELIMINAIRE, scores complets de l'échelle BDI aux V1, V2 et V3 :

<b><u>ECHELLE BDI</u></b>			
<b>PATIENTS</b>	<b>V1 INCLUSION</b>	<b>V2 3 MOIS</b>	<b>V3 6 MOIS</b>
1 P.A.	23	20	17
2 F.V.	20	19	21
3 V.M.	20	30	24
4 C.C.	23	22	15
5 M.P.	14	13	10
6 R.M.	15	15	perdu de vue
7 M.V.	25	21	8
8 J.J.	12	10	10
9 L.C.	17	4	17
10 V.J-P.	14	32	32
11 B.L.	15	23	16
12 S.F.	24	2	12
13 T.T.	23	23	perdu de vue
14 D.C.	17	1	0
15 B.S.	16	16	16
16 B.N.	15	5	5
17 P.J-G.	32	34	35
18 K.V.	9	17	14
19 M.S.	22	3	6
20 B.L.	25	7	5

**ETUDE PRELIMINAIRE, variations des scores aux échelles de l'étude préliminaire entre V1 et V2 et V1 et V3 :**

1 Variations STORI à 3 mois	2 Variations MADRS à 3 mois	3 Variations BDI à 3 mois	4 Variations STORI à 6 mois	5 Variations MADRS à 6 mois	6 Variations BDI à 6 mois
0	1	3	0	9	6
0	3	1	0	1	-1
1	-1	-10	1	-7	-4
0	1	1	0	-1	8
-3	6	1	-3	8	4
0	0	0			
0	6	4	-1	24	17
1	5	2	1	5	2
-4	27	13	0	0	0
0	-15	-18	0	-15	-18
2	19	-8	1	-11	-1
-4	28	22	-1	17	12
0	0	0			
-4	35	16	-4	34	17
0	0	0	0	0	0
-2	16	10	-2	17	10
1	3	-2	1	2	-3
1	-3	-8	2	-1	-5
0	25	19	0	22	16
-3	32	18	-3	34	20

## ETUDE PRINCIPALE, scores complets de l'échelle STORI aux V1, V2, V3, V4 et V5 :

En rouge, les patientes du groupe intervention.

En vert, les patientes du groupe contrôle.

En noir, la patiente perdue de vue.

Patientes	V1 - Inclusion	V2 - 3 mois	V3 - 6 moi	V4 - 9 mois	V5 - 12 moi
D. M.	3	4	4	4	5
L. M.	1	4	4	4	4
G. J.	1	1	1	1	2
P. A.	1	1	1	1	1
F. V.	4	4	4	4	4
V. M.	2	1	1	1	1
C. C.	1	1	1	1	1
P. C.	1				

**ETUDE PRINCIPALE, scores complets de l'échelle MADRS aux V1, V2, V3, V4 et V5 :**

En rouge, les patientes du groupe intervention.

En vert, les patientes du groupe contrôle.

En noir, la patiente perdue de vue.

Patientes	V1 - Inclusion	V2 - 3 mois	V3 - 6 moi	V4 - 9 mois	V5 - 12 moi
D. M.	30	16	11	8	13
L. M.	37	17	17	17	17
G. J.	30	27	29	21	27
P. A.	30	29	21	15	27
F. V.	29	26	28	26	10
V. M.	30	38	37	37	37
C. C.	30	29	31	15	17
P. C.	25				

## ETUDE PRINCIPALE, scores complets de l'échelle BDI aux V1, V2, V3, V4 et V5 :

En rouge, les patientes du groupe intervention.

En vert, les patientes du groupe contrôle.

En noir, la patiente perdue de vue.

Patientes	V1 - Inclusion	V2 - 3 mois	V3 - 6 moi	V4 - 9 mois	V5 - 12 moi
D. M.	17	7	8	8	7
L. M.	20	11	11	11	11
G. J.	15	18	15	12	11
P. A.	23	20	17	14	20
F. V.	19	19	21	21	8
V. M.	20	30	24	24	27
C. C.	23	22	15	16	10
P. C.	23				

**ETUDE PRINCIPALE, scores complets de l'échelle FAST aux V1, V2, V3, V4 et V5 :**

En rouge, les patientes du groupe intervention.

En vert, les patientes du groupe contrôle.

En noir, la patiente perdue de vue.

Patientes	V1 - Inclusion	V2 - 3 mois	V3 - 6 moi	V4 - 9 mois	V5 - 12 moi
D. M.	32	8	10	7	7
L. M.	48	28	28	28	28
G. J.	48	43	43	31	43
P. A.	44	42	37	29	35
F. V.	30	26	26	31	12
V. M.	52	56	55	57	46
C. C.	44	43	45	32	27
P. C.	25				

## ETUDE PRINCIPALE, scores complets de l'échelle MARS aux V1, V2, V3, V4 et V5 :

En rouge, les patientes du groupe intervention.

En vert, les patientes du groupe contrôle.

En noir, la patiente perdue de vue.

Patientes	V1 - Inclusion	V2 - 3 mois	V3 - 6 moi	V4 - 9 mois	V5 - 12 moi
D. M.	8	8	8	7	9
L. M.	2	8	8	8	8
G. J.	4	6	6	6	8
P. A.	7	7	6	8	7
F. V.	8	9	8	8	8
V. M.	5	5	5	5	5
C. C.	8	6	7	6	7
P. C.	4				

## 7 RESUME

**IMPACT DU PROGRAMME DE PSYCHOEDUCATION ENVIE SUR LE  
RETABLISSEMENT DE PATIENTS DEPRESSIFS UNIPOLAIRES**  
**Et étude préliminaire de corrélation de l'échelle de rétablissement utilisée avec des  
échelles cliniques validées**

**Introduction** : L'épisode dépressif caractérisé (EDC), par sa fréquence, son impact fonctionnel lourd et ses coûts économiques en hausse, est un enjeu de Santé Publique majeur mondial. Des thérapeutiques existent mais sont encore insuffisantes. Actuellement, le changement de paradigme visant à favoriser le rétablissement de l'individu par rapport à sa rémission clinique seule nous incite à mettre en place de nouvelles cibles de thérapies, telles que la psychoéducation, récente en psychiatrie, et encore rare dans l'EDC. L'objectif principal était d'étudier l'impact du programme de psychoéducation ENVIE sur le rétablissement de patients souffrant d'EDC unipolaire. Nous avons également étudié la corrélation entre l'échelle de rétablissement utilisée (STORI) et deux échelles cliniques validées.

**Matériel et méthodes** : Dans le cadre du protocole PURE, nous avons réalisé l'étude principale (E1), qui était comparative, en deux bras parallèles et randomisée. Les patients du groupe contrôle recevaient leur suivi habituel et ceux du groupe psychoéducation recevaient le programme ENVIE en plus. Tous passaient les échelles STORI, MADRS, BDI, FAST et MARS à l'inclusion, trois, six, neuf et douze mois. L'étude préliminaire (E2) était descriptive, de cohorte prospective, multicentrique et réalisée en ouvert. Les patients passaient les échelles STORI, MADRS et BDI à l'inclusion, trois et six mois et la corrélation était étudiée avec le coefficient de Pearson.

**Résultats** : Dans E1, huit patientes ont été incluses (quatre contrôle et quatre ENVIE dont une perdue de vue). Les scores aux différentes échelles étaient initialement globalement comparables et on a pu observer une tendance à l'amélioration de celles-ci suite au programme ENVIE à court et long terme. Dans E2, nous avons inclus vingt patients. La corrélation était statistiquement significative entre les variations de STORI et MADRS et de STORI et BDI à trois et six mois.

**Conclusion** : Nos résultats semblent indiquer qu'il pourrait y avoir un bénéfice spécifique du programme ENVIE sur le rétablissement des patientes souffrant d'EDC unipolaire d'intensité modérée à sévère, mais aussi sur leur fonctionnement global, leur adhésion thérapeutique et leur symptomatologie clinique, à court et long terme. Une corrélation a été démontrée entre l'échelle de rétablissement utilisée et les échelles cliniques de pratique courante, ce qui vient renforcer les arguments en faveur de l'utilisation de la STORI au quotidien.

**Mots clés** : Dépression, Rétablissement, Psychoéducation, STORI, Psychiatrie

## 8 SERMENT D'HIPPOCRATE

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

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

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

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

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

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.



**IMPACT DU PROGRAMME DE PSYCHOEDUCATION ENVIE SUR LE  
RETABLISSEMENT DE PATIENTS DEPRESSIFS UNIPOLAIRES**  
**Et étude préliminaire de corrélation de l'échelle de rétablissement utilisée avec des  
échelles cliniques validées**

**Introduction** : L'épisode dépressif caractérisé (EDC), par sa fréquence, son impact fonctionnel lourd et ses coûts économiques en hausse, est un enjeu de Santé Publique majeur mondial. Des thérapeutiques existent mais sont encore insuffisantes. Actuellement, le changement de paradigme visant à favoriser le rétablissement de l'individu par rapport à sa rémission clinique seule nous incite à mettre en place de nouvelles cibles de thérapies, telles que la psychoéducation, récente en psychiatrie, et encore rare dans l'EDC. L'objectif principal était d'étudier l'impact du programme de psychoéducation ENVIE sur le rétablissement de patients souffrant d'EDC unipolaire. Nous avons également étudié la corrélation entre l'échelle de rétablissement utilisée (STORI) et deux échelles cliniques validées.

**Matériel et méthodes** : Dans le cadre du protocole PURE, nous avons réalisé l'étude principale (E1), qui était comparative, en deux bras parallèles et randomisée. Les patients du groupe contrôle recevaient leur suivi habituel et ceux du groupe psychoéducation recevaient le programme ENVIE en plus. Tous passaient les échelles STORI, MADRS, BDI, FAST et MARS à l'inclusion, trois, six, neuf et douze mois. L'étude préliminaire (E2) était descriptive, de cohorte prospective, multicentrique et réalisée en ouvert. Les patients passaient les échelles STORI, MADRS et BDI à l'inclusion, trois et six mois et la corrélation était étudiée avec le coefficient de Pearson.

**Résultats** : Dans E1, huit patientes ont été incluses (quatre contrôle et quatre ENVIE dont une perdue de vue). Les scores aux différentes échelles étaient initialement globalement comparables et on a pu observer une tendance à l'amélioration de celles-ci suite au programme ENVIE à court et long terme. Dans E2, nous avons inclus vingt patients. La corrélation était statistiquement significative entre les variations de STORI et MADRS et de STORI et BDI à trois et six mois.

**Conclusion** : Nos résultats semblent indiquer qu'il pourrait y avoir un bénéfice spécifique du programme ENVIE sur le rétablissement des patientes souffrant d'EDC unipolaire d'intensité modérée à sévère, mais aussi sur leur fonctionnement global, leur adhésion thérapeutique et leur symptomatologie clinique, à court et long terme. Une corrélation a été démontrée entre l'échelle de rétablissement utilisée et les échelles cliniques de pratique courante, ce qui vient renforcer les arguments en faveur de l'utilisation de la STORI au quotidien.

**Mots clés** : Dépression, Rétablissement, Psychoéducation, STORI, Psychiatrie